



ToscanaMedica

MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO PER I MEDICI TOSCANI
A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE



I biologici anti TNF Alfa: una importante opportunità terapeutica

P. Fabbri, L. Giorni, S.E. Giustini, M. Maccarone,
M. Matucci Cerinic, T. Mazzei, A. Messori

La medicina di genere

L. Turco, T. Faraoni, C. Capanni

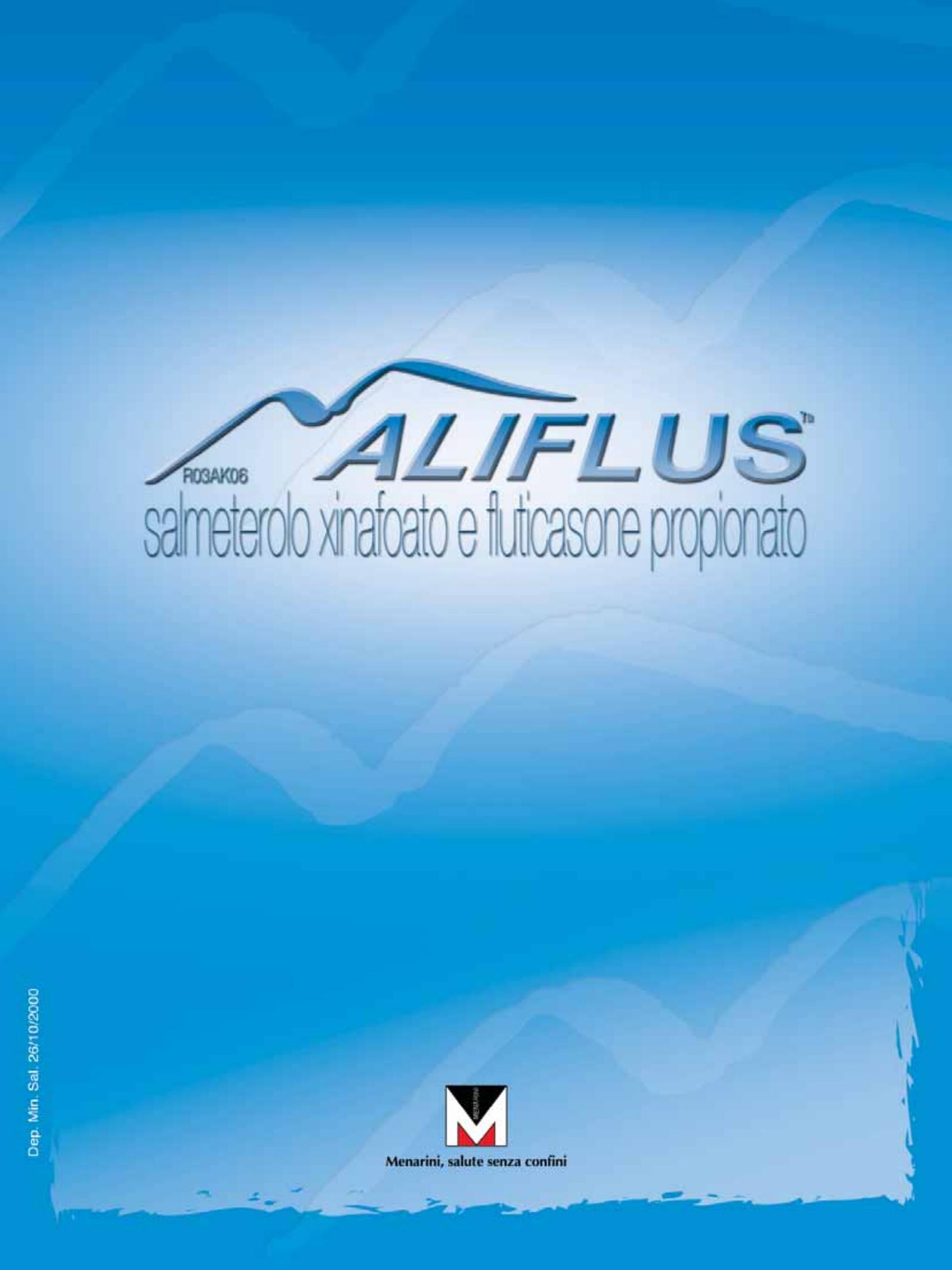
Lo stato vegetativo

R. Chiaramonti

Come "viaggiare" nell'encefalo

F. Ammannati, P.S. Bono, G. Pecchioli, A. Di Rita, G. Pansini,
L. Bordi, F. Mariotti, L. Paoli, G. Guizzardi, A. Consoli,
R. Morichi, B. Noubari, A. Vagaggini, S. Romoli, M. Sottini

N° 3 MARZO 2011



R03AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato

Dep. Min. Sal. 26/10/2000



Menarini, salute senza confini

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

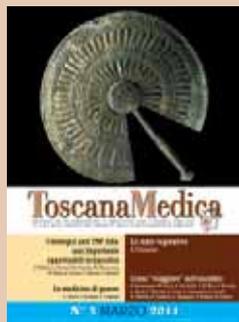
| | |
|--|-----------|
| ■ Gli etruschi e il museo <i>F. Napoli</i> | 4 |
| EDITORIALE | |
| ■ Da grande farò il medico! <i>A. Panti</i> | 5 |
| QUALITÀ E PROFESSIONE | |
| ■ La Salute globale nella formazione del medico <i>G. Maciocco</i> | 7 |
| ■ Approccio biopsicosociale <i>E. Messina</i> | 9 |
| ■ La formazione dei professionisti della salute nel terzo millennio <i>A.A. Conti</i> | 11 |
| ■ La piramide della salute e quella dell'apprendimento <i>S. Taddei</i> | 12 |
| ■ Modello assistenziale per il piede diabetico in Arezzo <i>L. Ricci e coll.</i> | 22 |
| ■ Costi evitabili per accessi al pronto soccorso <i>L. Pazzagli e coll.</i> | 24 |
| ■ Psico-Oncologia: il problema dell'intervento terapeutico <i>L. Fei e coll.</i> | 27 |
| ■ Un luogo per la cura del malessere psichico <i>G. Circelli</i> | 41 |
| ■ Il lavoro in équipe, la "seconda opinione" ed... il referente unico! <i>A. Dolara</i> | 42 |
| ■ Il bisogno assistenziale e la qualità della vita del paziente con Sclerosi Laterale Amiotrofica <i>P. Palumbo</i> | 44 |
| ■ La medicina di genere <i>L. Turco e coll.</i> | 45 |
| ■ Linguaggio cinematografico come narrazione <i>V. Poli e coll.</i> | 47 |

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

| | |
|---|--------------|
| ■ I biologi anti TNF Alfa una importante opportunità terapeutica <i>P. Fabbri, L. Giorni, S.E. Giustini, M. Maccarone</i> | 14 |
| ■ Farmaci importanti poco conosciuti <i>A. Panti</i> | 21 |
| REGIONE TOSCANA | |
| ■ Cure primarie: medici di medicina generale e infermieri insieme <i>D. Calamassi, C. Rossi, A. Bussotti, S.E. Giustini, L. Roti</i> | 29 |
| ■ Il nuovo Piano Sanitario e Sociale Regionale Integrato <i>C. Gherardeschi, S. Dei</i> | 33 |
| ■ La "Sindrome Fragilità" <i>L. Tonelli, A. Bavazzano</i> | 36 |
| STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA | |
| ■ L'Arte: un potente mezzo mediatico d'informazione nell'evoluzione della medicina <i>M. Fanfani</i> | 37 |
| SAPER FARE SAPER ESSERE | |
| ■ Lo stato vegetativo <i>R. Chiaramonti</i> | 49 |
| RICERCA E CLINICA | |
| ■ Come "viaggiare" nell'encefalo <i>F. Ammannati e coll.</i> | 51 |
| LETTERE AL DIRETTORE | |
| ■ Statine e colesterolo LDL <i>S.E. Giustini</i> | 56 |
| VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani | 6/57 |
| NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi | 58 |
| CORSI E SEMINARI | 28/61 |
| CONVEGNI E CONGRESSI | 10 |
| BACHECA | 62 |

ToscanaMedica

MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO PER I MEDICI TOSCANI A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE



Fondato da
Giovanni Turziani

Anno XXIX n. 3 - Marzo 2011
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta
*Ventaglio etrusco dal catalogo "Signori di Maremma".
Élites etrusche tra Populonia e Vulci*

Prezzo € 0,52
Abbonamento per il 2011 € 2,73

Direttore Responsabile
Antonio Panti
Redattore capo
Bruno Rimoldi
Redattore
Simone Pancani
Segretaria di redazione
Antonella Barresi
Direzione e Redazione
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 496 522 - telefax 055 481 045
<http://www.ordine-medici-firenze.it>
e-mail: toscanaмедica@ordine-medici-firenze.it
Editore
Edizioni Tassinari
viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze
e-mail: pre.stampa@edizionitassinari.it
Pubblicità
Edizioni Tassinari
tel. 055 570323 fax 055 582789
e-mail: riccardo@edizionitassinari.it
<http://www.edizionitassinari.it>
Stampa
Nuova Grafica Fiorentina
via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Inviare gli articoli a: toscanaмедica@ordine-medici-firenze.it.
- Lunghezza max articoli: 6 mila battute spazi inclusi (2-3 cartelle), compresa iconografia.
- Lunghezza max Lettere al Direttore: 3 mila battute.
- Taglio divulgativo e non classicamente scientifico.
- No Bibliografia ma sono un indirizzo email a cui richiederla.
- Non utilizzare acronimi.
- Primo autore: inviare una foto e un curriculum di 400 battute da inserire nel testo e per motivi redazionali un numero telefonico e un indirizzo postale.
- Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di appartenenza.
- Criterio di pubblicazione: per data di ricevimento.

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, della legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", Lei ha il diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, di consultare, far modificare o cancellare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista. Tale Suo diritto potrà essere esercitato semplicemente scrivendo a: Edizioni Tassinari, viale dei Mille 90, 50131 Firenze.



Gli etruschi e il museo

La mostra attualmente ospitata presso il Museo Archeologico Nazionale di Firenze dal titolo “Signori di Maremma.

É l i t e s
etrusche fra Populonia e Vulci” propone un mo-

mentaneo ritorno nella sede centrale fiorentina di una serie di reperti un tempo presenti nella struttura espositiva, poi trasferiti nei territori d'origine, secondo una successiva tendenza museologica (volta a valorizzarne l'appartenenza storica e sociale) e riferibili tutti all'area culturale etrusca: così torna a ricostituirsi idealmente quella collezione voluta da Luigi Adriano Milani, primo direttore del Regio Museo Etrusco (1881) e propugnatore del Museo Topografico Centrale dell'Etruria.

Dunque, una mostra nella mostra, quasi; un elemento filologico di scelta dei reperti, in un contesto più ampio che vede i medesimi provenire dall'area Populonia-Vetulonia-Marsiliana d'Albegna-Pitigliano-Vulci e riferibili tutti all'età orientalizzante, quella del massimo splendore della civiltà della Tuscia, cioè dal VIII al VI secolo a.C.

L'esposizione propone una riflessione attraverso gli oggetti in mostra sulla presenza di grandi famiglie capaci di commerci internazionali e di committenze importanti, potentati locali della dodecapoli etrusca, che frantumavano (o erano figli) delle dodici città-stato, mai divenute nazione unitaria, di cui i reperti in mostra sono tangibile testimonianza.

Su tutti, forse, spicca (almeno per spettacolarità) il carro da guerra in bronzo proveniente dal Tumulo dei Carri di Populonia; l'arca rivestita d'argento dalla Tomba del Duce di Vetulonia; i ventagli in bronzo e lo specchio dalla tomba dei Flabelli di Populonia; la raffinata Fibula Corsini dal Circolo degli Avori di Marsiliana.

Questo, senza togliere nulla al resto degli oggetti esposti, tra fibule auree, fibbie, vasellame,

piccole sculture, bucheri, elementi fittili, iscrizioni rintracciabili su vari oggetti: cioè, tutto quanto ha da sempre costituito il corredo funebre delle varie tombe dell'Etruria.

FEDERICO NAPOLI

Interattivi con la mostra sono i vari pannelli fotografici che rimandano i reperti ai loro luoghi d'origine o illustrano angoli della terra d'Etruria (sembra di avere davanti agli occhi le descrizioni di D.H. Lawrence nel suo libro *Paesi etruschi*).

Ma nell'occasione della mostra fiorentina, anche le sepolture rientrano nella medesima esposizione, sempre grazie a quella idea espositiva, di pertinenza e di allestimento propugnata da Milani in base alla cultura del suo tempo (XIX secolo): così, il giardino dell'Archeologico contribuisce alla attuale mostra (ma è esposizione permanente, questa) con una serie di tumuli e piccole camere sepolcrali alla fine dell'Ottocento spostate dai luoghi di ritrovamento e rimontate con il medesimo orientamento nello spazio verde che accompagna la sede fiorentina, antico palazzo seicentesco, accanto al quale venne ordinato un secolo dopo il piccolo giardino, poi successivamente dedicato ad accogliere proprio tali strutture funerarie: in un certo qual modo, all'interno del Museo il contenuto, all'esterno il contenente.

La mostra continua e sviluppa una precedente esposizione ospitata nel 2009 presso il Museo Archeologico di Grosseto: ma nell'esposizione fiorentina vale molto il recupero di una cultura non ottocentesca che vede come prioritaria una struttura sostanzialmente storica e formativa, legata all'affermazione di un gusto nazionale, nel nostro caso onnicomprensiva dei reperti documentanti il popolo Etrusco nei suoi vari aspetti, ovvero la guerra, la vita domestica, il rito funebre, il banchetto.

Signori di Maremma. É l i t e s etrusche tra Populonia e Vulci. Museo Archeologico Nazionale di Firenze fino al 30 aprile 2011.

TM



Da grande farò il medico!

ANTONIO PANTI

“La scienza è probabilistica, l'informazione incompleta, gli esiti incerti, le risorse limitate, le decisioni urgenti.” Da Weinstein e Fineberg, “L'analisi delle decisioni in medicina”.

Le trasformazioni della medicina e l'ingigantimento della sanità pongono continui problemi di adeguamento della professione per rispondere alle esigenze dei cittadini. Il futuro della medicina è il presente della formazione. Quindi il problema è di interpretare il presente per fornire ai giovani gli strumenti per seguire l'evoluzione della scienza, della tecnica e della società. Il che non è facile; forse per questo importiamo idee dal mondo anglosassone; una società rigida come la nostra poco si apre al nuovo.

I processi formativi implicano la risposta a una prima domanda: che medico vogliamo? Un medico disposto a studiare sempre, curioso della scienza e del mondo, che si indigna per le ingiustizie, rispettoso dei valori del cittadino ed empatico verso il paziente. Ma ciò non basta. La formazione del medico è insieme biologica e professionale. Col rapporto Flexner nel 1905 la scienza divenne la base del curriculum formativo dei medici, in una sequenza logica, dalla biologia alla clinica, che tuttora resiste. Qualche decennio fa si è innestata su questo tronco la medicina orientata sui problemi e sulle evidenze piegando il curriculum a queste esigenze formative.

Viviamo oggi una terza rivoluzione che nasce dalla riflessione sui sistemi, sulla necessità di applicare un sapere globale adattato al contesto in un'organizzazione interprofessionale. Quali sono allora gli standard professionali, quali performance ci si attende e quale funzione di leadership deve esercitare il medico? La medicina si evolve verso una diversa definizione di salute e di malattia, il cosiddetto paradigma biopsicosociale, verso la medicina sistemica, nella quale si tenta di stabilire l'interazione tra fattori genetici, regolatori, comportamentali, contestuali e ambientali, verso la comprensione del darwinismo adattativo, verso la valutazione dei determinanti sociali di salute e dei fattori di rischio.

La formazione dovrebbe intrecciare alcuni percorsi primari, quali quelli indicati nel box 1, tenendo ben presente che al medico viene oggi richiesto di rendersi conto di quel che fa per renderne conto sul piano della sostenibilità del sistema (box 2). In un recente articolo su *Lancet* si nota come l'attuale formazione si dimostri carente nel corrispondere agli interessi dei singoli pazienti e delle popolazioni: la distanza tra domanda del cittadino e risposta professionale sta crescendo. Occorre, si sostiene, una professionalità centrata sul paziente, interprofessionale e fondata sul lavoro di gruppo. Tuttavia il maggior ostacolo al rinnovamento formativo risiede nel “tribalismo” della professione che impedisce una visione d'insieme delle questioni. La formazione si fonda su un curriculum biologico e clinico ma deve integrarlo con l'attenzione alla dimensione globale della salute, alla gestione, all'appropriatezza, alla leadership, alla analisi strategica, alla comunicazione come ascolto e comprensione del paziente.

Abbiamo quindi un problema di formazione di base e uno di professionalizzazione che non è soltanto di acquisizione di una specialità ma della competenza o attitudine a fare. Scopo della formazione è di sviluppare le basi scientifiche e la pratica clinica, l'analisi dei problemi, le capacità relazionali, la consapevolezza sociale e la responsabilità dei valori etici e civili della professione. Un professionista capace di governare il cambiamento e di responsabilizzarsi sull'uso delle risorse e della sicurezza del paziente. In conclusione,

Linee per la formazione “Long Life Learning”

- Formazione alla clinica
- Formazione alla complessità
- Formazione alla processualità
- Formazione alla relazione
- Formazione alla responsabilità

Box 1

Le responsabilità del medico

| | |
|---|--|
| 1. Del percorso di salute del cittadino | esclusiva |
| 2. Delle singole prestazioni Autonomia secondo competenza e formazione | non esclusiva |
| 3. Organizzativa Spesso parziale o condivisa | non esclusiva |
| 4. Budgettaria Strumento per realizzare best practices per i pazienti | esclusiva nel rapporto con l'amministrazione |

Box 2

una rinnovata definizione di qualità professionale implica la capacità di *governance* dei processi assistenziali per migliorare i servizi resi ai cittadini. Come affrontare allora il tribalismo di cui parla *Lancet*? Perché alcune soluzioni implicano scelte istituzionali.

La prima è di riflettere sul valore dei titoli rispetto alle competenze dimostrabili. Si può difendere sempre il valore legale del titolo? Per essere assunti occorre la laurea ma poi quanto contano le competenze accertate?

La seconda è che per esercitare un professione di aiuto e non il mestiere di riparatore di macchine occorre disponibilità di tempo. Il che implica una completa reimpostazione della materia contrattuale.

Inoltre l'evoluzione peculiare della medicina potrebbe spingere a trasformare le facoltà mediche in scuole del servizio. Lo studente impara a imparare, ma la professionalizzazione non può che avvenire nel servizio sanitario in quanto adattata al modello operativo in cui si andrà a esercitare.

Infine il lavoro individuale è finito, il medico è il leader del gruppo dei professionisti e per questo deve acquisire doti specifiche e ripensare gli ambiti di responsabilità.

Il futuro è, come sempre, alle spalle. La distrazione dei medici rispetto alla formazione può aumentare le difficoltà di una professione già in difficoltà.

TM



La FNOMCeO contraria all'obbligo di segnalazione per le patenti

Il Consiglio dei Ministri ha approvato in via preliminare lo schema di decreto legislativo che modifica il Codice della Strada. Il provvedimento, che è ora all'esame delle Commissioni Parlamentari di competenza per l'acquisizione del relativo parere, prevede che i medici, anche in sede diversa da quella di verifica di idoneità fisica e psichica della patente di guida, siano tenuti a comunicare alla Motorizzazione Civile eventuali patologie accertate che compromettono la suddetta idoneità. Detta disposizione avrebbe carattere di generalità perché

è espressamente richiamata, oltre al medico monocratico e della commissione medico legale, anche la figura del medico di fiducia. La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha inviato una nota al Ministro Fazio con la quale esprime la propria contrarietà al provvedimento così come formulato, perché prefigurerebbe situazioni che potrebbero intervenire nella relazione medico curante-assistito e che potrebbero compromettere il rapporto di fiducia, fino al punto da indurre il paziente a non sottoporsi a visite e controlli medici o ad assumere

atteggiamenti omissivi su sintomi e addirittura creare circuiti di cura elusivi e collusivi. In tale senso la FNOMCeO ha chiesto una modifica allo schema di decreto legislativo che preveda l'esclusione del medico di fiducia dal campo di applicazione della relativa disposizione e al tempo stesso l'introduzione di una procedura automatica di individuazione dei soggetti a rischio, tale da non interferire con il rapporto fiduciario sia in ambito di cure primarie che ospedaliere.

Indagine sui bisogni dei giovani medici

L'Ordine dei Medici di Firenze, in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità MES della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, sta conducendo una indagine fra i giovani colleghi iscritti all'Ordine per rilevare una serie di dati relativi all'inserimento nel mondo

del lavoro e alle aspettative ad esso correlate. Ai colleghi selezionati è stata inviata una apposita lettera per invitarli a compilare il questionario on-line e in questi giorni partirà una nuova lettera per invitare a partecipare all'indagine coloro che ancora non l'avessero fatto. Si

pregano, pertanto, i colleghi che riceveranno tale invito, a dedicare un minimo spazio del loro tempo per rispondere al questionario, i cui risultati saranno pubblicati su "Toscana Medica" e saranno alla base di futuri approfondimenti.



Gavino Maciocco, medico di sanità pubblica. Ha fatto: il volontario civile in Africa, il medico di famiglia, l'esperto di cooperazione sanitaria per il Ministero degli Esteri, il dirigente di ASL. Attualmente insegna all'Università di Firenze dove si occupa di cure primarie e di sistemi sanitari internazionali. Dal 2003 cura per Toscana Medica la rubrica "Sanità nel mondo".

La Salute globale nella formazione del medico

La discussione sulla formazione medica in USA

Negli USA l'occasione per aprire la discussione sulla formazione medica è duplice. Da una parte la ricorrenza del centenario del *Flexner Report*, il documento elaborato nel 1910 da Abraham Flexner che rivoluzionò i programmi didattici delle scuole di medicina, dall'altra l'approvazione delle Riforme sanitarie di Obama. Una serie di articoli pubblicati sul *New England Journal of Medicine*¹ e su *Social Science & Medicine*² concordano su un punto: l'attuale formazione medica – basata sul modello biomedico – non fornisce agli studenti gli strumenti per affrontare adeguatamente la complessità dei problemi che i professionisti devono affrontare. Ne citiamo alcuni:

- **I problemi della qualità delle cure.** L'alto volume di errori che accompagna gli interventi sanitari non può essere affrontato con l'analisi dei fallimenti individuali, ma con lo studio del sistema e dell'organizzazione. I medici devono diventare esperti del funzionamento dell'organizzazione e del lavoro in *team*; devono conoscere le cornici cognitive e sociali all'interno delle quali vengono formati gli altri membri del team.

- **I problemi del sistema sanitario.** Gli studenti e i medici sono spesso testimoni di situazioni dolorose e ingiuste: es: la mancanza o l'insufficienza dell'assicurazione sanitaria dei pazienti, le disuguaglianze tra classi sociali nell'erogazione delle prestazioni, particolarmente quelle ad alta tecnologia, le complicate relazioni d'interesse dei medici-insegnanti con le industrie sanitarie. Spesso questi problemi del sistema sanitario hanno anche un impatto diretto nella relazione medico-paziente, nonostante ciò sono poche le scuole di medicina che organizzano adeguati corsi di *health policy* e che forniscono agli studenti le abilità concettuali per comprendere l'ambiente politico, per poi possibilmente modificarlo.

- **I problemi della salute collettiva.** La formazione medica è troppo concentrata sul paradigma biomedico che punta a risolvere i problemi clinici del singolo paziente, disinteressandosi di tutto ciò che circonda quel paziente (e che ne influenza la salute): la famiglia, la comunità, l'istruzione, il lavoro, il reddito, ovvero i determinanti sociali, economici, comportamentali e ambientali.

GAVINO MACIOCCO
Dipartimento di Sanità pubblica, Università di Firenze

La discussione sulla formazione medica in UK

Nel Regno Unito le disuguaglianze nella salute sono diventate un rilevante problema politico nazionale ed è per questo che i medici britannici ne hanno fatto una questione centrale del loro impegno associativo-professionale, con un occhio rivolto in particolare alla formazione universitaria. A testimonianza di ciò sta un importante e inedito documento (dal titolo: "*How doctors can close the gap*"³) firmato dalle più importanti associazioni mediche: *Royal College of Physicians*, *Royal College of General Practitioners*, *Royal College*



Figura 1 - La Piramide della Salute

¹ M. Cooke et al, American Medical Education 100 Years after the Flexner Report, NEJM 2006; 355:1339-44.

² C.S. Sales, A.L. Schlaff, Reforming medical education: A review and sintesi off ive critiques of medical practice, Social Science & Medicine 2010; 70:1665-68.

³ Royal College of Physicians, How doctors can close the gap, RCP policy statement 2010.

of Psychiatrists, National Heart Forum, Faculty of Public Health.

Il primo punto del documento sottolinea la necessità di un profondo cambio culturale: superare una prospettiva unicamente concentrata sull'intervento clinico e adottare una visione più ampia che guarda oltre il bisogno del singolo paziente e lavora per promuovere attivamente la salute e il benessere dell'intera popolazione.

“Gli interventi di sanità pubblica – si legge nel documento – devono essere fatti molto prima che un paziente si presenti con i sintomi, preferibilmente nelle fasi precoci dello sviluppo, in modo da raccogliere i maggiori benefici per la salute. I medici e gli altri operatori sanitari hanno un ruolo cruciale e possono usare la loro posizione come *leaders* all'interno del sistema sanitario e come voci degne di rispetto e di ascolto all'interno delle loro comunità per influenzare, tutelare, informare e costruire alleanze con altri settori per promuovere l'equità nella salute”.

Il secondo punto riguarda la necessità di farsi carico del problema delle diseguglianze nel corso della pratica clinica quotidiana, tanto nelle attività di cure primarie che ospedaliere.

Tutti i professionisti della sanità devono adoperarsi affinché i servizi sanitari siano meglio attrezzati per raggiungere i gruppi più svantaggiati ed emarginati della società, rimuovendo le molteplici barriere che impediscono l'accesso alla consulenza, alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura.

Il terzo punto chiama in causa l'intero sistema formativo, universitario e post-. Riportiamo letteralmente: “Noi dobbiamo dare agli studenti di medicina e a tutti coloro che si formano e si aggiornano l'incoraggiamento e il supporto per agire sui determinanti sociali di salute e per promuovere la salute attraverso la popolazione, piuttosto che concentrarsi esclusivamente sul trattamento dei singoli pazienti. È importante imprimere prima possibile negli studenti di medicina l'idea che la conoscenza dei determinanti sociali di salute li aiuterà a migliorare la salute della società”.

“Gli studenti di medicina hanno bisogno di sviluppare un ampio ventaglio di abilità e conoscenze per meglio affrontare i determinanti sociali di salute e ciò può essere fatto abbinando all'insegnamento accademico una formazione esperienziale, che li metta in contatto con la rete di gruppi che si occupano di assistenza sociale e di volontariato e che gli consenta di vedere come una varietà di situazioni sociali possono influire sulla salute delle persone”.

Alla ricerca di un nuovo modello medico

George L. Engel in un fondamentale articolo pubblicato nel 1977 su *Science* chiarisce le radici storico-concettuali del modello “egemone” nella

formazione dei medici, il modello biomedico⁴. La crisi della medicina – premette Engel – sta nel fatto che la malattia è interamente spiegata dalla deviazione dalla norma di variabili biologiche (somatiche) misurabili e che i medici considerano i problemi psicosociali al di fuori della responsabilità e dell'autorità della medicina. All'interno di questa cornice concettuale non c'è spazio per le dimensioni sociali, psicologiche e comportamentali delle malattie. “Il modello biomedico – scrive Engel – non solo richiede che la malattia sia trattata come un'entità indipendente rispetto al contesto sociale e comportamentale, ma impone che le aberrazioni comportamentali siano spiegate sulla base di disordini somatici (biochimici o neurofisiologici). Così il modello biomedico comprende sia il riduzionismo (il punto di vista filosofico per cui i fenomeni complessi sono prodotti in definitiva da una singola causa primaria), sia il dualismo corpo-mente (la dottrina che separa il soma dalla mente).

“Dopo aver ampiamente motivato la necessità di integrare il classico modello biomedico con la componente psicosociale, Engel così conclude il suo lungo saggio: “Il modello biopsicosociale fornisce un riferimento per la ricerca, una cornice concettuale per l'insegnamento, e un progetto per l'azione nel mondo reale dell'assistenza sanitaria. Se questo sia utile o meno rimane da vedere. Ma non ci sarà risposta, se non sarà consentito di sperimentare. In una società libera il risultato dipende da coloro che hanno il coraggio di tentare nuove strade e la saggezza di fornire il necessario supporto”.

Insegnamento della salute globale come opportunità

Se nel 1977 le posizioni di Engel erano isolate e circondate da un'aura di eresia, oggi – come abbiamo descritto all'inizio – trovano se non consensi, ampie aperture da parte di qualificate autorità scientifiche e accademiche.

L'opportunità di approfondire e discutere sui modelli di formazione medica la fornisce la diffusione abbastanza ampia (oltre 20 le facoltà di medicina interessate) di corsi (per lo più Attività Didattiche Elettive) sulla Salute globale, definita come segue dalla Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale:

Nella nostra visione, la Salute Globale è da intendersi come un nuovo paradigma per la salute e l'assistenza sanitaria. Tale paradigma, radicato nell'approccio teorico dei determinanti sociali di salute, basato sui principi enunciati nella Dichiarazione di Alma Ata e sostanziato da ampie evidenze scientifiche, può essere applicato al campo della prevenzione, della diagnosi e del trattamento delle malattie, così come a quello della promozione della salute a livello individuale e/o di comunità.

⁴ G.L. Engel, The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, *Science*, Vol. 196, No. 4286 (Apr. 8, 1977), pp129-136.

La cornice concettuale del percorso didattico della Salute globale è rappresentato graficamente dalla **Figura 1** che contiene i tre livelli di un'ideale **"Piramide della salute"**. Lo stato di salute di una popolazione è infatti il risultato dell'azione di (e dell'interazione fra) differenti fattori che possiamo raggruppare in tre grandi categorie: 1. I determinanti sociali di salute; 2. I sistemi sanitari e le politiche per la salute; 3. L'offerta, l'utilizzazione e la qualità dei servizi sanitari.

La Figura scelta per rappresentare le tre diverse categorie – la piramide – indica una sorta di percorso logico che si muove dal basso verso l'alto.

1. Alla base dello stato di salute di una popolazione (dei suoi sottogruppi e alla fine dei singoli individui) **stanno i determinanti sociali di salute**: a) il contesto politico-economico che crea e distribuisce ricchezza e potere; b) il contesto comunitario e di welfare che ne regola e mitiga gli effetti; c) la posizione sociale, e la conseguente disparità di risorse, che influenza la probabilità di esposizione e la dose di esposizione ai fattori di rischio per l'insorgenza di un problema di salute: fattori psico-sociali, stili di vita insalubri, fattori di rischio esterni, condizioni di suscettibilità/fragilità clinica.

2. Parte del contesto comunitario e di welfare è rappresentata dal sistema sanitario e dalle politiche per la salute, che insieme stanno a indicare il livello di tutela del diritto alla salute in una determinata realtà. Da ciò dipenderà l'universalità e l'equità (o meno) nell'accesso ai servizi sanitari, le conseguenze economiche sulle famiglie delle scelte di cui sopra, l'entità delle risorse assegnate al sistema sanitario e la distribuzione di queste tra settore pubblico e settore privato, l'accentramento o il decentramento nel governo del sistema e il livello di partecipazione dei cittadini, le politiche di inclusione (o di esclusione)

delle minoranze etniche. Le politiche per la salute riguardano ovviamente anche l'accesso a risorse non strettamente sanitarie, ma che hanno un impatto diretto sulla salute delle persone come, ad esempio, la disponibilità di acqua potabile.

3. Parte del sistema sanitario è rappresentata dall'organizzazione sanitaria che esprime il livello dell'offerta e dell'erogazione dei servizi, della relativa equità, appropriatezza e qualità. Di questo settore ci interessano gli *input* (le risorse umane, la formazione, il *know-how*, le strutture, ecc), i processi assistenziali, gli *output* (ricoveri, visite, accertamenti, vaccinazioni, screening, ecc), gli *outcome*, i risultati di salute (la riduzione della mortalità, della morbosità, etc).

L'insegnamento sulla Salute globale rappresenta un'opportunità unica per la Facoltà di Medicina perché inietta all'interno del corso di medicina, plasmato tipicamente sul modello biomedico, i semi del modello biopsicosociale, e conduce gli studenti (e gli stessi docenti) a interrogarsi non solo sulle cause prossimali della malattia, sull'ultimo anello della catena delle cause (approccio riduzionista), ma anche sulle cause distali, sulle "cause delle cause".

È interessante notare che lo schema concettuale della Piramide risponde alle tre questioni che – secondo Social Science & Medicine – l'attuale modello formativo non riesce ad affrontare: i problemi della salute collettiva, del sistema sanitario, della qualità delle cure.

L'insegnamento sulla Salute globale, infine, rappresenta un'opportunità che va oltre e dovrebbe – nell'applicazione del modello biopsicosociale, nella ricerca delle "cause delle cause" – poter interessare trasversalmente tutte le discipline cliniche, come giustamente suggeriva il documento *How doctors can close the gap*.

TM

Approccio biopsicosociale

Un modello astratto o concreto della professione

Quando mi sono laureato tanti, troppi, anni fa, consideravo la clinica come l'unico approccio valido che un medico potesse avere nei confronti della malattia e dei malati. Poi ho cominciato a fare il medico e mi sono reso conto, all'inizio con imbarazzo ed anche un po' di fastidio, che esistevano tutta una serie di fattori *esterni* che condizionavano l'aspetto clinico della malattia; lo

EMANUELE MESSINA

Responsabile Formazione Federazione Medici di Medicina Generale, Sezione Toscana

stesso sintomo ed anche lo stesso segno assumevano un significato diverso a seconda della persona che avevo davanti e della loro storia personale e familiare.

Devo dire che ero piuttosto seccato con i miei pazienti e cominciavo a dividerli in normali e rompiscatole:



Emanuele Messina, medico di medicina generale, Asl 10 Firenze. Direttore della Scuola di Formazione specifica in medicina Generale, Rappresentante della Regione Toscana per l'Osservatorio Nazionale sulla formazione in medicina generale

1. Normali erano tutti quelli che presentavano problemi che rientravano nella sfera del paradigma somatico appreso nel corso di laurea e che mi sentivo di affrontare con una qualche cognizione di causa, con l'unico limite della mia competenza o meglio della mia ignoranza, ma studiando di più o consultandomi con colleghi più esperti riuscivo ad inquadrare ed affrontare in maniera per me soddisfacente.

2. Rompiscatole erano tutti gli altri, quelli che presentavano una sintomatologia vaga sfumata che non riuscivo a far rientrare in nessuna tipologia da me conosciuta o che arrivavano in ambulatorio "tardi" con una glicemia alle stelle o dopo un anno di sanguinamenti ed una neoplasia ormai non più aggredibile.

Insomma, indiscutibilmente una parte dei miei pazienti stava facendo di tutto per rendere difficile il mio lavoro e farmi andare fuori dei gangheri. E ci riusciva egregiamente. *Burn out?* Che termine astruso, io sicuramente ero fuori di me, cominciavo a temere l'ambulatorio, a detestare tutti i pazienti ed a cercare di sbolognarmeli in fretta.

Poi ho cominciato a ragionarci sopra: erano i pazienti che non riuscivano a fare i pazienti od ero io che non riuscivo a fare il medico? Dopo aver scartato a malincuore l'ipotesi di una congiura nei miei confronti – non riuscivo infatti ad immaginare i miei pazienti che si riunivano la sera per decidere chi e come doveva venire a farmi ammatitare il giorno dopo – mi sono detto: forse sbaglio io, forse quello che mi hanno insegnato all'università o nella specializzazione non basta a farmi comprendere ed affrontare tutte le problematiche che un altro essere umano presenta al medico.

Ho cercato di capire perché una lombalgia fosse intollerabile per qualcuno e sopportabilissima per un altro, perché ci fossero persone che volevano "fare" il colesterolo ogni due minuti ed altre che per farle venire in ambulatorio ci volevano i carabinieri. Mi sono reso conto che il modello biologico che avevo appreso spiegava molte cose, ma non tutte, anzi ne spiegava una parte neanche tanto grande. Ed allora ho provato a fare da buon autodidatta il piccolo psicologo ed il piccolo sociologo. Mal me ne è incolto! Ambulatori lunghissimi, la gente che mi guardava come se fossi uscito di seno e soprattutto nessun risultato tangibile.

Uscivo da un *burn-out* ed entravo in un altro?

Non era possibile, così come non era possibile credere che tutto questo potesse succedere solo a me. Poi il casuale incontro con lo splendido libro di Ivan Illich "Nemesi Medica" ed in seguito con vari libri di Giulio Maccacaro mi hanno reso partecipe di una visione della Medicina fino ad allora per me quasi del tutto sconosciuta e mi hanno permesso di cominciare ad analizzare il mio lavoro partendo da un'angolazione diversa da quello che avevo usata fino ad allora.

Mi ricordo ancora che una delle prime scoperte fu che la Medicina non era neutra (o neutrale se si preferisce) e che le scelte politiche influivano enormemente sulla salute di tutti. Un'osservazione ovvia, ma immerso nel mondo della Medicina e delle malattie in cui tutto era *scienza* mi ero dimenticato quanto fosse vera un'osservazione in se e per se banale.

Sicuramente me ne rendevo conto anche prima, ma era un pensiero razionale, automatico, a cui non davvo un significato in termini emotivi.

Inquadrare il signor Rossi o la signora Bianchi tenendo conto dei contesti lavorativi, familiari e sociali e dei vissuti emotivi forse non ha migliorato la mia abilità medica, ma sicuramente ha migliorato il mio stato d'animo ed il mio approccio alla professione.

Parlare agli studenti di Medicina di un modello diverso da quello biomedico ha un senso?

La Medicina, e questo succede a tutte le scienze applicate, in parte si apprende, in parte si vive. Alcuni aspetti si acquisiscono sui libri, a lezione, nelle sale chirurgiche e nei reparti, altri si apprendono esercitando la professione seguendo le proprie inclinazioni, il proprio carattere, le personali intuizioni. È impossibile disgiungere un lavoro come quello del medico dalle emozioni che procura, emozioni talvolta negative che portano al *burn-out* o al cinismo più brutale in qualche occasione, ma pur sempre emozioni.

La conseguenza diretta è che così come il modello biopsicosociale differisce dal modello biomedico così l'insegnamento dei due modelli deve differire in alcuni aspetti. La proposta di Gavino Maciocco è sicuramente un'ottima proposta ed è giusto che vada sviluppata dal Consiglio di Facoltà riuscendo però ad integrare gli aspetti cognitivi della didattica con quelli più propriamente emotivi. **TM**

CONVEGNI E CONGRESSI

IL BAMBINO NASCE DUE VOLTE: QUANDO VIENE ALLA LUCE E ALL'ADOLESCENZA.

Il convegno si terrà il giorno **8 Ottobre 2011**, con orario 9-18, presso la sede dell'Ordine dei Medici, via G.C. Vanini, 15. Responsabile e coordinatore scientifico Prof. Fabio Franchini, Professore Associato di Pediatria Università Firenze. Componenti del Gruppo di studio degli Aspetti Nutrizionali e Comportamentali dell'Adolescenza Firenze: D.ssa E. Filippini, D.ssa S. Pisano, Dott.ssa F. De Stefani, Dott.ssa G. Bellini, Dott.ssa Mileti, Dott.ssa S. Tarducci, Dott.ssa C. Mancarella, Dott. G. Cotena, Prof. F. Franchini. Segreteria: E. Pisano 338/4315377 - G. Bellini giuliabellini84@libero.it. L'iscrizione è gratuita al seminari_firenze@libero.it.

La formazione dei professionisti della salute nel terzo millennio

Un rapporto internazionale pubblicato sul Lancet alla fine del 2010

Sul numero del 4 dicembre 2010 della prestigiosa rivista scientifica *Lancet* è pubblicato un ampio rapporto di una "Commissione Globale Indipendente" che si è dedicata alla valutazione della formazione dei professionisti sanitari per il ventesimo secolo (*Frenk J et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet 2010; 376: 1923-1958*). Il testo è corredato da due articoli di commento, rispettivamente a firma di Richard Horton (*Horton R. A new epoch for health professionals' education. Lancet 2010; 376: 1875-7*) e di Florian Stigler ed altri (*Stigler FL, et al. Health professionals for the 21st century: a students' view. Lancet 2010; 376: 1877-8*), che esprimono apprezzamento per il lavoro della Commissione autrice del rapporto.

La Commissione internazionale, formata da venti autorevoli figure del mondo accademico e professionale, ha lavorato intensamente per un anno in una prospettiva globale per giungere a formulare una serie di raccomandazioni volte a migliorare le prestazioni dei sistemi sanitari.

Nei due riquadri vengono riportati (tradotti e modificati) alcuni degli obiettivi delle innovazioni formative (Box 1) e istituzionali (Box 2) del rapporto, volti ad affrontare le sfide che i sistemi sanitari dovranno fronteggiare nel terzo millennio. La relazione vede la luce proprio ad un secolo di distanza dalla pubblicazione del famoso rapporto *Flexner*, che, come sottolinea il nuovo rapporto, nel 1910 promosse con forza il modello accademico della formazione medico-sanitaria creando le condizioni per il sorgere dei centri medici accademici negli Stati Uniti.

Gli autori del rapporto 2010 individuano, proprio a partire dal rapporto *Flexner*, tre generazioni di riforme formative. Julio Frenk e colleghi, considerando sempre in contemporanea il livello

formativo e quello istituzionale, identificano la prima generazione come quella basata su un curriculum scientifico (livello formativo) e fondata sulle Università (livello istituzionale), e la seconda come quella centrata sull'apprendimento basato su problemi e radicata nei centri accademici.

La terza generazione di innovazioni è quella che dall'attualità si proietta decisamente nel futuro, ed è chiamata

ta a migliorare le prestazioni e la qualità dei sistemi sanitari modellando le competenze e le abilità professionali sui singoli contesti operativi.

Obiettivi di fondo dell'intero rapporto 2010 sono il "transformative learning" e l'interdipendenza nella formazione.

Con riferimento all'"apprendimento trasformativo", gli estensori del rapporto precisano che esso riguarda la promozione e lo sviluppo di capacità di

ANDREA A. CONTI

Dipartimento di Area Critica Medico-Chirurgica,
Università degli Studi di Firenze

Alcune raccomandazioni della Commissione per migliorare le prestazioni dei sistemi sanitari (tradotte e modificate da *Lancet 2010; 376: 1923-1958*).

Le riforme formative dovrebbero:

- Rinsaldare la formazione inter-professionale e trans-professionale.
- Valorizzare i mezzi dell'*information technology*.
- Rafforzare le risorse formative.
- Privilegiare approcci al progetto formativo che siano guidati dalle abilità e competenze.
- Promuovere un nuovo sistema di professionalità che utilizzi le competenze come criteri oggettivi per la classificazione e categorizzazione dei professionisti sanitari.

Box 1



Andrea A. Conti è laureato in Medicina e Chirurgia, specialista in Medicina Interna, master in Epidemiologia e dottore di ricerca in Fisiopatologia Clinica e dell'Invecchiamento. Ricercatore confermato presso la Facoltà medica dell'Università di Firenze, è membro di numerose società scientifiche. Andrea A. Conti è autore (in collaborazione o come unico autore) di più di 350 contributi medico-scientifici su pubblicazioni nazionali ed internazionali.

leadership e che è teso alla definizione di agenti di cambiamento equilibrati e motivati.

L'interdipendenza nella formazione sanitaria prevede, nella proposta di Frenk e colleghi, almeno tre percorsi, il passaggio da sistemi formativi e sanitari isolati a sistemi formativi e sanitari armonici ed integrati, il passaggio da istituzioni autonome ed isolate a sinergie e reti istituzionali, ed infine la massima apertura alla condivisione attiva sia di metodi che di contenuti formativi.

Gli autori focalizzano la loro attenzione anche sulle criticità strutturali, metodologiche, organizzative ed economiche esistenti nei sistemi formativi sanitari attuali, e raccomandano, al fine di superare le barriere e di promuovere un nuovo sistema di professionalità, stili appropriati di *leadership*, il potenziamento degli investimenti nella formazione dei professionisti della salute e ap-

Alcune raccomandazioni della Commissione per migliorare le prestazioni dei sistemi sanitari (tradotte e modificate da *Lancet* 2010; 376: 1923-1958).

Le riforme istituzionali dovrebbero:

- Predisporre in ogni paese meccanismi di formazione condivisa ed integrata e di progettazione sanitaria multi-dimensionale.
- Ampliare i centri accademici in sistemi accademici.
- Alimentare una cultura di indagine e di ricerca clinica.

Box 2

procci sistematici alla valutazione sia delle singole prestazioni che della qualità globale dei sistemi.

TM



Stefano Taddei è Professore Ordinario di Medicina Interna presso l'Università di Pisa e direttore del DAI Medico e dell'U.O. di Medicina Generale I dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana. Membro di numerose società scientifiche ed Editorial Board, è International Editor dell'European Journal of Cardiology. È autore di circa 240 pubblicazioni su riviste scientifiche internazionali.

La piramide della salute e quella dell'apprendimento

Confrontarsi con un modello sanitario ideale che sempre più supera il concetto di "cura della malattia" del singolo individuo ma proietta verso un modello integrato caratterizzato dai problemi della salute collettiva, del sistema sanitario e della qualità delle cure pone un serio momento di riflessione sull'adeguatezza dei nostri sistemi formativi (innanzitutto del Corso di Laurea in Medicina).

D'altra parte, in qualità di Docente Universitario, oltretutto responsabile di un insegnamento cruciale quale quello della Medicina Interna, che alla fine del VI anno del corso di laurea rappresenta il test conclusivo di un percorso didattico-formativo lungo, impegnativo e difficile, mi pongo il problema di quali siano gli aspetti fondamentali della nostra responsabilità formativa e soprattutto che cosa si aspetta il cittadino/paziente dal giovane medico neo-laureato.

Sgombriamo il campo da alcuni equivoci: sei anni di Università non sono in grado di formare completamente un medico e secondo la mia opi-

nione si dà molto (e giusto) peso alla formazione universitaria mentre si tende a sottovalutare la formazione post-universitaria che forse è il momento ideale per completare la preparazione del medico soprattutto per quanto riguarda la parte "post-biomedica".

In sei anni il Corso di Laurea di Medicina si fa carico di un giovane studente, digiuno di ogni informazione biomedica, e lo deve rendere in grado di assumere capacità decisionali di fronte alle problematiche di eventuali pazienti con i quali entrerà in contatto. Per arrivare a questo lo studente affronta numerose ore di lezione per sostenere esami complessi, materie di base e specialistiche, e insieme sostiene un percorso di tirocinio che non sembra essere mai sufficiente a far acquisire quel livello minimo di esperienza che è indispensabile per poter affrontare l'attività clinica. In tutta sincerità il mio problema primario di docente è che il mio studente sappia come orientarsi se gli si presenta un paziente con febbre, dispnea o dolore addominale e riconosco che questo è un approccio di tipo biomedico. D'altra parte la stragrande maggioranza dell'attività della classe medica è di tipo biomedico e sempre il medico è chiamato in prima persona a rispondere delle proprie scelte e decisioni.

Definita la preparazione biomedica quale "con-

STEFANO TADDEI

Professore Ordinario di Medicina Interna
Dipartimento di Medicina Interna - Università di Pisa

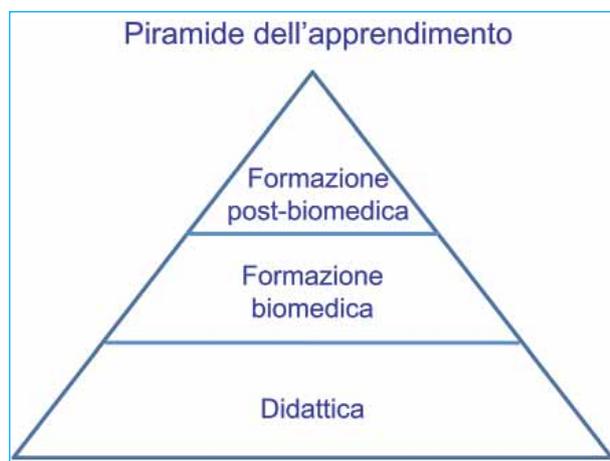
ditio sine qua non” per poter affermare che un medico è preparato, è ovvio che una moderna Facoltà di Medicina debba andare oltre e pensare a formare un professionista in grado di poter fronteggiare le sfide della “salute globale”. A mio modo di vedere però il Corso di Laurea è la sede nella quale è necessario cominciarne a parlare, ma sicuramente sarebbe molto più produttivo affrontare queste problematiche nei percorsi post-laurea. E questo perchè? Perchè la laurea in medicina non identifica un professionista con caratteristiche omogenee, ma diverse tipologie di professionalità, a volte lontanissime tra loro, che si inseriranno con compiti assolutamente diversi nell’ambito della vita sociale. Nel post-laurea queste scelte sono state fatte e quindi è possibile identificare quei professionisti che abbiano un vero interesse a farsi coinvolgere nel percorso formativo che possa fare da ponte tra il sistema biomedico e il concetto di salute globale.

La Piramide della Salute è un concetto affasci-

nante e condivisibile, ma accanto a questa si può mettere anche la Piramide dell’Apprendimento. Al primo livello troveremo la didattica, in quanto è inammissibile che un medico non conosca la fisiopatologia, la clinica e la terapia delle varie malattie. Al secondo livello troveremo la formazione in quanto lo studio della medicina è fortemente condizionato dalla necessità di acquisire sul campo una sufficiente esperienza e soprattutto la capacità di affrontare la relazione medico/paziente, elemento fondamentale per chi vorrà esercitare una professione clinica. Al terzo livello (ma una volta che i primi due saranno soddisfatti) esiste la possibilità di affrontare le problematiche inerenti ai determinanti sociali della salute.

La struttura piramidale indica il percorso logico da seguire, ma mentre i primi due livelli sono da ritenersi, almeno a grandi linee, di esclusiva pertinenza del Corso di Laurea in Medicina, al terzo livello dovrebbero contribuire in modo decisivo tutte quelle strutture che partecipano alla formazione post-laurea.

In conclusione ritengo sia importante che la Facoltà di Medicina possa aprirsi alle esigenze di una Società che cambia e che chiede al mondo sanitario di adeguarsi alle nuove necessità di salute pubblica, ma sottolineo che proprio su questi aspetti il percorso formativo debba partire negli anni dell’Università per svilupparsi e completarsi nei percorsi professionali del post-laurea. Forse la sfida importante è proprio nella capacità dell’Università di dialogare con il mondo “esterno” in modo da poter essere parte integrante di un sistema che vuole affrontare e risolvere le sfide che derivano dall’applicazione di un modello sociale sempre più coinvolgente e impegnativo. **TM**



ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

presidenza@ordine-medici-firenze.it - informazioni@ordine-medici-firenze.it
 amministrazione@ordine-medici-firenze.it - toscanamedica@ordine-medici-firenze.it
 relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it

Orario di apertura al pubblico:

MATTINA: dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 12,30
 POMERIGGIO: lunedì e mercoledì dalle ore 15,30 alle ore 18,45

Rilascio certificati di iscrizione:

UFFICI: in orario di apertura al pubblico - INTERNET: sul sito dell’Ordine - TELEFONO: 055 496 522

Tassa annuale di iscrizione:

bollettino postale, delega bancaria (RID) o carta di credito tramite il sito <http://www.italriscossioni.it>
 (POS virtuale fornito da Banca Monte dei Paschi di Siena)

Cambio di indirizzo:

comunicare tempestivamente ogni variazione della residenza anagrafica o del domicilio, specificando chiaramente presso quale indirizzo si desidera ricevere la corrispondenza

Consulenze e informazioni:

COMMISSIONE ODONTOIATRI - il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45 - CONSULTAZIONE ALBI PROFESSIONALI
 sito Internet dell’Ordine

AMMI - e-mail: ammifirenze@virgilio.it - sito: ammifirenze.altervista.org

FEDERSPEV - 1° mercoledì del mese dalle ore 10 alle ore 11,30

Newsletter:

tutti i giovedì agli utenti registrati sul sito Internet dell’Ordine

~ ~ ~

Info: Via Giulio Cesare Vanini 15 - 50129 Firenze - Tel. 055 496 522 - Fax 055 481 045

Sito Internet: www.ordine-medici-firenze.it



I biologici anti TNF Alfa: una nuova opportunità terapeutica

Le differenze all'interno della classe

TOSCANA MEDICA – Iniziamo con un inquadramento generale relativo ai farmaci biologici.

MAZZEI – Per farmaco o agente biologico si intende una sostanza prodotta da un organismo vivente, ad esempio una cellula di origine murina o umana, che può essere impiegata nella prevenzione, diagnosi e trattamento di neoplasie o altre condizioni patologiche.

In questa classe di molecole rientrano anticorpi e recettori che agiscono sul Tumor Necrosis Factor alfa (TNF alfa). Si tratta di un ormone polipeptidico, membro insieme al TNF beta, della superfamiglia dei TNF alla quale appartengono circa 30 molecole. Il TNF, prodotto prevalentemente da monociti attivati e cellule T, è coinvolto nello sviluppo del sistema immunitario, nella difesa dell'organismo ospite e, in senso generale, nei meccanismi di competenza immunitaria.

Si tratta di una citochina che riveste una funzione molto importante anche nel processo infiammatorio con un ruolo dimostratosi di grande rilievo in numerose condizioni patologiche a possibile o probabile eziopatogenesi infiammatoria quali la psoriasi, l'artrite psoriasica, l'artrite reumatoide, la spondilite anchilosante, il morbo di Crohn.

Il TNF alfa e beta condividono gli stessi due recettori monomerici sulla superficie cellulare denominati P55 e P75 che attivano la trasduzione del segnale e che esistono anche in forma solubile una volta che si sia verificata l'attivazione cellulare.

I farmaci biologici antagonisti del TNF alfa oggi disponibili sono costituiti da due classi di molecole, il recettore solubile (l'etanercept) e gli

anticorpi monoclonali infliximab e adalimumab (Figura 1).

Le differenze sostanziali che li caratterizzano, oltre a quelle strutturali, riguardano soprattutto i meccanismi di azione, la farmacodinamica e la farmacocinetica che condizionano il rapporto efficacia-sicurezza delle tre molecole.

Etanercept inibisce l'azione del TNF, sia alfa che beta, legandosi con affinità elettiva sia alle forme solubili che a quelle trans membrana (Figura 2).

Adalimumab si lega specificamente al TNF alfa e blocca la sua interazione con i recettori

di superficie P55 e P75, mentre infliximab neutralizza l'attività biologica del TNF legandosi con elevata affinità alle forme solubili e transmembrana dell'alfa ed inibendo in questo modo il suo legame con i recettori specifici (Figura 3).

TOSCANA MEDICA – I farmaci che sono stati adesso descritti in che cosa sostanzialmente differiscono rispetto alle molecole ad attività immunosoppressiva già presenti da moltissimo tempo nell'armamentario terapeutico dei medici?

FABBRI – Ritengo che la differenza sostanziale sia rappresentata dal fatto che le molecole immunosoppressive di più antica introduzione nella pratica medica sono potenzialmente rivolte verso un gran numero di bersagli agendo sui quali esplicano la propria attività terapeutica (antinfiammatoria o immunosoppressiva) mentre i farmaci biologici e in particolare quelli di cui stiamo parlando, seppure con meccanismi d'azione differenti, finiscono tutti per inibire l'attività del solo TNF, una molecola chiave in moltissime patologie

PAOLO FABBRI¹, LOREDANO GIORNI²,
SAFFI ETTORE GIUSTINI³,
MARA MACCARONE⁴, MARCO MATUCCI CERINIC⁵,
TERESITA MAZZEI⁶, ANDREA MESSORI⁷

¹ Ordinario di Dermatologia dell'Università di Firenze

² Dirigente del Settore Farmaceutico della Regione Toscana

³ Medico di Medicina Generale e responsabile del Settore Farmaci della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)

⁴ Presidente dell'Associazione per la Difesa degli Psoriasici (ADIPSO)

⁵ Ordinario di Reumatologia dell'Università di Firenze

⁶ Ordinario di Chemioterapia dell'Università di Firenze

⁷ Farmacista ospedaliero e vicepresidente della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera (SIFO)

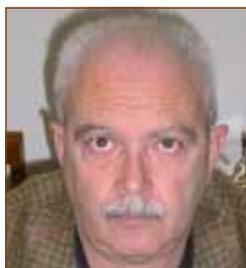
PARTECIPANO



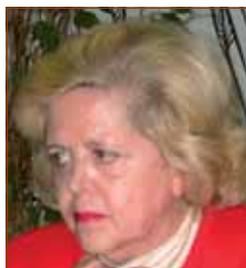
Paolo Fabbri



Loredano Giorni



Saffi Ettore Giustini



Mara Maccarone



Marco Matucci Cerinic



Teresita Mazzei



Andrea Messori

infiammatorie, da quelle della pelle a quelle delle articolazioni.

MATUCCI CERINIC – I farmaci biologici hanno delle dimensioni molecolari piuttosto grandi e costi di produzione estremamente elevati. Questo spiega in parte perché le compagnie produttrici hanno scelto delle strategie aziendali e produttive molto particolari che hanno condotto oggi alla creazione di molecole di dimensioni ridotte e dal costo notevolmente ribassato.

MAZZEI – A rigore di logica queste molecole di ridotte dimensioni non possono però considerarsi farmaci biologici a tutti gli effetti. Esse infatti agiscono attraverso l'inibizione del recettore

partendo generalmente da un sito attivato (un dominio intracellulare) e bloccando a valle la trasduzione del segnale. I farmaci biologici veri e propri si somministrano per via parenterale, endovenosa o sottocutanea con una farmacocinetica ed un'identità di bersaglio pertanto del tutto differenti rispetto alle molecole "intelligenti" a bersaglio molecolare.

MESSORI – Quello che comunque accumuna sia le molecole di più ridotte dimensioni che i biologici veri e propri è l'elevato costo della terapia che può variare dai 10.000 Euro annui (anti TNF) fino ai 70.000 Euro annui (Oncologici). Vorrei però sottolineare che l'orientamento prevalente sia a livello italiano che internazionale è quello di separare il problema del costo di produzione da quello del controvalore che si riconosce al risultato terapeutico. Di fatto, nel campo dei farmaci innovativi sia le molecole più piccole che i biologici hanno un costo sempre e comunque elevato, a prescindere dalle differenti tecniche di produzione. Ciò spiega perché la strategia del terzo pagante (es. il SSN) è oggi orientata a "comprare la salute" generata dal farmaco e non a comprare il farmaco in quanto tale; per cui, se in oncologia un determinato trattamento consente di aumentare la sopravvivenza dei pazienti di qualche mese, la spesa sostenuta serve ad acquistare il risultato terapeutico e non il farmaco in quanto tale.

Oggi, soprattutto nel campo dei farmaci innovativi le dinamiche commerciali legate alla produzione/distribuzione di una certa molecola sono competenza dell'industria, la quale dovrà trovare un equilibrio tra entrate (il ricavo delle vendite del farmaco a sua volta proporzionato alla quantità di salute generata) ed uscite (spese di ricerca, spese di produzione, spese di informazione).

TOSCANA MEDICA – Allora, siamo di fronte a farmaci che presentano complessi meccanismi di produzione e costi elevati, di impiego elettivo in alcune situazioni particolari. Tra le indicazioni abbiamo sentito parlare di artrite reumatoide, psoriasi: i farmaci biologici devono essere impiegati indiscriminatamente all'interno di questi grossi gruppi di patologie oppure è possibile individuare dei soggetti target ai quali somministrarli secondo le moderne istanze della Medicina personalizzata?

FABBRI – L'impiego dei farmaci biologici in ambito dermatologico è per il momento limitato all'artropatia psoriasica ed alla psoriasi volgare di gravità medio-alta, così definita secondo le indicazioni fornite da apposite scale di valutazione della severità clinica della malattia, tra le quali la più usata è il cosiddetto Psoriasis Area Severity Index (PASI).

Con questo approccio classificativo i farmaci biologici possono essere prescritti solo nelle forme con PASI superiore a 10 in soggetti maggioren-

ni (in casi selezionati di pertinenza pediatrica) oppure in soggetti nei quali almeno due dei trattamenti sistemici comunemente impiegati nella cura della psoriasi (metotrexato, ciclosporina, retinoidi aromatici e fototerapia) abbiano fallito, oppure abbiano dato risultati insoddisfacenti o causato effetti collaterali tali da consigliare l'interruzione del trattamento.

Oggi il PASI e le altre scale sono molto criticate e si stanno cercando delle soluzioni alternative per valutare l'effettiva gravità della malattia ed il medico è in buona sostanza lasciato solo a dovere decidere se una psoriasi è davvero grave oppure soltanto moderata o se un effetto collaterale di un farmaco merita davvero la sospensione della terapia.

Bisogna tuttavia ricordare che il PASI ha trovato una sua specifica applicazione proprio nel campo dei farmaci biologici, essendo infatti il valore PASI 50 quello che condiziona, se non

raggiunto, la dichiarazione di non efficacia di un trattamento protratto per almeno 12 settimane.

TOSCANA MEDICA – Prof. Matucci abbiamo parlato della psoriasi, completiamo le indicazioni in campo reumatologico, con una particolare attenzione alla scelta dei pazienti da sottoporre a terapia con farmaci biologici.

MATUCCI CERINIC – Nel campo delle patologie infiammatorie delle articolazioni esistono oggi dei criteri di inclusione estremamente precisi, derivati dal consenso internazionale che considerano i farmaci biologici opzioni terapeutiche di seconda scelta, dopo il fallimento di altre sostanze come il metotrexato, la ciclofosfamida, l'idrossiclorochina e la ciclosporina.

Dopo tre settimane di cura con queste molecole, in caso di insuccesso, si passa ai biologici, soprattutto anti TNF alfa, secondo schemi basati

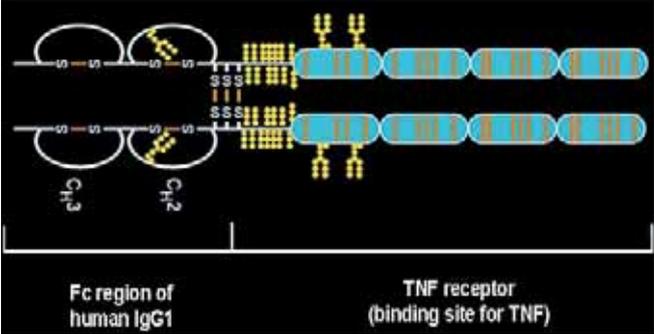
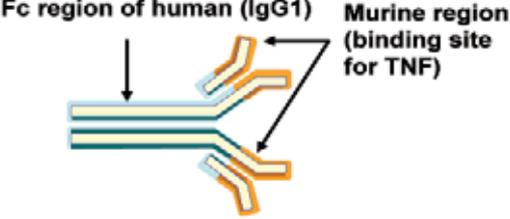
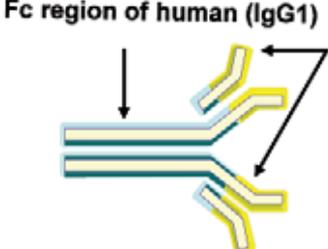
| STRUTTURA | DESCRIZIONE |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">Etanercept (human fusion protein)</p>  <p style="text-align: center;">Fc region of human IgG1 TNF receptor (binding site for TNF)</p> | <p>Etanercept, proteina di fusione completamente umana, consiste in due recettori del TNF-α legati alla porzione Fc di una IgG1 umana.</p> |
| <p style="text-align: center;">Infliximab (chimeric mAb)</p>  <p style="text-align: center;">Fc region of human (IgG1) Murine region (binding site for TNF)</p> | <p>Infliximab è un anticorpo monoclonale con una parte murina (regione variabile) e una umana.</p> |
| <p style="text-align: center;">Adalimumab (human mAb)</p>  <p style="text-align: center;">Fc region of human (IgG1)</p> | <p>Adalimumab è un anticorpo monoclonale completamente umano.</p> |

Fig. 1 - Struttura dei farmaci biologici antagonisti del TNF alfa

sulla cosiddetta “terapia di sovrapposizione” che vede affiancare, nello stesso paziente sostanze di prima e seconda scelta.

Oltre ai criteri di inclusione adesso ricordati, in campo reumatologico, esistono anche quelli cosiddetti di mantenimento secondo i quali, se dopo 3 - 6 mesi di terapia con i biologici non è stato raggiunto un risultato soddisfacente, si possono seguire le strade seguenti: il passaggio da un anti TNF ad un altro oppure ad un biologico di differente meccanismo di azione.

In Reumatologia disponiamo pertanto di linee-guida e protocolli che ci aiutano assai bene a gestire l'iter terapeutico e clinico di questi soggetti.

TOSCANA MEDICA – *Dottor Giustini, a livello di Medicina Generale come è la gestione dei pazienti sottoposti a terapia con farmaci biologici?*

GIUSTINI – Si tratta di soggetti che certamente possono rientrare tra gli assistiti dei medici di famiglia, anche se la prevalenza di queste malattie fortunatamente non è poi così elevata.

In questo settore quello che mi preoccupa moltissimo, anche in veste di animatore di formazione, è la oggettiva mancanza di cultura che i medici di medicina generale per lo più hanno nei confronti di queste molecole, in assenza di scambio di informazioni con gli specialisti e l'industria produttrice.

In questo senso non mi preoccupa tanto la conoscenza della farmacodinamica e farmacocinetica di queste molecole che chiunque può reperire, quanto la quasi totale ignoranza relativa alle interazioni ed agli eventuali effetti collaterali in pazienti con polipatologie di grave e pesante impegno terapeutico quali quelli che sempre più spesso affollano oggi gli studi dei medici di famiglia.

Come medico di famiglia ben volentieri ho acconsentito a partecipare a questo incontro, soprattutto per chiedere agli specialisti di organizzare delle iniziative e mettere in pratica degli efficaci canali di comunicazione tra colleghi con competenze professionali così diverse. Questo soprattutto a tutela sia degli assistiti sia della terapia instaurata, per evitare che venga sospesa in maniera arbitraria o inappropriata.

Senza poi dimenticare i necessari rapporti di indispensabile chiarezza tra lo specialista suggeritore di una determinata cura ed il medico di medicina generale prescrittore di farmaci delicati e costosi.

MAZZEI – Il dottor Giustini ha perfettamente ragione. Questo tipo di terapia deve necessariamente venire gestito a livello multidisciplinare con la partecipazione attenta sia degli specialisti di riferimento che dei medici di famiglia, ai quali di volta in volta si possano facilmente aggiungere ulteriori professionalità quali ad esempio, l'infettivologo, l'oncologo, l'oncoematologo, il chemioterapista.

I medici di medicina generale da parte loro devono venire adeguatamente sollecitati a seguire questi pazienti nella storia di tutti i giorni, pronti ad individuare il prima possibile la comparsa di segni e sintomi di eventuali effetti collaterali indesiderati.

MATUCCI CERINIC – Il rapporto tra specialista e medico di medicina generale, assai giustamente ricordato dal dottor Giustini, a mio parere si deve sostanziare non tanto nella prescrizione del farmaco quanto nella gestione complessiva del paziente, nel follow-up e soprattutto nella prevenzione e gestione in tempo reale degli effetti collaterali o indesiderati eventualmente comparso durante la terapia con i farmaci biologici.

I pazienti in cura con i biologici necessitano di essere seguiti presso Centri opportunamente strutturati a questo scopo, al cui interno sia possibile ritrovare tutte le professionalità necessarie a fronteggiare le differenti situazioni clinico-terapeutiche. Nel Centro attivo a Careggi, per fare un esempio riferito a quanto detto in precedenza dalla Prof.ssa Mazzei, accanto agli specialisti di riferimento lavorano anche colleghi infettivologi con conoscenze specifiche nel campo della TBC, delle infezioni da HCV ed HBV e di quelle opportunistiche soprattutto a livello polmonare.

Purtroppo devo dire che ad oggi i nostri rapporti con i medici di medicina generale sono limitati alla relazione che inviamo loro per ogni singolo paziente contenente, oltre alla storia clinica e terapeutica del soggetto, anche i numeri di telefono riservati dei medici del Team che lo hanno in cura.

La parte culturale della medicina generale in questo settore è quella che oggi maggiormente appare in sofferenza ed i tentativi fino ad ora messi in atto non si sono rivelati efficaci. Creare dei rapporti veramente costruttivi richiederà interventi di carattere politico e sociale perché si tratta di coinvolgere l'intera categoria della medicina generale e non solo qualche sparuto professionista interessato all'argomento, nell'ottica della migliore collaborazione tra colleghi e, soprattutto, nel precipuo interesse del paziente.

TOSCANA MEDICA – *Per concludere la questione degli aspetti clinici della terapia con i biologici, ricordiamo brevemente quali possono essere le reazioni avverse e gli effetti indesiderati legati alla loro somministrazione.*

MAZZEI – In linea generale gli effetti collaterali legati alla somministrazione dei tre antagonisti del TNF alfa oggi disponibili sono essenzialmente di carattere infettivo (tubercolosi di nuova insorgenza o slatentizzazione di una forma latente, sepsi da batteri Gram + e Gram -, setticemie da funghi), sindromi demielinizzanti, comparsa di autoanticorpi e relative malattie autoimmu-

ni, linfomi, anomalie ematologiche quali anemie, pancitopenie, aggravamento di situazioni di scompenso cardiaco congestizio, reazioni da infusione e reazioni locali nel sito di iniezione.

Si può inoltre affermare che il rischio di infezioni gravi appare più significativo in corso di artrite reumatoide e che le reazioni avverse si presentano in percentuali diverse per le tre molecole anti-TNF alfa. In particolare una metanalisi della Cochrane [Singh JA et al., CMAJ 2009; 191(11): 787-796] ha mostrato per etanercept una minore frequenza di interruzione del trattamento dovuta ad eventi avversi. Infine i dati di farmacovigilanza della Regione Toscana parlano complessivamente di 42 segnalazioni nel corso degli ultimi 10 anni, quindi un numero relativamente basso.

MATUCCI CERINIC – I pazienti di competenza reumatologica candidati alla terapia con i biologici vengono studiati in maniera molto approfondita dal punto di vista infettivologico, soprattutto per evitare sgradite sorprese legate alla riattivazione di qualche condizione eventualmente già presente nell'organismo. Questa attenta azione di monitoraggio prosegue anche durante la terapia ad intervalli codificati, in particolare per quanto riguarda la TBC, l'HBV, l'HCV e l'HIV e le infezioni fungine.

Vorrei inoltre sottolineare due aspetti a mio parere molto importanti. Il primo: sulla scorta dei dati della Letteratura, soprattutto provenienti dai Paesi scandinavi, non è stata dimostrata una significativa incidenza di effetti collaterali gravi quali le sindromi demielinizzanti ed i linfomi nei soggetti sottoposti a terapia con farmaci biologici rispetto alla popolazione di controllo. Il secondo: gli effetti indesiderati di queste terapie si riducono drasticamente quando vengono instaurate nelle fasi iniziali di malattia, in organismi cioè non defedati e che ancora non hanno ricevuto terapie pesanti di lunga o lunghissima durata.

Questa osservazione ci deve servire per impiegare i biologici il prima possibile, allo scopo di poterli ridurre in seguito come ulteriore opzione terapeutica oppure addirittura sospenderli con il sostegno nuovamente dei vecchi sistemici.

Con un simile approccio si possono ridurre i costi di questi interventi di cura, garantendo allo stesso tempo ai malati una migliore qualità dell'assistenza loro fornita.

MESSORI – Alcune osservazioni di carattere farmacoeconomico per inquadrare ancora meglio la questione dei farmaci biologici. Questi farmaci stanno adesso creando dei grossi problemi di sostenibilità all'interno dell'Agenzia Nazionale per il Farmaco. Infatti, mentre lo scorso anno la farmaceutica territoriale è riuscita a rimanere entro il tetto di spesa prefissato (circa il 13,3% del Fondo SSN), quella relativa ai farmaci di classe H ha sfiorato il tetto previsto del 2,4% del Fondo SSN spingendosi fino a oltre il 4%. Ciò è motivo, proprio in questi giorni, di grave preoccupazione nei confronti della futura sostenibilità della farmaceutica.

A complicare questo quadro vi è inoltre anche il progressivo aumento del numero di biologici disponibili che dai 5 o 6 esistenti nel 2006 potrebbe lievitare fino a circa 50 o addirittura 100 nel 2011-2012.

Pertanto le proiezioni di spesa in questo settore non possono che preoccupare, soprattutto in un Paese come l'Italia che, tra i pochissimi al mondo, è riuscito ad includere tutti i biologici nella classe a totale rimborsabilità da parte del SSN.

TOSCANA MEDICA – *Dott.ssa Maccarone, in uno scenario così complesso ed articolato che coinvolge aspetti scientifici, etici, economici e di ricerca, in cui un ruolo importante è rappresentato dai malati e dalle associazioni che si occupano della loro tutela, quale è il ruolo dell'ADIPSO?*

MACCARONE – Dopo avere apprezzato i tanti contributi di questa discussione, non posso tuttavia dimenticare che il principale effetto collaterale di cui soffriamo noi malati continua a rimanere la nostra malattia!

Nella nostra ricerca di una qualità di vita almeno accettabile, i farmaci biologici hanno rappresentato senza dubbio un traguardo di eccezionale importanza. Prima della loro comparsa sul mercato una persona come me costava alla società circa 35 milioni di lire ogni anno, tra farmaci, ricoveri in ospedale e giornate di lavoro perse, oltre alle piccole spese legate all'acquisto di presidi non rimborsabili dal SSN come creme e bendaggi. Per questo quando sento parlare del numero in costante aumento dei biologici, non posso che essere felice, visto che così possono aumentare le possibilità di cura per tante persone.

ETANERCEPT: Artrite reumatoide, Artrite reumatoide giovanile, Artrite psoriasica, Spondilite anchilosante, Psoriasi, Psoriasi pediatrica

INFLIXIMAB: Artrite reumatoide, Artrite psoriasica, Spondilite anchilosante, Psoriasi, Morbo di Crohn, Colite ulcerosa

ADALIMUMAB: Artrite reumatoide, Artrite reumatoide giovanile, Artrite psoriasica, Spondilite anchilosante, Psoriasi, Morbo di Crohn

La Toscana è sempre stata una Regione sensibile a questi temi ed anche noi come Associazione abbiamo sempre trovato grande spirito di collaborazione ed iniziativa.

Alcune osservazioni. Sono d'accordo quando si parla di controllo della spesa sanitaria, però vorrei ricordare che in tutta Italia i pazienti sottoposti a terapia con farmaci biologici, attentamente selezionati e monitorati, non raggiungono le 18.000 unità con costi quindi tutto sommato di non eccessivo impegno.

Come malati abbiamo un bisogno enorme dei nostri medici di famiglia e ben volentieri li vorremmo ospiti ai nostri incontri, anche se purtroppo dobbiamo riconoscere che questo quasi mai accade, così come del resto succede anche con gli specialisti di riferimento.

Anche secondo noi sarebbe fondamentale potere appoggiarsi ad un Team di professionisti che, a vario livello, ci possano aiutare a gestire negli anni i mille problemi legati a malattie croniche altamente invalidanti.

TOSCANA MEDICA – *La dott.ssa Maccarone ha affrontato, tra l'altro, due temi di grande importanza: la necessità di un sempre maggiore coinvolgimento dei medici di base nella gestione della cronicità ed il miglioramento della qualità di vita nei soggetti sottoposti a terapia con farmaci biologici. Visto che queste molecole sono in commercio già da qualche anno, sono disponibili degli studi scientificamente attendibili sul loro rapporto costo – beneficio e sul fatto che gli outcome di qualità della vita dei pazienti si siano rivelati davvero favorevoli?*

FABBR – Per quanto riguarda la patologia di mia competenza, posso dire che il comportamento abituale nei Centri Psocare è quello non solo di valutare gli score strettamente legati alla malattia psoriasica ma anche di prendere in attenta considerazione la qualità complessiva della vita dei malati. Con questo approccio è stato possibile dimostrare in maniera inequivocabile che via via che si raggiunge una riduzione della superficie

cutanea interessata dalle lesioni psoriasiche, di pari passo migliora drasticamente anche la qualità della vita dei soggetti affetti che praticamente si sovrappone a quella delle persone sane quando si raggiunge un PASI del 90%.

TOSCANA MEDICA – *Due domande al Dirigente del Settore farmaceutico. Se 5.000 ammalati di psoriasi “costano” come 3-400.000 pazienti in cura con le statine, come si pone la Regione di fronte alla questione della appropriatezza terapeutica in rapporto alla sostenibilità del sistema? Ancora. La Regione Toscana si situa tra le primissime in Italia come numero di segnalazioni all'interno dei sistemi di farmacovigilanza: come si rapporta questa attività con gli interventi economici a livello di sistema?*

GIORNI – Per quanto riguarda la prima domanda, io sono profondamente convinto che un Sistema sanitario pubblico a copertura universale possa davvero arrivare ad individuare i propri limiti, oltre i quali non riesce proprio spingersi, solo quando si trovi nelle condizioni di non avere nemmeno un dubbio su come abbia allocato fino all'ultimo centesimo le risorse a sua disposizione.

In altre parole, se è vero che l'uguaglianza di fronte alle cure deve essere garantita a tutti i cittadini, io penso che il vero valore che il nostro sistema deve dare alla salute delle persone non possa assolutamente prescindere dalla più rigorosa ed etica allocazione delle risorse disponibili.

Due osservazioni contenute in alcuni interventi precedenti mi hanno fatto molto riflettere: il verosimile aumento negli anni a venire dei nuovi farmaci biologici e la soddisfazione della rappresentante dei malati per questo fenomeno che certamente offrirà per loro nuove e finora insperate opportunità di cura.

Come Regione, in termini semplicistici ma ben comprensibili, noi andiamo a comprare questi farmaci per fare salute per i nostri cittadini e necessariamente, di fronte alla scelta delle molecole disponibili, dobbiamo prendere delle decisioni,

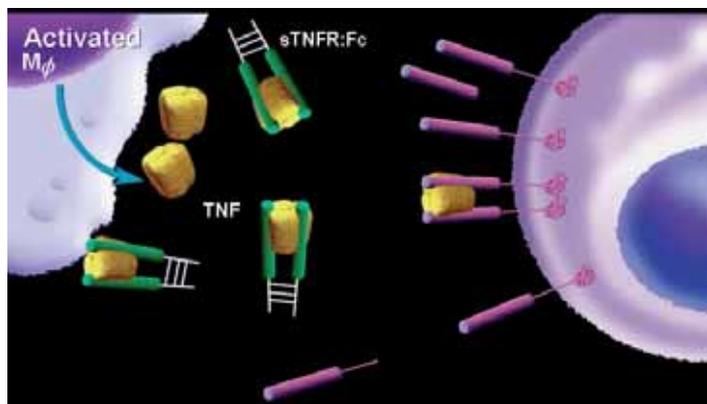


Fig. 2 - Meccanismo d'azione di etanercept

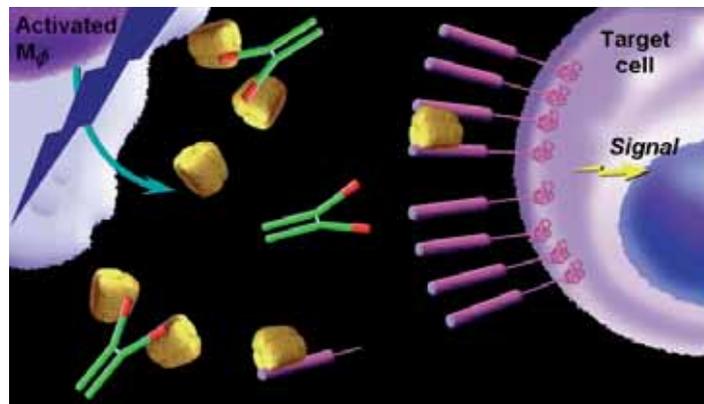


Fig. 3 - Meccanismo di azione di adalimumab e infliximab.

confrontandoci per forza con le regole di mercato che anche nel campo sanitario si trovano ben rappresentate.

Come è ovvio anche le Regioni, all'interno di questo meccanismo, cercano di ottenere il risultato migliore con la minore spesa possibile e per fare questo ricorrono ad una strategia che in campo sanitario solo pochi decenni fa era semplicemente inconcepibile, sfruttare cioè la concorrenza tra le varie aziende in rapporto alle prestazioni che si intendono erogare alla popolazione.

A questo punto è però necessario che si venga a creare un sistema efficiente di collaborazione e confronto tra clinici ed amministratori perché, a fronte di consolidate evidenze scientifiche, si possa decidere, a parità di classe, per una determinata molecola (di costo ovviamente minore) rispetto ad un'altra. In altre parole il sistema dovrebbe essere in grado di decidere, quando il medico non pone indicazioni assolute ed in presenza di indispensabili requisiti di scientificità, quale farmaco comprare e con quale modalità dispensarlo ai cittadini.

È evidente che le aziende produttrici di queste sostanze, in un'ottica così strettamente concorrenziale, cercheranno di guadagnarsi fette di mercato sempre più significative agendo soprattutto sul contenimento dei costi di vendita. In questa maniera l'azienda che abbassa i costi dei propri prodotti contribuisce alla sostenibilità di tutto il sistema e crea incentivi al progredire della ricerca di nuove molecole dotate non della stessa efficacia terapeutica di quelle che già conosciamo ma di maggiore attività e con minori effetti collaterali.

In questo modo, tra l'altro, si ottempera anche ad un vero e proprio dovere deontologico sia per i medici che per gli amministratori della cosa sanitaria, quello cioè di cercare di ottenere con la spesa minore i risultati migliori possibili.

Una risposta alla seconda domanda. Una buona attività di farmacovigilanza senza dubbio rappresenta un sistema estremamente efficace per monitorare l'andamento della spesa sanitaria e per pianificare i necessari interventi futuri. In questo senso la Regione Toscana si situa veramente ai primissimi posti in Italia, come qualità e quantità di segnalazioni, anche se purtroppo la realtà nazionale appare ancora oggi estremamente diversificata con esperienze diametralmente opposte e contrastanti.

TOSCANA MEDICA – *Quali sono i criteri di scelta terapeutica per assicurare l'appropriatezza clinica?*

FABBRI – Intanto vorrei dire che la grande maggioranza degli studi comparsi in letteratura relativi all'efficacia terapeutica dei farmaci biologici anti TNF- α (Etanercept, Infliximab e Adalimumab) appaiono sponsorizzati dall'industria e non basati, ad esempio, sui dati provenienti dai Registri nazionali o internazionali di malattia raccolti

da ricercatori indipendenti.

Nel campo dermatologico una delle indicazioni molto importanti nella scelta del biologico da impiegare è rappresentata dalla sua via di somministrazione, endovenosa o sottocutanea. La scelta dipende anche dalla compliance del paziente verso la terapia proposta e personalmente scelgo la via endovenosa (che necessita del ricovero in ospedale) solo in quei pazienti che mi danno scarse o nulle garanzie di attenersi scrupolosamente al trattamento.

Un altro criterio di scelta è basato sul fatto che uno dei biologici da somministrare per via sottocutanea (Etanercept) prevede un tipo di trattamento cosiddetto intermittente. Questa modalità terapeutica se da una parte presenta il vantaggio di una prolungata sospensione del farmaco e quindi anche dei suoi effetti collaterali dall'altra, nel caso ad esempio che coesista una artropatia psoriasica grave, potrebbe non risultare vantaggiosa per una possibile ripresa dell'attività di malattia.

MESSORI – Alla luce di quanto abbiamo sentito finora, io penso che sia davvero di fondamentale importanza definire i criteri di specificità dei pazienti nei confronti dei singoli farmaci biologici. Questo concetto si lega a quello della cosiddetta "area di sovrapposizione" secondo cui bisognerebbe esplicitare i criteri che il soggetto deve possedere per essere candidato indifferentemente alla terapia con uno qualsiasi dei farmaci sovrapponibili oppure, al contrario, per essere candidato ad una specifica terapia.

Riallacciandomi all'ultimo intervento del prof. Fabbri vorrei aggiungere che ancora molta strada deve essere percorsa dall'Evidence Based Medicine, se è vero che fino ad oggi gli studi controllati hanno per lo più messo a confronto un trattamento nuovo contro uno vecchio, ma quasi mai hanno messo a confronto, testa a testa, un trattamento nuovo contro un altro trattamento nuovo. Quando, come nel caso dei biologici dei quali stiamo parlando, il numero delle molecole messe a confronto è salito a tre, le cose si sono enormemente complicate ai fini delle valutazioni evidence-based. Qualche nuova prospettiva per i confronti multipli si sta comunque aprendo ultimamente grazie alla cosiddetta metanalisi a rete.

MATUCCI CERINIC – Quando si sceglie un farmaco, oltre alla disponibilità di quelli presenti sul mercato ed alle relative questioni economiche associate, la decisione non può venire lasciata sempre e comunque solo al clinico.

Nel caso dei biologici, ad esempio, non si può prescindere dal giudizio del paziente, al quale dobbiamo fornire tutte le informazioni necessarie per fare una scelta consapevole e responsabile. È infatti l'ammalato, oggi per lo più estremamente informato sulla propria malattia che, nel caso dei

biologici di cui stiamo parlando, potrebbe esprimere la sua incondizionata preferenza, ad esempio, per la via di somministrazione endovenosa piuttosto che sottocutanea.

I malati oggi sono molto ben informati anche sulle opzioni terapeutiche della propria condizione morbosa e sostengono con molto accanimento le proprie ragioni: questo in molti casi porta ad una scelta condivisa del biologico da usare, in assenza, almeno per il momento, di linee-guida

e protocolli che possano indirizzare efficacemente scelte e strategie di cura.

MAZZEI – Nella scelta di un farmaco si deve tenere in considerazione il paziente con le sue comorbidità e i relativi trattamenti concomitanti, nonché le differenze esistenti fra i vari biologici in termini di meccanismo d'azione, farmacocinetica, via di somministrazione, immunogenicità e sicurezza. **TM**

Farmaci importanti poco conosciuti

ANTONIO PANTI

Tali sono i farmaci biologici, in commercio da quasi dieci anni, ma tuttora poco conosciuti alla platea dei non specialisti. Per questo i nostri esperti si sono soffermati sugli aspetti farmacologici innovativi, sulle indicazioni, sugli effetti collaterali, sintetizzando le notizie che ogni medico deve conoscere, comprese le peculiarità nella produzione che ne giustificano il prezzo assai elevato. Un costo che ne ha finora assegnato l'uso in ambito specialistico, con i conseguenti problemi dei rapporti con i medici di famiglia e della informazione di questi. Le indicazioni, come abbiamo detto, sono precise e confortate da studi che hanno valutato i risultati sulla qualità della vita e quindi il rapporto favorevole tra rischi e benefici.

Tuttavia il problema dei costi e degli effetti collaterali fa sì che questi farmaci siano utilizzati quando le usuali terapie non hanno sortito effetto, siano prescritti in casi gravi e siano sospesi dopo dodici settimane se non danno risultati evidenti. Sono farmaci che manifestano criticità complesse e difficoltà di somministrazione. È ovvio che i pazienti preferiscano per lo più quelli per uso sottocutaneo rispetto a quelli per uso infusione. Questa non è la sola differenza tra questi farmaci che impegnano, a maggior ragione, il medico nella migliore scelta per il paziente. Insomma vi è un problema di formazione da non trascurare di fronte a farmaci così costosi e di uso non semplice ma di grande efficacia.

In conclusione, anche in questo caso, si comprende come la medicina moderna necessiti di un lavoro di squadra, integrato tra più specialisti e con i medici di famiglia. Ma, in definitiva, se i

risultati ci sono, come sostenerne l'onere e evitare in Toscana quel che accade in altre Regioni, ove si interrompe la terapia quando i soldi sono finiti, lasciandone il carico al paziente? Infatti le associazioni dei pazienti sono determinate nel difendere un diritto alla cura che, tuttavia, non può non confrontarsi quello di altre categorie di malati.

La discussione si è conclusa con alcune indicazioni utili perché la Regione riesca a mantenere l'impegno preso con i cittadini di non lasciarli soli di fronte alla malattia. Intanto rafforzare la farmacovigilanza come strumento di conoscenza di dati utili al clinico. Inoltre chiedere ai medici di prescrivere secondo la massima appropriatezza. Il servizio non ha diritto di dire di no a nessuna richiesta scientificamente corretta fino a che non abbia allocato con efficacia e efficienza tutte le risorse disponibili. Ma il servizio può ingenerare una concorrenza tra aziende produttrici indirizzandole verso la ricerca più innovativa se i medici utilizzeranno i farmaci secondo il criterio deontologico che a parità di indicazioni si deve prescrivere il farmaco di minor costo.

Infine si dovranno introdurre forme di pagamento nuove come quella fondata sul risultato che, ove non raggiunto, fa sì che il costo non sia rimborsato all'azienda produttrice e, nello stesso tempo, potenziare la ricerca e l'informazione pubblica. Il servizio potrebbe farsi carico di elaborare criteri e linee guida laddove manchino. È una grande sfida per una sanità fondata sul concreto riconoscimento del diritto di tutti alla tutela della salute. Altrimenti non resta che essere ricchi per potersi curare. E, di fronte ai costi della medicina moderna, non molti sono i ricchi. **TM**

*Si ringrazia Pfizer
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione*



Lucia Ricci, laureata presso l'Univ. Cattolica di Roma, Spec. in Endocrinologia, indirizzo malattie del ricambio e Diabetologia (Pisa), è Direttore della SC Diabetologia Aziendale della AUSL8 di AR. Ha iniziato l'attività sul Piede Diabetico nel 1991, tra le prime in Italia, partecipato alla stesura di documenti di indirizzo e linee guida, docente e relatrice in numerosi eventi scientifici.

Modello assistenziale per il piede diabetico in Arezzo

Il Piede Diabetico colpisce il 15% dei diabetici nell'arco della vita.

È favorito dalle complicanze periferiche micro e/o macrovascolari (neuropatia sensitiva, motoria, autonoma, propiocettiva ed aterosclerosi), e dall'alterata resistenza e risposta all'infezione. Esso esprime

un grado avanzato di malattia, con rischio di amputazione sempre elevato. La macroangiopatia può interessare anche i distretti coronarico e cerebrale.

L'espressione clinica va dalle alterazioni morfostrutturali e dell'appoggio plantare, alla comparsa di ulcere superficiali e profonde fino all'esposizione di strutture osteoarticolari. Le ulcerazioni possono essere complicate da infezioni acute (celluliti, flemmoni, ascessi) e croniche (osteomieliti), che, aggravate dall'ischemia, possono esitare rapidamente in gangrena. Più raramente si manifesta il completo sovvertimento strutturale con gravi deformità (neuroartropatia di Charcot) ad elevato rischio di ulcerazione, osteomielite e amputazione.

Il tutto, spesso, in assenza di sintomatologia dolorosa (neuropatia sensitiva).

La delibera regionale 1203 del 9 dicembre 2003"

Linee organizzative per la gestione del piede diabetico", proposta dal Gruppo Toscano, individua tre livelli di intensità organizzativa che, dal medico di medicina generale passa per gli Ambulatori Diabetologici e giunge ai Centri di terzo livello, dove è possibile effettuare una completa ed adeguata procedura diagnostico-terapeutica. Ciò ha permesso di diminuire il numero delle amputazioni, come auspicato dalla Dichiarazione di St. Vincent nel 1989.

Scopo di questa presentazione è illustrare brevemente la strategia operativa (funzione di terzo livello) realizzata presso la nostra Azienda, che da anni è la prima in Toscana per basso numero di amputazioni maggiori, come rilevabile nei dati MeS della Scuola Superiore S. Anna di Pisa (Figura 1).

Nella AUSL 8 di Arezzo l'attività assistenziale sul piede diabetico fu

costituita nel 1991, tra le prime in Italia, all'inizio come Ambulatorio della UOC Medicina Generale ed attualmente della UOC Diabetologia. I numeri furono subito molto importanti (circa 700 visite nel primo anno) e fu chiara la necessità di organizzare il lavoro per competenze. Infatti nessuno può affrontare autonomamente tutti gli aspetti di questa patologia.

Il medico diabetologo deve possedere il requisito indispensabile di saper affrontare anche chirurgica-

LUCIA RICCI*, LEONARDO BOLOGNESE**, FRANCESCO LIISTRO***, GUIDO BELLANDI°, MARCELLO CAREMANI°, ALESSANDRO CASINI°°°

* Direttore UOC Diabetologia, Arezzo

** Direttore Dipartimento Cardiovascolare e Neurologico, Arezzo

*** Responsabile Interventistica Cardiovascolare, Arezzo

° Direttore UOC Chirurgia Vascolare, Arezzo

°° Direttore UOC Malattie Infettive, Arezzo

°°° UOC Radiologia, Arezzo

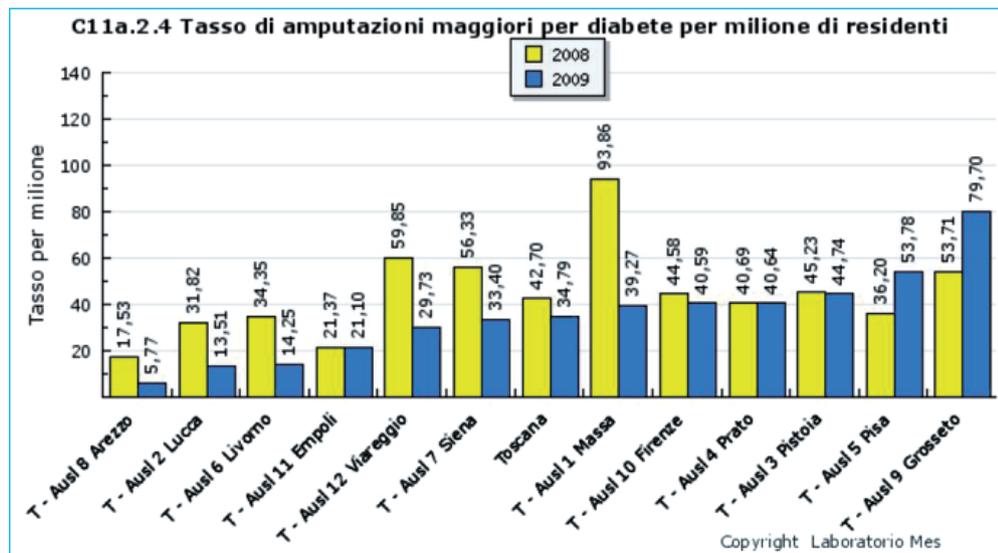


Figura 1 - Tabella MeS S. Anna Pisa, report 2009.

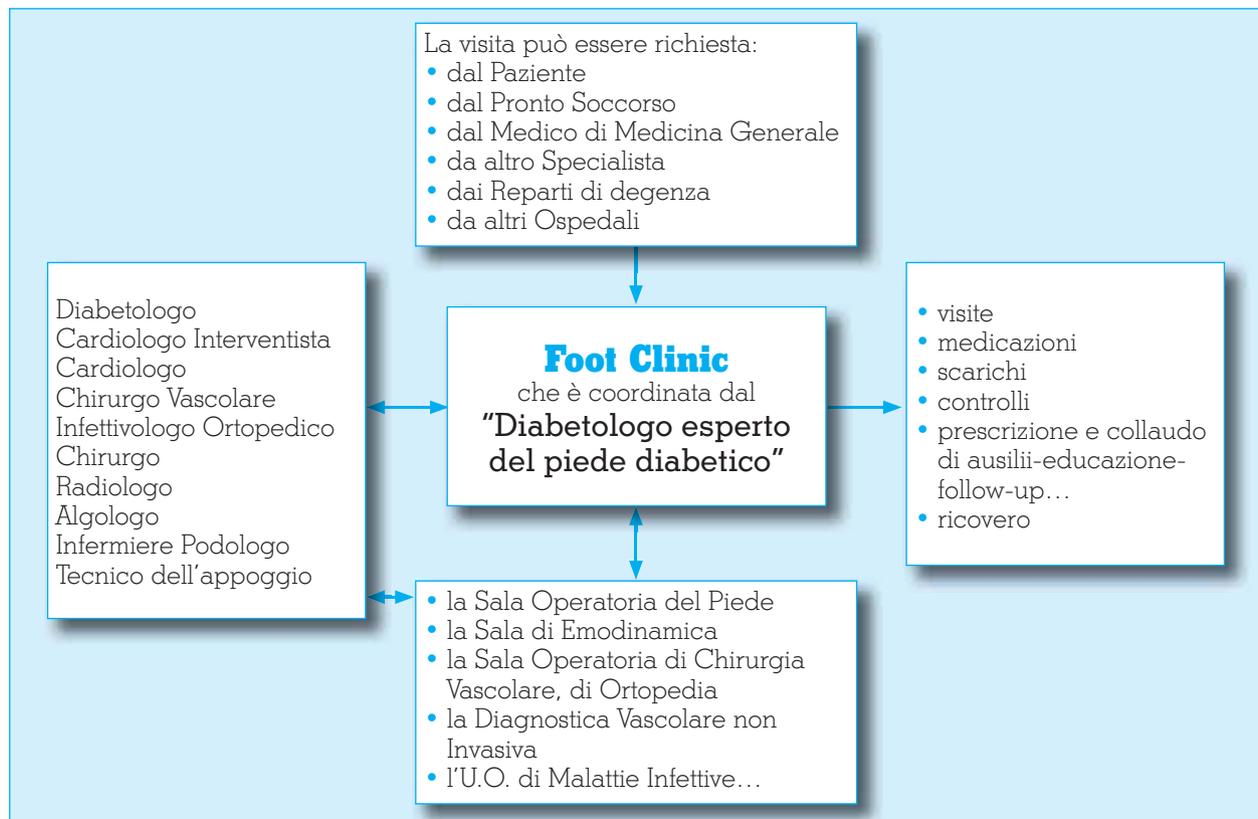


Figura 2 - Schema della nostra organizzazione.

mente la fase acuta, che deve essere coniugata alla capacità di saper indirizzare e coordinare l'intero iter diagnostico e terapeutico con le altre competenze specialistiche fino alla guarigione della lesione.

All'interno della UOC di Diabetologia, il personale dedicato all'ambulatorio per il Piede Diabetico è costituito da 1 medico e 2 Infermieri, il podologo non è ancora strutturato.

Quotidianamente viene garantito l'accesso programmato ed urgente che può venire segnalato dal Pronto Soccorso, dal medico di medicina generale, da altro specialista, da altri ospedali o dal paziente stesso e per questi casi la risposta viene data entro

24 ore. L'attività programmata prevede medicazioni, controlli, confezionamento di scarichi per l'appoggio plantare, educazione terapeutica, follow-up. Il trattamento chirurgico viene effettuato in sala operatoria, che è attivabile anche per l'urgenza. Gli infermieri territoriali coadiuvano con medicazioni per i casi ormai stabilizzati. Percorsi diagnostici preferenziali e condivisi vengono attivati per la parte diagnostica strumentale. Nel corso degli anni abbiamo mantenuto sempre lo stesso tasso di amputazioni d'arto, in media 3-4 l'anno, comunque in diminuzione relativa se si considera l'incremento della casistica trattata (nel 2009 4955 visite e 21186 prestazioni). I pazienti



Figura 3, 4 - Paziente di 66 anni, affetto da piede diabetico con fascite necrotizzante sviluppatasi da piccola ulcera del 4° spazio interdigitale. Residua, dopo necrosectomia, vasta perdita di sostanza. È stato trattato con escissione di tutti i tessuti devitalizzati, amputazione di segmenti ossei osteomielitici. Contemporaneamente è stata eseguita biopsia cutanea a tutto spessore per ingegnerizzazione di fibroblasti e cheratinociti, successivamente auto-trapiantati. Esito in guarigione con artrodesi della tibiotarsica. Decorso evoluto dall'ottobre 2004 al novembre 2005, non si è osservata alcuna recidiva. Follow-up periodico.

provengono anche da altre USL regionali ed extra-regionali.

La costituzione di un gruppo di collaboratori caratterizzò i primi anni della nostra attività. Pietra miliare, che ne ha rivoluzionato l'aspetto qualitativo ed organizzativo, è stato il coinvolgimento della Sala di Emodinamica della UOC Malattie Cardiovascolari, che si propose nel 2003 per estendere la propria magistrale competenza dalle coronarie agli arti inferiori, grazie allo sviluppo delle tecniche percutanee. Fu così possibile, nei pazienti diabetici, affrontare in acuto e in programmato, oltre il problema dell'ischemia coronarica, anche quella degli arti inferiori. La collaborazione con la UOC Chirurgia Vascolare ha permesso l'esecuzione di interventi vascolari diretti fino ai by-pass estremi, oltre l'interscambio con il cardiologo interventista per le procedure percutanee e la disponibilità per percorsi preferenziali diagnostici e di follow-up.

Nella nostra Azienda i pazienti con infezione del piede che minaccia l'arto e con sepsi vengono ricoverati presso la UOC Malattie Infettive, quelli che necessitano rivascolarizzazione nelle UUOO Malattie Cardiovascolari e Chirurgia Vascolare, con frequente interscambio. La chirurgia del piede è effettuata ambulatorialmente (Figura 2).

Dal 2003 al maggio 2010 presso la nostra Azienda sono state effettuate 1289 rivascolarizzazioni periferiche di cui 738 in diabetici. In particolare nel 2009 ne sono state effettuate 143. Nessun paziente è stato candidato ad amputazione maggiore.

Possiamo concludere come i nostri risultati, stabili negli anni, siano dovuti all'organizzazione per percorsi diagnostici/terapeutici preferenziali condivisi e coordinati dal Diabetologo, che si assume la responsabilità del caso clinico e coordina una ben individuata Équipe Multidisciplinare in stretto, continuo e reciproco curioso rapporto di apprendimento.

Tutti i diabetici con lesioni del piede, anche quelli seguiti dal medico di medicina generale, devono essere valutati da un Centro specialistico e non affrontati con superficialità e senza organizzazione, pena la cronicizzazione e il rischio di un aggravamento acuto, come si è verificato per la maggioranza delle amputazioni eseguite. Chi pensa di farlo si rende responsabile delle conseguenze e mostra di non conoscere l'importanza ed il pericolo che rappresenta, per un paziente diabetico, una lesioni di "poco conto". Negli anni abbiamo assistito ad una mole di lavoro crescente e lo abbiamo sempre fatto con entusiasmo ed abnegazione, ripagati dai risultati ottenuti. Riteniamo che il nostro modello organizzativo possa rappresentare un efficace e significativo riferimento per chi si occupa di tale patologia, che si potrà solo migliorare, ma attualmente da imitare e da preservare.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste su: lucia.ricci@usl8.toscana.it

TM



Luciana Pazzagli, farmacista Ospedaliero Dirigente, in ruolo presso ASFI dal 1995, Direttore Farmacia di Continuità Polo Careggi; Pharmacovigilance Manager per ASFI e Resp. del Centro di Farmacovigilanza, Prof. a Contratto Univ. di Siena, Scuola Specializzazione in Farmacia Ospedaliera (dal 2009). Componente Comitato Scient. Centro per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente della Regione Toscana

Costi evitabili per accessi al pronto soccorso

Dalla farmacovigilanza al management

Abstract

Se si scinde la farmacovigilanza dal significato numerico/normativo (standard delle segnalazioni di reazioni avverse a farmaci, secondo indicazione di OMS pari a 300/milione abitanti; Del. GRT n. 154/3 marzo 2008), e si pone l'accento su altri aspetti come il *profilo epidemiologico delle reazioni avverse* (come il "problema" è insorto, per eccesso/

difetto di trattamento e/o per ignoranza/distrazione/errore o se poteva essere evitato), appare naturale la complementarietà di diversi "attori", che coincidono con altrettanti luoghi, ruoli, competenze professionali ed istituzionali.

Così da uno studio osservazionale per il monitoraggio delle reazioni avverse a farmaci che generano accessi al pronto soccorso, si evi-

denziano carenze nel sistema contabile delle prestazioni.

Non esiste infatti una quantificazione economica intesa come "valore standard di accesso al Pronto Soccorso per visita urgente" o di un DRG

LUCIANA PAZZAGLI^o, ALESSANDRO CORSI^{*},
ALFONSO LAGI^{*}, FEDERICO ROMAGNOLI^o,
TERESA BROCCA^o

^o Centro di Farmacovigilanza - Dipartimento del Farmaco
^{*} Pronto Soccorso Ospedale Santa Maria Nuova - Dipartimento Emergenza Accettazione Azienda Sanitaria di Firenze

specifico istituzionale (aziendale e/o regionale).

Definito questo valore si potrebbe facilmente calcolare quanto i casi di reazione avversa a farmaci giudicati evitabili, hanno gravato sui costi sanitari di gestione del Dipartimento di Emergenza.

In quest'ottica la farmacovigilanza diventa uno strumento di gestione economica per l'Azienda Sanitaria.

Risultati: su 17.540 soggetti visitati al pronto soccorso nel primo semestre 2009, 44 (0.25%) sono risultati coinvolti in una reazione avversa da medicinali (39 a farmaci, 1 a propoli, 1 a prodotto della medicina tradizionale cinese, 1 a callifugo, 1 ad ovatta per medicazione e 1 ad acqua ossigenata utilizzata per disinfezione orale), il 45% dei quali è stata giudicata evitabile.

Proiettando il dato su un anno per le sei strutture di emergenza ospedaliera aziendali, almeno 528 accessi al pronto soccorso sarebbero evitabili, con contrazione della spesa sanitaria.

Conclusioni: se da una parte si rileva la necessità di un corretto utilizzo dei medicinali, dall'altra si evidenzia la necessità di definire un indicatore economico per le visite urgenti al pronto soccorso, in contesti operativi dove le priorità, assistenziali ed economiche sono determinanti.

Introduzione

La Raccomandazione n. 7/31 marzo 2008 del Ministero della Salute (Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica) richiede la messa di tutte le azioni utili per la sicurezza dei pazienti.

Monitorare le reazioni avverse attraverso gli accessi al pronto soccorso, serve da una parte a valutare il profilo epidemiologico degli eventi, dall'altro a mettere in atto strategie di informazione e comunicazione per il buon uso dei farmaci.

Al tempo stesso ciò costituisce uno strumento per l'obiettivo di miglioramento del Pronto soccorso in termini di qualità globale (Del. GRT n. 25/2009 Individuazione ed assegnazione obiettivi ai direttori generali delle aziende sanitarie e degli ESTAV) e un indicatore economico per quantificare il costo delle reazioni avverse.

A livello nazionale e internazionale sono rari gli studi in materia (da ricerca con banca dati Pub Med solo due studi, dei quali uno recente e uno decennale).

Non si trovano inoltre dati originali pubblicati e disponibili in Italia.

Obiettivo

Con le premesse in introduzione, si disegna uno studio prospettico per:

1. sorvegliare le ospedalizzazioni dovute a "rischi" da farmaci, e/o da strategie di trattamento, attraverso la rete collaborativa tra Centro di Farmacovigilanza e Pronto Soccorso per monitorare le ammissioni acute e ri-ospedalizzazioni

di patologie correlate a sospette reazioni avverse da farmaci;

2. Monitorare sicurezza/trasferibilità ovvero casi per incidenza, severità e costi per l'Azienda Sanitaria, come opportunità di riflessione e investimento coordinato di risorse professionali.

Metodi

Lo studio è di tipo prospettico, osservazionale, con analisi semestrale sugli accessi al Pronto Soccorso per casi di sospetta reazione avversa a medicinali. Si svolge presso il Dipartimento di Emergenza (DEA) dell'Ospedale S.M. Nuova di Firenze, in collaborazione il Centro di farmacovigilanza aziendale.

La raccolta dati avviene attraverso la scheda ministeriale di segnalazione delle sospette reazioni avverse a farmaci, con registrazione nella rete nazionale di farmacovigilanza AIFA.

L'analisi dei casi è di tipo interdisciplinare. I risultati sono valutati per il proseguimento del lavoro/estensione agli altri medici e strutture di emergenza ospedaliera.

Risultati

L'osservazione dei pazienti che hanno richiesto visite urgenti con accessi al Pronto Soccorso (PS) dell'Ospedale S.M. Nuova nel primo semestre 2009, ha evidenziato 44 sospette reazioni avverse a medicinali, delle quali 39 a farmaci, 1 a propoli, 1 a prodotto della medicina tradizionale cinese, 1 a callifugo, 1 ad ovatta per medicazione e 1 ad acqua ossigenata (utilizzata per disinfezione orale).

La Prevalenza delle reazioni avverse è 0.25% sugli accessi totali al Pronto Soccorso nello stesso periodo.

Se valutate come reazioni che hanno generato la necessità di una visita specialistica di emergenza con accesso al DEA, tutte sono da considerarsi gravi, pur se il 93% (41 su 44) sono di grado non severo dal punto di vista clinico.

Dal punto di vista clinico la gravità dei casi corrisponde invece al 6, 8% (una Sindrome di Steven Johnson e due reazioni anafilattoidi), mentre il **2, 2% ha messo in pericolo di vita il paziente.**

La maggioranza dei casi (93, 18%) comprende eventi riconducibili per sintomi a reazioni di tipo allergico/anafilattoide (41 su 44) e trenta reazioni (68%) hanno richiesto terapia cortisonica endovenosa.

Secondo analisi interdisciplinare **la prevedibilità dei casi corrisponde al 45%** (20 su 44) in quanto potenzialmente evitabili per:

- pregressa sensibilità del soggetto;
- uso improprio;
- sovradosaggio;
- non aderenza al trattamento.

In termini di gestionali ciò si traduce in aggravio operativo ed economico per risorse umane

dedicate, prestazioni erogate, esami diagnostici e strumentali, che hanno reso più complesso il management del triage ed oberato inutilmente il Pronto Soccorso.

Anche se in minima parte rispetto agli accessi globali, le reazioni evitabili avrebbero cioè potuto liberare risorse umane, strumentali ed economiche.

Valutazione economica

Se si proiettasse il numero delle reazioni avverse su livello aziendale alle 6 strutture ospedaliere di emergenza, per un anno (considerando come assoluto/esaustivo il numero di reazioni da farmaci che generano accessi al Pronto Soccorso per un ospedale in sei mesi) per reazioni da farmaci, almeno 528 accessi sarebbero evitabili.

$[(44 \times 2 = 88 \text{ reazioni}) \times 6 \text{ strutture ospedaliere} = 528 \text{ accessi evitabili}]$.

Moltiplicando gli accessi evitabili per il loro costo di una visita di emergenza, si potrebbe facilmente calcolare quanto i casi di reazione avverse a farmaci hanno inciso sui costi di gestione del Dipartimento di Emergenza, se si disponesse della quantificazione economica intesa come "valore standard della prestazione accesso per visita al Pronto Soccorso" o di un DRG specifico.

Limiti dello studio

Per definire i costi evitabili, si dovrebbe in origine calcolare il valore di una prestazione media per visita di emergenza, standardizzando una visita tipo, mappando attività, esami, farmaci necessari e poi calcolarne i costi sulla base del tariffario regionale delle prestazioni.

La quantificazione dei costi evitabili evidenziati con lo studio sarebbe tuttavia parziale in quanto è:

- calcolato sui casi osservati e notificati da un solo clinico nell'arco di sei mesi;
- riferito a reazioni avverse che non hanno generato ricovero e degenze ospedaliere.

Se i limiti si utilizzassero come criticità da risolvere, questi potrebbero trasformarsi in risorsa avviando un processo di standardizzazione della visita per reazione avversa come tipo di prestazione, unendo competenze cliniche, farmaceutiche e amministrative.

Discussione

Le reazioni avverse riscontrate per accesso al Pronto Soccorso costituiscono un costo per le strutture di emergenza e fanno riflettere su quante risorse si potrebbero allocare più propriamente.

Se si potesse recuperare l'underreporting dalle strutture di emergenza e si potenziasse lo scambio interdisciplinare come attitudine quotidiana, si avrebbe un quadro più aderente alla situazione reale e alle potenzialità della farmacovigilanza nel trasferire i risultati nella pratica clinica.

Circa la metà delle reazioni avverse sarebbero evitabili sia come eventi per i pazienti che come costi per il servizio sanitario, tanto più per lo sviluppo in soggetti con pregresse sensibilizzazioni/allergie.

Ciò riconduce al buon uso di farmaci e prodotti medicinali, alla necessità di adeguate conoscenze e allo sviluppo dell'informazione al paziente.

Ovvero: da una parte servono interventi formativi sui farmaci per il personale sanitario, dall'altro campagne di informazione al paziente, attraverso il medico di famiglia, le farmacie aperte al pubblico o le farmacie ospedaliere.

Conclusioni

Lo studio si delinea come un percorso da implementare, in rispondenza alla normativa regionale per il miglioramento della qualità globale in Pronto Soccorso e nazionale per la prevenzione del rischio clinico.

Inoltre la criticità evidenziata sembra anticipare la necessità di definire il costo standard di riferimento delle prestazioni erogate a livello territoriale e necessarie a soddisfare i bisogni di salute dei cittadini, per effetto delle ricadute sul sistema sanitario della Legge 5 maggio 2009, n. 42 "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione".

Auspiciabili quindi scambi interdisciplinari tra clinici ed economisti.

Riferimenti normativi

1. DLgs 8 aprile 2003, n. 95 "Attuazione Dir.2000/38/CE relativa alle specialità medicinali".
2. DM12 dicembre 2003 "Nuovo modello di segnalazione di reazione avversa a farmaci e vaccini".
3. Piano Sanitario Nazionale (obiettivi: potenziare la promozione della salute, la prevenzione, il governo clinico e la qualità nel SSN).
4. Piano Sanitario Regionale 2008-2010 (sviluppo della sanità di iniziativa quale supporto al self-management, follow up e miglioramento delle cure in un'ottica di riduzione del ricorso alle cure ospedaliere; innovazione e ricerca nella pratica assistenziale a beneficio del cittadino, per il trasferimento delle conoscenze e competenze necessarie ad un sistema integrato dall'operatività di diversi professionisti chiamati ad assicurare le cure/disease management).
5. Raccomandazione n. 7/31.3.2008, Ministero della Salute, per la prevenzione di morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica.
6. Del. Giunta Reg.n.154/3.3.2008 (Sistema di Farmacovigilanza su farmaci e dispositivi medici).

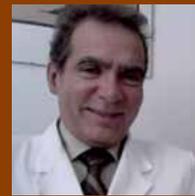
Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste su: luciana.pazzagli@asf.toscana.it

TM

Psico-Oncologia: il problema dell'intervento terapeutico

Terza parte



Leonardo Fei, laureatosi a Firenze nel 1982, psichiatra e diplomato in Medicina Psicosomatica, è stato Dirigente Medico fino al 2008 presso l'U.O. di Psichiatria Universitaria di Firenze. Sotto l'egida di Gianni Amunni, direttore operativo dell'Istituto Toscano Tumori, ha fondato nel 2001 il Gruppo di Psiconcologia dell'AOU Careggi, di cui dal 2008 dirige la S.O.D. Semplice Psiconcologia.

L'intervento terapeutico in Psico-Oncologia (PO) si caratterizza per peculiarità d'assetto (c.d. *approccio di livello 3*¹) in rapporto a fattori che vanno dall'iter della malattia oncologica al *distress* psicologico e alle sue implicazioni. Sullo sfondo, gli interrogativi tuttora aperti in Psico-Oncologia: la letteratura specialistica ha ormai da tempo riconosciuto l'infondatezza delle ipotesi, a tutt'oggi solo suggestive, di una relazione tra sopravvivenza e fattori psico-sociali; le implicazioni di questi sulla Qualità di Vita (QoL) rappresentano invece un'evidenza consolidata, come la relazione della stessa con l'insieme degli elementi, difensivi e comportamentali, che caratterizzano l'esperienza di malattia in corso di cancro.

L'intervento terapeutico in Psico-Oncologia ha come obiettivi quello di implementare le prassi oncologiche attraverso il miglioramento dei vissuti durante i percorsi diagnostico-terapeutici, più che contribuire a uno stabile miglioramento della Vita di Relazione.

Ne è quindi evidente la *centralità* a fronte di una certa aspecificità e informalità sul piano dei fondamenti epistemologici, soprattutto in confronto ai dibattiti sulle terapie in Psichiatria e Psicologia Clinica. In alcuni recenti contributi della letteratura trovano però ampio spazio (finalmente!) interrogativi del tipo *che cosa s'intende davvero per intervento psicoterapeutico in Psico-Oncologia o se possiamo ipotizzare linee guida per la psicoterapia in Psico-Oncologia*.

In rapporto agli obiettivi, gli interventi psicoterapici in Psico-Oncologia possono essere così riuniti:

1. centrati sul potenziamento delle risorse adattative, sul senso di Sé, sull'autostima (psicoterapia individuale o di gruppo, *counseling*);
2. centrati sul sollievo dai sintomi del *distress* psicologico (psicofarmacoterapia, rilassamento individuale o di gruppo);
3. centrati nel proporre interessi/comportamenti *alternativi* (ad es. arte/musico-terapia).

A tutt'oggi mancano indicazioni specifiche, in-

dicatori di risultato, ecc. per ciascuna tipologia di trattamento. Solo per psicoterapia breve e *counseling* si riconoscono obiettivi, generici, quali il miglioramento delle strategie di *coping*. Per quanto concerne l'efficacia, la non estesa letteratura riporta frequentemente risposte simili, in qualche caso anche sovrapponibili, per interventi anche molto diversi tra loro. Resta il dubbio che il principale fattore predittivo sia la prognosi individuale rispetto al tipo di tumore, stadiazione e risposta ai trattamenti antitumorali, anche se l'esiguità dei campioni e le difficoltà di *follow-up* limita-

no il valore di questi studi. Se a queste evidenze aggiungiamo la complessità nosografica del *distress* – sorta di *melting pot* del disagio psicologico² – lo scenario delle terapie psiconcologiche si caratterizza per una certa confusività. Forse

non casualmente si va imponendo la denominazione generica di *sostegno psicologico*.

Negli ultimi anni, Aziende sanitarie toscane hanno costituito S.O.D. e Servizi di Psico-Oncologia, I.T.T., il Centro di Counseling Oncologico Regionale. L'obiettivo primario è costruire risposte a partire dai bisogni *percepiti* (di pazienti, familiari e operatori). L'intervento psiconcologico si situa così all'interno dei primi atti dell'*approccio globale al paziente oncologico*.

Una richiesta di sostegno psicologico cela istanze complesse, a volte ambivalenti, tali da necessitare una costante decodifica (vedi Tabella 1). Ne è denominatore comune la *solitudine* di pazienti/familiari di fronte al *cancro come crisi dell'illusione d'immortalità* (A. Calafiore), che evidentemente spezza l'inconscia percezione di appartenenza al "villaggio globale dei vivi". È comune infatti l'inconsapevole richiesta di collusione con la negazione della prognosi. In questi casi il sostegno psicologico ha come obiettivi rafforzare/modificare assetti difensivi 'disadattativi'.

LEONARDO FEI¹, SILVIO FIORENTINI²,
MARIANTONIA GARRO³, LINDITA BUKACI⁴,
JACOPO PERITI⁵

¹ Psichiatra, Direttore S.O.D. Psiconcologia AOU Careggi

² Psichiatra, S.O.D. Psiconcologia AOU Careggi

³ Specializzanda in Psichiatria, Univ. degli Studi di Firenze

⁴ Psicologa frequentatrice volontaria S.O.D. Psiconcologia AOU Careggi

⁵ Medico di medicina generale ASL Empoli

¹ cfr nostro precedente contributo: L.Fei et al., *Psiconcologia: il problema dell'assessment psicodiagnostico*.

² condizioni di psicopatologia sovra/sottosoglia, casi a patogenesi psicorganica e/o iatrogena, casi d'incerta collocazione nosografica o di difficile valutazione rispetto alla *normalità di risposta allo stress*.

Tabella 1 - Istanze alla base di una richiesta di sostegno psicologico.

- **maggiori informazioni** su malattia, prognosi, trattamenti;
- **“aiuto”** che spazia da una prescrizione farmacologica a sostegni economici;
- **presenza “fisica”** accanto al malato, in fase di stato o in fase terminale;
- **psicoterapia.**

Una complessità del sostegno psicologico sta nel coniugare competenze specifiche a qualità umane che consentano un approccio realmente empatico (*mettersi nei panni di*): una posizione epistemologica *intermedia* tra approcci *forti* (come possono avere un medico specializzato o uno psicologo formatosi in una specifica area) e competenze costruite “sul campo”.

Secondo l'esperienza della S.O.D. Psiconcologia dell'AOUC, l'intervento terapeutico in Psico-Oncologia si caratterizza per:

1. preliminare valutazione delle istanze del paziente, contestuale ad analogia riflessione circa le aspettative degli operatori;

2. *intervento strategico*, finalizzato cioè a implementare le prassi oncologiche quotidiane, anche per quanto concerne l'opzione psicofarmacoterapeutica (Tabella 2); la scelta tra le diverse tipologie di trattamento si basa sulle condizioni del paziente, sulle sue richieste, sulla migliore integrazione delle stesse con le terapie oncologiche;

3. programmazione d'interventi che siano utili alla *maggioranza* dei pazienti in carico alla struttura oncologica, e non a un piccolo numero (rischio di selezione del campione in base a cripto-psicopatologie);

4. *presenza empatica* ovvero:

- costante mettersi nei panni di;
- cogliere le individuali declinazioni delle angosce di morte e le possibili strategie di contenimento;
- prevenire, all'interno dei contesti di cura, lo “stigma” nei confronti del paziente psico-oncologico;
- disponibilità alla presenza *silente* di fronte all'incomprensione, all'indisponibilità, al rifiuto del paziente.

Tutto ciò è attuabile solo da parte di uno psiconcologo pienamente integrato all'interno dell'équipe curante.

È evidente che il punto 4. è assolutamente pertinente a **tutti** gli operatori oncologici. Nessuna competenza super-specialistica potrà compensare carenze d'empatia da parte di una struttura assistenziale. Un indice di un approccio psiconcologico globalmente corretto potrebbe essere lo **scarso** ricorso allo psico-oncologo “se il paziente piange” ...

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste su: lfei@unifi.it

TM

Tabella 2 - Psicofarmaci in Psico-Oncologia

- **indicazioni:** D. Adattamento / Post-Traumatico da Stress *sovrassoglia*; Depressione Maggiore; osservazione nei casi *sottosoglia*
- preferire SSRI monitorando parametri emocoagulativi (iperPTT), elettroliti (iponatriemia), metabolici (iperglicemia); in corso di K mammario: molecole con minori segnalazioni di iperPRL (citalopram, escitalopram);
- in presenza di *fatigue*, AD con profilo “disinibente”: escitalopram, bupropione (rischio di interazioni con tamoxifene);
- rischio suicidiario: seguire linee guida psichiatriche.

CORSI E SEMINARI

ULTRASUONI NEL CASTELLO DI GARGONZA Castello di Gargonza, Monte San Savino (Arezzo)

Corso Interattivo di Ecografia Internistica

29 maggio - 2 giugno 2011

Corso teorico-pratico di base e di aggiornamento, che comprende lezioni, discussione di casi clinici, sessioni videoquiz ed esercitazioni pratiche con l'ausilio di tutori. I principali argomenti sono rappresentati da: fegato, colecisti e vie biliari, pancreas, vasi portali, milza, tubo gastroenterico, reni, vescica, prostata, surrene, linfonodi, organi genitali femminili, polmone, eco-color-Doppler, ecografia con contrasto (CEUS), tecnica dell'esame, terminologia per la refertazione. Una particolare attenzione viene rivolta all'ecografia clinica nell'emergenza-urgenza sia per quanto riguarda il paziente con dolore addominale acuto non traumatico sia per quanto riguarda il paziente politraumatizzato.

Corso interattivo di ecografia epatologica

3-5 giugno 2011

Il ruolo dell'ecografia in ambito epatologico viene presentato attraverso una didattica interattiva. I principali argomenti sono rappresentati da: tipizzazione delle lesioni focali epatiche mediante ecografia con contrasto (CEUS), studio eco-color-Doppler dell'ipertensione portale, biopsie e trattamenti ecoguidati delle neoplasie del fegato. Ampio spazio viene dedicato anche alla diagnosi non invasiva della fibrosi epatica.

Direttori: dott. Marcello Caremani e dott. Fabrizio Magnolfi

Servizio di Ecografia - Ospedale di Arezzo (Tel. 0575.255208 - Fax 0575.255205)
Informazioni: Ultrasound Congress - Tel. 0575.380513 / 348.7000999 Fax 0575. 981752
info@ultrasoundcongress.com - www.ultrasoundcongress.com

Cure primarie: medici di medicina generale e infermieri insieme

Una sfida da raccogliere

Premessa

Il termine “cronico” viene utilizzato con specifico riferimento alla prolungata necessità di assistenza sociale e sanitaria. In questo contesto, l’obiettivo dell’assistenza infermieristica (nursing) consiste nel fornire sostegno ai pazienti per seguire il loro decorso e garantire loro una buona qualità di vita. Il nursing deve essere mirato alla promozione della salute e alla collaborazione con l’individuo, con la famiglia e il medico di fiducia, nella gestione della malattia cronica.

In questo ambito porre “il percorso del **paziente al centro dell’organizzazione sanitaria**” significa accessibilità, fornire informazioni corrette, chiare tempestive; riuscire a uniformare i comportamenti del team multiprofessionale stando sempre pronti ad individuare gli ambiti che necessitano di una “personalizzazione” nelle risposte.

Quanto sopra scritto si ottiene attraverso il potenziamento di aspetti gestionali e organizzativi: spostando il monitoraggio del paziente cronico dall’ospedale al territorio; privilegiando l’attivazione di ambulatori orientati e integrati su pazienti con pluripatologia, incentivando la consulenza degli Specialisti in diretta connessione con i Medici di MG; potenziando il sistema della

residenzialità intermedia (es. RSA, Hospice, ecc.); investendo nel settore anche a livello di struttura e di personale; attivando un Call Center Territoriale collegato al Punto

Unico di Accesso; insegnando ai professionisti a lavorare in gruppo.

Lo sviluppo della Medicina di Iniziativa sembra essere la soluzione organizzativa per l’implementazione degli aspetti sopra descritti.

DILETTA CALAMASSI¹, CRISTINA ROSSI³,
ALESSANDRO BUSSOTTI⁴,
SAFFI ETTORE GIUSTINI², LORENZO ROTI⁵

¹ Infermiere, AUSL 11 Empoli

² Medico di MG, CTR, ASL Pistoia

³ Infermiere, Direttore UO ASF Firenze

⁴ Medico, Direttore Agenzia Continuità Assistenziale AOUC Firenze

⁵ Responsabile Settore Servizi alla persona sul territorio, Regione Toscana

LA MEDICINA D’INIZIATIVA

Contesto

Nel 2008 la regione Toscana ha introdotto la medicina di iniziativa come modello di futuro sviluppo delle cure primarie territoriali con un progetto di una presa in carico multi professionale dei pazienti affetti da malattie croniche (tabella 1). L’implementazione del Chronic Care Model è previsto per 5 patologie croniche: Diabete Mellito, Scompenso cardiaco, Ipertensione arteriosa, BPCO e Ictus. “Limitare il numero dei letti – sostengono Feachem & coll. – permette di liberare grandi somme di denaro per finanziare strutture di cure primarie comode e comprensive, Centri di chirurgia ambulatoriale, il miglioramento dell’*information technology*, e altre iniziative.

Le attività della medicina di iniziativa (prevenzione, screening, diagnosi precoce e follow-up)

Tabella 1

DGR 467 3 giugno 2009 Accordo Regione Toscana - Medici di medicina generale

- Team multiprofessionale proattivo
- Medico di MG responsabile clinico del team e del paziente
- Coordinamento degli interventi
 - all’interno del team
 - nei confronti degli altri livelli del SSR
- Continuità del percorso di salute del paziente fra ospedale e territorio
- Applicazione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali
- Integrazione con la Medicina di Comunità
- Integrazione dei dati sanitari dei Sistemi Informativi del SSR con quelli degli archivi dei Medici di MG

integrano le consuete attività cliniche e assistenziali e tendono a promuovere l'adozione di percorsi assistenziali, a potenziare il sistema informativo/informatico con maggiori investimenti nell'*information technology*", ad avviare **piani di formazione** e comunicazione, in forma integrata tra i diversi Professionisti operanti nell'ambito delle cure primarie.

Prioritario è il totale coinvolgimento dell'utente all'interno del progetto di cura: il cittadino è il principale attore all'interno del percorso assistenziale.

Impatto della medicina d'iniziativa sui Medici di medicina generale

• "... l'attuazione del modello, richiedendo al MMG lo svolgimento di una serie di funzioni aggiuntive rispetto alle usuali attività cliniche, comporterà in un primo tempo un aumento del suo carico di lavoro, che tenderà successivamente a diminuire negli anni grazie agli effetti positivi attesi dalla sanità d'iniziativa rispetto allo stato di salute della popolazione (con conseguente diminuzione; dell'impegno a livello di medicina d'attesa e del numero di ricoveri ospedalieri). Come già sopra accennato, l'aumento di lavoro del MMG deve trovare sostegno, oltre che nella disponibilità di infrastrutture informatiche e di personale di supporto a livello ambulatoriale, anche nell'introduzione di adeguati strumenti contrattuali tra l'altro adeguati a supportare il cambiamento organizzativo". [Del 894, 2008 - All. A].

Fra gli strumenti che il personale delle cure primarie dispone per sviluppare un rapporto utile ad un coinvolgimento attivo del paziente e la sua famiglia [Figura 1; Tabella 2] c'è la **narrazione** della malattia che fornisce una cornice per affrontare a tutto tondo i problemi del malato e può *dare indicazioni terapeutiche e diagnostiche*. La medi-

cina narrativa è nata come risposta a una situazione caratterizzata dai seguenti fattori:

1. una impostazione della medicina che mette in secondo piano il paziente nella sua globalità, suddividendolo in organi e patologie di competenza di specialisti diversi;

2. la burocratizzazione dei sistemi sanitari;

3. l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie cronico-degenerative; nella gestione della malattia cronica acquista un ruolo fondamentale la vita quotidiana del paziente e dei suoi familiari;

4. una non corretta interpretazione del messaggio della EBM, che porta a dare la priorità all'utilizzo "coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili", dimenticando di mediarle con "le preferenze del paziente".

La medicina narrativa richiede un ascolto attivo, che implica l'acquisizione di nuove abilità, per:

- comprendere, assorbire, interpretare le storie della malattia;
- riconoscere la complessità temporale degli eventi clinici e stabilire collegamenti;
- instaurare un contatto genuino con il paziente attraverso la narrazione di storie.

Nel modello organizzativo basato/centrato sul "paziente" viene rivista la logica di funzionamento dei servizi tradizionalmente più attenta alle problematiche organizzative interne che alle aspettative dei pazienti.

Sono messi in discussione: i processi strutturati su abitudini inveterate e cristallizzate; i ruoli; si sviluppa la capacità di lavorare per processi, impostati per dare giusta soddisfazione al paziente; si passa dall'autoreferenzialità (opinioni personali) al controllo di gestione con indicatori misurabili, in base alle evidenze scientifiche; la revisione delle attività viene effettuata con audit di tipo clinico, professionale, organizzativo, in base agli standard condivisi.

Impatto della Medicina d'Iniziativa sugli Infermieri

Nel Parere 1 del 2009 allegato B, il CSR scrive che l'infermiere: "Previa definizione di un progetto assistenziale con il medico di medicina generale,



Figura 1

con il quale è in comunicazione continua, svolge i seguenti compiti:

- educazione alla salute del paziente e dei familiari; consegna del materiale informativo, delle schede di automonitoraggio (peso, pressione, attività fisica e compliance terapeutica, PEF) e dei questionari su qualità di vita e soddisfazione del paziente;
- educazione all'autogestione di OTLT e all'autoanalisi di alcuni parametri clinici (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, dispnea, presenza di tosse e cianosi, peso corporeo, uso del PEF); adesione ai controlli da effettuare;
- aggiornamento del database (compilazione scheda di follow up per quanto riguarda i parametri il cui monitoraggio è di propria competenza);
- prenotazione del controllo successivo;
- Organizzazione degli appuntamenti per visite specialistiche e accertamenti strumentali;
- rilevazione eventuali disagi che presenta il paziente;
- rapporto dell'esito della visita al medico".

Il CSR si esprime in termini di "compiti" che l'infermiere deve assolvere; sostanzialmente si tratta di "funzioni".

Emergono chiaramente almeno tre funzioni fondamentali previste nel Profilo Professionale dell'Infermiere (DM 14 settembre 1994, n. 739):

1. funzione di "prevenzione" (che viene espressa dal CSR nella frase "educazione alla salute del paziente e dei familiari");
2. funzione di "educazione terapeutica";
3. funzione di "assistenza" (che è implicita

nella asserzione "rilevazione eventuali disagi che presenta il paziente").

L'attuazione del modello comporterà per gli infermieri la possibilità di espletare pienamente le funzioni previste dal Profilo Professionale.

Per gli infermieri la Medicina d'Iniziativa significa rispettare i contenuti dei percorsi clinico assistenziali standard definiti dai professionisti all'interno dell'Azienda Sanitaria di riferimento, e sulla base delle indicazioni fornite dalla Regione, ma, soprattutto, personalizzare alcuni aspetti all'interno di questi percorsi se e quando necessario.

La personalizzazione dell'assistenza, di concerto con il medico di medicina generale, implica conoscere profondamente la persona, avere chiare le risorse personali e familiari disponibili, comprendere le difficoltà ed attivarsi per trovare soluzioni originali in risposta di quei bisogni particolari. Il tutto si traduce nell'adattare la regola scientifica alla specificità del singolo assistito.

Gran parte delle attività previste all'interno del Chronic Care Model vengono espletate dagli infermieri. Si tratta di abbandonare alcune mansioni, svolte fino ad ora in maniera routinaria (ad esempio l'esecuzione dei prelievi ematici ambulatoriali in regime di accesso diretto), per concentrarsi su altri tipi di prestazioni, alcune delle quali, prima svolte quasi esclusivamente dai medici (ad esempio lo screening dei pazienti, la valutazione del rischio, il controllo dell'aderenza alle terapie).

Occorre puntualizzare che l'attuale percorso formativo degli Infermieri prevede, già a livello della laurea triennale, la preparazione necessaria a svolgere queste attività: nell'ambito del Processo

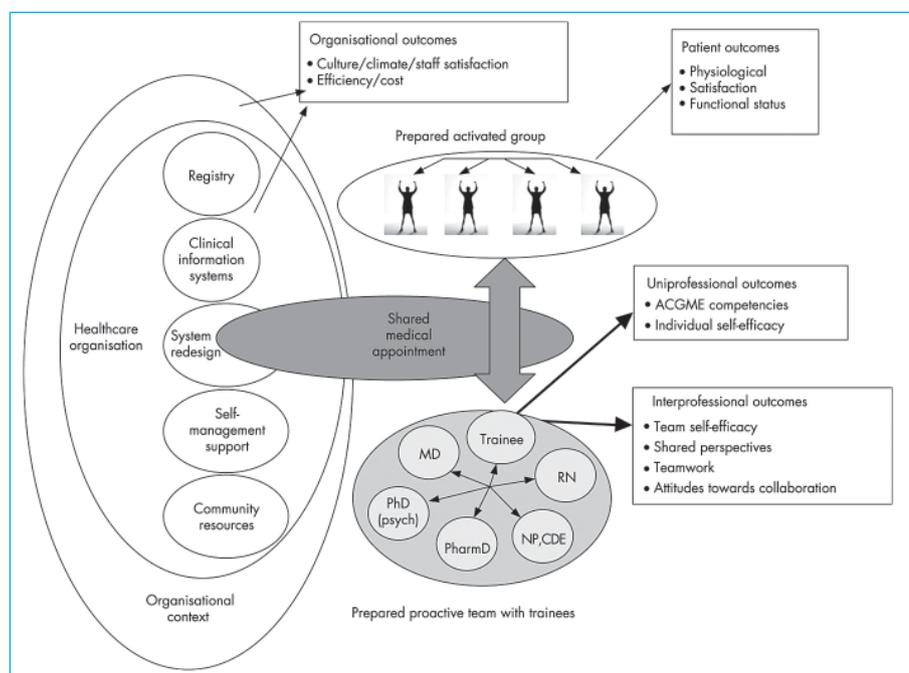


Figura 2

di Nursing, nella fase di *Accertamento*, l'Infermiere evidenzia determinati rischi del paziente attraverso opportune scale di valutazione (es. rischio di cadute, di malnutrizione, di sviluppare lesioni da pressione etc), verifica la compliance rispetto ai trattamenti medici prescritti, rileva determinati stili di vita inadeguati, indaga l'attuale stato di salute etc.

Gli strumenti utilizzati per la raccolta e l'utilizzo di queste informazioni, non sempre, nella pratica quotidiana, vengono condivisi all'interno del gruppo operativo.

Ci sembra opportuno ribadire, in questo contesto, la necessità di una documentazione clinica integrata.

Le sfide

In un team multiprofessionale e integrato potremmo/dovremmo parlare di estensione, con l'espletamento di attività che riflettano un progetto di sviluppo professionale, non determinato da contingenze legate ai bisogni del servizio, ma della popolazione.

La promozione della salute (in ambito di prevenzione primaria o secondaria) costituisce l'occasione per essere il primo contatto con il cittadino-paziente. Implica impostare un modello di assistenza orientato alla promozione, al rinforzo della abilità della persona, allo sviluppo di reti e non solo alla risposta ai bisogni. Ciò richiede inevitabilmente il potenziamento di alcune abilità funzionali a questo modello.

Punto saliente: integrazione medici-infermieri

Per l'implementazione del modello organizzativo-gestionale le figure maggiormente coinvolte sono i medici di medicina generale e gli infermieri; questo, forse, ha fatto riemergere (o rendere ancora più vivo) tra le due professioni l'arcaico timore legato alle possibile invasioni di ruolo e usurpazione di attività, alla perdita di spazi di autonomia operativa e la paura inerente la nascita di contrasti per il mantenimento o il recupero del ruolo professionale.

Il superamento dei timori comporta, per le due professioni, la necessità di "incontrarsi" e, quindi, di conoscersi meglio.

Probabilmente i "medici" sanno poco della figura infermieristica in termini di formazione e potenzialità. E forse gli infermieri hanno bisogno di approfondire o comprendere meglio la forza del rapporto tra medico e paziente nell'ambito della medicina di famiglia, all'interno delle Cure Primarie.

Il fulcro fondamentale della riflessione consiste nello spostare l'attenzione da quanto tutto questo possa essere una minaccia a quanto invece possa rappresentare **un'opportunità** per i professionisti all'interno delle due categorie professionali e, soprattutto, per il cittadino.

Pensiamo che sia estremamente importante iniziare a progettare e a produrre una **Formazione "comune"/Formazione sul campo in gruppo**.

Per l'avvio di **piani di comunicazione** fra i diversi Professionisti, operativi nell'ambito delle Cure Primarie, può risultare importante sfruttare/utilizzare gli ambiti istituzionali sin dai percorsi formativi iniziali.

A nostro avviso, il percorso formativo dovrebbe comprendere specifici contenuti:

Laurea

- **Laurea in Medicina e Chirurgia - Laurea in Infermieristica/Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche**, approfondimento di ruoli, funzioni e competenze di entrambe le figure professionali ed importanza della necessità dell'integrazione operativa.

Post-Laurea

- **Master I livello per Infermieri**, particolarmente orientati a tematiche quali il supporto all'auto-cura/self management, i percorsi clinico-assistenziali e il lavoro nel team multiprofessionale.

- **Percorsi di formazione interprofessionali per lo sviluppo di competenze esperte e trasversali**, focalizzati sull'integrazione operativa come modalità per rispondere efficacemente ed efficientemente ai bisogni dei cittadini ed alle necessità del sistema sanitario; improntati sulle strategie relazionali finalizzate al raggiungimento degli esiti di salute.

- **Master II livello interprofessionali**, incentrati sull'elaborazione/analisi di percorsi dia-

Tabella 2

- I contenuti della alleanza terapeutica
- Ascolto attivo e non semplice benedetto stare a sentire.
- Dialogo e non alternanza o somma di monologhi.
- Rispetto per ciò che il paziente porta: per quanto stravagante o irrazionale ci possa sembrare, esso ha senso per lui.
- Umiltà da parte del professionista: uno scienziato non ha certezze, né dogmi, né verità assolute.
- Generosità: non basta comportarsi come se dell'altro ce ne importasse; occorre che ce ne importi davvero.

gnostici terapeutici, sulle metodologie e gli strumenti di lavoro nel gruppo multiprofessionale.

Formazione continua

Per la condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici adottati all'interno dell'Azienda Sanitaria, per la condivisione anche delle modalità di utilizzo degli strumenti operativi utili.

Dottorati di Ricerca interdisciplinari

Finalizzati all'identificazione e all'esplorazione delle aree di ricerca comuni ai professionisti sanitari.

Bibliografia

R.G.A. FEACHEM, N.K. SEKHRI, K.L. WHITE, *Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente*, BMJ 2002, 324: 135-43.

MARCECA M., CICCARELLI S. CRONICO, *Care* 2007; 9 (3): 32-6.

BODENHEIMER T., WAGNER E.H., *et al.*, Improving primary

care for patients with chronic illness. JAMA 2002; 288: 1775-9.

COLEMAN K., *et al.*, Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. Health Affairs 2009; 28: 75-85.

EPPING-JORDAN J.E., PRUITT SD, *et al.*, Improving the quality of health care for chronic conditions. Qual Saf Health Care 2004; 13: 299-305.

MARCECA M., CICCARELLI S. CRONICO, *Care* 2007; 3: 32-6. Wagner H.C., The role of patient care teams in chronic disease management. BMJ 2000; 320: 569-72.

Wagner H.C., Austin B.T., *et al.*, Improving chronic illness care: Translating evidence into action. Health Aff 2001; 20(6): 64-78.

GREENHALGH T., SKULTANS V. (eds), *Narrative research in health and illness*. Oxford: Blackwell/BMJ Books, 2004.

LUCIA ZANNINI, *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*, Raffaello Cortina editore 2008.

Narrative, ricerca qualitativa e ricerca infermieristica. Ass Inf. Ric., 2005; 24(3): 132-35.

BENAGLIO C., *Per una epidemiologia a partire dalle storie di malattia*. Ass Inf Ric, 2005; 24(3): 136-41.

GIORGIO BERT, Dipartimento Comunicazione Counseling Salute, Istituto Change di Counselling Sistemico, Torino.

Il nuovo Piano Sanitario e Sociale Regionale Integrato

Libro dei sogni o realtà?

La fase di stesura di un nuovo Piano è sempre stata una grande occasione per confrontarsi con il proprio sistema socio-sanitario ed immaginare in quale modo migliorarlo e renderlo più adeguato a rispondere alla domanda di salute.

Mai come oggi questa fase è nello stesso tempo indispensabile e critica, per le profonde trasformazioni in corso:

- le innovazioni tecnologiche che si sono realizzate negli ultimi anni;
- la scoperta di terapie capaci di rallentare l'evoluzione di malattie una volta letali;
- la percezione di poter scoprire tutto nell'organismo umano e a tutto trovare una risposta nonostante l'età;
- il disagio che pervade la popolazione legato a mille fattori quasi sempre non sanitari;
- le nuove culture presenti nel nostro paese, con specifiche aspettative sulla qualità della vita e sull'approccio ai servizi;

- la vera e propria "emergenza" delle malattie croniche, ben superiore all'invecchiamento fisiologico della popolazione.

CHIARA GHERARDESCHI*, SIMONA DEI**

* Responsabile Settore Pianificazione e Programmazione Sociale e Sanitario Regione Toscana

** Coordinatore Gruppo Operativo Redazione Piano Sanitario e Sociale Regionale Integrato Regione Toscana

Questi i principali vettori di un cambiamento forte nella percezione dei servizi sanitari da parte di utenti sempre più numerosi, informati, convinti di trovare risposte risolutive ai loro problemi.

E tutto questo si realizza nel panorama di una profonda crisi economico finanziaria mondiale ben nota con le relative conseguenze sul capitolo destinato ai sistemi sanitari pubblici.

È come dire che il nuovo Piano deve rispondere ad un netto aumento della domanda in un periodo di dichiarata riduzione delle risorse disponibili: compito difficile che comporta il coinvolgimento di tutti gli attori possibili del mondo "salute".

A cominciare dagli operatori sanitari, classici interlocutori del Piano, insieme ai colleghi del sociale, ai partner presenti nella società civile e, soprattutto, insieme a tutte le persone che si rivol-

PSIR

Partecipa al piano

2011 - 2015

NUOVO PIANO SANITARIO SOCIALE INTEGRATO REGIONALE



gono ai servizi per averne risposte.

Un Piano che prima di tutto chiede coraggio e fiducia agli addetti ai lavori che, abituati a cercarsi nelle sue pagine e individuare lo specifico settore d'intervento, troveranno l'invito fermo a sperimentare il lavoro in equipe attraverso relazioni interprofessionali più produttive, a svolgere il proprio ruolo all'interno dei percorsi di salute, a vedersi come parte importante ma non unica di processi trasversali, a sentirsi sempre in formazione e mai definitivamente preparati.

Un Piano "aperto" non per pura demagogia, ma per mera necessità di trovare risposte risolutive ai bisogni di salute: la partecipazione attiva degli utenti mette in gioco scelte che solo la persona può compiere nel suo quotidiano, dalle quali dipende il suo benessere e quindi la sua domanda ai servizi sociosanitari.

Un Piano che fa sedere allo stesso tavolo istituzioni diverse, con linguaggi diversi, tempi di lavoro e modalità lontane fra di loro : con la consapevolezza che solo così è possibile realizzare quella famosa risposta integrata ai bisogni complessi della popolazione.

Un Piano che si muove su direttrici precise e lineari:

- valorizzare i risultati ottenuti fino ad oggi, monitorati e valutati con attenzione estrapolando i modelli che si siano dimostrati capaci di rispondere seriamente ai bisogni;
- investire competenze e risorse nella prevenzione primaria e nella promozione della salute, ben sapendo che i veri determinanti sono insiti negli aspetti socio-economico-culturali aggregevoli attraverso i vari attori del welfare;
- ribadire con forza il principio di qualità e sicurezza attraverso la rivalutazione della organizzazione ospedaliera finalizzata a garantire corretti volumi di prestazioni e relativa competenza professionale;
- costruire realmente una rete di servizi sul territorio, per garantire accessibilità e capillarità nel momento in cui il bisogno di salute si presenta, con la consapevolezza che lo stesso bisogno trova risposte efficaci in ospedali tecnologicamente avanzati solo nel momento della acuzie;
- richiamare i professionisti tutti alla responsabilità dell'uso appropriato delle risorse, finalizzato a rispondere ai veri bisogni, senza appiattirsi

passivamente ad una domanda legata anche a fattori meno etici e più commerciali;

- confrontarsi con coraggio con i cittadini, con il loro vissuto sui servizi e sulla capacità di rispondere alle loro richieste: attraverso incontri sul territorio, confronti trasparenti, ascolto delle priorità percepite.

Tutti noi ne siamo coinvolti, da noi tutti dipende in parte la sua realizzazione: proviamoci fin da adesso, partecipando attivamente attraverso esperienze e testimonianze che verranno raccolte, esaminate, pubblicate e che potranno divenire parte integrante del nuovo PIANO SANITARIO E SOCIALE INTEGRATO REGIONALE 2011 2015 (<http://www.regione.toscana.it/partecipaalpiano>).

E, insieme, scriveremo un piano:

- con indirizzi, strategie ed azioni ad ampio raggio, lasciando ai territori la declinazione specifica delle attività;
- con risorse non infinite ma mirate ad aumentare lo stato di "ben essere" dei nostri cittadini;
- forse incapace di rispondere a tutto, ma trasparente nell'individuare le priorità e le parole chiave.

5 parole per scrivere la storia della salute dei prossimi 5 anni in Toscana:

evoluzione

di ciò che ha funzionato verso modelli capaci di rispondere a bisogni di salute in continuo cambiamento e innovazione;

integrazione

fra tutti gli attori coinvolti, istituzionali o meno, attraverso un linguaggio comune e obiettivi condivisi;

equità

nell'offerta dei servizi, trovando contatti diversificati e proattivi capaci di raggiungere fasce della popolazione attualmente lontane;

prossimità

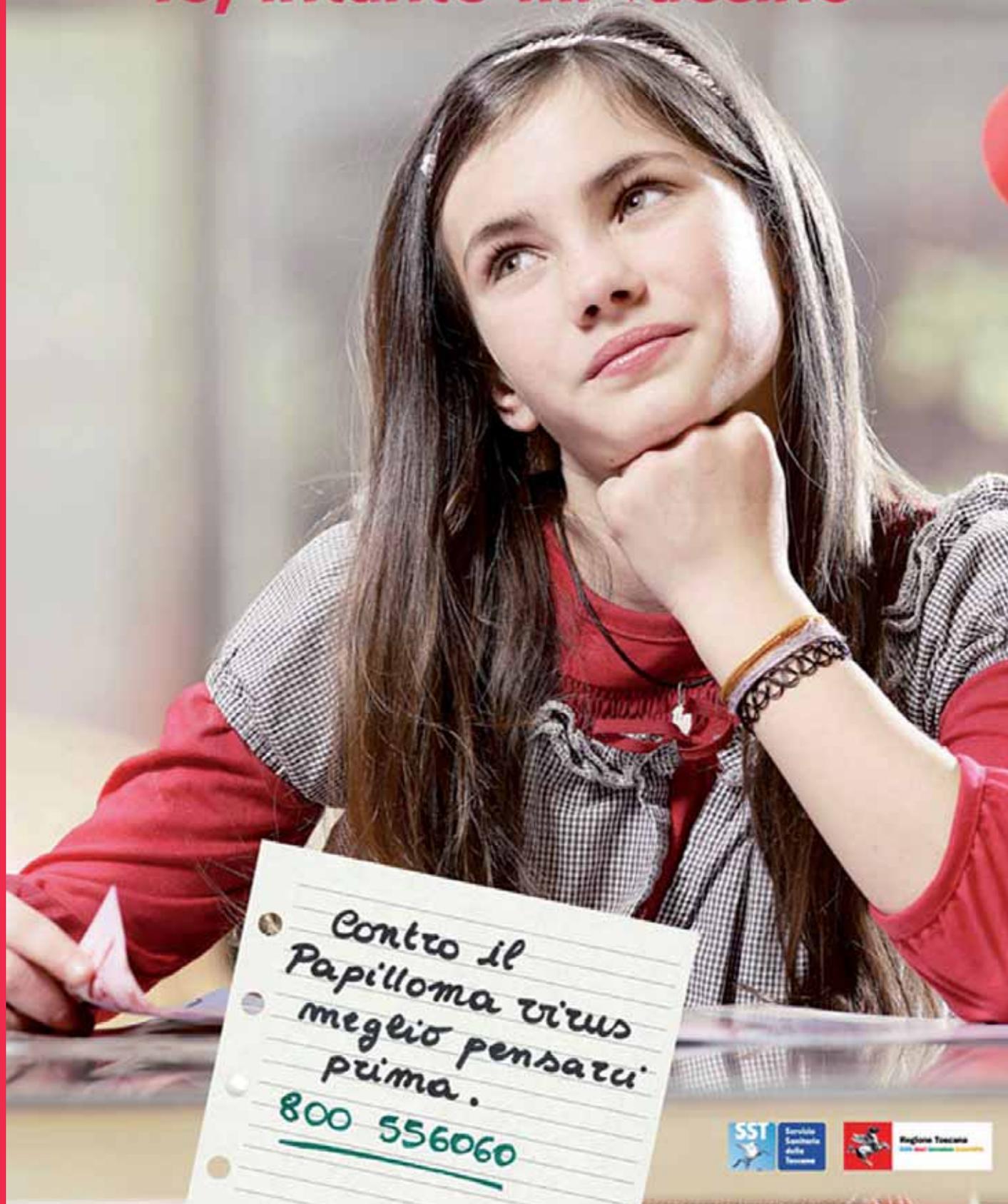
nello stare vicini alle persone, non solo con i servizi ma soprattutto con l'ascolto delle loro percezioni, del loro vissuto, delle loro storie;

sostenibilità

di un sistema al passo con i tempi nel quale vogliamo lavorare con impegno, responsabilità e serenità.

In sintesi, tutt'altro che un libro dei sogni.

**“...tanto prima
o poi lo incontrerò.
Io, intanto mi vaccino”**



Contro il
Papilloma virus
meglio pensarci
prima.

800 556060



Regione Toscana

La “Sindrome Fragilità”

Uno dei più autorevoli Biologi della senescenza, Thomas Kirkwood, in un editoriale su Nature del 2008, testualmente scrive: “...mettiamola in questi termini: questa mattina, al risveglio, sai che il tuo giorno sarà di 29 ore, le 24 ore consuete più altre 5 che vivrai quando sarai più avanti negli anni”. È quanto sta accadendo in conseguenza del costante aumento della speranza di vita di almeno 5 ore al giorno, in larga parte per gli straordinari progressi della Medicina. Purtroppo queste ore extra, che si sommano giorno dopo giorno, potranno essere utilizzate quando, in conseguenza della complessa biologia dell'invecchiamento, potremmo essere deboli, malati o disabili.

I Biologi concordano sul fatto che l'invecchiamento è dovuto non a programmazione genetica ma all'accumularsi di danni molecolari che la logica dell'Evoluzione non ha ritenuto economico correggere per un periodo più lungo di quello necessario alla riproduzione. Danni a carico di DNA e RNA (mutazioni, accorciamento dei telomeri, virus), delle proteine (errori di sintesi, di configurazione spaziale, di traslazione), delle membrane (ossidazione), danni per qualunque variazione casuale dell'espressione genica. Con il passare del tempo l'accumularsi di danni a carico di sistemi funzionali differenti rende progressivamente più fragile la complessa fisiologia degli essere viventi, fino allo stato di disabilità.

Per quanto la ricerca attuale ancora non abbia individuato la ragione biochimica della stretta relazione fra età e perdita di funzione, l'invecchiamento rappresenta il più significativo fattore di rischio per la salute. Con l'invecchiamento l'organismo risente di un crescente malfunzionamento dei sistemi fisiologici, perché processi flogistici, alterata ematopoiesi, alterata regolazione ormonale, carenza di nutrienti, riduzione della massa muscolare, degenerazione neuronale, ridotta filtrazione renale ecc. si vengono a sommare l'uno all'altro. Si verifica un'instabilità dell'omeostasi che viene espressa da una condizione di “fragilità”. Secondo la più recente letteratura geriatrica questa situazione produce una sindrome clinica – la “Sindrome Fragilità” – caratterizzata da cinque aspetti fondamentali: stanchezza, tendenziale perdita di peso, diminuzione della forza muscolare misurabile nella stretta di mano, ridotta velocità di marcia, ridotta attività fisica. L'anziano che presenta questi sintomi è in una situazione di omeostasi instabile e per questo è più suscettibile alle malattie acute, ha maggiore probabilità di cadute, è a maggiore rischio di disabilità, di istituzionalizzazione, di decesso.

La prevalenza della “Sindrome Fragilità” è stimata, a seconda dei campioni esaminati, in una percentuale compresa tra il 5,8% e il 27% degli ultrasessantacinquenni che vivono una vita autonoma. Degli stessi viene classificata “pre-fragile” una percentuale compresa tra il 34,6 e il 50,9%. In conseguenza del rapido invecchiamento della popolazione in atto in tut-

te le società occidentali, esistono ragioni per ritenere che questa entità clinica stia raggiungendo proporzioni epidemiche e che potrebbe divenire nei prossimi decenni uno dei maggiori problemi di Sanità Pubblica. Essendo caratterizzata da un declino cumulativo progressivo di più sistemi fisiologici, la “sindrome fragilità” si presenta come un continuum che inizia come

limitazione, soprattutto dell'efficienza muscolare, ed arriva fino a determinare un rischio significativo per l'autonomia personale e sociale. Essere fragili, quindi, significa

avere un alto rischio di disabilità o di morte in presenza di malattie e/ o di situazioni socio-ambientali stressanti.

Una importante domanda è allora come identificare precocemente le persone fragili e quale può essere il management di una iniziale fragilità. La vastità del fenomeno e la necessità di cogliere situazioni iniziali richiede che un eventuale strumento di valutazione sia di rapida esecuzione, applicabile anche da personale non medico, validato scientificamente e che non richieda lunghi periodi di formazione per poter essere applicato. La letteratura propone diverse formulazioni testistiche, alcune delle quali già sperimentate in alcune aree della Toscana. In particolare è già in uso lo Short Physical Performance Battery, strumento ampiamente validato per lo studio della funzione. La sua scelta per l'individuazione e la misura della fragilità risponderrebbe anche al bisogno di unificare gli strumenti valutativi impiegati in Regione per problemi paralleli. Lo strumento di letteratura più recente (Agosto 2010) è quello prodotto dagli Esperti internazionali di Salute Pubblica che lavorano per l'Agenzia per la sorveglianza dei danni da invecchiamento nelle popolazioni europee SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). Si tratta di un calcolatore (SHARE-FI) ad uso dei Medici di Medicina Generale, gratuito e scaricabile da Internet, che avvalendosi di pochi dati, attribuisce a ciascun paziente una di tre classi di appartenenza: non fragile, pre-fragile e non fragile.

Comunque si valuti la fragilità, le misure di assistenza e cura dovranno essere proporzionate al rischio individuale. Dato che la Sindrome Fragilità comprende livelli di compromissione biologica molto vari, anche le iniziative per limitarla o correggerla saranno diversificate ed andranno da misure finalizzate al recupero di competenze motorie, fino a complessi piani di intervento organizzati con percorsi e servizi multiprofessionali. Di tutto questo – la scelta dello strumento di valutazione, la definizione di cure, assistenza e percorsi evidence-based e graduati per livello di fragilità – si sta occupando un Gruppo di Esperti recentemente nominato dal Consiglio Sanitario Regionale. L'auspicio è che riconoscendo e trattando adeguatamente la Sindrome Fragilità, le 5 ore che secondo Kirkwood risparmiamo in ogni giorno di vita possano diventare una grande e felice opportunità.

LUIGI TONELLI*, ANTONIO BAVAZZANO**

* Direttore Centro di riferimento della Regione Toscana per le Demenze

** Consiglio Sanitario Regionale

Manfredo Fanfani

L'Arte: un potente mezzo mediatico d'informazione nell'evoluzione della medicina

(Quarta parte, terza parte nel numero precedente)

**L'Arte,
con la sua incisività
emotiva, crea un clima
di fiducia
verso la medicina**

Il ricovero ospedaliero, l'ambulatorio, il pronto soccorso

Nel '300 nascevano i primi ospedali, famosi per la loro efficiente ospitalità. Un pellegrino in transito si fermò in un ospedale di Firenze ed ebbe così a descrivere la sua esperienza: "edifici regali con ottimi cibi, bevande alla portata di tutti, servitori diligentissimi, medici dottissimi, bei letti dipinti con lenzuola di seta pura". Si tratta di un giudizio particolarmente attendibile per la sua fonte: il Monaco ribelle Martin Lutero, notoriamente più facile alla polemica che non alle lodi, che nel suo trasferimento da Erfurt a Roma, nell'anno 1510, aveva soggiornato in un ospedale di Firenze. L'Arte non ha mancato di sottolineare puntualmente l'accoglienza e l'efficienza dei servizi ospedalieri, di pronto soccorso ed ambulatoriali.

**Un rassicurante
quadro di assistenza-
familiare**

Scuola del Ghirlandaio,
oratorio di San Martino
di Buonomini.
Visita di carità.

*Assistenza ad una
puerpera da parte
dei membri della
confraternita di San
Martino dei Buonuomini
che portano fasce per
il bambino, un cappone
e un fiasco di vino.*



**Socializzazione e
fiducia**

"La visita del Medico" dal
manoscritto del canone
di Avicenna (XV secolo),
Bologna, Biblioteca
Universitaria.

*Le immagini si
susseguono come in un
filmato, la camera con
il malato ed i familiari,
il medico in visita al letto
del malato, il medico
mentre si intrattiene
in strada a sottolineare lo
spirito di socializzazione*

*e di fiducia che la Nuova
Arte sottolinea. Secondo
la tradizione porta ampia
tonaca rossa e cappello
rosso in testa
(mazzocchio di panno a
lombi ricadenti).*

Il rapporto di fiducia

Jan Steen (1626-1679),
"La fanciulla ammalata".

*Un medico, senza
strumenti ma con tanto
calore umano, una
fanciulla sofferente
ma serena.*

*La fanciulla non è una
"ammalata d'amore",
tema caro all'iconografia
dell'epoca, ma è affetta
da reumatismo
articolare acuto, come*

*dimostrano
le tumefazioni delle mani
sapientemente descritte
dall'artista; il medico,
che si sofferma a tastare
il polso, sta forse
avvertendo tachicardia
e qualche aritmia, legate
alla sempre concomitante
compromissione cardiaca.*





G. Alons,
"La vaccinazione".
Ancora un'immagine
che sottolinea

*l'importanza della
vaccinazione ed il clima
di serena partecipazione
delle madri.*



**Un medico attento
anche alle pene
d'amore**

Jan Steen (1626-1679),
"L'ammalata d'amore".

*Il medico cura anche le
pene d'amore; che
si tratti questa volta
di una vera "ammalata
d'amore" è sottolineato
dalla lettera dell'amato,
testé letta e dal cupido
intento a scagliare le
sue frecce, raffigurato in
alto a sinistra.
Il medico, anche
nell'intimità della casa,
non rinuncia al mantello,
guanti e cilindro in testa,
simboli del suo "status"
professionale.*



**Va bene socializzare
ma anche la privacy
va rispettata...**

W. Chandler (1785),
"Il Dott. William
Clysson", Ohio Historical
Society, Columbus.

*Dopo le immagini
familiari e di*

*socializzazione ecco anche
un medico che, con
discrezione, tasta il polso
all'ammalata
accuratamente nascosta
dietro una tenda,
se necessario nel bagaglio
culturale del medico
c'è anche il pieno rispetto
della privacy!...*

L'Immagine professionale ed il rapporto di fiducia

L'Artista, così come ci ha informato sulla nuova scienza emergente nei suoi aspetti *diagnostico, chirurgico, terapeutico* e di *ricerca*, si occupa ora di definire *l'immagine professionale* del medico ed il *rapporto fiduciario* medico-malato; alla nuova scienza ci si doveva avvicinare con fiducia. In un documento dell'antica Università di Padova si legge: "Solo chi è arrivato a mezzo di applauditi sudori ad insignirsi della laurea dottorale tiene facoltà di portare l'anello e la veste"; ecco comparire la veste, l'abito come simbologia della professione che si esercitava. L'abito non faceva il monaco ma faceva certamente il professionista. Tale abbigliamento era consentito solo ai veri medici, i "Medicis Phisicis" o "Medicis Doctoris", per distinguerli dai "ciarlatani", dagli "acconciatori di ossa" o dai "barbieri", che esercitavano la bassa chirurgia. L'iconografia dal '300 all'800 è ricca di immagini atte a sottolineare la fiducia, lo spirito di socializzazione e di serenità con cui ci si doveva avvicinare alla nuova scienza.

Medicina e Santità

L'iconografia dal Trecento in poi ha affidato ai santi Cosma e Damiano, santi taumaturghi per eccellenza, il compito di simboleggiare le varie componenti dell'Arte medica. Il Beato Angelico li rappresenta al letto di Palladia, nelle vesti del "*Medico di famiglia*", frequenti le opere che li rappresentano nell'atto di esaminare per trasparenza il contenitore delle urine (matula), a sottolineare la componente "*diagnostica di laboratorio*". In opere di scuole diverse i due santi compaiono nell'atto di compiere il trapianto della gamba di un moro su un bianco a sottolineare la componente "*chirurgica*" della medicina. Vari artisti infine si soffermarono sugli aspetti "*terapeutico-farmacologici*" della medicina rappresentando frequentemente i due santi con in mano il cofanetto che contiene tavolette, creme o balsami medicinali. Altra costante è rappresentata dal fatto che nelle opere delle più di-

L'Arte sottolinea il timido avvio dell'innovazione tecnologica

Nasce l'elettroterapia

Nasce l'elettroterapia

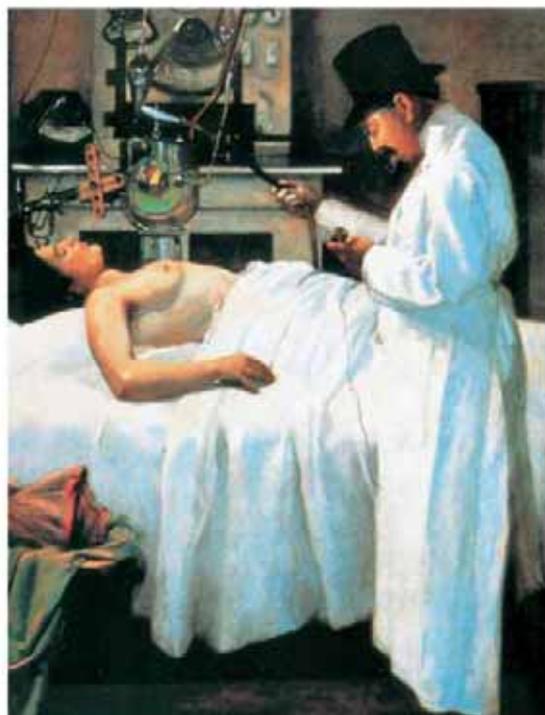
David Henry Friston (1860).

Uno dei primi trattamenti con l'elettricità.



Fiducia nell'innovazione

Nel 1816, con Laennèc, nasceva uno dei primi strumenti capaci di potenziare i sensi dell'uomo, lo stetoscopio; si trattava di un semplice tubo realizzato con dei fogli arrotolati; la madre assiste fiduciosa e sorridente a questo primo timido passo verso l'"innovazione" tecnologica".



verse scuole i due santi compaiono sempre nell'abbigliamento che caratterizzava all'epoca lo "status professionale" del medico: ampia toga rossa, berretto rosso rotondo a piatto orlato di vaio, calzature rosse. Il più delle volte i due Santi tengono in mano la "palma del martirio" ma, talora, la "spatola" o le "pinzette" per distribuire i medicinali.

Evoluzione tecnologica e valori della tradizione

Questa carrellata storica ci ha mostrato l'importante contributo di studiosi e ricercatori del passato nel consolidamento della cultura del loro tempo e nel preparare la nostra cultura. Se facciamo un sal-

Il primo salto tecnologico

G. Chicot (1907), primi tentativi di cura del tumore con raggi X.

L'8 Novembre 1895 Roentgen scopriva i raggi X; ecco una delle prime immagini di un medico

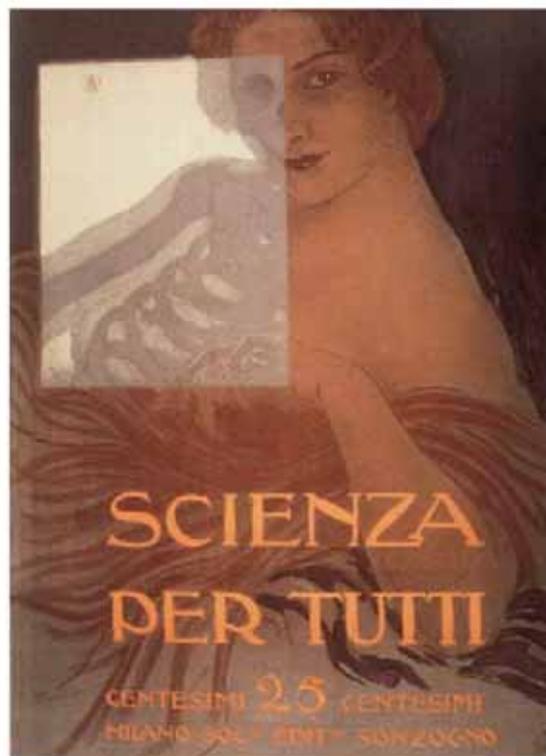
impegnato con la nuova tecnologia che terrà campo incontrastata per i primi cinquant'anni del '900.

Il medico indossa il camice bianco, nuovo simbolo della sua professionalità, ma porta ancora in testa il cilindro, simbolo dello "status" professionale

della precedente iconografia ottocentesca. Forse un dubbio amletico: camice bianco o cappello in testa per meglio sottolineare immagine, "status" e dignità professionale del medico?

**"Scienza per tutti",
la promozione
comincia ad affidarsi
ai moderni mass-media**

*Un manifesto del 1909
dedicato alla
promozione della nuova
tecnica di indagine
radiografica.*



to nella Firenze di oggi troviamo, sempre attraverso la mediazione artistica, richiami ed inviti alla riflessione su antiche e nuove alleanze. Per il centro di elaborazione elettronica di un laboratorio è stato commissionato ad un artista un pannello che esprimesse l'affascinante proiezione verso un futuro fatto di terminali, reti informatiche e satelliti. L'Artista, dopo meditata riflessione, compone un pannello molto tradizionale dominato da una statua, da una marina e da una folta vegetazione. L'Artista spesso anticipa il pensiero nel cogliere la verità di un determinato periodo storico: proprio nel momento delle esasperate spinte innovatrici sente il pressante bisogno di collocarsi nella cosiddetta dimensione "post moderna"; ci ricorda che il moderno ed il futuro sono già potenzialmente presenti nei nostri laboratori rappresentati dall'elaboratore e dalla sofisticata strumentazione; una delle molte facce del "post-moderno" è, viceversa, il "sistematico ritorno a...", cioè il bisogno umano di riscoprire le antiche alleanze, di "cimentare" i valori tradizionali al fuoco delle nuove esperienze. Ecco allora la simbologia della statua che vuole sottolineare la presenza dominante dell'Uomo, le radici della tradizione, l'etica e la cultura. Lo sfondo ecologico del verde di una pineta suggerisce che tutto deve essere mirato alle aspirazioni umane, in primo luogo alla tutela della qualità della vita; solo in un angolo del pannello l'artista ha dipinto satelliti ed immagini stellari, un aspetto marginale in un contesto dominato dalla presenza intelligente dell'Uomo. La riscoperta di antiche alleanze chiude l'anello fra Arte, Scienza medica, Cultura e Professionalità; una sintesi importante alle soglie dell'era biotecnologica, che mette in gioco la visione del mondo e la cultura con i suoi valori, rendendo indispensabile il ritorno ad una formazione umanistica capace di coniugare le conoscenze biomediche con l'etica, oltre al recupero, per la medicina, dell'attributo di "filosofia naturale" che presuppone la conoscenza dell'uomo, sia sano che malato, nei suoi molteplici aspetti.

Antiche e nuove alleanze

Angelo Vadala 1980,
pannello realizzato
per il centro di
elaborazione elettronica
di un laboratorio
di analisi.

*Ci si sarebbe aspettati
un'affascinante
proiezione verso un futuro
fatto di reti informatiche
e satelliti.*

*L'Artista, viceversa,
ha composto un pannello
dominato da una
tradizionale statua e da
una folta vegetazione,
emarginati in un angolo
compaiono satelliti
ed immagini stellari.
L'Artista spesso anticipa
il pensiero razionale
nel cogliere i significati
di un determinato periodo
storico: proprio nel
momento delle esasperate*



*spinte innovatrici
ci ricorda che il moderno
ed il futuro sono già
presenti nei nostri
laboratori rappresentati
dalla sofisticata
strumentazione, una delle
molte facce del "post
moderno" è, viceversa,
il "sistematico ritorno
a...", cioè il bisogno
umano di riscoprire
le antiche alleanze,
di cimentare i valori
della tradizione al fuoco
delle nuove esperienze.
Ecco allora la simbologia
della statua
a sottolineare la presenza
dominante dell'Uomo,
le radici della tradizione
e della cultura; una sintesi
importante alle soglie
dell'era biotecnologica,
che mette in gioco la
visione del mondo e la
cultura con i suoi valori.*

Un luogo per la cura del malessere psichico

Il centro di Psicopsintesi Clinica della Società di Psicopsintesi Terapeutica (SIPT)

Il Centro di psicopsintesi clinica con sede a Firenze è una struttura creata circa 10 anni fa per la diagnosi e cura delle malattie di interesse psichiatrico come i disturbi d'ansia e dell'umore, i disturbi della personalità, i disturbi somatoformi e alimentari, la psicopatologia dello sviluppo e le problematiche legate alle fasi critiche della vita.

Tutte patologie che anche i non addetti ai lavori sanno essere in costante aumento e sempre più gravano prevalentemente sulle capacità cliniche e residenziali del medico di famiglia.

Il Centro è gestito da operatori psicoterapeuti, medici e psicologi, con pluriennale esperienza nell'ambito dei diversi campi dell'assistenza, della consulenza e della diagnosi delle malattie psichiche. La sua specificità è quella di applicare nella terapia il modello teorico e pratico della psicopsintesi, movimento fondato da Roberto Assagioli, che integra in sé la sua derivazione psicoanalitica ed esistenziale con la psicologia umanistica e si caratterizza per una visione prospettica della malattia come stato che contiene, oltre agli aspetti regressivi, anche le potenzialità evolutive e le risorse volte al suo superamento.

In altri termini, in psicopsintesi viene sottolineata l'apertura analitica conoscitiva dell'essere umano visto nelle sue radici, nel passato, nella sua attualità presente e nelle sue potenzialità future. Pertanto il modello generale su cui si lavora si basa su un occhio trifocale: c'è un lavoro sul passato (l'inconscio personale e collettivo), sull'esistenzialità attuale (nel suo esserci qui ed ora) e c'è un lavoro che va a cogliere quella dimensione che va al di là dell'ego e della personalità stessa, in cui si dilatano i confini dell'individualità attraverso esperienze di intuizione artistica, mistica, di creatività, di approfondimento di se stessi in stati diversi dalla coscienza ordinaria.

Una dimensione che Assagioli chiamò "*transpersonale*" e che potrebbe tradursi in modo approssimativo con il termine "*spirituale*".

Lo scopo finale è comunque quello di riconquistare l'integrità psichica alla persona la cui vita, bloccata nel suo fluire, necessita di riaprire un dialogo interrotto ed essere restituita all'armonia delle sue parti.

La peculiarità della psicopsintesi riguarda anche il tipo di rapporto analitico.

Con un gioco di parole il suo fondatore Assagioli la

definiva "*la sintesi delle psicoterapie*" intendendo con questo non una sintesi di tutte le psicoterapie ma l'utilizzo di metodi e tecniche prese da altre psicoterapie per favorire l'integrazione del sé del paziente. Un ampio ventaglio di strumenti per una migliore compliance all'approccio terapeutico.

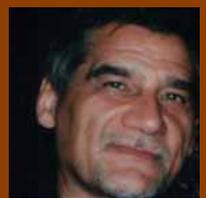
Oltre al colloquio, come modalità di esplorazione dell'inconscio la psicopsintesi privilegia molte altre tecniche: dalla meditazione all'autobiografia, dalla tenuta di un diario ai questionari, dalle associazioni libere all'analisi dei sogni, dalla biblioterapia e dalla filoterapia alle varie tecniche immaginative, dalle terapie corporee e dalle tecniche gestaltiche allo psicodramma e l'elenco sarebbe ancora lungo.

Peculiare della psicopsintesi è la riscoperta nella vita psichica della centralità della volontà, intesa come progetto, forza per dare una direzione alla propria vita perché nella psicoterapia è importante che il paziente recuperi la volontà di vivere e la sua capacità di scelta e responsabilità e quindi collabori in modo attivo al processo.

Ciò come è ovvio presuppone una preparazione degli psicoterapeuti molto puntuale e variegata, che nella loro formazione includa anche seminari di approfondimento della cornice teorica e pratica di altre scuole di psicoterapie, come quella freudiana, quella analitica, la rogersiana, la gestaltica, l'esistenziale, etc e impone anche un adeguato training individuale.

Inoltre poiché l'esperienza suggerisce che non tutti i terapeuti sono adatti per tutti i pazienti, ma al contrario avviene che una tipologia di paziente abbia bisogno di una tipologia di terapeuta, è previsto per il paziente un primo colloquio detto "*psicodiagnostico*" con un terapeuta del centro che ha la finalità di indirizzare il paziente al trattamento più adeguato e al terapeuta che meglio risponda alle sue esigenze. L'organizzazione del centro prevede poi periodici incontri di intervizione degli operatori per dare la possibilità di discutere delle problematiche dei casi clinici trattati e sedute di supervisione in gruppo con un terapeuta esterno al centro per offrire ampie garanzie di professionalità.

Con, citando sempre Assagioli, l'obbiettivo dichiarato di "*conoscere, possedere, trasformare se stessi*".



Giuseppe Circelli, spec. in psicoterapia ad indirizzo psicopsintetico presso la SIPT (Società Italiana di Psicopsintesi Terapeutica). Ha lavorato come medico convenzionato nella UO Med. Legale di PO fino al 1991. Trasferitosi a FI, esercita come medico convenzionato alla U.F. Ig. e Sanità Pubblica nell'amb. di Medicina dei viaggi e nell'ambulatorio di counselling nutrizionale di educazione e promozione della salute dove si dedica prevalentemente al counselling individuale. Medico di famiglia dal 1991 a Campi Bisenzio.

GIUSEPPE CIRCELLI

Medico psicoterapeuta ed altri terapeuti del Centro di Psicopsintesi Clinica Firenze

TM



Alberto Dolara, nato a Firenze nel 1932. Laurea in Medicina, Firenze 1957. Specializzato in Cardiologia, 1961. Perfezionamenti: Ospedale Niguarda (Milano) 1968; Hammersmith Hospital (Londra) 1980; NIH (Bethesda, USA) 1983, 1987. Direttore Unità Cardiovascolare, S. Luca-Ospedale Careggi, Firenze, 1979-2002. 286 pubblicazioni (117 recensite su Medline, primo Autore in 53). 198 comunicazioni e 37 relazioni a congressi regionali, nazionali, internazionali.

Il lavoro in équipe, la “seconda opinione” ed... il referente unico!

Per chi ha problemi di salute le fonti d'informazione sono oggi molteplici, talora anche eccessive: il ricorso ad Internet per esempio può fornire una quantità elevata di dati dai quali i pazienti possono trarre alcuni vantaggi, ma anche molte incertezze. È stato infatti giustamente affermato che la medicina è la scienza della probabi-

lità e che le innumerevoli variabilità individuali come risposta alla malattia dovrebbero essere valutate da esperti. Un metodo classico per la medicina, ma non solo, consiste essenzialmente nel lavoro in équipe col quale si possono superare le difficoltà al fine di stabilire una corretta diagnosi e terapia per il singolo paziente. Una modalità emergente, portata alla conoscenza del pubblico dai mezzi d'informazione, è rappresentata dalla “seconda opinione”. Ritengo che l'argomento meriti alcune note con riferimenti alla esperienza personale e sottolineando il ruolo del referente unico per il paziente.

Il lavoro in équipe

È universalmente riconosciuto come il metodo che permette di ottenere i migliori risultati nei vari settori dell'attività umana; in medicina è oggi indispensabile per l'accrescersi delle conoscenze, delle specializzazioni e sottospecializzazioni, e per il riconoscimento ormai unanime della variabilità individuale di fronte alla malattia. Per quanto riguarda la discussione in équipe dei pazienti ricoverati in ospedale posso citare il metodo che avevo adottato a Careggi dopo la mia permanenza al National Heart and Lung Institute di Bethesda negli anni '80. In questa istituzione i casi dei pazienti ricoverati venivano discussi collegialmente più volte durante la settimana; le riunioni non avvenivano al letto del paziente, evitando a questo ultimo di ascoltare inutili esibizioni di *sapienza medica* o le eventuali controversie tra i vari medici, ma in una stanza separata, ad orari prefissati, programmando i successivi riscontri diagnostici e terapie. Tutti i casi dei pazienti, e non solo quelli

interessanti o complessi venivano presi in esame. Ad una delle riunioni settimanali, di solito a quella definitiva, prima della dimissione del paziente, era sempre presente il direttore della struttura. Se dalla discussione collegiale erano emerse diverse opzioni diagnostiche e terapeutiche queste venivano successivamente presentate ai pazienti e divenivano operative con il consenso di questi ultimi. Per la nostra équipe, a Careggi, le conclusioni della discussione clinica di gruppo, venivano verbalizzate nella cartella clinica e poi presentate ai pazienti. Le riunioni erano comunque impegnative dal punto di vista dei carichi di lavoro

essendo equivalenti a circa 1000 ore lavorative ogni anno. Trattandosi di un impegno tutto altro che trascurabile ai

ALBERTO DOLARA

Agenzia Regionale Sanità

fini di valutazione del budget, veniva considerata dall'amministrazione dell'ospedale come una prestazione valutabile dal punto di vista economico con il codice 033600 dei flussi informativi. Non conosco la diffusione attuale di questa attività ospedaliera e le modalità del suo riconoscimento, ma ritengo che la discussione collegiale sia comunque indispensabile per ottenere i migliori risultati diagnostici e terapeutici per il paziente ricoverato.

Per i pazienti che si rivolgono all'ambulatorio dell'ospedale l'attività in équipe appare di più difficile realizzazione in quanto richiederebbe la presenza contemporanea di tutta o gran parte dei medici in giorni ed in orario predeterminati. Anche nel territorio sarebbe possibile solo in strutture poliambulatoriali nelle quali vi sia la possibilità di scambio immediato di opinioni tra i vari medici. Sono problemi di non facile soluzione, anche se si tratta di obiettivi che varrebbe la pena di perseguire.

La “seconda opinione”

Il recente dibattito sulla opportunità di una *seconda opinione* per i pazienti, evidenziato dai mass media, mi ha ricordato un lontano episodio agli inizi della mia attività professionale: durante una visita di controllo il paziente mi informava che nel frattempo aveva sentito il parere di un altro medico e si mostrò stupito alle mie rimostranze. Mi fece inoltre presente il diverso comportamento de-

gli avvocati che era(è?) molto diverso e che non si stupivano del parere di consulenti diversi per uno stesso caso. Ho ripensato spesso a questo episodio quando le giovanili certezze sulla medicina hanno ceduto gradatamente il posto ai dubbi ed alle perplessità dell'età matura, con una valutazione più attenta e serena dei diversi pareri. I protocolli terapeutici e le linee guida sviluppatasi successivamente sono stati certamente di aiuto, ma il problema di individualizzare diagnosi e terapia nel singolo paziente rimane ancora oggi uno dei più difficili della pratica clinica, in particolare quando si tratta di malattie rare, patologie complesse e/o gravi. Negli Stati Uniti il sistema della *seconda opinione* è molto diffuso e ritenuto spesso obbligatorio; nel nostro Paese vi sono alcune lodevoli iniziative, riportate dalla stampa, anche se parziali e limitate all'uso di tecnologie in rete ancora non molto diffuse (vedi riquadro). Ad esse si affiancano i *patients seminar*, sempre di provenienza dagli Stati Uniti: si tratta di seminari scientifici nei contenuti, ma indirizzati solo ai pazienti; in via sperimentale sono stati programmati all'Ospedale Molinette di Torino per le malattie leucemiche.

... Il referente unico!

È noto che per le caratteristiche della medicina i pareri su di un singolo paziente, sia in termini diagnostici che terapeutici possono essere diversi, talora in modo marcato; questo può avvenire anche dopo una aperta discussione in una équipe ospedaliera. In questa evenienza il referente unico di fronte al paziente, a cui porre le eventuali

diverse opzioni diagnostiche e terapeutiche, è di solito il primario o il responsabile della struttura; questo avviene e per motivi di esperienza e per motivi medico-legali. Il problema può essere più complesso nella pratica clinica extraospedaliera, ma il concetto del referente unico di fronte al paziente mantiene la sua validità. Il titolo del paragrafo andrebbe tuttavia coniugato anche al femminile dato il numero crescente dei camici rosa; le dottoresse possono tuttavia vantare una illustre pioniera: nel 1947, nel suo libro "Congenital malformations of the heart" Helen Taussig, cardiologa pediatra americana, entrata nella storia della medicina per avere con la sua intuizione favorito la sopravvivenza dei bambini con tetralogia di Fallot, affermava: "si può discutere in molti il caso di un paziente, ma quest'ultimo deve avere di fronte un solo medico". Il medico (o la dottoressa) di famiglia può essere considerato(a) in molti casi come l'unico(a), valido(a), referente a cui il paziente può esporre le diverse opinioni e concordare con lui(lei) la scelta migliore. Una ulteriore precisazione del concetto, preziosa in un momento in cui è massivo il ricorso alla medicina specialistica ed ultraspecialistica, viene espressa da Bernard Lown, illustre cardiologo americano inventore del defibrillatore e premio Nobel per la Pace per la prevenzione della guerra nucleare. Nel 1996 nell'ultima pagina del suo libro "L'arte perduta di guarire" scrive: "Quando si dovrebbe andar dallo specialista? Sicuramente quando lo raccomanda il medico di fiducia". **TM**

- Ospedale del Bambin Gesù:

Dal 2004 ha un portale (www.ospedale.bambinogesu.it). La Second Opinion è basata su firma e certificato digitale su Smart Card con accesso riservato ai medici.

- Istituto Clinico Humanitas di Milano:

Si accede alla rete sul sito www.chirurgia.toracica.biz dove sono inseriti i curricula dei professionisti e l'elenco delle patologie sulle quali si può richiedere un parere (tumore polmonari, mesotelioma, tumori della parete toracica).

- Istituto tumori Giovanni Paolo II di Bari:

Ha avviato nel 2009 un progetto sperimentale che prevede un accesso privilegiato via e-mail per medici e malati. Viene richiesto d'inviare esami diagnostici e storia clinica per fissare una seconda visita.

CONVENZIONI COMMERCIALI PER MEDICI (vedi anche il sito www.ordine-medici-firenze.it)

INFORMATICA PERSONALE COMPUTERS VENDITA E ASSISTENZA

B.D.A. COMPUTERS & SOFTWARE (Sconto 10% su P.C. Notebook e pda Asus)

B.D.A. Computers & Software offre uno sconto del 10% sull'acquisto di notebook e pda della linea ASUS inoltre sconti ed agevolazioni per noleggio hardware/software, e per tutti i servizi di assistenza tecnica post vendita come p.c. sostitutivo, assistenza hardware, assistenza software, assistenza sistemistica, formazione e consulenza.

B.D.A. Computer & Software

Via Bassa 31/a - 50018 Scandicci FI - Tel. 055 735 1467 - Fax 055 754 931
info@bda.it - www.bda.it - www.computeria.net



Pasquale Palumbo, specializzato in Neurologia. Presta servizio, presso l'UO di Neurologia dell'Osp. di Prato, di cui è Direttore di struttura complessa. È componente del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici di Prato. Si occupa di organizzazione e gestione dei servizi sanitari, nell'ottica e nella prospettiva della salute pubblica, assumendo anche incarichi amministrativi comunali e regionali e maturando, in questo campo, diverse e significative esperienze.

Il bisogno assistenziale e la qualità della vita del paziente con Sclerosi Laterale Amiotrofica

La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), o malattia dei motoneuroni, è una malattia degenerativa e progressiva del sistema nervoso, che colpisce selettivamente i cosiddetti neuroni di moto centrali e periferici, cellule deputate al controllo del movimento volontario.

Questa malattia, le cui cause sono ancora oggi ignote, fu descritta nel 1860 da Jean Martin Charcot.

È una patologia rara con una incidenza di 1-3 casi ogni 100.000 individui all'anno ed una prevalenza di 6-8 casi, ogni 100.000 abitanti. Si calcola che in Toscana ci siano circa 350 persone affette da questa malattia.

La progressiva paralisi della muscolatura scheletrica, dopo uno-tre anni dall'esordio, determina una ingravescente perdita delle funzioni motorie ed il paziente non è più in grado di muoversi, di parlare, di deglutire e di respirare. Per tutta la durata della malattia è conservata una completa integrità delle funzioni mentali. La morte si verifica dopo 2-5 anni per il coinvolgimento dei muscoli respiratori.

Gli aspetti assistenziali di questa malattia sono molto complessi ed oggi una reale presa in carico del malato è carente; spesso gli interventi assistenziali sono tardivi e quasi esclusivamente rivolti ai malati in fase avanzata, in cui le funzioni vitali sono assicurate esclusivamente da apparecchiature elettromedicali.

La SLA è quindi una patologia che coinvolge numerose figure sanitarie e pertanto vi è la necessità di definire uno specifico percorso assistenziale.

Questo è auspicabile perché si tratta di una malattia:

- rara e conseguentemente carente di cultura ed esperienze, da parte degli operatori sanitari e non;
- che determina la perdita dell'autonomia ed in cui, col progredire dei deficit muscolari, l'inter-

vento socio assistenziale, a domicilio, assume un ruolo centrale;

- che provoca una progressiva perdita della capacità di comunicare;
- che colpisce funzioni vitali, come la deglutizione e la respirazione;
- che richiede, da parte del paziente scelte individuali e responsabili su aspetti che riguardano la qualità della vita e la propria esistenza (come l'opportunità della nutrizione artificiale o della ventilazione invasiva).

La Regione Toscana, con delibera n. 721 del 03-08-2009, dal titolo "Sperimentazione interventi a sostegno della funzione assistenziale domiciliare

per le persone affette da SLA", assicura un intervento mirato ai pazienti con SLA in fase avanzata. Per sostenere questi

aspetti viene erogato un assegno mensile, che permette al paziente di essere assistito in modo qualificato, all'interno del proprio contesto familiare e di mantenere una soddisfacente vita di relazione, anche nelle fasi più acute e invalidanti della patologia, tramite la presenza quotidiana di un caregiver dedicato, in alternativa al ricovero residenziale o semiresidenziale in struttura sanitaria o sociosanitaria.

Le condizioni sociosanitarie del paziente e l'erogazione dell'assegno di cura sono di competenza dell'Unità di Valutazione Multidimensionale.

Questa procedura regionale rivolta ai malati in fase avanzata ha contribuito a stimolare l'interesse degli operatori (medici, assistenti sociali, volontariato, etc.) verso la costruzione di un percorso assistenziale più articolato e volto a considerare la diagnosi, la fase ospedaliera, la gestione della cartella clinica, la fase territoriale, il follow up clinico e assistenziale, la gestione delle urgenze e l'assistenza alla qualità della vita.

A partire da queste considerazioni nel febbraio 2011 si è svolto a Prato un convegno che ha messo a confronto le diverse professionalità che interagiscono su questa patologia, con l'obiettivo di favorire risposte diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali sempre meglio organizzate ed attente alle esigenze ed ai bisogni del paziente. **TM**

PASQUALE PALUMBO

*Direttore UO Neurologia
Ospedale "Misericordia e Dolce" Prato*

La medicina di genere



Lucia Turco, direttore Sanitario dell'Ospedale del Mugello. Responsabile di programmi di HTA e di miglioramento della qualità. Responsabile del Progetto "Salute di genere" ha coordinato, nell'Ospedale del Mugello e nella Azienda di Firenze, lo sviluppo di iniziative e progetti di formazione, di promozione e di ricerca sui temi e sul ruolo del determinante genere nella pratica clinica, nella assistenza e nei servizi sanitari.

L'approccio di genere alla salute è una innovazione forte. Il genere è un determinante di salute e da tempo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, le Conferenze internazionali sulla salute e le Direttive dell'Unione Europea raccomandano di considerare e promuovere la prospettiva di genere nella erogazione delle cure mediche e dei servizi sanitari. Vi sono importanti "differenze di genere" nella salute e nella malattia, nei comportamenti e nel ricorso all'assistenza sanitaria. Esistono malattie più frequenti negli uomini e altre nelle donne, vi sono malattie comuni ma con sintomatologia, clinica e risposta al trattamento diversi tra uomo e donna. Vi sono profonde differenze nella epidemiologia, nei fattori di rischio, nella fisiologia e fisiopatologia, nella modalità di insorgenza delle malattie, nella risposta ai farmaci. Le donne sono da sempre paradossalmente sotto-stimate negli studi epidemiologici, nelle sperimentazioni farmacologiche, negli studi clinici. Di conseguenza, le cure mediche rivolte alle donne sono compromesse da un vizio di fondo: i metodi utilizzati nelle sperimentazioni farmacologiche e cliniche e la successiva analisi dei dati risentono di una prospettiva maschile che sottovaluta le variabili di genere.

La medicina di genere non è la medicina che studia le malattie che colpiscono prevalentemente le donne rispetto agli uomini ma è una scienza multidisciplinare che vuol dedicarsi alla ricerca per descrivere le differenze anatomo-fisiologiche a livello di tutti gli organi e sistemi nell'uomo e nella donna, per identificare le differenze nella fisiopatologia delle malattie, per descrivere le manifestazioni cliniche eventualmente differenti nei due sessi, per valutare l'efficacia degli interventi diagnostici e terapeutici e delle azioni di prevenzione per sviluppare protocolli di ricerca che trasferiscano i risultati degli studi genere-specifici nella pratica clinica.

La ricerca biomedica e la letteratura scientifica in questo settore danno ogni giorno più evidenza al ruolo del determinante genere nella salute. Nonostante ciò l'approccio di genere rimane una criticità. I professionisti e il mondo sanitario non si presentano ancora oggi con le conoscenze e con gli strumenti adatti per affrontare questo aspetto.

Riconoscere le differenze biologiche e anche quelle relative alla dimensione sociale e culturale del genere è essenziale per delineare programmi

ed azioni, per organizzare l'offerta dei servizi, per indirizzare la ricerca, per analizzare i dati statistici, per giungere a decisioni cliniche basate sull'evidenza sia nell'uomo che nella donna.

Dal 2008 nell'Ospedale del Mugello un gruppo di operatrici ed operatori ha posto l'attenzione e l'impegno quale organizzazione sanitaria sul determinate genere.

È nato il progetto Medicina di Genere che ha promosso in questa prospettiva numerose iniziative ed interventi di sensibilizzazione, di prevenzione, di miglioramento nella erogazione delle cure.

LUCIA TURCO, TIZIANA FARAONI,
CLAUDIA CAPANNI

*Direzione Sanitaria Ospedale del Mugello
Azienda Sanitaria di Firenze*

Il Workshop sulla Medicina di Genere, tenuto nel maggio scorso, è stata una iniziativa che ha voluto essere un momento di condivisione e promozione più ampia – rivolta a tutti gli operatori della Azienda Sanitaria di Firenze. Al Workshop hanno preso parte professionisti specialisti in diverse discipline mediche: farmacologia, cardiologia, oncologia, malattie atero-trombotiche, epidemiologia, medicina del lavoro.

Il mondo della farmacologia è, per motivi diversi, in buona parte ancora da esplorare per le donne. Per i farmaci, esistono profonde disuguaglianze dal punto di vista farmacologico. Il genere non è rappresentato nella sperimentazione clinica. Nei processi di sviluppo di nuovi medicinali c'è un bias di sottorappresentazione delle donne. Nella sperimentazione di farmaci la sottorappresentazione delle donne è presente in tutte le fasi e permane spesso anche nella fase 3. Enorme poi è la differenza nella farmacocinetica e farmacodinamica nel maschio e nella femmina e questo spesso viene trascurato. Un altro fattore sempre trascurato è il metabolismo epatico. E le conseguenze di tutto questo sono un gran numero di reazioni avverse. Terapia anticoagulante, trombolisi, terapie antiretrovirali, politerapia si associano frequentemente nella donna a effetti collaterali. La torsione di punta è una aritmia potenzialmente fatale che può presentarsi con più di 80 farmaci compresi gli antiaritmici ed è circa due volte più frequente nelle donne. Così, la frequenza di episodi aritmia nel corso di terapia con eritromicina è estremamente e significativamente molto più alta nelle donne, e così anche per i beta-bloccanti, per la doxorubicina e per molti al-

tri. Per non considerare il caso della altissima vulnerabilità nelle donne anziane dove la frequenza degli eventi avversi può moltiplicarsi a causa delle frequenti terapie e dei cambiamenti della farmacocinetica e farmacodinamica.

In cardiologia e nelle malattie cardiovascolari, disciplina che già da qualche tempo ha mostrato attenzione alle tematiche di genere, si rileva come ad esempio nella cardiopatia ischemica vi sono profonde differenze relative alle diverse caratteristiche di funzione cardiaca, ai fattori di rischio, alle caratteristiche della patologia coronarica, alle sue modalità di espressione clinica, alla risposta ai diversi trattamenti, nonché alla prevalenza di complicanze in seguito ad interventi percutanei o chirurgici di rivascolarizzazione. Dai lavori esistenti tuttavia si evince che i tradizionali fattori di rischio per malattie cardiovascolari sembrano avere un impatto molto differente nei 2 sessi: il diabete è più correlato alla cardiopatia ischemica nella donna che nell'uomo, i vari parametri lipidici influiscono in modo differente sul processo aterogenetico nelle donne, i marcatori di infiammazione, come PCR e citochine, sembrano essere più alti, in associazione ai fattori di rischio e la sindrome metabolica è più frequente nelle donne che negli uomini. Nella donna sono stati dimostrati anche fattori psicosociali e la depressione come fattori di rischio per le malattie cardiovascolari. Se trattate con trombolisi, il rischio emorragico o di stroke è maggiore. In ambito di rivascolarizzazione percutanea, il rischio di complicanze anche fatali, è maggiore, e anche il rischio chirurgico è maggiore. Nell'espressione della cardiopatia ischemica vi sono differenze legate all'età (maggior mortalità femminile, un decennio di vantaggio nell'età di comparsa). Anche per la malattia trombotica: l'ictus nella donna è la seconda causa di decesso, nell'uomo la terza ma le donne che sopravvivono all'ictus sono più spesso non autosufficienti rispetto agli uomini. Così, ancora troppo poco sono conosciute le raccomandazioni sull'utilizzo della aspirina nella prevenzione delle malattie cardiovascolari (basse dosi di aspirina nelle donne riducono del 17% il rischio di ictus, ma sono inefficaci nel prevenire l'infarto o una morte per cause cardiovascolari come invece avviene nell'uomo) e delle linee guida specifiche per le donne o l'emergente segnalazione sulle statine che segnalano specificità nelle donne.

Nella giornata è stato approfondito anche il mondo dell'Oncologia dove alcuni aspetti distinguono sin dall'incidenza l'oncologia femminile da quella maschile, data dall'interazione di molteplici fattori ambientali e costituzionali: dall'abitudine al fumo che è stata ed è ancora un elemento che risente pesantemente degli aspetti culturali, socio-economici ed etnici ai profili ormonali che sono invece più specifici del genere in se stesso.

I tumori rappresentano nel complesso la seconda causa di morte, ma nel sesso femminile sono nella popolazione con meno di 70 anni addirittura

la prima causa di morte. Tra i 30 ed i 75 anni il cancro rappresenta fino al 60% delle cause di morte nelle donne rispetto ad un dato del 45% negli uomini. Il trend dell'incidenza di tumore nei due sessi presenta profonde differenze: negli uomini vi è una riduzione del 20% circa, nelle donne solo del 4% circa. Anche di tutto questo l'oncologia deve tenere conto nel delineare programmi ed azioni, per organizzare l'offerta dei servizi, per indirizzare la ricerca e per analizzare i dati statistici.

Ma più in generale l'epidemiologia ci dice le donne vivono più a lungo degli uomini ma non sempre in migliori condizioni di salute e il quadro epidemiologico evidenzia un differenziale nel trend della speranza di vita a sfavore delle donne: l'aumento della speranza di vita in questi anni è stato sensibile per entrambi i generi, ma più elevato per gli uomini (4,4 anni) che per le donne (3,4 anni), con la conseguente riduzione di un anno del tradizionale differenziale di sopravvivenza tra generi. Così i trend di mortalità specifica, ad esempio quello delle malattie cardiovascolari, già ricordato, che rimangono la prima causa di morte nella popolazione femminile in Italia e mostrano diversamente dal sesso maschile un trend in aumento. Ma anche in questo settore sono da registrare importanti carenze di stime epidemiologiche per alcuni problemi sanitari e sociali femminili di grande rilevanza, come l'osteoporosi, l'artrite reumatoide, l'endometriosi, le malattie sessualmente trasmesse e la violenza alla persona.

Un altro aspetto affrontato è stato quello della salute e sicurezza al lavoro. Ancora oggi non viene effettuata una valutazione dei rischi in relazione al genere. Le evidenze sono fortemente condizionate dai limiti della ricerca, evidenziati anche negli altri campi della medicina trattati nel corso del workshop e producono una sottovalutazione delle esposizioni professionali nei settori femminilizzati e perpetuano stime di impatto del lavoro sulla salute, probabilmente errate per entrambi i generi.

Ma anche in altre specialità emergono importantissimi dati: la prevalenza della demenza in Italia (è più alta nelle donne (7,2%) che negli uomini (5,4%)), principalmente imputabile alla malattia di Alzheimer, la depressione è più frequente nelle donne (10,2% donne vs 5,2% uomini) e presenta una diversa risposta agli antidepressivi bloccanti selettivi della ricaptazione della serotonina e altre ancora.

Quale percorso nel futuro. Un nuovo scenario di conoscenza si è aperto. Nel workshop sulla Medicina di Genere sono stati riportati e messi in luce gli studi e le conoscenze in alcune discipline, conoscenze che stanno emergendo sempre più numerose in ogni specialità.

La sfida di genere è stata lanciata ormai da diversi anni dalla Organizzazione mondiale della Sanità ma anche questa occasione ha messo in evidenza come i professionisti e le organizzazioni sanitarie debbano percorrere ancora molta strada

in questo campo.

Il mondo della ricerca di base e clinica è fortemente chiamato dalla epidemiologia e dalle esigenze socioeconomiche a conoscere le differenze di genere; i clinici devono riconoscere l'esigenza di integrare le competenze specialistiche ed impostare percorsi di diagnosi, prevenzione e trattamento personalizzati sulla persona. La programmazione sanitaria deve individuare obiettivi di salute e indicatori dove le differenze di genere devono assolutamente essere contemplate e deve ripensare anche ad alcuni aspetti di carattere organizzativo dei servizi. I decisori per la sanità sono chiamati ad un maggiore impegno sulle disuguaglianze e di sequità sollevate da questo tema.

Relatori al Workshop

Teresita Mazzei Membro della Commissione Nazionale Pari Opportunità dell'Ordine dei Medici.

Flavia Franconi Prof. Farmacologia cellulare dell'Università di Sassari. Responsabile Gruppo Farmacologia di Genere della Società Italiana di Farmacologia (SIF).

Francesco Cipriani, Coordinatore dell'Osservatorio di Epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana.

Alfredo Zuppiroli Direttore Dipartimento Cardiologico, Azienda Sanitaria di Firenze. Presidente Commissione Regionale di Bioetica, Regione Toscana.

Luisa Fioretto Direttore Dipartimento Oncologico, Azienda Sanitaria di Firenze.

Rosanna Abbate Prof ordinario Medicina interna, direttore SOD Malattie Atero-Trombotiche.

Danila Scala Responsabile Epidemiologia Ambientale dell'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale Toscana - ARPAT.

TM

Linguaggio cinematografico come narrazione

La Medicina Narrativa rappresenta un nuovo paradigma epistemologico della medicina teso a valorizzare l'aspetto più umanistico della antica arte del curare. Attraverso la lente di ingrandimento della narrazione l'uomo è più uomo, le malattie del corpo, le sofferenze dell'anima, i tempi del morire e del patire, sono un mare di pene umane da cui vediamo emergere la comprensione di quel che significa essere malati, una comprensione più alte e più profonda della conoscenza dell'avere una malattia.

Il narrare, non è soltanto per i sanitari l'aprendere dalle storie dei malati, ma anche il narrare a se stessi e ai colleghi le proprie storie, col loro, generalmente celato, carico di incertezza e timore dell'errore, di identità insoddisfatta, di paura della propria malattia e della propria morte viste nella malattia e nella morte altrui. L'archetipo del guaritore ferito come emerge dal volume autobiografico "Un

medico, un uomo" del Dottor Ed Rosenbaum, da cui è tratto l'omonimo film, 1992, di Randa Haines.

La medicina è fatta soprattutto di storie, oltre che di numeri, diagrammi e dati analitici; il cinema può costituire un immenso archivio capace di rappresentarne più o meno fedelmente i dolori e le gioie, le speranze e le delusioni che costellano le rappresentazioni di malati, malattie e medici.

Il cinema come altre arti e discipline umanistiche che rappresentano il nucleo della Medical Humanities può essere anche un valido strumento per la ricerca di senso nella malattia, come un valido aiuto per

rappresentare anche a scopo formativo i vissuti dei nostri malati.

VANIA POLI*, LUCA LAVACCHI**

* Coordinatrice Continuità Assistenziale e Rete di Cure Palliative Azienda USL 3 Pistoia

** Direttore UF Aziendale Cure Palliative Azienda USL 3 Pistoia



Vania Poli, laureata in Scienze Infermieristiche e in Scienze della Formazione presso l'Univ. di FI. Scuola di Coord. Inferm. Master "Organizzazione, gestione ed assistenza in Hospice" presso l'Università di Bologna. Corso di Formazione in Cure Palliative SIMPA Varenna. Attualmente Svolge Funzioni di Coordinamento per la Continuità Assistenziale e Rete di Cure Palliative sul Territorio e in Hospice.

Il cinema nasce il 28 dicembre 1895 a Parigi quando presso il Salon Indién di Boulevard des Capucines, si ha la prima proiezione dei Lumière.

Coetanee a questa invenzione, la nascita della psicoanalisi nonché, da parte di Wilhelm Conrad Roentgen, dell'apparecchio a raggi X (Roentgen depositò presso la Physikalisch-Medizinische Gesellschaft di Wurtzburg la comunicazione, con allegata l'immagine radiografica di una mano, della sua scoperta proprio lo stesso giorno della prima proiezione dei Lumière).

L'invenzione del cinema era destinata, come del resto le altre due, ad apportare significativi cambiamenti nelle conoscenze e nei costumi degli uomini del nuovo secolo (900) che stava nascendo, Psicoanalisi, raggi X, cinema: tre modi innovativi di vedere cosa stava dentro gli esseri umani, sotto la loro apparenza più superficiale, nelle profondità del corpo e della mente.

Interessante notare come cinema e raggi X rappresentarono, negli anni immediatamente successivi alla loro invenzione, due affiancate e lucrose curiosità da baraccone fieristico, e cinema e psicanalisi, nonostante il giudizio poco lusinghiero che Freud aveva espresso sul cinema medesimo, s'incontrarono ben presto: fu nel 1926, infatti, che un allievo di Freud, Karl Abraham, collaborò come consulente per il primo psicofilm, "I misteri di un'anima", regia di Georg Wilhelm Pabst.

Inoltre si narra che i Lumière considerassero il cinematografo un'invenzione priva d'alcun futuro commerciale, mentre erano sicuri dell'interesse scientifico della loro invenzione. Auguste Lumiere in un'intervista dichiarò " *il suo disinteresse per il cinema come arte... e si era dedicato alla biologia, alla fisiologia, alla patologia, alla medicina*". Infatti i due Lumiere sono stati importanti produttori della fotografia medica e di animazione sulla chirurgia, molti studenti hanno appreso dalle loro opere. Auguste Lumière, autore di oltre quaranta volumi di argomento medico, comparve, proprio in veste di medico, nel film "Pasteur" del 1922, con la regia di Jean Epstein. Inoltre i Lumiere con la tecnica dell'autochrome permisero le prime immagini a colori di germi e tubercoli e dal 1896 si occuparono di raggi X e produssero i negativi grazie ai quali furono possibili le prime riprese radiocinetografiche.

Il primo medico che apparve sul grande schermo fu un vero chirurgo francese, Eugene Louis

Doyen, che nel luglio del 1898 realizzò alcuni filmati delle proprie operazioni chirurgiche per poi mostrarli ad allievi e colleghi nonché all'Accademia medica parigina: fu il primo esempio di "cinema chirurgico", approccio che oggi diventato consuetudine, in quanto numerosi chirurghi mostrano nel corso delle lezioni, riprese videoscopiche dei loro interventi.

Ovviamente non fu soltanto l'interesse biomedicale dei due fratelli che permise di utilizzare il cinema come strumento di indagine, ricerca, divulgazione, documentazione o propaganda nell'ambito degli studi medico-scientifici.

Nei decenni seguenti, le due strade, quella del cinema scientifico/clinico e quella del cinema artistico/spettacolare, si sono sempre più divaricate, ma la lontana fratellanza d'origine ha continuato ad esistere tramite un'osmosi di forme, un dialogo di modelli, un'attenzione reciprocamente profonda.

Nel cinema di *fiction* invece il primo film che ha per protagonista un medico è "The Country Doctor", 1909, di D. W. Griffith.

Vito Cagli afferma che "il luogo nel quale la dimensione umana della malattia viene meglio descritta è la letteratura", infatti, numerosi sono i testi letterari che affrontano il tema della malattia, descrivendo i sentimenti dei malati.

Ma anche nel cinema la dimensione umana della malattia viene descritta in maniera altrettanto efficace. il cinema infatti è una summa che include scultura, musica, pittura, teatro e letteratura e che, tramite la combinazione di linguaggio, immagine e ritmo, costituisce una forma di comunicazione (e quindi di narrazione) estremamente valida.

Il cinema quindi consente di presentare situazioni e problemi umani con un'efficacia narrativa straordinaria, suscitando e veicolando sentimenti ed emozioni, capaci di fare vivere o rivivere esperienze attraverso un processo d'immedesimazione

Nell'immenso archivio delle storie filmiche vi è un patrimonio notevole per meditare e discutere sulle storie di malattia

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste su: luca.fi@virgilio.it

TM



Roberta Chiaramonti, Neurologa-Neurofisiopatologa, Dirigente Medico di I Livello, U.O. di Neurologia-Neurofisiopatologia dell'Azienda Sanitaria Fiorentina (ASF). Gestisce, per l'ASF, il percorso ospedaliero/extra-ospedaliero di continuità osservazionale degli Stati Vegetativi/Stati di Minima Coscienza nella fase della cronicità e quello degli esiti delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA).

Lo stato vegetativo

Con l'intento di fare il punto sullo stato dell'arte della complessa ed attualissima questione dello Stato Vegetativo (SV), lo scorso ottobre è stato organizzato un *Workshop Internazionale dal titolo "Su Gologone Symposia. The Vegetative State: Medical Facts, Ethical, Philosophical and Legal Dilemmas"*, Oliena (Nu), (Organizzatore: Dr. Luigi Arru, Presidente OMCeO di Nuoro e Coordinatore del Centro Studi sulla Professione Medica FNOMCeO).

L'evento è stato un'occasione di confronto tra le più eminenti figure nazionali ed internazionali di riferimento del nostro tempo, ciascuna delle quali, sulla base della propria formazione – medica, giuridica, filosofica –, esperienza professionale ed umana, ha contribuito a porre in essere un interessante dibattito tra Esperti sui diversi gradi di certezza producibili dalla scienza e richiesti dal diritto, dibattito sintetizzato nei cinque punti che seguono.

1. I NEUROSCIENZIATI concordano sulla necessità, nello SV/SMC, di un uniforme approccio diagnostico (e/o prognostico) multimodale esperto – che garantisca la continuità dell'osservazione clinica, ausiliata anche dalla valutazione strumentale – longitudinale, standardizzato, ma "individualizzato" per contenere quanto più possibile il forse ineludibile errore diagnostico (e/o prognostico) legato al tentativo d'inquadrare, con i mezzi scientifici e tecnologici attualmente utilizzati, queste condizioni. Discutendo dell'errore nella diagnosi clinica dello SV – circa il 40% di diagnosi errate di SV, che sarebbe piuttosto uno SMC – si precisa che la percentuale di errore si riduce a circa il 10% quando le valutazioni siano realizzate utilizzando scale cliniche validate. Dato il permanere dell'incertezza nella definizione/definibilità dello SV/SMC, a fini diagnostici (e prognostici, se possibile), si ritiene che debbano essere utilizzate tutte le evidenze clinico-scientifiche attualmente disponibili. Pur tenendo presente che per lo SV/SMC l'unica metodica validata in ambito clinico ad oggi è l'osservazione neuro-comportamentale, ben compendiate nella Coma Recovery Scale (CRS), in particolare nelle fasi successive a quella acuta del disturbo di coscienza, vengono indicati gli esami strumentali che possono affiancare la valutazione clinica (neurofisiologici e di neuroimaging "convenzionali", e "non convenzionali", neurofisiologici – Potenzi-

ziali Evento-Correlati o "Cognitivi", ERPs: P300, MMN; "Low Resolution Electromagnetic Tomography" (LORETA), metodica di analisi applicata all'EEG di base; misurazione dell'Attività Elettrodermica (EDA); EMG – e di neuroimaging funzionale – PET, Spettrometria, Trattografia, ma, in particolare, la "functional MRI", fMRI, e la MRI in diffusione – applicati in ambito di ricerca). Già la valutazione neurofisiologica convenzionale – EEG standard; Potenziali Stimolo-Correlati: Acustici, Somatosensoriali, Vi-

sivi e Motori - eseguibile al letto del malato, informativa anche in tempo reale, capillarmente diffusa e ragionevolmente

economica, fornisce preziose indicazioni in senso diagnostico e/o prognostico (per esempio, nel coma post-anossico, fin dai primi giorni dall'evento acuto, permette di prospettare una prognosi sfavorevole, senza, peraltro, l'irrinunciabile ulteriore periodo di osservazione continuativa raccomandata dalle attuali linee guida). Laddove esista un problema di dubbio diagnostico tra SV e SMC di basso grado, anche per un'eccessiva discrepanza tra il risultato degli esami strumentali convenzionali e le rilevazioni cliniche, neuro-comportamentali, il ricorso a metodiche neurofunzionali non routinariamente applicate – in particolare ERPs, fMRI, o MRI in diffusione, mezzi tecnologici non utilizzabili al letto del malato, non distribuiti capillarmente ed economicamente onerosi – può essere giustificato con il fine di un più completo inquadramento dello stato del Soggetto in esame. Peraltro, l'applicabilità delle valutazioni strumentali non convenzionali per la diagnostica dello SV/SMC è, ad oggi, soltanto per scopi di ricerca o, comunque, per la valutazione di una selezionatissima minoranza di Soggetti. Relativamente al problema dell'accuratezza prognostica nello SV, non basta basarsi sulla diagnosi di stato, sull'etiologia, sul tempo intercorso dall'evento acuto e sull'età del Soggetto ma, dato il documentato possibile recupero tardivo, oltre i limiti temporali "attesi" ad oggi – tre-sei mesi per lo SV post-anossico; almeno due anni per il post-traumatico – di alcuni pazienti in SV da qualsiasi causa, si ribadisce che questi devono essere valutati e seguiti con continuità dalla fase acuta a

ROBERTA CHIARAMONTI
U.O. Neurologia - Neurofisiopatologia
dell'Azienda Sanitaria Fiorentina, Firenze

quella della cronicità. Tutto questo anche al fine di garantire l'equità di accesso alle cure.

2. **I GIURISTI** concordano nel sostenere che in Italia non esiste un vuoto normativo sulle questioni di fine vita, dal momento che, prima delle norme, esistono i principi sanciti dalla Carta Costituzionale – principio del rispetto della dignità della Persona; principio dell'autonomia della Persona –, i quali valgono a costituire una rete esaustiva di fonti giuridiche per dipanare i complessi nodi da risolvere in questo ambito e per integrarli all'interno dell'ordinamento giuridico attraverso una normativa da costruire. In Europa si antepone, come principio fondante, l'invulnerabilità della dignità umana al diritto alla libertà. Questo principio viene assunto come criterio per risolvere i tre aspetti problematici principali delle questioni di fine vita, ovvero l'autodeterminazione del Soggetto, le Direttive Anticipate di Trattamento (DAT), e le scelte personali, sempre da tutelare anche attraverso la figura del Fiduciario, che deve operare esclusivamente secondo le legittime intenzioni del Singolo. Se in alcuni paesi del mondo non è neppure previsto, in Italia è iniziato il processo di ratifica del Consenso Informato (CI). La Corte di Strasburgo, rispetto alla questione del Consenso Informato nello SV non riconosce un diritto di morire, ma il rifiuto di certi trattamenti medici può portare alla morte. La Carta dei Diritti Fondamentali dell'Uomo della Comunità Europea in ambito sanitario prevede il consenso libero ed informato della Persona. Non esiste un ordinamento che prevede il principio dell'indisponibilità assoluta del bene vita: nessun Soggetto può essere padrone assoluto del proprio destino biologico. Il modello giuridico chiuso, presente in Italia, riconosce il diritto al rifiuto di trattamenti sanitari anche di sostegno vitale ma prevede una rilevanza penale per l'omicidio del consenziente o per l'assistenza al suicidio. Il Consenso Informato è una novità per l'ordinamento giuridico italiano, derivato da altri ordinamenti. La nostra Carta Costituzionale sancisce che l'ordinamento giuridico deve tutelare e riconoscere i diritti inviolabili del Singolo ma, al contempo, richiedere obblighi di solidarietà: se all'art. 32, 1° comma, definisce la Salute come diritto inviolabile della Persona ed interesse della Collettività, con il 2° comma stabilisce il principio di conformità dei trattamenti sanitari alla Persona. La Convenzione di Oviedo (1997) indica il principio secondo il quale il Consenso Informato deve essere ottenuto prima di ogni atto medico, atto che deve essere appropriato, secondo le regole della Medicina, e conforme alle precise finalità della funzione medica. Ci sono degli atti medici che non possono essere su richiesta, violando il senso di servizio e di funzione sociale dell'attività medica. Il Consenso Informato, allora, permette di "contestualizzare": diventa lo strumento della personalizzazione della terapia in un rapporto stretto e dialogico fra medico e pazien-

te, secondo quella logica dualistica per cui l'atto medico deve essere appropriato ma anche fondato sulla conoscenza del sentire e del vissuto del Soggetto, in modo che le posizioni di medico e paziente si integrino, con il preciso scopo di conformare l'oggetto della prestazione medica all'obbligazione di garanzia del medico nei riguardi del paziente, sempre tenendo presente che il paziente è libero di rifiutare la terapia proposta.

3. Sulla **NUTRIZIONE ED IDRATAZIONE ARTIFICIALE** (NIA) – Terapia medica o forma di assistenza? – si fa riferimento alle linee guida della Società Italiana di Nutrizione Parenterale (SINPE) del 2002 ed al documento sulle indicazioni alla NIA, del 2007, che la indica come trattamento medico non farmacologico e non come misura di ordinaria assistenza. Indicazioni e controindicazioni alla NIA vengono poste soltanto da un medico, che ne ha responsabilità, anche se il Soggetto deve poter esercitare il proprio diritto all'autodeterminazione. Anche secondo il Giurista la NIA è un trattamento sanitario: chi non è medico, non lo può fare; se lo facesse, sarebbe esercizio abusivo della professione medica.

4. **LA BIOETICA** si domanda se, in una condizione di vita puramente vegetativa, diventi indecoroso vivere. Morire è un fatto naturale ma il dibattito sulla morte o sul quando "sia meglio morire" deve necessariamente tener conto di tutti i possibili aspetti – religiosi, del diritto, della filosofia, della cultura, della morale – di cui è intimamente intriso e da cui è caratterizzato, sia in senso lato che in senso particolare, soggettivo. Emerge forte la necessità di rinsaldare l'alleanza terapeutica, come ricerca di equilibrio tra la forza della Medicina ed il giudizio del paziente, dovendosi sempre più il medico chiedere quando si debba fermare (concetto di desistenza) se non c'è più nulla da fare, ed il paziente valutare se "l'autodeterminazione" (libertà del volere) non sia anch'essa, con Bobbio, "un'illusione".

5. **LIMITI STORICI E PROSPETTIVE:** nello stato vegetativo, anche se, in qualche misura, si può avere la "certezza probabilistica" di non poter tornare a stati di coscienza "almeno riconoscibili", permane l'incertezza nel definire se una vita priva di coscienza valga la pena di essere mantenuta. Maggiori saranno le informazioni di cui disporre, minori saranno le nostre incertezze, per quanto la certezza assoluta sia da considerare solo un limite verso cui tendere. Tutti gli apporti devono essere considerati e valutati rispetto alla prova dei fatti. Pertanto, per lo stato vegetativo, se da un lato la Medicina e le Neuroscienze devono tendere a cercare di ridurre al massimo l'incertezza diagnostica, dall'altro gli Ordini dei Medici, diffusi capillarmente sul territorio nazionale, oltre che le Società Scientifiche, potrebbero aiutare a meglio governare la comunicazione delle nuove conoscenze scientifiche all'opinione pubblica. **TM**



Franco Ammannati, Spec. in Neurologia, Neurochirurgia, Endocrinologia, Radiologia/Radioterapia Oncol. Idoneità a Primario di Neurochirurgia. Direttore presso la S.O.D. Neurochirurgia I AOU Careggi FI. Prof. a contratto presso le Scuole di Spec. in Neurofisiopat. e Neurol. Univ. FI, docente di Neurochirurgia presso il Corso di Laurea in Infermieristica Univ. di FI.

Come “viaggiare” nell’encefalo

Moderne tecniche di orientamento intraoperatorio in neurochirurgia

Un modesto tributo di riconoscenza al Dr. Pasquale Mennonna, che alla Neurochirurgia fiorentina ha dedicato la vita ed è stato per noi tutti guida ed esempio sul piano chirurgico e umano.

*“mi ritrovai per una selva oscura,
ché la diritta via era smarrita”*
(Inf. I, 2-3)

L’angoscia è il sentimento che attanaglia il neurochirurgo quando il reperto operatorio non corrisponde a quanto atteso sulla base della clinica e delle indagini pre-operatorie.

Al giorno d’oggi tale evenienza non è più ammissibile, dati gli impressionanti sviluppi delle tecniche diagnostiche e degli ausili strumentali intraoperatori.

La storia della Neurochirurgia moderna iniziò verso il 1880 quando chirurghi generali, sulla base delle sole indicazioni cliniche fornite dal neurologo, si arrischiarono a eseguire craniotomie al fine di rimuovere “lesioni espansive”, in genere di natura neoplastica, che si manifestavano con una sintomatologia focale, deficitaria e/o irritativa, spesso associata a sindrome da ipertensione endocranica.

I successi, sporadici (Pecchioli, 1835, Durante 1884, Bennett & Godlee 1885, Horsley 1886), diventavano oggetto di pubblicazioni scientifiche, ma scomparivano nel mare sconfortante degli esiti infausti.

La situazione migliorò nei primi decenni del ‘900 grazie al genio clinico e scientifico di giganti della chirurgia quali Horsley, Krause, Cushing, Frazier, Vincent, Dandy, Olivecrona che, dedicandosi in modo precipuo alla Chirurgia del Sistema Nervoso, dettero vita a una nuova branca chirurgica, la Neurochirurgia, che, sin da allora, assunse una chiara autonomia e andò incontro a uno

spettacolare sviluppo per cui la mortalità degli interventi cranio-spinali si abbassò fino a uguagliare quella della Chirurgia Generale.

Tale sviluppo, similmente a un grande albero

che rinforza negli anni il suo tronco, cresce in robusti e numerosi rami e si circonda di un’ampia chioma, fu caratterizzata da tappe miliari: 1918 ventricolografia (Dandy), pneumoencefalografia (Dandy, Lysholm, Balado), 1922 mielografia

(Bingel, Sicard & Forestier), 1927 angiografia cerebrale (Egas Moniz), 1929 elettroencefalografia (Berger), 1948 scintigrafia cerebrale (Moore), 1955 ecoencefalografia (Leksell), 1968 tomografia computerizzata (Hounsfield & Ambrose), 1972 risonanza magnetica (Damadian, Lauterbur & Mansfield).

Così, nel passar degli anni, una precisa localizzazione anatomo-topografica delle lesioni divenne via via più frequente e il tasso di mortalità/morbilità chirurgica si ridusse, grazie anche ai contemporanei e rilevanti miglioramenti delle metodiche anestesiolgiche, delle tecniche di antisepsi/asepsi e della terapia medica pre-, intra- e post-operatoria.

Un ulteriore, formidabile elemento di progresso fu l’introduzione di apparecchiature chirurgiche sempre più perfezionate: il coagulatore monopolare (Cushing & Bovie) e bipolare (Malis), il trapano elettrico (de Martel), il microscopio operatorio e la strumentazione microchirurgica in generale (Donaghy, Yasargil), le clips da aneurisma (Scoville, Mayfield, Heifetz, Sugita, Yasargil), l’aspiratore a ultrasuoni, il laser chirurgico, solo per ricordarne alcune.

F. AMMANNATI, P.S. BONO, G. PECCHIOLI,
A. DI RITA, G. PANSINI, L. BORDI, F. MARIOTTI,
L. PAOLI, G. GUIZZARDI, A. CONSOLI,
R. MORICHI, B. NOUBARI, A. VAGAGGINI,
S. ROMOLI, M. SOTTINI

S.O.D. Neurochirurgia I
Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi-Firenze
(Dir.: Dr. F. Ammannati)

Il neurochirurgo diventava sempre più padrone di un corpus di conoscenze cliniche approfondite, di una capacità diagnostica raffinata e di una strumentazione chirurgica via via più efficace... e l'angoscia diminuiva: l'angoscia, terribile, di "perdersi" nell'encefalo e di mancare il bersaglio, anche di poco, anche parzialmente ma pur sempre con conseguenze potenzialmente catastrofiche per il malato.

Al giorno d'oggi tale evenienza non ha più giustificazione alcuna.

L'angoscia, pur nei limiti propri di ogni attività umana, "deve" essere risolta "di principio".

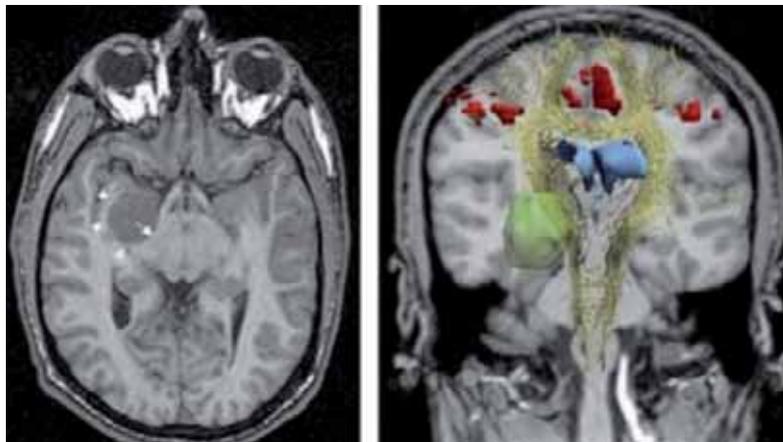
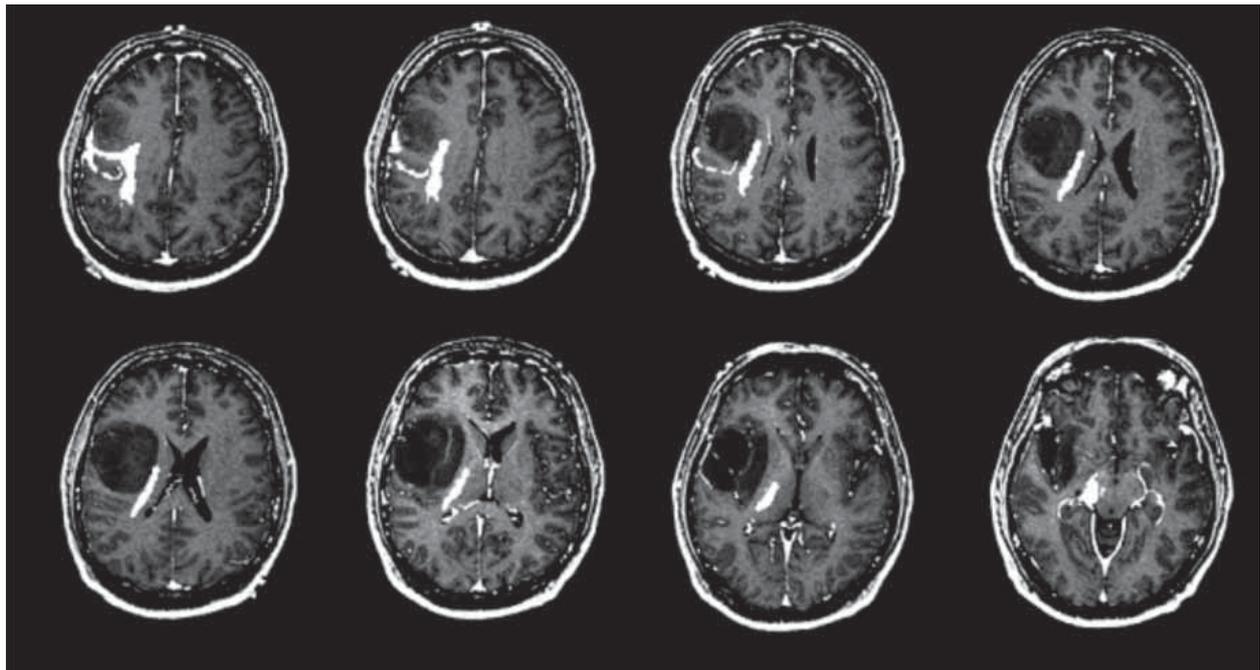
Questa, che sembra un'affermazione azzardata e presuntuosa, trova giustificazione nel livello elevato di accuratezza diagnostica e operatoria garantito da una serie di "improvements" tecnici e scientifici, che fanno parte integrante dell'attività chirurgica di routine e, nello specifico, del lavoro di ogni giorno presso la nostra SOD Neurochirurgia 1 dell'AOU-Careggi.

Il breve excursus tecnico/chirurgico che segue vuole essere una semplice illustrazione di proce-

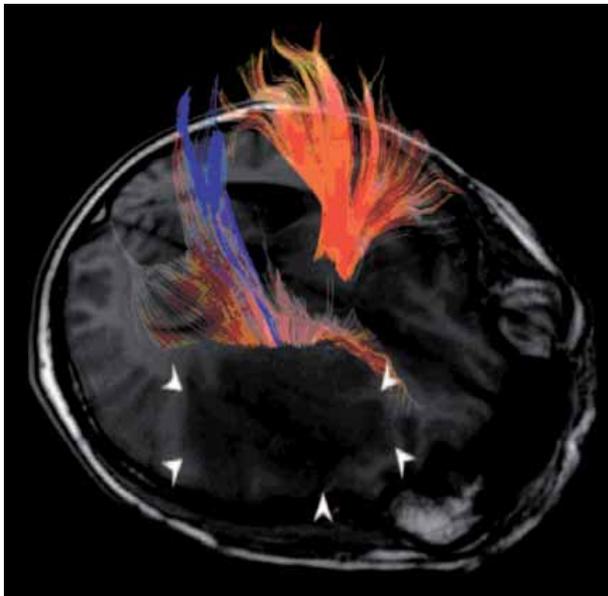
dure di impiego quotidiano presso le nostre sale operatorie e una dimostrazione del grado di raffinatezza che è proprio della Neurochirurgia attuale.

Quando si deve raggiungere un target nell'encefalo, per quanto piccolo, profondo e in area critica, si ricorre a una serie di metodiche e di apparecchiature, spesso costose e "time consuming", che trovano la loro giustificazione nel miglioramento dell'outcome dell'operato.

Preliminari all'intervento sono le **metodiche diagnostiche** che, negli sviluppi recenti delle indagini "di base" (Risonanza Magnetica-RM, Tomografia Computerizzata-TC, Angiografia-AGF, Tomografia a Emissione di Positroni-PET, Tomografia a Emissione di Fotone Singolo-SPECT), forniscono informazioni sulla localizzazione topografica di aree e sistemi funzionali e sull'angioarchitettura, facilitando ad esempio il risparmio di aree nobili o "eloquenti" in prossimità di neoplasie: così la Risonanza Magnetica Funzionale-fRM e la Trattografia-DTI, permettono di identificare



RMf-trattografia



Trattografia DTI

l'area motoria, il fascio piramidale, le aree della fascia, quella visiva e le radiazioni ottiche; la Spettroscopia RM-MRS dà informazioni morfo-strutturali sulle lesioni neoplastiche; la RM di diffusione-perfusione aiuta a discriminare tra lesioni tumorali, vascolari ischemiche e flogistiche, mentre l'angio TC-CTA, l'angio RM-MRA e l'angiografia volumetrica 3-D illustrano con studio multiplanare, i rapporti con vasi normali e circoli neoformati.

RM funzionale (fMR)

Con la fMR è possibile ottenere, in modo non invasivo, una mappa delle aree cerebrali eloquenti. La metodica si basa sulla registrazione della variazione di segnale RM, indotta dall'aumento della ossiemoglobina, che si verifica nelle zone cerebrali funzionalmente attive. La fMR permette quindi di identificare quali aree corticali si attivino in risposta ad uno stimolo sensitivo o durante l'esecuzione di un compito motorio o verbale. Essa consente al neurochirurgo di capire se all'interno di una lesione o nelle sue immediate vicinanze persista un'attività funzionale, così da pianificare l'approccio chirurgico più appropriato.

Trattografia

Sebbene la sostanza bianca encefalica appaia al chirurgo come un tessuto omogeneo e indistinto, essa è in realtà costituita da contingenti di fibre nervose caratterizzati da una rigida organizzazione topografica e da uno specifico significato funzionale. Questi fasci di fibre, fino a pochi anni fa identificabili solo post-mortem grazie ad appropriate tecniche di fissazione, possono oggi essere visualizzati in vivo e in modo non invasivo. La metodica DTI (diffusion tensor imaging) identifica la direzione preferenziale di diffusione delle molecole d'acqua, che, all'interno di un contingente di fibre nervose, coincide con la direzione delle fi-

bre stesse. È quindi possibile studiare i rapporti anatomici fra una lesione e i principali fasci della sostanza bianca, il cui decorso è delineato con precisione sull'immagine RM.

Spettroscopia RM

La spettroscopia a risonanza magnetica permette oggi di analizzare in vivo e in modo non invasivo la composizione biochimica di un tessuto e quindi, indirettamente, la sua natura. In neurochirurgia, la spettroscopia a RM sta trovando importanti applicazioni diagnostiche in ambito neuro-oncologico (es. identificazione del confine tra tessuto patologico e tessuto sano, diagnosi differenziale tra recidiva neoplastica e radionecrosi), nella chirurgia dell'epilessia (ausilio alla identificazione del focus epilettogeno nelle epilessie non lesionali), in neuro-traumatologia (stratificazione prognostica del trauma cranico severo)

RM di diffusione/perfusione

La RM di diffusione analizza le variazioni del moto browniano delle molecole d'acqua. Dalla misura del coefficiente di diffusione è possibile riconoscere stati di sofferenza tissutale ancor prima che insorgano alterazioni morfologiche (es. diagnosi di ischemia in fase iperacuta) oppure distinguere tra di loro lesioni morfologicamente simili ma di diversa natura (es. diagnosi differenziale tra neoplasia cistica ed ascesso, cisti aracnoidea ed epidermoide).

La RM di perfusione, che si basa sulla misura del volume ematico cerebrale (CBV- cerebral blood volume) in una regione di interesse, viene utilizzata in neuro-oncologia per effettuare una stima non invasiva del grado di malignità delle lesioni gliali, per identificare, nell'ambito di una lesione, le



AGF 3D

componenti a maggior grado di malignità e quindi i target bioptici più appropriati, nonché per la diagnosi differenziale tra recidiva neoplastica e radionecrosi e per la valutazione della risposta delle lesioni ripetitive al trattamento radio chirurgico.

Angiografia 3-D

L'angiografia cerebrale, ideata nel 1927 e successivamente perfezionata grazie alle tecniche di sottrazione, prima fotografica e quindi digitale, rappresenta tuttora il gold standard nella diagnosi e nel planning preoperatorio delle principali patologie cerebrovascolari (aneurismi, malformazioni artero-venose). Più di recente, la metodica è stata perfezionata grazie alle tecniche di acquisizione rotazionale e rendering 3D: gli angiografi rotazionali, come quello in dotazione alla SOD di Neuroradiologia Interventistica del nostro ospedale, permettono di acquisire in pochi secondi, con una sola iniezione di mezzo di contrasto, centinaia di immagini in diverse proiezioni. I dati ottenuti vengono elaborati da un software che ricostruisce una dettagliata immagine tridimensionale dell'albero vascolare, sulla base della quale è possibile pianificare con estrema precisione il trattamento endovascolare o chirurgico.

Le **tecniche propriamente intraoperatorie** attualmente in uso per accrescere la precisione chirurgica sono molte: la più semplice e meno costosa è la localizzazione in TC/RM con repere esterno posizionato nell'immediato pre-operatorio.

Gli interventi stereotassici con impianto mirato di cateteri intraparenchimali sui bordi della lesione-target sono precisi ma piuttosto disagiati in quanto allungano i tempi chirurgici.

Ben superiore risulta la Neuronavigazione (con tecnologia ottica, a raggi infrarossi o elettromagnetica) che consente di controllare, momento per momento, la posizione degli strumenti o del punto focale del microscopio sulle immagini TC, RM o di fusione TC/RM pre-operatorie caricate nell'apparecchiatura: si segue così la migliore traiettoria, si evitano le strutture vitali e si attraversano quelle meno nobili, riducendo al minimo indispensabile l'accesso e il trauma chirurgico conseguente: si ha un affidabile orientamento anatomico e si accresce in modo sostanziale la sicurezza dell'approccio a lesioni profonde, voluminose, di morfologia irregolare, in vicinanza di aree critiche.

Il Neuronavigatore è attualmente un "must" in Neurochirurgia.

Le metodiche che forniscono un controllo anatomico intraoperatorio in "real time" sono l'ecografia chirurgica, la TC Mobile-IOCT e la RM intraoperatoria-IOMR: esse danno un'immagine immediata delle strutture endocraniche normali e patologiche, via via che l'intervento procede, ad es. nella rimozione di un tumore, fino all'exeresi completa, evitando quello che è il difetto intrinseco principale della neuronavigazione, il "brain shift", cioè lo spostamento dell'encefalo, rispetto

al quadro TC/RM di riferimento, che si determina al momento della craniotomia per l'effetto della deliquorazione, della penetrazione intracranica di aria e della forza di gravità.

L'ecografia si dimostra particolarmente illustrativa a livello midollare.

Con l'Eco-Color-Doppler è possibile visualizzare in modo dinamico, seppur morfologicamente poco dettagliato, grosse strutture vasali normali e patologiche.

La presenza di flusso intravasale può essere controllato con Micro-Doppler e Flussimetro.

La scopia Radiologica con persistenza di immagine è di routine in molti interventi cranici e spinali per il reperaggio e il controllo della via d'approccio; una più complessa metodica radiologica è l'Angiografia Intraoperatoria, che consente di valutare la completa esclusione dal circolo di malformazioni vascolari, aneurismi e angiomi artero-venosi.

Con il medesimo scopo va rapidamente diffondendosi la Videoangiografia a fluorescenza con IndoCyanineGreen, non invasiva, in Microscopi Operatori di ultima generazione. Con questi è anche possibile controllare la completezza dell'exeresi di neoplasie infiltranti mediante marcatura con acido 5-amino-levulinico (5-ALA) e accoppiare all'immagine visiva quelle fornite dalla neuronavigazione, dall'ecografia e dalla neuroendoscopia, la quale ultima rappresenta di per sé un formidabile atout chirurgico.

Un elevato valore, per la preservazione funzionale di strutture importanti- si pensi al tronco encefalico – hanno le Metodiche Neurofisiologiche, che comprendono il monitoraggio dei nervi cranici



Neuronavigatore



Scopia radiologica intraoperatoria



TC mobile e RM intraoperatoria



*Ecografia
chirurgica*



Microdoppler

(ad es. il faciale nella chirurgia dell'angolo pontocerebellare):

- il Monitoraggio Intra-operatorio-IOM, con registrazione continua dei potenziali evocati (sensitivi-PES, motori-PEM, acustici-BAEPs, visivi-PEV) e dell'EEG di superficie;
- il Monitoring con registrazione corticale (identificazione del solco centrale di Rolando) e sottocorticale (chirurgia dell'epilessia);
- il Mapping con stimolazione corticale e sottocorticale (chirurgia dei tumori e delle malformazioni vascolari in aree critiche);
- la Micro- e Semi-microregistrazione-MER associata a Stimolazione per l'identificazione di singole strutture sottocorticali, in interventi di neurochirurgia stereotassica funzionale quali gli impianti di stimolatori profondi (Deep Brain Stimulation-D.B.S.) per il trattamento dei disturbi del movimento – in primis la malattia di Parkinson e le distonie – oltre che dei dolori incoercibili.

Ulteriori conferme intraoperatorie della correttezza dell'atto chirurgico vengono dal Dosaggio Ultrarapido degli ormoni ipofisari nella chirurgia trans-naso-sfenoidale delle neoplasie diencefalo-ipofisarie e dalle Indagini istopatologiche intraoperatorie (esame istologico, smear test, esame citopatologico) nei casi dubbi, in genere di tipo neuro-oncologico.

Il trend generale è verso un atto operatorio sempre più controllato nel suo svolgimento, preciso e "mini-invasivo": l'esempio più rappresentativo di questa nuova mentalità è la "Awake Surgery", la chirurgia a paziente sveglio, in cui, oltre all'impiego di molte delle procedure sopra ricordate, è il paziente stesso, pienamente collaborante, che fornisce un monitoraggio fine e continuo delle varie funzioni neurologiche a rischio, consentendone la preservazione.

Questa panopia di strumenti e tecniche operatorie apre orizzonti sempre più ampi ad interventi più raffinati, precisi e sicuri e fa intravedere applicazioni quasi fantascientifiche, quali la chirurgia per mezzo di robot dedicati e la possibilità di operare a distanza (telechirurgia).

Agli sviluppi propriamente chirurgici vanno associati altri passi avanti epocali nella riduzione del rischio terapeutico quali la Radiochirurgia (qui si formula il voto che anche a Firenze sia presto disponibile una apparecchiatura radiochirurgica "up to date", già prevista a Careggi, del tipo Gamma Knife Perfexion, per il trattamento, tra l'altro, di malformazioni artero-venose e neoplasie

difficilmente accessibili) e la Neuroradiologia Intervenzionale per la terapia endovascolare mini-invasiva delle malformazioni vascolari emorragiche e incidentali e della patologia ischemica, già presente, a un livello di eccellenza nella nostra città, nelle competenti mani del Dr. S. Mangiafico.

CONCLUSIONI

Alla base di un'attività complessa, di grande impegno organizzativo ed economico, come quella sopra descritta, è una stretta collaborazione multidisciplinare tra neurochirurghi, neuro anestesisti/rianimatori, neuroradiologi, neurologi, neurofisiologi, medici nucleari, radioterapisti, oncologi medici, oltre che fisici sanitari, ingegneri clinici,

tecnici di radiologia e di neurofisiopatologia.

Questa complessa rete di competenze e attività necessita di una base strutturale che, nell'ambito dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, è ben sviluppata e vitale.

Oggi non è più angosciante muoversi nella "selva oscura" delle strutture encefaliche, agglomerati neuronali e fasci di fibre: nel progresso tecnico/metodologico il neurochirurgo ha trovato il suo Virgilio.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste su: gpecchioli@yahoo.it

TM

Lettere al direttore

Toscana Medica 3/11



Statine e colesterolo LDL

Lower is better? Alcune riflessioni

Le statine si sono dimostrate in grado di ridurre il rischio di mortalità per tutte le cause in pazienti con storia clinica di patologie coronariche.

Resta non certo se le statine abbiano un simile beneficio sulla mortalità

nel contesto della prevenzione primaria di soggetti ad alto rischio. Inoltre, tutte le review sistematiche condotte sino a oggi includevano trial che in parte avevano arruolato pazienti con patologie cardiovascolari pregresse al basale.

Sia American Heart Association sia il National Cholesterol Education Program, sostengono di abbassare a 70 mg il C-LDL nei pazienti ad "alto rischio" ed è singolare che le prove a sostegno di questa posizione assunta dalle due più autorevoli società americane siano praticamente assenti. Tutti gli studi che sono usati come "testimonial" della teoria dell'abbassamento del "target" a 70 mg/dl, **confrontavano dosi fisse** di farmaci ipocolesterolemizzanti che non erano pertanto titolati fino a portare al "target" terapeutico i pazienti, spesso senza riuscirci. Tanto che le linee guida dell'American College of Physicians (ACP) sulla terapia delle dislipidemie nel paziente diabetico affermano: *"Considerate le evidenze non definitive sui benefici di trattare un determinato target di colesterolo LDL, la decisione di intraprendere una terapia farmacologica più aggressiva, sia titolando la statina fino a raggiungere il target o utilizzando*

farmaci in associazione, dovrebbe essere presa in accordo fra medico e paziente".

Lower is better? Non è semplice proporre una soluzione del quesito.

- I risultati contrastanti della letteratura sono in parte spiegati dalla diversità delle metodiche di analisi (**fixed vs random effect metaregression**).

La **misclassificazione** della covariata Δ -LDL sembra giocare un ruolo fondamentale.

- Non è escluso che **in alcuni pazienti** (come nella CHD stabilizzate) il rapporto tra LDL ed eventi (**mortalità**) possa essere di tipo lineare.

Secondo l'opinione di autorevoli studiosi - vedi NICE 2005 e HTA 2005, in assenza di chiarezza sull'esatta natura della relazione matematico - statistica tra variazioni di colesterolemia LDL ed eventi, i medici dovrebbero essere orientati non tanto verso il raggiungimento di *target* ben definiti e rigidi di colesterolemia LDL (tra l'altro: le famose "soglie" rappresentano solo i valori rilevati in una analisi per sottogruppi dello studio HPS e in altri tre trial: TNT, PREVENIT e IDEAL), quanto piuttosto verso l'adozione di terapie anti iperlipidemizzanti rappresentate dalle molecole e dalle dosi utilizzate nei trial che hanno dimostrato efficacia su pazienti simili a quelli verso cui dovrebbe essere orientata la prescrizione.

TM

SAFFI ETTORE GIUSTINI

Medico di medicina generale, Pistoia
Commissione Terapeutica Regione Toscana



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI-CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

Firenze, 03/03/2011 - Prot. 903

ALL'ASSESSORE REGIONALE PER IL DIRITTO
ALLA CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE
D.ssa Daniela Scaramuccia
Via Taddeo Alderotti, 26/N
50139 - FIRENZE

Oggetto: Problematiche inerenti la certificazione medica per malattia.

La Circolare n. 1 del 23/02/2011 del Dipartimento per l'Innovazione ha fornito importanti indicazioni in materia di certificazione telematica di malattia, che riguardano sia l'operato dei medici, che le funzioni di organizzazione dei servizi da parte delle Regioni, oltre a fornire decisivi chiarimenti sull'applicazione dell'apparato sanzionatorio.

Si dà atto che in questi mesi la Regione Toscana ha svolto un significativo sforzo organizzativo per promuovere l'adozione da parte degli operatori delle nuove procedure di trasmissione telematica, in collaborazione con le rappresentanze dei sindacati medici.

Tuttavia l'Ordine sente il dovere di segnalare che ancora sussistono difficoltà operative che riguardano sia aspetti tecnici, sia problematiche organizzative soprattutto relative ai rapporti fra ospedale e territorio.

Considerato che è comunque interesse prioritario comune raggiungere il miglior livello possibile di diffusione e utilizzazione del servizio telematico, questo Ordine chiede alla S.V. un incontro, da svolgersi congiuntamente con i sindacati medici della dipendenza e dell'area convenzionata, per delineare le strategie utili alla risoluzione delle problematiche esistenti e pervenire ad uno standard operativo condiviso ed efficiente, che consenta di evitare il sovraccarico burocratico che attualmente rende sempre più difficoltoso il lavoro dei medici.

Nell'attesa di un cortese riscontro, si saluta distintamente.

IL PRESIDENTE
Dott. Antonio Panti



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI-CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

Firenze, 03/03/2011 - Prot. 904

ALL'ASSESSORE REGIONALE PER IL DIRITTO
ALLA CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE
D.ssa Daniela Scaramuccia
Via Taddeo Alderotti, 26/N
50139 - FIRENZE

Oggetto: Certificati di malattia telematici dei medici liberi professionisti.

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha trasmesso una comunicazione (n. 11 del 25/02/2011) con la quale ha comunicato agli Ordini provinciali le modalità operative per il rilascio del PIN ai medici liberi professionisti che ne facessero richiesta, ai fini dell'inoltro dei certificati di malattia telematici.

Tale procedura prevede l'abilitazione del medico, a cura dell'Ordine dei Medici provinciale, unicamente tramite il rilascio del PIN associato al Codice Fiscale del professionista, senza prevedere in alcun modo l'utilizzo della "Carta Nazionale dei Servizi", ossia della Tessera Sanitaria dotata di chip.

Viceversa risulta che la Regione Toscana, fin dall'avvio della procedura di abilitazione dei medici dipendenti e convenzionati con il SSN, a cura delle ASL, ha previsto l'utilizzo da parte del professionista della "Carta Nazionale dei Servizi", tanto che i presidi sanitari ospedalieri e territoriali e gli studi dei medici di famiglia risulta siano stati dotati (o sia in corso la dotazione) dell'apposito lettore di smart-card, indispensabile per l'accesso al sistema di certificazione telematica tramite la "Carta Nazionale dei Servizi".

A questo punto, prima che l'Ordine dei Medici intraprenda una qualche iniziativa di rilascio dei PIN ai medici liberi professionisti, risulta necessario chiarire se una tale doppia forma di abilitazione (da un lato i medici dipendenti e convenzionati abilitati dalle ASL tramite "Carta Nazionale dei Servizi" e dall'altro i medici liberi professionisti abilitati dall'Ordine tramite solo PIN) sia compatibile con il sistema informativo della Regione Toscana, o se piuttosto non sarebbe preferibile il ricorso ad una unica modalità di abilitazione, tramite "Carta Nazionale dei Servizi" in favore di tutti i medici indistintamente, a cura delle ASL.

Non si vuole, infatti, che lo svolgimento di tale procedura da parte dell'Ordine ingeneri difficoltà nella gestione dei flussi informativi, considerato soprattutto il fatto che vi può essere una elevata "mobilità" dei



medici fra attività svolta per conto del SSN (vuoi come dipendente, vuoi come convenzionato, anche con contratti temporanei) e attività libero professionale e, avendo ciò presente, appare improprio distinguere troppo nettamente le categorie dei medici del SSN da un lato e i medici liberi professionisti dall'altro.

In buona sostanza, questo Ordine ritiene che dovrebbe essere evitato l'eccessivo aggravio burocratico per il medico che magari potrebbe ottenere l'abilitazione dall'Ordine tramite PIN in quanto libero professionista, ma che poi dovrebbe disabilitare nel momento in cui dovesse entrare in rapporto con il SSN per poter chiedere l'abilitazione dalla ASL tramite "Carta Nazionale dei Servizi" e viceversa.

Si tratterebbe, a parere di questo Ordine, di un disagio certamente da evitare per il medico e anche per il sistema nel suo complesso, che potrebbe essere "appesantito" da frequenti abilitazioni e disabilitazioni da parte di organismi diversi.

Infine, per completezza di informazione, si fa presente che nella Regione Lazio l'Ordine dei Medici di Roma ha già iniziato a rilasciare il PIN ai propri iscritti liberi professionisti, ma ha informato che allo stato attuale il sistema non è ancora funzionante per cui, nonostante tutte le rassicurazioni da SOGEI, i medici romani liberi professionisti non riescono ancora ad inviare i certificati telematici.

Anche questo è un elemento in più che deve servire a far riflettere circa la necessità di un approccio al sistema ragionato e ragionevole, onde evitare iniziative poi destinate al fallimento.

Si chiede, quindi, un chiarimento sulla materia, in modo da pervenire a soluzioni condivise ed efficaci per il buon funzionamento del sistema.

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE
Dott. Antonio Panti



Novità per il rilascio di patente di guida a soggetti con patologie visive, diabetiche o epilettiche

DECRETO 30.11.2010 (G.U. 27.12.2010)

VISTA

L'accertamento dei requisiti per il rilascio o il rinnovo della patente di guida è effettuato dal medico monocratico incaricato o, in carenza dei requisiti dalla Commissione Medica Locale.

In occasione della visita medica il medico deve valutare con particolare attenzione:

- acutezza visiva;
- campo visivo;
- visione crepuscolare;
- sensibilità all'abbagliamento e al contrasto;
- diplopia e altre funzioni visive che possono compromettere la guida sicura.

Se c'è motivo di dubitare che la sua vista non sia adeguata, il candidato deve essere esaminato dalla Commissione Medica Locale che si avvale di accertamenti da parte di un medico oculista. La documentazione sanitaria deve restare agli atti per non meno di 5 anni.

REQUISITI VISIVI PER L'IDONEITÀ ALLA GUIDA

Acutezza visiva:

Pat. A,B: visione binoculare complessiva, anche con correzione

ottica se ben tollerata, di almeno 7/10, con almeno 2/10 nell'occhio che vede peggio.

Pat. C,D,E,K visione binoculare complessiva, anche con correzione ottica se ben tollerata, di almeno 8/10 per l'occhio più valido e di almeno 4/10 per l'occhio meno valido. Se per ottenere tali valori sono utilizzate lenti correttive, in caso di lenti tempiali la potenza non deve superare le 8 diottrie come equivalente sferico o mediante lenti a contatto anche con potere diottrico superiore. La correzione deve risultare ben tollerata.

Il candidato monocolo, organico o funzionale, deve possedere un'acutezza visiva di non meno 8/10, raggiungibile anche con lente correttiva, se ben tollerata.

Campo visivo:

Il campo visivo binoculare deve consentire una visione in orizzontale di almeno 120° (pat. A, B) o 160° (pat. C,D,E,K), con estensione di non meno 50° verso destra o verso sinistra (pat. A,B) o di 80° (pat. C,D,E,K) e di 20° (pat. A,B) o 25° (pat. C,D,E,K) verso l'alto e 25° (pat. A,B) o 30° (pat. C,D,E,K) verso il basso. Nel raggio di 20° (pat. A,B) rispetto all'asse centrale (pat. A,B)

e di 30° (pat. C,D,E,K, monocolo) non devono essere presenti difetti.

Visione sufficiente in relazione all'illuminazione crepuscolare (pat. A,B,C,D,E,K, monocolo).

Idoneo tempo di recupero dopo abbagliamento (pat. A,B,C,D,E,K, monocolo).

Idonea sensibilità al contrasto (pat. A,B,C,D,E,K, monocolo).

Nel caso in cui uno o più requisiti non siano presenti il giudizio viene demandato alla Commissione Medica Locale.

A seguito di diplopia, sviluppata recentemente, o della perdita improvvisa della visione in un occhio, non è consentito guidare per un congruo periodo di tempo da valutare dallo specialista oculista (pat. A,B) o per almeno sei mesi (Pat. C,D,E,K). Trascorso tale periodo la guida può essere autorizzata dalla Commissione Medica Locale, acquisito il parere dello specialista oculista.

L'accertamento dei requisiti per il rilascio o il rinnovo della patente di guida è effettuato dal medico monocratico incaricato o, in carenza dei requisiti dalla Commissione Medica Locale.



DIABETE MELLITO

L'accertamento dei requisiti per il rilascio o il rinnovo della patente di guida A,B dei candidati/conducenti affetti da diabete mellito è effettuato dal medico monocratico previa acquisizione del parere di un medico specialista in diabetologia o specializzazione equipollente operante presso le strutture pubbliche o private accreditate e convenzionate.

In caso di comorbilità o di gravi complicanze il giudizio è demandato alla Commissione Medica Locale.

Per il rilascio/rinnovo della patente di guida C,D,E,K in caso di trattamento con farmaci che possano indurre ipoglicemie gravi (come insulina e farmaci orali come sulfaniluree e glinidi) l'accertamento è demandato alla Commissione Medica Locale che si avvale della consulenza di un medico specialista in diabetologia o specializzazione equipollente di struttura pubblica o privata accreditata e convenzionata.

Per ottenere l'idoneità alla guida (tutti i tipi di patente) la relazione del diabetologo deve attestare:

- assenza di crisi di ipoglicemia grave nei dodici mesi precedenti;
- che il conducente risulta pienamente cosciente dei rischi connessi all'ipoglicemia;
- che il conducente ha dimostrato di controllare in modo adeguato la sua condizione, monitorando il livello del glucosio nel sangue, secondo il piano di cura;
- che il conducente ha dimostrato di comprendere i rischi connessi all'ipoglicemia
- assenza di gravi complicanze connesse al diabete che possano compromettere la sicurezza alla guida.

Per "**ipoglicemia grave**" si intende la condizione in cui è necessaria l'assistenza di un'altra persona. Per "**ipoglicemia ricorrente**" si intende la manifestazione in un periodo di 12 mesi di una seconda ipoglicemia grave.

ATTENZIONE

In caso di crisi di ipoglicemia grave nelle ore di veglia, anche al di fuori delle ore di guida, ricorre l'**obbligo di segnalazione all'Ufficio Motorizzazione civile** così come in caso di modifiche della terapia farmacologica durante il periodo di validità della patente con aggiunta di farmaci che possono indurre ipoglicemia grave (insulina o sulfaniluree o glinidi).

* * * * *

EPILESSIA

Le crisi epilettiche o le altre alterazioni improvvise dello stato di coscienza costituiscono un pericolo grave per la sicurezza stradale. La valutazione dell'idoneità alla guida deve essere fatta con particolare attenzione da parte della Commissione Medica Locale che si deve avvalere della consulenza del neurologo o di uno specialista in disciplina equipollente. La presenza di crisi o di assunzione di farmaci antiepilettici negli ultimi dieci anni o di attività epilettiforme all'EEG non consente di conseguire/rinnovare la Pat. C,D,E,K.

Per "**epilessia**" si intende il manifestarsi di due o più crisi epilettiche non provocate, a distanza di tempo di meno di cinque anni l'una dall'altra.

Per "**crisi epilettica provocata**" si intende una crisi scatenata da una causa identificabile e potenzialmente evitabile.

Una persona che ha una crisi epilettica iniziale o isolata o perde conoscenza deve essere dissuasa dalla guida. È richiesto il parere di uno specialista in neurologia o disciplina equipollente che deve specificare il periodo di interdizione alla guida.

Crisi epilettica provocata: a causa di un fattore scatenante identificabile, con scarsa probabilità che si ripeta al volante, può essere dichiarato idoneo alla guida, subordinatamente al parere del neurologo.

Prima o unica crisi epilettica non provocata: il candidato può essere dichiarato idoneo dopo un periodo di 6 mesi senza crisi, a condizione che sia stata effettuata una valutazione medica specialistica appropriata. Il periodo di osservazione dovrà essere protratto finché l'interessato non abbia trascorso un periodo di 5 anni senza crisi epilettiche.

Epilessia: il conducente/candidato può essere dichiarato idoneo alla guida dopo un periodo, documentato e certificato dal neurologo, di 1 anno senza ulteriori crisi.

Crisi esclusivamente durante il sonno: il candidato/conducente può essere dichiarato idoneo a condizione che il manifestarsi delle crisi sia stato osservato per un periodo di 1 anno. In caso di crisi durante la veglia è richiesto un periodo di un anno senza ulteriori manifestazioni prima del rilascio della patente di guida.

Crisi senza effetti sullo stato di coscienza o sulla capacità di azione: il candidato/conducente può essere

dichiarato idoneo alla guida a condizione che il manifestarsi delle crisi sia stato osservato per un periodo non inferiore ad 1 anno. In caso di attacchi/crisi di natura diversa è richiesto un anno senza ulteriori manifestazioni prima del rilascio della patente di guida.

Crisi dovute a modificazioni o a riduzioni della terapia antiepilettica per decisione del medico: può essere raccomandato al paziente di non guidare per 6 mesi dall'inizio di sospensione del trattamento. In caso di crisi che si manifestano nel periodo in cui il trattamento medico è stato modificato o sospeso per decisione del medico, il paziente deve essere sospeso dalla guida per 3 mesi se il trattamento efficace precedentemente applicato viene nuovamente ripreso.

Dopo un intervento chirurgico per curare l'epilessia il candidato/conducente può essere dichiarato idoneo alla guida dopo un periodo, documentato e certificato dallo specialista, di 1 anno senza ulteriori crisi.

I soggetti liberi da crisi da almeno 5 anni ma ancora in trattamento saranno sottoposte a controlli periodici da parte della Commissione Medica Locale che stabilirà la durata del periodo di idoneità dopo aver acquisito la certificazione dello specialista in neurologia o disciplina equipollente.

Le persone che sono considerate clinicamente guarite su certificazione rilasciata da uno specialista in neurologia e non hanno presentato crisi epilettiche da almeno 10 anni in assenza di trattamento farmacologico non sono più soggette a restrizioni o limitazioni e possono conseguire le Pat. C,D,E,K e non sono più di competenza della Commissione Medica Locale bensì del medico monocratico.

La documentazione deve essere conservata per almeno dieci anni.

ATTENZIONE

Vi è **obbligo di segnalazione all'Ufficio della Motorizzazione civile** dei soggetti affetti da epilessia da parte di Enti o Amministrazioni che per motivi istituzionali di ordine amministrativo previdenziale, assistenziale o assicurativo abbiano accertato l'esistenza di tale condizione (per esenzione dalla spesa sanitaria, riconoscimento dell'invalidità civile, accertamenti dei servizi medico-legali etc.).

*Lucia Malavoli
Direttore UO Medicina Legale
AUSL 10 Firenze*



Corretta Alimentazione e Stile di vita sano: Promozione della Salute nella Agenzia Nutrizione di Careggi

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono causati da alcune patologie (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscoloscheletrici), che hanno in comune fattori di rischio modificabili, quali il fumo di tabacco, l'obesità e sovrappeso, l'abuso di alcol, lo scarso consumo di frutta e verdura, la sedentarietà, l'eccesso di grassi nel sangue e l'ipertensione arteriosa. I 4 principali fattori di rischio (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica) – in gran parte modificabili e nei quali è possibile identificare con certezza i principali determinanti delle malattie croniche più frequenti nel mondo occidentale – sono ben conosciuti ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili.

Tali fattori di rischio sono, infatti, responsabili – da soli – del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. L'Agenzia Nutrizione è una Struttura Organizzativa Dipartimentale (S.O.D.) dell'AOU Careggi, a direzione universitaria, afferente al Dip. ad Attività Integrate (D.A.I.) DEA e Medicina e Chirurgia Generale e di Urgenza. Tale S.O.D. è costituita da personale medico che presta attività assistenziale per un supporto nutrizionale avanzato e moderno presso l'AOU Careggi anche attraverso l'elaborazione e la

condivisione tra i professionisti di linee di indirizzo, procedure e protocolli operativi riguardanti l'individuazione del rischio nutrizionale, il trattamento di situazioni cliniche correlate a problemi nutrizionali, la prevenzione e il trattamento della malnutrizione in ospedale, l'applicazione della nutrizione artificiale enterale e parenterale in ospedale favorendo la continuità assistenziale nei casi di proseguimento della terapia a domicilio o in altre strutture sociosanitarie.

Recentemente è nata l'esigenza di attivare un servizio rivolto prevalentemente a pazienti "esterni" che avesse come scopo l'attuazione di una strategia preventiva primaria e secondaria per quanto riguarda l'insorgenza delle principali malattie cronico-degenerative e i loro principali fattori di rischio. Tale attività ambulatoriale è stata denominata "Prevenzione Vascolare".

Le principali attività svolte in questo ambulatorio sono:

1. Valutazione nutrizionale attraverso indagine alimentare.
2. Valutazione funzionale del grado di efficienza fisica misurata attraverso prova al cicloergometro con metabolometro e definizione della soglia anaerobica individuale.
3. Misurazione del dispendio energetico basale, della composizione di massa grassa e massa magra effettuata attraverso metodo bioimpedenziometrico.
4. Misurazione del dispendio energetico durante le attività di vita quotidiana effettuato attraverso metodica SenseWear Arm Band®.

5. Definizione e valutazione del rischio globale attraverso determinazione dei principali fattori di rischio, quali la dislipidemia, il fumo di sigaretta, l'ipertensione.

Alla fine della valutazione ambulatoriale, al paziente viene consegnata:

- Indicazione della precisa quantità, modalità, e durata di attività fisica da effettuare per l'attuazione di un ottimale progetto di prevenzione.

- Valutazione nutrizionale con indicazioni dietetiche per la perdita di peso corporeo o per l'attuazione del programma di prevenzione.

- Valutazione della calorimetria basale e dopo sforzo utile all'attuazione del programma personalizzato di attività fisica da effettuare.

- Valutazione del rischio globale effettuato attraverso l'utilizzo di carte del rischio.

Per maggiori informazioni visitare il sito web dell'Agenzia: www.agenzia nutrizione.it

Per prenotare visite:

CUP: 055/7946437 7946418

7946187 ore 8:30-10:30.

CUP Metropolitano: 840 003 003.

Localazione: Pad. S. Luca Nuovo, p. terreno, amb n. 3.

Richiesta MMG: Visita Nutrizionale, Amb. "Prevenzione vascolare".

Francesco Sofi, Andrea Capalbo, Alessandro Casini

Agenzia Nutrizione - D.A.I. DEA e Medicina e Chirurgia Generale e di Urgenza, AOU Careggi - Università di Firenze

Nuovo Consiglio Direttivo dell'Associazione Nazionale Sanità militare

A scadenza del mandato triennale, è stato eletto in data 2 febbraio u.s. il nuovo Consiglio Direttivo della Sezione fiorentina dell'Associazione Nazionale della Sanità Militare. Sono stati eletti: Presidente Mario Pulcinelli; Vice Presidente Donato Salvucci; Segretario Agostino Lucarella; Tesoriere Luigi Tambone; Consiglieri Pasquale Mincione, Giuseppe Valente, Pier Luigi Rossi Ferrini, Fulvio Corsoni, Nicola Manfrida, Camillo Borzachiello; Consiglieri Revisori dei conti: Raffaele Pasquariello, Marco Bardelli, Giuseppe Panichi.

Come è noto, l'Associazione, oltre a tener desto l'ideale della Patria in un momento storico in cui molti valori morali vengono disinvoltamente disattesi, si propone di esaltare il culto e le memorie della tradizione di pietà fraterna, dedizione, sacrificio ed eroismo degli appartenenti alla Sanità Militare delle quattro Forze Armate in pace e in guerra, nel territorio nazionale e fuori dei confini della Patria.

Oltre a ciò, l'Associazione si propone l'aggiornamento e l'elevazione culturale dei Consoci, dando vita ad un programma sociale e ricreativo

che ne favorisca il cameratismo e la reciproca solidarietà.

All'Associazione possono aderire, oltre a coloro che con qualunque grado hanno militato nella Sanità Militare delle quattro Forze Armate, anche coloro che, pur non avendo fatto parte delle Forze Armate, tuttavia ne condividono gli intendimenti e ne apprezzano l'opera in uno spirito di sincero amor di Patria e di solidarietà nazionale.

La sede della Sezione fiorentina, aperta ogni mercoledì mattina, è nella Caserma "F. Redi", in Via Venezia 5.



Centro di Counseling Oncologico della Regione Toscana

Il Centro di Counseling Oncologico della Regione Toscana è un servizio di integrazione tra la rete ITT e le Aziende Sanitarie che nasce nel settembre 2009 con lo scopo di favorire la continuità e qualità assistenziale della rete oncologica toscana, offrendo a pazienti e familiari un punto di ascolto e di supporto nei percorsi assistenziali, a partire dall'accesso alle informazioni, ma anche per quanto concerne le difficoltà psicologiche che possono insorgere con le malattie oncologiche.

Il Servizio rappresenta un punto di riferimento a cui ogni cittadino può accedere e che facilita il contatto con la propria Azienda Sanitaria di riferimento sia per necessità di tipo clinico-assistenziale, sia per bisogni di tipo psicologico; un Contact Center telefonico attraverso cui i cittadini, che vivono una problematica oncologica, possono ricevere risposte chiare e competenti sia per quanto riguarda il percorso assistenziale, sia per il bisogno di ascolto e di assicurazione.

Ad oggi le persone che si sono rivolte al Servizio sono oltre 1200 con circa 3200 contatti telefonici. Questo dato conferma che il servizio risponde ad una reale esigenza dei cittadini che convivono con la patologia oncologica. Al Centro possono rivolgersi cittadini che vivono la patologia oncologica, dunque pazienti e familiari ma anche operatori sanitari chiamando il numero verde regionale gratuito 800 880101 dalle 8:00 alle 20:00 tutti i giorni della settimana, compresi i festivi.

Mostra personale del Prof. Carlo Maffei

Mostra personale del Prof. Carlo Maffei dal 9 al 17 aprile 2011 a Villa Livia, Piazza San Marco

51 angolo via Arazzieri Firenze.
Orario feriale 16:00-19:00 festivo 11:00-13:00 e 16:00-19:00. Ver-

nissage sabato 9 aprile dalle ore 16:30.

CORSI E SEMINARI

GENETICA, GENOMICA E BIOTECNOLOGIE VEGETALI

La A.M.M.I. (Associazione Mogli Medici Italiani) organizza un incontro con il Prof. Antonio Michele Stanca, Accademia dei Georgofili, all'Ordine dei Medici il **4 Maggio p.v.** ore 16,30 che parlerà di: "Genetica, Genomica e Biotecnologie Vegetali (non sono solo OGM). Realtà, sicurezza e futuro". Ingresso libero.

9° CORSO DI FORMAZIONE "MEDICI IN AFRICA"

L'associazione "Medici in Africa-onlus" organizzerà il prossimo corso dal **18 al 22 maggio 2011** presso l'Univ. di Genova. Il costo del corso è di 300 euro e sono stati richiesti crediti ECM. Sarà presto possibile effettuare l'iscrizione attraverso il sito "www.medicinafrica.it". Da dieci anni Medici in Africa organizza corsi di base per medici - e negli ultimi anni anche per infermieri - che desiderano svolgere azione di volontariato nei paesi africani o di altre zone emergenti. L'iscrizione al corso sarà consentita a 12 persone. Il costo del corso è di 800 euro comprensivi di frequenza alle lezioni, assicurazione di base per il periodo professionalizzante e di tutoraggio, e vitto e alloggio in ospedale in Africa. Restano a carico del discente le spese relative al viaggio in Africa (biglietto aereo, visto, trasporti interni, extras). Il bando con i dettagli del corso verrà pubblicato dall'Università di Genova e sul sito di Medici in Africa. Per le iscrizioni al corso, informazioni ed eventuali donazioni contattare: MEDICI IN AFRICA ONLUS Segreteria Organizzativa da lun. a ven. 9.30/13 mercoledì 9.30/15.30 tel 010/35377621 - 340/7755089 medicinafrica@unige.it - www.medicinafrica.it - www.ordine-medici-firenze.it/manifestazioni.asp#Z026.

IL FUTURO PREVIDENZIALE DEI GIOVANI MEDICI: PENSIONE E FONDI INTEGRATIVI

VENERDÌ 6 MAGGIO 2011

Sede: Ordine dei Medici e degli Odontoiatri
Firenze, Via G.C. Vanini, 15

- | | |
|--------------------|---|
| 14.30 | Il futuro previdenziale dei professionisti e l'ADEPP Giampiero Malagnino - <i>Vice Presidente ENPAM</i> |
| 15.00 | L'ENPAM e la Previdenza dei Medici Alberto Oliveti - <i>Vice Presidente Vicario ENPAM</i> |
| 15.30 | Il fondo integrativo dell'ENPAM - Fondo Sanità Luigi Mario D'Aleffe - <i>Presidente L'Associazione "Fondo pensione complementare a capitalizzazione per gli esercenti le professioni sanitarie"</i> |
| 16.00 | La Previdenza dei dipendenti INPDAP (ex CPS) e il Fondo Perseo Claudio Testuzza - <i>INPDAP, Medico chirurgo esperto di Previdenza Roma</i> |
| 16.30-18.30 | Discussione e conclusioni |

Info: tel. 055.496522 - int. 3 - e-mail: relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it



BACHECA

Pubblichiamo solo alcuni dei numerosi annunci consultabili sul sito dell'ordine: www.ordine-medici-firenze.it pagina BACHECA già suddivisi nelle seguenti categorie: Affitti professionali, Cessione attività, Collaborazioni non mediche, Iniziative tempo libero, Offerte lavoro, Offerte strumenti, Sostituzioni, Sostituzioni odontoiatri.

OFFERTE LAVORO

- SEC Recruitment Ltd - Divisione Pharma - per multinazionale italiana situata nella regione Toscana ricerca un Clinical Research Physician (Medical Monitor). Laureato in Med e Chir con specializzazione in Reumatologia, Oncologia, R&D, Pain & Inflammation o Gastro-Enterologia, il candidato ideale ha un'età compresa tra i 30 e i 35 anni, esperienza nella ricerca o in gestione di trials clinici e un buon inglese parlato e scritto. Si offre un contratto iniziale di 12 mesi finalizzato all'assunzione a tempo indeterminato. In caso di interesse, inviare un cv aggiornato all'indirizzo mail: sergio.carito@secpharma.com Per informazioni: +44(0)2072556600 www.secrecruitment.com.
- Cercasi odontoiatra min 5 anni di esperienza per studio in Firenze. Tel 328.3097460.
- L'ATT, associazione tumori toscana, cerca personale Medico da inserire nel proprio organico a tempo pieno per la zona di Firenze. Rapporto libero professionale. Inviare CV a emanuele.bambi@associazionetumoritoscana.it. Info: www.associazionetumoritoscana.it - 055.2466666 055.2466237.
- Cercasi neolaureati in medicina per svolgere compito di docente in corsi di primo soccorso in Firenze. Non è richiesta particolare esperienza. Per contatti Cell. 392.9730169.
- Studio Odontoiatrico ricerca Giovani Odontoiatri, residenti in Prato e provincia, con esperienza in Conservativa, Endodonzia, Chirurgia, da inserire nel proprio organico. Se seriamente interessati, contattare il numero cell. 338.9088890.
- Studio Odontoiatrico ricerca Igenista dentale, residente in Prato e provincia, con esperienza, da inserire nel proprio organico. Se seriamente interessati, contattare il numero cell. 338.9088890.

CESSIONE ATTIVITA'

- Cedesi Studio Odontoiatrico, con 1 unità operativa e predisposizione per altre 2, in centro storico a Firenze. Impianti a norma, attrezzature in garanzia. Possibilità di subentrare al leasing. Cell. 349.8470694.

COLLABORAZIONI TRA MEDICI

- Studio fisioterapico zona Viale Volta Campo di Marte a Firenze cerca medici radiologi ECOGRAFISTI per esercizio libera professione presso il NS centro NON convenzionato con la ASI scrivere se interessati a studiococchi57@gmail.com.
- Odontoiatra con esperienza pluriennale, specializzato in Chirurgia Odontostomatologica, Master e perfezionamenti in Ortodonzia, perfezionamenti in Endodonzia, offre collaborazione in Chirurgia orale e Implantologia, Ortodonzia e Endodonzia specialistica. Tel.: 320.1125485.
- Odontoiatra laureato all'Univ. di Firenze nel 2010 offre collaborazione per igiene dentale prof.le, conservativa ed endodonzia presso studi odontoiatrici di FI e provincia. Cell. 339.8044041.
- Odontoiatra laureata nel 2006 offre collaborazione in conservativa, endodonzia, chirurgia, igiene e protesi presso studi dentistici di Firenze, Prato, Pistoia e relative province. E-mail: miche23702@hotmail.com.
- Odontoiatra, spec. in ortognatodonzia mobile-fissa adulti e bambini, (attuo scrupolosamente il protocollo diagnostico), si rende disponibile per consulenze e collaborazioni serie e durature in questa specialità e nella branca pedodontica, in Toscana e regioni limitrofe. Per curriculum contattare: 392.8079292, e-mail: cris77@virgilio.it.
- Struttura medica privata situata a PO in via Cavour 56/1-2, ricerca medici oculisti per collaborazioni. tel. 0574.604147.
- Studio Odontoiatrico zona Ponte a Greve cerca Dottoressa Odontoiatra per collaborazione in igiene dentale, parodontologia non chirurgica, pedodonzia e conservativa. Inviare CV a jac78@iol.it.
- Claudio Poggioni, laureato nel 2008 con il massimo dei voti, attualmente in scuola di spec. in medicina d'emergenza ed urgenza, cerca lavoro pc/o Casa di Cura o per docenze corsi di primo soccorso. Cell. 331.6824690 Mail: ClaudioPoggioni@gmail.com.
- Odontoiatra offre seria collaborazione in conservativa, endodonzia, protesi presso studi dentistici in FI, PO e relative province. Cell. 338.6617368.
- Dirigente sanitario in pensione, specializzato in Igiene e Medicina Preventiva Or. Sanità Pubblica ed in Igiene Or. Laboratorio Analisi, cerca occupazione confacente. Cell. 339.5720613.

SOSTITUZIONI

- Medico con esp. pluriennale cerca sostituzioni mmg o attività di guardia medica nell'ambito di case di cura ecc. Cell. 335.307467.
- Medico spec. in anestesia e rianimazione con esperienza si rende disponibile per sostituzioni mmg, servizi sportivi, assistenza a domicilio, medico in terme o villaggi sportivi, disponibile mese di luglio. Email: sara.micheli@ymail.com.
- Moneglia Martina laureata marzo 2009 con 110\110 e lode è disponibile per sostituzioni di medicina di famiglia gare sportive e guardie in case di cura. Cell. 328.6976438.
- Sandra Angileri, laureata con 110/110 e lode ed abilitata alla professione, specializzanda in anestesia, con esp. in guardia medica e sostituzioni medici medicina generale (anche pediatri), è disponibile ad effettuare sostituzioni a mmg, servizi in strutture assistenziali e turistiche in tutto il territorio toscano Cell. 349.8315793.
- Imma Savarese, laureata con lode ed abilitata alla professione è disponibile per sostituzioni a mmg, servizi sportivi, servizi di assistenza domiciliare, servizi in strutture assistenziali e turistiche, prelievi o giornate di donazioni di sangue nel comune di Firenze e zone limitrofe. Cell. 335.5804694.
- Lorenzo Muratori, laureato e abilitato presso la Facoltà di PI, si rende disponibile ad effettuare sostituzioni a mmg, servizi sportivi, servizi di assistenza domiciliare, servizi in strutture assistenziali e turistiche, prelievi o giornate di donazioni di sangue nel comune di FI e provincia. Cell. 349.2932738.
- Barbara Rita Porchia, laureata e abilitata presso la Facoltà di FI, è disponibile per sostituzioni a mmg, servizi sportivi, servizi di assistenza domiciliare, servizi in strutture assistenziali e turistiche, prelievi o giornate di donazioni di sangue nel comune di Firenze e zone limitrofe. Cell. 340.2664915.
- Ciullini Giulio, laureato ed abilitato, è disponibile ad effettuare sostituzioni a mmg, guardie mediche, assistenza medica a manifestazioni ed eventi sportivi, servizi in strutture assistenziali nel territorio di Firenze e provincia. Cell. 339.6010815.

OFFERTA STRUMENTI

- Vendo lettino con testata rialzabile e portarotolo. Contattare Maria Luisa Cevolani. Cell. 339.314776.
- Vendo ecografo Esaote My lab 50 XVision con due sonde (lineare e convex), perfette condizioni. Eventualmente chiamare Cell. 329.6178354 oppure inviare e-mail a: mammendola@hotmail.com.

COMBISARTAN[®] 160 mg / 25 mg
C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

COMBISARTAN[®] 160 mg / 12,5 mg
C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

VALPRESSION[®] 160 mg
C09CA03

valsartan



Menarini, salute senza confini

Conformità a Linee Guida per la
certificazione delle attività di
informazione scientifica
Verificata da



Certificato Nr
50 100 4785

Manfredo Fanfani

L'ARTE: UN POTENTE MEZZO MEDIATICO D'INFORMAZIONE NELL'EVOLUZIONE DELLA MEDICINA



Continuazione dell'articolo all'interno della rivista

F. Fanfani M. Bamoshmoosh

Cardio/TC

Coronarografia non invasiva

Autori:

M. Bamoshmoosh

M. Bellini

N. Carrabba

L. Carusi

G. Casolo

A. Colella

F. Fanfani

L. Padeletti

C. Ricci

S. Terrani

N. Villari

Presentazione:

G.F. Gensini

N. Villari

