



ToscanaMedica

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



La BPCO

A. Bertini, D. Coletta, S. Giustini, C. Marinai,
A. Melani, P. Paggiaro, L. Rizzello

Medbox, la tecnologia al servizio dei medici di medicina generale

F. Magnante

Carta di Firenze su Deontologia Medica e Sport

Un percorso per il paziente con Alzheimer

Consiglio Sanitario Regionale

N° 3 MARZO 2015



Priligy[®]
Dapoxetina

Depositato presso AIFA in data 06/05/2013





Fondato da
Giovanni Turziani

In coperta
Gerrit van Honthorst
(Gherardo delle Notti)
(Utrecht 1592-1656)

Cena con suonatore di liuto
1619-1620, Olio su tela
Firenze, Galleria degli Uffizi

Anno XXXIII n. 3 - Marzo 2015

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

Prezzo € 0,52

Abbonamento per il 2015 € 2,73



Antonio Panti

Direttore Responsabile
Antonio Panti

Redattore capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segretaria di redazione
Antonella Barresi



Bruno Rimoldi

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



Simone Pancani

Editore
Edizioni Tassinari
viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze
e-mail: pre.stampa@edizionitassinari.it



Antonella Barresi

Pubblicità
Edizioni Tassinari
tel. 055 570323 fax 055 582789
e-mail: riccardo@edizionitassinari.it
<http://www.edizionitassinari.it>

Stampa
Tipografia il Bandino srl
Via Meucci, 1 - Fraz. Ponte a Ema - Bagno a Ripoli (FI)

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 spazi inclusi.
- ◆ Taglio divulgativo e non classicamente scientifico.
- ◆ No Bibliografia ma solo 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.



LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

4 Uffizi al lume di candela
F. Napoli

EDITORIALE

5 Il Medioevo prossimo venturo
A. Panti

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

6 La BPCO
A. Bertini, D. Coletta, S. Giustini, C. Marinai,
A. Melani, P. Paggiaro, L. Rizzello

13 Insegnare a curarsi
A. Panti

QUALITÀ E PROFESSIONE

14 Medbox. La tecnologia al servizio dei medici di medicina generale
F. Magnante

16 Studio epidemiologico sui parti di donne straniere
all'Ospedale SS. Cosma e Damiano di Pescia (PT)
P. Del Chiaro, V. Gori, L. Tommasini, F. Pratesi, L. Rosso, L. Niccoli

20 Assistenza sanitaria ai pazienti stranieri irregolari
M. Zuppiroli

23 Incidenti legati all'uso dei farmaci in pediatria
F. Franchini, C. Onori

25 Team Training: il Programma TeamSTEPS
M. Montomoli, G. Sbrana, V. Chelli, R. Monaco,
R. Biagioni, F. Bruni, M. Breggia, L. Francesconi

27 Colesterolo e dintorni
V. Pieri, G. Da Vela, A. Mazzantini, L. Pieri, C. Staderini

37 Professione, produzione e produttività
A. Panti

38 T+H=1038
P. Salvadori, E. Pavone

40 Stroke Units/Hyperacute Stroke Units
L. Tonelli, A. Caruso, P. Palombo

42 Medici di medicina generale - Medici della complessità
S. Giustini, P. Mandelli

44 Le Linee Guida regionali approvate con DGR 1067/2014
e il Consenso informato
M. Immacolato, L. Nocco

REGIONE TOSCANA

29 LEA 2013: La Toscana al primo posto in Italia
a cura della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza
e Coesione sociale - Regione Toscana

31 Linee di indirizzo in agopuntura e medicina tradizionale cinese
G.F. Gensini, K. Belvedere, D. Matarrese, S. Baccetti,
M. Di Stefano, C. Menicalli, M.V. Monechi

35 Un percorso per il paziente con Alzheimer
Consiglio Sanitario Regionale

RICERCA E CLINICA

46 Protesi totale d'anca per via anteriore
C. Laddaga, R. Lanzisera, S. Caprai, E. Ficili,
S. Fiumicelli, P. Lupi, A.P. Scermino

SANITÀ NEL MONDO

48 NHS
G. Maciocco

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

50 Un radiologo in casa Medici
M. Fanfani

LETTERE AL DIRETTORE

55 Una sana alimentazione è una buona cura
M. Bindi

56 Un workshop sulla Medicina Narrativa
G. Gorla

57 L'impatto ambientale è sempre un problema
M. Generoso

57 Cronache e cronisti
A. Jenco

58 VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

60 NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

41 BACHECA

24/43/49/58/59 CORSI



Gerrit van Honthorst - (Gherardo delle Notti)
 (Utrecht 1592-1656)
 "Buona ventura", 1616-1617
 Olio su tela, Firenze, Galleria degli Uffizi

FEDERICO NAPOLI

Uffizi al lume di candela

Prima tra le otto mostre comprese quest'anno nel programma "Un anno ad arte" curato dal Polo Museale Fiorentino – per il 2016 vedremo cosa forzosamente cambierà dopo la riforma Franceschini –, apre nelle sale espositive degli Uffizi "Gherardo delle Notti. Quadri bizzarrissimi e cene allegre", mostra curata da Gianni Papi presentando di questo pittore nordico opere provenienti da Monaco, Berlino, Roma, Londra, Los Angeles, Napoli, Cleveland, Amsterdam. In mostra compare anche una testimonianza precisa sul quadro "Adorazione dei pastori", gravemente danneggiato nell'attentato mafioso del 1993 in via dei Georgofili.

Gerrit van Honthorst (il suo vero nome) nasce a Utrecht nel 1590 e studia con Abraham Bloemaert, artista dei Paesi Bassi che, presente alcuni anni in Francia, entra in contatto con la Scuola di Fontainebleau, influenzata dall'arte fiorentino-emiliana. Questa formazione manierista italiana si sposa in lui con l'estrema precisione della pittura nordica; poi, presente successivamente a Roma probabilmente dal 1611 e per un decennio, l'artista acquisisce anche il luminismo caravaggesco, grande novità di quegli anni. Lavora per i Borghese e i Giustiniani, per chiese ("Decollazione di San Giovanni Battista", 1618, in Santa Maria della Scala) e palazzi, richiede sue opere lo stesso Cosimo II de' Medici: i soggetti spesso sono sacri, ma comune è il tenebrismo, cioè il marcato contrasto fra le luci e le ombre, suscitato nella scena ritratta dalla particolare illuminazione artificiale. L'artista all'inizio è maggiormente debitore del Merisi ("Orfeo", 1615-16), pur riaffermando questa ascendenza anche in seguito; poi si rende più autonomo, aprendo anche alle celebri scene di taverna, dove i vari personaggi ritratti diventano attori di un'azione richiesta da un committente che appare come l'impresario di turno ("Cena con suonatore di liuto", 1619-20).

Gli effetti luministici evidenziano la scelta naturalista dei soggetti, ma racchiudono l'azione (anche quella sacra) in uno spazio scenico definito, dando un senso di limitatezza e di costrizione, comunque mai drammatico ("Sansone e Dalila", 1619-20). Artisticamente, manca certo la "crudeltà" di Caravaggio o di Arte-

misia Gentileschi, siamo piuttosto di fronte ad una pittura che, sorretta da una indubbia tecnica e capacità compositiva e da una continua ispirazione che potremmo definire visionaria, traghetta verso un vero e proprio genere: come tale, anche in queste bizzarrie, inquadrabile nel clima della Controriforma. Così, nelle opere compare l'amore per il virtuosismo – i ricercati riflessi di luce sulle superfici di vetro o le ombre riportate a marcare i volti dei vari personaggi, oppure le loro espressioni accentuate –. Dal notturno di Raffaello nella Stanza di Eliodoro in Vaticano ("Liberazione di San Pietro dal carcere") o di Sebastiano del Piombo e forse Michelangelo a Viterbo ("Pietà"), è tramontata un'epoca, perdendosi ora gli ideali di bellezza (l'Urbinate) o quanto meno l'inquietudine (il Buonarroti). Di conseguenza, si afferma un mondo sociale che appare libero solo nel privato, frequentato da una società che trova nel piacere il proprio fine, ingaggiandosi. E i soggetti resi visibili dalla luce artificiale delle candele vanno verso il bizzarro – atmosfera barocca –, cioè verso composizioni capaci di stimolare la curiosità dell'osservatore. Circondato da seguaci e allievi come Francesco Rustici, Rutilio Manetti, Bartolomeo Manfredi, Mattia Stomer, tornato in patria dopo il 1620, Gherardo delle Notti lavora per i reali inglesi e per il re di Danimarca, in un contesto religioso diverso rispetto a Roma, realizzando in specie ritratti o composizioni mitologiche classicheggianti, come indicato da una delle ultime opere esposte nella mostra fiorentina ("Susanna e i vecchioni", 1655, un anno prima della morte). Certo, anche grazie alla sua personalità, si strutturano ulteriormente la scuola pittorica di Utrecht e quella dell'Aja: ma questo possiamo verificarlo in parte in altre sale degli stessi Uffizi, ove compare la raccolta della pittura del Seicento nei Paesi Bassi.

Gherardo delle Notti.
Quadri bizzarrissimi e cene allegre
 Uffizi - Fino al 24 maggio 2015
 orario: 8,15-18,50 chiuso lunedì

TM



ANTONIO PANTI

Il Medioevo prossimo venturo

*"Non esiste la libertà di fare cose stupide
o dannose o malvagie"*
Isahia Berlin

Chris Christie e Paul Rand, candidati repubblicani alla Casa Bianca, hanno deciso di difendere la libertà di scelta dei genitori contro le vaccinazioni obbligatorie. Sia per un malinteso liberismo, che alligna più oltreoceano che in Europa, sia perché (testuale) "i vaccini possono provocare disturbi mentali". Quegli stessi di quel pretore che ha disposto di risarcire un autismo provocato da vaccino. Una bufala per cui l'autore, che l'ha ritrattata, è stato tuttavia cacciato dall'Ordine. Siffatti episodi costringono i medici, che si fanno carico della salute pubblica, a una seria riflessione. In California, culla della contestazione *new age*, i casi di danno grave da morbillo si moltiplicano dopo che il rifiuto alla vaccinazione è assai aumentato. I giornali hanno dato notizia dell'incremento di polmoniti letali conseguenti alla minor vaccinazione dovuta all'allucinante falso allarme sulle morti da Fluad. È motivo di riflessione come il timore della scienza, il liberismo inteso come libertà dallo Stato, il ritorno all'irrazionale frainteso col culto del naturale, esprimono la inattesa coincidenza tra destra liberista e sinistra libertaria, per cui una coniglietta di Playboy, Jenny McCarthy, è oggi una star televisiva dei movimenti antivaccini.

Però la scienza piace e tutti usano le più moderne tecnologie. In realtà si fidano di più del sano buon senso e nutrono per le novità un amore-odio, una diffidenza nata da un atavico timore di chi vuol spiegare ciò che a occhio nudo è già chiaro oppure, mediante la ragione, mette in dubbio le opere del buon Dio. Ignoranza, è ovvio, ma anche pessima attitudine degli scienziati a spiegare la scienza. Si accusano i politici di incultura per le leggi contro il nucleare o contro gli Ogm, o perché mettono in dubbio l'obbligo di vaccinarsi. È anche vero che il ragionamento scientifico è sempre più complesso e elitario. Richiede conoscenze di base specifiche e selettive. Insomma la vecchia vignetta del tango ballato col porcospino dà ancora conto della difficile comprensione tra scienza e società.

E qui si affaccia un altro problema. Il principio di uguaglianza impone di dire "la verità" che, nel ragionamento scientifico, vuol dire "quel che oggi sappiamo", con tutti i probabilismi del caso. È stato dimostrato che un'informazione accurata aumenta il tasso di adesione ai vaccini, ma

un'esposizione troppo accurata, che scavi in ogni possibilità o incertezza, la diminuisce. Spiegazione, fraintendimento, educazione, difficile trovare la misura. La divulgazione è un'arte che gli scienziati dovrebbero coltivare. E anche la retorica perché chi ha responsabilità del bene comune, e l'hanno i medici, deve imparare a superare le diffidenze che circondano la medicina. Viviamo in un mondo complesso e la scienza, che spesso promette e non sempre realizza, suscita fiducia mista a timore; è troppo umano affidarsi a una fede che dà certezze e non propone scelte tra diverse probabilità. Citando ancora Berlin oggi predomina la concezione che l'influsso di forze irrazionali prevalga sulle forze della ragione, come se la storia si vendicasse delle fatiche del razionalismo.

Si può pensare che la strada intrapresa dalla medicina di cercare un consenso alle proprie scelte, mediante il consenso informato che rispetta la persona, e i servizi medici che rispettano la collettività, tuttavia non sia sufficiente per superare diffidenze che si rinnovano ogni volta che la tecnologia allontana il medico dal paziente. E l'uso incoercibile di internet peggiora il quadro. Sulla rete si trovano le notizie più fantasiose sui vaccini e così le propagande truffaldine si propagano all'infinito.

La comunicazione della scienza dovrebbe essere un processo pluriprofessionale che produce conoscenze e pratiche accettate perché comprensibili, in cui i fatti siano collegati alle emozioni e non fredde espressioni matematiche. I medici debbono rendersi conto che la medicina moderna è un modo di pensare del tutto innaturale in un mondo ancora legato a una visione magica o religiosa della malattia. La scienza medica cambia troppo spesso opinione, ogni giorno bisogna ricominciare da capo. È faticoso per i medici, ma la gente, assetata di certezze, si convince che non gli si dica la verità. Ogni medico è costretto a inventare un linguaggio adatto a chi gli sta di fronte e a rendere semplice ciò che è complesso, affascinante e discorsivo per quanto aderente alla verità scientifica. In conclusione, per il bene di tutti, occorre, in tempi di trionfante irrazionalità, che i medici trovino gli strumenti per comunicare efficacemente, oggi sui vaccini onde evitare spiacevoli e stupide regressioni della salute pubblica, e, insieme, siano convinti che il metodo della scienza è il mezzo migliore per uscire dalla brutalità della vita verso un mondo più giusto.

TM

ALESSIO BERTINI¹, DAVID COLETTA², SAFFI GIUSTINI³, CLAUDIO MARINAI⁴,
ANDREA MELANI⁵, PIERLUIGI PAGGIARO⁶, LUIGINO RIZZELLO⁷

La BPCO

Comunicazione al paziente e aderenza alla terapia per un modello di cura sostenibile

TOSCANA MEDICA – *Affrontiamo la questione BPCO sotto un duplice aspetto, l'aderenza alla terapia e, di conseguenza, la sua sostenibilità da parte del sistema sanitario della Regione Toscana. I dati ad oggi disponibili per la BPCO descrivono infatti un tasso di aderenza alla cura molto inferiore rispetto a quello registrato per altre situazioni croniche importanti come l'ipertensione arteriosa, il diabete, l'aterosclerosi ecc. Qual è la vostra opinione in merito?*

BERTINI – Effettivamente questi risultati si riscontrano anche nella realtà toscana. Nel 2011 una analisi effettuata sul Pronto Soccorso della AOUP aveva evidenziato un tasso di riacutizzazioni della BPCO intorno allo 0,3% del totale degli accessi ai DEA, il che rappresenta circa 4.6 viste ogni 1000 abitanti per anno tenuto conto del bacino d'utenza della AOUP. Dopo un lavoro di Revisione dei Codici Diagnostici in PS, condotto con l'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) Toscana, si conferma (per il trimestre Luglio-Agosto-Settembre 2014) il dato per cui la riacutizzazione di BPCO rappresenta circa lo 0,3% sul totale degli accessi in tutti i PS della Toscana (514.823 pz nel trimestre in questione). Considerando che molti di questi accessi esitano in ricovero (il 65%), si capisce che ci troviamo di fronte ad un problema epidemiologicamente ed economicamente assai significativo.

Non bisogna inoltre dimenticare che le stime di prevalenza di una determinata patologia molto spesso sono basate soprattutto sull'esame delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e finiscono per lo più per sottostimare il problema della BPCO non considerando il fatto che essendo compresa tra le diagnosi a più alto rischio di inappropriata, è possibile/verosimile che venga poi omessa al momento della codifica.

MELANI – La BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una malattia trattabile, ma non curabile. Nelle forme sintomatiche la BPCO richiede l'uso regolare nel tempo di farmaci che sono in grado non solo di alleviare i sintomi, ma anche di ridurre le riacutizzazioni che sono la principale causa di spesa per questi pazienti e di accesso al Pronto Soccorso con ospedalizzazione. La terapia farmacologica di mantenimento per la BPCO è prevalentemente di tipo inalatorio e si avvale dell'azione continuativa di farmaci broncodilatatori e, in caso di frequenti riacutizzazioni (>1/anno o ≥1/anno se con ospedalizzazione), di corti-

steroidi inalatori in aggiunta ai broncodilatatori. Dati italiani relativi al 2010 hanno dimostrato che, a fronte di un fabbisogno medio stimabile di 12 confezioni di farmaco di mantenimento, l'uso reale si limitava tra le 4.2 e le 6.2 confezioni, con una media pertanto intorno al 50%. Ora per tutte le malattie ad andamento cronico la percentuale di aderenza alla cura con il passare del tempo si riduce e può scendere sino a circa al 50%. Tuttavia la situazione è ulteriormente peggiorata nel caso della BPCO anche dal frequente cattivo impiego del dispositivo inalatore da parte di una quota significativa di pazienti. La terapia inalatoria è particolarmente vantaggiosa per i pazienti con BPCO, ma spesso non è praticata bene e, se mal eseguita, può essere meno o per nulla efficace. Purtroppo questo avviene frequentemente nella vita reale e rende l'aderenza alla terapia della BPCO ancora più difficile da affrontare rispetto alle altre malattie croniche.

COLETTA – Anche le cifre provenienti dai database della Regione Toscana riportano sostanzialmente i dati adesso ricordati con percentuali di aderenza alla terapia che progressivamente si abbassano con il passare degli anni. Tra l'altro molti soggetti, per lo più anziani, con polipatologia importante e costretti ad assumere ogni giorno un numero molto alto di farmaci spontaneamente tendono ad eliminare proprio la terapia inalatoria, a torto considerata "meno importante" di molte altre.

MARINAI – Concordo pienamente con quanto detto. Dall'analisi delle SDO i ricoveri assegnati alla BPCO sono stati 8.160. Un numero importante nella attività assistenziale ospedaliera. Ebbene ad oggi non esiste un "progetto BPCO" strutturato che comporti una adeguata informazione/formazione a questi pazienti. Non stupisce pertanto che fattori quali l'età avanzata, talvolta la scarsa consapevolezza, come ricordato, dell'importanza della compliance e la complicazione della somministrazione portino a un sottotrattamento.

TOSCANA MEDICA – *In linea di massima la scarsa aderenza alla terapia nelle malattie croniche dipende anche da altri fattori oltre, ad esempio nel caso della BPCO, alla difficoltà di usare nella maniera corretta il dispositivo inalatorio da parte dei pazienti? Il rapporto medico - paziente e la situazione socio-economica di quest'ultimo rivestono una qualche importanza?*



Alessio Bertini



David Coletta



Saffi Giustini



Claudio Marinai

¹ Presidente SIMEU (Società Italiana Medicina Emergenza Urgenza) della Toscana

² Medico di medicina generale, Dipartimento Interaziendale di Formazione per la Continuità nell'assistenza, ASL 11 Empoli

³ Medico di medicina generale, consulente AIFA per le Cure Primarie

⁴ Direttore dei Servizi Farmaceutici di ESTAV Centro



Andrea Melani

GIUSTINI – Un dato per fare capire come il problema dell'aderenza terapeutica sia davvero di enormi proporzioni. Dopo un infarto del miocardio, evento quindi di notevole gravità e di grande impegno anche psicologico da parte del malato, è stato dimostrato che l'assunzione di ASA, betabloccanti, ACE inibitori o sartani, dopo solo 6-12 mesi dall'evento cala addirittura del 50%. Per questo in soggetti anziani con BPCO ed associata difficoltà respiratoria, in caso di non eccessiva difficoltà respiratoria, la terapia inalatoria è spesso la prima ad essere trascurata.

È inoltre esperienza comune che i soggetti che iniziano la terapia inalatoria con gli appositi dispositivi in età più giovane mantengono nel tempo una aderenza terapeutica maggiore rispetto a chi deve iniziare ad usare gli stessi dispositivi a 70-80 anni, nonostante tutti gli sforzi di educazione sanitaria dei medici di medicina generale e degli specialisti.

Il Chronic Care Model e la sanità di iniziativa potrebbero certamente rivelarsi utili in questo campo, visto che i pazienti potrebbero essere sottoposti a controlli e verifiche periodiche da parte di personale infermieristico appositamente preparato.



Pierluigi Paggiaro

PAGGIARO – L'aderenza alla terapia è un fenomeno molto complesso, in cui intervengono fattori culturali e aspetti pratici di comunicazione tra il paziente e il medico. Nello studio TORCH si è dimostrato che i pazienti che avevano una buona aderenza all'uso del farmaco avevano un tasso di mortalità inferiore a quelli che assumevano meno il farmaco in studio, ma che questo si osservava anche nei soggetti che assumevano il placebo. Ciò vuol dire che esiste un aspetto culturale del paziente che associa l'aderenza al piano di trattamento con altri aspetti di gestione della sua malattia, come le appropriate abitudini di vita, la frequentazione dal medico, etc, che pertanto ne migliorano la prognosi in senso lato. È comunque ugualmente importante fornire al paziente uno schema terapeutico semplice (idealmente un unico inalatore da usare una volta al giorno) per garantire una maggiore facilità di assunzione del farmaco e quindi una maggiore efficacia del trattamento.



Luigino Rizzello

MELANI – Una scorretta tecnica inalatoria sovente determina un risultato clinico meno vantaggioso

delle attese o quanto meno uno spreco di risorse. Il corretto uso del dispositivo è decisivo perché il farmaco somministrato sia efficace. Questo obiettivo è più facile da raggiungere disponendo di erogatori semplici da usare, con numero sempre più ridotto di fasi di tecnica inalatoria. Questo ha particolare importanza in soggetti con BPCO con molte comorbidità, fra cui disturbi cognitivi, della vista, di manualità che spesso contribuiscono a rendere meno agevole il corretto uso della terapia inalatoria.

TOSCANA MEDICA – *Che valore ha il rapporto tra il medico ed il suo assistito?*

RIZZELLO – È vero che i pazienti molto spesso non si attengono alla terapia prescritta, però è anche altrettanto vero che in molti casi si rifiutano di modificare il proprio stile di vita continuando, ad esempio nel caso della BPCO, a dedicarsi al fumo di sigaretta e a trascurare l'attività fisica.

A mio parere nei soggetti broncopneumopatici l'aderenza alla terapia può essere incrementata essenzialmente con tre azioni: il coinvolgimento simultaneo del paziente e dei suoi familiari nel percorso di cura, il rapporto stretto e partecipato con il medico di base (soprattutto per acquisire la reale coscienza dello stato di malattia) ed un'attività di follow - up chiara e ben strutturata.

TOSCANA MEDICA – *Il dottor Rizzello ha toccato un punto importante, il fumo di sigaretta che insieme all'inquinamento atmosferico rappresenta un enorme fattore di rischio per la BPCO. La lotta al fumo, così come è oggi condotta, può essere considerata efficace oppure qualcosa andrebbe cambiato visto che tantissime persone continuano a fumare e che l'età della prima sigaretta si abbassa sempre di più?*

MELANI – In Toscana in questi ultimi anni molto si è cercato di fare con la capillare istituzione di Centri antifumo. Naturalmente i Centri anti-fumo possono rappresentare solo la punta di una piramide di interventi educativi che devono partire molto più da lontano. In questo senso è pertanto di fondamentale importanza, ancora una volta, il ruolo della medicina di famiglia.

"Il dizionario dell'aderenza"

COMPLIANCE

Le modalità con cui un paziente si sottopone ad un trattamento e segue le istruzioni mediche così come prescritte. Sottende un ruolo **PASSIVO** del paziente.

ADERENZA

Le modalità con cui i comportamenti di una persona (assunzione di farmaci, dieta, stile di vita) corrispondono alle raccomandazioni del professionista sanitario, previa condivisione. Presuppone un ruolo **ATTIVO** del paziente.

CONCORDANZA

Alleanza terapeutica tra paziente e professionista sanitario, ottenuta quando entrambi concordano sulla gestione terapeutica, previo **EMPOWERMENT** del paziente e successiva **RESPONSABILITÀ** di entrambe le parti.

⁵ Dirigente dell'Unità di Fisiopatologia Respiratoria dell'AO Universitaria Senese

⁶ Ordinario di Pneumologia dell'Università degli Studi di Pisa

⁷ Responsabile Sez. Pneumologia Interventistica Asl 6 Livorno

BERTINI – In linea purtroppo più teorica che pratica, il momento della gestione in emergenza della BPCO, sia a livello di intervento territoriale delle strutture del Sistema 118 che di Pronto Soccorso, potrebbe rappresentare un buon momento di sensibilizzazione dei pazienti (in questi momenti sicuramente più motivati) nei confronti dell'adozione di uno stile di vita quanto più possibile salutare e nel migliorare l'aderenza alla terapia di fondo per la BPCO.

COLETTA – L'aggettivo "expanded" che in Toscana si è voluto aggiungere alla definizione di Chronic Care Model sottolinea proprio la presa in carico da parte dei servizi sanitari anche delle attività di prevenzione e promozione di stili di vita corretti. Purtroppo è però esperienza comune che quasi sempre è più facile curare i pazienti prescrivendo terapie il più corrette possibile che mettere in atto strategie di prevenzione davvero efficaci!

Se tutti i medici di famiglia potessero dedicare una congrua parte del proprio tempo agli assistiti che realmente intendono provare a smettere di fumare e che si rivolgono ai Centri antifumo, si potrebbero ottenere davvero dei grandi vantaggi in termini di salute a livello di popolazione.

RIZZELLO – Certo i Centri antifumo per lavorare bene devono avere a disposizione risorse sia umane che di struttura e purtroppo non sempre è così. Per diversi anni sono stato responsabile del Centro antifumo di Grosseto e ho poi lavorato in quello di Livorno, città nella quale sono arrivato come pneumologo interventista. Anche secondo la mia esperienza le risorse destinate ai Centri vanno sempre più a diminuire per cui la loro innegabile utilità viene di molto limitata da scelte per lo più di carattere puramente economico.

GIUSTINI – Noi tendiamo a parlare sempre di pazienti anziani, però non dimentichiamoci che se si inizia a fumare a 14-16 anni, la BPCO può comparire anche a 40 anni. Per questo i Centri antifumo dovrebbero venire potenziati per fare in modo che i soggetti fumatori di 20-25 anni seriamente intenzionati a smettere possano trovare disponibilità adeguata in termini di accoglienza, professionalità e possibilità di adeguato follow-up. Il medico di medicina generale, in buona sostanza, non può

accettare che uno di questi suoi pazienti si senta porporre la prima visita al Centro antifumo a 6-8 mesi di distanza e che la stessa persona sia costretta a pagarsi di tasca propria i costosissimi farmaci che gli vengono prescritti.

TOSCANA MEDICA – *Sembra pertanto di capire che ad oggi il sistema si preoccupa più di gestire adeguatamente la situazione urgente di riacutizzazione della malattia che non piuttosto di affrontarla in termini di prevenzione sia primaria che secondaria.*

BERTINI – Effettivamente è così anche se il paziente che accede in DEA per la riacutizzazione della BPCO può trovare anche a questo livello (la Simeu Toscana ha oramai intrapreso da alcuni anni un percorso di formazione per i medici che operano in Pronto Soccorso) un'azione di counseling che, al momento della dimissione dalle strutture del Pronto Soccorso e della Medicina d'Urgenza, segnala ai medici di famiglia e agli specialisti del settore, gli elementi utili al fine di controllare al meglio la malattia (abitudine al fumo, terapia di fondo, spirometria, riacutizzazioni, etc.). Questo tipo di intervento appare di particolare importanza nei soggetti più giovani, ancora magari non ben consapevoli della propria condizione (in cui la rilevanza dei sintomi e la predisposizione alle riacutizzazioni si accompagna ad una ostruzione bronchiale di tipo moderato), che dopo l'accesso al Pronto Soccorso possono venire indirizzati in tempi brevi alle strutture specialistiche di riferimento.

MELANI – Sono d'accordo con il dottor Bertini, ma approfitto per ricordare che anche a livello mondiale la maggior parte dei costi della BPCO sono proprio legati alle sue riacutizzazioni che spesso richiedono l'accesso in DEA ed il ricovero in ospedale. La scarsa aderenza alla corretta terapia si associa ad aumento delle riacutizzazioni e, in ultima analisi, ad un incremento dei costi della BPCO.

PAGGIARO – La individuazione dei pazienti che presentano riacutizzazioni importanti di BPCO che li portano al Pronto Soccorso e talora al ricovero ospedaliero, magari anche più di una volta in un anno, è cruciale, per poterli inserire in un piano di stretto monitoraggio da parte dello specialista

Il problema dell'aderenza

"Negli USA il 30-50 % degli adulti non segue adeguatamente le prescrizioni di farmaci a lungo termine, con un costo evitabile stimato in circa 100 mld di dollari/anno".



"Massimizzare l'efficacia degli interventi, finalizzati ad aumentare la compliance, può avere un impatto di gran lunga maggiore sulla salute delle popolazioni di qualunque altro progresso terapeutico".



"Nonostante l'ampia prevalenza del fenomeno e i costi correlati, la mancata aderenza alle prescrizioni farmacologiche non viene riconosciuta e adeguatamente trattata in una significativa percentuale di pazienti adulti in vari setting assistenziali".

Evidence 2013;5(7): e1000051

pneumologo in collaborazione con il medico di medicina generale. Ciò può essere fatto inserendo il paziente in un programma di riabilitazione domiciliare o ambulatoriale (oggi la Riabilitazione non è solo esercizio fisico ma presa in carico completa del paziente cronico grave, con quindi ottimizzazione del trattamento, intervento sullo stile di vita, trattamento delle comorbidità). A Pisa stiamo iniziando un progetto finanziato dal Ministero della Salute su questo specifico obiettivo, allo scopo di monitorare strettamente questi pazienti che escono dal ricovero per riacutizzazione di BPCO, seguirli costantemente a domicilio e in ambulatorio, allo scopo di ridurre il rischio di successive riacutizzazioni e ricoveri.

COLETTA – Affrontando la questione dal punto di vista della farmacoeconomia, parlando di BPCO ma anche ad esempio di diabete o di ipertensione arteriosa, bisogna sforzarsi di non considerare questo approccio un semplice conteggio all'interno delle spese gestite da un medico di base o da un reparto ospedaliero, quanto piuttosto un mezzo che serve per la buona gestione complessiva dei nostri pazienti. Per rimanere nel campo della BPCO, se riesco ad avere una buona aderenza alla terapia inevitabilmente provocherò un aumento della spesa sanitaria per farmaci che però finisce per fare risparmiare risorse al sistema in termini di riduzione del numero di riacutizzazioni e di ospedalizzazione.

MARINAI – Concordo in pieno con Coletta. In questi casi fermarsi ad analizzare solo i consumi dei farmaci è veramente riduttivo. Occorre mettere in relazione questi consumi con le riacutizzazioni per capire se il paziente assume i farmaci in modo adeguato. Il SSR possiede tutte le informazioni necessarie (prescrizioni ricoveri ecc.) peccato che come spesso succede non siamo ancora capaci di metterle insieme per capire cosa sta succedendo al singolo individuo.

TOSCANA MEDICA – Torniamo sul piano clinico. A parte la difficoltà ad usare l'inalatore e la scarsa

propensione ad abbandonare il fumo, si può dire che in linea di massima il soggetto broncopneumopatico ha una minore coscienza del proprio stato di malattia rispetto a tanti altri malati con patologie croniche?

MELANI – Forse è opportuno fare una distinzione. Un asmatico conosce bene il ruolo ed i vantaggi della sua terapia inalatoria perché ha quasi sempre sperimentato in prima persona quanto drammatico possa essere un attacco d'asma e come rapidamente possa beneficiare di un corretto trattamento. Semmai, poiché spesso l'asma comporta una sintomatologia intermittente, l'asmatico non sempre percepisce il bisogno di una terapia di mantenimento nel tempo. Nel soggetto con BPCO invece, da un lato, la malattia compare in maniera progressiva e con lenta evoluzione, cosicché per il paziente diviene quasi "normale" avere la tosse, provare difficoltà a fare le scale o avere "frequenti bronchiti", mentre dall'altro è meno semplice per il paziente percepire con chiarezza i miglioramenti sui sintomi e sul numero delle riacutizzazioni offerti dalla moderna terapia inalatoria di mantenimento che per definizione ha l'obiettivo di garantire vantaggi costanti nel tempo indipendentemente dalla rapidità d'azione dei broncodilatatori usati. Questa terapia ha per la BPCO in qualche modo lo stesso significato di quella antiipertensiva per gli ipertesi, o di quella antidiabetica per i diabetici. I vantaggi della terapia di mantenimento nella BPCO o nell'asma devono essere chiaramente spiegati ai pazienti dai sanitari prescrittori.

RIZZELLO – Anche secondo me in molti casi i soggetti con BPCO non si rendono pienamente conto della loro situazione di salute, vanificando in questo modo buona parte dell'intervento terapeutico: probabilmente ritengono che curare adeguatamente il diabete o l'ipertensione arteriosa sia in qualche modo più importante che occuparsi della salute di bronchi e polmoni.

Aderenza alla terapia in real-life

Utilizzo dei farmaci respiratori in Italia nel 2010: 6,4 confezioni/anno per paziente corrispondente al 50% del teorico.

	Prescrizioni per BPCO	N° Prescrizione/ anno per paziente (media)	N° Confezioni per ricetta (media)	Confezioni annue prescritte per paziente (media)
Classi di farmaci utilizzati nella BPCO	3.629613	4,5	1,4	6,4
Anticolinergici	1.999824	4,1	1,6	6,4
Combinazioni Fisse ICS/LABA	1.868770	3,8	1,4	5,5
LABA	336421	3,6	1,4	5,3
ICS	248384	3,0	1,4	4,2

Fonte: * Thales CSD e ** IMS

"I pazienti con BPCO sono sottoposti a trattamento **sporadico**, alcuni **non fanno** terapia, altri la **sospendono** arbitrariamente".

Cazzola et Al, Prim Care Respir J 2011; 20(3): 291-298

TOSCANA MEDICA – *La compliance nei confronti della terapia dei pazienti broncopneumopatici potrebbe essere aumentata dalla semplificazione della terapia e dalle modalità di somministrazione dei farmaci? Esistono delle novità in questo campo?*

MELANI – Certamente sì. Oggi disponiamo di farmaci attivi e che possono essere assunti una sola volta al giorno e che hanno dimostrato di possedere una efficacia terapeutica maggiore rispetto a quelli di impiego meno recente. Vorrei nuovamente ricordare che nella terapia della BPCO molta importanza hanno anche i dispositivi di erogazione dei farmaci. Quelli di più recente introduzione contengono anche associazioni di più farmaci broncoattivi e sono senza dubbio di più facile impiego, però è comunque necessaria un'efficace azione di educazione per insegnare ai pazienti come usarli correttamente. L'industria del farmaco fa certamente la propria parte ma anche da parte nostra è richiesto un impegno complessivo che spesso viene sottovalutato per i tanti impegni attribuiteci.

PAGGIARO – Ci stiamo avviando ad un periodo che vedrà a breve o a brevissimo la comparsa di nuove combinazioni dei vari composti chimici che possiamo utilizzare nel trattamento regolare della BPCO: avremo delle duplici e triplici combinazioni delle principali categorie di farmaci per la terapia della BPCO (beta2-agonisti a lunga durata d'azione, anticolinergici e corticosteroidi inalatori). Ciò permetterà di semplificare la terapia in ogni singolo paziente, fornendogli comunque del trattamento più appropriato alla sua tipologia di malattia.

GIUSTINI – I nuovi farmaci ed erogatori funzionano bene: è fondamentale però che i malati sappiano gestirli in maniera ottimale e che continuino a farlo nel corso degli anni.

COLETTA – Questi farmaci devono essere prescritti nei tempi e nelle modalità appropriate, per evitare gli errori di prescrizione che si sono verificati, ad esempio, nel campo della terapia antipertensiva quando le normative AIFA relative alla sequenzialità

delle prescrizioni da monocomponente ad associazione vennero per lo più tranquillamente disattese.

RIZZELLO – Il dialogo oltre che tra medici deve esistere comunque anche e soprattutto tra questi ed i pazienti per offrire loro informazioni e raccomandazioni sempre comprensibili e chiare con il fine ultimo di migliorare quanto più possibile l'aderenza alle cure proposte.

BERTINI – In questo senso è pertanto fondamentale che il medico non si faccia trovare impreparato di fronte alle osservazioni dei pazienti relative alla possibilità di interazione sfavorevole delle terapie per la BPCO con quelle assunte per altre patologie concomitanti. Quindi il medico (anche in Pronto Soccorso) deve impedire che i pazienti sospendano immotivatamente i trattamenti per la BPCO temendo chissà quali effetti collaterali e questo può essere fatto attraverso un attento processo di verifica delle modalità di assunzione della terapia prescritta (Quando lo prende? Tutti i giorni? Solo quando sta peggio? Quante volte al giorno?)

MELANI – Effettivamente la questione degli effetti collaterali viene probabilmente sottovalutata. Certamente i nuovi farmaci presentano degli effetti collaterali di minore gravità rispetto al passato riducendo dove possibile il dosaggio relativo dei farmaci somministrati, ma è importante che il medico chiarisca con grande precisione questo aspetto al paziente per garantire una buona aderenza terapeutica. Le molecole di più recente introduzione devono servire ai medici per impostare strategie di cura complessivamente sempre più appropriate, semplici e personalizzate in modo anche da garantire nel tempo la sostenibilità degli interventi sanitari.

TOSCANA MEDICA – *A parità di molecola un differente dispositivo di erogazione per via inalatoria può fare la differenza in termini di efficacia terapeutica?*

GIUSTINI – Certamente sì nel senso che l'industria produce e brevetta non solo la molecola attiva ma

Adherence to inhaled therapy, mortality and hospital admission in COPD

J Vestbo,^{1,2} J A Anderson,³ P M A Calverley,⁴ B Celli,⁵ G T Ferguson,⁶ C Jenkins,⁷ K Knobil,⁸ L R Willits,³ J C Yates,⁹ P W Jones⁹

Thorax 2009;64:939-943

Analisi post hoc dello studio TORCH (3 anni) sull'aderenza al trattamento di 6112 pazienti con BPCO da moderata a grave

- **Buona aderenza** (almeno 80% uso farmaco): 79.8% dei pazienti
 - **Scarsa aderenza** (meno di 80% uso farmaco): 20.2% dei pazienti
 - End Point primario: Mortalità per qualsiasi causa
 - End Point secondario: Riacutizzazioni di BPCO
- (L'aderenza non era stata pianificata a priori come studio ancillare)

Nei pazienti con **buona aderenza** la frequenza di **riacutizzazioni gravi** è stata del 44% più bassa, indipendentemente dal trattamento ($p < 0.001$) ed il **rischio di morte** si è ridotto del 40% ($p < 0.001$) rispetto ai pazienti con scarsa aderenza.

Bourbeau J, Bartlett SJ: Patient adherence in COPD. *Thorax*; 63: 831-838, 2008.

anche il dispositivo di erogazione che funziona esclusivamente con il proprio prodotto. È pertanto possibile che lo stesso farmaco erogato con inalatori diversi presenti differenti tipi di attività terapeutica.

MELANI – Sono del tutto d'accordo. Esiste un altro problema che ci coinvolge direttamente parlando di inalatori. Le autorità di controllo, come EMA ed AIFA, si occupano di comparare i differenti sistemi farmaco – device in termini di efficienza. Compete invece a noi sanitari di valutare l'usabilità dei devices da parte dei nostri pazienti, fattore che rappresenta un momento di fondamentale importanza per quanto riguarda l'aderenza e la soddisfazione verso la terapia: tanto più semplice sarà l'impiego di un dispositivo, tanto più facilmente il soggetto sarà stimolato ad usarlo anche per lunghi periodi di tempo. Questo aspetto va tenuto presente dai decisori e può essere valutato appropriatamente solo con l'aiuto e l'esperienza di clinici e pazienti.

TOSCANA MEDICA – *Due domande di carattere estremamente pratico: i nuovi farmaci inalatori hanno dei dispositivi di erogazione di facile impiego? Ed ancora, il medico deve essere istruito in maniera appropriata per poterne spiegare al paziente il corretto funzionamento?*

MARINAI – I devices sono talvolta oggettivamente complessi e richiedono tutti un coordinamento di diversi movimenti. La cosa può essere di difficile applicazione per pazienti anziani. Credo che nelle valutazioni per la scelta di un farmaco il medico debba sempre tener conto anche del device di somministrazione.

BERTINI – Certamente il medico deve sapere come funziona il dispositivo erogatore del farmaco che prescrive, ricordando che la realtà dei grandi trials clinici della Letteratura è cosa ben diversa dal contatto quotidiano con i propri assistiti! È importante che il paziente utilizzi il device PRIMA della

dimissione in modo da osservare come lo usa e poter apportare dei correttivi in caso di errato utilizzo o di difficoltà. Così facendo possiamo ulteriormente incidere sulla aderenza del paziente alle terapie prescritte.

COLETTA – Anche io concordo con il dottor Bertini e ricordo che verosimilmente un cinquantenne riesce ad eseguire in maniera più efficace la sequenza di atti che consente l'assunzione ottimale del farmaco rispetto a quanto possa fare una persona in età più avanzata: è proprio vero che la realtà del nostro lavoro quotidiano ben poco ha a che fare con quanto si legge sulle Riviste scientifiche!

RIZZELLO – Come in molte altre malattie anche nel caso della BPCO l'approccio alla cura differisce moltissimo da paziente a paziente. Importante è che il medico riesca a programmare un buon lavoro di follow-up per capire al meglio quale sia la reale aderenza alla terapia. In questo senso se i nuovi dispositivi inalatori riescono a migliorare la situazione, tanto di guadagnato!

MELANI – Gli erogatori di ultima concezione sono oggettivamente di più facile impiego rispetto a quelli di meno recente introduzione ed hanno il potenziale di poter essere meglio usati nella vita reale. Ridurre sempre di più il numero delle fasi di tecnica inalatoria potrebbe ridurre la frequenza degli errori critici. I sanitari naturalmente mantengono un ruolo essenziale per educare in modo regolare ed appropriato i propri pazienti al corretto uso degli inalatori prescritti. A mio avviso anche il produttore deve e spesso svolge una importante azione educativa. In questa ottica la "grande azienda" ha una connotazione positiva ed è quella che garantisce una capillare informazione sui nuovi dispositivi a sanitari e, in seconda battuta, agli utilizzatori finali.

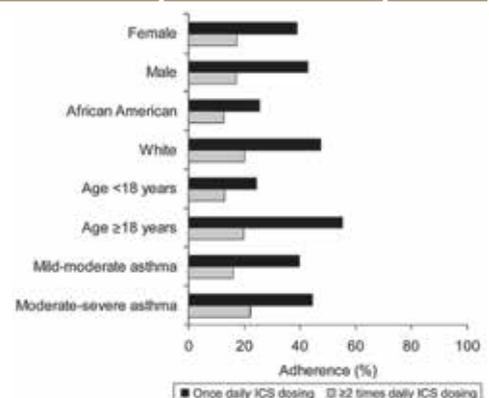
TOSCANA MEDICA – *Si possono dare dei suggerimenti alla Regione per migliorare la gestione complessiva dei pazienti con BPCO?*

Aderenza alla terapia in real-life: once daily vs twice daily

Obiettivo: valutare l'aderenza della terapia con ICS once daily vs twice daily.

Metodo: revisione delle prescrizioni di ICS in 1302 pazienti in un periodo di 6 anni.

Risultati: la mono-somministrazione ha determinato un incremento di aderenza del 20% rispetto alla doppia somministrazione giornaliera indipendentemente dal sesso, razza, età e grado di severità della malattia.



GIUSTINI – In linea generale credo che un grosso aiuto agli operatori sanitari potrebbe venire in primo luogo dalla riduzione del carico burocratico legato alla loro attività, seguito dal potenziamento delle Associazioni Funzionali Territoriali e delle Case della Salute che dovrebbero diventare veri e propri luoghi di confronto tra medici di medicina generale e specialisti.

Il processo di cura non dovrebbe poi essere analizzato solo dal punto di vista puramente economico, contando ad esempio quante confezioni di un dato farmaco consumi un certo paziente, quanto piuttosto prendendone in seria considerazione risultati ed outcomes.

Le istanze della medicina di iniziativa e del Chronic Care Model in questo senso appaiono veramente di fondamentale importanza, come già ricordato in precedenza.

BERTINI – Credo che in questo contesto sia fondamentale che al centro del Chronic Care Model ci siano percorsi personalizzati che siano in grado di seguire ogni paziente in base alle sue necessità. Mi spiego meglio: i pazienti con BPCO che presentano un fenotipo riacutizzatore avrebbero probabilmente bisogno di una maggior frequenza di controlli rispetto ad altri pz con BPCO più "stabili" nella evoluzione della loro malattia. Ci vuole quin-

di un programma di assistenza personalizzato per le cronicità volto ad intercettare precocemente le riacutizzazioni ed evitare così una parte delle ricadute che poi conducono il paziente (contemporaneamente) verso il Pronto Soccorso e verso il peggioramento del proprio stato di salute. Credo che questo sia lo sforzo che la Medicina Territoriale di Iniziativa deve fare per rendere possibile il processo di de-ospedalizzazione che la Sanità Regionale sta portando avanti.

PAGGIARO – Certamente la definizione dei percorsi assistenziali, differenziati per gravità, è estremamente importante. Ma ritengo che il problema maggiore sia la interazione tra medicina generale e specialista pneumologo, che deve avvenire direttamente sul territorio: se il medico di medicina generale potrà avere al suo fianco nei poliambulatori lo specialista pneumologo (che quindi esce dai confini dell'ospedale) allora veramente sarà possibile gestire meglio a domicilio il paziente BPCO, anche grave, riducendo i costi sanitari e mantenendo una appropriata corretta gestione della malattia.

MELANI – Dal mio punto di vista di ospedaliero in tema di aderenza alla terapia inalatoria e al corretto uso degli erogatori proporrei alla Regione di introdurre nel nomenclatore e tariffario una voce

TERAPIA DELLA BPCO: DOVE VA LA RICERCA

La terapia farmacologica della BPCO si inserisce in un quadro di interventi terapeutici, innanzitutto comportamentali, come il divezzamento dal fumo di sigaretta, e richiede, per poter essere impostata e praticata in modo appropriato ed efficace, uno stretto legame di fiducia e sinergia tra paziente e medico.

In pazienti che presentano frequenti episodi di peggioramento di malattia soltanto una **terapia stabile e continuativa** con broncodilatatori o broncodilatatori+corticosteroidi inalatori (ICS) ha documentato in trials randomizzati una significativa riduzione del rischio di riacutizzazione ed un rallentamento della progressione della patologia stessa. In questa tipologia di studi clinici, l'aderenza al trattamento è sempre superiore al 90%, mentre va sottolineato come l'efficacia dei trattamenti in *real life* può risultare gravemente compromessa dalla bassa **aderenza** dei pazienti alle terapie, con il rischio di tradursi in un mancato controllo della patologia e in un grave spreco di risorse.

Il problema della scarsa aderenza del paziente alle terapie farmacologiche prescritte riguarda almeno la metà dei soggetti trattati, è connessa con gli schemi posologici a dosi multiple giornaliere in soggetti già ampiamente politrattati per altre patologie e viene amplificato dalla presenza in commercio di dispositivi di inalazione complessi e poco familiari al paziente, specie se è anziano.

Uno sforzo particolare è stato fatto negli ultimi anni dalla ricerca farmacologica per fornire a medici e pazienti nuovi strumenti che coniughino le caratteristiche farmacodinamiche e farmacocinetiche di nuovi composti e la più aggiornata tecnologia dei dispositivi inalatori, con l'obiettivo ideale di garantire:

- una broncodilatazione ad insorgenza rapida e continuativa nelle 24 ore;
- una agevole mono-somministrazione giornaliera;
- una semplificazione del numero e del tipo di operazioni che il paziente deve compiere con l'erogatore per effettuare una efficace inalazione (riducendo il rischio di "errori critici" nella assunzione del farmaco);
- la costanza della quantità del farmaco erogato indipendentemente dalla gravità della malattia respiratoria;
- una riduzione al minimo indispensabile del dosaggio dei farmaci somministrati (LABA e ICS), per minimizzare il rischio di eventi avversi;
- una efficacia comprovata in una ampia fascia di pazienti, anche con BPCO "moderata" dal punto di vista funzionale, allo scopo di trattare più precocemente un paziente altrimenti destinato ad un più rapido e pur sempre irreversibile declino funzionale;
- una ampia scelta di terapie inalatorie complementari (LABA, LAMA, LABA+ICS, LABA+LAMA, LAMA+LABA+ICS), mirate a differenti target di pazienti affetti da BPCO e tutte somministrabili con il medesimo inalatore.

Nell'ottica di migliorare complessivamente il trattamento della BPCO, insieme ad un costante sforzo educativo e di presa in carico del paziente da parte di tutti gli operatori sanitari e caregivers coinvolti, la semplificazione della terapia inalatoria, con l'obiettivo di aumentare l'aderenza e la concordanza al trattamento, rappresenta un fattore imprescindibile per ottenere un maggiore controllo della patologia sia in termini di "outcomes clinici" che di controllo della spesa sanitaria.

apposita, sull'esempio di quanto a suo tempo fatto per l'educazione alla gestione della condizione diabetica. Naturalmente altre fattive iniziative per poter migliorare l'aderenza possono essere attribuite a infermieri, farmacisti o medici di famiglia, eventualmente anche in collaborazione con regioni e aziende farmaceutiche.

COLETTA – A mio parere, al fine di migliorare l'aderenza alle terapie di lunga o lunghissima durata, dovrebbero essere sfruttate al meglio anche le potenzialità offerte dalla telemedicina per controllare, ad esempio tramite l'impiego dei sempre più diffusi smartphones o tablets, tempi e modi di assunzione dei farmaci prescritti da parte dei pazienti.

RIZZELLO – Anche organizzare al meglio il nostro lavoro può risultare assai efficace, prima ancora degli eventuali interventi messi in atto a

livello regionale. A Livorno, ad esempio, abbiamo costruito un sistema di accesso alle prestazioni basato sulla gravità della situazione clinica e laboratoristica dei malati, garantendo nei casi più impegnativi prime visite e controlli entro 15 giorni dalla richiesta. Ovviamente questa organizzazione del lavoro, seppure assai efficace, ha comportato un notevole carico aggiuntivo di lavoro per tutti gli operatori coinvolti.

MARINAI – il gran numero di ricoveri se da un lato pone questa patologia tra quelle da attenzionare per il rischio di inappropriata dall'altro lato offre una opportunità: quella di fare educazione sanitaria al momento della erogazione dei farmaci in dimissione. Questa opportunità non è ancora oggetto di un progetto strutturato ed è ancora lasciata alla singola iniziativa dei Professionisti. Forse possiamo fare di più.

ANTONIO PANTI

Insegnare a curarsi

È acclarato che l'insufficienza respiratoria cronica sia sempre più diffusa e che un grande problema sia rappresentato dalla scarsa aderenza alla terapia il che favorisce le riacutizzazioni, costose sul piano umano e sociale. I cronici hanno sempre difficoltà a seguire terapie complesse ma, in questo caso, la compliance è ancora minore, dovendosi utilizzare erogatori piuttosto complicati, in particolare per gli anziani. Quindi i soggetti in politerapia, e spesso lo sono i pazienti affetti da BPCO, finiscono per trascurare il farmaco corredato da inalatore, strumento più difficile da usare rispetto all'assunzione di una pillola.

Ciò solleva molti problemi, quali la formazione del medico all'insegnamento al paziente e l'apprendimento da parte dello stesso. Ecco perché nelle AFT è importante il ruolo dell'infermiere, mentre il medico deve saper coinvolgere pazienti e familiari ed effettuare un corretto counselling, importante quanto il follow-up. L'altro corno della terapia è la lotta al fumo e l'abitudine alla vita attiva e alla passeggiata giornaliera. Purtroppo i centri antifumo sono carenti di risorse e personale e così, nonostante le campagne contro il tabagismo, non raggiungono grandi effetti. Ancora troppi adolescenti fumano, destinati ad un futuro di difficoltà respiratoria, subdolo all'inizio ma portatore di grave infermità.

Il paziente respiratorio difficilmente percepisce l'imminente gravità del proprio futuro e non accetta la complessità della terapia o almeno assai meno di un diabetico o di un cardiopatico. C'è qualcosa di sbagliato nel nostro sistema che poco agisce su questi fattori ed è quindi costretto a impegnare ingenti risorse nelle riacutizzazioni. Tutto

ciò prevederebbe un servizio in cui tutta la catena professionale, dal medico generale ai centri di elevata specializzazione, funziona all'unisono su ogni singolo paziente.

Queste osservazioni ci fanno capire come i nuovi farmaci, che consentono la monosomministrazione giornaliera e sono corredati di devices più semplici, rappresentino un progresso. Se è difficile la lotta al fumo e complicato cambiare stili di vita, almeno l'offerta di farmaci più semplici e ugualmente o più efficaci di quelli in uso, rappresenta un vantaggio. Il caso dell'insufficienza respiratoria mostra come il device sia parte costitutiva del farmaco in quanto modifica la compliance e consente un'utilizzazione più efficace.

Infine una riflessione sull'usabilità quale indicatore importante nelle preparazioni farmaceutiche. Conclusivamente, un paziente allenato all'uso del farmaco da un medico formato all'insegnamento, offre una buona garanzia sul risultato delle cure anche tra gli anziani che hanno difficoltà cognitive e motorie. In questo senso anche l'azienda chimica ha un ruolo se si propone quale partner formativo. L'aderenza alle cure è fondamentale nella cura dell'insufficienza respiratoria. Il percorso terapeutico può e deve migliorare, la formazione del paziente richiede più tempo per la cura e minori adempimenti burocratici, infine occorre fornire al territorio più risorse e ai Centri Specialistici la possibilità di organizzare al meglio la personalizzazione delle cure. La telemedicina darebbe senz'altro un ottimo aiuto. Speriamo che la Regione segua i consigli dei nostri esperti.

TM

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

FRANCESCO MAGNANTE

Medbox

La tecnologia al servizio dei medici di medicina generale

Come possono gli strumenti web rendere più semplice ed efficace il lavoro professionale dei medici di medicina generale? Come si possono attivare sinergie positive che favoriscano anche la crescita professionale?

Queste le domande di fondo che hanno guidato un gruppo di giovani medici, all'indomani dal conseguimento del titolo di formazione in medicina generale, all'ideazione di un portale dallo spirito innovativo e in continua evoluzione: www.medbox.it.

Tutti i giovani medici sperimentano all'inizio della professione quanto sia normale correre da uno studio all'altro per acquisire esperienza con le sostituzioni. Vivendo in prima persona i problemi che incontrano medici sostituti e medici titolari di convenzione, abbiamo sentito l'esigenza di un portale che potesse, dal basso e nella logica della rete, provare ad essere un supporto semplice, intuitivo al servizio di tutti i medici di medicina generale, presenti e futuri.

Una piattaforma di scambio, semplice e intuitiva

Il fulcro del sito è rappresentato dalla ricerca di sostituti da parte dei medici di medicina generale. Il funzionamento è molto semplice: è sufficiente inserire data di inizio e fine sostituzione e località in cui ha sede l'ambulatorio per avere così la lista dei sostituti della zona disponibili in quel periodo.

Una volta ottenuto l'elenco di sostituti disponibili nel periodo selezionato, è possibile visualizzare per ogni medico un profilo dettagliato sul percorso formativo e sulle attività lavorative svolte, il calendario delle disponibilità future e una cerchia di medici che il sostituto raccomanda in caso di sua indisponibilità.

Al medico di medicina generale non resta quindi che contattare il medico scelto e prendere accordi per la sostituzione.

Detto in breve, medbox.it non fa altro che riproporre online ciò che effettivamente succede



Francesco Magnante, nel 2009 si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Firenze. Nel dicembre 2013 ha terminato il Corso di Formazione Specifica In Medicina Generale. Attualmente svolge attività di continuità assistenziale presso la Asl 10 di Firenze. È ideatore e amministratore del portale di servizi per medici di medicina generale www.medbox.it



già nella realtà, sostituendo però alle lunghissime catene telefoniche un metodo di individuazione di sostituti disponibili e referenziati estremamente facile e rapido.

In medbox sono gli utenti che creano una rete di fiducia e garanzia

Come ogni piattaforma web anche www.medbox.it si alimenta di due fonti: da un lato le informazioni messe dagli iscritti, dall'altro il meccanismo di "check" e validazione da parte degli utenti-utilizzatori. I sostituti infatti ricevono da parte dei medici di medicina generale un feedback che non riguarda le loro competenze professionali, bensì l'attendibilità delle informazioni pubblicate. Un feedback negativo indica che, una volta contattato, il sostituto non era effettivamente disponibile. In caso contrario, il sostituto prenderà un punteggio positivo. Questo stimola il sostituto a tenere costantemente aggiornati il proprio profilo e i calendari delle disponibilità lavorative.

Servizi aggiuntivi

L'esigenza di fare rete ha portato i fondatori di www.medbox.it ad immaginare e costruire ulteriori servizi sulla piattaforma. Già ora è attiva una "sezione documenti" organizzata per regioni (Link: www.medbox.it/documenti.html). L'archivio contiene una serie di moduli e documenti che possono essere scaricati e stampati al momento del bisogno direttamente in ambulatorio, semplicemente collegandosi al sito www.medbox.it.



Questa sezione potrà essere aggiornata anche grazie al contributo diretto dei membri della comunità che potranno suggerire allo staff di Medbox la sostituzione o l'aggiornamento del materiale già presente sul sito o l'aggiunta di nuovi file.

La scatola (box) si riempie grazie agli utenti

Pian piano la "scatola" (box in inglese) prende forma e si riempie di contenuti – contenuti che sono gli stessi utenti a suggerire.

La nostra scommessa è di creare una comunità di medici, all'interno della quale si venga a realizzare uno scambio continuo e reciproco tra generazioni diverse di professionisti, e in parte questa collaborazione si sta già realizzando. I medici di medicina generale che già operano sul campo informano i giovani colleghi su recenti modifiche o mettono a loro disposizione la documentazione accumulata negli anni. I giovani sostituti, in cambio, creano per i colleghi più anziani modelli da inserire nel software di cartella clinica per aggiornare i certificati in base alle ultime direttive nazionali.

Per iscriversi alla piattaforma basta andare www.medbox.it e seguire gli aggiornamenti sulla pagina facebook (Link: <https://www.facebook.com/pages/MedBox/638605479583619?fref=ts>). **TM**



Info: francesco.magnante@libero.it



Ciao Giovanni Sostituto,

ESCI

CERCA

Cerca nei documenti...

MEDBOX

CHI SIAMO

INFO E PROFILO

DOCUMENTI

CONTATTACI

RISULTATI DI RICERCA

Foto del profilo



Nome e cognome

GIOVANNI SOSTITUTO

Via del sostituto 31 ((FI) Firenze)

Feedback: (1) (0)

1 giorni liberi su 1 ricercati

Azioni

PROFILO



SARA SOSTITUTA

via della sostituta ((FI) Firenze)

Feedback: (0) (0)

1 giorni liberi su 1 ricercati

PROFILO

PAOLA DEL CHIARO, V. GORI¹, L. TOMMASINI¹, F. PRATESI¹, L. ROSSO¹, L. NICCOLI²

Studio epidemiologico sui parti di donne straniere all'Ospedale SS. Cosma e Damiano di Pescia (PT)

Periodo 2010-2013



Paola Del Chiaro laureata e specializzata in Anestesia e Rianimazione presso l'Università degli Studi di Pisa. Dirigente Medico c/o USL 3 Pistoia Ospedale SS. Cosma e Damiano di Pescia dove si occupa principalmente di medicina del dolore e di anestesia ostetrica.

Il parto è un evento che s'inserisce nel ciclo vitale della donna e, spesso in un percorso relazionale di coppia e familiare, ha forti legami con le concezioni della vita, del dolore e della morte.

È strutturato secondo pratiche e credenze profondamente influenzate dalla visione del mondo di un popolo e da ogni cambiamento socioculturale.

La nascita di un figlio comporta inoltre radicali trasformazioni nell'assetto identitario con conseguenti e necessari adattamenti.

Nell'ambito delle donne immigrate questo processo è ancora più complesso perché possono realizzarsi ulteriori mutamenti causati dall'inserimento in un nuovo contesto socio-culturale.

I dati ISTAT pubblicati nel 2013 del bilancio demografico della popolazione residente confermano una tendenza alla diminuzione delle nascite in Italia avviatasi nel 2009.

Il calo si nota maggiormente per i figli nati da genitori entrambi italiani, mentre i figli nati da genitori entrambi stranieri sono ancora in aumento, anche se in misura più contenuta rispetto agli anni precedenti, se a questi ultimi si sommano anche i nati da coppie miste, si ottiene un dato pari al 20% circa delle nascite "straniere" rispetto alle totali.

Considerando la cittadinanza delle madri straniere, i dati ISTAT, individuano al primo posto le donne rumene seguite dalle marocchine, dalle albanesi e dalle cinesi; complessivamente queste quattro cittadinanze rappresentano il 46,9% di tutte le madri straniere.

La studio della cittadinanza dei genitori per tipologia di coppia rivela l'elevata propensione a formare una famiglia con figli tra concittadini per le comunità magrebine e cinesi, e più in generale, per tutte le comunità africane e asiatiche.

All'opposto le donne ucraine, polacche, moldave, russe e cubane immigrate nel nostro Paese mostrano propensione ad avere figli con partner italiani.

In una situazione intermedia si collocano le comunità rumene e albanesi in cui prevale, comunque, l'omogamia.

Nel dato complessivo, in Italia, oltre il 7% dei nati ha una madre di almeno 40 anni, mentre i nati da madri di età inferiore a 25 anni sono solo il 11% del totale.

La posticipazione della maternità è più accentuata nelle madri italiane ed ha contribuito al forte abbassamento della natalità osservato nel nostro Paese dalla seconda metà degli anni Settanta alla prima metà degli anni Novanta.

Nel 2012 le donne hanno in media 31,4 anni alla nascita del primo figlio, circa un anno e mezzo in più rispetto al 1995, valore che sale a 32 anni per le madri di cittadinanza italiana e scende a 28,4 per le straniere.

SITUAZIONE IN TOSCANA

Il numero di parti da donne straniere in Toscana è negli ultimi dieci anni più che raddoppiato, passando da 3.461 nel 2001 a 8.417 nel 2012 (27,1% del totale dei parti in Italia).

Il 96,1% delle madri straniere proviene dai paesi a forte pressione migratoria, e solo il 3,9% dai paesi a sviluppo avanzato.

Le partorienti straniere presentano caratteristiche diverse rispetto alle italiane: le straniere provenienti da paesi a forte pressione migratoria sono più giovani (età media al primo parto 28,3 anni rispetto ai 33,3 delle italiane in Toscana), presentano un livello di scolarizzazione più basso e di solito hanno un maggior numero di figli.

Alla luce di questi dati è stata esaminata la

¹ U.O. Anestesia e Rianimazione

² U.O. Ostetricia e Ginecologia

situazione anche nel reparto di Ostetricia e Ginecologia dell’Ospedale SS. Cosma e Damiano di Pescia (PT).

Sono stati analizzati i dati delle partorienti italiane e straniere dal 2010 al 2013, prendendo in esame la nazionalità, l’età, l’omogamia, e il tipo di parto.

RISULTATI

Abbiamo preso in esame gli anni dal 2011 al 2013 analizzando la provenienza delle donne straniere che hanno partorito nel reparto di ostetricia dell’ospedale di Pescia.

In seguito, sommando i dati dei quattro anni abbiamo evidenziato come le percentuali maggiori di partorienti straniere siano attribuibili a donne albanesi e rumene seguite da marocchine e cinesi (Figure 1-2).

Analizzando l’età media delle partorienti straniere (28,5 anni) vediamo che anche questa è in accordo con i dati ISTAT, e quindi più bassa rispetto all’età media di quelle italiane (31,5 anni circa nel 2012).

Prendendo poi in esame la percentuale di partorienti straniere rispetto ai parti totali è possibile notare che nei quattro anni esaminati, un quarto circa delle madri, che hanno partorito nel reparto di ostetricia dell’ospedale di Pescia, provenivano da altri Paesi.

Volendo evidenziare invece la composizione delle coppie dal 2010 al 2013 è possibile notare la diversa percentuale tra coppie omogame e coppie miste, quest’ultime risultano essere circa un quarto del totale (Figura 3).

Anche nel nostro Ospedale notiamo, come rilevato a livello nazionale da ISTAT che le comunità asiatiche e africane tendono a formare famiglia con i propri concittadini all’opposto delle russe, ucraine e polacche; situazioni intermedie si rilevano per le albanesi e le rumene (Figura 4).

Rispetto all’incidenza di taglio cesareo (TC), come visibile anche dal grafico, non si notano differenze sostanziali tra le italiane e le straniere

Negli anni analizzati la percentuale di straniere che sono andate incontro a TC è pari al 14,46 rispetto al 17,90 delle italiane (Figura 5).

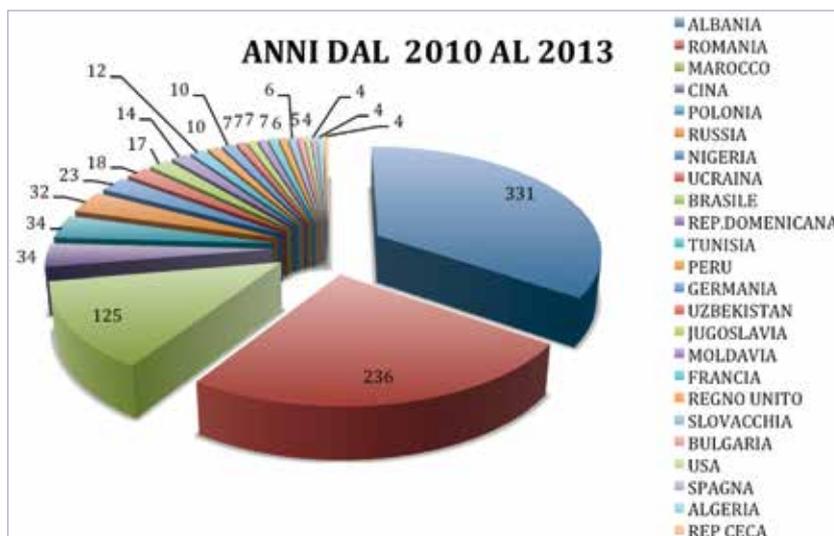


Figura 1 - Nazionalità delle partorienti straniere 2010-2013

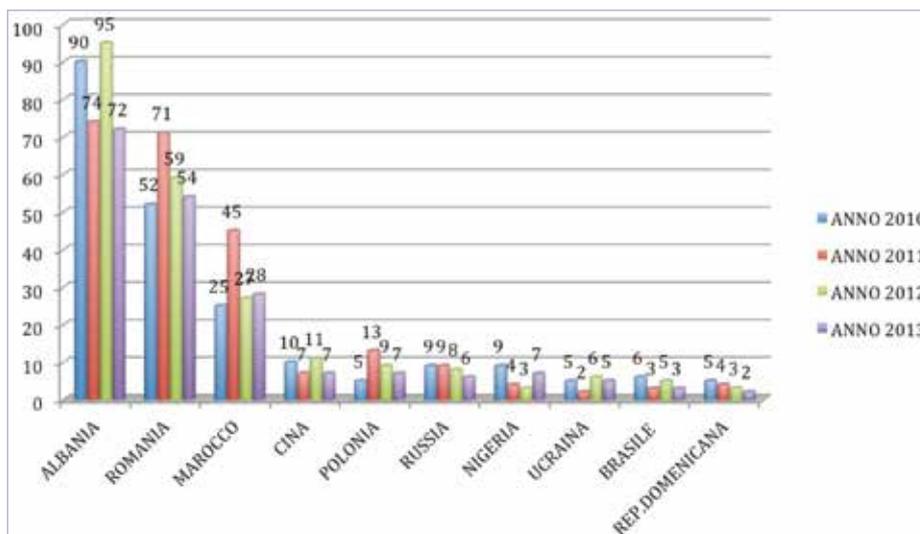


Figura 2 - Andamento numerico delle madri straniere nei quattro anni

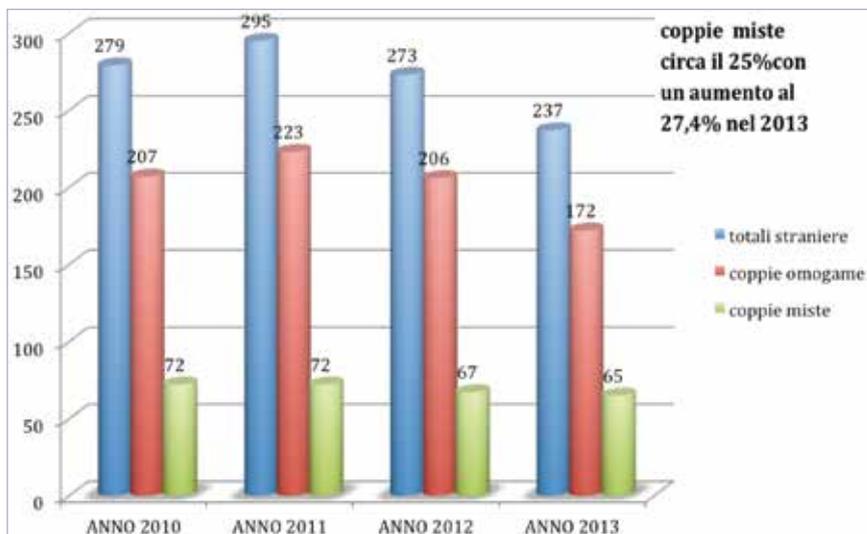


Figura 3

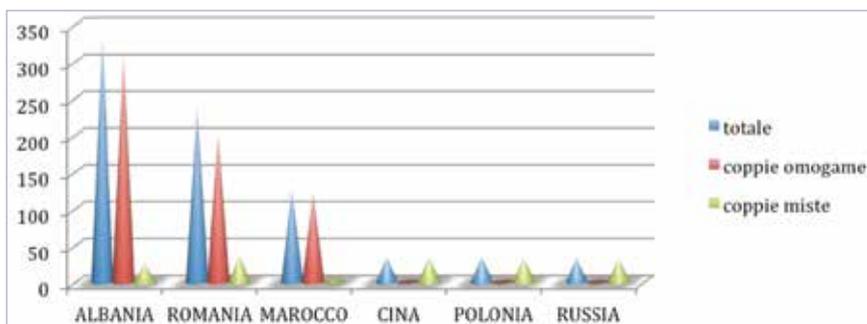


Figura 4

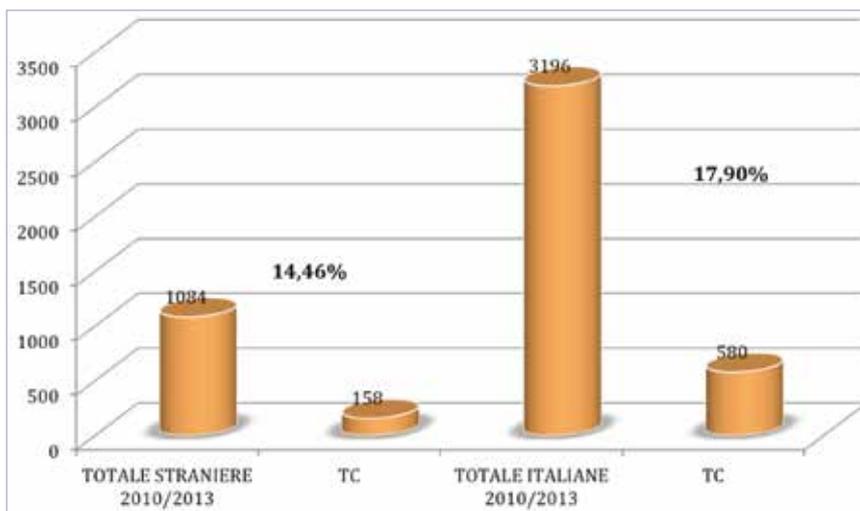


Figura 5 - Non esistono differenze significative tra il numero di TC nelle donne straniere rispetto alle italiane

Nel presidio ospedaliero "SS. Cosma e Damiano" di Pescia è attivo da anni un servizio per informare le pazienti sulla partoanalgesia.

Tutte le donne che desiderano partorire presso la struttura possono partecipare ad un percorso che comprende oltre agli incontri con le ostetriche e il neonatologo, anche un incontro dedicato con l'anestesista, dove vengono fornite informazioni chiare e dettagliate sull'analgesia perimidollare nel travaglio e nel parto vaginale e le diverse possibili anestesie in caso di taglio cesareo.

Per facilitare la comprensione a tutte le par-

tecipanti, il corso è corredato dalla visione di slide che illustrano chiaramente la metodica attraverso informazioni e immagini.

Naturalmente le partorienti straniere, se necessario, hanno la possibilità di avere l'aiuto di mediatori culturali, ma è certo che la visione delle immagini favorisce l'empatia e la corretta comprensione degli atti medici.

Negli ultimi anni si è manifestato un incremento di partecipazione delle stesse ai corsi e un maggior interessamento sulla metodica per la pratica della partoanalgesia.

I dati riportati nelle tabelle successive si rife-

riscono a quanto sopra.

Si evidenzia la quota percentuale di analgesie peridurali eseguite su partorienti italiane rispetto al totale dei parti italiani mettendolo in relazione con lo stesso dato riferito alle donne straniere che ne hanno fatto richiesta dal 2010 al 2013 (Figure 6-7).

A seguire è stato operato un distinguo solo fra le nazionalità con dati numerici più rilevanti (più di 30 partorienti periodo 2010-2013).

All'interno poi, della singola nazionalità, è stato esaminato il totale dei parti e l'incidenza percentuale della partoanalgesia. (Figura 8).

È possibile notare che la richiesta di partoanalgesia delle donne asiatiche e africane (maggior % di coppie omogame) sia numericamente minore rispetto alle donne polacche e russe (coppie per lo più miste).

Le donne albanesi e rumene si pongono numericamente in una zona intermedia.

CONCLUSIONI

I risultati presentati sono puramente *descrittivi* della situazione riguardante l'Ospedale SS Cosma e Damiano, ma per lo più, rispecchiano l'andamento nazionale, se confrontati con i dati ISTAT.

Tra le nazionalità numericamente più rilevanti che afferiscono all'Ospedale di Pescia, troviamo le donne albanesi seguite da rumene e marocchine, in numero molto minore le donne cinesi e russe.

Due sono i dati che emergono: buona percentuale di partoanalgesie e percentuale di TC simile tra italiane e straniere.

Questo può significare che la maggior parte delle donne di origine non italiana è perfettamente integrata nel contesto sociale, è ben informata, partecipa a tutti i corsi parto eseguendo anche lo screening ostetrico-ginecologico.

In questi anni ostetriche, ginecologi e anestesisti dell'Ospedale di Pescia si sono adoperati per offrire, oltre alla loro professionalità, anche un clima accogliente verso le partorienti straniere che è stato ricambiato ed apprezzato con fiducia.

È, infatti, innegabile sostenere che dal confronto e dallo scambio culturale non possa che derivare un miglioramento dell'assistenza alla nascita.

TM

Info: p.delchiaro23@gmail.com

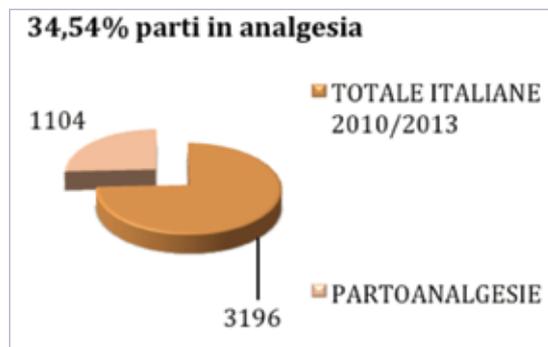


Figura 6



Figura 7

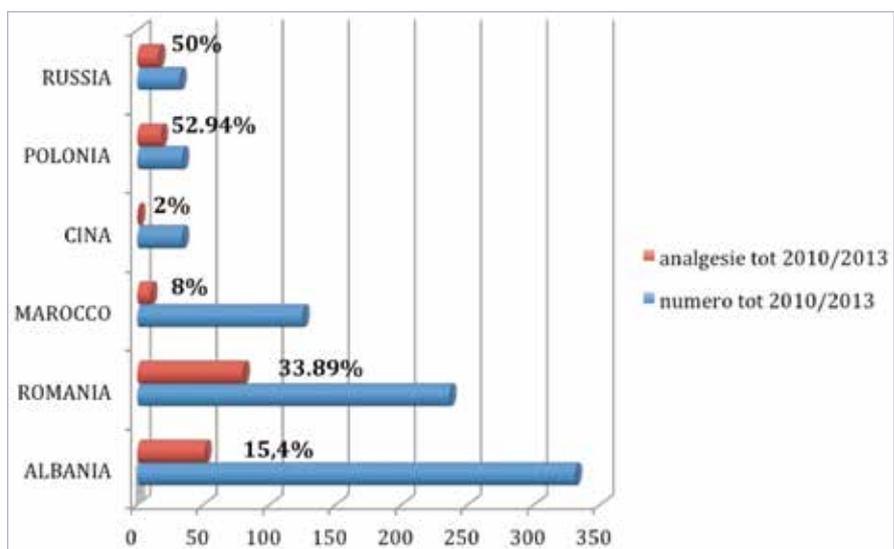


Figura 8

MARCO ZUPPIROLI



Marco Zuppiroli, medico di medicina generale. In passato ha collaborato presso la Cornell University (New York City) e in progetti di cooperazione internazionale in Nicaragua. Attualmente lavora come Medico di Continuità Assistenziale ed emergenza migranti presso la ASL 10. Collaboratore per le attività teoriche del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, si occupa inoltre di salute dei pazienti marginali.

Assistenza sanitaria ai pazienti stranieri irregolari

Analisi qualitativa e quantitativa nell'area metropolitana fiorentina e regionale

Parte II

L'analisi della situazione attuale, in termini quantitativi e qualitativi, dell'assistenza sanitaria agli immigrati irregolari (nello specifico alla categoria degli STP) nell'area metropolitana fiorentina e nella Regione Toscana, è stata oggetto di tesi di fine corso del triennio di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Il lavoro si è sviluppato su 3 livelli:

1. Questionario destinato alle ASL della Regione Toscana;
2. Osservazione diretta dell'operato di un ambulatorio per STP
3. Valutazione del report relativo agli accessi da parte dei pazienti STP nel 2012 al DEA dei quattro ospedali fiorentini a maggiore affluenza.

RISULTATI

1. Questionario ASL

Come si può notare in Figura 1, il panorama è quanto mai variegato. Si spazia da situazioni

ben delineate in cui i pazienti muniti di tessero STP vengono assistiti per lo più nell'ambito della Medicina Generale, ad organizzazioni dove "l'ambulatorio per extracomunitari" (non è stata menzionata la dizione STP) è gestito da un medico ospedaliero. Ancora, i pazienti STP possono rivolgersi ad ambulatori STP presenti sul territorio, sporadicamente agli ambulatori di Medicina Generale (senza che le prestazioni vengano poi retribuite dal Ministero dell'Interno tramite la Prefettura), o molto più frequentemente al Pronto Soccorso per ogni tipo di bisogno assistenziale.

2. Osservazione ambulatori dedicati STP

Gli ambulatori per STP sono le strutture sanitarie territoriali di riferimento per gli stranieri irregolari, ma spesso risultano esclusivamente degli uffici adibiti ad un'opera di triage verso le prestazioni specialistiche (Tabella 1).

ASL n°	QUANTI TESSERINI STP SONO STATI RILASCIATI IN UN ANNO?	SONO PRESENTI AMBULATORI POLISPECIALISTICI DEDICATI STP?	IPAZIENTI STP VENGONO ASSISTITI DAL MMG?	COME VENGONO RETRIBUITE LE PRESTAZIONI SANITARIE DEL MMG?	SONO PIU FREQUENTI GLI ACCESSI AL DEA O ALLA MEDICINA DEL TERRITORIO?
1: MASSA	DATO NON DISPONIBILE	NO	SPORADICAMENTE	NON RETRIBUITE	DEA
2: LUCCA	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
3: PISTOLA	NEL 2011: 143 NUOVI STP	NO: CHIUSO PER CARENZA DI PERSONALE	SI	COME PRESTAZIONE OCCASIONALE	DEA
4: PRATO	NEL 2012: 1788 NUOVI STP; RINNOVI 542	SI, IN CONVENZIONE CON LA CARITAS	SI	COME PRESTAZIONE OCCASIONALE	DEA
5: PISA	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
6: LIVORNO	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
7: SIENA	DATO NON DISPONIBILE	SI, CON MEDIATORE CULTURALE	SPORADICAMENTE	COME PRESTAZIONE OCCASIONALE	DEA
8: AREZZO	NEL 2012: 153 NUOVI STP;	NO	SPORADICAMENTE	COME PRESTAZIONE OCCASIONALE	TERRITORIO (CONSULTORIO FAMILIARE)
9: GROSSETO	Nel 2012: 69 TRA RILASCE E RINNOVI	NO	SPORADICAMENTE	COME PRESTAZIONE OCCASIONALE	DEA
10: FIRENZE	DATO NON DISPONIBILE	SI	SPORADICAMENTE	NON RETRIBUITE	DEA
11: EMPOLI	NEL 2011: 206 NUOVI STP	NO	SI, DAL 2002	COME PRESTAZIONE OCCASIONALE	TERRITORIO (MMG)
12: VIAREGGIO	DATO NON DISPONIBILE	SI	NO	...	DEA

ASL: Azienda Sanitaria Locale, STP: Straniero Temporaneamente presente, MMG: Medico di Medicina Generale, DEA: Dipartimento Emergenza Accettazione, n.p.: risposta non pervenuta.

Figura 1 - Questionario sottoposto tramite posta elettronica alle ASL Regione Toscana

Tabella 1 - Esempio di ambulatorio per STP (ASL 10 Viale Morgagni, Firenze)

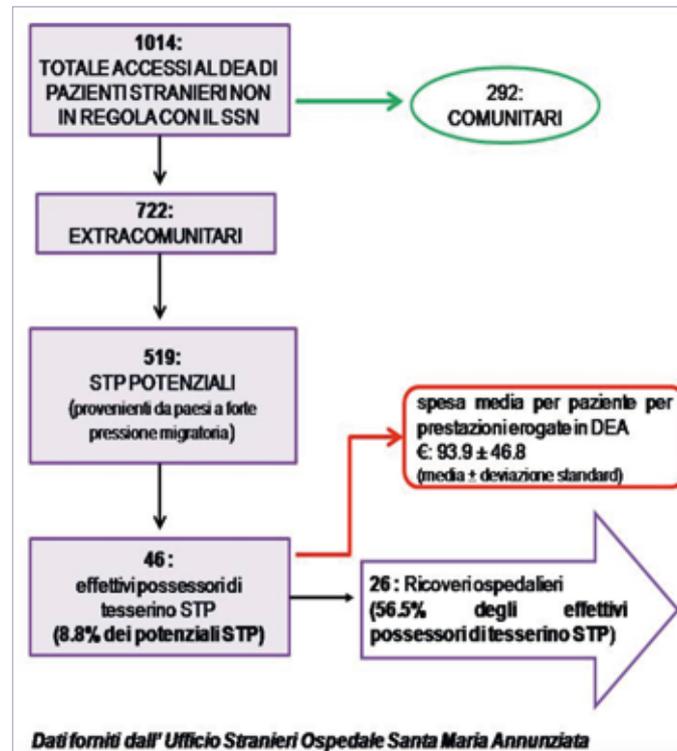
Personale sanitario	1 medico di medicina dei servizi, personale infermieristico assente
Personale amministrativo:	assente
Supporto informatizzato	assente
N° di accessi in un giorno	8 (in media)
N° di richieste specialistiche in un giorno	8 (in media)
Finalità dell'ambulatorio:	TRIAGE verso prestazioni specialistiche

3. Valutazione report accessi 2012 al Pronto Soccorso (Tabella 2)

Tabella 2 - Accessi al DEA nel 2012 da parte di pazienti muniti di tesserino STP

SGD Torregalli Scandicci, Firenze	Non pervenuta risposta
SMN, Firenze	27 (riferita sottostima del dato per errata registrazione al triage)
OSMA Bagno a Ripoli, Firenze	46
AOU Careggi, Firenze	346

Dettaglio DEA OSMA Bagno a Ripoli, Firenze



Per quanto concerne l'ospedale Santa Maria Annunziata (OSMA- Figura 2), su un totale di 1014 accessi di pazienti stranieri, 722 sono pazienti extracomunitari. Di questi, 519 sono potenziali aventi diritto al tesserino STP perché provenienti da paesi a forte pressione migratoria.

In realtà, gli effettivi possessori di tesserino STP che hanno fatto accesso al DEA dell'OSMA, sono 46, cioè l'8.8% dei potenziali aventi diritto stimati.

Di questi 46 pazienti, 26 (56.6%) sono andati incontro a ricovero ospedaliero.

Per i 46 STP effettivi, l'ufficio amministrativo dell'OSMA ha fatturato una spesa totale di € 36.891; escludendo il minimo e il massimo, si ottiene una spesa media per paziente di €93,9 ± 46,8.

È importante sottolineare che le prestazioni erogate in regime di DEA agli effettivi possessori di tesserino STP (8.8% del totale) vengono rimborsate dalla Prefettura; per i restanti potenziali aventi diritto, le prestazioni restano a carico dell'ospedale.

Figura 2 - Accessi nel 2012 al DEA dell'OSMA, Bagno a Ripoli (Firenze)

DISCUSSIONE

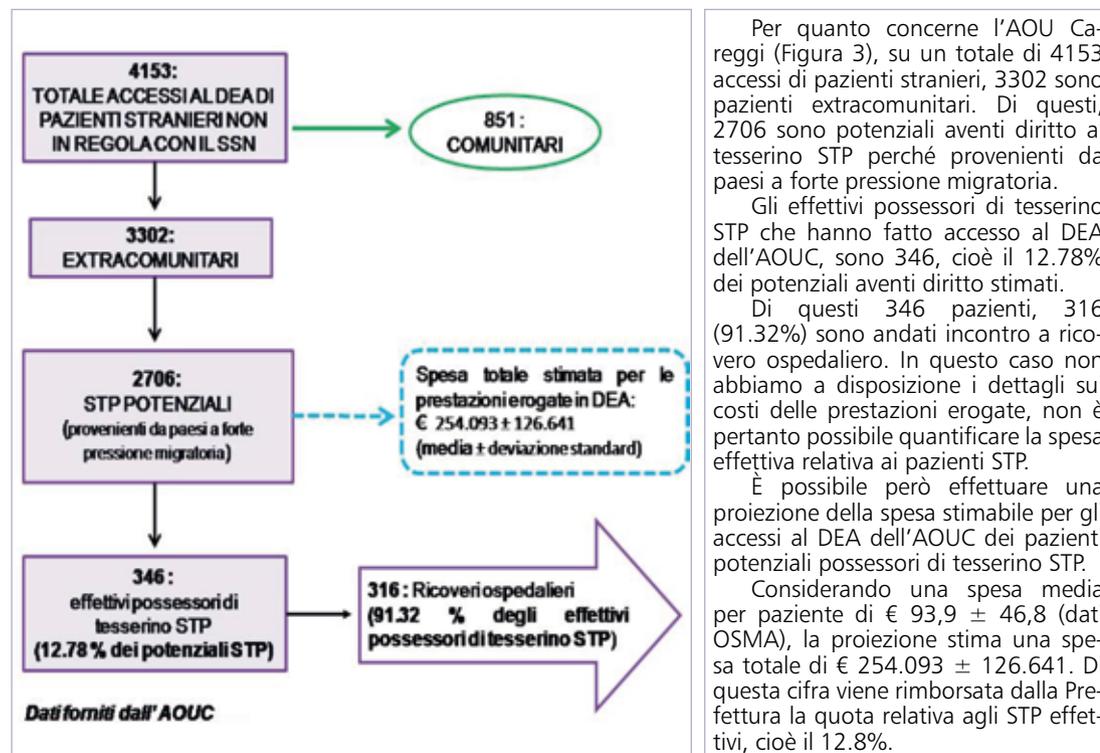
Analizzando i dati relativi all'AOUUC e all'OSMA, emerge che il numero effettivo dei possessori di tesserino STP è soltanto una piccola percentuale dei potenziali aventi diritto, cioè di coloro i quali sono irregolari e provengono da paesi a forte pressione migratoria. Peraltro, la maggior parte di questi accessi al DEA evolve in ricovero ospedaliero; in tal senso è lecito supporre che l'assenza di un'adeguata continuità assistenziale territoriale che gestisca le cronicità, contribuisca sensibilmente all'incremento delle riacutizzazioni di malattia destinate inevitabilmente all'ospedale per acuti.

In considerazione delle variabili presenti (la diversa concentrazione socio-demografica di immigrati irregolari nel territorio cittadino, il

diverso bacino di utenza dei vari ospedali) non è evidentemente possibile, con i soli dati a disposizione, effettuare una proiezione a livello dell'intera area metropolitana fiorentina e ancor meno a livello regionale. D'altra parte i dati dell'OSMA e dell'AOUUC di Firenze sono eloquenti e appaiono più che sufficienti a evidenziare un problema che è attualmente sottostimato e che rappresenta una voce non trascurabile del budget annuale di una Azienda Sanitaria.

La sottostima del dato effettivo, sembra essere conseguenza di più fattori: la scarsa tracciabilità della tipologia di pazienti in questione, la non adeguata informazione del personale sanitario e amministrativo, la gestione non univoca a livello aziendale. In tal senso, anche la sola corretta registrazione dei dati inerenti agli

Dettaglio DEA AOU Careggi, Firenze



Per quanto concerne l'AOU Careggi (Figura 3), su un totale di 4153 accessi di pazienti stranieri, 3302 sono pazienti extracomunitari. Di questi, 2706 sono potenziali aventi diritto al tesserino STP perché provenienti da paesi a forte pressione migratoria.

Gli effettivi possessori di tesserino STP che hanno fatto accesso al DEA dell'AOU, sono 346, cioè il 12.78% dei potenziali aventi diritto stimati.

Di questi 346 pazienti, 316 (91.32%) sono andati incontro a ricovero ospedaliero. In questo caso non abbiamo a disposizione i dettagli sui costi delle prestazioni erogate, non è pertanto possibile quantificare la spesa effettiva relativa ai pazienti STP.

È possibile però effettuare una proiezione della spesa stimabile per gli accessi al DEA dell'AOU dei pazienti potenziali possessori di tesserino STP.

Considerando una spesa media per paziente di € 93,9 ± 46,8 (dati OSMA), la proiezione stima una spesa totale di € 254.093 ± 126.641. Di questa cifra viene rimborsata dalla Prefettura la quota relativa agli STP effettivi, cioè il 12.8%.

Figura 3 - Accessi nel 2012 al DEA dell'AOU Careggi, Firenze

accessi al DEA da parte dei cittadini STP, sarebbe sufficiente a delineare più chiaramente la situazione amministrativa e a quantificare il gap economico esistente.

CONCLUSIONI

I continui accessi al DEA da parte dei pazienti stranieri non in regola con il sistema sanitario nazionale, rappresentano un problema non indifferente in termini di economia sanitaria. Non avendo un medico di fiducia, il paziente si reca al Pronto Soccorso. Indipendentemente dalla sintomatologia, dal dolore addominale alla lombosciatalgia, dalla faringodinia alla cistite, il riferimento è sempre l'ospedale per acuti.

È importante sottolineare che, essendo l'ospedale e il distretto sanitario i luoghi dove più vengono rilasciati i tesserini STP, è proprio in queste sedi che l'informazione e l'accuratezza devono essere implementate. Soltanto con il tesserino STP il paziente è "tracciabile" e in questo modo può essere assistito da un medico di medicina generale; la spesa relativa alle prestazioni sanitarie erogate, sia in ambito ospedaliero che a livello territoriale, risulta a carico del Ministero dell'Interno e viene quindi rimborsata dalla Prefettura, non gravando sul budget delle Aziende Sanitarie.

La Regione Toscana, secondo il DPR n. 394/99, ha individuato da tempo nella Medicina Generale (vedi articolo precedente) un possibile modello di assistenza sanitaria ai pazienti

STP. D'altra parte ogni Azienda Sanitaria, considerando le peculiarità del proprio territorio, ha scelto autonomamente le modalità assistenziali più opportune.

Laddove i pazienti possessori di tesserino STP vengono assistiti negli ambulatori di Medicina Generale (ASL 11 Empoli, vedi Figura 1) si registra un minor numero di accessi al Pronto Soccorso, con conseguente riduzione della spesa sanitaria. Contemporaneamente il paziente è assistito con cure continue nel tempo, secondo una gestione appropriata, come per i cittadini autoctoni.

Dalla nostra analisi emerge che in un ospedale al quale afferrisce soltanto una minima parte di immigrati irregolari, la spesa sanitaria annua dei soli accessi al Pronto Soccorso, senza considerare il numero di ricoveri, è nell'ordine delle centinaia di migliaia di euro (vedi Figura 3). Dato che il numero è ampiamente sottostimato, sarebbe opportuno innanzitutto quantificare in maniera corretta la spesa per questo sottogruppo di popolazione. Oltretutto non è da sottovalutare che, la popolazione in questione nel nostro territorio regionale è numerosa, in continuo aumento e tutt'altro che "temporaneamente presente".

Dopo l'esperienza vissuta in prima persona nel progetto sulla continuità assistenziale per i pazienti marginali (Casa Stenone) e alla luce dei dati relativi agli accessi ai DEA degli ospedali di Firenze, è evidente come attualmente l'assisten-

za sanitaria ai cittadini stranieri irregolari sia da una parte inadeguata per il paziente, dall'altra gravosa sul piano economico per il sistema sanitario regionale. Una possibile e parziale soluzione per le criticità emerse può essere fornita dalla Medicina Generale.

Crediamo sia doveroso che il medico di medicina generale sia messo nelle condizioni di accogliere questa sfida e fornire risposte nell'ambito del territorio. Intercettando i pazienti prima che questi giungano in ospedale, si evita di intasare il Pronto Soccorso con accessi impropri. Dal punto di vista della retribuzione, le prestazioni occasionali fornite agli STP vengono fatturate all'Azienda Sanitaria Locale di pertinenza che a

sua volta si fa rimborsare tramite la Prefettura dal Ministero dell'Interno. Pertanto per il medico di medicina generale la presa in carico degli STP non rappresenterebbe un sovraccarico di lavoro gratuito, ma un aumento e una diversificazione del lavoro, peraltro adeguatamente ricompensato.

Per motivi socio demografici, di diritto alla salute, appropriatezza delle cure e di economia sanitaria, non si può più attendere: la Medicina Generale deve prendere in carico questi pazienti.

TM

Info: mrc.zuppiroli@gmail.com

FABIO FRANCHINI, CORINNA ONORI¹

Incidenti legati all'uso dei farmaci in pediatria



Fabio Franchini si è occupato di pediatria presso la Clinica Pediatrica dell'Università di Firenze Ospedale Meyer, prima come Assistente Ospedaliero poi come Assistente Universitario. Ricercatore dal 1976 e Aiuto presso la Clinica Pediatrica III dal 1987. Professore Associato in Terapia Pediatrica Speciale dal 1991.



Corinna Onori, Laurea in Scienze Biologiche con indirizzo molecolare e tecnologico, esperienze in Controllo Qualità microbiologico presso Sammontana. Attualmente in tirocinio post laurea presso l'Ospedale Meyer Firenze in Laboratorio di Chimica Clinica.

Gli incidenti legati all'uso dei farmaci sono un fenomeno ampiamente riconosciuto e riportato in letteratura, sia per il loro uso, talvolta scorretto, che per gli effetti collaterali e i rischi dovuti ad interazioni tra prodotti farmaceutici diversi.

In generale si deve al farmaco il vantaggio di un allungamento della vita e della sua qualità, d'altra parte, assieme al suo aumentato utilizzo, si intensificano i potenziali rischi ad esso correlati, accentuando di conseguenza l'interesse per questo argomento.

Recentemente è emerso, da uno studio svolti in Lombardia, attraverso il monitoraggio di otto grandi ospedali, un aumento delle reazioni avverse o errori da farmaci provenienti dal pronto soccorso di questi ospedali. Nel periodo 2000-2006 erano pervenute poche decine di segnalazioni, mentre dall'ottobre 2011 a oggi sono state più di 4.500 (Monitoraggio epidemiologico delle reazioni e degli eventi avversi a farmaci in pronto soccorso finanziato dall'AIFA). Questi fatti evidenziano una maggior sensibilità nella popolazione a reazioni avverse dovute ai farmaci (la maggior parte riscontrabili negli over sessantacinque e settantacinque, in cui la percentuale di rischio è rispettivamente di tre e quattro volte maggiore rispetto al resto della popolazione). Se a questi, come a molti altri fatti attuali, si aggiunge il ricordo di alcune pagine più tristi della storia della farmacologia, ad esempio il caso talidomide, ritirato dal commercio negli anni sessanta poiché teratogeno per il feto, si può comprendere come da più parti si continui ad alimentare una cultura popolare, ed una letteratura scientifica, che in parte nega il farmaco

e incita ad un ritorno del prodotto "naturale".

Molti osservatori sono del parere che per ridurre i danni da farmaci nei prossimi decenni occorrerà migliorare lo studio degli stessi, e rendere più snelle le procedure per ritirarli, se necessario, dal mercato. Anche se previsto nelle diverse normative nazionali, il ritiro di un farmaco dal mercato per la comparsa di ADR (*adverse drug reactions*) gravi e di un bilancio negativo rischio-beneficio è un processo laborioso e difficile.

Nonostante tutte le problematiche descritte, il consumo di farmaci in Italia è in costante aumento, con una spesa farmaceutica incrementata dell'1,7% rispetto all'anno precedente. La spesa annua procapite è di 436 € circa e si calcola una quantità di 1,7 dosi di farmaci giornaliere, compresa la popolazione in età pediatrica.

In particolar modo, per quanto riguarda questa delicata fascia della popolazione, l'utilizzo del farmaco determina ulteriori problematiche. Infatti la posologia e l'uso dei farmaci su bambini ed adolescenti non sono spesso appropriate. Sussiste quindi la possibilità del verificarsi di *adverse drug reaction*. Va ricordato inoltre che 7 farmaci su 10 non hanno un'indicazione d'impiego nel bambino. Bambini e adolescenti non sono adulti in miniatura. I loro corpi metabolizzano i farmaci in modo diverso dagli adulti ed il loro sviluppo cerebrale, il sistema immunitario, i diversi organi, richiedono una terapia farmacologica adeguata e poco invasiva. La prescrizione di farmaci gioca un ruolo importante ed essenziale nella cura pediatrica ed i medici spesso devono fare prescrizioni basate su dati di sicurezza ed efficacia, incompleti o assenti per le popolazioni

pediatriche.

Sull'utilizzo di molti farmaci, i medici non possono essere sicuri della dose corretta per i bambini e usano semplicemente una quantità proporzionata basata su mg/kg di peso corporeo o su mg/m² di superficie corporea; è dimostrato però che rispetto ad un adulto, differenze fisiologiche e cambiamenti evolutivi tipici di bambini e adolescenti, possono produrre importanti variazioni nella farmacocinetica, impedendo così una terapia ottimale. I diversi tipi di rischio associati alla mancanza di informazioni su sicurezza, efficacia e posologia espongono potenzialmente i bambini a problemi anche gravi, di solito dovuti ad eccessivo dosaggio; i dosaggi farmacologici per altro hanno un'ulteriore problematica di definizione, legata essenzialmente ai diversi gruppi di età dei pazienti pediatrici (neonati, lattanti, adolescenti).

Al pediatra è quindi richiesto, non solo di confrontarsi con l'aspetto strettamente biologico e scientifico della malattia, ma anche di essere continuamente aggiornato sulle nuove disposizioni riguardanti terapie farmacologiche che pervengono da nuovi dati di ricerca clinica per questa fascia d'età, studi, per fortuna, sempre più incoraggiati dalla FDA. La promozione ad un uso corretto dei farmaci in gravidanza, nei bambini e negli adolescenti viene compiuta anche on-line, dove è possibile trovare preziose informazioni che hanno alla base un'attenta analisi della letteratura scientifica (www.farmaciegravidanza.gov.it).

Oltre a tutte queste considerazioni è importante valutare che, una volta individuata la cura e la posologia farmacologica adeguata, determinante per il buon esito della terapia è l'osservanza della prescrizione. **Osservanza che dovrebbe essere ottenuta collaborando con la famiglia fino al risultato terapeutico desiderato.**

Il seguente decalogo può essere di ausilio al pediatra sull'uso dei farmaci:

- I farmaci da usare nei programmi terapeutici di un pediatra devono essere contenuti nel numero (20-30).
- Nella somministrazione del farmaco prediligere la via orale a quella intramuscolare.
- Nella scelta dei farmaci, tener conto dei rapporti costi/benefici.

- Nella prescrizione privilegiare i farmaci di prima scelta, riservando ai farmaci di seconda scelta solo ad infezioni resistenti.

- Non associare mai due antibiotici, se non per effettiva necessità e dopo essersi assicurati che vi sia sinergismo.

- L'assunzione dei farmaci per via orale può essere posta in rapporto ai pasti più che ad ore, sfruttando, quando sia indicato, l'effetto ritardante del cibo sull'assorbimento.

- Nella ricetta medica devono essere indicati non più di due-tre farmaci (ad esempio: antibiotico e antipiretico).

- Nella prescrizione indicare con chiarezza (anche di scrittura) il farmaco ed il dosaggio, per ottenere così la collaborazione del farmacista evitando errori interpretativi.

- Prima di impiegare un nuovo medicamento, cercare le referenze fornite dalla letteratura, accertando gli effetti collaterali e le esperienze acquisite.

- L'esperienza personale e la precisazione del momento cronologico nel quale si trova la manifestazione flogistica, guideranno l'impostazione del "protocollo terapeutico".

Per concludere, questo articolo ha principalmente messo a fuoco i problemi delle reazioni avverse da farmaci, in particolare a livello della popolazione pediatrica. Viste le problematiche dei farmaci destinati ad uso pediatrico, per aumentare la qualità e la quantità dei dati sulla sicurezza ed efficacia di farmaci è necessario in futuro promuovere la ricerca. Sarà sempre più importante concentrare l'attenzione sui nuovi dati riguardanti la sicurezza dei farmaci e la corretta prescrizione farmacologica in età pediatrica.

I trial clinici forniscono importanti informazioni sugli effetti dei farmaci nella popolazione studiata, ma le decisioni sull'appropriatezza di un farmaco particolare per uno specifico individuo all'interno della popolazione spetta ai medici. Solo i medici, attraverso la diagnosi differenziale nel contesto della storia clinica di un paziente, possono azzardare se i benefici determinati dal farmaco prescritto ad un particolare paziente ne giustificano i rischi.

TM

Info: prof.f.franchini@virgilio.it

CORSI

Corso Base di Medici in Africa

Il corso base di Medici in Africa si terrà **da Giovedì, 4 Giugno 2015 a Sabato, 6 Giugno 2015** ed è rivolto a medici ed infermieri interessati a svolgere azioni di volontariato nei paesi in via di sviluppo. Il corso si propone di fornire, in tempi brevi, informazioni sulla situazione sanitaria in Africa, cenni di autoprotezione dalle più frequenti malattie endemiche, cenni di diagnosi e terapia di malattie tropicali di frequente riscontro. Inoltre fornisce l'esperienza di colleghi che sono già stati in tali zone e mette in contatto i futuri cooperanti con alcune delle organizzazioni che lavorano e/o che gestiscono ospedali nei paesi in via di sviluppo. Il corso è a numero chiuso con un massimo di 45 partecipanti. Il costo è di Euro 30.

Organizzazione: Medici in Africa Onlus. Crediti ECM: **20**. Luogo: Genova - Auditorium del Galata Museo del Mare. Info: medi-cinafrica@unige.it - tel 010 3537274



Marcello Montomoli, Resp. SSD Formazione Aggiornamento e Ricerca in Med. di Emergenza-Urgenza, c/o il DEU-118 Az. USL 7 Si. Spec. in Geriatria e in Scienza dell'Alimentaz. è membro del Comitato Sc. del Centro Malattie Metaboliche dell'Univ. di Si. Fa parte della National Faculty SIMEU-American Heart Association per i corsi BLS, ACLS, PALS. È Ufficiale Med. della Riserva della Marina Militare Italiana e ha partecipato a operazioni naz.li e internazionali.

M. MONTOMOLI, G. SBRANA¹, V. CHELLI¹, R. MONACO², R. BIAGIONI¹, F. BRUNI³, M. BREGGIA¹, L. FRANCESCONI²

Team Training: il Programma TeamSTEPPS

Nell'assistenza sanitaria, come in altri ambiti lavorativi, il fattore umano è elemento fondamentale per una performance eccellente. D'altro canto, l'errore è possibile e comune. Nonostante gli incessanti progressi tecnologici che contribuiscono a rendere più sicura la pratica clinica, l'impatto del fattore umano è preponderante, come dimostrano le ricerche in tema di *risk management*: complessivamente vengono identificati come determinati da fattori umani circa il 70-80% dei casi di eventi avversi in sanità. La ricerca psicologica studia da tempo i fattori correlati con la performance e la sicurezza, e anche se sappiamo che l'errore umano non è eliminabile, sappiamo anche che è possibile minimizzare, intercettare e mitigare gli effetti degli errori, potenziando fra gli operatori una serie di capacità di gestione del rischio. Vi è una crescente consapevolezza che gli operatori sanitari dovrebbero possedere non solo eccellenti abilità tecniche, ma anche essere competenti in una serie di abilità non tecniche (non *technical skills*) che sono di tipo cognitivo, sociale e interpersonale, e che contribuiscono a portare a termine dei compiti specifici in modo efficace e sicuro. Diversi studi hanno dimostrato l'associazione tra le abilità non tecniche e la sicurezza in vari contesti sanitari e non, compresi i Dipartimenti di Emergenza. I clinici esperti dimostrano spiccate capacità relazionali come parte integrante della loro professionalità, tuttavia si tratta generalmente di abilità sviluppate ad hoc dal singolo professionista e in modo non sistematico. Sviluppare in modo specifico queste abilità cognitive/comportamentali/relazionali non ha importanza solo nell'area del Management e della Gestione, ma è prioritario anche nel campo prettamente Clinico-Assistenziale. La performance e la sicurezza sono direttamente e pesantemente influenzate dalle capacità di *leadership* e *membership* dei componenti dei team sanitari. Sorprende come nei curricula formativi questi aspetti spesso non siano affrontati sistematicamente e siano lasciati esclusivamente alla sensibilità individuale o alla formazione ultraspecialistica, che di norma giunge tardi nel percorso professionale.

Nonostante l'importanza critica del comportamento degli operatori (e quindi delle loro abilità non tecniche), va evidenziato il fatto che questo è solo uno degli elementi di una effica-

ce strategia di gestione della sicurezza di una organizzazione. Come chiaramente evidenziato nel modello del "formaggio svizzero" di Reason (1997), gli incidenti sono solitamente causati da una sequenza di punti di debolezza nelle difese di una organizzazione. Questi possono essere attribuiti ad una combinazione di errori e violazioni da parte dello staff operativo (*active failures*) e da situazioni latenti insicure nel sistema lavorativo legate a fattori organizzativi, manageriali, logistici, strutturali, economici, ecc. Il personale di "prima linea" rappresenta in questo modello l'ultima linea di protezione delle difese di sistema. Quindi il personale non è solo attore in negativo come responsabile di errori che possono contribuire a determinare un incidente o evento avverso, ma soprattutto è un protagonista in positivo, che regolarmente intercetta e corregge i propri ed altrui errori, fornendo inoltre resilienza ed esperienza in grado di far sì che le cose vadano bene, nonostante l'imperfezione dei sistemi tecnici e ambienti lavorativi rischiosi.

Il Dipartimento della Difesa USA (DoD) e l'Agenzia USA per la Ricerca e la Qualità nei Servizi Sanitari (AHRQ) hanno sviluppato il Programma TeamSTEPPS (*Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety*), un sistema per il lavoro in team che fornisce importanti strumenti per migliorare la collaborazione e la comunicazione all'interno di ogni istituzione sanitaria. Il *Team-work* si è dimostrato uno dei cardini nel cambiamento della cultura organizzativa in sanità. Gli esperti di Patient Safety affermano in modo concorde che la comunicazione ed altre abilità di team-work sono essenziali per fornire una assistenza sanitaria di alta qualità e nella prevenzione e mitigazione di eventuali errori sanitari e delle loro conseguenze per il paziente.

TeamSTEPPS è un programma di formazione *evidence-based* che mira ad ottimizzare la *performance* dei team sanitari rendendoli capaci di rispondere in modo rapido ed efficace a qualunque situazione insorga. Questo curriculum è stato sviluppato da un *panel* di esperti, incorporando oltre 30 anni di ricerca scientifica sui team e sulla loro performance e comprende fasi di informazione, *simulation training*, *coaching* sul luogo di lavoro e misurazione degli *outcomes* formativi. Di seguito riassumiamo i componenti essenziali del programma formativo.

¹ DEU-118 Az. USL 9 Grosseto

² DEU-118 Az. USL 7 Siena

³ DEU-AOU Senese

Il Sistema Multi Team e l'assistenza al Paziente

Per lavorare in modo efficace e sicuro per il paziente spesso non è sufficiente un lavoro in gruppo, ma è necessario un lavoro di team diversi, coordinati e sinergici. Per lavorare in team è necessario che il *team* sia costituito (anche al momento, per esempio nel caso di emergenze) e riconoscibile. Il team è diverso dal gruppo: un gruppo può raggiungere i suoi obiettivi mediante il contributo individuale indipendente; il team è invece costituito da due o più individui che interagiscono in tempo reale, dinamicamente, coordinati e interdipendenti e adattativi verso uno scopo comune, hanno ruoli e compiti specifici limitati nel tempo. Nell'arco di vita di un team la missione del team ha un valore più alto rispetto agli obiettivi dei singoli individui componenti il team.

Tecniche di Comunicazione funzionali al lavoro in team

La comunicazione per il lavoro in team è un processo strutturato attraverso il quale i componenti del team si scambiano informazioni rilevanti in modo chiaro e accurato. Tutti i momenti del processo di team-work, soprattutto passaggi di consegne ed esecuzione di compiti, possono beneficiare di specifiche tecniche di comunicazione (SBAR, *Call-out*, *Check-back*, *Handoff*). Anche la gestione dei conflitti nel team può beneficiare di specifici modelli comunicativi.

La Buona Leadership di team

È la capacità di massimizzare le attività dei membri del team. Si esercita assicurandosi che le azioni del team siano comprese da tutti, i cambiamenti di informazioni siano condivisi e che siano disponibili le risorse necessarie. *Briefing*, *Huddle*, *Debriefing*, *Conflict management* sono specifici momenti di esercizio della buona leadership di team.

La Consapevolezza Situazionale

Il monitoraggio della situazione è un processo di attiva scansione e valutazione di elementi situazionali finalizzato ad ottenere informazioni o comprensione o consapevolezza di ciò che accade, a supporto del funzionamento del team.

La Consapevolezza Personale

I team sono composti da persone: elementi che influenzano fortemente la prestazione sono caratteristiche personali, come ad esempio la capacità di resistenza alla fatica e allo stress, tanto quanto la capacità di riconoscere il proprio stato psico-fisiologico per evitare interferenze nella propria operatività.

Il Supporto reciproco

Uno degli elementi di forza del lavoro in team

è il supporto reciproco, cioè la capacità di anticipare e supportare le necessità dei membri del team attraverso una accurata conoscenza delle loro responsabilità e del carico di lavoro ("io aiuto te/tu aiutami me", "io controllo te/tu controllami me").

Tutte queste abilità possono essere apprese, anzi devono essere apprese affinché una persona possa diventare un buon componente di un team, e poi devono essere mantenute e perfezionate nel tempo. Il programma TeamSTEPPS si aggiunge alle iniziative mirate a sviluppare performance e sicurezza nel lavoro in team e può essere adattato per le specifiche esigenze della realtà organizzativa italiana.

Implementazione del Programma TeamSTEPPS presso i PS ed i 118 di Siena e Grosseto

Riconoscendo il valore nonché l'utilità della formazione comportamentale sul modello del TeamSTEPPS, e con la possibilità di impiegare almeno alcuni degli strumenti di sicurezza dello stesso modello anche nell'ambito di un programma di *simulation training* in situ, è stato convocato all'inizio del 2014 presso la AOUS, un *focus group* con rappresentanze dei PS e 118 dell'Area Vasta Sud-Est. Tale *focus group* ha stabilito di avviare la formazione di Coach del programma TeamSTEPPS che consentano di diffondere i contenuti del programma e, in particolare di concentrarsi sul momento del passaggio di consegne (il cosiddetto *hand-over*) tra team di emergenza intra- ed extra- ospedalieri, implementando il modello SBAR come schema unico per tutta l'Area Vasta. Lo schema SBAR (Situation- Background- Assessment- Recommendation and Request) consente al Team che consegna il paziente di fornire al Team accettante le informazioni essenziali, con pochi passaggi, senza tralasciare nessun dato rilevante e in tempi ristretti. La formazione ha preso avvio dopo un lungo lavoro di traduzione del corso e studio del programma, da parte di un gruppo iniziale di Formatori esperti di *Crisis Resource Management* e NTS in genere, con un primo corso istruttori tenuto nel mese di settembre 2014 presso la CO 118 di Siena. I Coach così formati proseguiranno la formazione e la sensibilizzazione di personale delle CO 118 di Siena e Grosseto, nonché dei Pronto Soccorso della USL 7 e 9 e dell'AOUS. Il lavoro proseguirà con la sensibilizzazione in situ di tutto il personale dei reparti interessati. Lo strumento SBAR sarà impiegato nelle sessioni di *simulation training* e nei relativi *debriefing*. Infine sono stati messi a punto dei questionari ed altri strumenti per misurare la ricaduta sul personale e sulle performance cliniche dello strumento SBAR e del programma TeamSTEPPS in generale. **TM**

Info: marcello.montomoli@tin.it



Vincenzo Pieri, responsabile Laboratorio Analisi Chimico Cliniche Unità Sanitaria Territoriale (UST) Ferrovie dello Stato. Medico Federazione Medico Sportiva Italiana. Già Direttore SOD Accoglienza e Servizi di Laboratorio, Piastra dei Servizi, Ospedale di Careggi, Firenze.

VINCENZO PIERI, GIOVANNI DA VELA¹, ALESSANDRO MAZZANTINI², LUCA PIERI³, CONSUELO STADERINI⁴

Colesterolo e dintorni

Osservazioni epidemiologiche preliminari su un campione di popolazione selezionato

In questo lavoro abbiamo effettuato una indagine epidemiologica preliminare su un campione omogeneo di individui con attività lavorativa nel comparto ferroviario. Duplice lo scopo: da un lato volevamo evidenziare come la tecnologia odierna consenta al Laboratorio Analisi di effettuare misure biochimiche e nel contempo di valutare i dati trovati nel loro insieme, dall'altro utilizzare queste capacità a favore dei pazienti, sia come singoli individui, sia come insieme di persone soggette alle stesse noxae patologiche.

Si è scelto di raccogliere alcuni dati sul personale del Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane, che viene visitato e sottoposto ad accertamenti sanitari con frequenza diversa in base alla attività, all'età e alle condizioni di salute riscontrate, ma che, se si considerano sia l'ambito relativo al controllo della sicurezza dell'esercizio, sia quello relativo alla Medicina del Lavoro, effettua controlli almeno annuali presso l'Unità Sanitaria Territoriale della Direzione Sanità di Rete Ferroviaria Italiana (RFI) la cui sede a Firenze è posta nell'edificio della stazione di Santa Maria Novella.

I prelievi vengono effettuati ogni mattina, secondo i protocolli previsti per le varie tipologie

di visita ed inseriti tramite programma gestito dall'accettazione. I campioni, identificati con etichette con codice a barre, afferiscono al Laboratorio subito dopo il prelievo e vengono presi in carico dal sistema informatico in tempo reale. I risultati analitici, disponibili in giornata, vengono validati dal personale del Laboratorio Analisi e messi a disposizione del personale sanitario della struttura.

Il Laboratorio è dotato di moderni strumenti di misura alcuni dei quali sono direttamente interfacciati col sistema gestionale. In media il volume di attività può essere quantificato in circa 50000 esami per anno, derivanti da 8100 prelievi.

Il laboratorio, oltre alle consuete procedure per il controllo interno di qualità dei dati, partecipa ad un programma di controllo esterno gestito dalla ditta fornitrice della strumentazione e al Programma Regionale di Controllo di qualità della Regione Toscana (VEQ).

Usufruento dell'archivio informatico della struttura, abbiamo recuperato alcuni dati analitici, connessi strettamente a fattori di rischio cardiovascolare unanimemente accettati.

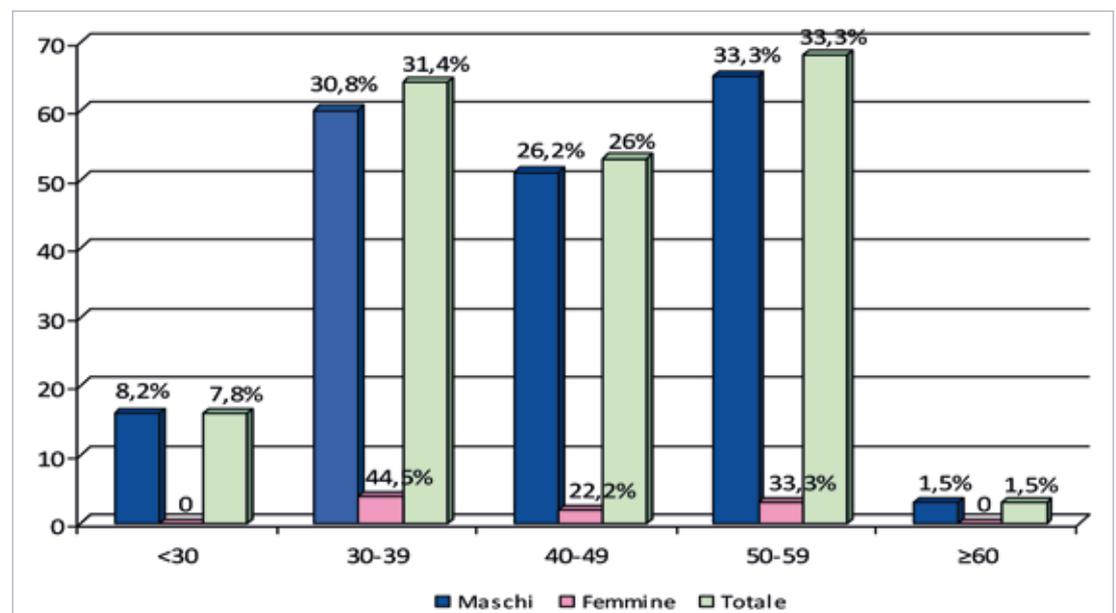


Grafico 1 - Distribuzione per sesso e classi di età dei dipendenti

¹ Medico di Laboratorio, Laboratorio Analisi UST Firenze, Direzione Sanità, Rete Ferroviaria Italiana (RFI)

² Responsabile UST Firenze-Pisa, Direzione Sanità, Rete Ferroviaria Italiana (RFI)

³ Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze

⁴ Tecnico di Laboratorio Analisi UST Firenze, Direzione Sanità, Rete Ferroviaria Italiana (RFI)

I dati, anonimi, si riferiscono a dipendenti afferiti al Laboratorio Analisi nel periodo, di circa due mesi, compreso tra il 3 marzo 2014 e il 5 maggio 2014.

Nel periodo considerato sono stati visitati 204 dipendenti, 195 maschi (95,6%) e 9 femmine (4,4%), di età media di 43,3 anni (43,2 i maschi e 44,2 le femmine (Grafico 1) e comunque compresa tra i 23 i 65 anni.

L'interesse per i fattori di rischio cardiovascolare, sia per quanto riguarda lo stile di vita, sia per quanto attiene ad alcuni parametri biochimici, pensiamo in particolare al quadro lipidico, si è mantenuto elevato negli ultimi anni. Ad esempio, se si interroga l'archivio MedLine alla voce colesterolo, risulta una mole impressionante di lavori (oltre 200.000 negli ultimi due anni) che dimostra quanto l'interesse per questo parametro non sia diminuito nonostante l'introduzione di terapie efficaci.

Sulla scorta delle riflessioni esposte abbiamo posto la nostra attenzione ai valori del colesterolo totale, della pressione arteriosa, della massa corporea e della abitudine o meno al fumo. In realtà sono disponibili molti altri dati biochimici, anamnestici e concernenti i farmaci assunti, che saranno oggetto di un ulteriore approfondimento.

L'estrazione dei dati ci ha consentito la costruzione di un foglio elettronico da cui abbiamo effettuato le successive elaborazioni.

L'analisi dei dati relativi alla colesterolemia evidenziano che circa un terzo dei dipendenti (61; 29,9%) presenta valori di colesterolo desiderabili (<200 mg/dl); il 45,6 % (n=93) valori di colesterolo compresi tra i 200 e 239 mg/dl (corrispondenti ad un rischio cardiovascolare moderato) e un quarto dei dipendenti (50; 24,5%) presenta valori superiori ai 240 mg/dl (rischio cardiovascolare alto).

Altri fattori di rischio sono stati così riassunti:

dichiarano di essere fumatori, anche se in misura diversa, il 21% dei pazienti visitati; la media della pressione arteriosa del gruppo considerato è di 125,6 mm Hg per la sistolica e di 77,9 mm Hg per la diastolica; il 16,1% dei pazienti assume farmaci per il controllo della pressione arteriosa. L'indice di massa corporea ricavato dalle misure di peso ed altezza è in media 26,3.

I dati presentati meritano un breve commento.

In primo luogo appare evidente una scarsa rappresentatività delle classi di età da 40 a 45 anni, causata, a nostro parere, dalla ristrettezza del campione esaminato. Una seconda osservazione è relativa alla considerazione che i valori di colesterolo tendono ad aumentare con l'età, ma che in genere, sono moderatamente elevati su tutte le classi di individui. I motivi potrebbero essere legati allo stile di vita e/o all'attività lavorativa svolta.

Altra considerazione riguarda invece la possibilità di incidere su questi fattori di rischio, senza ricorrere a terapie farmacologiche, intervenendo cioè proprio sullo stile di vita e la dieta. È opportuno che questa opera di prevenzione si affermi all'interno dell'azienda con l'apporto di tutte le figure coinvolte e cioè non solo dei medici e degli infermieri, ma anche dei rappresentanti dei lavoratori e degli stessi vertici aziendali.

Gli interventi di promozione della salute sono infatti considerati sempre più importanti ed utili alle Aziende che basano la loro competitività sulla ricchezza del fattore umano ed a lungo termine non solo portano benefici alla produttività, ma favoriscono la diffusione di una cultura della prevenzione specialmente per le patologie più gravi e più diffuse come ad esempio quelle tumorali e cardiovascolari.

TM

Info: g.davela@gmail.com

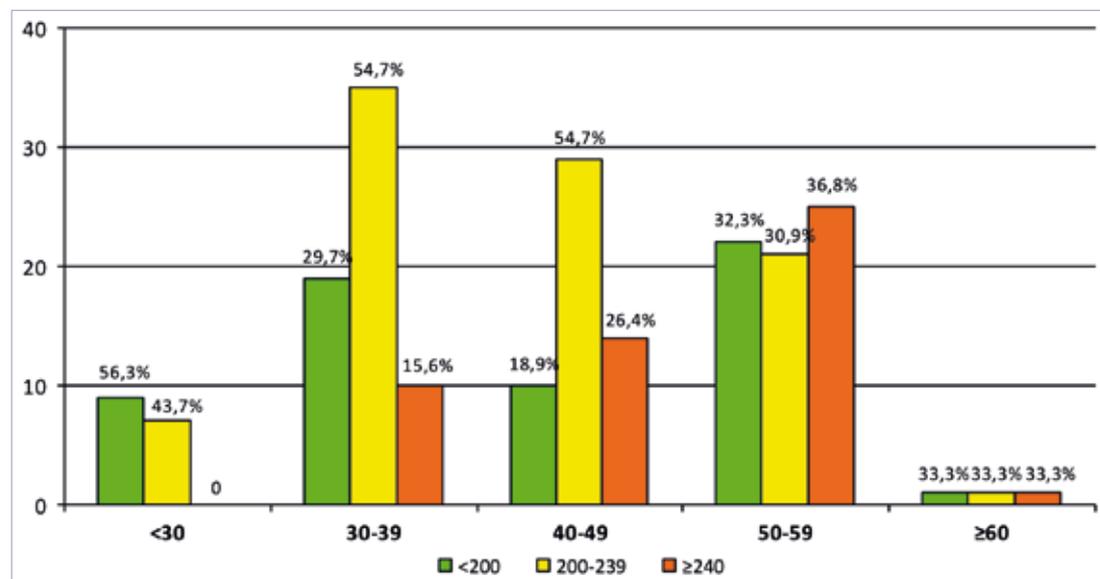


Grafico 2 - Distribuzione classi di età e colesterolemia (mg/dl) dei dipendenti



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

LEA 2013: La Toscana al primo posto in Italia

A cura della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale
Regione Toscana

Lo scorso dicembre il Ministero della Salute ha completato l'iter di valutazione delle Regioni non in piano di rientro, per gli adempimenti LEA 2013. Fra i vari temi oggetto di valutazione, particolare importanza ha assunto negli ultimi anni la valutazione della cosiddetta griglia LEA con la quale è valutato il mantenimento dell'erogazione delle prestazioni a carico del servizio sanitario, anche alla luce del suo inserimento tra i parametri per la definizione dei costi standard.

La griglia è formata da un set di indicatori rappresentativi dei diversi ambiti sanitari: assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Ogni indicatore viene pesato e misurato in base ai valori "soglia" previsti nel sistema di misurazione, dando luogo ad un punteggio finale che va da -25 a 225, in base al quale viene stilata la graduatoria delle Regioni.

Dopo un sesto posto dell'anno 2011 con punteggio pari a 168, e il secondo posto dell'anno 2012 con punteggio pari a 193, l'anno 2013 ha posto la Toscana sul gradino più alto con un punteggio che nessuna Regione aveva mai raggiunto prima: 214, con un incremento di ben 46 punti rispetto all'anno 2011.

Analizzando nel dettaglio gli indicatori, anche in riferimento ai risultati 2012, una prima evidenza è che nessun indicatore peggiora rispetto alla precedente valutazione. Anche per la prevenzione, area in cui si registrano le maggiori criticità, si evidenzia un miglioramento rispetto al 2012: la percentuale di bambini vaccinati per polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib, supera il 95% in tutte le aziende sanitarie (mentre nel 2012 alcune aziende si attestavano sotto questa soglia); aumenta, seppur lievemente, la Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale negli anziani; rimane critica la Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) che si attesta al 90,1% contro un valore soglia pari a 95%.

Sull'assistenza distrettuale l'unico indicatore che non raggiunge il punteggio massimo è la percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI, che tuttavia rispetto al 2012 fa registrare un grande balzo in avanti e se nel 2012 era stato valutato critico (punteggio pari a 0) per il

2013 si pone nella fascia immediatamente sotto quella massima. L'indicatore Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100) che nel 2012 si era attestato a 0,85 per il 2013 raggiunge il valore 1,18, salendo nella fascia massima di valutazione.

Per quel che riguarda l'assistenza ospedaliera la Toscana si conferma al vertice degli standard previsti, per tutti gli indicatori contenuti nella griglia non solo viene centrato il risultato migliore, a conferma dei risultati del 2012, ma sugli indicatori più significativi si registrano miglioramenti rilevanti. Il Rapporto tra ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri non a rischio di inappropriatezza, indicatore con maggior peso tra tutti gli indicatori della griglia, continua a scendere e se per il 2012 si era posizionato a 0,24 contro una soglia massima prevista inferiore a 0,30, per il 2013 il valore si attesta a 0,18. Aumenta anche la percentuale di DRG chirurgici ordinari sul totale dei ricoveri ordinari, si conferma la percentuale fra le più basse d'Italia dei parti cesarei, e relativamente all'emergenza in media intercorrono 15 minuti dalla chiamata all'arrivo del mezzo di soccorso.

Un quadro di assoluto valore, che impegna a migliorare ancora per i nostri cittadini; i numeri parlano, insegnano, ammoniscono; il tema vaccinazioni, il fine vita, le cure intermedie, il domicilio come luogo privilegiato, e nuova dimensione, delle cure territoriali sono le frontiere del progetto toscano per il prossimo anno. Il tavolo Lea è il tavolo nazionale di confronto tra esperienze regionali diverse, diverse capacità di risposta, diverse interpretazioni; nelle diverse aree altre regioni possono insegnare, infatti, nuovi approcci alle modalità di cura; questo lo spirito che ha portato la Toscana al primo posto.

Il riconoscimento, assegnato dal Ministero della Salute, per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza è quello a cui teniamo maggiormente, perché conferma, e dimostra, che una sanità pubblica, di qualità, per tutti è possibile; la misura di questo straordinario risultato, porta sul podio con l'impegno e la capacità di gestione dei nostri operatori, l'attenzione, e la continua programmazione propria del sistema sanitario toscano.

N.	Livello di assistenza	Definizione	Peso	Punteggi di valutazione - Regione Toscana	
				Risultato 2013	Risultato 2012
1	Prevenzione	1.1 Copertura vaccinale bambini (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	1	tutte >= 95%	tutte >= 93%
		1.2 Copertura vaccinale bambini (MPR)	0,2	90,1%	91,1%
		1.3 Copertura vaccinale antinfluenzale nell'anziano	0,2	60,2%	58,9%
2	Prevenzione	% screening di primo livello, per cervice uterina, mammella, colon retto	0,6	score = 13	13
3	Prevenzione	Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	1	89,67	89,26
4	Prevenzione luoghi di lavoro	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	0,5	9,56%	9,71%
5	Prevenzione	5.1% allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	0,4	100% controlli e 0% prevalenza	99,95%
		5.2 % allevamenti controllati per BRUCELLI oviscaprina, bovina e bufalina	0,4	100% controlli e 0% prevalenza	99,97%
		5.3 % aziende oviscaprine controllate	0,1	100%	100%
6	Prevenzione	6.1 Controllo contaminanti negli alimenti di origine animale	0,3	156,90%	100%
		6.2 Controlli sanitari svolti negli esercizi di commercializzazione e somministrazione alimenti	0,1	74,0	47,6%
		6.3 Controllo contaminanti negli alimenti di origine vegetale	0,2	3 categorie >=90%, 1 >80% e 1 pari al 67%	non presente
7	Distrettuale	Somma ponderata di tassi specifici per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario	1,11	432,69	445,99
8	Distrettuale domiciliare anziani	Percentuale di anziani >= 65 anni trattati in ADI	2,22	1,59%	2,00%
9	Distrettuale residenziale anziani	9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani >= 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	1,11	14,66	12,31
		9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani >= 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti	0,28	13,42	13,98
10	Distrettuale disabili	10.1.1 Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,56	0,54	0,54
		10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,33	0,31	0,3
		10.2.1 Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,11	0,66	0,67
		10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti	0,11	0,64	0,6
11	Distrettuale malati terminali	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	1,39	1,18	0,85
12	Distrettuale farmaceutica	Percentuale del consumo annuo (espresso in DDD – Dosi Definite Die) dei farmaci appartenenti al PHT	1	98,9%	98,2%
13	Distrettuale specialistica	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	0,56	5,99	6,01
14	Distrettuale salute mentale	Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti	1,11	11,65	11,61
15	Ospedaliera	15.1 Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti	1,5	131,52	137,38
		15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	1	4,15	4,77
		15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti	0,5	74,48	80,39
16	Ospedaliera	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	1,5	44,3%	43,7%
17	Ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario	2,5	0,18	0,24
18	Ospedaliera	Percentuale parti cesarei primari	1	19,94%	18,9%
19	Ospedaliera	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	1	66,5%	64,7%
21	Emergenza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	1,11	15	14

Legenda

	punteggio massimo		terza fascia
	seconda fascia		quarta fascia



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

GIAN FRANCO GENSINI, KATIA BELVEDERE, DANIELA MATARRESE, SONIA BACCETTI,
MARIELLA DI STEFANO, CHIARA MENICALLI, MARIA VALERIA MONECHI

Linee di indirizzo in agopuntura e medicina tradizionale cinese

Approvate nel dicembre 2014 dal Consiglio sanitario regionale, per l'applicazione all'intero del Servizio Sanitario della Toscana

Non solo sottili aghi e il ricordo del lontano Oriente, ma una solida raccolta di dimostrazioni di efficacia che spingono a considerare l'agopuntura e la medicina tradizionale cinese (MTC) parte integrante della "medicina", intesa come complesso di tecniche terapeutiche volte a migliorare la salute del paziente. L'agopuntura, molto diffusa in Oriente, nell'ultimo decennio si è progressivamente estesa anche in Occidente ed è utilizzata oggi nel mondo da un cittadino su sei.

In Cina la MTC è applicata in ambulatori e ospedali per il trattamento di tutte le patologie, ad eccezione di quelle chirurgiche acute; il suo impiego in Occidente, soprattutto quando è esercitata nelle strutture pubbliche, è limitato ad alcuni settori (trattamento del dolore, dei sintomi correlati alla terapia oncologica, vampate in menopausa, disturbi della sfera psichica) ed è sottoposto agli stessi principi che regolano la medicina occidentale. Ne deriva quindi che l'appropriatezza di trattamenti e protocolli terapeutici è valutata con gli strumenti della medicina basata sulle prove di efficacia.

In Regione Toscana agopuntura e MTC sono inserite da anni nei Livelli di assistenza integrativi regionali e sono offerte ai cittadini toscani in 49 ambulatori pubblici presenti in tutte le aziende USL e AOU. È dunque fondamentale che gli operatori sanitari e in generale tutti gli attori del sistema salute ne conoscano indicazioni, prove di efficacia e ambito di applicazione.

A tal proposito, nel dicembre 2014, il Consiglio sanitario regionale (CSR) ha approvato un importante documento che sintetizza le linee di

indirizzo per l'impiego dell'agopuntura e della MTC nel Servizio sanitario toscano ("Agopuntura e medicina tradizionale cinese nel Servizio Sanitario Regionale toscano: linee di indirizzo per le Aziende Sanitarie"). Frutto della collaborazione di diversi soggetti, con il coordinamento del professor Gensini, il documento segna una tappa significativa e consolida, portandola a un livello più alto, l'integrazione delle medicine complementari nelle risorse per la salute destinate ai cittadini toscani.

Appropriatezza, sostenibilità e sicurezza

Lo scopo di questa monografia, ha scritto il vicepresidente del CSR Antonio Panti nell'introduzione, "è contribuire a far uscire l'agopuntura dal limbo dei *placebo* per indicarne le evidenze esistenti nella prassi e in letteratura internazionale che ci rassicurano sulla sua efficacia in alcuni quadri morbosi", in sintonia con l'evoluzione e la storia dei rapporti tra SSR e medicine complementari.

La pubblicazione contiene una panoramica degli ambiti clinici e delle patologie in cui le metodiche della MTC possono offrire un contributo efficace, sicuro, generalmente privo di effetti collaterali o interazioni con la terapia ufficiale, contribuendo a migliorare i livelli di salute e la qualità della vita. Un intervento modulato nell'ottica del benessere complessivo delle persone e realizzato nel solco dell'appropriatezza terapeutica, in accordo con quanto stabiliscono le principali società scientifiche e i più accreditati enti sanitari internazionali, all'insegna di una sempre più stretta collaborazione fra le diverse branche della medicina, ognuna delle quali, con la sua specificità, contribuisce a rafforzare il patrimonio di salute della collettività.

Il punto di partenza e ancoraggio sono i molti cittadini che richiedono queste terapie per affrontare un'ampia gamma di problemi e migliorare salute e qualità della vita, ai quali la Regione Toscana ha dato una puntuale e concreta risposta rendendole disponibili nel servizio pubblico e strutturando una rete capillare di ambulatori nelle aziende sanitarie regionali.

Questi passaggi e i dati epidemiologici del ricorso all'agopuntura sono puntualmente descritti nelle prime sezioni del documento prima di entrare nel cuore della materia: la descrizione delle patologie in cui la ricerca scientifica, con appropriati trial clinici, ha dimostrato l'efficacia, l'appropriatezza e la sicurezza dell'agopuntura e delle altre tecniche della medicina cinese. Nei paragrafi preliminari sono esposti in sintesi anche gli aspetti teorici delle diverse metodiche e i meccanismi d'azione alla base dell'azione terapeutica. Alla sicurezza dei trattamenti è dedicato un paragrafo specifico con una sintesi degli studi condotti in quest'ambito e un approfondimento del tema del rischio clinico con riferimento alle esperienze realizzate in Toscana dalla Rete toscana di medicina integrata.

Stato dell'arte della ricerca e criteri metodologici

Nell'ultimo decennio il numero degli studi sull'efficacia terapeutica dell'agopuntura è cresciuto a ritmo costante, anche se restano alcuni problemi riguardanti ad esempio la qualità metodologica.

Per valutare i lavori di ricerca pubblicati nella letteratura internazionale e assegnare i livelli di efficacia e la forza delle raccomandazioni dei trattamenti di agopuntura e MTC, gli autori del documento hanno utilizzato il sistema di grading della Society for Integrative Oncology (SIO) (Deng et al. 2009). Se presente in letteratura, è stato dunque riportato il giudizio espresso dalla SIO o da altre rilevanti fonti scientifiche; in assenza di questo grading, il livello di efficacia è stato assegnato dagli autori, con riferimento ai criteri della SIO. Nel documento sono riportati gli studi pubblicati sulle banche dati PubMed, Google Scholar e EBSCO dal gennaio 2004 al 31 agosto 2014.

I principali campi di applicazione

Il documento presenta dunque i possibili campi di applicazione dell'agopuntura e della

MTC, sulla base delle prove di efficacia riscontrate nella letteratura internazionale. Per questa ragione la scelta delle patologie prese in esame e il loro ordine di presentazione nelle linee di indirizzo rispondono a un criterio preciso, quello gerarchico sulla base della prevalenza delle prove di efficacia.

Il dolore, nelle sue numerose manifestazioni e localizzazioni, rappresenta un ambito clinico in cui la medicina tradizionale cinese può conseguire ottimi risultati. Non a caso l'Organizzazione Mondiale della Sanità già nel 2003 e in ulteriori revisioni riportava numerose patologie associate al dolore, nelle quali l'agopuntura può essere utilizzata con beneficio. D'altra parte la disponibilità di un trattamento efficace e sicuro è particolarmente interessante nelle patologie dolorose che, come afferma la Legge 38/2010 e i successivi atti applicativi della Regione Toscana, sono un tema centrale per la salute soprattutto per il paziente cronico che richiede un approccio multimodale integrato nel quale è compresa anche la MTC. Per questo la Regione, nel 2011, ha introdotto un rappresentante delle Medicine Complementari nella Commissione per la lotta al dolore istituita dal CSR che, nel 2014, ha espresso un parere positivo per l'inserimento della MTC nei punti nascita, per promuovere il parto fisiologico. Nell'ambito dello stesso CSR viene realizzato quest'anno un corso sulla lotta al dolore rivolto ai medici di medicina generale che prevede una sessione informativa sull'efficacia della MTC.

Anche nell'evento Impact-proactive 2014 di Firenze, l'agopuntura è stata ricordata come trattamento efficace nel dolore sottolineando che è necessario informare correttamente il paziente sulle possibilità terapeutiche, farmacologiche e non, compresa l'agopuntura, personalizzando la terapia e agevolando la libera scelta del paziente. Occorre poi, hanno concluso i gruppi di lavoro, avere un atteggiamento aperto verso le medicine integrative che abbiano comprovata efficacia, come ad esempio l'agopuntura.

Numerose review e metanalisi della Cochrane hanno dimostrato l'efficacia dell'agopuntura sul dolore in diverse patologie: cefalea idiopatica (Melchart 2001), emicrania (Linde 2009), cefalea di tipo tensivo (Linde 2009), dismenorrea (Proctor 2002, Smith 2011), dolore lumba-



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

re in gravidanza (Young 2002, Pennick 2013), controllo del dolore in travaglio (Smith 2006, 2011), dolore cervicale (Trinh 2006), osteoartriosi delle articolazioni periferiche (Menheimer 2010), fibromialgia (Deare 2013), dolore lombare (Furlan 2005).

Sulla scorta di queste prove d'efficacia dunque le diverse manifestazioni e localizzazioni del dolore (cervicale, lombare, ginocchio, spalla, cefalea, dolore neuropatico ecc.) e l'intervento con la MTC sono puntualmente descritti nel documento, al fine di fornire agli operatori sanitari toscani una solida base di dati per una più ampia applicazione di queste tecniche nell'attività clinica corrente.

Un'ampia sezione è dedicata alla salute della donna e alla medicina di genere, non solo perché è un orizzonte e un punto di vista essenziale per tutta la medicina, ma anche perché

Tabella 1 - Efficacia dell'agopuntura e della MTC

Sintomo/patologia	Grading
Dolore	1A
Dolore lombare	1A
Dolore cervicale	1A
Dolore del ginocchio	1A
Cefalea	1A
Dolore oncologico	1A
Dolore della spalla	1B
Epicondilite	1B
Dolore dell'anca	1B
Dolore postoperatorio	1B
Fibromialgia	2B
Dolore neuropatico	2C
Medicina di genere	
Controllo del dolore nel travaglio di parto e nel parto	1A
Disturbi neurovegetativi della menopausa	1B
Nausea e vomito gravidici	1B
Infertilità femminile	1B
Induzione del parto	2B
Allattamento	2C
Altri sintomi/patologie	
Nausea e vomito post operatori, post chemioterapia e radioterapia	1A
Ansia lieve - moderata	1B
Depressione lieve - moderata	1B
Stroke	1B
Xerostomia	1B
Insomnia	2B
Infertilità maschile	2C
Dipendenza da fumo	2C

la gran parte delle statistiche, internazionali, europee, nazionali e regionali, riferisce che gli utenti delle CAM (Complementary and Alternative Medicines) sono prevalentemente donne. Non a caso la Regione Toscana ha istituito con la DGR 144/2014 il Centro di coordinamento regionale della Salute e medicina di genere che ha recentemente pubblicato una monografia con un capitolo sulle MC https://www.ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Volumi/2013/74_genere_4.pdf



In questo contesto gli ambiti di applicazione sono diversi, da gravidanza, parto e travaglio ai disturbi della menopausa, infertilità ecc.

L'ambito oncologico non è stato presentato come a sé stante, ma alcuni dei sintomi più frequenti nei malati di tumore sono analizzati all'interno delle varie sezioni specifiche: è il caso del dolore oncologico, delle vampate di calore correlate ai trattamenti antitumorali, dell'ansia e della depressione, come anche dell'insonnia e della xerostomia.

Seguono molte altre patologie e condizioni cliniche in cui la MTC e l'agopuntura, con evidenze meno forti, rappresentano comunque una potenziale integrazione agli altri trattamenti.

I livelli di efficacia

Sulla base delle prove documentate in letteratura, la conclusione è che questa terapia, da sola o in associazione ai trattamenti convenzionali, è efficace in diverse condizioni cliniche (vedi Tabella 1).

Come già sottolineato, sono numerose le prove di efficacia nella cura del dolore (grading 1A, forte raccomandazione, evidenza di qualità alta) e in particolare, come affermano numerose Linee guida, nel dolore lombare, in cui sono efficaci anche il massaggio, la coppettazione e l'auricoloterapia; nel dolore cervicale, trattato con efficacia anche dal massaggio; nel dolore del ginocchio; nel dolore oncologico, ma anche nella cefalea idiopatica, emicranica e di tipo tensivo.

Il grading 1A è stato assegnato anche al trattamento del dolore nel travaglio e nel parto delle gravidanze a basso rischio. Secondo quanto affermano alcune review Cochrane, la MTC è efficace in altre patologie di genere qua-

li la dismenorrea e il dolore lombare in gravidanza, anche se queste condizioni cliniche non sono state analizzate per esteso nelle linee di indirizzo.

Tutti i ricercatori concordano sull'efficacia dell'agopuntura e della digitopressione (grading 1A) nella nausea e nel vomito postoperatori, post chemio- e radioterapia. Il trattamento è molto semplice: viene abitualmente stimolato un punto nella zona ventrale dell'avambraccio, bilateralmente, con un ago o con una sferetta bloccata con cerotto. In questo caso la digitopressione può essere eseguita anche da personale infermieristico e con altra laurea sanitaria.

Il grading 1B (raccomandazione forte, evidenza di qualità moderata) è stato assegnato al trattamento del dolore della spalla, dell'epicondilite, del dolore dell'anca, del dolore postoperatorio, della nausea e del vomito gravidici, della xerostomia (soprattutto nei tumori del collo), dell'infertilità femminile, dell'ansia e depressione lievi o moderate, dello stroke, delle vampate iatrogene e in menopausa fisiologica. A proposito delle vampate, si evidenzia che questo trattamento "può essere preso in considerazione", come affermano le Linee guida SIO per il tumore della mammella del 2014, "per ridurre il numero di vampate in pazienti con tumore al seno". La disponibilità di questa tecnica terapeutica è particolarmente importante in questo ambito anche perchè, come è noto, non vi sono al momento attuale trattamenti terapeutici efficaci per i disturbi vasomotori, che affliggono i 2/3 delle donne con carcinoma mammario (nel 60% vampate valutate gravi), circa il 40-80% delle donne in terapia con tamoxifene (Loprinzi 2000, Hickey 2008) e il 35-59% di quelle in terapia con inibitori dell'aromatasi (Bao 2013).

Più discusse sono invece le prove di efficacia nella fibromialgia, considerate sufficienti dalla review della Cochrane del 2013, ma scarse o assenti da altri studi. Per questa ragione alla fibromialgia è stato attribuito il grading 2B (raccomandazione debole, evidenza di qualità moderata). Il grading 2B è stato assegnato anche al trattamento dell'insonnia e per l'induzione del parto.

Hanno invece un grading 2C il trattamento del dolore neuropatico, dell'allattamento, dell'infertilità maschile e della dipendenza da fumo. In quest'ultimo caso, la letteratura riporta che l'efficacia dell'agopuntura è migliore se combinata con altri trattamenti, per esempio il counseling.

L'auricoloterapia risulta particolarmente efficace nel trattamento dell'ansia associata agli interventi chirurgici e a varie procedure diagnostico-terapeutiche, al trattamento del dolore postoperatorio e nel dolore neuropatico cronico oncologico. Questa tecnica terapeutica è di rapida esecuzione e il suo utilizzo si può facilmente estendere a tutte le figure sanitarie del SSR, previa formazione.

Le proposte operative del documento indicano che nelle patologie con un grading 1A e 1B è opportuno che le Aziende Sanitarie offrano prestazioni di agopuntura e medicina cinese nei trattamenti terapeutici correnti del SSR, poiché sono efficaci, sicure, economicamente sostenibili e con elevata *compliance* e *concordance* del paziente.

Nelle patologie con grading 2B o 2C è invece fondamentale sviluppare progetti di ricerca di qualità, per comprendere il reale apporto dell'agopuntura al miglioramento della salute dei pazienti.

Con queste linee di indirizzo si intende perciò fornire al personale del SSR, e a chi si occupa della programmazione delle sue attività, informazioni esaurienti e scientificamente provate sui benefici che derivano dal trattamento con l'agopuntura e la MTC. Esse sono un passaggio importante per garantire l'appropriatezza delle prestazioni, bassissimi effetti collaterali e una contestuale contrazione delle risorse, nonché consentire una scelta consapevole e informata da parte del paziente e costruire una reale integrazione con la medicina ufficiale. Un'integrazione che deve essere perseguita, come sempre, all'insegna del lavoro multidisciplinare, in grado di valorizzare un unico percorso terapeutico, il più adatto per il paziente, inteso come persona nella sua globalità. **TM**



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



<http://www.regione.toscana.it/consiglio-sanitario-regionale/pareri>

Consiglio Sanitario Regionale

PARERE 102/2014

Un percorso per il paziente con Alzheimer

In data 3-6-2014 l'UdP del Consiglio Sanitario Regionale prendeva atto della richiesta di parere avanzata dalla Direzione Generale relativamente alla "presa in carico dei pazienti con Malattia di Alzheimer".

Il Direttore Generale sottolineava la necessità di un disegno strutturale che consentisse di mettere in continuità il medico di medicina generale con lo specialista, considerando anche la possibilità di consulenze urgenti nel caso di gravi scompensi del comportamento. La riflessione si allargava al trattamento dei disturbi psicologici e comportamentali (Behavioral and Psychological Symptoms of dementia – BPSD) che spesso accompagnano il declino cognitivo e possono determinare una cronica situazione di stress nell'ambiente familiare, inducendo anche improprie richieste di ordine sanitario.

Per rispondere al quesito veniva costituito un gruppo di lavoro, che predisponendo il seguente parere.

Il problema delle cure delle demenze si caratterizza per un duplice aspetto: la loro rilevanza epidemiologica (in Toscana i casi stimati di demenza sono 84.000) e la contemporanea presenza di disturbi cognitivi e comportamentali. Tutto questo crea bisogni personali e familiari tali da comportare una estrema difficoltà nell'organizzazione delle risposte. I disturbi comportamentali determinano una cronica situazione di stress nell'ambiente familiare e possono indurre improprie richieste di ordine sanitario e/o il ricorso improprio a Servizi Sanitari quali il Pronto Soccorso.

Primo punto, pienamente condiviso da tutto il gruppo di lavoro, consiste nell'individuare il medico di medicina generale (MMG) come punto di riferimento continuativo, dall'inizio fino al termine della malattia (compresa la diagnosi e la fase terminale).

Riorganizzare l'attività del medico di medicina generale da quella di singolo professionista in quella di gruppo di lavoro faciliterà una continuità delle cure soprattutto nelle situazioni di cronicità ingravescente, come nella Malattia di Alzheimer.

"Il medico di medicina generale conosce il profilo cognitivo/comportamentale dei suoi assistiti e può identificare i segni clinici del decadimento cognitivo al loro insorgere, anche avvalendosi delle segnalazioni dei familiari. Livello I Forza A". (Raccomandazione 1 Linea Guida Regionale Sindrome Demenza Diagnosi e Trattamento).

Per garantire efficacia ed efficienza dell'intervento in tutte le fasi della malattia i medici di medicina generale devono avere la possibilità di avvalersi di un intervento specialistico competente in tutti gli aspetti delle "cure" di una persona con Malattia di Alzheimer.

"Per la conferma diagnostica, per la diagnosi differenziale fra le demenze, per l'organizzazione del piano terapeutico e per la stabilizzazione di situazioni complesse, il medico di medicina generale può avvalersi dei servizi specialistici dedicati alla cura delle demenze" Livello VI Forza A. (Raccomandazione 10 Linea Guida Regionale Sindrome Demenza Diagnosi e Trattamento).

Le competenze specialistiche dedicate alle demenze sono attualmente organizzate in un servizio denominato Unità Valutativa Alzheimer (UVA). Il loro intervento, condotto d'intesa con il medico di medicina generale, comprende la valutazione clinica, la testistica neuropsicologica, la valutazione laboratoristico-strumentale necessaria alla conferma della diagnosi, la comunicazione della diagnosi, la prescrizione della terapia indicata, il counseling ai familiari relativo alle problematiche assistenziali, la verifica dell'efficacia della terapia impostata.

Le criticità relative alle UVA sono oggi rappresentate dalla loro difformità come risorse di personale medico, dalla mancata presenza, in molte situazioni, di figure professionali quali infermieri e psicologi. Ne conseguono lunghe liste di attesa e forse talvolta inadeguatezza delle risposte con possibile "migrazione" di pazienti verso altre aree e relativa formazione di nuove liste di attesa.

Nello specifico della Malattia di Alzheimer i medici di medicina generale, per garantire adeguatezza e continuità del percorso diagnostico-assistenziale, ritengono necessario di poter disporre di valutazioni specialistiche, anche con carattere di urgenza, soprattutto nel caso siano presenti gravi BPSD. Inoltre ritengono necessario disporre di aree di accoglienza temporanea residenziale o semiresidenziale destinate soprattutto alla cura dei disturbi comportamentali.

Nell'ottica di questi obiettivi e per consentire l'intervento delle UVA in tempi adeguati alle esigenze dei pazienti, si sottolineano alcune criticità e si ipotizzano possibili risposte:

- rendere più efficace la richiesta di intervento e la trasmissione di informazioni dal medico

di medicina generale alle UVA (e viceversa), rendendo possibile il contatto diretto (telefono, e-mail, in futuro carta sanitaria);

- rendere possibile all'interno della dotazione di personale aziendale una maggiore quantità di risorse umane per le attività delle UVA;
- trasferire alcune attività dall'UVA ai medici di medicina generale, in particolare le visite di controllo semestrali previste per il rinnovo dei piani terapeutici secondo la nota 85 dell'AIFA, prevedendo l'intervento del servizio specialistico solo quando ritenuto necessario dal medico di medicina generale;
- realizzare un collegamento stretto tra UVA e medici di medicina generale il quale potrà disporre direttamente il ricovero temporaneo, in nucleo Alzheimer di RSA o in Centro Diurno Alzheimer di soggetti con scompenso comportamentale non gestibili a domicilio, con successiva valutazione dell'UVM;
- consentire nelle situazioni di emergenza (gravi disturbi del comportamento come l'aggressività) che richiedono specifici trattamenti farmacologici (neurolettici tipici e atipici) la prescrizione di questi a carico del medico di medicina generale mediante opportuni provvedimenti.

Nell'interesse del cittadino, vista la frequente difficoltà nell'ottenere informazioni, il CSR ritiene indispensabile la attivazione di un numero verde a livello distrettuale e predisporre presso i distretti un servizio di assistenza sociale con funzione di agenzia.

Uno degli obiettivi di un PDTA Demenze è quello di rendere omogeneo il servizio in tutto il territorio regionale e di garantire tempi certi e contenuti nella risposta ai bisogni. L'attesa delle risposte può favorire la comparsa di disturbi del comportamento con parallelo scompenso del nucleo familiare. Per essere estremamente operativi e concreti, l'iter diagnostico e l'avvio di un piano di cure in una persona affetta da Demenza non dovrebbe superare i 60 giorni.

La stabilizzazione di situazioni complesse è uno degli obiettivi primari nella cura delle demenze, la sollecitudine delle cure è una condizione necessaria per raggiungerla.

Ridurre le attuali liste di attesa rappresenta uno dei possibili interventi concreti anche nel breve periodo, ma richiede una nuova considerazione sulle risorse. Il dato epidemiologico relativo alle demenze e le implicazioni sociali che questa patologia determina, sia come carico economico che come stress familiare, giustifica la ridefinizione del monte ore disponibile delle specialità implicate nella loro cura.

Una forte valenza terapeutica viene evidenziata da larga parte della letteratura recente sul-

le cosiddette "cure non farmacologiche". Specifici trattamenti sembrano contenere e/o rallentare la progressiva perdita delle attività di base della vita quotidiana; infatti il comportamento è appreso, ed è possibile correggerlo anche con misure non farmacologiche (NICE 2014).

"Il trattamento di prima linea dei sintomi psicologici e comportamentali è non farmacologico, in considerazione degli eventi avversi potenzialmente gravi connessi al trattamento farmacologico..."

(Raccomandazione 10 Linea Guida Regionale Sindrome Demenza Diagnosi e Trattamento).

Correggere e stabilizzare un disordine comportamentale può allora essere conseguito con un'organizzazione delle cure dove, insieme all'area prettamente sanitaria, siano presenti anche competenze di ordine sociale.

Vi sono attualmente problemi notevoli nell'ottimizzazione dell'accesso ai servizi sociosanitari e sarà eventualmente opportuno definire competenze e percorsi per accesso e dimissioni dai servizi socio-sanitari. Proprio all'interno di tali servizi, se adeguatamente gestiti e, ove necessario, potenziati, potrebbe essere possibile individuare, come richiesto dai medici di medicina generale, "posti letto per accogliere soggetti con disordine comportamentale", in riferimento ai pazienti con demenza e alterazioni acute del comportamento, per i quali non sia indicato il ricovero ospedaliero, ma che non siano accoglibili a domicilio al momento della dimissione dall'area di Emergenza-Accettazione dell'Ospedale.

Le cure, intese nella loro valenza sia assistenziale che farmacologica, richiedono una continuità e si fondano su una rete fatta dal collegamento di servizi ciascuno dei quali può avere competenze ed attività molteplici. Nel caso specifico delle demenze, e della Malattia di Alzheimer in particolare, la rete si fonda su: Medico di Medicina Generale (AFT), Unità Valutativa Alzheimer (UVA), Unità Valutativa Multidimensionale (UVM), Centro diurno Alzheimer, Nuclei Alzheimer presso RSA (Cure Intermedie).

Si rinvia ad atti regionali per definire criteri e modalità di accesso a questi servizi.

Il gruppo di lavoro del CSR condivide la presa in carico basata essenzialmente sui bisogni e non sulla diagnosi, sebbene sia necessario mantenere la specificità "sanitaria" dei diversi PDTA, che comprende la necessità di centri "esperti" nelle singole condizioni patologiche e la disponibilità, ove necessario, di servizi socio-sanitari dedicati (per es. nel caso demenza Nuclei Alzheimer in Residenza Sanitaria Assistenziale e Centri Diurni Alzheimer).



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



Antonio Panti, dal 1971 ha ricoperto diversi incarichi nella FIMMG, di cui è stato anche Segretario e Presidente Nazionale. Presidente dell'Ordine di Firenze dal 1988. Ha ricoperto cariche nazionali nella Federazione Naz.le degli Ordini, in particolare nella Commissione per le ultime stesure del Codice Deontologico. Membro di numerose Commissioni Ministeriali. Dal 1998 è Vicepresidente del Consiglio Sanitario Regionale.

ANTONIO PANTI

Professione, produzione e produttività

La **professione** è un'attività (intellettuale) abituale per il cui esercizio occorre una laurea e un periodo di apprendistato, che è insegnata da chi la pratica e i cui ambiti sono autodefiniti. Professione è anche la pubblica dichiarazione di una fede o di un ideale. La **professione** medica è una prassi scientifica e tecnica che opera in un mondo di valori; per questo, all'inizio della professione, i medici "dichiarano" la loro etica pronunciando il giuramento. La **produzione** è l'insieme delle operazioni, intellettuali o strumentali, semplici o complesse, attraverso le quali si produce un bene. **Produttività** infine è la capacità di produrre creando utilità, cioè quanto si realizza (come risultato della produzione) per ogni unità lavorativa in un tempo dato.

Teoricamente queste definizioni non sono in contrapposizione. Lo diventano nella pratica quotidiana della sanità se non si trova il corretto equilibrio tra le diverse esigenze, anzi si considera la professione una questione personale dei medici e non il problema principale per ottenere l'efficacia e l'efficienza delle cure. Se, come avviene nella sanità pubblica (l'impresa), si valuta come valore principale la produttività, cioè il numero delle prestazioni effettuate, e queste prevalgono anche sul prodotto, cioè sui risultati in termini di salute, e si valuta questo su indicatori di processo e non di risultato, è chiaro che la professione ne esce mortificata se non sconfitta.

La Corte Costituzionale ha sentenziato che le decisioni sulle cure spettano solo al medico che le adotta seguendo le *leges artis*, dopo aver ottenuto il consenso del paziente. Però il lavoro del medico si svolge all'interno di organizzazioni complesse e costose, la cui gestione fortemente condiziona l'autonomia professionale. È vero che alcuni medici non hanno ancora compreso che la sostenibilità delle cure è un valore deontologico e scambiano autonomia con anarchia. Ma per tutti gli altri resta il problema di conciliare le condizioni lavorative imposte dalla struttura, compresa l'inevitabile burocrazia, con il piacere della professione, del lavoro ben fatto con tutto il tempo necessario e con il miglior risultato per il paziente.

Ma cosa vogliono i medici per non sentirsi a disagio? Il tempo per curare i malati senza compilare scartoffie (essere giudicato come medico e non come burocrate); luoghi dignitosi ove lavorare; un sistema informatico che faccia guadagnare tempo e non raddoppi il lavoro; una potenzialità di carriera legata al merito e non alle alzata d'ingegno dei governanti; uno stato giuridico uguale per tutti; lavorare in serenità e non secondo l'umore di amministratori, magistrati, giornalisti; sentirsi dire qualche volta "grazie per il lavoro svolto"; operare in un mondo in cui qualità della vita e qualità del lavoro vanno di pari passo; avvertire che la qualità delle relazioni tra operatori e con i cittadini è preoccupazione aziendale; innovare in modo condiviso tecnologie e strumenti; condividere e determinare le decisioni organizzative; avere una seria tutela legale e assicurativa; insomma sentire di non aver sbagliato quando si è scelto la facoltà.

Dopo la fatica del lunghissimo iter formativo dà fastidio il continuo ricordo dell'antica missione del vecchio medico che conosceva più il prendersi cura che il curare. È vero che per secoli i medici hanno considerato la medicina come la semplice somma dei loro atti, confondendo atto del medico con atto medico mentre oggi la medicina è troppo complessa e costosa, troppo intrecciata ai problemi collettivi; la professione è cambiata e il medico è diventato un ingranaggio di un'impresa grandiosa, una parte sensibile del PIL. Inoltre i medici hanno troppo fidato nei progressi della scienza e si accorgono quanto questi siano insufficienti a garantire il successo professionale. Così prevale ancora l'immagine del dottor Terzilli e sfuma nel rimpianto quella del condotto di fucina memoria. E così la narrazione del paziente non coincide più con quella del medico. Dopo decenni di economicismo, di aziendalismo, di abbandono formativo dei giovani e di fantasie sul governo clinico, nel tramonto di una civiltà solidaristica sprecata da governi dissennati, i medici debbono saper raccontare di sé, sono ancora uno dei pochi ancoraggi esistenti in questo mondo insicuro. **TM**

PIERO SALVADORI, ELEONORA PAVONE¹

T+H=1038

Ovvero, chi "ordina" la spesa



Piero Salvadori, medico di comunità presso l'Azienda USL 11 di Empoli dove dirige dal 1999 la UOC Organizzazione Servizi Sanitari Territoriali. Specializzato in oncologia presso l'Università di Genova nel 1987, specializzato in igiene e sanità pubblica presso l'Università di Firenze nel 1991. Dirigente settore Servizi alla Persona sul Territorio, Regione Toscana 2012/13

C'è qualcuno che si ricorda la Delibera Regionale Toscana n. 1038 del 24.10.2005? Nove anni fa! Essa suddivideva le responsabilità prescrittive tra i vari attori medici, fossero essi medici di medicina generale (MMG), pediatri di famiglia (PDF) o specialisti, sia dipendenti che convenzionati. In pratica univa il Territorio (T) con l'Ospedale (H), ri-attribuendo poi le responsabilità prescrittive.

Delibera lungimirante, molto innovativa, ma purtroppo non capillarmente applicata.

Nell'estate 2014 l'AIFA ha pubblicato il resoconto sulla spesa farmaceutica delle Regioni italiane nel primo semestre 2014. La Toscana ha diminuito la spesa netta rispetto allo stesso periodo del 2013 del 3,4% anche se resta pur sempre, di poco, al di sopra del rispetto del tetto di spesa considerato per il Fabbisogno Sanitario Nazionale (tetto per le regioni = 14,85, Regione Toscana 16,1). Tali dati sono prodotti

da un mix tra la spesa territoriale e quella ospedaliera. Mentre siamo al 16° posto per il territorio, nella classifica che inizia dalla regione con la spesa più alta, siamo al secondo posto per la spesa ospedaliera. Va inoltre evidenziato che la distribuzione diretta in Toscana incide per il 31% sulla spesa farmaceutica territoriale mentre la media nazionale si attesta sul 25,19%. Questo risultato ben rappresenta il quadro toscano dove, da anni, si è molto puntato su questo canale alternativo di dispensazione del farmaco per calmierare la spesa territoriale convenzionata (Tabella 1).

L'analisi dei dati di spesa farmaceutica territoriale della Azienda USL 11 di Empoli (Grafico 1) registrati negli ultimi anni (2007-2013) è in linea con quanto sopra descritto. A fronte di una diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata determinata da buone politiche di governance farmaceutica e dalla riduzione del

Tabella 1 - Dati estratti dal Rapporto AIFA 2014 (1° sem.)

Rapporto AIFA: spesa farmaceutica 1° settembre 2014			
Incidenza %	T + H	H	T
Regione Toscana	16,10%	6%	10%
Tetto di spesa FSR (Fabbisogno Sanitario Nazionale)	14,85%	3,50%	11,35%
Posizione occupata dalla Regione Toscana nella classifica regionale decrescente incidenza % su FSR	8° posto	2° posto	16° posto

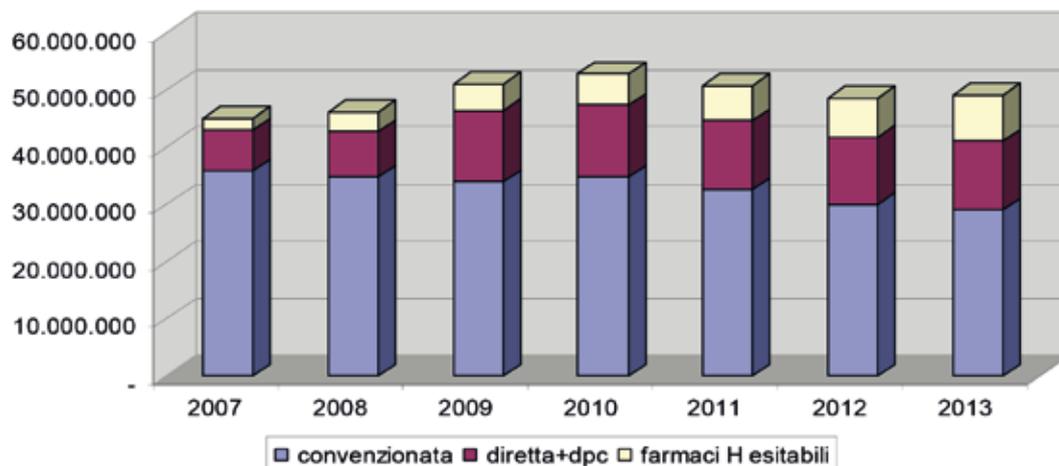


Grafico 1

¹ Informatrice aziendale del farmaco, Firenze

costo dei farmaci per la loro decadenza brevettuale, si è assistito ad un aumento della spesa dei farmaci consegnati in distribuzione diretta da parte dell'azienda. Il grafico evidenzia chiaramente anche l'aumento della spesa a carico dei farmaci H che, pur consegnati in distribuzione diretta ai pazienti, sono monitorati nel capitolo della "spesa ospedaliera".

I Grafici 2 e 3 rappresentano, come sia cambiata la struttura della spesa per farmaci dispensati ai pazienti sul territorio. Se nel 2007 circa l'80% dei farmaci consumati dai pazienti a domicilio veniva consegnato dalle farmacie in convenzionata, nel 2013 tale modalità distributiva rappresenta neanche il 60% del totale. Nel 2014, considerando che la prescrizione dei farmaci distribuiti in diretta "nasce" in ospedale e che molti trattamenti farmacologici delle patologie croniche distribuiti in convenzionata sono "indotti" da decisioni specialistiche, diventa indispensabile coinvolgere gli specialisti nel governo della spesa territoriale.

Come si può desumere da queste considerazioni i due mondi Ospedale-Territorio, contemplati dalla citata deliberazione 1038 sono sempre più uniti, non solo sommati, ma penetrati.

Come è stato già detto, anche in un precedente articolo pubblicato su Toscana Medica "il governo del territorio si fa dall'ospedale e quello dell'ospedale dal territorio".

Le cose stanno cambiando e non poco, anche soltanto per il territorio. Dai dati in possesso alla AUSL 11 di Empoli, relativi all'anno 2013 se suddividiamo l'ammontare delle risorse assorbite dalle prescrizioni effettuate da medici di medicina generale e pediatri di famiglia rispetto agli specialisti, per le varie variabili e fattori produttivi otteniamo la Tabella 2.

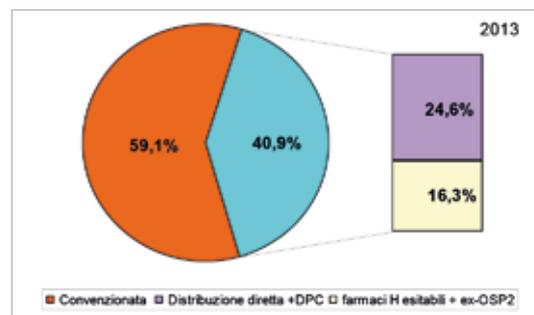
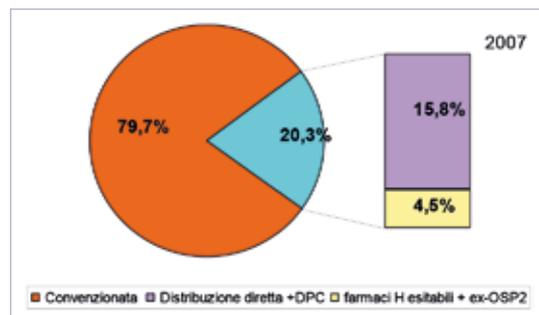
Come si può vedere anche sul territorio le classiche figure della assistenza primaria (medici di medicina generale e pediatri di famiglia) non controllano affatto tutti i fattori produttivi. Senz'altro la farmaceutica, ma non le altre variabili. Questo a nostro avviso induce le seguenti riflessioni:

1. la DGRT 1038/2005 è lungi da avere piena applicazione, ma quella è la strada giusta se vogliamo procedere per *budgetting* e responsabilizzazione dei prescrittori;
2. in qualsiasi processo di *budget* che vogliamo intraprendere (quello delle UOC ospedaliere o quello delle AFT/UCCP territoriali) non possiamo procedere in maniera separata, pensando che "T" e "H" siano due mondi separati e pertanto gestibili con misure diverse e separate;
3. lo dimostra tranquillamente la farmaceutica;
4. come già detto in altri articoli anche gli stessi accordi territoriali con i medici di medicina generale ed i pediatri di famiglia devono contemplare le azioni di "H" ed i caratteri induttivi di H su T e viceversa.

Vanno ripensati i vari ruoli, vanno attivati e potenziati gli audit sia clinici che organizzativi misti tra Medici H e Medici T.

Questa è l'unica strada percorribile, queste le uniche azioni ineluttabili e inevitabili, perseguite, organizzate e facilitate da un team di professionisti esperti in comunicazione ai gruppi (UOC/UOS/AFT/UCCP), che sommando finalmente insieme T+H, potrà dare piena attuazione alla DGRT 1038/2005: dopo 10 anni! **TM**

Info: p.salvadori@usl11.toscana.it



Grafici 2 e 3 - Spesa farmaceutica sul territorio confronto 2007 vs. 2013

Tabella 2

	Specialistica (visite ed esami)	Trasporti sanitari ordinari	Prescrizione ausili
Costo annuo in € per assistito pesato per età	209	12	5
MMG/PDF %	52	49	12
Specialisti %	48	51	88

LUIGI TONELLI, ALBA CARUSO¹, PASQUALE PALUMBO¹

Stroke Units/Hyperacute Stroke Units

L'ictus è una priorità per i Sistemi Sanitari. Nei Paesi occidentali è la terza causa assoluta di morte dopo tumori e malattie cardiovascolari e la prima causa di invalidità permanente. L'incidenza varia da 101 a 239/100.000/anno negli uomini e 63-158/100.000/anno nelle donne e per il progressivo invecchiamento della popolazione europea, ne è atteso un incremento da 1,1 milioni di nuovi casi per anno nel 2000 a 1,5 milioni di nuovi casi nel 2025. Per il trattamento dell'ictus, l'European Stroke Organisation indica la necessità di una specifica organizzazione del processo assistenziale, che va dal riconoscimento dei sintomi al loro primo insorgere, alla trombolisi nelle forme ischemiche entro un ben definito spazio temporale, all'affidamento a servizi ospedalieri e riabilitativi dedicati.

Esistono prove di evidenza che i soggetti colpiti da ictus hanno probabilità maggiori di sopravvivere e di riguadagnare una propria autonomia se in fase acuta vengono accolti e trattati in aree di degenza dedicate (*stroke units*). Le caratteristiche principali delle *stroke units* sono l'approccio multidisciplinare (medici e infermieri esperti nella cura delle malattie cerebrovascolari, neuroriabilitatori, logoterapisti, terapisti occupazionali, neuropsicologi, nutrizionisti), la Formazione Continua del personale e l'attenta osservanza di protocolli standard durante l'intero percorso di diagnosi e cura. In fase acuta, infatti, oltre alla trombolisi nei tempi dovuti, sono fattori determinanti per la sopravvivenza e per il recupero funzionale la attenta sorveglianza delle complicanze generali e neurologiche e la riabilitazione precoce.

Nel corso dell'ultimo decennio le degenze *stroke units* si sono venute progressivamente diffondendo nei Sistemi Sanitari occidentali. Ad esempio, a seguito della prescrizione formulata nel 2001 dal Department of Health britannico, già nel 2006 nel 91% degli ospedali inglesi era operativa una Stroke Unit, negli Stati Uniti i *Primary Stroke Centers* sono uno standard ospedaliero prescritto dalla Joint Commission (organismo federale che definisce le regole di accreditamento e ne verifica il rispetto) e in Germania agli ospedali in cui è operativa una *stroke unit* viene attribuito un finanziamento ad hoc. Tuttavia, la necessità di affrontare con sempre maggiore efficacia una patologia tanto invalidante e in particolare di effettuare

la trombolisi nelle forme ischemiche con la necessaria tempestività (Tabella 1), ha condotto in questi ultimi anni alla sperimentazione di modalità organizzative nuove.

Tabella 1

Trombolisi a "n" minuti dall'esordio	90'	180'	270'	360'
Odds Ratio Trombolisi vs non Trombolisi	2,55	1,61	1,34	1,22
Number Needed to Treat (NNT)	4-5	9	14	21

Accanto alle *Mobile Stroke Units* attive in Germania e in alcune località USA (Figura 1) per la trombolisi al *point of care*, l'esperienza più interessante è il modello organizzativo *hub-and-spoke* di Londra, che concentra le cure delle prime fasi dello stroke in centri ad alta intensità assistenziale (*Hyperacute Stroke Units*) e delega le cure successive a *stroke units* o *stroke teams* attivi in altri ospedali.

Più precisamente, il documento di programmazione sanitaria *National Stroke Strategy* prodotto nel 2007 dal *Department of Health* britannico (l'equivalente del nostro Ministero della Salute) conteneva indicazioni alla riorganizzazione dei servizi per migliorare gli esiti del trattamento dello stroke in fase acuta. Tra le altre azioni migliorative – in via prioritaria l'incremento dei trattamenti trombolitici entro 3 ore dall'evento acuto – il documento formulava chiara indicazione (racc. 7 pag. 26) ad un primo periodo di degenza non superiore a 72 ore in un ambiente ad alta intensità assistenziale, definito *Hyperacute Stroke Unit* (HSU). Facendo



Figura 1 - Mobile Stroke Unit a Berlino.



Luigi Tonelli, Laurea in Medicina, Specialità in Igiene, Master in Science. Direttore Medico Ospedaliero. Supporto Evidence-based Health Care del Consiglio Sanitario Regionale.

¹ U.O. Neurologia, Ospedale di Prato

seguito a questa disposizione, il piano attuativo prodotto nel 2008 dalla *Strategic Health Authority* della regione di Londra prevedeva una collocazione delle HSU tale da garantire l'accesso a questo servizio da qualunque punto della città in meno 30' di trasporto ed un'organizzazione HSU tale da consentire la trombolisi in un tempo *door-to-needle* inferiore a 30'. Confermava inoltre la durata di degenza in HSU limitata a 72 ore, seguita dal trasferimento ad una degenza stroke ordinaria per il proseguimento delle cure. Per l'intero processo riorganizzativo era previsto un finanziamento annuo complessivo di £ 23m (€ 26m).

Nel 2010 il "piano stroke" per la città di Londra (8,17 milioni di abitanti) veniva completato con la conversione in HSU di 8 Stroke Units, quelle che per collocazione geografica erano da ritenersi raggiungibili dalle ambulanze in un tempo medio di 30'. Ventiquattro Stroke Units venivano destinate ai trattamenti successivi alle 72 ore e 5 altre strutture ospedaliere hanno cessavano di offrire assistenza a pazienti con stroke. Uno studio *before-after* ha documentato che nei primi due anni la frequenza di trombolisi era aumentata dal 5% al 12%, la sopravvivenza media a 30 giorni dall'87,2% all'88,7% e che era stimabile un contenimento dei costi annui per il trattamento dello stroke pari a £5m (€6.1m). Nel corso del 2013 i risultati sembra siano ulteriormente migliorati, con una frequenza delle trombolisi salita al 17% grazie a un tempo *door-to-needle* molto prossimo a quello atteso (29'- 40').

Un confronto più ampio nell'intero territorio inglese fra il modello organizzativo *hub and spoke* nei primi 3 anni di attuazione e quello delle Stroke Units diffuse ha confermato la maggiore efficacia del primo. L'organizzazione *hub and spoke* realizzata nell'area metropolitana di Londra e parzialmente nell'area provinciale di Manchester (*Greater Manchester*; 2,68 milioni di abitanti), è risultata più efficace per quanto riguarda mortalità (-1,1%) e durata media di degenza (-2 giornate a Manchester e -1,1 a Londra) nei casi di stroke ischemico. Due recenti lettere al BMJ hanno tuttavia contestato questi risultati, facendo specifico riferimento l'una ai finanziamenti supplementari ottenuti per l'applicazione del modello *hub and spoke*, del cui utilizzo non veniva fatta menzione, che potevano di per sé favorire esiti clinici migliori, e la seconda al mancato riferimento all'outco-

me funzionale ed alla mortalità dopo i primi 90 giorni. Ad ambedue è stato risposto rinviando ad altre analisi che saranno pubblicate in seguito.

Vale la pena di sorvegliare l'andamento dell'esperienza londinese per eventualmente riprodurla in caso di successo, tenendo presente che una degenza breve intensiva di 3 giorni seguita da un percorso predefinito ospedaliero e territoriale richiede cambiamenti organizzativi non minori. Cambiamenti teoricamente possibili, tant'è che fino dal 2008 a Londra è stata avviata una riflessione organizzativa per pianificare i servizi ed integrarli con una concentrazione delle competenze. È stato ad esempio calcolato che per la popolazione londinese accanto alle *Hyperacute Stroke Units* con capacità complessiva di accoglienza stimata in 150 posti letto, devono coesistere 550 letti di *Stroke Unit* tradizionale.

Certo è che un adeguato modello organizzativo risponde alle esigenze di tutte le parti interessate. Il personale sanitario viene gratificato dalla consapevolezza di operare ad alti livelli professionali e organizzativi, l'utenza viene assistita nel modo migliore e la spesa sanitaria viene sostanzialmente razionalizzata e, per quanto risulta dalla sperimentazione londinese, ridotta. La fase critica dell'ictus è quella acuta e nel nuovo modello deve essere gestita in un ambiente adeguato per capillare organizzazione interna, risorse tecnologiche e specifiche professionalità. Le fasi successive richiedono prevalentemente risorse umane per una assistenza personalizzata.

Per quanto riguarda l'ambito della nostra Regione, per un eventuale trasposizione del modello inglese occorrerebbe rivedere l'organizzazione dei percorsi all'interno di una rete e gli strumenti operativi (coordinamento regionale, informatizzazione del sistema, telemedicina, formazione dei professionisti, etc). Occorrerebbe mettere in collegamento i servizi assistenziali periferici con le strutture ad alto contenuto tecnologico e professionale. Occorrerebbe disegnare un network e definirne le dimensioni per conformarlo a criteri *Hub & Spoke* ed anche realizzare le *ridondanze* professionali e tecnologiche necessarie a sopperire ai sempre possibili *breakdown* delle reti. **TM**

Info: luigi.tonelli@regione.toscana.it

BACHECA



Si ricorda che numerosi annunci sono consultabili sul sito dell'Ordine: www.ordine-medici-firenze.it/index.php/bacheca-annunci pagina Servizi online - BACHECA già suddivisi nelle seguenti categorie: **Collaborazioni** (mediche e non mediche cerco/offro), **Strumentazioni** (donazione, noleggio e vendita), **Affitti professionali e Sostituzioni**. I colleghi hanno spontaneamente fornito i loro recapiti telefonici ed e-mail per questa pubblicazione.

SAFFI GIUSTINI, PAOLA MANDELLI¹

Medici di medicina generale Medici della complessità



Saffi Giustini, medico di medicina generale, Modulo eCCM Montale (PT) - responsabile dell'Area Nazionale del Farmaco SIMG - Comitato consultivo AIFA Cure Primarie

Sta emergendo un generale consenso internazionale sul fatto che per migliorare l'assistenza alle persone con condizioni croniche sia necessario un approccio più ampio. Bisogna sollevare l'orizzonte del sistema sanitario dalla malattia alla persona e alla popolazione.

Ci viene detto e raccontato che i «*medici della complessità per definizione sono quelli che si prendono cura della persona nella sua globalità e sono capaci di giungere a una diagnosi, anche la più complessa, grazie alla padronanza di conoscenze che spaziano in quasi tutte le discipline mediche*»¹.

Perbacco ci siamo detti eccoci qua, noi medici di medicina generale (MMG) o medici di famiglia, considerando che i malati cronici e l'invecchiamento della popolazione costringono ogni sistema a rimodulare l'assetto organizzativo territoriale anche se con notevoli difficoltà, dato il momento di crisi generale.

Le malattie croniche hanno sostituito quelle acute come problema dominante per la salute, consumando il 78% dell'intera spesa sanitaria. Hanno cambiato il ruolo del medico (di famiglia), che da "unico" gestore della cura, diventa membro di un team multiprofessionale, in grado di elaborare il piano di cura e di assistenza che tenga conto della molteplicità dei bisogni, così come di garantire la continuità dell'assistenza.

Hanno cambiato il ruolo del paziente, che da soggetto passivo, diventa protagonista attivo della gestione del proprio stato di salute, assumendo comportamenti e stili di vita adeguati.

Il medico di famiglia non può più lavorare attraverso interventi "puntuali e tra loro sordinati", ma ha bisogno di chiedersi e di sapere, per esempio, quanti sono i pazienti con particolari patologie, le loro comorbilità, come essi sono trattati, se hanno raggiunto determinati obiettivi di salute, se hanno criticità gestionali (e quindi se corrono particolari rischi clinici) e tra essi quali sottogruppi generano costi elevati e/o comprimibili con una migliore strategia assistenziale.

Dal 2008 la Regione Toscana ha scelto il Chronic Care Model (CCM) come modello per una organizzazione della rete di assistenza primaria, affidando all'interno delle cure primarie, al team multidisciplinare di medici di medicina generale, infermieri, specialisti, il compito di educazione terapeutica del paziente e della famiglia, poiché maggiore è il bisogno di assistenza, mag-

giore deve essere lo sforzo fatto nell'aiutare il paziente ad essere "esperto" della propria salute e della gestione della propria patologia.

Nella logica di una gestione globale e non per patologia del cittadino affetto da comorbosità nel sistema di assistenza primaria attraverso la sanità di iniziativa e il CCM si deve passare da un sistema assistenziale puntiforme e "passivo" ad uno costruito su forme di aggregazione territoriale di "proattive" che si facciano carico dei malati cronici cioè affetti da diabete, bronchite cronica, scompenso, ipertensione arteriosa in modo integrato con altre figure professionali all'uopo formate come infermieri, dietisti, fisioterapisti ed alcuni specialisti.

Questo modo di lavorare e di approcciare il malato nel suo contesto sociale, va a cercare in modo particolare quei malati più fragili anche a causa di disuguaglianze prodotte da vari determinanti sociali di salute (reddito, classe sociale, istruzione, etc).

Inoltre sposta il focus dell'assistenza dal personale medico a quello infermieristico, ovviamente appositamente formato. Ma è da tempo che nei paesi nordeuropei, come in nord America, nell'ambito delle cure primarie, la figura infermieristica sta diventando sempre più rilevante, soprattutto per le complesse modalità organizzative necessarie per la gestione delle malattie croniche. Tali condizioni richiedono infatti l'individuazione di percorsi prevedibili della storia naturale e quindi un approccio programmato, secondo una logica prevalentemente prognostica e preventiva, anziché sintomatica e attendista, come accade abitualmente.

Un recente documento del Canadian Academy of Health Sciences, "Transforming care for Canadians with chronic health conditions", rappresenta un contributo importante e originale nella letteratura scientifica interessata alla gestione delle malattie croniche.

Per almeno due motivi.

Sta emergendo un generale consenso internazionale sul fatto che per migliorare l'assistenza alle persone con condizioni croniche è necessario un approccio più ampio (**a more comprehensive approach**). "È necessario sollevare l'orizzonte del sistema sanitario dalla malattia alla persona e alla popolazione".

Altro elemento è la composizione del panel di esperti incaricati di fornire al governo canadese le raccomandazioni sul tema: oltre a un nutrito e

¹ In <http://www.quotidianosanita.it/> Rapporto Congresso SIMI 2013.

¹ Medico di medicina generale ASL 3, Pistoia. Modulo CCM Montale.



qualificato gruppo di esponenti canadesi, figurano nel panel i più importanti innovatori nel campo delle cure primarie: da Ed Wagner (MacColl Institute for Healthcare Innovation) a Raymond J. Baxter (Kaiser Permanente), con un contributo speciale di Barbara Starfield.

L'assistenza centrata sul paziente ha ormai dimostrato di funzionare anche in termini di risultati di salute.

Un'ampia letteratura raccolta nell'arco di oltre venti anni dimostra che questo approccio migliora la percezione di benessere del paziente, sia direttamente riducendo l'ansietà e la depressione, sia indirettamente promuovendo la fiducia e la coesione sociale.

Tutto ciò aumenta la capacità del paziente di affrontare le avversità legate alla malattia, di gestire meglio le emozioni e di navigare più efficacemente nei meandri del sistema sanitario. I risultati di una più intensa comunicazione tra paziente e team assistenziale – sono stati studiati in una serie di ricerche che hanno dimostrato il raggiungimento di una serie di *outcome*, come il miglioramento della qualità della vita, una più lunga sopravvivenza, il contenimento dei costi assistenziali (es: minori accertamenti diagnostici, minori ricoveri ospedalieri e la riduzione nelle disuguaglianze nella salute).

Guardando alla realtà regionale toscana in cui operiamo, la nostra preoccupazione in vista dell'apertura di nuovi ospedali (si passa da 700 a 400 posti letto), che saranno per intensità di cura, è la mancanza sul territorio dei servizi territoriali, nella sua filiera: AFT, Case della salute, cure intermedie, integrazione socio-sanitaria, infrastruttura organizzativa distrettuale.

Infatti, l'analisi delle richieste dei cittadini (siamo passati per un medico con mille assistiti da 7mila contatti/anno del 2001 e oltre 11mila nel

2010) se da una parte evidenzia il ruolo sempre più strategico delle cure primarie all'interno del sistema sanitario, dall'altra ha avuto effetti pesanti sul carico di lavoro e di responsabilità che si è abbattuto sugli operatori di prima linea, in particolare i medici di famiglia.

Tutto questo e altro ancora ci offre l'opportunità di conquistare la leadership in una sanità che ancora non riesce a trovare una ricetta efficace, credibile in quanto spendibile e realizzabile nella lotta contro le malattie croniche. Una *leadership* necessariamente fatta di alleanze (con un ampio ventaglio di figure professionali e, prima ancora, con i propri assistiti) e della capacità di rendere conto con dati alla mano, in ogni momento, dei risultati del proprio lavoro (*accountability*).

Anche sulla spinta delle numerose riflessioni di B. Starfield, l'American College of Physicians ha approvato nel 2007 un Manifesto etico dal titolo "Pay-for-performance principles that promote patient-centered care" dove si legge: "Le misure di qualità dovrebbero rendere riconoscibile l'assistenza globale d'eccellenza. Esse devono premiare l'efficace gestione delle forme complesse di co-morbidità, venendo incontro ai bisogni di supporto e di comunicazione dei pazienti, garantendo la continuità dell'assistenza e gli altri elementi distintivi dell'assistenza globale. Tutti gli indicatori devono sostenere e valorizzare un'appropriatezza assistenza al paziente e la relazione medico-paziente".

I medici della "complessità" (attrezzandoli) volendo ci sono. TM

Saffi Giustini e Paola Mandelli, autori - con Luigi Santoiemma e Lucio Zinni - di *VobisNewsLetter*, Collage di notizie, spigolature sul farmaco e nei dintorni della medicina generale <http://vobisnewsnet.blogspot.it/>



CORSI

Gargonza 2015

Corso Interattivo di Ecografia Internistica Castello di Gargonza, Monte San Savino (Arezzo) 28 maggio - 1 giugno 2015

Direttori: Marcello Caremani e Fabrizio Magnolfi

Corso teorico-pratico di base e di aggiornamento, caratterizzato dalla didattica interattiva, che comprende lezioni, discussione di casi clinici, sessioni videoquiz ed esercitazioni pratiche a piccoli gruppi con l'ausilio di tutori. Viene insegnata la tecnica dell'esame ecografico convenzionale dell'addome e del torace, la semeiotica ecografica e la terminologia da utilizzare per la refertazione, l'ecografia color-Doppler e l'ecografia con contrasto (CEUS). I principali argomenti specifici sono rappresentati da anatomia e patologia di: fegato, colecisti e vie biliari, pancreas, vasi portali, milza, tubo gastroenterico, reni, vescica, prostata, surrene, linfonodi, organi genitali femminili, polmone.

Un ampio spazio viene dedicato all'ecografia in emergenza-urgenza, focalizzando le evenienze cliniche più frequenti in Pronto Soccorso. In particolare si pone l'attenzione sul paziente con dolore addominale acuto e con patologia toracica acuta, e sul paziente politraumatizzato.

Ai partecipanti sarà consegnato un CD ed un Sillabus con le lezioni del corso.

All'edizione 2014 sono stati attribuiti 30,8 crediti ECM

Informazioni: Ultrasound Congress - Tel 0575.380513 / 348.7000999 - Fax 0575.981752

E-mail: info@ultrasoundcongress.com - <http://www.ultrasoundcongress.com>



MARIELLA IMMACOLATO, LUCA NOCCO

Le Linee Guida regionali approvate con DGR 1067/2014 e il Consenso informato

Uno strumento prezioso per migliorare la pratica Vaccinale

Abbiamo tutti letto la notizia dell'indennizzo accordato, ai sensi della Legge 210/1992, a novembre 2014, dal Tribunale di Milano, ad un bimbo affetto da autismo, cui era stato iniettato il vaccino esavalente.

Essa ha scatenato nei media la solita psicosi sulla presunta pericolosità dei vaccini, peraltro corroborata dalla contemporanea notizia in merito ad alcuni decessi che sarebbero stati causati dal vaccino antinfluenzale.

In questo contesto, nelle aule dei Tribunali avanza un nuovo «spettro», ossia un nuovo possibile – anche se, per il momento, solo futuribile – canale di contenzioso, quello legato alle vaccinazioni.

Anche alla luce di questo, occorre trovare strumenti che, pur nel rispetto dell'autodeterminazione personale, e tenuto conto della tendenza legislativa a rendere non più obbligatorie le vaccinazioni, consentano di mantenere uno standard elevato di copertura vaccinale.

Lo stesso «Piano Nazionale della Prevenzione vaccinale 2012-2014», in effetti, parla di un «percorso per il superamento dell'obbligo vaccinale», sulla scia di alcune sperimentazioni regionali di sospensione dell'obbligo vaccinale.

In un momento storico in cui l'obbligo vaccinale si affievolisce, rafforzandosi invece il movimento d'opinione volto a ottenere maggiore libertà di scelta in materia di vaccinazioni, in effetti, non è verosimilmente la coercizione la strada che potrà condurre al mantenimento delle elevate percentuali di copertura vaccinale ad oggi esistenti.

In questo contesto, le «linee guida consenso informato nelle vaccinazioni» (LG), approvate con la delibera della Giunta regionale toscana n. 1067 del 25 novembre 2014, mirano non solo a garantire linee di indirizzo uniformi a li-

vello regionale nell'acquisizione del consenso informato (ci), ma anche a dotare gli operatori sanitari di idonei strumenti per affrontare i problemi pratici che si pongono nella pratica clinica quotidiana, anche al fine di prevenire contenziosi.

Oltre a indicare i requisiti dell'informazione prodromica alla prestazione del consenso informato e le procedure da intraprendere per ottenere il consenso informato e registrarlo in maniera idonea anche per eventuali usi successivi in giudizio, le Linee Guida perseguono il fine di agevolare gli operatori in tutta una serie di casi particolari.

Si fa riferimento, ad esempio, ai casi di assenza di un genitore per lontananza, impedimento o incapacità, di disaccordo tra i genitori, di minorenni affidati a comunità o di minori stranieri non accompagnati, così come di minori che si presentano all'ambulatorio per le vaccinazioni accompagnati da soggetti (familiari, nonni, parenti) privi di alcun legame giuridico con il minore e pertanto impossibilitati a consentire alla vaccinazione.

Tenuto conto di quanto previsto dalla legge Balduzzi in tema di linee guida e responsabilità, inoltre, l'adesione alle Linee Guida potrebbe costituire un argomento di difesa in caso di contenzioso. Essendo venuto di fatto meno l'obbligo vaccinale, infatti, è verosimile che possa estendersi al campo delle vaccinazioni il contenzioso da tempo sviluppatosi in materia di responsabilità medica per omessa prestazione del consenso informato.

Il tema del consenso informato, infatti, è centrale e ineludibile nella "buona pratica clinica" in quanto il rispetto della volontà dell'assistito è parte integrante dell'ineccepibile comportamento professionale: questo è il significa-



Mariella Immacolato, Medico legale, direttore della U.O.C. di Medicina Legale dell'Az USL 1 di Massa Carrara. È presidente del Comitato etico legale della stessa azienda. È componente della commissione di Bioetica della Toscana. Fa parte del direttivo della Consulta di Bioetica Onlus. Docente di medicina legale nel corso di laurea in scienze infermieristiche dell'Università di Pisa.



Luca Nocco, Dottore di Ricerca in Diritto Privato Comparato della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Professore Associato Abilitato in Diritto Privato. Avvocato del Foro di Pisa. Autore di oltre ottanta pubblicazioni in tema di responsabilità sanitaria, danno alla persona, responsabilità civile, bioetica, implicazioni giuridiche della robotica. Componente del comitato di redazione della Rivista Italiana di Medicina Legale e del Diritto in Campo Sanitario.

¹ Coordinato dalla dr.ssa Emanuela Balocchini, direttore settore "Prevenzione e sicurezza in ambienti di vita e di lavoro, alimenti e veterinaria" Regione Toscana.

to della Linea Guida regionale.

Avere investito su questo aspetto, attuando un gruppo di lavoro¹ che ha costruito il percorso consenso informato nella pratica vaccinale, significa per il sistema sanitario toscano avere definitivamente abbandonato il modello di medicina cosiddetto "paternalistico" per abbracciare quello basato sulla tutela dei diritti tra cui fondamentali sono il diritto all'informazione e all'autodeterminazione. Non esiste alcuna "zona franca" sanitaria, anche quella relativa alle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, nella quale questi diritti valgano meno o possano essere attenuati in virtù di un bene superiore quale quello della salute pubblica.

Questo è in sintesi il messaggio delle Linee Guida: il patto di fiducia e l'alleanza con gli utenti si costruisce con la garanzia dei loro diritti. Non è più possibile immaginare un affidamento incondizionato rimanendo il consenso informato un principio astratto che, in concreto, rende il diritto di autodeterminazione del paziente un "diritto di carta".

Anche di questo si è parlato nei due recenti incontri, il primo completamente dedicato alla Linea Guida, che sono stati fatti a Firenze². Dal dibattito che ne è scaturito è emersa la preoccupazione di alcuni operatori sanitari che il consenso informato possa essere un ulteriore appesantimento burocratico che intralcia la

pratica vaccinale. Ma così non è. La Linea Guida ha l'obiettivo culturale di indicare agli operatori sanitari cosa significa in concreto il rispetto della dignità umana, la tutela dei diritti fondamentali della persona, l'invulnerabilità della libertà personale. La Linea Guida indica la strada per realizzare una prestazione professionale "inecepibile" dal punto di vista tecnico, deontologico, e della legittimità giuridica, delineando una pratica medica che non riconosce altro vincolo se non il bene dell'assistito.

L'ultima versione del codice di deontologia medica (2014) sottolinea l'obbligo del medico di applicare la "migliore scienza" al caso concreto con la "coscienza" di tutelare al meglio i diritti fondamentali dell'assistito tra i quali hanno un posto prioritario il diritto all'informazione e all'autodeterminazione.

Se la gente nutre diffidenza nei riguardi del mondo della medicina è anche perché si sente tenuta in disparte, senza nessun reale potere di influenzare le decisioni che la riguarda. Per avere fiducia nell'altro, in generale, e nella sanità, in particolare, occorre avere la certezza di essere stati informati correttamente per potere esprimere la propria opinione, e che nessuno potrà eluderla senza l'adesione dell'interessato.

TM

Info: m.immacolato@usl1.toscana.it

² Corso di aggiornamento "Consenso informato e vaccinazioni", Firenze, 5.12.14 e convegno "Vaccinazioni: un imperativo scientifico ed etico" venerdì 27 marzo 2015, Villa La Quiete alle Montalve - Firenze.

Si avvisano i medici e gli odontoiatri iscritti all'Ordine di Firenze che a partire dal **1° ottobre 2014** i servizi **EN-PAM** e **ONAOI** verranno svolti nei giorni di **mercoledì** dalle **ore 15.30** alle **ore 18** e di **giovedì** dalle **ore 9** alle **ore 12** previo appuntamento da richiedere al n. 055.496522 int. 1 o via e-mail: informazioni@ordine-medici-firenze.it. Ciò consentirà una più razionale ed efficace trattazione delle pratiche amministrative ENPAM.

ORDINE DI FIRENZE

E-mail e PEC:

presidenza@ordine-medici-firenze.it - informazioni@ordine-medici-firenze.it
 amministrazione@ordine-medici-firenze.it - toscanameditica@ordine-medici-firenze.it
 relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it
 segreteria.fi@pec.omceo.it - presidenza.fi@pec.omceo.it - amministrazione.fi@pec.omceo.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 SEPA Core Direct Debit (ex 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

Commissione Odontoiatri:

il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45

Consulenze e informazioni:

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:

inviare per e-mail 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



CRISTINA LADDAGA, ROSARIA LANZISERA¹, SILIANA CAPRAI², ELENA FICILI²,
SERENA FIUMICELLI², PATRIZIA LUPI², ANNA PIA SCERMINO²

Protesi totale d'anca per via anteriore

Continuità ospedale-territorio e percorso riabilitativo



Cristina Laddaga, laureata in Medicina nel 1993 c/o l'Università di Pisa, specializzata in Medicina Fisica e Riabilitazione nel 1997 e in Idrologia Medica nel 2002. Dirigente Medico dell'ASL 6 di Livorno dal 2000 al 2003 e dell'ASL 5 di Pisa dal 2003 ad oggi, è Direttore del Dipartimento di Riabilitazione della stessa Azienda USL dall'ottobre del 2014.

Sebbene nota fin dal 1800, la via d'accesso anteriore è stata poco usata perché più difficoltosa rispetto alle più comuni via laterale e via postero-laterale: infatti, pur permettendo la visualizzazione dell'articolazione con il semplice spostamento dei muscoli, non consente estese cicatrici e un'ampia esposizione del campo chirurgico.

Negli ultimi anni, tuttavia, strumentari specifici e protesi più piccole impiantabili con incisioni ridotte hanno riacceso l'interesse per questa via, grazie alla quale le perdite ematiche sono limitate, con minor ricorso a trasfusioni e minor rischio di trombosi venose, e sono diminuiti dolore post-operatorio e lunghezza della cicatrice cutanea.

Assenza di zoppia, ridotta incidenza di lussazione e rapida concessione del carico rappresentano indubbi vantaggi per il percorso riabi-

tativo, con un più rapido recupero del paziente.

L'U.O. di Ortopedia dell'Ospedale "Lotti" di Pontedera utilizza questa via d'accesso dal 2011 e il Dipartimento di Riabilitazione dell'Asl 5 è stato chiamato a definire un percorso riabilitativo garante della *continuità ospedale-territorio*, fondamentale per il recupero funzionale dopo interventi d'elezione.

Infatti, l'assenza di tale continuità e la mancanza di un "percorso certo" incidono negativamente sulla durata del trattamento e sulla qualità percepita dal paziente, ma sono anche fra le cause del non raggiungimento di un buon risultato funzionale.

Di contro, alcune esperienze (fra le quali quella del nostro gruppo sul "percorso riabilitativo per i pazienti operati di protesi totale di ginocchio") testimoniano che la presa in carico del paziente già alla pre-ospedalizzazione chi-

Tabella 1

Protocollo riabilitativo per la PTA per via d'accesso anteriore	
FASE POST-CHIRURGICA	
2[^] giornata post-operatoria	
1.	valutazione ROM rispettando la soglia del dolore (<i>la flessione può andare oltre 90°</i>);
2.	valutazione sensibilità;
3.	valutazione reclutamento muscolare (mm. estensori, flessori, abduttori, adduttori, extra e intrarotatori)
4.	facilitazione passaggi posturali con assistenza;
5.	facilitazione stazione seduta;
6.	facilitazione stazione eretta con appoggio anteriore e allineamento posturale;
7.	cammino con deambulatore con 2 ruote e 2 puntali.
3[^] giornata	
8.	esercizi da supino di flesso – estensione dell'Al in catena cinetica chiusa e di abduzione assistita in assenza di gravità;
9.	contrazione isometrica dei mm. quadricipite e glutei;
10.	esercizi di articolari dell'anca anche oltre i 90° di flessione;
11.	trasferimento del carico in stazione eretta nei limiti di tolleranza preservando l'estensione di anca (fino a 0°) e ginocchio;
12.	deambulazione con antibrachiali e passo a tre tempi.
4[^] giornata	
	Come 8-9-10-11-12
13.	deambulazione con antibrachiali con passo a 4 tempi.
5[^] giornata	
	Come 8-9-10-11-12-13
14.	salita e discesa di scale.
Consigli alla dimissione:	
•	esercitazione al cammino
•	educazione alla corretta gestione del post-operatorio: <i>ripetizione degli esercizi proposti in reparto</i> <i>evitare di posizionare cuscini sotto il ginocchio per prevenire deformità in flessione dell'anca.</i>

¹ Dirigente Medico
Specialista in Fisiatria ASL
5 Pisa

² Fisioterapista ASL 5 Pisa

Protocollo riabilitativo per la PTA per via d'accesso anteriore	
FASE AMBULATORIALE	
La fase ambulatoriale prevede 12 sedute trisettimanali nelle prime 2 settimane e poi bisettimanali. Di norma il trattamento riabilitativo ambulatoriale inizia in 10 [^] giornata post-operatoria.	
10[^] giornata post-operatoria = inizio fase ambulatoriale	
1. Valutazione articolare : <ul style="list-style-type: none"> • flessione senza limitazioni • estensione a 0° • abduzione/adduzione senza limitazioni • rotazioni 	
2. Valutazione muscolare	
3. Valutazione cicatrice chirurgica	
4. Valutazione posturale	
5. Valutazione cammino	
6. Esercizi per il range articolare ed il reclutamento muscolare con incremento graduale della richiesta	
7. Trattamento cicatrice: <ul style="list-style-type: none"> • massaggio di scollamento • taping • ultrasuoni a bassa frequenza 	
17[^] giornata Inizio degli esercizi di allungamento dei mm. del tronco.	
25[^] giornata	
1. abbandono di un antibrachiale	
2. incremento esercizi di carico in stazione eretta	
3. inserimento esercizi di iperestensione dell'anca sia da prono che in stazione eretta.	
45[^]-50[^] giornata Abbandono del II antibrachiale compatibilmente con lo schema del cammino.	

chirurgica coincide con maggiore efficacia/efficienza ed un più appropriato utilizzo delle risorse disponibili.

Dal giugno 2013 il Dipartimento di Riabilitazione dell'Asl 5 ha preso in carico 50 pazienti in attesa di intervento di protesi dell'anca per via d'accesso anteriore per coxartrosi, necrosi della testa del femore e displasia congenita dell'anca.

Tutti sono stati visitati, educati rispetto all'intervento, garantiti nelle diverse fasi del percorso; tutti sottoposti alla valutazione del ROM dell'anca e della forza muscolare, alla valutazione baropodometrica statica e dinamica ed all'analisi del cammino. Ad ognuno è stato somministrato lo "Womac Index" per esplorare dolore, rigidità e funzionalità dell'anca ed un questionario che valuta l'autonomia nelle ADL e l'impatto della patologia sulla vita sociale e lavorativa (SF-36).

Stessa valutazione è ripetuta a fine trattamento e sarà ripresentata a 6 mesi ed a un anno

dall'intervento.

È stato definito un protocollo riabilitativo specifico che inizia in fase acuta e prosegue con il trattamento ambulatoriale presso le Strutture del Dipartimento (Tabella 1).

Mediamente gli accessi ambulatoriali per utente sono stati 11, comprese la valutazione pre-chirurgica e finale; il trattamento è stato effettuato entro i 50 giorni post-chirurgici e alla dimissione vengono forniti consigli sulle attività motorie utili al mantenimento di un corretto stile di vita.

Ad oggi solo due pazienti sono usciti dal presente percorso per l'insorgenza di mobilitazione dell'impianto protesico. È previsto un follow-up dei pazienti a 6 mesi e ad un anno dall'intervento. **TM**

Info: c.laddaga@usl5.toscana.it



EDIZIONI TASSINARI STAMPA DA NOI IL TUO LIBRO

L'EDITORE DI TOSCANA MEDICA OFFRE PREZZI OTTIMI PER I MEDICI
Inviare le caratteristiche, il numero di pagine e copie, riceverete il preventivo / Stampiamo anche ricettari, carta da lettere e biglietti da visita

ULTIME NOVITÀ!

**RILEGATURE
ARTIGIANALI
IN CARTONATO**



STAMPA SU TESSUTO

NOVITÀ EDITORIALI

Trattato di podologia

Suddiviso in due volumi

È un'opera originale che consente di cogliere, nella sua estensione, lo spazio affidato alla responsabilità del moderno Podologo garantendo, con una rigorosa competenza, la soluzione dei casi anche complessi.



GAVINO MACIOCCO

NHS

Si cambia, in meglio. Si spera

In Gran Bretagna, nel maggio 2015, si terranno le elezioni politiche (in un clima di grande incertezza) ed è tempo di bilanci e prospettive future, anche in sanità. Il rapporto *"Five Years Forward View"* pubblicato lo scorso ottobre dal governo conservatore di Cameron guarda ai prossimi 5 anni e lo fa in maniera del tutto sorprendente e inattesa, per coloro che hanno seguito negli ultimi anni le vicende del *National Health Service* (NHS), culminate con una riforma che ha quasi interamente privatizzato il sistema di produzione dei servizi e fatto della competizione e del mercato gli elementi fondanti delle relazioni tra gli attori della sanità.

Al centro della riflessione vi è la questione della sostenibilità del NHS: se non cambia qualcosa la previsione è che entro il 2020 si accumulerà un deficit – uno sfasamento tra risorse disponibili e bisogni dei pazienti – di 30 miliardi di sterline (38.3 miliardi di euro). *"Per sostenere un NHS universalistico e di alta qualità si deve agire su tre fronti"* che sono, come si legge nel documento: la domanda, l'efficienza, il finanziamento. In nessuna parte del documento si trova un qualche riferimento alla compartecipazione alla spesa da parte degli utenti (*co-payment*, in italiano *ticket*) o al ricorso alle assicurazioni private, integrative, tanto meno sostitutive, anzi si riconferma la volontà di finanziare il sistema attraverso la fiscalità generale. Ciò che sorprende è la scomparsa di ogni riferimento al mercato e alla competizione, i pilastri ideologici della riforma introdotta lo scorso anno e la ricomparsa di oggetti messi in cantina già al tempo del secondo governo Blair, come desueti e ingombranti, come prevenzione, cooperazione, integrazione. Tanto obsoleta la prevenzione da essere cancellata, nella riforma del 2013, dalle funzioni del NHS e trasferita come un gentile pacco alle autorità municipali.

"Se la nazione fallisce nell'affrontare seriamente la prevenzione allora i recenti progressi nella speranza di vita sana si arresteranno, le disuguaglianze nella salute si allargheranno e la nostra capacità di finanziare terapie innovative sarà annullata dalla necessità di spendere milioni di sterline in malattie completamente evitabili", quindi afferma il rapporto: "La salute futura di milioni di bambini, la sostenibilità del NHS, e la prosperità economica dei cittadini britannici dipendono ora da un radicale potenziamento della prevenzione e della sanità pubblica". Segue un elenco di proposte per tenere sotto controllo la domanda riducendo l'insorgenza delle malattie: dalla lotta all'obesità, al fumo, all'alcol alle

misure per migliorare la salute nei luoghi di lavoro e di contrasto alla disoccupazione (causa di disagio mentale e di malattie). The Lancet commentando il rapporto nota al riguardo che *"il governo deve riconoscere che i risultati di salute sono legati a determinanti sociali che richiedono soluzioni intersettoriali, leggi e finanziamenti ad hoc. Si stima che le sole disuguaglianze sociali – conclude The Lancet – producano un costo per il NHS di più di 5 miliardi di sterline l'anno"*¹.

Il secondo fondamentale obiettivo è quello di distruggere le barriere (The Lancet le chiama *"confini tribali"*) che separano i medici di famiglia dagli ospedali, la salute fisica da quella mentale, l'assistenza sanitaria da quella sociale. Barriere che erano diventate sempre più alte e insormontabili dopo l'applicazione della riforma del 2013 che riceve così, dopo la riscoperta della prevenzione, un'altra sonora picconata. Al centro della proposta c'è la riorganizzazione e il potenziamento delle cure primarie, con la creazione di un nuovo modello organizzativo denominato *"Multispecialty Community Providers"* (MCPs), dove le *"practice"*, il luogo dove lavorano in gruppo i medici di famiglia (*General Practitioners*, GPs) si allargano ad altri professionisti: specialisti di varie branche (dai pediatri ai geriatri, agli psichiatri), infermieri, fisioterapisti, psicologi, farmacisti, operatori sociali. Principale compito: quello di svolgere ciò che noi chiameremo *"sanità d'iniziativa"*: *"i servizi dovranno essere proattivamente indirizzati verso pazienti registrati, con bisogni complessi come gli anziani fragili o quelli con malattie croniche, sfruttando al massimo le potenzialità offerte dalle tecnologie digitali"*.

Le potenzialità e le opportunità di queste nuove strutture organizzative del territorio sono molteplici:

- Ripartire nelle *practice* gran parte delle prestazioni specialistiche erogate in ospedale;
- Gestire gli ospedali di comunità, consentendo loro di espandere servizi diagnostici e terapeutici (come dialisi e chemioterapia);
- GPs e specialisti potrebbero avere le credenziali per ricoverare direttamente i propri pazienti in ospedale;
- I MCPs potrebbero avere la delega a gestire per i propri pazienti non solo il budget sanitario ma anche quello sociale, garantendo così una vera integrazione socio-sanitaria;
- I MCPs potrebbero allearsi con associazioni di pazienti e gruppi di volontariato per promuovere l'*empowerment* dei pazienti e della comunità, anche allo scopo di mettere in



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".

contatto i servizi sanitari e sociali con gruppi di popolazione difficili da raggiungere (*hard-to-reach groups*).

Ma – sostiene il rapporto – *“England is too diverse for a one size fits all care model”*: l’Inghilterra è troppo diversa per un modello assistenziale uguale per tutti. Così si possono creare anche nuovi modelli, come quelli previsti dal *“Primary and Acute Care Systems”*, dove si dovrebbe realizzare una forte integrazione tra cure primarie e ospedali per acuti, con molte possibili soluzioni ai cui estremi ci sono da una parte i MCPs che assumono la gestione di un ospedale distrettuale e dall’altra un ospedale che assume la gestione anche dell’assistenza territoriale, inglobando nel suo staff GPs e altri operatori di comunità.

Il rapporto *“Five Years Forward View”* cancella d’un colpo dieci anni di retorica mercatista sulla sanità, iniziata con Blair e proseguita da Cameron e dal suo ministro Andrew Lansley, artefice di una riforma che gli stessi membri del partito conservatore considerano *“the biggest mistake”*².

Lo stesso articolo riporta una dichiarazione di Mark Porter, presidente del *British Medical Association*, che reagisce così all’autocritica dei conservatori: *“Piuttosto che ascoltare le preoccupazioni dei pazienti, del pubblico e degli operatori che si sono opposti vigorosamente a una riorganizzazione calata dall’alto, i politici hanno scelto vergognosamente di mettere la loro testa sotto la sabbia e procedere comunque. Il danno inferto è stato profondo e intenso e questo risveglio sulla via di Damasco è too little too late e non sarà di conforto per quei pazienti che hanno sofferto a causa di ciò”*.

Il rapporto *“Five Years Forward View”* vuole essere anche la risposta a un esteso movimento di protesta a cui hanno aderito 21 organizzazioni tra cui il *Royal College of General Practitioners* e il *Royal College of Physicians* e che ha pubblicato nel maggio scorso un manifesto di sfida al governo sul futuro del NHS – *“2015 Challenge Declaration”* – in vista delle prossime

elezioni politiche. Al centro della critica c’è la logica del comando top-down con cui si è sempre mosso il governo, rifiutandosi sistematicamente di confrontarsi con le rappresentanze dei cittadini e dei professionisti. E poi c’è la povertà dei risultati della riforma sia in termini di efficienza (le liste d’attesa sono molto aumentate) che di efficacia: *“L’attuale fallimento nel prevenire o ritardare l’insorgenza delle malattie sta provocando la crescente domanda di assistenza. Per troppo tempo c’è stata un’azione insufficiente nella prevenzione, nella promozione della salute, negli interventi proattivi e nell’affrontare i determinanti sociali della scarsa salute (dall’educazione sulle scelte salutari alle abitazioni povere). (...) I servizi sanitari in gran parte operano come facevano decenni fa, quando il bisogno predominante da soddisfare era quello di trattare una malattia episodica o un infortunio, piuttosto che fornire un’assistenza a lungo termine, spesso complessa”*.

Questo dibattito si svolge a sei mesi dalle elezioni politiche il cui esito, come abbiamo già osservato, è molto incerto ed è difficile prevedere quanto delle proposte enunciate nel rapporto *“Five Years Forward View”* si tradurranno in realtà, tuttavia è significativo che il partito conservatore inglese proponga per la sostenibilità del NHS priorità e posizioni classiche della sinistra, come la prevenzione, la lotta alle disuguaglianze, l’integrazione socio-sanitaria, la cooperazione (invece della competizione). In Italia invece la (sedicente) sinistra di fronte allo stesso problema mette in atto tagli lineari del fondo sanitario, ticket sempre più odiosi e iniqui, universalismo selettivo e assicurazioni integrative, ovvero le classiche ricette della destra. **TM**

Info: gavino.maciocco@alice.it

Note

¹ Editorial, Future plans for the NHS, *Lancet* 2014; 384:1549.

² <http://www.independent.co.uk/news/uk/politics/governments-reorganisation-of-the-nhs-was-its-biggest-mistake-say-senior-tories-9790247.html>.

CORSI

Università degli Studi di Firenze - Università degli Studi di Pavia

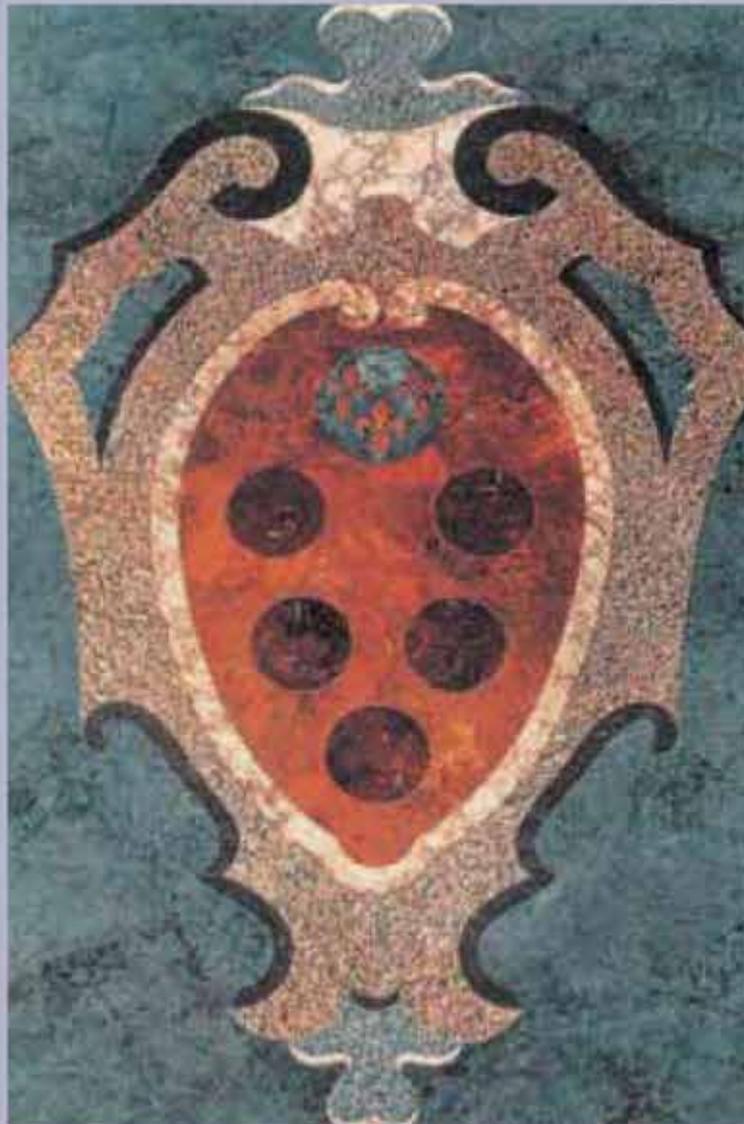
Corso di Perfezionamento in Ecografia e Malattie Infettive in Paesi a risorse limitate a.a. 2014/2015

Sede: Aula 10 - Nuovo Ingresso Careggi (NIC), Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Largo Brambilla 3, 50134 Firenze. **Organizzatori del Corso:** Prof. Alessandro Bartoloni, Università degli Studi di Firenze. Dr. Enrico Brunetti, Università degli Studi di Pavia. Prof. Stefano Colagrande, Università degli Studi di Firenze. **Per informazioni:** e-mail: alessandro.bartoloni@unifi.it, Tel 055/7949431. **Struttura:** il Corso si articola in 4 giorni dal **4 al 7 maggio 2015**, con orario dalle 9:00 alle 18:00. **Obiettivi:** fornire al personale che desidera inserirsi in programmi di cooperazione sanitaria o che già presenti esperienza nel lavoro sul campo conoscenze teoriche e pratiche sull’utilizzo dell’ecografia come strumento diagnostico e terapeutico. **Informazioni e iscrizioni:** e-mail: segr-perfez@polobiotec.unifi.it - <http://www.polobiotec.unifi.it/CMpro-v-p-1465.html>. L’iscrizione termina il 17 aprile 2015, il costo è di 500 Euro.

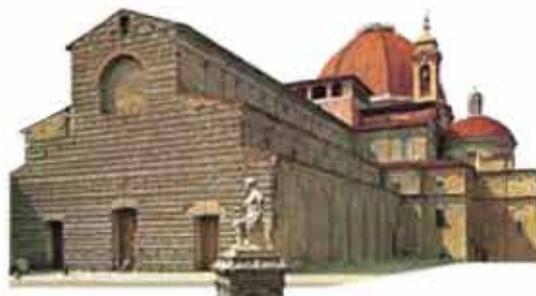
Manfredo Fanfani

**UN RADIOLOGO
IN CASA MEDICI**

Prima Parte



**La malattia articolare
della famiglia fu vera Gotta?**



Nel corso dei secoli, la *gotta* ha rappresentato una delle malattie più comuni di illustri personaggi. Grazie alla medicina la malattia dei re, degli imperatori e dei signori ha perso, poco a poco, quella corona che per tanti anni aveva conservato incontrastata.

Già Ippocrate e Galeno avevano stabilito una stretta relazione fra la *gotta* e una ricca condotta alimentare. Prima che la medicina la sconfiggesse questa malattia era la più temuta ma, anche, la più... ambita: indicava il raggiungimento del benessere e del potere.

Nell'antica cultura popolare, la *gotta*, legata ai piaceri della tavola, era cosa da ricchi, mentre il reumatismo e l'artrosi erano malattie da comuni mortali. È per questo motivo che nei secoli passati si tendeva a semplificare: le malattie articolari che colpivano i ricchi erano in genere catalogate come "*gotta*". La *gotta* era per antonomasia il "reumatismo dei ricchi"; mentre le malattie articolari che colpivano i poveri erano catalogate come comuni reumatismi, appunto il "reumatismo dei poveri".

Le generazioni successive a Cosimo il Vecchio, fino alla Elettrice Palatina Anna Maria Luisa de' Medici (1667-1743) che firmò con la dinastia Lorena un patto di famiglia che legò alla città di Firenze il tesoro dei Medici "per ornamento dello stato, utilità del pubblico e per attrarre la curiosità dei forestieri", sono state guardate come un singolare esempio di patologia familiare nel segno della *gotta*.

Secondo gli storici, Cosimo il Vecchio, per quanto assai morigerato nelle abitudini di vita, soffrì terribilmente di *gotta*. Le crisi dolorose ai piedi e poi alle mani iniziarono intorno all'età di 50 anni. Cosimo trasmise tale infermità al figlio Piero che, per questa invalidità, fu soprannominato "il Gottoso".

Alla morte di Cosimo, nel 1464, all'età di 75 anni, età considerevole per una famiglia poco longeva come quella dei Medici, Piero ne aveva appena 48 ed era già completamente paralizzato dalla *gotta*, i primi sintomi erano iniziati all'età di 34 anni. Piero morirà nel 1469 a soli 53 anni. Anche Lorenzo il Magnifico soffrì precocemente di disturbi articolari e morì nel 1492 a soli 42 anni.

Nel 1945, finita la guerra, si dovette ricollocare, sulle tombe medicee della Sacrestia Nuova della Basilica di S. Lorenzo in Firenze, le celebri

sculture di Michelangelo, che erano state rimosse per metterle al sicuro dalle offese belliche. Apparve necessario una ricognizione delle tombe per riordinare i resti degli illustri personaggi. In quella occasione le ossa dei Medici furono prelevate ed oggetto di un magistrale studio anatomico patologico e radiologico da parte del Prof. Antonio Costa e del Prof. Giorgio Weber dell'Istituto di Anatomia Patologica dell'Università di Firenze (Archivio "DeVecchi", vol. III, 1955).

Esprimo a Giorgio Weber un sentito ringraziamento per avere consentito la riproduzione delle immagini radiografiche condotte dal Prof. Natale Villari; al Maestro Antonio Costa un pensiero riconoscente.

Furono studiate le malattie articolari di Cosimo il Vecchio, di Piero "il Gottoso", di Lorenzo il Magnifico e di Giuliano, Duca di Nemours. Le indagini hanno confermato la ricostruzione alla quale era giunto, con una approfondita indagine sulla stirpe de' Medici di Cafaggiolo, Gaetano Pieraccini L'insigne studioso, primo sindaco della Firenze liberata, aveva in più occasioni perorato questa ricerca sulle ossa dei Medici.

Anche se le cronache dell'epoca parlavano di "*gotta*", gli studi anatomico patologici e radiografici hanno tolto molto allo stretto dominio gottoso delle malattie articolari. Le alterazioni di Cosimo e di Piero sono state inquadrare, prevalentemente, fra quelle di tipo reumatico cronico, con gravi lesioni anchilosanti della colonna vertebrale e di varie articolazioni, sia pure sullo sfondo di comuni fattori ereditari.

Di tipo prevalentemente artrosico sono apparse, viceversa, le deformazioni articolari di Lorenzo il Magnifico e del figlio Giuliano.

La deformità della mano sinistra di Giuliano, riprodotta nel ritratto di Alessandro Allori, è riferibile a pregresse lesioni ossee ed articolari di origine traumatica. Esiti di fratture sono evidenziati negli esami radiografici, con perdita, o anchilosi in flessione, dell'ultima falange del dito indice, realisticamente descritta nel ritratto.

Pertanto le malattie articolari della famiglia Medici furono definite in prima istanza di tipo *gottoso*, trattandosi di famiglia agiata.

I successivi studi hanno fatto propendere per una prevalente patologia reumatica cronica e artrosica, in altre parole, anche per i Medici, anziché di un "reumatismo dei ricchi", la *gotta*, sembra essersi talora trattato del più comune "reumatismo dei poveri".

COSIMO IL VECCHIO DE' MEDICI (1389-1464)

Pontormo (1494-1556); Firenze, Galleria degli Uffizi



Radiografia della colonna dorsale di Cosimo il Vecchio: calcificazione estesa dei legamenti, apofisi articolari addensate e anchilosate; riduzione degli spazi vertebrali, secondo un quadro di spondilopatia anchilosante.

Basilica di San Lorenzo, Altare Maggiore.

Il pavimento dinanzi all'Altare Maggiore è segnato dall'incisione che indica la sottostante tomba di Cosimo il Vecchio, "Pater Patriae":
"COSMUS
MEDICES- HIC SITUS
EST- DECRETO PUBLICO-
PATER PATRIAE- VIXIT
ANNOS LXXV - M (ENSES) III
. D (IES) XX".

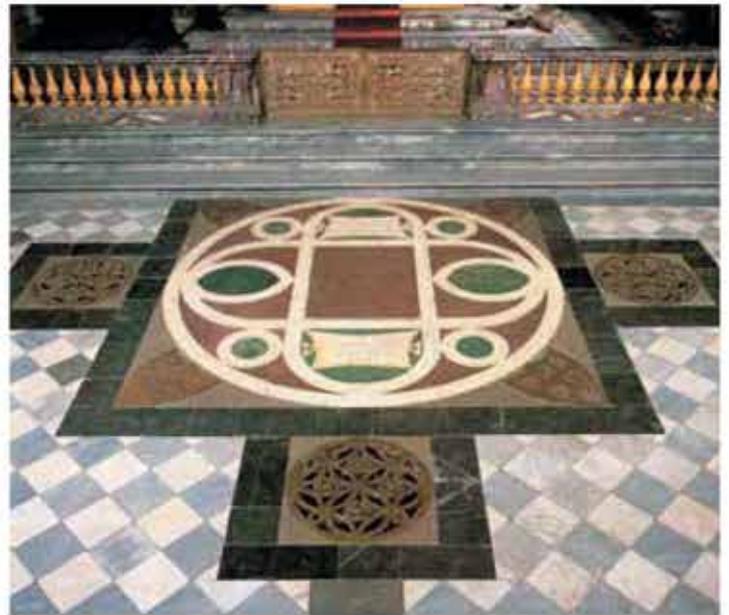


Radiografia di un dito indice di Cosimo, con anchilosì e deformazione delle articolazioni interfalangee.

Particolare delle mani di Cosimo, con evidenti nodosità del dito indice della mano destra.



La radiografia mostra una anchilosì fra tibia e perone, esostosi e ispessimento del periostio.



Cosimo il Vecchio cominciò a soffrire di disturbi articolari alle mani ed ai piedi intorno ai 50 anni, morirà all'età di 75 anni. La radiografia della colonna mostra una calcificazione estesa dei legamenti vertebrali con diminuzione degli spazi intervertebrali, apofisi articolari addensate, ingrossate e anchilosate, secondo un quadro di spondilopatia anchilosante.

Il Pontormo descrive le mani di Cosimo, strette l'una nell'altra, con evidenti deformità, a sottolineare quella gotta deformante di cui si sapeva avere sofferto.

Il dito indice della mano destra, che appare nella sua interezza, mostra spiccate nodosità, evidenti anche a livello di altre nocche (articolazioni metacarpo-falangee).

L'esame radiografico di un dito indice evidenzia una osteoartrite erosiva anchilosante delle falangi con marcate deformazioni.

Le immagini ritratte dal Pontormo risultano pertanto assai fedeli alle reali deformità di Cosimo.

Il Pontormo aveva realizzato il dipinto 50 anni dopo la morte di Cosimo in base a quanto riferito, con ricchezza di particolari, dai cronisti dell'epoca sulla malattia che lo affliggeva.

L'opera fu realizzata anche per interessamento di Papa Leone X e del Cardinale Giulio, suo cugino naturale, che rappresentavano ormai gli unici discendenti del primo ramo.

I cronisti parlavano di "gota" ai piedi (podagra) ed alle mani (chiaragra), con continue ricadute.

Alla fine del 1450 era un poco migliorato, ma si allude ad un dito della mano, forse proprio quel dito indice descritto dal Pontormo, che restava "un poco più grosso".

PIERO DE' MEDICI, "IL GOTTOSO" (1416-1469)

Luca detto Fiammingo (1612-1682): Firenze, Galleria degli Uffizi



La radiografia del torace mostra una di Piero il Gottoso saldatura fra sterno e clavicola; ponti calcifici fra i corpi vertebrali della colonna toracica, anchilosi di alcune superfici articolari che conferivano rigidità al busto.

Colonna lombo-sacrale: saldamento delle faccette articolari, sincondrosi sacro iliache saldate, ispessimento dei legamenti vertebrali; nella sede della loggia renale è evidente l'immagine di un grosso calcolo.



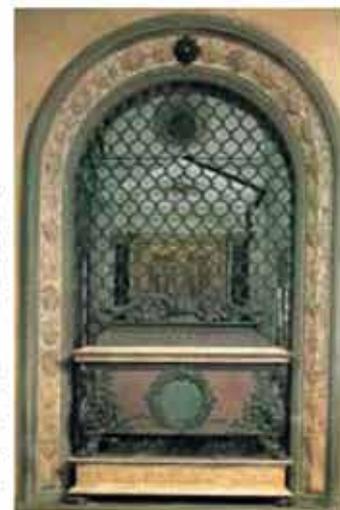
Articolazione del ginocchio di Piero il Gottoso in posizione semi flessa, con anchilosi. I condili femorali sono saldati con la tibia; gettate ossee saldano la rotula con il femore e il perone con la tibia.

Il femore sinistro di Piero è mancante di quasi metà della testa per fenomeni di osteonecrosi, alterazione assai debilitante.

Il busto di Piero è raffigurato legnosamente rigido, a causa di alterazioni delle ossa toraciche. La mano sinistra, appoggiata su un ripiano, appare in atteggiamento alquanto innaturale; è, nel complesso, rigida con evidenti deformità. Le prime notizie della malattia articolare di Piero risalgono al 1450, aveva appena 34 anni; tra infusi, pomate d'erbe e cure termali trascina la malattia fino al 1469, morirà a soli 53 anni. Le radiografie mostrano estese anchilosi delle ossa del polso sinistro e della mano, che giustificano quella rigidità e le deformità, realisticamente raffigurate nel ritratto. Non è da escludere che l'Artista abbia intenzionalmente messo in risalto la mano di Piero raffigurandola in primo piano nei suoi particolari, proprio a voler sottolineare l'infermità gottosa che lo affliggeva dalla giovane età, e che era di pubblico dominio, tanto che era già stato denominato "il Gottoso", nomignolo considerato quasi un privilegio. Le radiografie mostrano l'estensione e la gravità della malattia articolare di Piero, che ne giustifica le precarie condizioni fisiche. Come raccontano i cronisti all'età di 50 anni stava "legato nelle fascie e storpiato", negli ultimi tempi della sua vita "maldisposto della persona, perch'era in modo contratto, che d'altro che della lingua non si poteva valere".

Andrea del Verrocchio (1435 -1488): Tomba di Giovanni e Piero de' Medici, Basilica di S. Lorenzo, Firenze.

La tomba fu terminata nel 1472; alla sua scoperta, annotava un vecchio ricordo: "quasi fosse chiamato a vedere una meraviglia del mondo vi concorse tutta Firenze".



Continua nel prossimo numero...

Astrazeneca



Un futuro che viene da lontano.

Da 70 anni siamo impegnati a migliorare la qualità della vita delle persone attraverso i nostri farmaci innovativi.

Un lungo percorso che ci permette di essere presenti in 100 paesi, come punto di riferimento unico per ricercatori, medici ed pazienti.

www.astrazeneca.it



Mirko Bindi, laureato nel 1975, specialista in Radioterapia, Patologia gen. e Oncologia. Aiuto Ospedaliero nel Policlinico di Siena nel reparto di Radioterapia e Oncologia Medica. Dal 1997 al 2000 Coordinatore CORAT del servizio domiciliare oncologico nella ASL 7. In pensione dal 2007. Fondatore della Onlus QUAVIO (qualità della vita in oncologia) per l'assistenza domiciliare specialistica.

MIRKO BINDI

Una sana alimentazione è una buona cura

E se Colin Campbell avesse ragione? Nel 2011 è uscito il libro *China Study*. Parlando con un amico non medico mi fece leggere una critica su internet in cui le tesi di Campbell erano smontate una ad una. Fu il motivo per cui comprai il libro e da un anno sono vegetariano. Nel 1980 curavo i malati oncologici nei cameroni da 20 posti letto nell'Ospedale Santa Maria della Scala a Siena. Avevo fatto la tesi sugli effetti cancerogeni delle radiazioni sulle popolazioni di Hiroshima e Nagasaki e la patologia generale e la cancerogenesi erano sempre state una passione, ma al paziente o al familiare che mi chiedeva per quale motivo aveva un tumore, dovevo rispondere con statistiche per coprire la mia ignoranza. Ora Campbell illustra la sua teoria e chissà se non sia come ai tempi di Darwin in cui le sue idee vennero osteggiate e derise soltanto perché andavano contro corrente. Campbell ipotizza che la maggior parte delle malattie degenerative, dal cancro all'Alzheimer, derivi dalla alimentazione proteica animale. L'alimentazione occidentale è basata su un uso cospicuo di carni animali e latticini ed è la abbondanza di proteine animali introdotte con la dieta che sarebbe responsabile della degenerazione cellulare.

I suoi studi partirono nel 1960 da una ricerca indiana in cui i topi sottoposti alla aflatoxina sviluppavano cancro al fegato solo quando l'apporto di proteine era il 20%. Una dieta del 5% non faceva sviluppare il cancro, anzi lo faceva regredire quando dal 20% si passava al 5%. La proteina della dieta dei topi era la caseina. Successivamente nelle Filippine studiando l'effetto della aflatoxina nei tumori infantili riscontrò che i bambini affetti da cancro al fegato appartenevano quasi esclusivamente alle classi benestanti. I bambini delle classi povere, nonostante assumessero una maggiore quantità di aflatoxina, presentavano una incidenza di cancro inferiore. Negli studi epidemiologici del *China Study* il confronto tra la dieta della popolazione americana e quella delle aree rurali cinesi, indicava che il basso consumo di proteine animali corrispondeva ad una bassa incidenza non solo del cancro ma anche delle patologie degenerative. Nel *Nurse's Health Study* iniziato nel 1976 sono state studiate 120.000 infermiere e Campbell evidenzia che la dieta a base di proteine animali "nel suo insieme" è responsabile della morta-

lità e che i singoli componenti della dieta, per esempio i grassi animali, giocano lo stesso ruolo sia che siano assunti in dosi minime o in dosi elevate. Le infermiere, persone più attente alla salute della popolazione generale, seguivano diete povere di grassi, ma soffrivano delle stesse patologie degenerative della popolazione e a volte anche in quantità maggiore. Questo dato indicava che non era la singola sostanza, esempio il colesterolo e i grassi saturi della dieta, a determinare l'insorgenza della malattia ma la dieta proteica nel suo insieme.

Culturalmente oggi lo standard di una buona e sana alimentazione è rappresentato da un massiccio apporto di proteine animali e latticini. Le raccomandazioni standard (RDA: dosi giornaliere consigliate) prevedono un apporto proteico animale dal 10 al 35% con una precauzione nella limitazione di alcuni tipi di grasso. Di contro la salute negli USA (leggi Occidente) è afflitta dalle moderne patologie degenerative.

La ricerca mondiale è focalizzata sulla individuazione dei cancerogeni, dal giallo burro al DDT, banditi negli anni 1970, agli innumerevoli coloranti e conservanti fino alle recenti ammine aromatiche (fritture e grigliate >200°). Inoltre ciclicamente sono esaltati integratori alimentari in grado di antagonizzare specifiche malattie. Il quadro è estremamente confuso, sembra un gioco in cui una giacca è tirata da tutte le parti ma è sempre sgualcita. Campbell ha il pregio di aver avanzato una ipotesi innovativa e, come per Darwin, saranno necessarie prove e controprove per la verifica: ad esempio il latte vaccino ha lo stesso effetto del latte di capra? Il latte di palma è salubre come il latte di soia? Gli interrogativi sono tanti e non possono essere cancellati soltanto perché l'alimentazione carnea è lo standard nutrizionale. Dobbiamo ricordare che questo tipo di dieta nacque nel XVIII secolo con la rivoluzione industriale ed è diventato uno status symbol delle popolazioni ricche. Comunque rimane il dubbio della risposta al paziente che domanda perché si è ammalato. Recentemente il programma delle lene ha illustrato "il tumore di Antonio" che a due anni dall'ultima cura ufficiale, ha riacquisito una qualità della vita impeccabile per il semplice fatto di aver iniziato una dieta vegetariana. Da oncologo, non avendo risposte certe, oggi non mi assumerei la re-

sponsabilità di negare a un malato oncologico la prescrizione di questa dieta. Tre mesi di frullati di verdura, seguiti da pasti vegani, integrati con alcalinizzazione alimentare sono una indicazione fino a poco tempo fa non avrei mai immaginato. Oggi Campbell suggerisce una ipotesi in cui "i carcinogeni chimici in genere non provocano il cancro a meno che non ci siano le giuste condizioni nutritive". Se tale teoria fosse vera servo-

no buoni medici dietologi e studi epidemiologici di conferma, ma nel frattempo conoscendo certe schifezze della produzione industriale dei cibi carnei consiglio, a chi me lo chiede, la loro drastica riduzione. Ogni individuo è libero di fare la sua scelta ed ognuno può scegliere di bere latte di mucca o latte di soia. **TM**

Info: mircobindi@gmail.com

GIOIA GORLA

Un workshop sulla Medicina Narrativa

L'interesse per la Medicina Narrativa si è venuto diffondendo negli ultimi anni in Italia, come mostrano le numerose iniziative, specialmente in ambito pubblico, che vi fanno riferimento per la formazione degli operatori della salute. Ne dà un'ulteriore conferma il recente convegno del Coordinamento Nazionale degli Operatori delle Unità Spinali (CNOPUS), che si è svolto a Roma dal 23 al 25 ottobre scorso, dal titolo "Age quod agis, quel che fai, fallo bene". È infatti significativo che in un convegno incentrato sulle "buone pratiche", accanto alla trattazione dei temi più specifici dell'intervento per la lesione spinale, come quello della nutrizione, si sia deciso di dedicare uno dei tre workshop di apertura all'utilizzo della Medicina Narrativa in Unità Spinale. Della organizzazione e gestione del workshop è stata incaricata la SIPLEs, la società che raggruppa gli psicologi che lavorano nelle Unità Spinali italiane, e il compito è stato affidato a tre socie: Gioia Gorla e Silvia Lapini, di Firenze e Gabriella Rossi, di Milano.

Il workshop è stato introdotto da una relazione che aveva lo scopo di fornire alcuni concetti di base sulla Medicina Narrativa, sulla sua nascita negli ultimi decenni del secolo scorso e soprattutto sulla sua sistemazione per opera di Rita Charon, che ha sintetizzato nelle sue opere il ricco e diversificato apporto delle scienze umane e della letteratura al sorgere di una medicina "basata sulla narrativa", di cui ha costantemente ribadito il carattere complementare e non antitetico nei confronti della EBM e il profondo valore etico. La discussione nel gruppo di un caso clinico riferito dalla stessa Charon in un articolo del 2001 è servita per chiarire molti concetti e ha fatto da ponte alle altre due parti del workshop.

La prima ha mostrato come il lavoro clinico entro le Unità Spinali, in cui è centrale una

relazione curanti-pazienti che favorisca l'alleanza terapeutica, costituisca un terreno estremamente propizio per l'utilizzo della Medicina Narrativa. In particolare, il progetto individualizzato alla base dell'intervento riabilitativo per i pazienti con lesione spinale, al quale partecipa tutta l'équipe con l'apporto di diverse figure professionali, non può prescindere da una conoscenza approfondita e condivisa della storia del paziente e del suo gruppo familiare. La seconda e ultima parte è stata invece dedicata alla presentazione dell'attività preparatoria del workshop, per cui la SIPLEs aveva invitato gli operatori delle Unità Spinali a metter per scritto le proprie osservazioni a proposito di una situazione clinica a loro scelta, con particolare riferimento alle proprie reazioni emotive. Una "attenta lettura" di questi testi – per usare il termine utilizzato da Rita Charon per indicare come vada letta e discussa in gruppo la "parallel chart", che si affianca alla tradizionale cartella medica ed è redatta per raccogliere gli aspetti emotivi della relazione curante-paziente – ha permesso di proporre alcuni temi come spunto per la discussione conclusiva.

Al termine della animata discussione che ha concluso il workshop è nata la proposta di continuare ad approfondire i temi dell'impiego della Medicina Narrativa nella riabilitazione delle gravissime disabilità, come quella legata alla lesione spinale. A conferma che la Medicina Narrativa, con i suoi suggerimenti per dar parola alle emozioni sottese alla relazione curante-paziente, evitando il rischio sempre incombente o di reprimerle oppure di esserne travolti, continua a rivelarsi una nuova preziosa cornice per il lavoro clinico. **TM**

Info: gioiagorla@tin.it



Gioia Gorla, psicologa psicoterapeuta, Firenze. Past President della Associazione Italiana per la Psicologia Clinica e la Psicoterapia. Socio onorario della Società Italiana Psicologia della Lesione Spinale.



Massimo Generoso
Pediatria di famiglia e
pediatra consultoriale,
autore di numerose
pubblicazioni in campo
pediatrico, è animatore di
formazione. È coautore
del testo "Puericultura
Neonatalogia Pediatria
con Assistenza", SEE,
Firenze, 1994, 2000.
È coautore del testo
"Ortopediatria", SEE,
Firenze, 1996. Nel
Febbraio 2006 ha
fondato ed è Presidente
della Sezione Fiorentina
ISDE (Associazione
Medici per l'Ambiente).

MASSIMO GENEROSO

L'impatto ambientale è sempre un problema

ISDE Firenze (sezione provinciale di ISDE Italia Associazione Medici per l'Ambiente) esprime grande preoccupazione in merito al progetto di ampliamento dell'Aeroporto Vespucci di Firenze, per i riflessi negativi sulla salute di coloro che vivono nelle zone circostanti, considerando la sua peculiare ubicazione cittadina. Questo non solo per il rischio di possibili incidenti aerei al momento del decollo e dell'atterraggio, ma anche, e soprattutto, per i potenziali danni alla salute legati all'inquinamento: infatti, in estrema sintesi, un aeroporto è fonte di inquinamenti multipli:

1. inquinamento atmosferico provocato dalle emissioni prodotte dai motori degli aerei;
2. inquinamento acustico generato dalle fasi di avvicinamento, atterraggio e decollo degli aerei e dal connesso traffico veicolare;
3. inquinamento elettromagnetico, prodotto dai sistemi radar delle torri di controllo e degli aerei, insieme alle antenne di radiotrasmissione ed ai sistemi elettromagnetici utilizzati per i controlli di sicurezza.

Un gran numero di studi internazionali e nazionali hanno messo in evidenza effetti negativi causati da inquinamento da trasporto aereo: malattie cardiovascolari, respiratorie, tumori, distur-

bi neuro-comportamentali, disturbi del sonno, disturbi dell'apprendimento e dell'attenzione nei bambini e un conseguente peggioramento della qualità della vita per compromissione della qualità del sonno a causa delle operazioni aeroportuali svolte nelle ore notturne.

Inoltre l'attuazione di questo progetto aeroportuale provocherebbe anche un rischio idrogeologico, per la deviazione del Fosso Reale (un corso d'acqua di circa 6 km, che attraversa i comuni di Sesto Fiorentino e Campi Bisenzio e raccoglie le acque di numerosi canali della Piana), danneggiando inoltre l'oasi WWF di Focognano e vanificando il Parco della Piana Fiorentina.

In conclusione l'ampliamento dell'Aeroporto Vespucci di Firenze non è coerente con il nuovo Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione 2014-2018, che si prefigge l'obiettivo di "ridurre il carico di malattia e le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute".

TM

Info: massimogeneroso@tin.it

Pubblicando questa lettera, Toscana Medica si auspica di aprire un dibattito.



Achille Jenco, Laurea in
Medicina e Chirurgia
a FI e specializzato
in Medicina dello
Sport e in Ortopedia e
Traumatologia, sempre
con il massimo dei voti.
Cultiva da sempre
l'amore per la musica e la
poesia (scrive e pubblica
poesie e racconti brevi) e
per gli approfondimenti
scientifici necessari alla
professione, nel tempo
rimasto libero da quello
consacrato ai suoi
pazienti, ai suoi affetti
familiari ed ai pochi
sceltissimi amici.

ACHILLE JENCO

Cronache e cronisti (per tacer dei corretti accenti...)

Non credo di essere anziano a 50 anni... eppure mi sorprende alle volte ad utilizzare espressioni da "nonno", per intendersi come quelle di chi usa dire "**ai miei tempi**" ...

Già, ai miei tempi, cioè quando ero un ragazzo, i **fiumi** ingrossati dalle piogge abbondanti, anche senza trovare ostacoli al naturale deflusso, potevano rompere gli argini (dove ce n'erano) e valicando le rive **straripavano**, causando talora disastrose **inondazioni**... insomma si verificava quello che all'epoca ed in una parola si chiamava **alluvione**...

Oggi, invece, per cercare d'impreziosire una prosa, si tende molto spesso a resuscitare terminologie antiche e desuete, che ritrovano davvero dignità, pur non riuscendo sempre e comunque a "vestire a pennello" un concetto (eppure la nostra

bella lingua, così varia proprio perché finemente specializzata, annovera ed offre termini perfetti...!).

Dunque e senz'altro correttamente **i fiumi esondano** (ricordiamo l'uso figurato del termine, che ne fa Tacito "*ex multa eruditione exundat et exuberat illa admirabilis eloquentia*" o Boccaccio "*gonfiamo e divegnamo superbi, e non ricapendo in noi... essondiamo*") o addirittura **tracimano**...

Ma ve lo immaginate un fiume "correre" su in alto per un crinale, in dispregio alla normale meccanica dei fluidi (che onora sì la pressione, ma anche la gravità), per arrivare a superare la cima del monte? Certo quest'ultimo termine descrive molto bene un expediente tecnico, frutto della genialità umana... e cioè quello di abbassare artificialmente la cima di un'altura, per far sì che l'acqua imprigionata in un bacino attiguo, ormai incapace

di contenerla, possa dolcemente defluire a valle, senza originare disastri, dovuti ad una repentina e violenta rottura delle barriere esistenti...

Nell'epoca attuale, però e purtroppo, possono trascinare (in senso neanche tanto figurato) pure l'odio e la collera e la malvagità!

E così i novelli cronisti possono "a buon diritto" narrare di come taluni siano capaci di **sopprimere un cadavere**, con buona pace della lingua italiana, della logica e del codice penale, che risultano alla fine i soli ad essere occultati e vilipesi!

Pietosamente muti conviene (per ora) restare dinanzi ai vituperati accenti...

Dalle parole ai concetti e quindi ai fatti... si può dire che per fortuna hanno studiato di più e tanto quelli che massimi si trovano tra i politici del nostro tempo, che sanno ricordare la storia ed il latino (come li ricordo un po' anch'io, che sono ancora abbastanza giovane e fresco di impegni scolastici!) e traggono profitto senz'altro immateriale dalla conoscenza, riproponendo le cronache degli epici sforzi degli eroi di Olimpia, rinnovando il "**panem et circenses**" dell'antica Roma di Giovenale...!

TM

Info: aj64@libero.it

VITA DELL'ORDINE - a cura di Simone Pancani

L'inaccettabile norma del comma 566

Il comma 566 dell'art. 1 della Legge di Stabilità 2015 è un vero e proprio strappo di metodo e di merito all'art. 22 del Patto della Salute 2014/16: un processo lento ma progressivo di svalorizzazione del lavoro professionale nelle organizzazioni sanitarie, medici compresi. Interviene così il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici sulla scottante questione del comma 566 della Legge di Stabilità. "Tale norma, insieme a tutti gli altri commi della Legge di stabilità 2015 applicativi del Patto della Salute 2014/2016, fu dichiarato dal Governo inemendabile nell'iter parlamentare della Legge di Stabilità, approvata, come noto, con un voto di fiducia. Non siamo stati consultati in generale nella stesura del Patto della Salute 2014/2016 ed in particolare sull'articolo 22, pur trattandosi di una materia

assolutamente pertinente ai ruoli e alla funzioni della FNOMCeO e cioè la gestione e sviluppo delle risorse umane". I medici e tutti i professionisti sanitari hanno cessato di essere una risorsa su cui investire per diventare un costo su cui sforbiare, sono considerati un problema e non una soluzione al problema della crisi dei sistemi sanitari e i confini delle loro competenze è stato assunto come un elemento di rigidità da superare laddove ostacola. Il salto di paradigma rappresentato dall'incipit del comma 566 sulle competenze dei medici altera e rende volatili le regole di un processo di coevoluzione delle professioni sanitarie mai seriamente e responsabilmente perseguito. Non c'è opposizione allo sviluppo di competenze delle Professioni sanitarie, con riconoscimenti di carriera ed economici a questi coerenti, ad un cambiamen-

to dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari ma il fiorire di modellistiche, alcune delle quali ancora oggi senza convincenti prove di efficacia, non può superare il ruolo di leadership funzionale del medico nei processi e nelle attività di diagnosi e cura a fronte delle competenze tecnico professionali acquisite nel corso di lunghi e complessi iter formativi di base e specialisti e delle connesse responsabilità. Questa leadership funzionale chiamata a garantire l'unitarietà, l'armonia, la qualità e l'efficacia degli esiti dell'intero processo non nega né gerarchizza le molteplici autonomie e competenze tecnico-professionali che intervengono ma le dispone in una matrice di responsabilità e potestà nelle organizzazioni sanitarie che si riconoscono tutte in una sola centralità: la tutela della salute della persona sana e malata.

Il dr. Peirano nella Commissione Ministeriale *Steering Committee*

Il dr. Alexander Peirano, Presidente della Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine di Firenze, è stato inserito nella Commissione Ministeriale denominata *Steering Committee* per la conduzione di un Progetto Pilota sul-

la pianificazione delle Professioni Sanitarie, nell'ambito della Joint Action European Health Workforce Planning and Forecasting. Obiettivo quindi del progetto è la determinazione del fabbisogno sul piano formativo per il SSN,

ai fini della programmazione da parte del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca degli accessi ai corsi di diploma di laurea, alle scuole di formazione specialistica e ai corsi di diploma universitario.

CORSI

Corso FAD ECM "Programma Nazionale Esiti" nuova edizione

Visto il grande successo (oltre 65.000 partecipanti) avuto dal primo corso di formazione a distanza sul Programma Nazionale Esiti (PNE), la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici rinnova l'impegno a promuovere e diffondere uno strumento formativo a distanza per la corretta acquisizione e gestione dei dati al fine di migliorare la qualità e l'efficienza delle organizzazioni e delle cure. Viene quindi proposto un **nuovo corso centrato sull'utilizzo del nuovo sito del PNE dal titolo "Il Programma Nazionale Esiti: come interpretare e usare i dati"**.

Tra gli obiettivi del corso ci sono la conoscenza del sito PNE e la capacità di trovare i dati voluti, l'acquisizione degli strumenti per valutare correttamente i dati e fornire elementi di consapevolezza per i processi di audit che in alcuni casi devono seguire all'analisi, nella prospettiva di un miglioramento continuo della qualità delle cure prestate ed erogate.

Il corso, del tutto gratuito, nasce dalla collaborazione interistituzionale tra Agenas, Fnomceo ed Ipsavi ed è accreditato per le figure professionali di medico, odontoiatra, infermiere, infermiere pediatrico e assistente sanitario ed **eroga 12 crediti ECM (scadenza prevista il 29/11/2015)**. Il corso, essendo stato completamente rinnovato, può essere fatto anche da chi ha già superato il corso FAD precedente sul PNE. Per ulteriori informazioni: www.fnomceo.it



Ordine, "Toscana Medica" e web: ipotesi per un cambiamento

Il sempre più diffuso impiego delle moderne tecnologie, la inarrestabile necessità di "connessione" legata allo sviluppo della Rete, la presenza ormai costante di dispositivi portatili sempre più performanti, la diffusione su scala mondiale dei social networks impongono anche al mondo dell'Editoria processi di aggiornamento continui e praticamente inevitabili.

Moltissime testate infatti offrono oggi, accanto alla consueta edizione cartacea, la possibilità di lettura su tablet o smartphone ed anche numerose riviste scientifiche sono ormai migrate, del tutto o solo in parte, sul web.

È stato da più parti ipotizzato che questa tendenza andrà nei prossimi anni sempre di più ad affermarsi, soprattutto per azione di quei giovani oggi identificati con la denominazione di "nativi digitali" e, cosa da non trascurare, a causa della riduzione dei costi legata alla diffusione tramite Rete di prodotti destinati alla lettura ed allo studio come appunto riviste e libri.

L'Ordine di Firenze, sulla scorta di queste considerazioni, ha da qualche tempo intrapreso una serie di interventi

tesa alla maggiore e più semplice utilizzazione dei propri "prodotti" da parte degli iscritti.

È stata pertanto sviluppata ed è attualmente in via di perfezionamento una app, disponibile sia per dispositivi con sistema operativo iOS che Android, tramite la quale è possibile interagire con l'Ordine e con i suoi servizi, inviando richieste ed ottenendo risposte ed informazioni.

La **APP** del sito dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze è scaricabile dal sito ordinistico: <http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/component/content/article/25-nessuna/137-app-mobile>.

Appare ad oggi di fondamentale importanza che gli iscritti inviino all'Ordine il proprio feedback, per ottimizzare quanto più possibile questo nuovo strumento di contatto.

Anche **Toscana Medica**, la storica testata che da Firenze raggiunge tutti i medici ed odontoiatri della Regione con un tiratura mensile di circa 28 mila copie, è in questo periodo sottoposta a sostanziali interventi di innovazione

digitale con la introduzione, ad esempio, della possibilità di navigare verso link esterni, approfondire argomenti e discussioni tramite l'utilizzo di app in grado di "leggere" i sempre più diffusi codici QR.

Stiamo cercando anche di rendere più leggibile la Rivista sul web, affiancando la versione cartacea (a più lunga programmazione dedicata agli articoli scientifici ed ai forum di discussione) a quella digitale e alle news elettroniche più agili e svelte. Stiamo infatti approntando una versione leggibile con iPad.

Riassumendo sono disponibili:

- 1) Toscana Medica cartacea
- 2) una APP di accesso ai servizi ordinistici + Toscana Medica
- 3) il pdf di Toscana Medica scaricabile dal sito, leggibile da **computer** e **ebook**
- 4) a breve dovrebbe essere usufruibile dal sito ordinistico la versione Toscana Medica leggibile con **ipad**.

Per suggerimenti e feedbacks: toscana-medica@ordine-medici-firenze.it.

LEGENDA

SI RICORDA CHE È POSSIBILE ATTIVARE I LINK TRAMITE CODICE QR.

NELLA VERSIONE PDF, SCARICABILE DAL SITO DELL'ORDINE DI FIRENZE O DALL'APP: ATTIVARE I LINK DOVE SONO PRESENTI I SEGUENTI SIMBOLI



Codice QR - Rimando Link esterno con cellulare



URL - Rimando Link esterno



Sommaio - Rimando pagina interno



E-mail - Rimando programma e-mail

EVENTI ORGANIZZATI DALL'ORDINE DI FIRENZE

Dal mese di marzo, gli eventi formativi, informativi, di aggiornamento e di discussione organizzati dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze sono presentati sul sito dell'Ordine nella sezione "Eventi" del menù principale, sottocategoria "Promossi dall'Ordine" (<http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/eventi/promossi-dall-ordine>).

In tale pagina è possibile iscriversi per la partecipazione all'evento e questa è l'unica modalità di iscrizione. Per ogni evento sarà indicato se rientra fra quelli accreditati ECM oppure se si tratta di un incontro libero. Per motivi logistici e organizzativi, sarà sempre previsto un numero massimo di partecipanti e la precedenza sarà riservata agli iscritti all'Ordine di Firenze, in ordine cronologico di iscrizione.

CORSO ECM ORDINE FIRENZE

Le nuove tecnologie nell'esercizio della medicina: apprendimento e comunicazione

L'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze organizza un corso **accreditato ECM**, che riconosce **7,8 crediti formativi per l'anno 2015**. Relatori: M. Masoni, M.R. Guelfi. Il corso è gratuito e si svolgerà nei giorni **28 Aprile 2015, 5 Maggio 2015, 12 Maggio 2015**. Posti disponibili 40. Per ottenere i crediti è necessaria la presenza a tutte e tre le serate. È possibile iscriversi al corso esclusivamente tramite il sito ordinistico: <http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/eventi/promossi-dall-ordine>.

Carta di Firenze su Deontologia Medica e Sport

Il 7 febbraio 2015 a Firenze si è tenuto il convegno dal titolo **"Medicina e sport tra deontologia e prassi"**. Il congresso è nato con l'intento di recuperare, anche in medicina, una conoscenza della attività fisico-sportiva, che non sia di esclusivo appannaggio di discipline mediche specialistiche, ma che possa diventare una competenza comune e condivisa per tutti i medici che possano venire a contatto con questo settore.

In tal senso è stata proposta e discussa durante il convegno la **"carta di Firenze di medicina e sport"**, che ha come obiettivo di essere un primo passo verso la realizzazione di un documento più ampio che possa in un futuro non lontano divenire punto di riferimento deontologico del medico, che si trova ad affrontare nuovi problemi di natura etica legati a questo ambito.

I vari argomenti trattati in sede del convegno hanno da una parte suscitato largo interesse tra i partecipanti, e dall'altro aperto la discussione su nuovi temi integrare nella carta di Firenze in futuro, compito del quale gli organizzatori saranno ben lieti di farsi carico.

Orientamenti per l'attività medica nell'ambito delle attività sportive

Premessa

L'attività fisica e l'attività sportiva costituiscono elementi fondamentali per la promozione e la tutela della salute delle persone: in tutto il corso della vita, adottare stili di vita che prevedano attività fisica e sportiva, costituisce un fattore di salute imprescindibile, diminuisce il rischio di sviluppare patologie, predispone alla socialità, alla condivisione e alla tutela degli ambienti di vita.

In questo ambito, il ruolo di ciascun professionista medico, è determinante: per promuovere queste attività negli assistiti, per tutelarne la salute nel corso

del loro svolgimento, per curare patologie o incidenti correlati allo sport. Le responsabilità connesse a questo ruolo sono molte, anche per la possibilità che il medico ha di incidere con la sua attività sui comportamenti individuali e collettivi correlati allo sport.

Finalità e ambito della Carta

Scopo di questa Carta è quello di aprire una riflessione ampia, multidisciplinare e partecipata, su alcuni aspetti peculiari dell'attività medica nel contesto sportivo.

La Carta intende soffermarsi sulle criticità di carattere più specificatamente etico incontrate dal medico in questo settore dell'attività professionale, ritenendo che gli indirizzi dettati dal codice deontologico possano essere utili, non solo per orientare i comportamenti medici, ma anche per indirizzare la riflessione pubblica sul senso più corretto dell'attività sportiva.

La Carta intende evidenziare le responsabilità mediche in questo ambito, con particolare attenzione alla tutela della salute dei minori.

La Carta non è rivolta ai soli medici sportivi ma, in senso più ampio, a tutti i medici che nell'assistere i propri pazienti rilevano criticità connesse a questo ambito di attività.

Carta di Firenze su Deontologia Medica e Sport

1. L'attività fisica e l'attività sportiva rappresentano un fondamentale strumento per favorire un armonico sviluppo psico-fisico della persona, per prevenire malattie, dipendenze e disabilità, per promuovere corretti stili di vita e il benessere della persona e per sviluppare relazioni sociali nell'ottica dell'integrazione culturale e della tolleranza. Il medico favorisce l'attività fisica e l'attività sportiva nel rispetto dei principi della leale com-

petizione e ne promuove la pratica per la tutela della salute e per l'integrità psicofisica delle persone.

2. Il medico promuove l'attività fisica e lo sport dei minori al fine di garantire un equilibrato e armonico sviluppo psicofisico e contrasta a ogni forma di uso dannoso e sleale o che ne disattenda il ruolo educativo e formativo per la crescita dei giovani atleti.

3. Il medico è garante del segreto professionale di chiunque pratici attività sportiva e, per quanto lo riguarda, della tutela della privacy.

4. Il medico evita ogni forma di conflitto di interesse nella sua attività a favore di chiunque si dedichi a attività sportive e denuncia alle autorità competenti e all'ordine professionale ogni pressione esercitata da parte delle società sportive.

5. Il medico contrasta ogni forma di slealtà o di illecito nello sport a qualsiasi livello compreso il doping.

6. Il medico garantisce la sostenibilità degli schemi di preparazione atletica adottati nei singoli sport e si oppone ad ogni forma di potenziamento che faccia uso di farmaci e di tecnologie mediche, che possa danneggiare l'atleta, contribuire all'instaurarsi di prassi illecite o favorire comportamenti sleali e discriminatori nella competizione sportiva.

7. Nel consigliare attività fisica o svolgere compiti di medicina dello sport il medico garantisce la sicurezza clinica di chiunque gli sia affidato assumendo funzioni di *risk manager* nella società sportiva in cui opera.

8. Il medico non presta collaborazione e denuncia alle autorità competenti ogni attività di ricerca scientifica condotta nell'ambito sportivo che non rispetti le norme internazionali e quelle dettate dal codice deontologico.

Info: gori.niccolo@gmail.com

Si può "aggirare" il numero chiuso?

Per "aggirare" il numero chiuso per l'accesso a Medicina, potrebbe esserci una via legale. Iscrivendosi ad una Facoltà europea dove non c'è il numero chiuso e poi chiedendo al secondo anno il trasferimento ad un ateneo italiano. Secondo una recentissima sentenza del Consiglio di Stato in Adunanza Plenaria, infatti, se uno studente di medicina iscritto in un'università della UE decide di venire in Italia per proseguire gli studi non ha alcun obbligo di sottoporsi al test di ammissione previsto per iscriversi al primo anno. Tale

limite, infatti, contrasterebbe con la normativa europea sulla libertà di circolazione in quanto il test italiano è previsto per chi deve accedere al primo anno di studi e quindi senza alcuna precedente immatricolazione nella stessa disciplina e pertanto non può diventare un ostacolo alla scelta autonoma degli studenti di trasferirsi da una università all'altra. Ma attenzione: il Consiglio di Stato fissa anche dei paletti. Prima di tutto gli Atenei sono tenuti a controllare il curriculum degli studi e il livello formativo dei "tra-

sferendi" e in ogni caso resta il limite del numero chiuso e quindi dei posti limitati che fa dire ai giudici che un'ipotetica "migrazione di massa" di studenti, prima in uscita (verso l'estero) e poi in entrata (di ritorno in Italia), è da escludersi. Infatti, per ciascun anno accademico, le università devono stabilire il limite massimo dei posti disponibili sulla base della loro concreta potenzialità formativa. Pertanto ogni eventuale "ingresso" dall'estero sarebbe condizionato all'esistenza di tale disponibilità.

La spesa sanitaria

Pubblichiamo tre tra le molte tabelle allegate alla Relazione della Corte dei Conti per l'anno 2013 riguardanti la spesa pro capite per il

Servizio (Tabella 1), il tasso annuale di variazione della spesa sanitaria pubblica (Tabella 2), (che dimostra la drammatica situazione dei finan-

ziamenti) e la spesa pubblica, percentuale sul Pil nei maggiori paesi europei (Tabella 3).

Spesa pro-capite per il Ssn (Sec 95) (anni 2009-2013)

	2009	2010	2011	2012	2013
Spesa sanitaria (in milioni)	110.474	112.526	111.094	109.611	109.254
Popolazione	60.340.442	60.626.442	59.394.207	59.685.227	60.782.668
Spesa pro-capite	1.831	1.856	1.870	1.836	1.797

Fonte spesa sanitaria: dati da Conto consolidato sanità, Sec 95

Fonte popolazione: Istat, popolazione residente al 31 dicembre di ciascun anno di riferimento

Tasso annuale di variazione, in termini reali, della spesa sanitaria pubblica in Italia (anni 2000-2013)

2000 2001	2001 2002	2002 2003	2003 2004	2004 2005	2005 2006	2006 2007	2007 2008	2008 2009	2009 2010	2010 2011	2011 2012	2012 2013	Var. media 2000 2013
6,6	2,1	0,0	7,6	4,6	3,6	-2,1	4,3	-0,1	1,8	-3,5	-2,8	-2,0	1,8

Fonte: Oecd health statistics 2014, dati aggiornati al 25 giugno 2014

Spesa sanitaria pubblica in percentuale del Pil (anni 2009-2013)

	2009	2010	2011	2012	2013	Media 2009/2012 (o ultimo anno disp.)
Paesi Bassi	9,5	9,6	9,6	10,1	10,3	9,80
Danimarca	9,3	9,0	8,9	9,0	-	9,00
Austria	8,1	8,1	7,9	8,0	-	8,00
Germania	8,7	8,6	8,4	8,4	8,4	8,50
Francia	8,7	8,7	8,6	8,7	-	8,70
Regno Unito	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-
Italia	7,2	7,2	7,0	6,9	6,9	7,04
Spagna	7,0	7,0	6,8	6,6	-	6,80
Grecia	7,0	6,3	6,6	6,2	-	6,50
Polonia	4,8	4,7	4,5	4,4	-	4,60

Fonte: Oecd. Org. Statistics "Public health spending % Gpd", spesa corrente totale, "Financing agent: general government"; dati estratti il 1° dicembre 2014

Certificati medici in ambito scolastico

L'Ufficio Scolastico Regionale della Toscana e la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici della Toscana hanno aggiornato l'Intesa già sottoscritta lo scorso anno in merito ai **certificati medici in ambito scolastico**.

L'aggiornamento si è reso necessario per chiarire meglio alcuni punti e anche per prendere atto delle novità introdotte dal Decreto del Ministero della Salute dell'8 agosto 2014 in materia di attività sportiva non agonistica.

L'Intesa MIUR-FTOM Certificati Scolastici e la Modulistica Certificati Scolastici sono scaricabili dal sito ordinistico: <http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php?start=5>



ONAO SI - Aumentano le erogazioni

Il Consiglio di Amministrazione dell'ONAO SI ha deciso di adottare già con decorrenza dall'anno scolastico ed accademico **2014/2015 provvedimenti che incrementano le prestazioni in denaro da erogare in favore degli assistiti di cui all'art. 6 dello Statuto.**

Si riportano di seguito le novità più rilevanti:

- Il **contributo base** a domicilio per gli **studenti universitari** passerà da € 4.000,00 a **€ 4.300,00**; per gli studenti della **scuola secondaria di II grado** il contributo base passerà da € 3.600,00 a **€ 3.700,00**;

- **Ci sarà un aumento di € 1.300,00** del contributo omnicomprensivo per gli **universitari ospiti** del Collegio Universitario di **Perugia** e del Centro Formativo di **Napoli**;

- **Verrà raddoppiato il premio di laurea** (il premio di € 1.000,00 sarà erogato sia al termine della laurea triennale che al termine della laurea magistrale biennale, mentre per le lauree magistrali a ciclo unico il premio passerà da € 1.000,00 ad € 2.000,00);

- Il numero dei contributi assegnabili per il **soggiorno di studio della lingua all'estero** sarà aumentato di oltre il 30% (**da n. 150 borse di studio**

si passerà a n. 200 borse di studio);

- Sarà introdotto un **nuovo contributo in denaro legato al merito**, in particolare per coloro che conseguono la laurea triennale nell'ultima sessione dell'anno accademico (senza iscriversi fuori corso) e che sono impossibilitati ad iscriversi contestualmente alla laurea magistrale biennale successiva a causa di vincoli normativi e/o temporali previsti dall'Università.

Ulteriori dettagli riguardanti gli aumenti dei contributi sono reperibili sul sito www.onao.si o presso gli uffici dell'Amministrazione Centrale.



Il Meyer rilancia l'oncoematologia pediatrica

Il Meyer punta al rilancio della Oncoematologia pediatrica. E lo fa nominando, d'intesa con l'Università di Firenze, l'ematologo Claudio Favre alla guida del dipartimento, incarico scattato lo scorso gennaio. Tra i compiti a lui affidati c'è anche quello di consolidare la squadra già impegnata nella diagnosi e nel trattamento delle patologie oncologiche e ematologiche del bambino e dell'adolescente. Come prevede il piano Sanitario, è affidato al Meyer il compito di sviluppare ulteriormente la rete pediatrica regionale, favorendo il coordinamento delle attività di alta complessità regionale che coinvol-

gono più strutture. Sotto questo profilo al Meyer è allo studio un progetto che sia in grado di coordinare e tessere percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali condivisi a livello regionale per i pazienti oncologici da 0 a 18 anni, in una logica di integrazione regionale dei servizi sanitari presenti sul territorio. Un progetto di alta specialità capace di mettere a sistema le risorse strutturali e professionali multidisciplinari a servizio dei tanti bambini che ogni anno sono colpiti da patologie oncoematologiche. A Claudio Favre si deve la realizzazione negli anni '90 del primo centro pediatrico toscano di trapianto

delle cellule staminali emopoietiche. Il medico è stato autore, nel 1994, del primo trapianto di midollo osseo allogenico da donatore familiare non compatibile. Sessant'anni, di Pisa, Claudio Favre ha tra le sue esperienze quella di capo del Laboratorio di manipolazione cellulare e quella nell'ambito del Trapianto di cellule staminali emopoietiche. Favre, che è stato coordinatore del Centro oncologico pediatrico pisano, ha realizzato la Banca regionale di conservazione di valvole cardiache e segmenti vascolari ed è inoltre componente della Commissione oncologica regionale e della Commissione pediatrica regionale.

Sono già 60 i pazienti in cura al centro per il piede diabetico

Sono aumentati di 6 volte in quindici anni: da 30 milioni nel 1985 a 177 milioni nel 2000. E le stime per il 2030 relative alla popolazione mondiale diabetica parlano di 370 milioni di malati. Una vera e propria epidemia per una malattia che ha complicanze temibili e costi socio sanitari elevatissimi. In Italia negli ultimi 10 anni si è passati da un'incidenza del 3,9 ad una del 4,9%, da circa 2,4 milioni a 3, con una proiezione sul 2030 che parla di 5 milioni di diabetici. La Toscana si colloca in una fascia medio-alta della distribuzione dei diabetici in Italia, con una prevalenza del 5,5%. La complicanza più temuta ed invalidante di questa malattia cronica è il cosiddetto "piede diabetico" che, se non prevenuto e curato, porta inevitabilmente all'amputazione d'arto.

Nel 2013 l'Azienda sanitaria di Firenze ha organizzato e messo in funzione un percorso specifico rivolto ai pazienti affetti da piede diabetico. Un'équipe multidisciplinare composta da diabetologi, chirurghi vascolari, cardiologi interventisti, internisti, ortopedici, infettivologi, infermieri esperti nel wound care, svolge la propria attività di consulenza presso il Centro unico che opera al Palagi. Qui le visite si possono prenotare telefonando allo 055-6937516 o per fax allo 055-6937224, o per e-mail a piede.diabetico@asf.toscana.it. L'équipe multidisciplinare in questo primo anno di attività ha operato per realizzare una rete assistenziale diffusa sul territorio metropolitano fiorentino che vede nei Servizi di diabetologia le porte di ingresso ad un percorso

assistenziale specifico con cui si evita la dispersione dei pazienti e si fornisce il corretto inquadramento del paziente. Percorso nel quale un ruolo fondamentale viene svolto dal medico di medicina generale. Sono circa 60 i pazienti finora inseriti nel percorso e negli ultimi 3 mesi è stato verificato un incremento di circa il 60%. La stretta collaborazione tra le varie figure professionali coinvolte è stata fondamentale per il raggiungimento del primo obiettivo, quello di dare continuità di cure a questa tipologia di pazienti. Il secondo obiettivo è quello di ridurre il tasso di amputazioni maggiori. Un paziente sottoposto ad amputazione maggiore dell'arto inferiore costa al sistema sanitario circa 80.000 euro all'anno.

Medici fiduciari ANAS

risarcimento danni.

I medici specialisti in Medicina Legale, Ortopedia e Traumatologia, Cardiologia e Neurologia interessati a manifestare la loro disponibilità allo svolgimento di tali incarichi, possono ottenere maggiori in-

formazioni sul sito ANAS: www.stradeanas.it/index.php?appalti/elenchi_medici/index nel quale sono pubblicate anche le modalità per la richiesta di iscrizione negli elenchi.



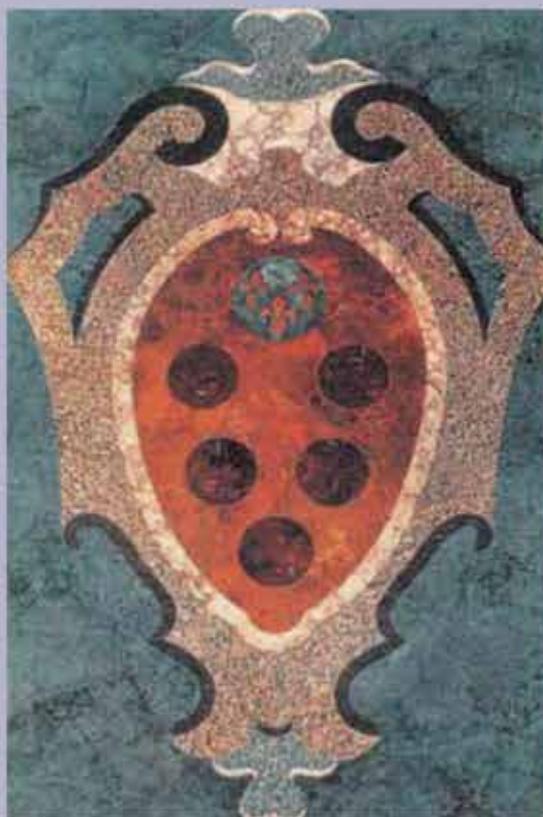
Adenuric[®]

(febuxostat)



Manfredo Fanfani

UN RADIOLOGO IN CASA MEDICI



**La malattia articolare
della famiglia fu vera Gotta?**

*Realizzazione: Ricerche Cliniche Prof. Manfredo Fanfani
Piazza della Indipendenza 18/b Firenze - Tel. 055 49701
www.istitutofanfani.it*

Articolo all'interno della rivista

Una copia della pubblicazione può essere richiesta a info@istitutofanfani.it