



# ToscanaMedica

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



## **I percorsi diagnostico terapeutico - assistenziali**

M. Cecchi, R. Danesi, C. Manfredi, E. Mannucci,  
P. Pozzolini, S. Taddei, P. Tosi

## **Procreazione medicalmente assistita**

Marco Menchini, Silvia Nacci

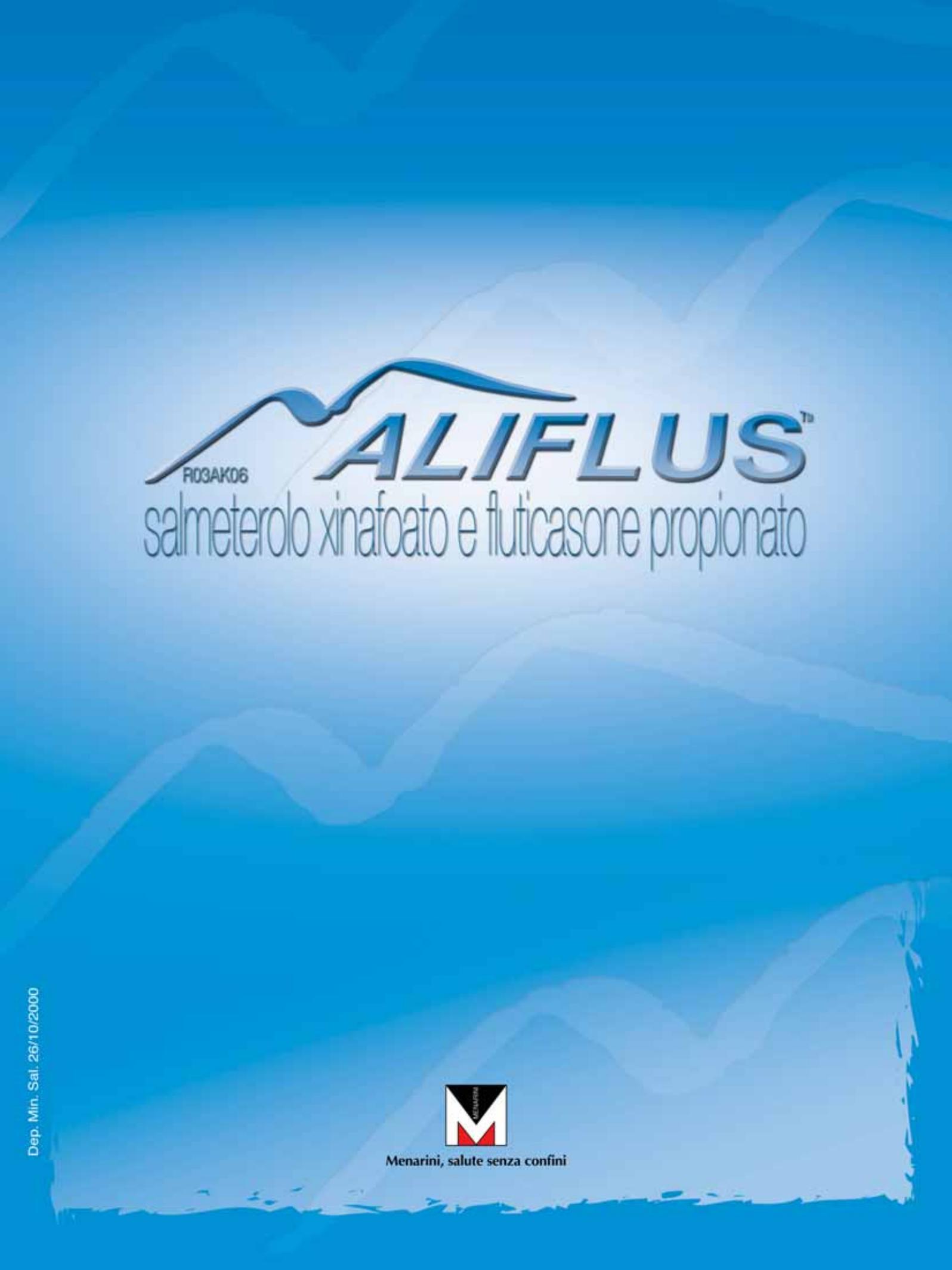
## **La banca dati MaCro delle malattie croniche**

P. Francesconi, R. Gini

## **Soddisfazione lavorativa e stress tra i medici di medicina generale che hanno aderito o meno ad una forma associativa**

F. Lapi, L. Pavese, F. Cipriani, G. Mazzaglia, S.E. Giustini

# N° 4 APRILE 2010



R03AK06

# ALIFLUS<sup>TM</sup>

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato

Dep. Min. Sal. 26/10/2000



Menarini, salute senza confini

**LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA**

- Siena, ovvero la voce di una città  
*F. Napoli* 4

**EDITORIALE**

- L'outlet in sanità  
*A. Panti* 5

**OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani**

- I percorsi diagnostico - terapeutico - assistenziali  
*M. Cecchi, R. Danesi, C. Manfredi, E. Mannucci, P. Pozzolini, S. Taddei, P. Tosi* 6
- Le regole: darsele o subirle  
*A. Panti* 13

**QUALITÀ E PROFESSIONE**

- La responsabilità del medico e il rischio della medicina difensiva  
*E. Bagnoni* 14
- L'auto-organizzazione della medicina generale in una comunità di pratica: la Asl 10 di Firenze  
*V. Di Cecchi* 15
- La banca dati MaCro delle malattie croniche  
*P. Francesconi e coll.* 18
- La musica nel paziente pediatrico oncologico durante le procedure dolorose  
*A. Bufalini* 20
- Il vivere nell'abitare  
*L. Belloni e coll.* 21
- Soddisfazione lavorativa e stress tra i medici di medicina generale che hanno aderito o meno ad una forma associativa  
*F. Lapi e coll.* 23
- Staphylococcus aureus meticillino-resistente comunitario e nosocomiale  
*G. Taccetti e coll.* 25
- La relazione medico-paziente tra formazione e informazione  
*S. Paoli* 27

**REGIONE TOSCANA**

- Procreazione medicalmente assistita  
*M. Menchini, S. Nacci* 29
- Cure palliative e terapia del dolore  
*B. Rimoldi* 33
- La Commissione Terapeutica Regionale si occupa di Plavix 34

**NEWS SUI TUMORI IN TOSCANA**

- Trend di incidenza e mortalità del tumore ovarico in Toscana  
*A. Caldarella e coll.* 39

**SANITÀ NEL MONDO**

- Il Rapporto Nazionale sulle Diseguaglianze nell'Assistenza Sanitaria in USA  
*G. Maciocco e coll.* 40

**LETTERE AL DIRETTORE**

- Una task force al CTO di Careggi  
*S. Boccadoro* 41

**CINEMA E MEDICINA**

- Michael Caton-Jones dottore in carriera  
*S. Beccastrini* 42
- Cin@med  
*P. De Mennato e coll.* 43

**LETTI PER VOI / LIBRI RICEVUTI** 44

**VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani** 45

**NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi** 45

**BACHECA** 45-46

**CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI** 46

**CONVENZIONI** 28



Fondato da  
**Giovanni Turziani**

Anno XXVIII n. 4 - Aprile 2010  
Poste Italiane s.p.a.  
Spedizione in Abbonamento Postale  
D.L. 353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)  
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta  
"Anemoni" di Anna Maria Gatta - Collezione  
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze

Prezzo € 0,52  
Abbonamento per il 2009 € 2,73

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

**COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA**

**Gli articoli:**

- devono avere una lunghezza massima di 6.000 battute spazi inclusi (2/3 cartelle) compresa l'iconografia. Le "lettere al direttore" non devono superare le 3.000 battute;
- i titoli devono essere brevi;
- non devono avere un taglio classicamente scientifico, ma essere il più possibile divulgativi;
- non devono contenere la bibliografia, ma solo l'indirizzo email a cui è possibile richiederla;
- devono riportare per esteso nome, cognome dell'autore, la qualifica e la provincia di provenienza;
- devono essere inviati via email all'indirizzo: [toscanaмедica@ordine-medici-firenze.it](mailto:toscanaмедica@ordine-medici-firenze.it) e riportare un numero telefonico ed un indirizzo postale di riferimento utile per la redazione;
- vengono pubblicati in ordine di data di arrivo;
- non devono contenere acronimi.

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.



## Siena, ovvero la voce di una città

**S**iena è città di fazioni, ma anche luogo ove resta un'armonia di vita, un senso umano del ricordarsi con gli altri, con la capacità di restare sempre se stessa,

con la conseguenza che se questo da un lato chiude la città al nuovo, dall'altro la preserva da modifiche pesanti e non volute, sottraendola ad una mistificante cultura globalizzata e spersonalizzante.

In quest'ottica che è fatta di orgoglio per radici mai tradite, proseguendo un'analisi sul proprio passato – effettuata con le mostre dedicate a Duccio, Francesco di Giorgio e Beccafumi –, è stata inaugurata una mostra dal titolo *Da Jacopo della Quercia a Donatello. Le arti a Siena nel primo Rinascimento*, ospitata presso il Complesso museale di Santa Maria della Scala: luogo di eccellenza storica – è stato uno dei primi *spedali* in Europa – e di spiccata particolarità per la sua complessità architettonica. La mostra si dipana da figure quali Francesco di Valdambrino e Taddeo di Bartolo, il primo in particolare in contatto con l'ambiente innovativo fiorentino ove partecipa al concorso per le porte del Battistero, ma essendo anche collaboratore di Jacopo nella rea-

lizzazione della Fonte Gaia di piazza del Campo.

L'esposizione approda poi ad illustrare il cantiere del fonte battesimale per il Battistero di Siena, realizzazione di Jacopo della Quercia – un nome che secondo Vasari deriva dalla sua nascita avvenuta a Quercegrossa, vicino a Castelnuovo Berardenga –, ma in cui lavora lo stesso Donatello con il pannello *Banchetto di Erode* e le due statue della *Fede* e della *Speranza*: è così possibile operare un raffronto preciso fra la vitalità, la plastica e il movimento di Jacopo e la dinamica classicità riportata su di un piano quotidiano (perché umano) di Donatello, fra l'eleganza delle linee del primo (di ascendenza gotica) e la razionalità delle forme armoniche del secondo, fondanti il nuovo sentire dell'Umanesimo. Resta di questo periodo e della presenza dello scultore fiorentino chiara influenza nei senesi Vecchietta e Matteo di Giovanni.

Ma altri contatti fra la cultura senese e quella che si afferma nei primi anni del Quattrocento a Firenze traspasano in mostra, oltre che dalle opere del Sassetta, anche da quelle di Domenico di Bartolo, secondo il Vasari nipote di Taddeo, già collaboratore del Vecchietta in Santa Maria della Scala, artisticamente in contatto con Filippo Lippi e Luca della Robbia, dai quali trae una certa essenzialità rinascimentale.

Dunque, con la mostra senese si inquadra un periodo di circa sessant'anni (l'arte in città indicativamente tra il 1400 e il 1460) nei quali si identifica la strada dell'arte senese, fatta di echi tardogotici e di preziosità formali.

Dunque, con la mostra senese si inquadra un periodo di circa sessant'anni (l'arte in città indicativamente tra il 1400 e il 1460) nei quali si identifica la strada dell'arte senese, fatta di echi tardogotici e di preziosità formali.

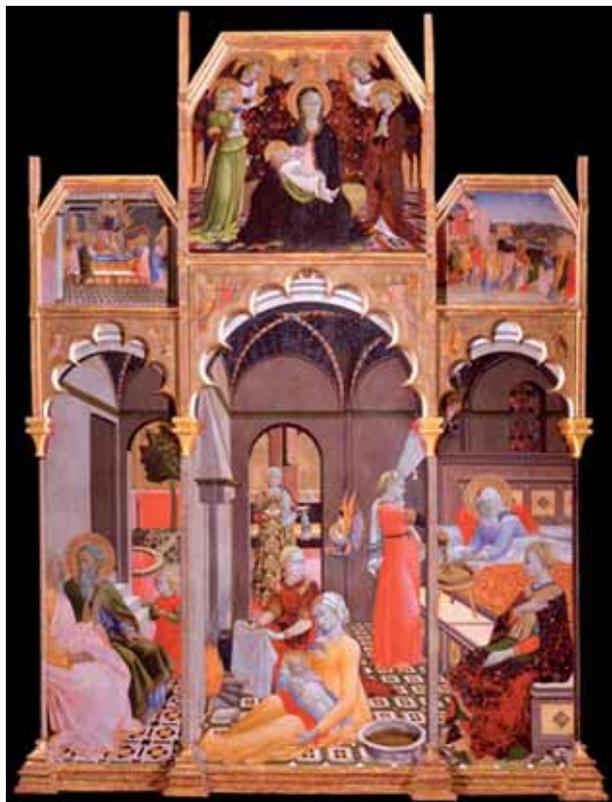
Aspetti questi che il curatore della mostra, Max Seidel, ha evidenziato anche nella sezione che esulando da pittura e scultura propongono manufatti di oreficeria e tessuti, ma su tutto codici miniati di cui Siena appare in passato essere stata qualificato centro di produzione – lo stesso Duccio è impegnato in questo settore, decorando alcune *bicchierne*, tavolette di legno poste a ricoprire i semestrali registri delle finanze cittadine –, traendo nuova linfa anche dalla breve ma significativa presenza di Gentile da Fabriano, artista esponente di quel *gotico internazionale o fiorito*, stile poetico narrativo e favolistico che trova risposdenze nella stessa facciata del Duomo cittadino.

La mostra, voluta dal Comune e realizzata grazie alla collaborazione di numerose Istituzioni, tra le quali la Biblioteca Comunale degli Intronati di Siena, il Kunsthistorisches Institut in Florenz e il Monte dei Paschi, prosegue fino a metà luglio.

**Da Jacopo della Quercia a Donatello. Le arti a Siena nel primo Rinascimento**

Complesso monumentale di Santa Maria della Scala, Siena fino al 11 luglio 2010.

FEDERICO NAPOLI



Maestro dell'Osservanza - Natività della Vergine - Museo di Palazzo Corboli Asciano



# L'outlet in sanità

ANTONIO PANTI

**L**medici hanno sempre difeso la “tariffa minima” cioè l'onorario (comprensivo dei costi di produzione e della remunerazione del professionista) al di sotto del quale non sarebbe garantita la qualità del servizio.

Oggi esistono tre tipi di “costi”. Quelli del servizio sanitario che, escluso il ticket, non gravano sul paziente; il guadagno del professionista vi incide come “stipendio”. Quelli delle prestazioni convenzionate sulle quali incide la remunerazione del professionista e il profitto del gestore. Nelle convenzioni i prezzi oscillano entro un range predefinito dal servizio pubblico; se i fornitori hanno il monopolio dell'offerta i compensi spesso sono vantaggiosi. Infine vi è l'onorario onnicomprensivo in regime di libera professione.

Gli economisti si affaticano intorno ai costi reali dei servizi medici, con risultati non del tutto soddisfacenti. La lotta agli sprechi, il controllo della domanda, l'appropriatezza dell'offerta, il regime degli sconti sono facce della stessa medaglia, alla ricerca della sostenibilità sia del servizio pubblico (perché pagano i contribuenti), sia del privato (ove si cerca l'equilibrio tra disponibilità a pagare e profitto atteso).

Il nodo della vicenda è che la sanità è un mercato imperfetto (la salute è un bene immateriale e i risultati sono difficilmente calcolabili). Ne deriva l'impossibilità di una vera concorrenza, come dimostra il sistema USA e il caso italiano, in cui il pubblico dovrebbe esercitare un benchmarking virtuoso, e non lo fa, mentre i privati semplicemente contrattano prezzi amministrati entro un tetto di prestazioni. Come si possono abbassare i costi se manca una vera concorrenza? Il Codice Deontologico poco aiuta perché non prende in considerazione il rapporto tra qualità e prezzo e obbliga il medico a operare sempre al meglio, denunciando, se del caso, il venir meno delle condizioni oggettive per farlo.

Recentemente la stampa ha dato risalto a notizie del tipo “sanità privata l'ora dei saldi”. Più spesso nel nord nascono tentativi di sanità per così dire “low cost”. Tre fenomeni emergono: grandi studi specialistici, spesso odontoiatrici, con tariffe molto inferiori a quelle correnti (come i supermercati rispetto al singolo commerciante); prestazioni a costo anche minore del ticket; tariffe inferiori rispetto a quelle convenzionali (esempio, un'ecografia prezzata 70€ in convenzione costa 50€ in regime di pagamento diretto). Importanti investitori profit e non profit entrano in sanità con questo grimaldello: fornire prestazioni a costo contenuto per conquistare maggiori quote di mercato; il consumatore sembra affascinato dall'idea dei saldi e del “paghi due per avere tre”.

Ma come sono possibili questi “sconti”? E influen-

zeranno i costi della sanità? Il valore intellettuale della prestazione non cambia, forse aumenta se le difficoltà crescono. Inoltre in medicina vale “l'effetto Beaumol”: la produttività (quantità di prestazioni per unità di tempo) non può aumentare quando è legata a fattori imm modificabili, quali il tempo necessario all'ascolto del paziente.

Cambia invece, e molto, la tecnologia e l'organizzazione del servizio. La medicina ha tanto da imparare dall'ergonomia e dall'ingegneria clinica. L'incredibile e travolgente sviluppo delle tecniche mostra come le economie legate all'innovazione rappresentino un fattore di grande portata nell'adeguamento dei costi alla realtà produttiva nell'interesse dell'utente. Ma la questione è più complessa.

Prima di Natale il miglior ortolano di Firenze vendeva i carciofi a 1€; un buon ortolano offriva lo stesso tipo di ortaggio a 0,80€. Al supermercato i carciofi costavano 0,65€. Dopo Natale al mercato online il prezzo era sceso a 0,45€; addirittura 0,40€ a quello dell'Isolotto. Saldi e low cost, è confrontabile la produzione di prestazioni mediche? Quanto costa una visita o una protesi o un'ecografia? E il vero problema non è quanto costa produrre ma quale è il limite di equità nella remunerazione del produttore.

L'obiezione fondamentale è che i medici producono salute, quindi la qualità incide sul costo e la tariffa minima tutela il paziente. Ma non è così in ogni caso e per qualsiasi prodotto, compresi quelli dell'ingegno umano? È comunque interesse dei cittadini diminuire la spesa, sia se questa è out of pocket, sia se paga il servizio perché con i risparmi si possono garantire maggiori prestazioni. La qualità non può che essere controllata da sistemi oggettivi di accreditamento e tutela dal rischio, oltre che dalla soggettiva valutazione dell'utente.

Il limite della remunerazione, oggi che tutti siamo liberisti anche se preferiamo privatizzare i profitti e mantenere un sano socialismo nella gestione delle perdite, sta nella concorrenza, corretta dai controlli di qualità. Tuttavia, operando in regime di monopolio, cioè di monopolio della domanda da parte del sistema sanitario pubblico, come si garantisce la concorrenza?

La sanità è un investimento produttivo e concorre col 10% alla formazione del PIL. Armonizzare il controllo della domanda (lasciata a sé stessa la medicina tende alla soluzione del Dr. Knock), l'appropriatezza dell'offerta e la sostenibilità economica è possibile se si riesce a combinare l'accettazione politica, cioè il gradimento dei cittadini, con la definizione reale dei costi e dei guadagni. La sanità low cost potrebbe essere un utile mezzo per definire l'equità di entrambi.

TM



# I percorsi diagnostico - terapeutico - assistenziali

**TOSCANA MEDICA** – “Health Technology Assessment” (HTA): che cos’è questo strumento di governo della Sanità e perché è così importante impiegarlo correttamente nella gestione dei moderni servizi sanitari?

**CECCHI** – Secondo la definizione più accreditata, l’HTA è la “complessiva e sistematica valutazione multidisciplinare delle conseguenze assistenziali, economiche, sociali ed etiche provocate in modo diretto o indiretto, nel breve e nel lungo periodo, dalle tecnologie sanitarie esistenti o da quelle di nuova introduzione”. Questa definizione di Goodman, un po’ data-ta ma certamente ancora del tutto condivisibile, in Italia è stata interpretata in maniera diversa nelle varie Regioni con la comparsa di notevoli problemi di “difficoltà relazionali” a livello interregionale nel caso, ad esempio, di una certa tolleranza nei confronti di una nuova tecnologia in una Regione rispetto alla severità adottata sullo stesso argomento in quella confinante. Questa disparità di trattamento, evidente nel raggio di pochissimi chilometri tra una popolazione ed un’altra, non può che creare disagio, incomprensioni e malumori tra gli stessi cittadini, i medici e gli amministratori della Sanità.

In Toscana per cercare di ridurre al massimo le conflittualità legate a simili situazioni è stato deciso di inserire l’HTA nel sistema del Governo Clinico con l’intento cioè di valutare quale sia l’interesse primario di una determinata tecnologia e della sua applicazione in ambito regionale. In sostanza si tratta di valutare i nuovi prodotti o le innovazioni non in senso puramente tecnologico o economico, quanto piuttosto dividerne il loro uso a livello clinico: questa impostazione potrebbe essere utilmente applicata anche per ridurre la eventuale conflittualità insorta tra cittadini di diverse Regioni.

**TOSCANA MEDICA** – Sarebbe quindi auspicabile un accordo su queste tematiche almeno a livello nazionale, se non addirittura europeo?

**TOSI** – Senza dubbio un’uniformità di comportamenti a livello nazionale sarebbe una ottima scelta,

anche se a mio parere pressoché impossibile da raggiungere viste le grandi differenze, politiche e di gestione della Sanità, che caratterizzano le autonomie delle Regioni italiane.

Un esempio. Una prestazione è “mutuabile” in una Regione e non lo è in quella limitrofa. Un cittadino proveniente da quest’ultima si reca nell’altra ed effettua la prestazione ottenendola pertanto a titolo gratuito. Il problema però è rappresentato dal fatto che la Regione che ha dispensato gratuitamente la prestazione al momento non può essere rimborsata in maniera tradizionale dall’altra e questa situazione, alla distanza,

non potrebbe che condurre alla distruzione di tutti i meccanismi di rimborso oggi esistenti tra Regione e Regione.

**POZZOLINI** – Anche io sono convinto che in Italia si debba necessariamente arrivare ad una condivisione delle metodologie ed ad un accordo sugli standard di applicazione dell’HTA, seppure nel rispetto delle eccellenze e delle peculiarità eventualmente presenti in ogni singola realtà regionale. Senza questa impostazione il rischio di mancato allineamento tra i sistemi sanitari di Regioni magari anche confinanti tra di loro non può che continuare ad essere reale e pericoloso.

Tra l’altro non bisogna dimenticare che ogni Regione presenta un proprio contesto economico al cui interno occorre posizionare correttamente qualsiasi intervento di HTA valutato dinamicamente nel tempo secondo priorità ed indicatori di soglia quanto più possibile condivisi.

**MANFREDI** – Nell’HTA viene posta un’enfasi particolare nell’utilizzo di metodi di valutazione scientifici e trasparenti e nell’assunzione di una prospettiva che consideri non solo le implicazioni cliniche ma anche quelle organizzative, gestionali, economiche e sociali dell’uso di una tecnologia. Per questo la sua applicazione in contesti diversi, può procurare una variabilità che, se giustificata, è accettabile. Quindi non mi stupisco delle differenze tra regioni che esprimono non tanto l’aspirazione a dare di più degli altri, ma

MARIO CECCHI<sup>1</sup>, ROMANO DANESI<sup>2</sup>,  
CARLO MANFREDI<sup>3</sup>, EDOARDO MANNUCCI<sup>4</sup>,  
PAOLO POZZOLINI<sup>5</sup>, STEFANO TADDEI<sup>6</sup>,  
PIERLUIGI TOSI<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Coordinatore del Centro Health Technology Assessment della Regione Toscana;

<sup>2</sup> Ordinario di Farmacologia dell’Università degli Studi di Pisa;

<sup>3</sup> Medico di Medicina Generale, Presidente dell’Ordine dei Medici di Massa Carrara;

<sup>4</sup> Direttore dell’Agenzia Diabetologica della AOU “Careggi” di Firenze;

<sup>5</sup> Government & Regional Affairs Director Bristol - Myers Squibb

<sup>6</sup> Ordinario di Medicina Interna dell’Università degli Studi di Pisa;

<sup>7</sup> Direttore Sanitario della Azienda Sanitaria di Firenze.

## PARTECIPANO

Mario  
CecchiRomano  
DanesiCarlo  
ManfrediEdoardo  
MannucciPaolo  
PozzoliniStefano  
TaddeiPierluigi  
Tosi

a dare il meglio con le risorse disponibili. Per quanto riguarda i farmaci, un trattamento è appropriato se la sua efficacia è provata e i suoi effetti sfavorevoli sono "accettabili" rispetto ai benefici attesi e se la sua scelta è avvenuta rispettando le preferenze del paziente e considerati i costi che la sua prescrizione comporta. Il medico, per assistere il paziente al meglio, dovrebbe godere di un margine di discrezionalità quando si trova di fronte a situazioni nelle quali la tollerabilità, le potenziali interazioni farmacologiche e le condizioni cliniche potrebbero portarlo a decidere di prescrivere farmaci anche in deroga motivata dalle disposizioni vigenti.

**CECCHI** – Attualmente è in corso la realizzazione di un network nazionale coordinato a livello centrale da Age.n.a.s. (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) che, una volta a regime, permetterà di mettere a comune le esperienze realizzate nelle singole Regioni. Questo coordinamento centralizzato delle iniziative regionali, basato sulle istanze provenienti dalle singole realtà locali, è stato volutamente strutturato in maniera "asimmetrica" basandosi sull'osservazione che in Italia ci sono Regioni nelle quali ancora non esiste niente e che quindi devono essere in qualche modo aiutate ed istruite accanto ad altre che hanno già alle spalle esperienze positive e di lunga durata.

In questo senso si muove l'iniziativa della Regione Toscana che, in sintonia anche con le osservazioni di carattere tecnologico elaborate nel 2008 dall'Emilia Romagna a proposito del robot chirurgico "Da Vinci", sta valutando come adattare alla nostra realtà le modalità di diffusione e di impiego, nell'ottica di una chirurgia sempre meno invasiva, di questo nuovo, importante e sofisticato strumento, peraltro già presente sul nostro territorio regionale.

**TADDEI** – I cambiamenti epocali che hanno condotto alle moderne concezioni della Medicina e della Sanità hanno costretto i medici ad un vero e proprio sforzo culturale che li traghettasse dai vecchi modelli a quelli strettamente aderenti alla realtà contemporanea.

Un aspetto molto positivo di quest'evoluzione è rappresentato dal fatto che la tipica autoreferenzialità del medico è stata costretta a confrontarsi con concetti a lui in precedenza poco familiari come, ad esempio, la qualità dei risultati, l'allocazione delle risorse, l'elaborazione di budget e le strategie di farmacoeconomia.

Un salto di qualità importante a mio parere sarebbe quello di distribuire in maniera razionale sul territorio le risorse e le tecnologie delle quali oggi disponiamo.

L'esempio del robot chirurgico "Da Vinci" è molto significativo, però riguarda un settore di nicchia estremamente specialistico. Ben più difficile è adattare le tematiche dell'HTA, ad esempio, alla patologia cardiovascolare campo nel quale, a parte gli endpoint primari (mortalità e morbilità), al momento attuale non sono ancora identificati gli obiettivi intermedi da valutare a livello di popolazione, in mancanza di dati informatizzati complessivi ed attendibili. In questa situazione appare pertanto pressoché impossibile ragionare in termini di efficace prevenzione primaria e di contenimento della spesa. Una applicazione efficace dell'HTA potrebbe portare ad una chiara identificazione degli obiettivi clinici e a una vera razionalizzazione della spesa, rappresentata cioè dal massimo vantaggio al minimo costo.

Questo obiettivo può essere raggiunto con razionamento scientifico, monitoraggio delle spese e condivisione di percorsi clinici validati a livello internazionale.

**MANNUCCI** – Vorrei tornare per un attimo alla questione di quando, a livello di sistema HTA, dovrebbe essere fatto il processo valutativo di un determinato intervento, se cioè a monte o a valle della indicazio-

ne proposta. Secondo me, fatte salve le peculiarità di ogni singola situazione, per quanto riguarda i farmaci credo che la valutazione non possa che essere compiuta a valle, dal momento che anche il nostro Paese, inserito in un contesto sovranazionale, deve necessariamente tenere conto delle indicazioni delle istituzioni europee di sorveglianza. È ovvio poi che a livello locale devono essere messi in pratica tutta una serie di meccanismi che regolamentino, ad esempio, i processi di rimborso tra una Regione e l'altra.

**TOSCANA MEDICA** – *L'HTA, inserito come detto all'interno del sistema di Governo Clinico, richiede certamente l'apporto concreto e costruttivo dei medici e delle loro professionalità. Ma i medici sono d'accordo con questa affermazione e disposti ad offrire appoggio e collaborazione?*

**MANNUCCI** – Secondo me sì, anche perché si tratta di una vera e propria potenzialità di crescita professionale. Purtroppo molti colleghi ancora oggi tendono a considerare l'innovazione una minaccia alla propria professionalità, piuttosto che occasione di sviluppo e miglioramento.

**TOSI** – Anche io rispondo affermativamente alla domanda, seppur sottolineando un aspetto secondo me molto importante: fino ad oggi in molti casi si è considerato il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del singolo malato come un insieme più o meno articolato di prestazioni, forse in questo modo perdendone di vista il contesto globale dei consumi e delle spese.

Il problema è che è molto più complesso, talvolta quasi di insormontabile difficoltà, valutare un intero percorso piuttosto che una singola prestazione, anche se purtroppo credo che questa gravosissima incombenza non si possa in nessun modo eludere o disattendere. Una simile valutazione deve per forza basarsi sull'esame di indicatori identificati quasi in automatico a livello aziendale e non certo demandati all'attività del singolo professionista, proprio per evitare la questione dell'autoreferenzialità della classe medica ricordata in precedenza e puntare invece verso criteri certi di referenzialità oggettiva.

**CECCHI** – L'elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali, linee-guida, protocolli clinical pathways, standard o quant'altro, soprattutto in ambito chirurgico, serve soprattutto a migliorare i livelli di sicurezza sia per i pazienti che per gli operatori sanitari, facendo comprendere la reale valenza di qualsiasi novità introdotta all'interno del sistema sanitario, con particolare attenzione alle istanze del cosiddetto Chronic Care Model.

**MANNUCCI** – Da diabetologo sono molto contento che il dottor Cecchi abbia adesso usato la parola "standard" perché è proprio quella scelta dalle Società scientifiche del mio settore per promuovere le proprie linee guida ed, appunto, i propri standard di cure.

Secondo me quando esistono documenti elaborati da Società scientifiche basandosi su prove certe di evidenza clinica e di valutazione dei risultati, non è corretto che una Regione o, peggio, una singola

Azienda sanitaria non ne tenga volutamente conto, modificandone a piacere contenuti e raccomandazioni ad esempio, eliminando o introducendo un farmaco in un determinato percorso assistenziale.

**DANESI** – La sempre continua introduzione nella pratica clinica di nuovi strumenti tecnologici utilizzati per migliorare la qualità dell'assistenza prestata ai malati, comporta ovviamente un grosso dispendio di energie che finisce per avere implicazioni importanti anche di carattere etico in termini di corretta allocazione delle risorse disponibili e di sempre maggiore penetrazione nella sfera più intima delle persone grazie alle sofisticate tecniche di indagine genetica oggi disponibili.

**MANFREDI** – A proposito delle linee guida, esse rappresentano una sintesi delle migliori prove di efficacia disponibili utilizzate per definire raccomandazioni di comportamento clinico in grado di assistere al meglio il medico nella gestione più appropriata della prevenzione, della diagnosi e della terapia nel singolo paziente.

Le linee guida di buona qualità sono flessibili e adattabili al contesto clinico e alle peculiarità del singolo paziente. Il medico non deve pertanto interpretarle rigidamente né applicarle senza tener conto delle caratteristiche e delle esigenze personali dei singoli pazienti. Infatti, data la variabilità delle condizioni cliniche e delle situazioni psicologiche e sociali nelle quali si possono trovare le persone, può essere lecito o addirittura doveroso discostarsi in maniera motivata da quanto suggerito da una linea guida.

Vorrei anche sottolineare che i percorsi assistenziali devono adattare le raccomandazioni cliniche delle linee guida al contesto locale. In ogni realtà assistenziale esistono ostacoli di natura strutturale, organizzativa, professionale, sociale, culturale o ambientale che possono impedire o condizionare l'applicazione di una o più raccomandazioni delle linee guida. Pertanto, l'analisi del contesto locale e l'identificazione degli ostacoli deve essere verificata fra i professionisti e la direzione aziendale con l'intento di rimuoverli. Se ciò non è possibile, la specifica raccomandazione deve essere modificata nel percorso aziendale per non aumentare il rischio clinico dei pazienti e quello medico-legale di professionisti e organizzazione sanitaria.

**POZZOLINI** – A questo punto della discussione vorrei per un attimo sottolineare il ruolo e le criticità che oggi, come aziende farmaceutiche, ci troviamo ad affrontare. Anche secondo il nostro punto di vista, appare assolutamente necessario che l'elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici segua una logica di condivisione tra professionisti e sia improntata al miglioramento della qualità dell'assistenza nell'ottica del Governo clinico.

Ciò permetterebbe non solo di eliminare, o quantomeno ridurre, la variabilità della pratica clinica non giustificabile da un razionale scientifico, ma anche lo sviluppo di regole di base uniformi su cui poter implementare progetti condivisi e duraturi tra aziende e servizio sanitario regionale.

Anche per le nostre strategie infatti la valuta-

zione degli outcome intermedi è estremamente rilevante, ma essa perde notevolmente di significato nel momento in cui si basa su metodologie o indicatori differenti da quelli identificati dall'organismo di controllo esistente a livello centrale. Nello scenario che si viene a delineare le aziende si trovano a dovere giocare una partita secondo regole diverse da luogo a luogo, con evidenti grosse difficoltà ad avanzare proposte complessivamente accettabili e sostenibili.

Questa esigenza di uniformità dei criteri valutativi assume una valenza ancora maggiore se ci muoviamo nell'ambito dei processi di cura di patologie croniche quali ipertensione e diabete nei quali intervengono molteplici figure professionali operanti nei differenti livelli assistenziali.

**TOSI** – Vorrei soffermarmi sul concetto, già in precedenza ricordato e molte volte abusato, di standard.

Se lo standard si può definire una metodologia di comportamento basata su una linea di mezzo che divide sostanzialmente il "più" dal "meno", il problema è stabilire chi può prescrivere il "più" e chi invece non deve prescrivere il "meno". Anche qui purtroppo compare il vecchio concetto di autoreferenzialità della classe medica, visto che ancora oggi molti professionisti tendono ad ignorare la già citata linea di mezzo, di fatto trascurando le istanze degli standard elaborati per quel determinato campo di intervento.

Si tratta di un comportamento assai pericoloso ed in conclusione inconcludente perché, alla fine al medico il rispetto degli standard, all'interno di un sistema di HTA e di Governo Clinico, viene per forza imposto dalle Aziende, notoriamente alla ricerca continua della migliore ottimizzazione possibile delle risorse disponibili.

Ovviamente anche in questo caso ricompaiono le valutazioni etiche già citate in precedenza.

In campo oncologico ad esempio è eticamente corretto fornire ad un malato un nuovo trattamento, assai più costoso di quelli al momento disponibili che, secondo i dati della Letteratura per quel quadro patologico riesce a garantire un aumento della sopravvivenza di non più di 15 giorni? È ovvio che nell'ottica del malato quella spesa può anche essere giustificata, ma quale è la sua reale valenza a livello di sistema visto che prevede un grosso esborso di de-

naro che potrebbero essere destinati ad attività utili ad un numero ben maggiore di persone?

Io sono convinto che la Medicina ed i suoi atti abbiano una miriade di sfumature e se i medici non si fanno garanti dei loro stessi comportamenti, il controllo della loro attività inevitabilmente finirà in mano agli economisti. La classe medica pertanto deve imparare a seguire di propria volontà delle regole di comportamento eticamente corrette, prima che qualcuno semplicemente glielo imponga senza possibilità di scelta alcuna.

**DANESI** – In alcune aree della Medicina, soprattutto in Oncologia, la questione dell'aderenza alle linee-guida diagnostico-terapeutiche appare più cogente che in altre e gli standard di trattamento se possibile ancora più "imposti". In questi contesti la professionalità del medico tende un poco a "sfumarsi" all'interno di schemi costruiti e proposti dalle Società scientifiche del settore e per questo potrebbe essere lecito chiedersi se l'HTA non finisca per essere uno strumento di validazione di atti e comportamenti non strettamente aderenti alle linee-guida ed ai protocolli. A mio parere l'HTA dovrebbe essere invece considerato una metodologia di intervento flessibile ed adattabile facilmente alla realtà clinica di ogni singolo paziente.

**MANFREDI** – Nell'assistenza primaria in una buona parte dei casi il quadro clinico si caratterizza per una costellazione di segni e sintomi indifferenziati e disorganizzati che oscillano per intensità e per durata e che sono difficili da racchiudere entro i limiti di categorie nosologiche codificate. Per questo motivo le applicazioni di linee guida, di percorsi diagnostici e di HTA devono tenere conto di questa realtà costitutiva, altrimenti si rischia di scadere in un meccanicismo irrealistico.

**MANNUCCI** – Se è vero che l'adozione dei percorsi diagnostico-terapeutici può talvolta generare qualche perplessità dal punto di vista strettamente etico, è anche altrettanto vero che essi stessi possono rappresentare un'occasione eticamente valida almeno per due ordini di motivi. Il primo: seguire percorsi validati ed attendibili permette senza dubbio il mi-

## I principi dell'Health Technology Assessment

<b>CHI</b>	La valutazione delle tecnologie sanitarie deve coinvolgere tutte le parti interessate all'assistenza sanitaria
<b>COSA</b>	La valutazione delle tecnologie sanitarie deve riguardare tutti gli elementi che concorrono all'assistenza sanitaria
<b>DOVE</b>	La valutazione delle tecnologie sanitarie deve riguardare tutti i livelli gestionali dei sistemi sanitari e delle strutture che ne fanno parte
<b>QUANDO</b>	La valutazione delle tecnologie sanitarie deve essere un'attività continua che deve essere condotta prima della loro introduzione e durante l'intero ciclo di vita
<b>PERCHE'</b>	La valutazione delle tecnologie sanitarie deve essere una necessità e una opportunità per la governance integrata dei sistemi sanitari e delle strutture che ne fanno parte
<b>COME</b>	La valutazione delle tecnologie sanitarie è un processo multidisciplinare che deve svolgersi in modo coerente con gli altri processi assistenziali e tecnico-amministrativi dei sistemi sanitari e delle strutture che ne fanno parte

Network italiano di HTA – Principi della "Carta di Trento"

glioramento degli outcome. Il secondo: con questa metodologia si agisce sui meccanismi di allocazione delle risorse in maniera quanto più "virtuosa" possibile e condivisa, soprattutto nel campo delle malattie croniche, generalmente a più livelli maggiormente "penalizzate" rispetto alle acute.

**TADDEI** – Tutti gli interventi fino ad ora ascoltati a mio parere, seppure con sfumature diverse, conducono alla medesima domanda: nelle attività mediche dove si posiziona il reale, concreto livello di governo?

Prendiamo come esempio la rivascolarizzazione coronarica. Non esistono chiare indicazioni su quando eseguire studi angiografici e rivascolarizzazioni nei pazienti cronici, per cui, a parità di lesione, un Centro adotta un approccio aggressivo ed un altro più soft, da una parte si applica un solo stent e da un'altra invece tre o quattro. Oppure, nei Pronto Soccorso della stessa area vasta esistono comportamenti diagnostici sostanzialmente diversi: ad esempio non tutti i Pronto Soccorso possono eseguire il dosaggio del BNP o pro-BNP nei pazienti con edema polmonare acuto in quanto ritenuto esame costoso e non indispensabile. Ovviamente non entro nel merito delle scelte, ma sicuramente l'atteggiamento clinico dovrebbe essere il più omogeneo possibile.

Un certo grado di controllo deve a mio parere esistere, anche se sappiamo che ogni paziente è un caso a sé e che l'EBM rende conto soltanto del 25% della pratica clinica quotidiana, però almeno questo 25% cerchiamo di gestirlo al meglio!

**CECCHI** – Anche se a proposito degli argomenti che stiamo adesso discutendo il futuro è ormai alle porte, l'etica deve continuare ad essere il filo conduttore di ogni atto medico e di qualsiasi valutazione tecnologica.

Accanto a questa ci devono essere il Governo Clinico, con le sue istanze validate dal metodo scientifico di galileiana memoria a supporto di quel 25% di EBM ricordato adesso dal Prof. Taddei, le clinical pathways, gli standard ed i protocolli. In questo scenario anche l'HTA ha il suo ruolo a sostegno e tutela della salute dei cittadini e della sicurezza dei medici.

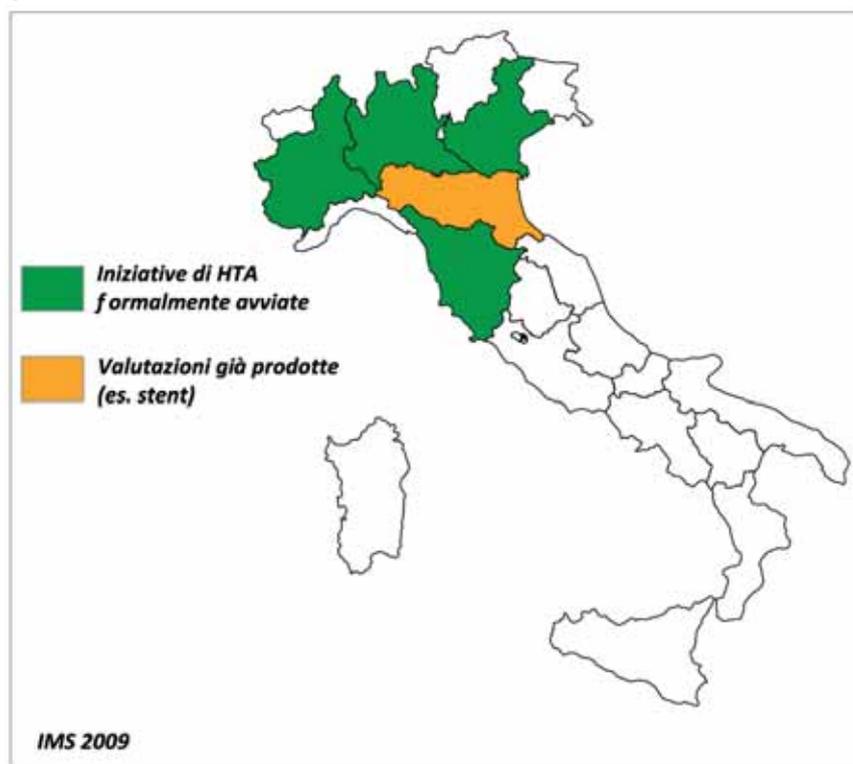
**POZZOLINI** – Secondo me la questione sul livello al quale dovrebbero situarsi i meccanismi di controllo è davvero di fondamentale importanza. Personalmente auspico che, una volta individuato questo livello, tutte le Regioni vi si uniformino senza iniziative di carattere locale che certamente causerebbero non pochi problemi. Un altro aspetto a mio parere molto rilevante è che l'elaborazione di qualsiasi percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale inserito all'interno del sistema HTA debba prevedere anche la partecipazione attiva delle aziende che producono tecnologia e che si sono assunte il rischio di investire in ricerca e sviluppo.

Per rispondere ad ambedue questi aspetti mi sembra opportuno l'affidamento del ruolo di coordinamento delle valutazioni HTA ad un ente interregionale come Agenas capace di stabilire, in accordo con le Regioni, regole metodologiche certe e trasparenti. L'intero processo inoltre, come ribadito dalle linee-guida nazionali ed internazionali sull'HTA, deve coinvolgere tutti i portatori di interesse come parti attive per una corretta definizione dei valori in gioco. Ciò potrebbe rappresentare la base per il passaggio da una negoziazione conflittuale ad una reale partnership tra settore pubblico e privato finalizzata a fornire le migliori terapie ai pazienti nell'ambito di un sistema economicamente sostenibile.

**CECCHI** – Sono d'accordo anche perché vorrei indirizzare la mia azione verso dei livelli di condivisione il più avanzati possibile, in una sorta di partnership che coinvolga in maniera fattiva tutti i soggetti operanti all'interno del sistema HTA impegnati in un processo di cambiamento che non è solo tecnologico ma anche organizzativo e, più in generale, culturale.

**TOSCANA MEDICA** – Una domanda che segue direttamente alle osservazioni del dottor Cecchi: la formazione universitaria di oggi riesce a preparare in maniera adeguata e complessiva i medici di domani a questi importanti cambiamenti?

**TADDEI** – L'Università oggi offre un percorso di crescita più didattico che formativo in senso stretto, garantendo comunque agli studenti una solida preparazione culturale di base. In tutto il lungo processo di formazione dei nuovi professionisti, io credo che le tematiche



delle quali stiamo adesso parlando, insieme ad altre altrettanto importanti quali l'approccio, ad esempio, alla Medicina Generale, debbano trovare giusta collocazione a livello di insegnamento post-laurea come ad esempio i master, le Scuole di specializzazione e i corsi per la medicina generale.

**DANESI** – In tempi di rapidissima evoluzione del sapere tecnico e scientifico non penso che limitarsi ad insegnare agli studenti come si diventa medico sia oggi sufficiente: i giovani cioè devono essere seguiti ed accompagnati nel processo di apprendimento e di oggettiva valutazione delle innovazioni con le quali quotidianamente si trovano a doversi confrontare.

**TOSI** – L'Università non dovrebbe fare informazione, quanto piuttosto formazione, cosa molto complessa e delicata, considerato anche l'alto livello di individualità che generalmente caratterizza l'operato dei medici all'interno dei rispettivi ambiti lavorativi. Tra l'altro formare significa anche e soprattutto parlare di eticità della professione, indipendentemente dal fatto che la formazione sia demandata all'Università oppure al Servizio sanitario pubblico.

Il medico deve essere preparato a queste tematiche quando è ancora giovane, quando ha ancora voglia di imparare perché vuole crescere e realizzarsi professionalmente. Una volta strutturato mentalmente in maniera differente, ogni sforzo appare pressoché inutile, un po' come avviene con il neospécialista che, appena uscito dalla Scuola affascinato dalle linee-guida e dalle clinical pathways, si uniforma invece immediatamente alle impostazioni, magari poco corrette, vigenti nel posto di lavoro dove va ad operare.

**TADDEI** – Io difendo strenuamente le Facoltà mediche italiane visto che i nostri studenti, come cultura media, sono tra i migliori del mondo. È però vero che la parte didattico-formativa post laurea potrebbe essere in molti casi riprogettata o migliorata e soprattutto messa in pratica.

**TOSCANA MEDICA** – *Quando si parla di valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici in termini di sostenibilità del sistema HTA, quale è la situazione oggi presente nella nostra Regione?*

**MANNUCCI** – Certamente oggi abbiamo a disposizione dei presupposti concettuali in base ai quali stabilire in maniera ampiamente condivisa quali sono gli indicatori utili a valutare correttamente la qualità dell'assistenza sanitaria. Ci dobbiamo però confrontare con alcune questioni di carattere pratico.

Se oggi possiamo disporre

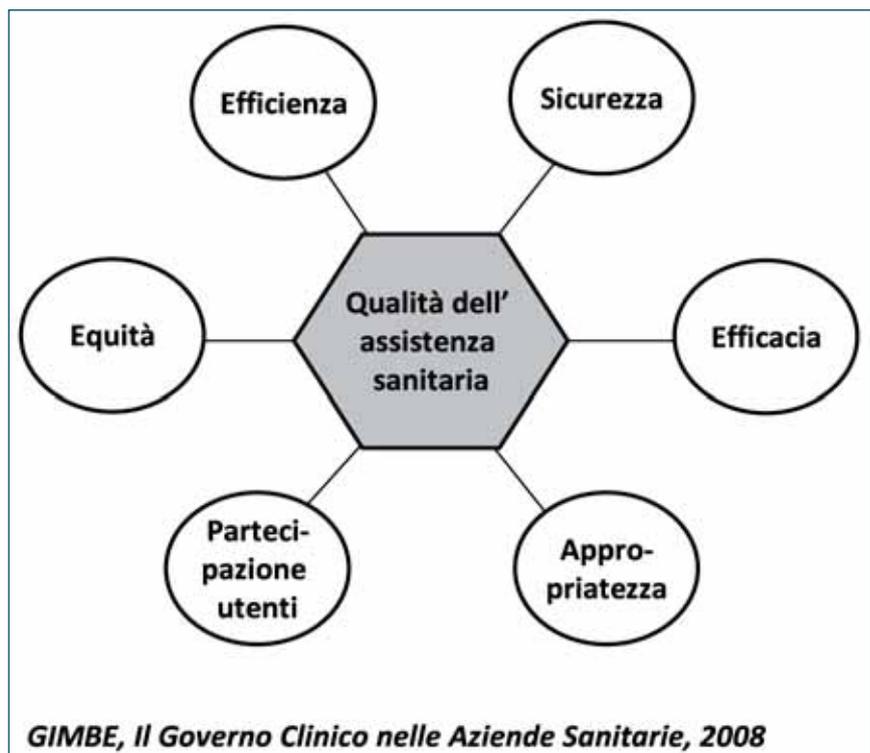
con relativa facilità di database per così dire "amministrativi" che ci dicono ad esempio quanti ricoveri vengono fatti in un determinato ospedale, di quale tipologia, oppure quali sono le prescrizioni farmaceutiche o le visite e gli esami specialistici in una determinata area geografica, è però vero che ci mancano informazioni altrettanto importanti relative, ad esempio, ai risultati di quelle visite e di quegli esami.

Purtroppo oggi la gestione dei database clinici avviene in maniera molto frammentata sia tra specialisti di diversi settori che tra specialisti e medici di Medicina Generale e questo rende il processo di valutazione di qualità difficilmente realizzabile e scarsamente attendibile.

**TADDEI** – Parlando della gestione informatizzata dei dati, sono meno pessimista del dottor Mannucci, perché penso che le risorse oggi disponibili (ad esempio il software "Millennium" impiegato in Medicina Generale), seppure perfettibili, possano oggi fornire un valido aiuto.

Nel mio campo di interesse tra l'altro, su input della Regione e dell'Assessorato alla salute, già da qualche anno si sta lavorando alla realizzazione di una cartella informatizzata per la patologia cardiovascolare che sia in grado di dialogare con i differenti soggetti coinvolti nella gestione multidisciplinare di questi malati.

**POZZOLINI** – In questo campo potrebbe essere utile strutturata un'efficace azione di partnership con le Aziende, sul modello di quanto verificatosi all'interno della Rete ematologica della Regione Toscana dove la Bristol-Myers Squibb ha supportato la creazione di una cartella informatizzata condivisa da tutti i Centri regionali al fine di raccogliere degli outcome intermedi che nel caso specifico erano rap-



presentati da determinate mutazioni geniche.

Esperienze simili potrebbero svilupparsi anche in altre aree specialistiche o nelle malattie croniche, ad esempio nella produzione di dati real life per la valutazione di nuovi trattamenti farmacologici o nello sviluppo di studi basati sulle informazioni dei database amministrativi. Queste informazioni diventano cruciali nella definizione di un PDTA dato che solo la visione complessiva dell'intero processo di cura può permettere un'ottimale allocazione delle risorse e nel contempo la massimizzazione dell'outcome generato dalle aziende sanitarie regionali.

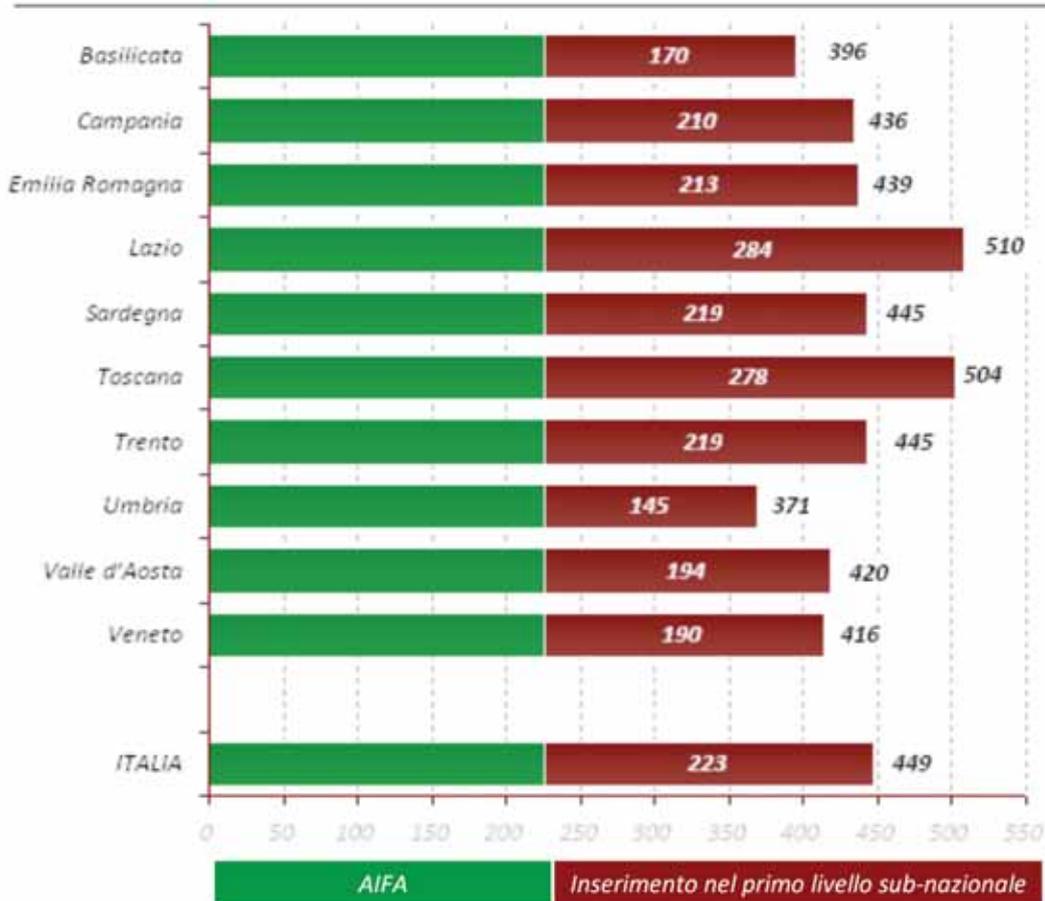
**TOSI** – Presto tutti e cinque gli Ospedali della Azienda sanitaria di Firenze avranno a disposizione una cartella clinica informatizzata collegata con il sistema di Laboratorio e con quello della Diagnostica per immagini. Questa organizzazione dei dati sarà inoltre presto collegata anche alla rete dei punti CUP per la gestione della prenotazione delle prestazioni con l'intento di facilitare l'organizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali.

Tra l'altro stiamo anche lavorando ad un processo

informativo che permetta l'inserimento nella cartella clinica delle clinical pathways validate a livello internazionale che si riferiscono alla specifica patologia di ogni malato. Ovviamente ogni professionista coinvolto nella gestione del paziente si comporterà come meglio crede, scegliendo di seguire, modificare oppure anche ignorare le istanze validate. Qualsiasi decisione sarà registrata dal sistema ed il medico che se ne assume la responsabilità dovrà spiegare le proprie scelte non tanto all'Azienda quanto ai colleghi che le hanno invece condivise.

**CECCHI** – Pensare ad una sorta di “gestore informatizzato” dei percorsi diagnostico-terapeutici è certamente stimolante, anche perché è indubbio che l'Informatica oggi deve sempre di più legare in un continuum organico le “storie” cliniche dei pazienti a livello sia di assistenza ospedaliera che di gestione a lungo termine sul territorio. In questo senso la collaborazione con le aziende, come ricordava prima il dottor Pozzolini, potrebbe rappresentare un momento di indubbia importanza.

**Tempo medio (in giorni) di inserimento dal rilascio dell'AIC da parte dell'EMA all'inserimento nel primo pronto soccorso di livello sub-nazionale (PTOR/PTR/PTOTR/PTP/PTOP/PTAV)**



Source: Adattato da F.Pammolli, M.Integlia; I farmaci ospedalieri: tra Europa, Stato, Regioni e cittadini; Quaderni CERM 1-2009

**DANESI** – Due considerazioni conclusive, forse moderatamente pessimiste. La prima. Non dimentichiamo che il ragionamento clinico non deve essere mai sostituito da una esasperata informatizzazione delle conoscenze, delle attività e delle speranze, secondo quanto promettono, ad esempio, alcuni siti Internet nei quali i pazienti oncologici immettono i dati relativi alla propria malattia, ricevendone in risposta

modalità di cure ed aspettative di vita o guarigione.

La seconda. Seppure realmente auspicabile, in Italia ancora purtroppo non esiste un vero e proprio Laboratorio che unisca in uno sforzo costruttivo ed economicamente sostenibile l'impegno delle Università, delle strutture di ricerca pubbliche e private e delle aziende.

## Le regole: darselo o subirle

ANTONIO PANTI

**U**n dilemma che i medici non hanno ancora risolto. Vi è una domanda crescente di sanità che in qualche modo deve essere governata; incombe sulla medicina un'innovazione tecnologica inarrestabile e costosissima che non sempre può essere dimostrata utile; le procedure cliniche (i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali) debbono essere verificate per i possibili rischi clinici e per garantire l'uso equo delle risorse; infine chi controlla i risultati in termini di salute?

Vi è un grande bisogno di governare il sistema sanitario a partire da regole nazionali per giungere alle esperienze regionali e alla necessaria contestualizzazione locale. Regole certe, per quanto è possibile in medicina, fondate su standard, procedure, linee guida, protocolli, indicatori. Costruire percorsi assistenziali in cui il controllo di qualità sia di fatto il volano tra la sostenibilità e l'efficacia delle cure.

Tutto ciò significa modificare la cultura professionale. L'autoreferenzialità dei medici, quella per cui gli unici standard accettabili sono quelli fondati sulla propria esperienza e gli indicatori vanno bene solo se riferiti agli altri, non regge più. L'alternativa è semplice: o i medici imparano a darsi regole di comportamento professionale adeguate alle esigenze di una sanità sempre più costosa e complessa, pubblica o privata che sia, o le regole saranno imposte dall'esterno, dagli economisti.

Questa asserzione dà la misura di quanto l'HTA debba essere modernamente interpretato in una visione clinica e non di mero controllo delle risorse o dell'efficienza degli strumenti, dei dispositivi o dei farmaci. E come l'HTA sia possibile se vi è un'equa distribuzione delle risorse in modo che ogni settore della sanità, l'ospedale e il territorio, possano funzionare al meglio.

L'Health Technology Assessment è parte integrante del governo clinico, di un governo diffuso e

con responsabilità diverse ai vari livelli organizzativi, è occasione di crescita culturale della categoria. Una crescita in cui si intrecciano etica, deontologia e metodo scientifico. E che quindi fonda le proprie scelte sulla metodologia della scienza (la misurabilità) e su valori condivisi. Un lavoro lungo e faticoso che nasce dagli stessi professionisti e dall'aiuto di esperti non medici in grado di introdurre elementi di tecnica valutativa oggettiva.

In conclusione non sono più sostenibili antiche presunzioni che scambiavano l'indipendenza con l'anarchia. Il medico è libero nel momento in cui ha acquisito gli strumenti per contrattare un budget, cioè per individuare i mezzi e i modi più idonei a conseguire i migliori risultati per i propri pazienti. Il medico deve essere responsabile del percorso di salute del paziente e del budget, assai meno dell'organizzazione o di singole prestazioni. Quindi il livello di governo della sanità non può essere che diffuso, all'interno di indirizzi e metodi nazionali e regionali.

I nostri esperti non si sono nascosti le difficoltà di costruire modelli fondati su dati certi e ben selezionati. A questo proposito sarebbe opportuno disporre anche in Italia di strumenti di *partnership* con l'industria chimica per adeguare i sistemi informatici e i data base aziendali. Infatti i farmaci rappresentano uno snodo cruciale per misurare l'appropriatezza delle cure. Il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati, amministratori, professionisti, cittadini, produttori, sembra il metodo migliore per ottenere risultati concreti.

Molte conoscenze sono disponibili, ma non vi è dubbio che la frammentazione del sistema sanitario renda ancora imperfetta la raccolta dei dati di governo, in particolare per quel che attiene la cartella clinica. In conclusione il governo della sanità deve cambiare nel senso oggi discusso. I medici più avvertiti lo sanno e sono consapevoli che su questa partita si gioca il futuro prestigio della categoria.

TM

*Si ringrazia la **Bristol-Myers Squibb** per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione*



# La responsabilità del medico e il rischio della medicina difensiva

Pubbllichiamo dal Bollettino dell'Ordine di Pistoia questa ulteriore sintesi di un incontro di cui abbiamo già scritto sul n. 2/2010 di Toscana Medica perché vi sono contenuti elementi di valutazione da parte dei medici che gettano un possibile ponte con il diritto e la giurisprudenza.

**G**li illustri Giuristi intervenuti al Convegno organizzato presso l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Firenze il 3 Dicembre 2009 hanno convenuto che il medico in questo particolare momento è condizionato pesantemente per la preoccupazione costante di essere chiamato a rispondere penalmente ricorrendo a comportamenti di eccessiva prudenza che sono propri della cosiddetta *Medicina Difensiva* ossia a pratiche diagnostiche e misure terapeutiche finalizzate a contenere il rischio penale, piuttosto che a tutelare la salute del paziente.

La situazione che si profila determina l'allontanamento dai dettami della deontologia medica e rischia di vanificare la ragione stessa del controllo di legalità quale strumento di garanzia per il cittadino. Il Prof. Palazzo, che ha tenuto la relazione conclusiva di questo interessantissimo Convegno, ha illustrato i nuovi orientamenti della Giurisprudenza che per molti aspetti costituiscono un ripensamento delle posizioni rigoriste del passato, e che potrebbero aiutare ad uscire da un dibattito infruttuoso. Queste sono state le parole precise dell'illustre Professore, Ordinario di Diritto Penale dell'Università di Firenze, che ha esortato a non limitarci a lamentare il carattere eccessivamente pervasivo del controllo penale nel campo della medicina ma di adoperarci insieme, Ordini e Magistrati, a prospettare un ragionevole punto di equilibrio tra istanze di tutela e certezza del diritto. In questo ambito il Relatore ha sottolineato che il ricorso alla medicina difensiva è lesivo degli interessi del cittadino ed è anche controproducente nei riguardi del contenimento del rischio penale per il medico perché amplia notevolmente il contesto degli accertamenti per qualsiasi atto medico, diventando una sorta di linea guida impropria che invece di garantire, rende più incerto l'esercizio della professione.

Tali comportamenti rischiano di fare lievitare la spesa sanitaria in modo inappropriato e di esporre il medico ad indagini della Corte dei Conti per presunto danno erariale a carico del Fondo Sanitario. Sempre nell'ambito della responsabilità penale del medico sembra che l'orientamento della Giurisprudenza stia

cambiando per una diversa interpretazione del nesso di causalità nel determinismo del danno, infatti oggi viene riconosciuta l'alta complessità dell'atto medico e conseguentemente vengono prese in considerazione solo percentuali superiori all'80% del nesso di causalità per la determinazione del danno e

non più il 30% come in passato.

È auspicabile, e per questo gli Ordini sono impegnati, che in un prossimo futuro il danno al cittadino possa essere risarcito attraverso una conciliazione nei casi più semplici, oppure attraverso una sentenza in campo civile senza che vengano aperti procedimenti penali se non per una colpa grave evidente al di là di ogni ragionevole dubbio. Rimane ancora il problema della scelta dei Consulenti Tecnici d'Ufficio in quanto la loro nomina rimane un fatto squisitamente discrezionale del Giudice. Sicuramente il C.T.U dovrà essere un medico legale per la sua specifica professionalità che lo propone come coordinatore fra altre necessarie figure di specialisti ed il Giudice stesso.

Il momento cruciale è rappresentato dal primo incontro fra Magistrato e Perito nella fase delle prime decisioni che condizioneranno l'iter giudiziario successivo con la possibile esposizione mediatica del professionista. È anche vero che la condanna penale per il medico viene comminata con molto equilibrio e generalmente il giudice tende sempre a farsi un'idea personale dopo aver ascoltato anche i Consulenti di parte, ma tutto questo avviene tardivamente quando il danno di immagine per il professionista si è realizzato mediaticamente. Da parte dei medici dovrà essere presa una maggiore consapevolezza degli errori, sempre possibili, riconsiderando gli insuccessi in piena trasparenza per una crescita professionale e per una migliore gestione del rischio clinico. Da parte degli Ordini è necessario un richiamo ad una più ampia relazione con il paziente, limitando al massimo le contestazioni nei riguardi dell'operato del medico che prevalentemente sono innescate da un difetto di informazione. Con queste premesse potrà iniziare un confronto con la Magistratura per una migliore comprensione reciproca nell'interesse superiore del Cittadino e della Professione. **TM**

EGISTO BAGNONI

Presidente, Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pistoia

# L'auto-organizzazione della medicina generale in una comunità di pratica: la Asl 10 di Firenze

**L**o studio ha voluto analizzare problemi e soluzioni adottate nell'organizzazione della medicina generale in una realtà toscana, la Asl 10 di Firenze, in un periodo di prossimi possibili cambiamenti degli assetti assistenziali territoriali.

VALENTINA DI CECCHI

*Tesi di laurea in Medicina e Chirurgia  
presso l'Università di Firenze  
Correlatore Dott. Giampaolo Collecchia  
Relatore Prof. Gian Franco Gensini*

## IL LAVORO DI SEGRETERIA

La maggior parte dei medici di medicina generale (87%) ha personale di segreteria, fornito per lo più da una società di servizi che si fa carico anche degli adempimenti previsti dalla L.626/94 sulla sicurezza nel lavoro.

Il personale di segreteria svolge molteplici compiti, distinguibili essenzialmente in tre aree tematiche:

**1. attività amministrative** (pagamento affitti e utenze, contatti con le società dei servizi, registrazione PPIP e vaccinazioni anti-influenzali).

**2. attività di interfaccia con i pazienti** (gestione appuntamenti e richieste di visite domiciliari, ricezione e filtro delle telefonate, ripetizione e consegna di ricette e prescrizioni varie, prenotazioni visite tramite i CUP).

**3. attività organizzative e di coordinamento** (archiviazione di materiale, gestione dell'archivio dei piani terapeutici e delle esenzioni, trasmissione di informazioni tra i medici di medicina generale).

Gli appuntamenti vengono in genere presi a distanza di quindici minuti, le telefonate recepite

## METODOLOGIA

Gli argomenti da analizzare sono stati scelti in base a quanto evidenziato dal progetto TUCORI (acronimo di "TU COMe lo hai RISolto?"), studio fondato sulle esperienze di 37 medici di medicina generale che hanno descritto via e-mail per oltre un anno il loro percorso professionale organizzativo. Nell'indagine sono state individuate le tematiche organizzative ritenute prioritarie nella gestione dello studio del medico di medicina generale. Gli argomenti più quotati sono stati riportati nel questionario utilizzato nel presente studio (vedi Tabella 1), costituito da una parte strutturata, al fine di descrivere le caratteristiche dei medici, gli standard organizzativi e alcune problematiche di tipo clinico, e da una componente "aperta", finalizzata all'analisi qualitativa di tali aspetti.

## RISULTATI

Il questionario è stato somministrato ai Referenti di 15 *practices* della ASL 10 di Firenze cui afferiscono 70 medici di medicina generale (vedi Figura 1).

L'età media dei partecipanti allo studio è di 55 anni di età, con 28 anni di pratica. I pazienti assistiti sono complessivamente 87.400.

## LA FORMULA ORGANIZZATIVA

La maggior parte dei medici esercita la professione in associazione, solo il 13% lavorano da soli, mentre il 74% esercita in medicina di gruppo e il 13% in associazione semplice.

Il 46% dei gruppi è composto ognuno da 6 medici, il 54% da 3 a 5 medici.

Il 50% lavora in un solo ambulatorio, l'altro 50% in due o più studi, talora dislocati a significative distanze.

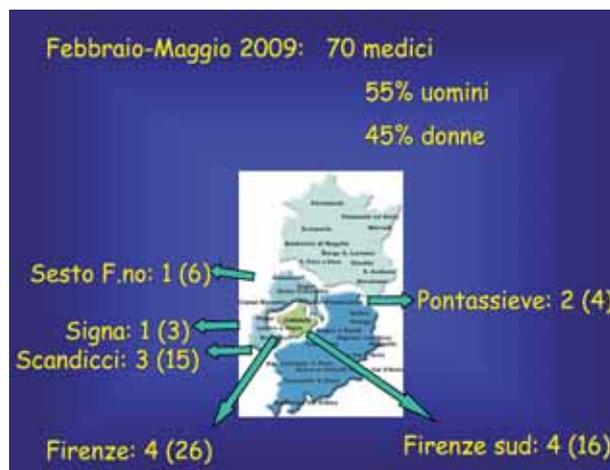


Figura 1 - Le *practices* dello studio

Tabella 1 - Il questionario

ANAGRAFICA PERSONALE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anno di nascita</li> <li>Sesso</li> <li>Inizio attività come MMG</li> <li>Sede dello studio medico (località, uno o più studi)</li> <li>Tipologia dello studio (associazione semplice, rete, gruppo, mista)</li> </ul>
COMPOSIZIONE DEL TEAM
<ul style="list-style-type: none"> <li>N° medici del team (sesso, età)</li> <li>N° assistiti in carico al team</li> </ul>
ORGANIZZAZIONE GENERALE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Modalità di accesso in studio (appuntamento, libero, sistema misto)</li> <li>Schede cliniche: cartacee/informatizzate/entrambe</li> <li>Strumentazione</li> </ul>
PERSONALE DI STUDIO
<ul style="list-style-type: none"> <li>N° personale segretariale</li> <li>Attività svolte</li> <li>N° personale infermieristico</li> <li>Attività svolte</li> <li>Formazione del personale</li> </ul>
MEZZI DI COMUNICAZIONE CON I PAZIENTI
<ul style="list-style-type: none"> <li>Telefono fisso di casa</li> <li>Telefono fisso in ambulatorio</li> <li>Telefono cellulare raggiungibile dai pazienti</li> <li>E-mail utilizzata dai pazienti</li> </ul>
ORGANIZZAZIONE DELLA CLINICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestione delle urgenze e delle visite domiciliari</li> <li>Gestione delle patologie croniche</li> <li>Condivisione delle linee guida</li> </ul>
RAPPORTI INTRA ED INTER-ORGANIZZATIVI
<ul style="list-style-type: none"> <li>Relazioni all'interno del team</li> <li>Relazioni con gli specialisti e le istituzioni</li> </ul>

durante l'orario delle visite, prendendo nota delle persone che il medico dovrà richiamare.

### IL LAVORO INFERMIERISTICO

La figura professionale dell'infermiere è meno diffusa (47%) rispetto al personale di segreteria.

Quando presente, il personale infermieristico ha in genere una stanza dedicata. Tiene aggiornate le cartelle dei pazienti ed esegue, attraverso la supervisione dei medici, i controlli relativi ai progetti per la medicina d'iniziativa e per gli ambulatori dedicati.

In alcune realtà i compiti da affidare all'infermiere sono ancora da chiarire perché il paziente preferisce il rapporto esclusivo con il proprio medico.

### I MEZZI DI COMUNICAZIONE

Tutti i medici sono reperibili durante l'orario di ambulatorio anche se nella maggioranza dei casi le chiamate vengono filtrate dal personale di

studio. L'86% dei medici risponde al telefono fisso di casa, soprattutto nelle prime ore della mattina per la richiesta di visite domiciliari. Molti professionisti (73%) lasciano ai propri pazienti la possibilità di essere chiamati anche attraverso il telefono cellulare, raccomandandone l'uso solo per le vere urgenze. Alcuni medici di medicina generale comunicano con i pazienti anche per e-mail, ma rappresentano per ora una minoranza (vedi Figura 2).

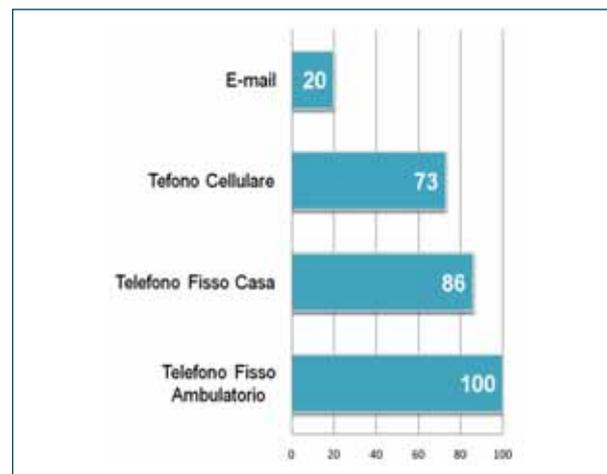


Figura 2 - I mezzi di comunicazione

La funzione del telefono è descritta molto utile in caso di richieste urgenti o per tenere sotto controllo pazienti complessi, lontani, soli. Il telefono può anche essere strumento clinico, ad esempio nella tecnica euristica del "wait and watch", attendi e vigila, metodologia fondamentale in medicina generale.

Il mezzo telefonico è considerato utile anche per la gestione di accessi ambulatoriali "inutili", visite domiciliari superflue, accessi ingiustificati al Pronto Soccorso.

I medici descrivono il contatto telefonico come elemento attivo, per ascoltare e rassicurare ma anche contenere e disciplinare. Tra gli aspetti negativi vengono infatti segnalate molte richieste considerate "improprie", in alcuni casi definite veri e propri "contatti compulsivi".

### LA GESTIONE DELLE URGENZE

Le urgenze riportate come tali dai medici sono soprattutto crisi ipertensive, vertigini, lipotimie, cefalee intense, attacchi asmatici, dolori addominali e improvvisi dolori osteo-articolari.

Le urgenze dei pazienti sono invece spesso non "reali" ma dettate da eccessiva ansia, molte volte sono infatti interpretate come urgenze condizioni quali la ricetta o il certificato in scadenza. In altri casi viene, al contrario, riferita dai medici la possibile sottostima di un problema clinico da parte del paziente e quindi l'importanza di saper cogliere possibili sintomi di allarme.

Molti medici di medicina generale, quando gli assistiti non chiamano per una visita domiciliare urgente ma arrivano direttamente in ambulatorio senza prenotazione, li visitano al momento, tra gli appuntamenti del giorno. In altre *practice* vengono utilizzati spazi dedicati, ogni ora o al termine dell'orario di ambulatorio. Il più delle volte il *triage* viene svolto dal medico stesso, in alcuni casi dall'infermiera.

### LA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE

La gestione della cronicità rappresenta uno dei problemi sanitari e sociali più rilevanti che le società cosiddette evolute devono affrontare. Tale problema è particolarmente significativo in Toscana dove l'indice di vecchiaia è tra i più alti di Europa.

La maggior parte dei medici di medicina generale intervistati aderisce a progetti di medicina d'iniziativa, ad esempio per lo scompenso cardiaco, il diabete mellito e l'asma bronchiale, per i quali vengono stabilite le modalità e le frequenze dei controlli secondo linee guida concordate.

### LA CONDIVISIONE DELLE LINEE GUIDA

Le testimonianze dei medici rimarcano in generale la conoscenza delle linee guida ma un loro utilizzo non rigido nella pratica quotidiana. Nel prendere decisioni il medico di medicina generale deve infatti prestare attenzione ai singoli pazienti, basarsi anche su fattori non clinici, confrontarsi con le numerose variabili individuali che condizionano le scelte terapeutiche. Si tratta di passare dall'efficacia all'effettività, dai dati oggettivi, preliminari e probabili, ai giudizi soggettivi, condivisi con il paziente.

### I PAZIENTI IMPAZIENTI E I FREQUENTATORI ABITUALI

Secondo molti medici, uno dei fattori "strutturali" che maggiormente influenza la relazione medico-paziente è la pressione crescente dei media, spesso portatori di una informazione distorta. Il risultato è il ricorso sempre più precoce ai servizi sanitari e ai professionisti della salute, in primis al medico di medicina generale, spesso con la pretesa di risolvere i problemi urgentemente. Segretarie,

appuntamenti, tempi di attesa filtrano gli accessi degli impazienti.

Un'altra tipologia di pazienti caratteristica della medicina generale è rappresentata dai frequentatori abituali, in genere anziani, affetti da pluripatologie, con molto tempo libero e pochi impegni, di lavoro o familiari. In medicina generale di norma è infatti il paziente che decide se e quando rivolgersi al medico, la consultazione può pertanto avere come oggetto qualunque problema che il paziente considera attinente alla sua salute. Fenomeno correlato è il "già che sono qui", ben conosciuto nella letteratura anglosassone come "*by the way, doctor*".

La dipendenza dai medici può essere considerata espressione di personale inadeguatezza, reale o presunta, sopravvalutazione dei rischi o, semplicemente, preoccupazione eccessiva in un contesto socio-ambientale che non offre supporto o garanzie sufficienti. Queste condizioni psicologiche sono presenti soprattutto nei soggetti con *locus of control* esterno, cioè in coloro che hanno la convinzione di non aver possibilità di controllo su se stessi e sulla propria salute, oltre che, in generale, sugli eventi della propria vita.

Nelle medicine di gruppo il paziente può comunque trovare maggiori opportunità di ascolto e valutare l'approccio nei suoi confronti di diversi medici.

### CONCLUSIONI

L'organizzazione del lavoro descritta in questo studio è il risultato di strategie auto-organizzative, messe in atto per rispondere alle crescenti esigenze del contesto in cui l'attività professionale dei medici di medicina generale viene esercitata, secondo una modalità definibile come *progettualità continua*, costruzione in continuo svolgimento, nella quale si ridefiniscono dinamicamente i problemi da affrontare e si identificano le modalità più pertinenti per agire.

Quella descritta si può considerare una *comunità di pratica*: una rete di relazioni tra persone, attività e realtà circostante, in grado di consentire lo scambio di esperienze lavorative sulla base delle proprie competenze tendendo in modo integrato ad ottenere le soluzioni migliori. **TM**



BANCA  
CR FIRENZE



# La banca dati MaCro delle malattie croniche

## Dati e informazioni per la gestione delle cronicità sul territorio

**L**a Toscana, con il grande progetto incluso del vigente Piano Sanitario Regionale “Dalla medicina d’attesa alla sanità d’iniziativa”, sta dando una risposta di rilievo alle urgenze poste dalla rapida evoluzione del quadro epidemiologico verso una sempre maggiore importanza delle patologie croniche.

Il modello prescelto per il livello territoriale è l’Expanded Chronic Care Model, finalizzato, tra l’altro, a migliorare la qualità delle cure delle più importanti condizioni croniche creando i presupposti per un’interazione produttiva tra un team multiprofessionale preparato e proattivo e un paziente informato e attivo.

Questi presupposti possono essere raggiunti innanzitutto attraverso una programmazione sanitaria che faccia della necessità di modelli innovativi di gestione delle condizioni croniche a livello territoriale una grande priorità dell’agenda politica e poi garantendo a livello locale la riorganizzazione dell’erogazione delle cure, il supporto alle decisioni cliniche, la creazione di un adeguato sistema informativo sanitario e la promozione dell’autocura da parte dei pazienti.

L’Agenzia regionale di sanità della Toscana (ARS) ha sviluppato una banca dati, denominata MaCro, che si propone come strumento di supporto a questa grande sfida.

### LA BANCA DATI MACRO

Scegliere o revocare il medico di famiglia, ritirare un farmaco concedibile dal S.S.N., accedere a una visita specialistica o a un esame diagnostico presso una struttura pubblica o convenzionata, ricoverarsi in ospedale costituiscono eventi sanitari regolarmente registrati nel sistema informativo sanitario con la conseguente produzione di un’enorme quantità di dati originariamente prodotti a scopo amministrativo.

Utilizzando particolari algoritmi è possibile, sulla base delle prestazioni erogate, identificare gli assistiti per determinate malattie (diabete, ipertensione, insufficienza cardiaca, peggioramento ic-

tus) e stimarne i relativi tassi di prevalenza per caratteristiche anagrafiche, area di residenza e medico di scelta.

PAOLO FRANCESCONI\*, ROSA GINI\*\*

\* *Responsabile Settore Epidemiologia dei Servizi Sanitari e dei Percorsi Assistenziali, Osservatorio di Epidemiologia, ARS Toscana*

\*\* *Funzionaria di ricerca Settore Epidemiologia dei Servizi Sanitari e dei Percorsi Assistenziali, Osservatorio di Epidemiologia, ARS Toscana*

È poi possibile tracciare le prestazioni farmacologiche, specialistiche e diagnostiche erogate agli individui identificati e quindi misurare non soltanto i volumi di prestazioni

erogate ma anche, quando siano disponibili raccomandazioni cliniche recepite in percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, indicatori di processo che misurano, appunto, i livelli di adesione alle singole raccomandazioni. Come per i tassi d’incidenza e di prevalenza, anche queste misure possono essere calcolate per caratteristiche anagrafiche, per area di residenza o per medico di scelta.

### USO NELLA PROGRAMMAZIONE

Secondo la normativa regionale i Piani Integrati di Salute (PIS) rappresentano “lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello di Zona-Distretto”. In particolare, rientrano tra i compiti del PIS la definizione del “profilo epidemiologico delle comunità locali”, ovvero il profilo di salute, e degli “obiettivi di salute e benessere”, che devono essere individuati tenendo conto sia degli indirizzi regionali che del profilo di salute e dei bisogni sanitari e sociali delle comunità locali.

In tale quadro normativo, l’Area di coordinamento politiche sociali integrate (Direzione Generale diritto alla salute e politiche solidarietà, Regione Toscana) ha istituito un gruppo di lavoro con il compito di predisporre un set di indicatori che devono servire da supporto alle attività di programmazione delle Società della Salute (SdS). L’obiettivo primario di tale lavoro è stato quello di mettere a disposizione dalle SdS una serie di indicatori condivisi e calcolati con modalità standardizzata a livello centrale che affrontino i principali campi di interesse (sanitari, sociali e socio-sanitari) della programmazione sanitaria effettuata a livello locale. Nel paragrafo relativo ai livelli essenziali della assistenza sanitaria ter-

**Tabella 1** - Indicatori MaCro inclusi nel set minimo di indicatori per la costruzione dei PIS, area tematica: livelli essenziali dell'assistenza sanitaria territoriale

PROBLEMATICA	INDICATORE
Frequenza della malattia: prevalenza patologie	Tassi standardizzati prevalenza ictus
	Tassi standardizzati prevalenza insufficienza cardiaca
	Tassi standardizzati prevalenza broncopatia cronica ostruttiva (BPCO)
	Tassi standardizzati prevalenza diabete
Assistenza sanitaria territoriale: processo	Percentuale di pazienti con insufficienza cardiaca con follow-up di laboratorio
	Percentuale di pazienti con insufficienza cardiaca in terapia con ACE-inibitori/inibitori angiotensina II
	Percentuale di pazienti con diabete con almeno un test HbA1c negli ultimi 6 mesi
	Percentuale di pazienti con diabete con almeno un esame della retina negli ultimi 12 mesi
	Percentuale di pazienti con BPCO con almeno una valutazione spirometrica negli ultimi 12 mesi
	Percentuale di pazienti con ictus non emorragico o TIA con determinazione profilo lipidico negli ultimi 12 mesi
	Percentuale di pazienti con ictus non emorragico o TIA in terapia antiaggregante piastrinica
	Percentuale di pazienti con ipertensione con monitoraggio Creatinina negli ultimi 12 mesi
Percentuale di pazienti con ipertensione con monitoraggio Profilo lipidico negli ultimi 12 mesi	

ritoriale sono stati inclusi alcuni indicatori della banca dati MaCro (si veda Tabella 1).

### USO NELLA PRATICA DI SELF-AUDIT E NEL GOVERNO CLINICO

Nel sistema integrato di cure primarie della Toscana, la presa in carico degli assistiti affetti da condizioni patologiche croniche è compito dei medici di famiglia. Le attività di self audit, quali momenti di verifica tra pari delle proprie performance, rappresentano strumenti riconosciuti per il miglioramento continuo della qualità delle cure erogate da questi professionisti. Peraltro, nell'implementazione del Chronic Care Model, i medici di famiglia sono affiancati dai medici di comunità.

Infatti, come previsto dagli atti di indirizzo regionali, si affidano ai medici di comunità compiti di "supporto ai moduli della cronicità nella definizione e successiva gestione dei percorsi per il malato cronico, nell'attuazione degli audit organizzativi, nel monitoraggio e valutazione dei risultati della sanità d'iniziativa". Si profila quindi un impianto di governo clinico inteso come un sistema di relazioni tra i professionisti con responsabilità di tipo clinico (i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta) e i professionisti con responsabilità di tipo organizzativo (sul front-line, i medici di comunità), finalizzato al miglioramento della qualità delle cure, tramite la collaborazione, basata sulla fiducia, per il raggiungimento di obiettivi condivisi. Gli indicatori di processo MaCro, aggre-

gati per medici di medicina generale o gruppi di medici di medicina generale di scelta, trasformando i dati disponibili in informazioni utili a quantificare i livelli di adesione alle raccomandazioni delle linee guida recepite nei percorsi diagnostico-terapeutici, rappresentano informazioni utili sia a supporto delle attività di self-audit che tanto più per un tale modello di governo clinico.

### USO NELLA VALUTAZIONE

Dal 2009 sono previsti, a livello di sistema di valutazione della performance delle Aziende sanitarie, anche alcuni indicatori di processo MaCro, interpretati come misure tese a registrare la capacità di orientare correttamente i servizi erogati. Combinando tassi di ospedalizzazione per alcune patologie sensibili alle cure ambulatoriali (e quindi rivelatori indiretti della gestione della cronicità sul territorio) con indicatori di processo come, ad esempio, verifica del livello di glicemia o compliance a determinate terapie, è possibile misurare la capacità di presa in carico e controllo delle patologie croniche a livello di Zone-Distretto ed Aziende sanitarie.

### PER SAPERNE DI PIÙ

La banca dati MaCro viene illustrata nei dettagli in una pubblicazione dell'ARS che è in corso di diffusione nelle Aziende Sanitarie e che è disponibile presso il sito web dell'Agenzia. Il 28 aprile si terrà a Firenze un seminario di approfondimento sullo strumento.

**TM**

# La musica nel paziente pediatrico oncologico durante le procedure dolorose

**L**e procedure dolorose (puntura lombare, aspirato midollare, biopsia osteomidollare, catetere arterioso, ecc.), rappresentano una fase della malattia oncologica, in cui i bambini mostrano un'angoscia notevole. Si analizza l'azione della musica eseguita dal vivo, nel paziente pediatrico oncologico sottoposto a tali procedure. Lo scopo dello studio è quello di verificare se questa metodica possa essere considerata un trattamento per l'attenuazione dell'ansia.

Il campione della ricerca, si compone di 39 bambini affetti da tumore, da 2 a 12 anni, i quali sono stati sottoposti a ripetute procedure dolorose. In tutti i pazienti viene effettuata la sedazione conscia.

I bambini vengono selezionati casualmente in 2 gruppi:

- gruppo Musica (N.=20): sedazione conscia + intervento musicale;
- gruppo di Controllo (N.=19): sedazione conscia.

In tutte le fasi del processo sono stati costantemente presenti i genitori dei bambini.

Gli interventi musicali sono stati eseguiti da un medico, autore della ricerca, in possesso dell'attestato del Corso di Formazione per "Musicista in Ospedale", svolto nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer. Il metodo applicato nello studio, e denominato "Musica in Ospedale", è quello utilizzato in Francia presso l'Università Marc Bloch di Strasburgo e l'Associazione Musique et Santé di Parigi, referenti del Ministero della Salute francese per la Musica in Ospedale. Tale progetto è stato organizzato dalla Fondazione Livia Benini di Firenze, dalla Fondazione Meyer e dall'Athenaeum Musicale Fiorentino.

Il repertorio musicale è stato concordato con i pazienti, i genitori ed il personale medico-infermieristico. Ogni intervento musicale è composto di 4 fasi, durante le quali viene misurato il livello dell'ansia:

1. incontro con il bambino (day hospital o reparto);

2. il ricercatore conduce il bambino verso la medicheria;

3. accesso in medicheria;

4. inizio della sedazione.

La metodologia, consiste in un professionale ed elaborato protocollo

musicale, che prevede la valutazione delle seguenti variabili: repertorio musicale, modalità di azione in funzione delle intenzioni, tipo di strumento/i utilizzato/i, oggetti sonori/strumentini (naturali, quotidiani, creati etnici), percussioni vocali, ritmi corporei, oggetti sanitari "destrutturati" (cioè elaborati in forma strumentale).

Sono stati utilizzati i seguenti strumenti di misura: la Scala dell'ansia preoperatoria di Yale (mYPAS), per la valutazione dell'ansia dei bambini; la Valutazione della compliance durante l'induzione della sedazione (Induction Compliance Checklist - ICC); Emotività, Attività e Socievolezza (EAS), che misura il temperamento dei bambini.

Vengono utilizzati anche dei questionari di soddisfazione rivolti ai bambini, ai genitori e allo staff.

ALESSANDRO BUFALINI

Medico Chirurgo, Ospedale Pediatrico Anna Meyer di Firenze

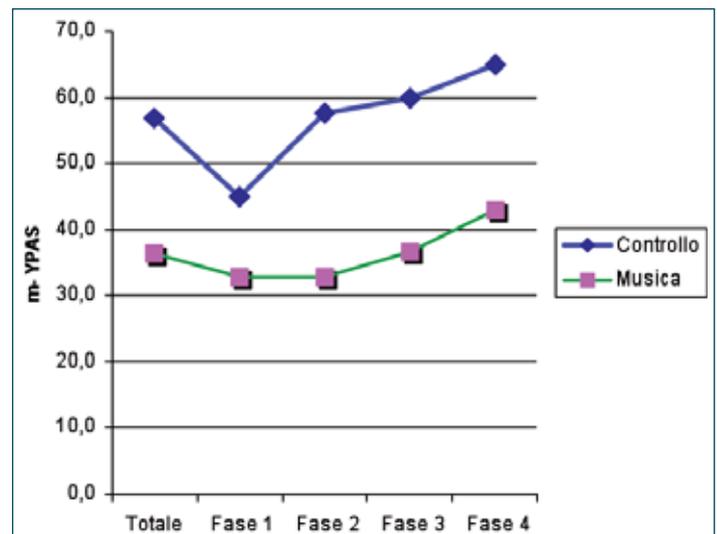
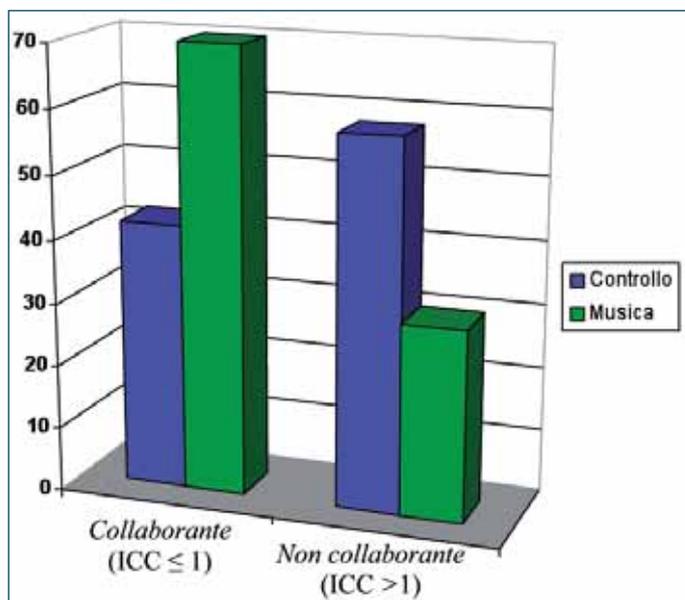


Figura 1 - Ansia dei bambini (m-YPAS)



**Figura 2** - Valutazione della compliance durante l'induzione della sedazione (ICC)

I procedimenti statistici sono adottati a livello internazionale.

I risultati evidenziano un significativo effetto di attenuazione dell'ansia ( $P < 0,01$ ;  $P < 0,05$ ), (Figura 1) ed una tendenza alla maggiore compliance all'induzione della sedazione ( $P < 0,07$ ), (Figura 2), nel gruppo Musica rispetto al gruppo di Controllo.

I questionari di soddisfazione rivolti ai bambini, ai genitori e al personale medico-infermieristico, mettono in evidenza come la musica tranquillizza, rilassa e diverte i piccoli pazienti, rassicura i genitori e sia utile allo staff nel prendersi cura del bambino.

Le procedure dolorose, fanno parte dell'iter diagnostico e terapeutico di tutti i pazienti pediatrici oncologici, quindi, in considerazione dei risultati ottenuti, la musica eseguita dal vivo, rappresenta un obiettivo desiderabile ed importante, per un'ospedalizzazione qualitativamente migliore ed una gestione terapeutica sempre più ricca di prospettive.

#### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [bufalini.alessandro@libero.it](mailto:bufalini.alessandro@libero.it)

TM

# Il vivere nell'abitare

## La mente biologico-affettiva degli esseri umani sognanti

*Costruire significa realizzare un luogo in cui l'inquietudine viene placata, in cui ci si sente a casa.*  
(Hillman, J.)

gli spazi esercitano all'interno dell'ecologia individuale, intesa come benessere psicofisico e come rapporto armonico con il proprio ambiente.

Fin dall'origine inserito in un contesto, l'essere vitale, inteso come sistema-complesso-uomo, non è analizzabile come una monade chiusa nel suo percorso biografico e nelle sue strutture interiori, ma solo a partire dalla sua relazione con il mondo e l'ambiente in

**Q**ualche tempo fa si è tenuto a Firenze, presso l'Auditorium del Consiglio della Regione Toscana, il convegno "Sostenibilità del vivere e dell'abitare". Numerosi sono stati i contributi volti ad affrontare la tematica, contemplando la varietà e complessità del problema nelle sue diverse sfaccettature.

Soffermandoci sulla dimensione psicologica, la prospettiva aperta dalla psicologia ambientale appare di notevole rilevanza per il forte legame che

LAURA BELLONI\*, GIULIA BAZZANI\*\*,  
FRANCESCA BONECHI\*\*\*

\* *Psichiatra, Responsabile CRCR, AOU Careggi, Firenze*

\*\* *Psicologo clinico, Centro Regionale sulle Criticità Relazionali (CRCR), AOU Careggi, Firenze*

\*\*\* *Dottoranda, Università Complutense di Madrid - Psicologa, CRCR, AOU Careggi, Firenze*

cui acquista forma e struttura.

Una sostanziale questione di definizioni si interpone come fondamentale passo per un discorso su questo tema. Il concetto di "sostenibilità" appare quindi intrinsecamente legato al mantenimento di un equilibrio che si muove lungo il filo tra stabilità e instabilità. L'indefinitamente

dell'equilibrio, in cui si conciliano le relazioni, le emozioni, la crescita, il dialogo - non solo tra persone -, si viene a delineare come l'indefinitamente dell'instabilità/stabilità. Di frequente, l'uomo tende alla stabilità quando è in una condizione psicofisica di instabilità e, al contrario, raggiunto un buon livello di stabilità, aspira e si muove verso l'instabilità secondo un processo continuo. Come dunque la stabilità, la sicurezza e l'abitudine possono valorizzare il movimento, il cambiamento, la diversità, lo sviluppo, la crescita, e la cura?

Insita in questi interrogativi, un'ulteriore riflessione trova spazio: quella della dinamicità progettuale del vivere e dell'abitare, che si intreccia con la stabilità e l'instabilità dell'esistenza. Ma può una progettualità essere instabile? E come in questo senso lo spazio viene modificato dalla psiche? La relazione spazio-progettualità si dispiega parallela a quella di corpo-psiche: il corpo nello spazio, il progetto nella psiche. L'ambiente è opera di coloro che lo vivono prima che dei costruttori, luogo di interni ed esterni, di scambio tra individui e gruppi, desiderato e passibile di sogno. La base di questo "vivere nell'abitare" è quindi la mente affettiva-biologica degli esseri umani sognanti.

Il vivere-abitare si svolge sommo tra tutti nella mente e in una miriade di altri luoghi: il ventre della mamma, la casa, il mondo, il corpo. Biologicamente la camera gestazionale può essere considerata il primo vivere nell'abitare, in cui l'ambiente contribuisce in modo determinante alla soddisfazione di quei bisogni di rifugio, alimentazione e sicurezza che sono legati alla vulnerabilità ambientale dell'individuo. Winnicott (1965) definisce l'assistere il neonato nei suoi primi mesi e anni di vita come "fornirgli un ambiente favorevole per la salute mentale e per lo sviluppo affettivo. All'inizio del suo processo evolutivo, il bambino è "un abitante nel corpo della madre e poi nelle sue braccia e infine nella casa fornita dai genitori". La quantità dei luoghi che inconsapevolmente abitiamo sfugge ad un rapido sguardo e richiede una riflessione attenta sulle possibili varietà che si danno giornalmente all'abitare.

L'abitazione, elemento base degli insediamenti umani, è anche proiezione della struttura elementare dei gruppi e delle comunità. Traduttrice delle relazioni sociali e delle gerarchie di potere, la casa diviene il luogo ed il segno tangibile della crisi dei rapporti sociali e affettivi. La malattia dell'abitare si sviluppa quando l'intimità è negata e l'isolamento individuale è imposto, quando il corretto passaggio tra interno ed esterno e lo spazio di personale espressione mancano. L'anonimato si riflette nella non personalizzazione dei luoghi, soprattutto di cura, dove gli ambienti spogliano i malati della loro forma e personalità, garantendo loro quell'annullamento del sé che con tanta fatica è stato costruito nel mondo fuori.

Luoghi di cura non curati, la cui carenza estetica appare come un dato inconsapevolmente assunto e accettato e il bianco dell'abitare nelle lunghe degenze diviene prima di tutto un rallentamento del tempo del vivere. Tale assidua e particolare vulnerabilità ambientale è rimasta a lungo trascurata e relegata a problematica di secondo ordine; solo nella letteratura recente si è riconsiderato come la struttura degli spazi ospedalieri possa invece influenzare il personale medico e non medico e gli effetti di disorientamento e depressione che le degenze comportano. Al distacco dai luoghi familiari si aggiunge infatti la rottura della continuità delle relazioni parentali e amicali in un momento in cui l'integrità del paziente è minacciata dalla malattia. Tra gli ambienti ospedalieri il più studiato è quello psichiatrico, in quanto soprattutto in questo ambito, si è visto come sia importante che l'ambiente favorisca la socializzazione.

Le caratteristiche specifiche dei luoghi hanno importanti effetti sul benessere della persona e si delineano come elementi di una continuità ambientale che si traduce ad una continuità identitaria essenziale per il soggetto. Una parte importante dell'identità personale è infatti costituita dai sentimenti di attaccamento ai luoghi. Questo attaccamento, che varia in funzione dell'età e della dipendenza dell'individuo dall'ambiente deve rispondere a un equilibrio tra la ricerca di un centro interno (intimità, famiglia) e l'attrazione verso il mondo esterno, dove la buona qualità delle relazioni familiari e sociali dovrebbe aiutare a coordinare queste due spinte. È così che si realizza il gioco di scambi tra l'individuo relazionale e la società, tra interiorità ed esteriorità.

Universo, parola, psiche, tempo, prigionia, abitazione, ospedale, abito, memoria, allucinazioni, casa, utero, corpo, macchina, morte, abitudini, immaginazione: tutti spazi-luoghi-concetti da riempire, che occupiamo e ci contengono come "scatole".

La domanda emergente ultima è: "Cosa riempie chi?".

Queste scatole contengono l'uomo, esse ne divengono i suoi confini, la sua abitazione, i limiti delle sue possibilità; l'abitazione diviene pertanto l'oggetto verso cui si riversa l'azione di abitare, un contenitore con dei confini a sua volta contenuto nell'uomo. Il vivere e l'abitare suggeriscono quindi una riflessione di contenuti e contenitori, di fuori e dentro, instabilità e stabilità: processi continui che fanno dell'esistenza dell'uomo quel vivere traballante da cui la casa, l'abitazione, vorrebbe essere il riparo.

#### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [crirel@aou-careggi.toscana.it](mailto:crirel@aou-careggi.toscana.it)

TM

# Soddisfazione lavorativa e stress tra i medici di medicina generale che hanno aderito o meno ad una forma associativa

## Un'indagine trasversale condotta in Toscana

**R**ecentemente, sulla rivista internazionale *Quality in Primary Care* (2009; 17(3):215-23), sono stati pubblicati i risultati di un'indagine condotta dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, in collaborazione con gli Ordini dei Medici delle rispettive province, relativamente all'influenza dell'adesione o meno ad una forma associativa sulla soddisfazione e stress lavorativi del medico di medicina generale. Di seguito vengono riproposti i risultati principali dell'indagine.

### PREMESSA

Negli ultimi anni la Regione Toscana ha promosso con grande impegno anche economico, la diffusione delle forme associative della medicina generale, indicate in tutti gli atti normativi regionali come la dimensione professionale da incentivare nel processo di responsabilizzazione e integrazione del medico di medicina generale (MMG) nella gestione del Sistema Sanitario Regionale (SSR) e che, in accordo ad alcune ricerche condotte in altre realtà, potrebbero ridurre le fonti di stress ed insoddisfazione tra i medici di medicina generale.

Un'indagine quantitativa condotta dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) ha rilevato che al 31/12/2002 il numero complessivo di medici di medicina generale titolari di convenzione in Toscana, era pari a 3111 unità e di questi quasi due medici su tre (il 64%) risultava aderente ad una delle forme associative.

Nonostante sia nota la diffusione della forma associativa, sono a disposizione poche informazioni circa le modalità di lavoro vigenti all'interno delle associazioni e/o alle differenze riguardanti il livello di soddisfazione lavorativa e stress per i medici di medicina generale che lavorano in associazione rispetto ai medici di medicina generale "isolati".

Lo studio di questi aspetti può infatti contribuire all'identificazione di fattori utili al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria.

Per questo motivo l'ARS, attraverso un'indagine trasversale, ha voluto individuare le potenziali differenze tra medici di medicina generale non associati e

medici di medicina generale aderenti alle forme associative, identificando il grado di soddisfazione e stress dei medici di medicina generale toscani e le eventuali variabili a questi associate.

FRANCESCO LAPI\*, LEONARDO PAVESE\*,  
FRANCESCO CIPRIANI\*, GIAMPIERO MAZZAGLIA\*,  
SAFFI ETTORE GIUSTINI\*\*

\* Agenzia Regionale di Sanità Toscana

\*\* Medico di medicina generale (SIMG/FIMMG Pistoia)

### MATERIALI E METODI

A seguito di una serie di incontri con le organizzazioni sindacali e scientifiche della medicina generale, l'Agenzia Regionale Sanità (ARS) ha condiviso, messo a punto e validato un questionario strutturato atto a descrivere tutte le attività dei medici di medicina generale, compresi il grado di soddisfazione e stress relativi alla propria attività lavorativa.

Il grado di soddisfazione del proprio lavoro è stato valutato con la versione a 10 *items* del test di Warr-Cook-Wall. Ogni domanda del test è graduata da uno a sette, ed il massimo punteggio indica il maggior grado di soddisfazione. Per la valutazione del grado di stress è stata utilizzata la versione a 14 *items* del test di Cooper. In questo caso il grado di stress, è stato definito come nullo, basso, moderato, alto, eccessivo sulla base di una scala a 5 punti, dove il massimo punteggio esprime il massimo livello di stress.

Infine, sono stati valutati i predittori di soddisfazione e stress lavorativo indipendentemente dall'appartenenza o meno ad una forma associativa. Non è stato possibile effettuare un'analisi di cluster poiché non risultava possibile individuare la specifica associazione a cui il medico apparteneva.

## ANALISI STATISTICA

È stata effettuata un'analisi statistica di tipo descrittivo con media e deviazione standard per le variabili continue, ed i valori percentuali per le variabili categoriche. La valutazione delle eventuali differenze di soddisfazione e stress sono state effettuate tramite t-test per dati non appaiati. Le variabili indipendenti che mostravano una rilevanza statistica all'analisi univariata sono state inserite, con un approccio stepwise, nel modello di regressione per la valutazione dei fattori predittivi di soddisfazione e stress.

## RISULTATI

Su un totale di 3044 medici di medicina generale contattati, 1376 (45,2%) hanno aderito allo studio. I medici di medicina generale risultano omogeneamente distribuiti anche stratificando in base all'urbanizzazione della loro area di pratica. Tra i 1376, il 44,3% risulta aderire ad una forma associativa.

Le caratteristiche demografiche del campione indicano una prevalenza del 16,6% di MMG donne ed un'età media di 51,1 anni. La pratica in aree rurali risulta lievemente, ma non statisticamente, correlata alla minore adesione a forme associative. I medici di medicina generale aderenti alle forme associative mostrano una maggiore e statisticamente significativa probabilità di avere almeno una specializzazione (68,4%) e almeno 20 anni di convenzione con l'SSR (62,7%).

I medici di medicina generale che operano in team trovano maggiore soddisfazione relativamente alla retribuzione salariale (Differenza Media -DM- vs. medici non associati: 0.27 Intervallo di Confidenza al 95% -IC95%-: 0.43-0.11), ai riconoscimenti riscontrati per il lavoro svolto (DM: 0.11; IC95%: 0.01-0.22), alle opportunità di utilizzare le proprie conoscenze (DM 0.20; IC95%: 0.05-0.35). Per contro, i MMG che hanno aderito alle forme associative risultano meno soddisfatti in relazione al carico (espresso in ore) di lavoro (DM: -0.19; IC95%: da -0.36- a -0.03) ed al rapporto con i colleghi e/o collaboratori (DM: -0.17; IC95%: da -0.32 a -0.01).

Per quanto concerne i livelli di stress, la preoccupazione per le eventuali lamentele dei pazienti è significativamente superiore tra i medici aderenti al team (DM 0.13; IC95%: 0.04-0.22) come, allo stesso modo, interrompere il lavoro per le chiamate di emergenza (DM 0.17; IC95%: 0.06-0.28), trattare con i malati terminali ed i loro parenti (DM 0.09; IC95%: 0.01-0.17), effettuare visite notturne (DM 0.06; IC95%: 0.01-0.12). Solo la ricerca di un sostituto, come atteso, risulta essere inferiore per i medici di medicina generale che lavorano in una forma associativa (DM -0.22; IC95%: da -0.05 a -0.08).

In base ai risultati ottenuti con l'analisi multivariata i fattori che influenzano positivamente la soddisfazione lavorativa, indipendentemente dall'appartenenza o meno ad una forma associativa (non è stato possibile conoscere la specifica forma

associativa a cui il medico apparteneva), riguardano, in primo luogo, il maggiore carico di lavoro, probabilmente legato al compenso ed alla possibilità di espletare l'attività clinica con il paziente. Infatti, sia il maggior numero di assistiti (<1400: 63,8% vs. >1400: 72,5%) come pure il maggior numero di visite per problemi clinici (<80/settimana: 65,2% vs. >80/settimana: 71,8%) sembrano essere fattori significativamente associati ad un maggior grado di soddisfazione. Un altro fattore di grande rilievo sembra essere il numero di contatti con lo specialista e con le rappresentanze delle ASL. A fronte di una maggiore collaborazione risulta aumentare il livello di soddisfazione generale (<2.5/100 visite: 65,3% vs. >2.5/100 visite: 70,9%). Infine, l'ultimo potenziale fattore che influenza significativamente la soddisfazione generale è il numero di ricoveri effettuato dagli stessi medici di medicina generale. Per contro, la difficoltà di ottenere un ricovero ospedaliero risulta invece un fattore negativamente correlato con il livello di soddisfazione lavorativa.

Sempre in base ai risultati ottenuti dall'analisi multivariata, i fattori che possono determinare un incremento dei livelli di stress sono associati all'assenza di strumenti informatici per lo svolgimento dell'attività clinica, alle difficoltà di ottenere un ricovero ospedaliero per il proprio paziente, ad uno stipendio annuo inferiore ai 60000 euro. In accordo con i livelli di soddisfazione, il costante contatto con i rappresentati delle ASL comporta, invece, una riduzione dei livelli di stress.

## CONCLUSIONI

I risultati di questa indagine offrono importanti elementi di riflessione per quanto concerne l'influenza dei livelli di soddisfazione e stress lavorativi sull'attività del medico di medicina generale.

Come dimostrato da altri studi, il mantenimento di alti livelli di soddisfazione lavorativa e la riduzione dello stress, sono in grado di incrementare la qualità dell'assistenza nel campo della medicina generale. A tal proposito, stimolare il contatto con le strutture ospedaliere e le rappresentanze delle ASL potrebbe fornire un sensibile miglioramento dell'attività clinica svolta sia dal medico di medicina generale aderente alle forme associative che a quello non aderente, oltre a facilitare la gestione del carico di lavoro che sembra avere un peso rilevante soprattutto per il medico che non lavora in team.

Di conseguenza, ulteriori studi volti ad indagare l'effetto di interventi mirati al miglioramento delle condizioni lavorative del medico di medicina generale, potrebbero concorrere ad un importante miglioramento del Servizio Sanitario Regionale toscano.

### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: gsaffi@tin.it

TM

# Staphylococcus aureus meticillino-resistente comunitario e nosocomiale

## Classificazione basata sull'uso di metodiche molecolari

**U**n argomento di preoccupazione è l'emergenza di ceppi di *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (MRSA), un germe attualmente riconosciuto come un problema di salute pubblica per l'incremento della sua prevalenza.

Il normale habitat di MRSA è rappresentato dalla cute e dalle narici. La meticillino-resistenza è dovuta alla presenza dell'elemento genetico mobile *Staphylococcal Cassette Chromosome mec* (SCC*mec*) integrato nel cromosoma batterico, codificante per una proteina che lega la penicillina (Penicillin Binding Protein 2 o PBP-2) con ridotta affinità di legame per i beta-lattamici.

Il germe è causa di infezione in ambito nosocomiale. Il rischio di carriage nasale aumenta con l'ospedalizzazione prolungata, i frequenti contatti con gli ambienti di cura, i trattamenti antibiotici recenti o il contatto con soggetti con i fattori di rischio precedentemente elencati.

Recentemente è stato segnalato un aumento di epidemie da MRSA in comunità, senza che i pazienti riferissero alcuna ammissione in strutture sanitarie. Ciò ha suggerito un cambiamento nell'epidemiologia delle infezioni.

### NOMENCLATURA

La definizione dei Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC) stabilisce che un'infezione è acquisita in comunità quando è diagnosticata in pazienti non ricoverati in ospedale o quando si verifica entro 48 ore dall'ospedalizzazione.

Un'infezione viene definita acquisita in ospedale se si verifica in pazienti con frequenti o recenti contatti con strutture di assistenza sanitaria o in soggetti sottoposti di recente a procedure invasive.

I ceppi di MRSA acquisiti in comunità sono noti come community-acquired MRSA (CA-MRSA), mentre i ceppi di MRSA di acquisizione ospedaliera sono noti come hospital-acquired MRSA (HA-MRSA). I termini "associato" o "acquisito" sono usati indifferentemente. In relazione all'attuale evoluzione

dell'organizzazione delle cure, che vede ridurre progressivamente il ricorso all'ospedalizzazione, il termine MRSA "acquisito in ambiente di cura" sembra oggi preferibile rispetto al termine "acquisito in ospedale".

### MICROBIOLOGIA

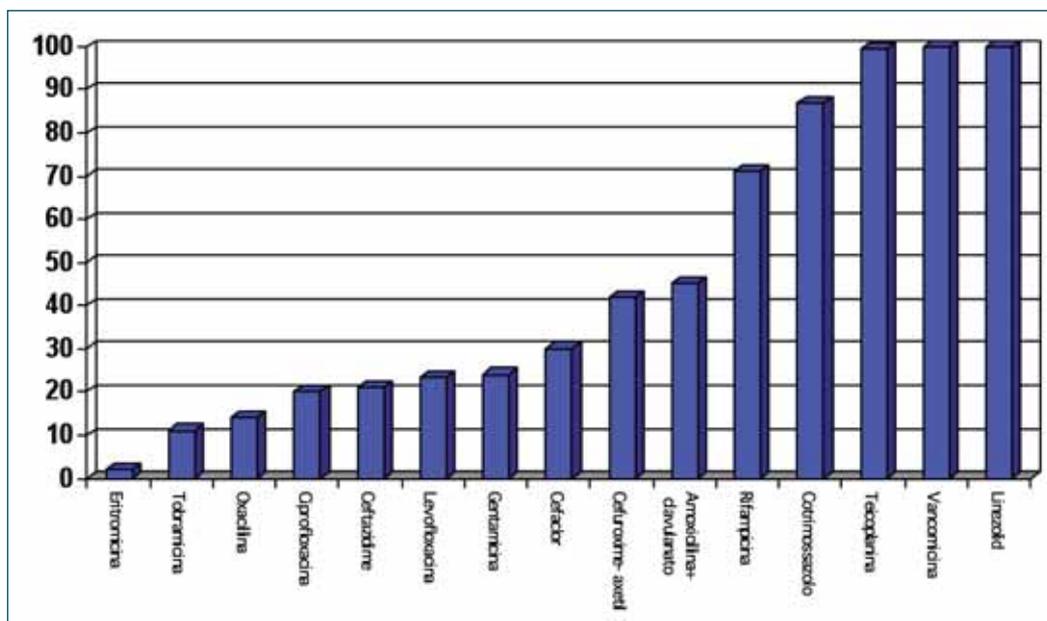
L'isolamento e l'identificazione di MRSA si basa sull'uso di terreni e test specifici alla portata di tutti i laboratori di microbiologia. La corretta differenziazione su base molecolare fra CA-MRSA e HA-MRSA prevede lo studio dell'elemento genetico mobile SCC*mec* e necessita di un approccio sperimentale specifico attuabile esclusivamente presso laboratori specialistici.

Sono stati descritti vari tipi di SCC*mec*: i ceppi HA-MRSA albergano SCC*mec* tipo I, II, III, mentre i ceppi CA-MRSA albergano SCC*mec* tipo IV, V, VI. I ceppi che appartengono a CA-MRSA sono in genere caratterizzati anche dalla produzione di una tossina necrotizzante, la leucocidina di Pantone-Valentine.

La maggior parte degli HA-MRSA sono resistenti a varie classi di antibiotici, mentre la maggior parte dei CA-MRSA possono mostrare suscettibilità ad alcune classi di antibiotici come tetracicline e chinolonici, il cui uso in età pediatrica appare limitato a situazioni particolari. La maggior parte dei CA-MRSA studiati finora sono caratterizzati da SCC*mec* type IV, suggerendo che questo tipo sia il più adattabile all'ospite e all'ambiente e il più facilmente trasmissibile. Ceppi di

GIOVANNI TACCETTI, PRISCILLA COCCHI,  
GEMMA BRACCINI\*, FRANCESCA TREVISAN,  
CESARE BRAGGION, SILVIA CAMPANA

Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer - Firenze  
\* Dipartimento di Pediatria - Università di Firenze



**Figura 1** - Percentuale di sensibilità ai diversi antibiotici di 181 ceppi di MRSA isolati da pazienti affetti da fibrosi cistica.

CA-MRSA con diverso background genetico possono essere riscontrati in particolari aree geografiche.

### EPIDEMIOLOGIA

Utilizzando le tecniche molecolari, è stato dimostrato che la definizione clinica sottostima la prevalenza di CA-MRSA: la sola associazione anamnestica con ambienti ospedalieri ha un basso valore predittivo per distinguere i pazienti infettati da CA-MRSA da quelli infettati da HA-MRSA.

I ceppi di CA-MRSA risultano in aumento in ambito nosocomiale, ed è stata notata la tendenza a rimpiazzare i ceppi HA-MRSA.

In fibrosi cistica le vie aeree dei pazienti mostrano una spiccata propensione alle infezioni da MRSA. I pazienti, sottoposti a frequenti ospedalizzazioni, erano ritenuti a rischio di acquisire HA-MRSA ma recenti studi hanno segnalato un incremento della prevalenza di CA-MRSA. Uno studio epidemiologico policentrico in corso, coordinato dal Laboratorio del Centro Regionale Toscana Fibrosi Cistica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer, dove sono presenti le facilities e le competenze per la caratterizzazione molecolare dei ceppi, ha documentato una prevalenza del 7,6% dei ceppi di MRSA nei Centri Fibrosi Cistica italiani e ha evidenziato un'alta prevalenza di CA-MRSA (31,4%).

### CONTROLLO DELL'INFEZIONE

Le infezioni da MRSA dovrebbero essere evitate. Essendo state documentate infezioni crociate è opinione medica corrente che pazienti con infezioni da MRSA dovrebbero essere segregati e ogni

struttura sanitaria dovrebbe avere un'efficiente politica di sorveglianza microbiologica.

L'igiene delle mani è una componente importante delle Precauzioni Standard. Molti studi dimostrano una relazione temporale tra aderenza alle raccomandazioni di igiene delle mani e controllo della trasmissione di organismi multiresistenti.

### TERAPIA MEDICA

La Figura 1 illustra la suscettibilità agli antibiotici dei ceppi di MRSA inclusi nello studio. Per le infezioni severe è consigliato usare la vancomicina in associazione con altri farmaci, come gentamicina o la rifampicina. Altri farmaci che potrebbero essere usati in alternativa alla vancomicina hanno una minore attività nei confronti del germe e il loro uso dovrebbe essere basato sui risultati delle prove di suscettibilità. Il linezolid ha una biodisponibilità paragonabile per via orale o parenterale.

La resistenza ai chinolonici sembra svilupparsi con facilità durante il trattamento. L'uso dei chinolonici può essere considerato un fattore di rischio per l'acquisizione di MRSA. Altri antibiotici attivi nei confronti di MRSA, come cotrimossazolo o doxiciclina, possono essere usati in caso di intolleranza o tossicità della vancomicina o nel caso di infezioni lievi.

### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [g.taccetti@meyer.it](mailto:g.taccetti@meyer.it)

TM

# La relazione medico-paziente tra formazione e informazione

*“La relazione tra il medico ed il paziente non è incontro tra un sapere alto e uno basso, tra un sistema di conoscenze ed uno di credenze, ma una somma di due narrazioni”.*

BYRON GOOD

Fondatore della Medicina narrativa - Professore di Antropologia medica

**L**a narrazione può sembrare fuori luogo nel mondo scientifico, ma direi piuttosto che lo completa. Ogni storia di vita, quindi anche l'anamnesi, ha una parte di verità storica ed una di verità narrativa: la prima indica tutto ciò che c'è di tecnico, di riproducibile e non varia con la relazione, puntualizza la situazione e sottolinea l'urgenza. La seconda, che non ha ripetitività e riproducibilità, varia con la relazione terapeutica ed è fondamentale per entrare nella storia del cliente. In ambito sanitario assistiamo ad un panorama che parla di “humanities” e di “medicina narrativa” (Toscana Medica) e, come dice Amedeo Bianco, presidente della FNOMCEO (la professione), “assistiamo ad un prepotente emergere di una domanda di neumanesimo nella pratica medica”.

La domanda di salute sta mutando non perché cambia il mondo medico, è questo che muta perché la richiesta è diversa. E. Polster al Convegno di Psicoterapia (Roma - Aprile 2009) ha sottolineato i due versanti della psicoterapia, il **curare** ed il **cre-scere**, precisando che si può crescere anche senza curarsi; peraltro nel mondo medico ci si cura senza necessariamente crescere. Il diffondersi della psicoterapia ha inevitabilmente cambiato da decenni la **domanda di salute**, ha suscitato quesiti nell'utente, mentre l'ambito sanitario è rimasto ancorato al linguaggio del sintomo polarizzando l'attenzione sulla dicotomia malato-sano, mente-corpo (anche se l'OMS dichiara che “la salute non è solamente assenza di malattia, bensì benessere fisico, psichico e sociale”). Il paziente cerca qualcosa di diverso da molti anni e lo dice il crescente ricorso alla “medicina non convenzionale”. Addirittura in Toscana Medica di Aprile 2009 si parla di salute come concetto “coinvolgente, in relazione alla percezione che uno ha di sé, anche gli aspetti interiori della vita come avvertiti e vissuti dal soggetto nella sua esperienza”!

Oggi la gente non si accontenta più della cura come eliminazione del sintomo, vuole ascolto ma spesso non sa come **ascoltarsi**. Credo che il bisogno dell'approccio “non convenzionale” stia proprio in questo, non tanto nella modalità della terapia.

Ecco che conoscere quella persona con quella malattia diventa importante; Ippocrate diceva “non è interessante sapere che tipo di malattia ha un uomo, ma che tipo di uomo ha quella malattia”.

Il mondo accademico galleggia tra linee guida, EBM e specialistica ma il modello di salute che

naviga tra la gente ha un altro volto. Mi chiedo: la medicina come cura e la psicoterapia come crescita sono ancora scindibili? La cura DEL sintomo si sta forse spostando verso la cura DAL sintomo? Credo che la risposta stia nella relazione come mezzo di informazione e formazione: il medico di una volta guidava e la relazione era patriarcale, oggi il medico educa informando (basti pensare come la medicina si sta spostando sulla prevenzione e come il consenso informato sia la legittimazione di una scelta).

M. Benato, vicepresidente della FNOMCEO, asserisce che “si staglia sempre di più il divario tra progresso tecnico-scientifico, sviluppo sanitario incontrollato e progresso etico-filosofico. Di conseguenza predomina la ragione strumentale sulla saggezza pratica” e ancora “gli studenti devono essere educati a cogliere i problemi generati dalle condizioni psicologiche e sociali in cui vivono le persone, sono questi i fattori che giocano un ruolo importante nella genesi della malattia e dell'angoscia che la accompagna”. Ecco che **l'intuizione, la sospensione del giudizio e l'empatia**, appannaggio della psicoterapia, sono oggi strumenti da esercitare anche in campo sanitario. Se prima il rapporto medico-paziente era basato sul **privilegio terapeutico** e sulla **cura del sintomo**, oggi si sposta sulla **relazione** tra i due e sulla **crescita e cura dal sintomo**.

Anche i presupposti del **consenso** (art. 32 della Costituzione= *inviolabilità della libertà personale fisica e morale* e 13 = *nessuno può essere obbligato, se non per disposizioni di legge*) si basano sull'informazione e prima limitato alla ricerca e sperimentazione, oggi è obbligatorio in ogni ambito sanitario; scompare così il privilegio terapeutico (possibilità di scegliere per il beneficio del paziente omettendo informazioni) tanto che nella revisione del Codice di Deontologia medica del 2006 si parla di autodeterminazione del paziente. La proposta corale, medica quanto giuridica, è quindi quella di adottare il con-

SILVIA PAOLI

Pediatra psicoterapeuta, Grosseto

retto di crescita, ereditato dalla psicoterapia, anche nella malattia.

Questo approccio mi sembra indispensabile nel **percorso pre e post partum**, dove mi muovo quotidianamente. Le variabili attuali nel peripartum sono legate a più fattori: al pluralismo etnico, al padre che si riappropria della **“paternità emotiva”** entrando in un mondo prima conosciuto solo dalle donne, alla dimissione anticipata che introduce precocemente la madre nella società, oggi non impostata sulla “care”. Ecco che **l’informazione e la relazione** nei corsi di preparazione pre e post partum diventano trampolino di lancio per la **maternità e paternità esperenziali**: la differenza di

ruolo (medico, ostetrica e psicologo) e di personalità (operatori e genitori come individui) diventano ricchezza sperimentando ciò che piace ed il GRUPPO è così luogo di scambio attivo: madre con le altre madri, madre con se stessa, madre con l’operatore e viceversa, analogamente per il padre. Ognuno è presente con le proprie caratteristiche e questo permette di rinunciare al modello presunto di genitorialità.

#### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: Sil.pa.1@virgilio.it

TM

### 39° CAMPIONATI ITALIANI TENNIS MEDICI

Dal **19 al 26 giugno 2010** si svolgerà a Reggio Calabria (presso il prestigioso circolo “Rocco Polimeni”) il **39° campionato nazionale di tennis** per medici e odontoiatri italiani.

Sono previsti una infinità di tabelloni per tutte le età e **tutti i livelli di gioco**, ma soprattutto è l’interesse per lo scambio amicale e culturale a rendere particolare questo appuntamento annuale. È inoltre occasione per una settimana di relax e mare con la famiglia. Le iscrizioni al torneo dovranno pervenire (via posta, via fax o e-mail) entro il **31 maggio 2010** alla Segreteria del Torneo presso l’Ordine dei Medici di Reggio Calabria: tel. 0965/812797 - fax 0965/893074 - e-mail: ordrc@iol.it.

Per iscrizioni e prenotazioni alberghiere: [www.tennismedici.com](http://www.tennismedici.com). Dr. Paolo Frugoni, Segretario Nazionale Associazione Medici Tennisti Italiani- Rapporti con la FNOMCeO - e-mail: [paolofrugoni@tiscali.it](mailto:paolofrugoni@tiscali.it); [www.tennismedici.com](http://www.tennismedici.com).

### CONVENZIONI COMMERCIALI PER MEDICI (vedi anche il sito [www.ordine-medici-firenze.it](http://www.ordine-medici-firenze.it))

#### INFORMATICA PERSONALE COMPUTERS VENDITA E ASSISTENZA

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

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

##### B.D.A. Computer & Software

Via Bassa 31/a - 50018 Scandicci FI - Tel. 055 735 1467 - Fax 055 754 931  
[info@bda.it](mailto:info@bda.it) - [www.bda.it](http://www.bda.it) - [www.computeria.net](http://www.computeria.net)

### ORDINE DI FIRENZE

#### E-mail:

[presidenza@ordine-medici-firenze.it](mailto:presidenza@ordine-medici-firenze.it) - [informazioni@ordine-medici-firenze.it](mailto:informazioni@ordine-medici-firenze.it)  
[amministrazione@ordine-medici-firenze.it](mailto:amministrazione@ordine-medici-firenze.it) - [toscana medica@ordine-medici-firenze.it](mailto:toscana medica@ordine-medici-firenze.it)  
[relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it](mailto:relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it)

#### Orario di apertura al pubblico:

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

#### Rilascio certificati di iscrizione:

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

#### Tassa annuale di iscrizione:

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

#### Cambio di indirizzo:

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

#### Consulenze e informazioni:

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

AMMI - e-mail: [ammifirenze@virgilio.it](mailto:ammifirenze@virgilio.it) - sito: [ammifirenze.altervista.org](http://ammifirenze.altervista.org)

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

#### Newsletter:

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

~ ~ ~

**Info: Via Giulio Cesare Vanini 15 - 50129 Firenze - Tel. 055 496 522 - Fax 055 481 045**  
**Sito Internet: [www.ordine-medici-firenze.it](http://www.ordine-medici-firenze.it)**

# Procreazione medicalmente assistita

## La Regione Toscana evolve il suo modello assistenziale

**L**a Regione Toscana da sempre è attenta alle problematiche relative alla infertilità della coppia.

Già nel 2000 infatti ha stabilito i requisiti obbligatori per i centri di PMA, dedicandosi fin da subito

ai problemi di appropriatezza (la quasi totalità degli interventi avviene a livello ambulatoriale), nonché ponendo a carico dei fondi regionali prestazioni aggiuntive ai LEA (tecniche di II e III livello ICSI e FIVET), che nella maggior parte del territorio italiano venivano pagate dai cittadini.

Il forte riordino allora operato era basato essenzialmente sui centri di PMA, attrezzati con competenze in grado di far fronte a tutte le esigenze riproduttive della coppia.

In quest'ultimo periodo, anche sulla scorta di segnalazioni pervenute dagli andrologi operanti in Toscana, il sistema ha fatto un ulteriore salto di qualità, mettendosi in discussione e ripensando se stesso. L'idea di base è stata: perché demandare completamente la salute riproduttiva della coppia ai centri di PMA, seppur presidi avanzati come competenza ed efficienza? Perché non incominciare a prendersi cura dei singoli, quando ancora coppia non sono, iniziando fin dalla età evolutiva mediante momenti di informazione, educazione e prevenzione?

Nel mentre il sistema si stava interrogando in tal senso, si è avuto il pronunciamento della Corte Costituzionale (sentenza 151/2009) che ha opportunamente abbattuto dei vincoli alle tecniche mediche, dando però origine nel contempo a tutta un'altra serie di problematiche per i professionisti del settore, incerti su quali fossero diventati i comportamenti corretti nelle varie casistiche.

L'insieme di questi due elementi hanno indotto l'Assessorato del Diritto alla Salute ad un intervento imponente mobilitando tutte le principali componenti del sistema, quali la Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, il Consiglio Sanitario Regionale, la Commissione Regionale di Bioetica e l'Avvocatura regionale.

MARCO MENCHINI, SILVIA NACCI  
 Settore Qualità partecipazione e diritti - Regione Toscana

Si sono creati così più momenti di confronto, con il coinvolgimento di esperti, tra cui ginecologi, biologi, andrologi, genetisti, giuristi.

Il CSR approva così un atto molto articolato in data 6 ottobre 2009, nel quale viene espresso parere favorevole su una serie di documenti atti a migliorare la qualità dei percorsi di procreazione medicalmente assistita e trasmette il tutto all'Assessore regionale. Questi contributi riguardano una sfera molto ampia della materia: richiamano alla informazione ai cittadini/operatori per il percorso di andrologia, riguardano alcuni disciplinari tecnici (come il protocollo standard per la corretta esecuzione dello spermogramma e la diagnosi genetica preimpianto), nonché recepiscono le osservazioni della Commissione Regionale di Bioetica sulla sentenza della Corte Costituzionale n. 151/2009.

Dopodiché, in data 11 gennaio 2010, la Giunta regionale approva la deliberazione di riordino della materia, nella quale viene esplicitato il nuovo modello assistenziale, fornendo importanti strumenti di lavoro agli operatori del settore.

Nella suddetta delibera, sulla scorta del parere del Consiglio sanitario regionale, si tratta la materia a tutto tondo e vengono date direttive su una serie di questioni, con lo scopo di valorizzare tutte le componenti del sistema.

Si precisa che l'informazione ai cittadini è un punto cardine per il miglioramento e l'evoluzione del percorso PMA e a tal proposito si stabilisce che dovrà essere fatta una campagna di informazione riguardante più aspetti, tra cui la fertilità di coppia e l'incidenza dell'età di una donna nella fase del concepimento, le malattie a trasmissione sessuale, la sterilità tubarica, la diffusione della cultura andrologica. È inoltre prevista la formazione per gli operatori che si occupano di fecondazione assistita, dando mandato ai competenti uffici di prevedere specifici corsi nel piano formativo 2010.

Nell'allegato della deliberazione vengono anche individuati gli esami a cui di norma si deve sottoporre una coppia prima di una prestazione di procreazione medicalmente assistita. Infatti in alcune riunioni con esperti in seno al Consiglio Sanitario Regionale è stata più volte evidenziata la presenza nel territorio di comportamenti troppo diffusi: per la maggior parte richiesta di esami superflui, ma anche la mancata effettuazione di esami ritenuti invece necessari in circostanze particolari. Da qui la decisione di redigere un elenco guida a carattere indicativo e non vincolante, in quanto la grande variabilità riscontrabile nelle coppie induce a rinviare alla professionalità dell'operatore sanitario la scelta definitiva degli accertamenti diagnostici da effettuare. In altre parole, nel mentre la lista ha in sé una innegabile valenza di prescrittività, il sanitario può discostarsene sulla base di motivazioni connesse alla peculiarità della coppia. Un punto saliente del provvedimento della Giunta riguarda l'aspetto andrologico. Questo è stato analizzato nelle sue varie componenti, dalla informazione, al ruolo dell'andrologo nell'iter della coppia infertile, compreso il miglioramento della qualità dei laboratori che effettuano lo spermogramma.

Per ciò che riguarda tale operatore sanitario, la Giunta della Regione Toscana sollecita che le Aziende Sanitarie ne sviluppino il ruolo nell'iter diagnostico con le modalità e gli spazi consentiti nelle varie realtà toscane. Specifica inoltre che l'intervento dell'andrologo in tale percorso si dovrebbe avere sia a livello di prevenzione sia nella fase diagnostica e terapeutica del ciclo di fecondazione assistita. L'altra tematica inerente all'infertilità maschile trattata dalla delibera è la corretta esecuzione dello spermogramma nei laboratori di analisi, in quanto è emerso che in alcuni laboratori questo esame non viene sempre eseguito in accordo con i parametri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nonostante sia uno degli esami principali per una corretta programmazione degli accertamenti e degli inter-

venti nella coppia infertile. A tal proposito la Regione Toscana si è posta come obiettivo, quello di avere una rete di laboratori in grado di eseguire esami seminali attendibili: ciò permetterebbe di far risparmiare tempo alla coppia (quale fattore determinante nel percorso PMA) ed ai clinici, con un conseguente risparmio di soldi pubblici. Nella delibera si dà atto quindi della prossima attivazione di una Verifica esterna di Qualità (VeQ) per i laboratori pubblici e privati convenzionati che effettuano questo tipo di analisi.

Nella deliberazione vengono recepiti anche i disciplinari tecnici relativi al protocollo standard per la corretta esecuzione dello spermogramma, la check - list visita uomo, le linee guida per la crioconservazione del seme, la diagnosi genetica preimpianto (PDG), i test genetici e servizi di genetica.

Per quanto concerne i test genetici l'atto deliberativo rimanda alla copiosa disciplina in materia che viene riepilogata in un paragrafo dell'allegato.

Nella deliberazione viene anche preso atto che il Consiglio Sanitario Regionale, con il già citato parere 43/2009, ha fatto propri due documenti nel quale vengono approfonditi gli effetti della sentenza della Corte Costituzionale 151/2009.

La delibera 11/2010 disegna pertanto il nuovo scenario e il nuovo contesto operativo. Adesso è da attendere la risposta delle Aziende Sanitarie, che dovranno attuare nel miglior modo possibile e secondo le specifiche realtà locali quanto disposto dalla Giunta.

Sarà importante anche l'impegno dei professionisti, che dovranno porsi in un'ottica di collaborazione e di integrazione con il resto del sistema.

Si pensi ad esempio al ruolo centrale del medico di medicina generale, che, oltre a risolvere in prima persona le richieste di base per una sana vita riproduttiva, dovrà aiutare i singoli e le coppie ad usufruire tempestivamente e nel miglior modo possibile delle competenze specifiche a disposizione nella sua Azienda e nel resto del territorio toscano.

Per un più esauriente approfondimento si rimanda alla DGR 11/2010 ed al parere CSR 43/09 che possono essere rispettivamente scaricati dal sito della Regione Toscana, [www.regione.toscana.it](http://www.regione.toscana.it) nella parte dedicata agli Atti e alla normativa e all'indirizzo [www.regione.toscana/sst](http://www.regione.toscana/sst) nelle pagine dedicate al Consiglio Sanitario Regionale.

## Allegato A

### INDICAZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ NEL PERCORSO PMA

#### Premessa

La procreazione medicalmente assistita è attualmente disciplinata dalla Legge 40 del 19 febbraio 2004 e dalle linee guida ministeriali in materia pubblicate con Decreto del Ministero della Salute nella Gazzetta Ufficiale n. 101 del 30 aprile 2008.

Tuttavia nell'ultimo anno questa materia è stata caratterizzata da una certa dinamicità a livello nazionale.

La Corte Costituzionale ha, difatti, emesso la sentenza 151/2009 con cui sono stati modificati punti cardine della Legge 40/2004 e che ha avuto una ricaduta diretta sui centri che effettuano prestazioni di procreazione medicalmente assistita. Successivamente si sono avuti ulteriori orientamenti giurisprudenziali.

Sempre in questo anno il Ministero ha costituito un tavolo di lavoro sull'applicazione del decreto legislativo n. 191 del 6 novembre 2007 "Attuazione della direttiva 2004/23/CE sulla definizione delle norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani", alla luce anche delle direttive emanate successivamente dalla Comunità Europea 2006/17/CE e 2006/86/CE.

Tra l'altro la Regione Toscana partecipa ai suddetti lavori come uno dei quattro rappresentanti regionali.

In Regione Toscana, ad oggi, le strutture che eseguono prestazioni di PMA devono avere i requisiti definiti dalla Delibera di Consiglio Regionale n. 242 del 15 novembre 2000 avente per oggetto "Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici delle strutture pubbliche e private per l'esercizio delle attività sanitarie di procreazione medicalmente assistita - Integrazione alla deliberazione del Consiglio regionale 26 luglio 1999, n. 221".

Gli andrologi nel sistema toscano hanno segnalato all'assessorato alcuni problemi in merito alla utilizzazione delle loro competenze nell'iter diagnostico delle coppie infertili. Dopodiché i temi della PMA sono stati dibattuti in più riunioni in un apposito gruppo di lavoro costituito in seno al Consiglio Sanitario Regionale.

#### CONSIDERAZIONI

Alla luce delle osservazioni fatte in premessa e della discussione sviluppatasi nel suddetto gruppo di lavoro, si è resa evidente e necessaria una evoluzione del modello assistenziale toscano in questo settore, che tenda a valorizzare tutte le varie

componenti del sistema, partendo dall'educazione – informazione, prevenzione, diagnosi, momento della cura, ecc.

#### DIRETTIVE

##### Informazione e formazione

L'informazione è un punto cardine per il miglioramento e l'evoluzione del percorso di procreazione medicalmente assistita sia in termini di diffusione della cultura andrologica, intesa come introduzione nella pratica clinica di controlli periodici agli uomini, analogamente a quanto da molto tempo fanno le donne con il ginecologo, sia per ciò che concerne la diffusione di concetti e aspetti importanti, quali fertilità di coppia ed età della donna, malattie a trasmissione sessuale e sterilità tubarica, ecc.

L'informazione deve riguardare più fasi del percorso, dal momento della prevenzione, alla fase in cui l'assistito si rivolge al medico di famiglia, fino a quando la coppia non si reca in una struttura specialistica.

A tal proposito è demandato al Settore "Risorse umane, comunicazione e promozione della salute", della Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di solidarietà, l'individuazione di materiale informativo e educativo per la popolazione toscana. Il suddetto settore inoltre darà indicazioni perché le direzioni aziendali promuovano programmi formativi ECM (Educazione Continua in Medicina) per gli operatori che si occupano della materia.

##### Il ruolo dell'andrologo nell'iter della coppia infertile

Si ritiene necessario potenziare e migliorare il percorso delle coppie infertili, sviluppando anche il ruolo dell'andrologo nell'iter diagnostico. È quindi necessario, negli spazi e nelle modalità consentite dalle varie realtà locali toscane, l'intervento dell'andrologo nel percorso diagnostico regionale per l'infertilità su due livelli:

- preventivo, al fine di individuare precocemente patologie che possono comportare infertilità. L'intervento dell'andrologo dovrebbe essere quindi previsto nelle strutture consultoriali e nelle altre realtà con carattere di informazione/prevenzione.
- diagnostico/terapeutico, la figura andrologica dovrebbe dunque collocarsi nei Centri di Fisiopatologia della Riproduzione o in altre strutture del Sistema Sanitario Regionale all'inizio dell'iter della coppia infertile prima di accedere a procedure di PMA.

## Esami diagnostici

Si dà atto che il Consiglio Sanitario Regionale, con il parere 43/2009, si è espresso favorevolmente nell'individuare gli esami diagnostici di massima a cui deve sottoporsi la coppia prima di una prestazione di procreazione medicalmente assistita. Gli esami diagnostici sono i seguenti:

### *Esami per la coppia:*

1. Consulenza genetica (ed eventuali accertamenti proposti dal Genetista)
2. Esami "preconcezionali":
  - Gruppo ABO e fattore RH.
  - Elettroforesi delle emoglobine (anemia mediterranea).
  - Dosaggio della G6PDH (favismo).
3. Esami infettivi (da ripetere ogni sei mesi):
  - Marker epatite virale B.
  - HCV, HCV-RNA.
  - HIV, HIV-RNA.
  - Esami per lue.
  - Dosaggio anticorpi (IgG-IgM) anti-rosolia, toxoplasma, citomegalovirus.
4. Esami batteriologici in sede urogenitale (ricerca germi comuni, chlamydie, mycoplasmi) (da ripetere ogni sei mesi).

### *Esami per la donna:*

1. Visita ginecologica, e tutti gli esami ritenuti appropriati dal Ginecologo: esami di minima sono rappresentati da:
  - Valutazione della Riserva Ovarica (FSH-se possibile AMH).
  - Dosaggio di PRL - TSH.
2. Ecografia pelvica (studio di ovaio, tube, utero).
3. PAP test (se la donna non ha aderito ai programmi regionali di screening).
4. Ecografia al seno (ANNUALE); >40 anni aggiungere mammografia (ANNUALE). In entrambi i casi, solo se la donna non ha aderito ai programmi regionali di screening.

### *Esami per l'uomo:*

1. Spermioграмма con test di capacitazione.
2. Visita andrologica, e tutti gli esami ritenuti appropriati dall'Andrologo.

## Migliorare la qualità dei laboratori che effettuano lo spermioграмма

Da una serie di approfondimenti è emersa una criticità sull'esecuzione dello spermioграмма in molti laboratori di analisi toscani. Risulta infatti che non tutti i laboratori lo effettuino in accordo con i parametri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nonostante sia uno degli esami principali nella programmazione degli accertamenti della coppia infertile e che detta i percorsi diagnostici e

terapeutici della stessa. L'obiettivo della Regione Toscana è quello di avere una rete di laboratori in grado di eseguire esami seminali attendibili, sia per far risparmiare tempo alla coppia, in quanto il fattore tempo è determinante nel percorso PMA, sia per il conseguente risparmio di soldi pubblici. A tal proposito si dà atto che la Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà si è già attivata per creare un percorso sperimentale VeQ (Verifica esterna di Qualità) per i laboratori pubblici e privati convenzionati che effettuano spermio grammi.

## Disciplinari tecnici

Si dà atto che con il parere 43/2009 il Consiglio Sanitario Regionale ha approvato i seguenti disciplinari tecnici:

1. Protocollo standard per la corretta esecuzione dello spermioграмма e una check-list visita uomo;
2. Linee guida per la crioconservazione del seme,
3. Diagnosi Genetica reimpianto (PGD);
4. Test genetici e servizi di genetica.

## Test genetici

Per quanto riguarda i test genetici la Regione Toscana ha già disciplinato la materia e in particolare si rinvia ai seguenti atti:

- Delibera del Consiglio regionale n. 145 del 10.11.2004, concernente "Indirizzi per la riorganizzazione funzionale delle attività di genetica medica";
- Delibera di Giunta regionale n. 887 del 27.11.2006, avente per oggetto "Attività di genetica medica: indirizzi operativi";
- Delibera di Giunta regionale n. 313 del 7.05.2007, riguardante "Indirizzi alle Aziende Sanitarie in merito all'attuazione del 'Progetto di rimodellamento dell'Attività dei Servizi Diagnostici di Medicina di Laboratorio'";
- Delibera di Giunta regionale n. 114 del 18.02.2008, avente per oggetto "Attività di genetica medica. Protocolli per l'esecuzione di test genetici per infertilità e procreazione medicalmente assistita. Criteri per l'introduzione di nuovi test genetici nel SSR".

## Documenti inerenti la sentenza 151/2009

Si dà atto che il CSR, con il citato parere 43/2009, ha fatto propri i documenti "Consensus delle Società Italiane di Medicina della Riproduzione sulle modalità procedurali della PMA dopo la sentenza della Corte Costituzionale sulla Legge 40/2004" e "Considerazioni sull'Ordinanza del 29 giugno 2009 del Tribunale di Bologna" relativamente agli effetti prodotti dalla sentenza 151/2009.

# Cure palliative e terapia del dolore

## Prima della nuova legge, la Toscana si era già mossa bene!

**I**n data 9 marzo 2010, la Camera dei Deputati ha approvato in via definitiva la legge sulle cure palliative e sulla terapia del dolore. Sicuramente un punto di appoggio importante per milioni di pazienti cronici e almeno duecentocinquantamila malati terminali, un bel traguardo se si pensa che fino a oggi l'Italia era agli ultimi posti della classifica europea e che il voto è stato preso a larga maggioranza da entrambi gli schieramenti politici (solo 2 astenuti, nessun voto contrario).

Significativo per la Toscana è il fatto che nella linea di questa legge si era già mossa bene e in anticipo (con una delibera del 1999), così che la nuova normativa le permette di migliorare ulteriormente il lavoro già svolto.

### LA LEGGE

La legge in questione tutela il cittadino permettendogli di accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore e assicurando “il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze”.

Campagne promozionali di informazione, istituzione di reti nazionali (due, una per le cure palliative, una per la terapia del dolore), creazione e potenziamento del progetto “Ospedale senza dolore” con redazione di cartelle cliniche *on line* che contengano tutti i dati relativi al dolore, formazione e aggiornamento del personale medico e sanitario specifico, un monitoraggio continuo a livello ministeriale di tutto il lavoro svolto a livello periferico, una relazione

annua del Ministro della salute in Parlamento, con le statistiche aggiornate: questi, i punti principali della legge.

BRUNO RIMOLDI

*Medico di medicina generale, Firenze*

### GRANDI NOVITÀ

La legge in sé costituisce una grossa innovazione in materia, soprattutto per tre decisivi aspetti.

Ce le riassume il dr. Galileo Guidi, coordinatore del Gruppo Interregionale che ha lavorato sul progetto e responsabile della Commissione di Coordinamento della Lotta al Dolore in Toscana:

1. *Vengono per la prima volta distinti i due diversi ambiti della lotta al dolore e delle cure palliative.* Fino a oggi le due entità erano considerate regolarmente insieme, al punto che era stata creata la figura del primario di “cure palliative e terapia del dolore”. La legge in realtà chiarisce che occorrono due reti, una per le cure palliative e una per la terapia del dolore: l'articolazione prevista è nuova sia dal punto di vista del medico (e dell'organizzazione sanitaria), sia del malato. Il malato algologico ha infatti bisogno di un corretto e moderno approccio professionale e di un iter preciso da seguire, dunque non solo di un farmaco che gli tolga o gli attenui il dolore.

- In Toscana, come detto, si era partiti prima, anzi: il gruppo tecnico toscano ha proposto emendamenti al precedente testo di legge della Camera che non stabiliva la differenza fra i due ambiti. Nella nostra regione, l'idea è stata operativamente messa in atto, da una parte definendo le disposizioni per lo sviluppo della rete di cure palliative e degli *hospices*, e dall'altra sviluppando la lotta al dolore con la

diffusione capillare del progetto “Ospedale senza dolore” in tutto il Sistema Sanitario Regionale. E così in tutte le aziende sanitarie toscane sono state attivate le unità funzionali di cure palliative, è stata programmata la realizzazione di 22 hospices. Oggi, nella nostra regione, sono attive 17 strutture di cui una pediatrica con una dotazione di 125 posti-letto (2 in pediatria); per la terapia del dolore sono in attività 30 centri ambulatoriali.

**2. Sono state facilitate le prescrizioni di analgesici.** Le novità in materia di ricetta (che Toscana Medica riporterà nel dettaglio prossimamente) partono dall'idea che tutte le regole di prescrizione siano state fino a oggi troppo complicate e che fosse necessaria una semplificazione: dunque, con la nuova legge le scuse e i pretesti allo scarso uso di tali farmaci ora vengono a cadere!

- La Toscana per prima ha messo in classe A molti farmaci di questa categoria. Per quel che riguarda il consumo di oppioidi in Toscana si è passati da 0,15 DDD x 1000 abitanti a 4,15 nel 2009. Questo dato rappresenta circa il doppio del consumo italiano che nel 2009 si attesta a 2,41 DDD x 1000 abitanti. Quanto alla morfina, invece, la Toscana (4,1 mg) si allinea con la media europea.

**3. La misura del dolore diventa un obbligo di legge.** Dunque, tutte le cartelle cliniche dovranno riportare (compilata adeguatamente) questa voce. Prima della legge, infatti, era a discrezione dei medici.

- In Toscana, prima e unica regione italiana, è stata effettuato un rilevamento della registrazione del parametro “dolore” nelle cartelle cliniche che ha evidenziato come questa registrazione sia presente nel 49,6 per cento di tutte le cartelle, dato che necessita certamente di essere migliorato ma che rappresenta un punto fermo su cui fare riferimento.

### CONSIDERAZIONI FINALI

La legge è ormai pubblicata e la sua applicazione è ufficialmente partita nel mese di aprile. La responsabilità esecutiva è affidata alle Regioni. È previsto un *budget*, che sarà ovviamente ritoccato sulla base dei risultati conseguiti. Tutto il lavoro svolto sarà infatti periodicamente monitorato: la legge prevede testualmente che una commissione di verifica si riunisca ogni anno e fornisca una relazione sullo status dell'attività entro il 31 dicembre. Anche questo strumento rappresenta, soprattutto nel nostro paese, un sistema moderno (anche per etica e appropriatezza) di valutazione dell'operato professionale e, se vogliamo, della bontà della legge stessa.

## LA COMMISSIONE TERAPEUTICA REGIONALE SI OCCUPA DI PLAVIX

IL TESTO DELLA DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 367 DEL 22.03.2010

### LA GIUNTA REGIONALE

Vista la determinazione AIFA 29 ottobre 2004, Note AIFA 2004 (Revisione delle note CUF), e successive modifiche;

Vista la determinazione AIFA 4 gennaio 2007: “Note AIFA 2006-2007 per l'uso appropriato dei farmaci”, pubblicata sul supplemen-

to ordinario alla G.U. n. 7 del 10 gennaio 2007 – serie generale –, con la quale l'Agenzia Italiana del Farmaco ha provveduto, alla luce delle attuali conoscenze tecnico-scientifiche, alla emanazione delle nuove note AIFA;

Vista la determinazione AIFA 6 marzo 2009:

“Modifica del piano terapeutico AIFA per prescrizione di Clopidogrel”, pubblicata sulla gaz-zetta ufficiale n. 66 del 20 marzo 2009, con la quale, sulla base del parere espresso dalla commissione consultiva tecnico-scientifica, provvede all’aggiornamento del piano terapeutico AIFA per la prescrizione di clopidogrel relativamente al prolungamento della rimborsabilità della terapia da 6 a 12 mesi per la prevenzione della riuclusione tardiva dopo stent medicato;

Preso atto che, in base al piano terapeutico AIFA di cui alla determinazione AIFA 6 marzo 2009, la prescrizione di clopidogrel è a carico del SSN solo se rispondente a una delle seguenti condizioni:

- Sindrome coronarica acuta senza innalzamento del tratto ST (angina instabile o infarto miocardio senza onda Q) in associazione con ASA (trattamento di 6 mesi rinnovabile per 1-2 volte).
- Angioplastica percutanea (PTCA) con applicazione di stent:
  - non medicato (trattamento di 1 mese in associazione con ASA);
  - medicato (trattamento di 12 mesi in associazione con ASA).
- Terapia antiaggregante a breve termine per la prevenzione secondaria dell’infarto in associazione con ASA.
- Terapia antiaggregante a lungo termine per la prevenzione secondaria dell’infarto e dell’ictus, in pazienti per i quali esiste controindicazione a ASA o ticlopidina.

Considerato che:

- gli studi clinici randomizzati fino ad oggi conclusi e quelli sui quali si basa la definizione del piano terapeutico AIFA non consentono di stabilire se la durata ottimale della doppia terapia antiaggregante (DAT) con clopidogrel associato ad acido acetilsalicilico può essere estesa oltre i limiti attualmente approvati;
- studi osservazionali successivi rispetto a quelli utilizzati per la definizione del piano terapeutico suggeriscono che la estensione della DAT oltre 1 anno dall’evento può comportare dei vantaggi;

- l’analisi della stessa letteratura non esclude in modo definitivo che la DAT possa essere proseguita dopo aver valutato il profilo di rischio/beneficio clinico del singolo paziente;

*Omissis*

Acquisito il parere della Commissione Tecnica Regionale nella seduta del giorno 3 marzo 2010;

A voti unanimi

### **DELIBERA**

Per i motivi in premessa specificati di consentire ai centri, già individuati nell’allegato 1bis della deliberazione n. 777 del 7 settembre 2009 come centri regionali specialistici idonei al rilascio dello specifico piano terapeutico AIFA per i farmaci a base di clopidogrel, a prescrivere con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale i medicinali a base di clopidogrel e comunque entro i limiti di cui al decreto di autorizzazione all’immissione in commercio delle corrispondenti specialità medicinali, oltre i limiti di rimborsabilità previsti dal piano terapeutico AIFA per un periodo ulteriore, di anni uno o istituita per un anno, nei seguenti casi:

1. bare-metal stents (BMS) e drug-eluting stents (DES);
2. stent multipli;
3. stent delle biforcazioni;
4. lunghezza complessiva degli stent >30 mm;
5. stent del tronco comune;
6. evento cardiovascolare in corso di terapia antiaggregante piastrinica singola in prevenzione secondaria;
7. malattia coronarica cronica sintomatica;
8. soggetti che presentino malattia coronarica o aterosclerosi clinicamente manifesta a livello dei tronchi sovra-aortici o delle arterie degli arti inferiori e che siano affetti da diabete, da insufficienza renale o da insufficienza cardiaca con FE<40%.



# TRE PIAZZE PER LA DONAZIONE

SETTIMANA DONAZIONE E TRAPIANTO DI ORGANI 2010



*Parliamone insieme  
tra Animazione  
e Musica*

**Livorno**

**23 Maggio**

Rotonda d'Ardenza  
ore 11,00 - 19,00

**Prato**

**26 Maggio**

Piazza San Francesco  
ore 10,00 - 20,00

**Firenze**

**29 Maggio**

Piazza Bartali (zona Gavinana)  
ore 10,00 - 20,00

**AIDO** Associazione Italiana per la Donazione di Organi Tessuti e Cellule - **ADMO** Associazione Donatori Midollo Osseo - **ADISCO** Associazione Donatrici Italiane Sangue Cordone Ombelicale - **ANED** Associazione Nazionale Emodializzati **ACTI** Associazione Cardiotrapiantati Italiani - **A.T.C.** Associazione Trapiantati Careggi - **A.T.R.E.S.** Associazione Trapiantati Renali Siena - **ATTO** Associazione Toscana Trapianto Organi - **VITE** Volontariato Italiano Trapiantati Epatici

Per informazioni  
Numero verde

**800 556060**

[www.regione.toscana.it/salute](http://www.regione.toscana.it/salute)

Una scelta attuale per  
una terapia al passo con i tempi



*Gli originali*

La certezza di una **Informazione Scientifica qualificata.**  
**Attività degli ISF impegnati negli "Originali Pfizer".**  
La certezza di una **attenzione ai budget.**

Il farmaco equivalente non è mai perfettamente uguale  
al prodotto imitato, ma solo "essenzialmente simile"

Care 2003;2:30-2

## Gli originali **Pfizer**

### CARDIOVASCOLARE

**NORVASC**  
amlodipina besilato

**CARDURA**  
doxazosin

**Esapent**  
etil eicosapentaenoato

**Fragmin**  
dalteparina sodica

**IBUSTRIN**  
indobufene

**Accuprin**  
dumipri

**ACCURETIC**  
dumipri cloridrato/tiludipina

### SISTEMA NERVOSO CENTRALE

**Zoloft**  
sertralina

**Xanax**  
alprazolam

**Halcion**  
triazolam

**SERMION**  
nicergolina

**EDRONAX**  
reboxetina

### ANTIBATTERICI

**ZITROMA**  
Aзитromicina

**DIFLUCAN**  
flucanazolo

**Zimox**  
amoxicillina triidrato

**LINCOCIN**

**AMPLITAL**

**CLEOCIN**  
clindamicina fosfato

**DALACIN**  
clindamicina

**DALACIN-T**  
clindamicina

### FANS

**FELDENE** Family  
piroxicam

### CORTICOSTEROIDEI

**Medrol** Family  
metilprednisolone

### INTEGRATORI

**Neovis flu**

**Neovis PLUS**

**Pfizer**



# Trend di incidenza e mortalità del tumore ovarico in Toscana

In Toscana il tumore maligno dell'ovaio rappresenta il 3% del totale delle diagnosi tumorali tra le donne, e la probabilità che venga diagnosticato nel corso della vita è pari a 1 caso ogni 71 donne. In termini di mortalità rappresenta il 5% delle cause di decesso tumorali nel sesso femminile ([www.ispo.toscana.it](http://www.ispo.toscana.it)).

Negli ultimi anni sia in Italia che in alcuni paesi europei è stata documentata una diminuzione del tasso di incidenza del tumore ovarico, parallelamente al declino della mortalità per questo tipo di tumore. Per quanto riguarda la Toscana, i tassi di incidenza del tumore dell'ovaio del Registro Tumori della Regione Toscana dal 1985 al 2005 riportati nel grafico, standardizzati secondo la struttura per età della popolazione europea (x 100.000), mostrano un andamento medio nel periodo stabile (con un cambiamento percentuale annuo - APC - del tasso prossimo a zero, APC: 0.1), con una tendenza alla riduzione che compare negli anni più recenti. Il tasso di mortalità appare

recentemente in diminuzione, con tassi che si riducono al ritmo dell'1.1% all'anno (APC: -1.1).

La sopravvivenza relativa a 5 anni nelle donne con diagnosi di tumore maligno dell'ovaio è in miglioramento, in particolare nel periodo 2000-2004 rispetto agli anni meno recenti (periodo 2000-2004: 53%,

periodo 1995-1999: 40%). A fronte di una significativa diminuzione di mortalità dovuta ai notevoli miglioramenti terapeutici avvenuti negli ultimi anni l'incidenza del tumore maligno ovarico rimane stabile, suggerendo la necessità di individuare strategie preventive efficaci per una neoplasia che ancora oggi, peraltro, viene spesso diagnosticata in uno stadio avanzato di malattia.

A.CALDARELLA<sup>1</sup>, C. SACCHETTINI<sup>1</sup>,  
L. GIOVANNETTI<sup>2</sup>

<sup>1</sup> UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva

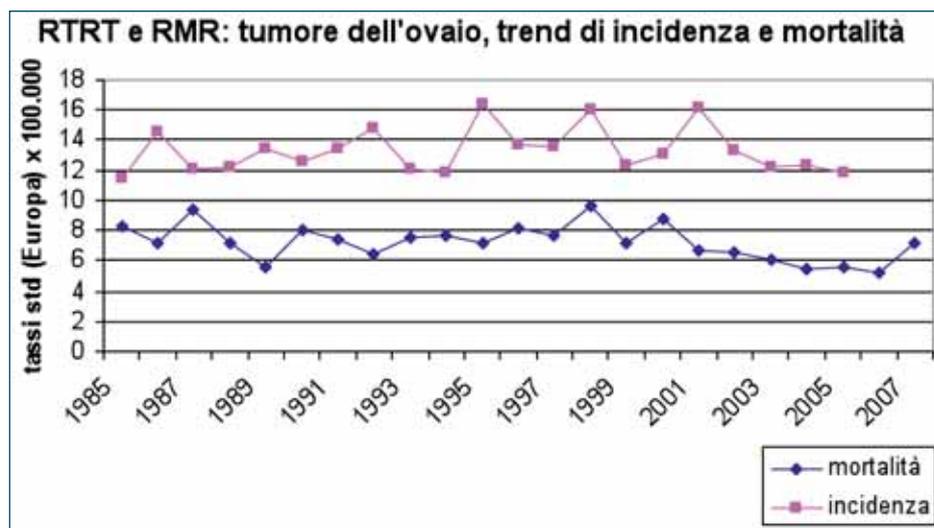
<sup>2</sup> UO Epidemiologia Ambientale-Occupazionale  
ISPO Istituto per Studio e la Prevenzione Oncologica

periodo 1995-1999: 40%). A fronte di una significativa diminuzione di mortalità dovuta ai notevoli miglioramenti terapeutici avvenuti negli ultimi anni l'incidenza del tumore maligno ovarico rimane stabile, suggerendo la necessità di individuare strategie preventive efficaci per una neoplasia che ancora oggi, peraltro, viene spesso diagnosticata in uno stadio avanzato di malattia.

## Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a:  
[a.caldarella@ispo.toscana.it](mailto:a.caldarella@ispo.toscana.it)  
[l.giovanetti@ispo.toscana.it](mailto:l.giovanetti@ispo.toscana.it)

TM



**Metodi:** Sono stati utilizzati i dati del Registro Tumori della Regione Toscana e del Registro di Mortalità Regionale ([www.ispo.toscana.it](http://www.ispo.toscana.it)) relativi ai residenti nelle province di Firenze e Prato. La standardizzazione per età è stata effettuata con il metodo diretto utilizzando la popolazione standard europea. La variazione media annuale percentuale dei tassi (APC) viene calcolata adattando ai dati una retta di regressione dei minimi quadrati sul logaritmo naturale dei tassi, utilizzando l'anno di calendario come variabile di regressione, secondo la procedura del software SEER\*Stat.



# Il Rapporto Nazionale sulle Diseguaglianze nell'Assistenza Sanitaria in USA

L'agenzia per la Ricerca e la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (*Agency for Healthcare Research and Quality*, AHRQ - <http://www.ahrq.gov/>) è un'istituzione scientifica al servizio del Ministero della sanità degli Stati Uniti (*U.S. Department of Health & Human Services*) che si occupa di *Evidence-based Practice, Effective Health Care, Preventive Services, Technology Assessments* e *Clinical Practice Guidelines*.

Ogni anno, a partire dal 2003, AHRQ su mandato del Congresso redige un Rapporto nazionale sulla qualità del sistema sanitario americano (*National Healthcare Quality Report*, NHQR) e un Rapporto nazionale sulle disuguaglianze nell'assistenza sanitaria (*National Healthcare Disparities Report*, NHDR - <http://www.ahrq.gov/qual/qdr08.htm>).

Nell'introduzione del NHDR del 2008 si legge: "Studiare le diseguaglianze nell'assistenza sanitaria è condizione essenziale per migliorare la qualità delle cure. Le diseguaglianze nell'assistenza sanitaria sono le differenze nelle cure sperimentate da una popolazione rispetto a un'altra. Come dimostra il **National Healthcare Quality Report (NHQR)** gli Americani troppo spesso non ricevono l'assistenza di cui hanno bisogno o la ricevono in un modo che li danneggia. Il **National Healthcare Disparities Report (NHDR)** evidenzia inoltre che alcuni Americani ricevono un'assistenza ancora peggiore rispetto ad altri Americani. La qualità dell'assistenza è differente per differenti gruppi di persone."

I due Rapporti citati sono documenti di estremo interesse per la quantità e la qualità delle informazioni riportate, per il rigore scientifico, per l'onestà intellettuale. Con un unico limite, che è quello del committente, il Parlamento americano che finora sembra non tener in alcun conto della denuncia chiara e forte che proviene dai Rapporti, soprattutto quello sulle diseguaglianze, di cui parleremo sinteticamente in queste due pagine.

Il *National Healthcare Disparities Report (NHDR)* è un documento di 300 pagine che analizza 45 indicatori che investigano il fenomeno delle disuguaglianze in relazione a 5 tematiche principali:

- **Efficacia dell'assistenza.** È la sezione più ricca e più ampia di indicatori che riguardano una vasta gamma di patologie dal cancro del colon al dia-

bete, dalla salute mentale all'Aids (dove si registra il massimo livello di diseguaglianza tra bianchi e neri, con un rapporto di 1/9,4 nel dato di incidenza).

- **Sicurezza del paziente.**
- **Tempestività nella risposta.**
- **Centralità del paziente nei percorsi.**
- **Accessibilità dei servizi e copertura assistenziale.**

Tali indicatori sono calcolati tenendo conto di alcune caratteristiche della popolazione, quali l'etnia, la razza e la condizione socioeconomica (reddito ed istruzione), e sono inoltre riferiti a particolari gruppi di popolazione detti "priority populations", ovvero gruppi di popolazione fragili, quali ad esempio donne, bambini, anziani, disabili e individui che vivono in zone marginali.

GAVINO MACIOCCO\*, SARA BARSANTI\*\*

\* Dipartimento di Sanità Pubblica Università di Firenze

\*\* Scuola Superiore S. Anna, Pisa

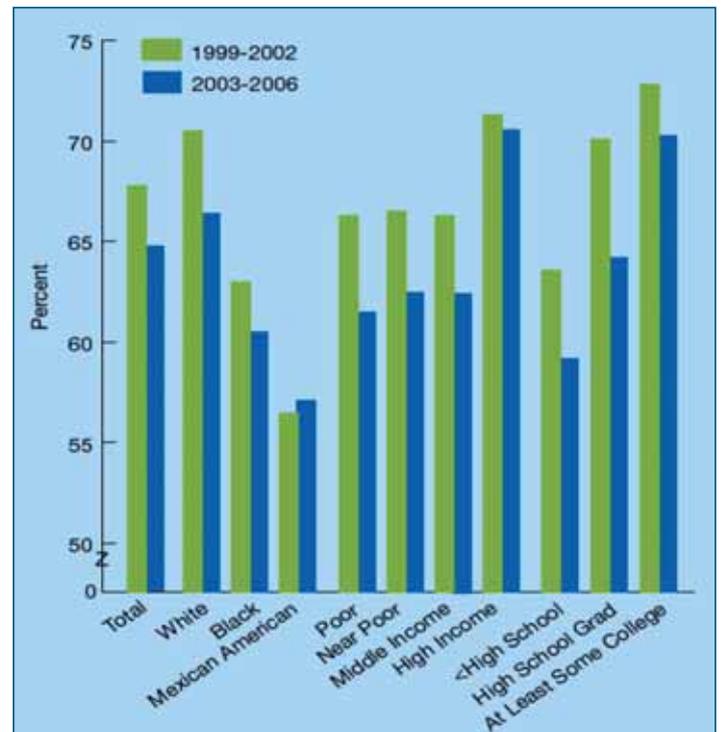


Figura 1 - Percentuale di obesi a cui è stata riconosciuta e comunicata la condizione (per razza, reddito e istruzione).

Dal NHDR abbiamo tratto alcuni dati riguardanti obesità e diabete.

### OBESITÀ E DIABETE

Più del 34% degli adulti americani sono obesi, e ciò li espone a molteplici rischi, dall'ipertensione al cancro, dal diabete alle malattie coronariche. Ridurre l'obesità è il principale obiettivo per prevenire le malattie cardiache e l'ictus. Sebbene le linee guida - afferma il Rapporto - raccomandino lo screening

dell'obesità da parte dei medici e di ogni altro "provider", l'obesità rimane sotto-diagnosticata negli USA.

Come dimostra la **Figura 1** meno del 65% degli obesi viene diagnosticato, con significative differenze tra bianchi (66,4%), neri (60,5%) e ispanici (57,1%); tra ricchi (70,6%) e poveri (61,5%); tra persone più istruite (70,3%) e meno istruite (59,2%).

TM

## Lettere al direttore

Toscana Medica 4/10



# Una task force al CTO di Careggi

Caro Direttore, sul quotidiano Corriere della Sera del 29 dicembre u.s. è stato pubblicato un articolo intitolato "Una task force dell'assessore per l'emergenza al CTO"

Prima di leggere il contenuto, interpretando il significato letterale del termine "reparto di pronto intervento", ho pensato che fosse stato mobilitato un nucleo di militari per fronteggiare un evento, come oggi abitualmente avviene in molte circostanze.

Dalla fonte giornalistica risulta che "questa rivoluzione decisa a Natale per risollevare il CTO di Careggi" è stata adottata per affrontare e risolvere i ritardi e le situazioni incresciose verificatesi. La task force è costituita dall'attuale responsabile ad interim del CTO prof. Gianfranco Gensini, da due alti dirigenti amministrativi, da tre referenti dell'area clinica, da un consulente esterno, e dal dott. Matteo Tomaiolo, medico con funzioni igienico-organizzative in sostituzione del direttore sanitario.

La lettura dell'articolo mi ha portato a sviluppare due considerazioni.

La prima, ritornando indietro di qualche decennio, è riferita al periodo delle Unità sanitarie, quando gli ospedali di Firenze per gli aspetti igienico-organizzativi erano diretti da pochissimi medici di Sanità pubblica: un soprintendente sanitario prof. Fausto Meliconi, due direttori sanitari, il sottoscritto e il dott. Giuseppe Vannucchi, e un ristretto numero di medici collaboratori, non più di cinque. Senza necessità di organismi straordinari, questo gruppo di medici nei decenni '70, '80, '90 ha fatto partire due nuovi ospedali a Firenze, ha contribuito ad attivare tutti i reparti di rianimazione e le unità coronariche, ha avviato i primi dipartimenti di emergenza, ha determinato la chiusura e riconversione dei piccoli ospedali.

Oggi operano negli ospedali di Firenze qualche decina di medici con funzioni igienico-organizzative, di cui circa una ventina a Careggi.

La seconda considerazione. Per gestire un problema che afferisce alle competenze specifiche delle direzioni sanitarie, aziendale e di presidio, era proprio necessario ricorrere ad un provvedimento eccezionale che mobilita ed impegna un gruppo di ben otto dirigenti ospedalieri?

Nei primi cinque anni della ristrutturazione di Careggi, dal 2001 al 2005, e fino all'avvento dell'attuale nuova dirigenza, ho esercitato le funzioni di consulente sanitario nell'ambito della commissione interdisciplinare di monitoraggio, collaborando fattivamente con la direzione sanitaria e con il servizio tecnico del policlinico. Senza bisogno di organismi straordinari, sono stati impostati programmi strategici d'intervento, sono state affrontate le inevitabili difficoltà per la commistione delle attività ospedaliere con quelle di cantiere, sono stati risolti i problemi logistici ed organizzativi che hanno portato all'apertura del nuovo San Luca, all'abbattimento del vecchio padiglione del pronto soccorso, all'avvio del primo corpo di fabbrica del nuovo monoblocco dell'emergenza, è stato inoltre predisposto il piano per la ristrutturazione del CTO.

Concludo con una riflessione. Il processo di riordino del policlinico di Careggi è indubbiamente complesso e difficoltoso, perché è necessario saper pianificare "in evoluzione" gli assetti distributivi, le destinazioni d'uso transitorie e finali, le dimensioni spaziali delle strutture in rapporto alle dimensioni organizzative dei servizi ospedalieri. Tutti questi problemi sono competenze specifiche dei medici di Sanità pubblica che maturano quotidianamente la loro esperienza nel settore dell'organizzazione ospedaliera, i quali dovrebbero essere in grado di affrontarli e risolverli, in stretta collaborazione con i servizi tecnici aziendali, senza bisogno della task force.

In ciò consiste la soddisfazione e l'orgoglio che anima i medici di sanità pubblica che come me scelgono di dedicare la loro professionalità al buon governo degli ospedali.

TM



# Michael Caton-Jones dottore in carriera

Il titolo originale del film, realizzato nel 1991, è **Doc Hollywood** ma in Italia, ove chissà perchè si cambiano i titoli dei film stranieri (l'esempio storicamente più scandaloso è quello del film **Domicile coniugal** di Francois Truffaut, che in Italia è stato diffuso col titolo obbrobrioso di **Non drammatiziamo, è solo questione di corna**) è circolato con quello di **Dottore in carriera**.

Michael Caton-Jones, in origine Michael Jones, è un regista scozzese, poi andato in America, autore tutt'altro che sublime che ha tuttavia il merito, dopo aver sposato l'attrice Beverly Caton, di avere aggiunto il cognome della moglie al suo. Bella abitudine, mi pare. Per il resto, una discreta carriera malamente segnata, tuttavia, dal fatto che il suo **Basic Instinct 2** (2006) è stato candidato al premio per il peggior film americano dell'anno (conducendo il suo autore ad essere, parimenti, candidato al premio per il peggior regista dell'anno).

Il film è tratto da un romanzo intitolato "What? Dead Again?" di Neil B. Shulmann ed è interpretato, nei panni del protagonista, da Michael Fox. Narra d'un giovane e pimpante, bravo ma alquanto scoglionato medico di New York che lascia il proprio incarico professionale presso un incasinatissimo pronto soccorso della Grande Mela per recarsi, a bordo della sua fiammeggiante spider, a Hollywood ove l'attende un posto di chirurgo plastico in una clinica per vecchi ricchi sfaccendati, desiderosi di rifarsi, lautamente pagando, questa o quella parte del loro ormai stanco e fisicamente deturpato corpo. Strada facendo, attraversando un paesino del South Carolina, la spider finisce fuori strada

provocando, oltre a qualche traumatico seppur lieve danno al guidatore, l'abbattimento della staccionata, nuovissima, del giardino del sindaco. Dopo qualche giorno trascorso a curarsi nell'ospedaletto cittadino, il giovane medico scopre con notevole irritazione di essere stato condannato,

STEFANO BECCASTRINI

Medico del lavoro, Arezzo - Esperto di cinema

dal sindaco stesso, a prestare qualche settimana di servizio gratuito a favore della gente del luogo, privo di medici salvo uno ormai anziano, in quanto nessuno è disposto a esercitare in un luogo così sperduto e con scarse prospettive di carriera e di guadagno. Pian piano il giovan dottore, che è yuppisticamente alquanto antipatico e presuntuoso ma conosce il suo mestiere, viene apprezzato molto dai cittadini, tant'è che cercano di convincerlo a rimanere tra loro invece che andare a rifare il volto o la pancia ai vecchi e ricchi signori di Hollywood. Nonostante che, ormai, nel paese ci si trovi bene e in ospedale ci sia una bella infermiera che gli piace assai, il richiamo dei soldi è troppo forte e, scontata la pena e riparata la spider, il giovane medico se ne va. Giunto infine a Hollywood, inizia il nuovo lavoro di "medicina all'ingrosso" (la definizione è del direttore sanitario della clinica, cinicamente felice di arricchirsi tramite essa). Comprende però che i problemi medici, ma soprattutto i pazienti, che gli piacciono di più, gli danno soddisfazione professionale, lo fanno davvero sentirsi utile al mondo, sono quelli del paesetto del South Carolina. Vi fa quindi ritorno, felice e rendendo felici gli abitanti del luogo, compresa la bella infermiera. Il film è divertente, piuttosto seppur superficialmente intelligente nel narrare d'un medico adottato pienamente dai suoi pazienti.

La domanda che il film suscita è dunque: compito primario di un medico è quello di risolvere i veri problemi di salute della gente comune o quelli, consumisticamente superflui, di qualche anziano riccastro reso ansioso dalle proprie rughe o dalla propria pancetta? L'alternativa, così drasticamente e semplicisticamente posta dal film, è evidentemente schematica, estremizzata, esagerata. Del resto il film è quel che è: divertente ma assai superficiale, come già si è detto. Però, forse, può servire anch'esso, oltre che a passare un paio d'ore piacevoli, a stimolare una riflessione negli studenti di medicina su cosa vogliono fare da grandi, su come interpretano il giuramento di Ippocrate, su quali idee abbiano della propria funzione sociale. **TM**



# Cin@med

## Percorso di formazione ad un sapere riflessivo nella professione medica attraverso l'uso dei film

*Come spiegare agli studenti comprensibilmente che il mondo che essi conoscono in realtà è una collezione di mondi? (...) Come il ciabattino e il chirurgo vedono "l'uomo della strada" in ottiche completamente diverse, così lo scienziato, l'artista e lo storico affrontano le esperienze quotidiane e i fenomeni che stanno alla base del loro lavoro utilizzando lenti e strumenti assolutamente peculiari.*

H. Gardner

**L** Il Progetto Cin@med parte dalla volontà di inserire nel curriculum universitario ordinario occasioni di "pratica riflessiva" che possano produrre una "coscienza d'uso" degli atti cognitivi che guidano l'agire professionale.

Questo costituisce un percorso all'interno di un percorso di formazione offerto agli studenti. Un percorso con altre tappe come il tirocinio per gli studenti del primo anno del CDL in Medicina e Chirurgia (R. Valanzano), l'Ascolto degli Studenti: l'esperienza narrata (G. Guerra) l'integrazione professionale: medici e infermieri e il percorso formativo (Laura Raserio) il laboratorio di medicina narrativa (D. Lippi) accomunate tutte dall'attenzione ai processi costruttivi di un sapere professionale consapevole.

La scelta di attivare un percorso alla formazione riflessiva attraverso i film – che ci aiuti a costruire un contatto con le diverse forme del proprio pensiero, soprattutto se implicite – risponde all'attenzione per la didattica molto presente nella Facoltà di Medicina dell'Università di Firenze ed ha le sue radici negli incontri del Centro di *Medical Humanities*.

Siamo partiti dalla convinzione che la configurazione dei nostri apprendimenti è prodotta anche dai contesti a forte offerta tecnologica e audiovisuale nei quali siamo immersi e che questi assumono, perciò, un alto contenuto evocativo. Abbiamo ritenuto, allora, che fosse opportuno integrare la formazione tradizionale centrata sulla parola scritta, le lezioni frontali, le tecniche operative e laboratoriali per educare gli studenti a riconoscere il valore del loro vissuto visivo, uditivo, mnemonico ed emozionale, attribuendo ad essi un reale potenziale costruttivo di competenze.

### PERCHÉ IL CINEMA?

La passione per il cinema condivisa dai componenti del gruppo di lavoro ha prodotto una sensibilità specifica per questo mezzo espressivo che permette di accompagnare la formazione lungo un percorso metacognitivo. Questo utilizza materiali di conoscenza costruiti secondo il "paradigma narrativo" (es. letteratura, storie di malattie, cinema, fiction, autopatografie) insegnandoci ad osservare in profondità, interpretare e riconoscere i significati dell'esperienza personale attraverso le immagini.

Il cinema permette di mettersi di fronte al proprio pensiero, alle proprie aspirazioni, alle proprie azioni, ai sentimenti, alle emozioni che danno forma al nostro agire professionale. Il film è uno "specchio". Aiuta a far emergere quello che appare "personalmente" significativo. Produce una discussione collegiale interoggettiva (rispecchiamenti/riflessioni). Attiva il con-

fronto dialogico tra le esperienze personali veicolate dalla "pressione" delle immagini e la "pressione" che l'esperienza dalla pratica professionale induce su di noi.

PATRIZIA DE MENNATO, ANDREAS FORMICONI, AMEDEO AMEDEI, STEFANO BECCASTRINI

Facoltà di Medicina e centro di *Medical Humanities*  
Università degli studi di Firenze

### LA SCELTA DEI FILM

Abbiamo voluto utilizzare film cosiddetti "laici", perché non prodotti a fini didattici, in modo che

possano costituire un evento-stimolo innescato dalla dimensione narrativa del film proiettato. Alla scelta dei film, il gruppo di lavoro è arrivato grazie al contributo di Stefano Beccastrini, al quale si deve un ricco "catalogo" critico di opere cinematografiche connesse a temi e questioni mediche. Tuttavia, la sola forma di cineforum - visione di film proiettati integralmente e discussione spontanea successiva – non assolve pienamente alla funzione formativa di attivare un esercizio autoriflessivo, mentre assolve egregiamente ad attivare processi evocativi ed inquietudini personali connessi agli aspetti impliciti della propria esperienza professionale posti in relazione con "la storia" narrata dal film stesso. Per questo i film riguardano alcuni temi specifici della formazione medica, come: Il procedimento diagnostico, Ambienti e culture mediche, Le comunità di pratiche, i momenti.

### I DISCUSSANT

Costruire un percorso di formazione richiede, però, di garantire altri momenti di riflessione critica prodotti anche dall'incontro con medici esperti. La presenza di un Discussant contribuisce ad attivare un processo vitale di confronto significativo ed a proporre una lettura aperta ed inquietante del film proiettato. I *Testimonial* fino ad ora invitati alle singole proiezioni per condividere con gli studenti le competenze maturate nel corso del loro impegno professionale sono stati i prof. Panti, Pazzagli, Beccastrini e Luzzatto. Ad essi va il nostro ringraziamento.

### IL BLOG

In questo lavoro di costruzione dei percorsi, abbiamo cercato di concentrare la nostra attenzione anche sulle relazioni di scambio di pensieri e di opinioni creando una rete. Abbiamo, allora, costruito, con il contributo ideativo di Andreas Formiconi, una blogclass dove sia possibile dialogare con gli studenti e tra gli studenti. Con loro abbiamo tarato le tematiche, gli interrogativi, i nervi scoperti propri dei neofiti. Questo canale aperto tra noi e gli studenti ci ha portato a risagomare in corso d'opera il progetto, monitorandolo attraverso le nostre riflessioni ed il gradimento degli studenti stessi. Nasce, così, cin@med.

Secondo il gergo del mondo dello spettacolo: "Si replica a partire dal 23 marzo". **TM**



## Testamento biologico, idee e esperienze per una morte giusta

**Giorgio Cosmacini**

*Il mulino*

**N**essuno meglio di Giorgio Cosmacini poteva riuscire a sintetizzare in così poche, intense pagine sia la storia scientifica e antropologica del concetto di morte, sia la complessa evoluzione del pensiero medico e dei valori sociali che sottendono qualsiasi decisione intorno al morente. Questo piccolo testo, veramente utile per tutti i medici, dà conto del perché, al di là delle differenze di pensiero interne al mondo medico come a qualsiasi altro gruppo sociale, il codice deontologico vigente abbia trovato unanime approvazione tra i medici e ascolto e attenzione da filosofi, politici e magistrati. Ricordo un altro bel libro di Cosmacini sulla religione della medicina, di cui questo è come una continuazione. La religione del medico è laica nel senso più alto della parola perché non può disgiungere il bene fisico del paziente

dal rispetto delle sue personali scelte morali, dall'immagine che ognuno ha di sé. In situazioni come queste, di fine vita, in cui il processo del morire si svolge oggi più spesso nel segno di un'esasperata tecnologia piuttosto che della umana pietà, non possiamo seguire a comportarci come navi che corrono accanto nella notte ma tentare di comunicare le nostre visioni del mondo per cercare quel minimo etico di comune condivisione fondato sul reciproco rispetto e sulla volontà di non imporre a nessuno i convincimenti di altri. Questa ultima opera di Cosmacini merita di essere letta dai medici ma anche di essere consigliata agli studenti perché comprendano come sia complessa la realtà della professione nell'epoca dei maggiori trionfi e degli straordinari dilemmi della medicina moderna.

*Antonio Panti*

## A bocca aperta

**Guido Fornasari**

*Edizioni MEF - Firenze Atheneum*

**G**uido Fornasari è un medico specialista in odontostomatologia psicoterapeuta di formazione junghiana, membro della Società Italiana di Medicina Psicosomatica, svolge la professione odontoiatrica e anche un'attività di psicoterapeuta. La lettura del libro appare particolarmente interessante anche per coloro che operano come odontoiatri e nella loro quotidianità incontrano pazienti con sensibilità le più diverse alle cure delle patologie orali. Il lavoro di Fornasari mette in risalto la stretta connessione della bocca con gli aspetti

simbolici legati al vissuto psicologico del paziente.

Attraverso un affascinante excursus delle teorie junghiane l'autore dimostra che ogni evento fisico può essere letto con l'ottica psicosomatica, richiamando l'attenzione dell'operatore a comprendere come a volte i sintomi possono essere espressione di un disagio esistenziale che si mostra attraverso il corpo.

La lettura di questo libro è senz'altro utile a stimolare una ricerca e un dibattito nella professione.

*Alexander Peirano*

## I due dogmi

**Paolo Vineis Roberto Satolli**

*Ed. Feltrinelli*

**I**n terza liceo l'insegnante di filosofia spiegò i "prolegomeni a ogni futura metafisica che vorrà presentarsi come scienza". Mi convinsi allora (e in parte lo sono tuttora) che la demarcazione tra fede e scienza fosse netta e facile a comprendersi. Invece le difficoltà di reciproca comprensione tra scienziati e uomini di fede permangono, anzi aumentano. Il problema non sta tanto nella razionalità della riflessione quanto nella irrazionalità delle interpretazioni che, commiste sempre ai fatti, dispongono intorno all'uomo una realtà che ognuno decifra a suo modo. Satolli e Vineis, in questo libro che i medici dovrebbero leggere e meditare, sanno porre le domande giuste e offrono spunti concreti per una riflessione che consenta di pensare procedure per decisioni reciprocamente rispettose. Nei capitoli che compongono il testo si parla di ogn, di razze, di morte, di cancerogeni, di diabete, di obesità, di clima e di altre questioni. Ma queste non sono discussioni filosofiche, tutt'altro, sono problemi che i medici sono chiamati ogni

giorno ad affrontare, spesso soli, più spesso in mezzo a clamori mediatici e a conflitti ideologici che altro non sono che strumenti del potere. La scienza, mettono in guardia gli autori, non dà risposte alle grandi domande etiche che oggi la società pone e che la politica cerca talora di risolvere brutalmente trasformando il biodiritto in biopotere. Però la scienza consente di illuminare le scelte e di scartare vetusti paradigmi mediante il miglior strumento conoscitivo che l'uomo abbia inventato. E questo è, a mio avviso, un fermo richiamo alla responsabilità dei medici come intellettuali, al loro ruolo di osservatori privilegiati del mondo e della società. Il medico è uomo di scienza, ma non fa di questa un dogma. Nel rispetto dell'autodeterminazione del cittadino spetta al medico criticare consapevolmente le ideologie, non per sostituire i fatti empirici ai giudizi morali, ma per cercare un'interazione costruttiva tra conoscenza scientifica e scelte della società.

*Antonio Panti*

## Guerra e cucina

Margherita Dalle Vacche

Editrice Manidistrega, Livorno 2009

**M**argherita Dalle Vacche è medico ma è anche animatrice di molte iniziative editoriali e informatiche in cui dà voce alle esperienze delle donne. E, in questo caso, a parlare sono la nonna e la madre di Margherita e il racconto è quello di come il loro sacrificio, la loro dedizione e la loro fermezza abbia consentito alla famiglia di superare il terribile periodo del passaggio del fronte durante la seconda guerra mondiale e, poi, di costituire, come sempre accade, il

perno su cui ha ruotato la famiglia fino alla maturità dei figli e alla nascita dei nipoti. La mano sapiente dell'autrice, figlia e nipote delle narratrici, si rivela nell'intreccio di tragici ricordi della nonna, filtrati da una grande fermezza di carattere, e di piacevoli ricette culinarie della madre, autrice anche di brevi riflessioni poetiche. Una piccola storia familiare affascinante e commovente.

Antonio Panti

Toscana Medica 4/10



a cura di Simone Pancani **Vita dell'Ordine**

### Accertamenti medicina fiscale

Sulla base di un quesito posto dalla Procura della Repubblica sulla funzione della vista fiscale si precisa che in assenza di una esplicita norma chiarificatrice, non rientra fra i compiti del medico fiscale quello di prolungare la

prognosi del soggetto se non in situazioni eccezionali e motivandolo. Ovviamente il medico fiscale può constatare situazioni che consigliano l'immediato ricorso al curante di fronte ad una modificazione del quadro patologico che influenzi la

prognosi.

Non rientra, inoltre fra i compiti del medico fiscale quello di sconsigliare il cittadino dal presentare il certificato del curante in caso di prolungamento della prognosi.

Toscana Medica 4/10



a cura di Bruno Rimoldi **Notiziario**

### Associazione Italiana Sclerosi Multipla

La ONLUS, è sorta nel 1968 con lo scopo di sensibilizzare l'opinione pubblica, di promuovere un'assistenza adeguata alle persone affette da tale patologia ed alle loro famiglie e di sostenere la ricerca scientifica sulla causa e sulla cura della malattia. Nel gennaio 1998 ha costituito la Fondazione Italiana Sclerosi Multipla (FISM) con il compito di continuare a promuovere e finanziare l'attività di ricerca scientifica sulla malattia. L'associazione è attiva anche a livello internazionale. In ambito nazionale ha

contribuito inoltre alla fondazione della Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap, del Consiglio Nazionale Disabilità e, nel 1995, insieme ad altre 12 associazioni non profit ha fondato il Summit della Solidarietà. Presidente onorario AISM e FISM è il premio nobel Rita Levi Montalcini, Presidente Nazionale AISM è la Dott.ssa Roberta Amadeo, Presidente FISM è il Prof. Mario A. Battaglia. L'Associazione conta oggi circa 10.000 volontari, con oltre 130 tra Centri, Sezioni Provinciali e Gruppi Opera-

tivi. La Sede Nazionale è a Genova. In Toscana abbiamo una sede per provincia e dei gruppi operativi. A Firenze la sede AISM si articola con il gruppo operativo di Empoli.

In sezione facciamo le seguenti attività: attività motoria (a gruppi) con fisioterapiste, feldenkrais, shiatsu, sostegno psicoterapeutico individuale e familiare, servizio di trasporto, attività sociali (pranzi, visite a mostre ecc). La sede si trova in via Rocca Tedalda n. 273 tel. 055/691033, sito [www.aism.it/](http://www.aism.it/) firenze, e-mail: [aismfi@virgilio.it](mailto:aismfi@virgilio.it).

### BACHECA

#### LAVORO IN NORD-RENO VESTFALIA

Importante azienda ospedaliera tedesca del Nordreno-Vestfalia che appartiene ad una holding di complessivi 35 ospedali ricerca giovani medici o neolaureati per inserimento nella propria struttura. Sede di lavoro: Nord-Reno Vestfalia (Germania). I candidati prescelti avranno la possibilità di svolgere una specializzazione in anestesia, medicina interna e chirurgia e saranno inquadrati come "Assistenzarzt" retribuiti secondo le tabelle dell'impiego pubblico tedesco (€ 2.500 netti + dai € 400 ai € 1.000 per le guardie) e con ampie possibilità di carriera. È indispensabile una discreta conoscenza della lingua tedesca. La struttura ospedaliera è, inoltre, disponibile a fornire un corso di lingua tedesca per far acquisire ai candidati prescelti le necessarie competenze linguistiche. Questo avviso è rivolto anche ai laureandi in medicina. Per ulteriori informazioni rivolgersi all'associazione culturale "Alpe Adria KultTour" di Udine. Referente è il dott. Vincenzo Delle Donne. Indirizzo e-mail: [alpeadriakulttour@gmail.com](mailto:alpeadriakulttour@gmail.com).

#### COLLABORAZIONI NON MEDICHE

■ Segretaria con pluriennale esperienza impiegherebbe in studio o struttura medica. In possesso di iscrizione liste di disoccupazione superiore ai 24 mesi (L. 407/90) (riconosce sgravi contributivi a chi assume a tempo indeterminato). Disponibilità al part-time, al full-time, ai turni e/o al telelavoro (con attuale interesse al P.T. e ai turni). Esperienze nel settore medico: 2001-2002 Impiegata presso Istituto Pratese di Radiodiagnostica, con incarico di accoglienza clienti, disbrigo pratiche, gestione appuntamenti, battitura e consegna referti clinici (Gen.2001/Lug.2002) 2000-2001 Impiegata presso ente di diritto pubblico (Ordine dei Medici della Provincia di Prato) con contratto part-time (24 ore sett.) a tempo determinato per sostituzione maternità, come segretaria amministrativa (disbrigo pratiche iscritti) e segretaria di presidenza; 1998-2000 Impiegata presso ente di diritto pubblico (Ordine dei Medici della Provincia di Firenze) con contratto a tempo determinato per sostituzione maternità, come segretaria amministrativa (disbrigo pratiche iscritti) e segretaria di presidenza. Cell. 347.8361540.



## CORSI E SEMINARI

### LA MEDICINA DI GENERE PROGETTO MEDICINA DI GENERE DELL' OSPEDALE DEL MUGELLO

Si tratta di un corso ECM dell'Azienda Sanitaria Firenze e si terrà martedì **4 Maggio 2010** con orario ore 9-14 presso l'Aula Muntoni, Presidio Ospedaliero S. Giovanni di Dio - Info e iscrizioni [paola.leoni@asf.toscana.it](mailto:paola.leoni@asf.toscana.it). Tel. 055.8451366 - L'approccio di genere alla salute è un'innovazione forte. Il genere è un determinante essenziale per la salute. Riconoscere le differenze è fondamentale per delineare programmi ed azioni, per organizzare l'offerta dei servizi, per indirizzare la ricerca, per giungere a decisioni cliniche basate sull'evidenza sia nell'uomo che nella donna. Il workshop si propone, attraverso contributi multidisciplinari su aspetti preventivi, clinici farmacologici, di richiamare l'attenzione dei professionisti sanitari su queste tematiche emergenti tenendo ben presente, come è stato ampiamente documentato, che una prospettiva di genere all'interno dell'erogazione delle cure mediche e dello sviluppo delle politiche sanitarie, migliorano la salute non solo delle donne, ma anche degli uomini e allo stesso tempo assicurano un più efficace utilizzo delle risorse sanitarie.

### IMPLANTOLOGIA AVANZATA

La Scuola di Specializzazione in Chirurgia Odontostomatologica dell'Università di Firenze organizza un evento formativo sul tema: "Implantologia avanzata: soluzioni chirurgiche e protesiche in un confronto aperto al pubblico" che si svolgerà il giorno **15 maggio 2010** presso il Plesso Didattico dell'Università, in Viale Morgagni 40 a Firenze. Presidente del convegno: Prof. Paolo Tonelli. Responsabili dell'evento formativo: Prof. Paolo Tonelli e Dott. Franco Amunni. Segreteria scientifica: Dott. Marco Duvina, D.ssa Giovanna Delle Rose, D.ssa Eleonora Biondi, Dott. Cosimo Mascherini. Segreteria organizzativa: Servizio eventi del Polo biomedico dell'Università di Firenze, tel. 055.4598699/774, e-mail: [re.form@polobiotec.unifi.it](mailto:re.form@polobiotec.unifi.it). Crediti ECM richiesti. Ulteriori informazioni nella pagina "Manifestazioni scientifiche" del sito internet [www.med.unifi.it](http://www.med.unifi.it).

## Mostra medici pittori, fotografi, scultori e scrittori a Firenze

L'Istituto di Medicina dello Sport di Firenze festeggia quest'anno 60 anni di vita. La Direzione dell'Istituto intende celebrare questa ricorrenza con una serie di iniziative che coinvolgano il più possibile i colleghi medici. Fra queste iniziative l'Istituto di Medicina dello Sport vorrebbe organizzare una mostra di medici pittori, scultori, fotografi e scrittori, che sarà inaugurata nel mese di settembre p.v. Il tema della mostra è "Arte, medicina e sport", per cui chi ne ha la possibilità può partecipare con un'opera su questo soggetto, oppure a tema libero. I colleghi interessati sono pregati di comunicare la propria disponibilità alla e-mail dell'Ordine: [toscamedica@ordine-medici-firenze.it](mailto:toscamedica@ordine-medici-firenze.it), specificando se sono pittori, scultori o fotografi. Info: tel. 055.496255 int. 3.

## BACHECA

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

### SOSTITUZIONI

- Il dr. Ahmad Ismail Abd Ali, laureato nel 1991 a Perugia e specializzato in urologia nel 1997 a Firenze si offre per sostituzioni a mmg, per guardie mediche e case di cura in Toscana. Cell. 380.1477311.
- La dott.ssa Silvia Campanella, specialista in audiologia e foniatria a Siena e che continua a frequentare al Careggi di Firenze disponibile per sostituzioni specialistiche su Firenze. Tel. 339.1769704. e-mail [silvia\\_campanella@libero.it](mailto:silvia_campanella@libero.it).

### COLLABORAZIONE TRA MEDICI

- Cecilia Barbini, laureata a Siena con 110/110 e lode ed abilitata alla professione di Medico Chirurgo è disponibile ad effettuare sostituzioni a mmg, pls, Guardie Mediche in strutture private, servizi sportivi, servizi di assistenza domiciliare, servizi in strutture assistenziali e turistiche, colonie estive, prelievi o giornate di donazioni di sangue. Cell. 334.3585259.
- Cinzia Calobrisi, in possesso di diploma di formazione specifica in mg, spec. in medicina fisica e riabilitazione, con esperienza in guardia medica e sostituzioni medici medicina generale e specialisti fisiatri, è disponibile per sostituzioni a mmg e specialisti fisiatri in FI, PO e prov., per assistenza a manifestazioni ed eventi sportivi e guardie mediche in casa di cure private. Cell: 339.2738343.
- Medico fisiatra, con esperienza maggiore di cinque anni in Direzione Sanitaria e competenze di Gestione Rischio Clinico e sistema qualità, cerca impiego come Direttore Sanitario. Cell. 392.0693948.
- Odontoiatra, spec. in chirurgia odontostomatologica presso Univ. di FI, offre la propria collaborazione in chirurgia e implantologia presso studi dentistici della provincia di FI, PO, PT, AR e LU. tel. 347.1547422.
- Odontoiatra endodontista, socio attivo della Società Italiana di Endodonzia, con casi documentati, offre collaborazione part-time (1 volta ogni 15 giorni) a studi odontoiatrici in Firenze e limitrofi. Tel. 348.3105252.
- Odontoiatra, spec. in odontoiatria estetica e laser terapia, propria apparecchiatura laser a diodi offre seria collaborazione. Cell.: 335.7054466.
- Odontoiatra, laureata 2007, spec. in Ortodonzia presso l'Univ. di Ferrara, master tweed, corso Damon, esperienza con tecniche invisibili, certificata invisalign cerca collaborazione in ortodonzia in tutta la Toscana. disponibile per invio curriculum via mail. 333.2490771.
- Odontoiatra esperienza decennale offre seria collaborazione in conservativa, endodonzia, protesi presso studi dentistici in FI, PO e relative province. Cell. 338.6617368.
- Odontoiatra con esperienza in chirurgia orale, parodontologia, sbiancamento e routine odontoiatrica offre la propria disponibilità due giorni alla settimana a FI e dintorni Cell. 339.3138407.
- Odontoiatra, spec. in chir. odontostomatologica a FI è disponibile per collaborazioni in chir. E implantologia presso studi in FI, PO, PT, AR e LU. Propria attrezzatura. Cell. 347.1547422.
- Odontoiatra laureata ad aprile 2007 offre la propria collaborazione in igiene, conservativa, pedodonzia, endodonzia in studi di PO, FI, PT. Esperienza maturata in campo pubblico e privato. Capacità di effettuare piani di trattamento protesici fissi e mobili. Disponibilità 2 giorni a settimana. Cell. 345.2662517.
- Odontoiatra con esperienza quindicennale in conservativa, endodonzia (Mtwo), protesi fissa, mobile e implantologia, offre la propria collaborazione presso studi dentistici della prov. di FI, PT, PO. Cell. 338.2353408.

**COMBISARTAN<sup>®</sup>** 160 mg / 25 mg

C09DA03

*valsartan + idroclorotiazide*

**COMBISARTAN<sup>®</sup>** 160 mg / 12,5 mg

C09DA03

*valsartan + idroclorotiazide*

**VALPRESSION<sup>®</sup>** 160 mg

C09CA03

*valsartan*



Menarini, salute senza confini

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



Certificato Nr.  
50 100 4785

Manfredo Fanfani

L'OPERA D'ARTE,  
UN MEZZO MEDIATICO CHE CONIUGA  
BELLEZZA, CRONACA ED EMOZIONI

La civiltà delle immagini ha radici profonde e antiche.  
Sono cambiati gli strumenti, non la filosofia e lo scopo.



In pubblicazione prossimamente nella rivista

F. Fanfani M. Bamoshmoosh

## Cardio/TC

Coronarografia non invasiva

Autori:

M. Bamoshmoosh

M. Bellini

N. Carrabba

L. Carusi

G. Casolo

A. Colella

F. Fanfani

L. Padeletti

C. Ricci

S. Terrani

N. Villari

Presentazione:

G.F. Gensini

N. Villari

