



# ToscanaMedica

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



## Le nanotecnologie applicate alla medicina

A. Arcangeli, S. Ferrati, M. Ferrari

## Qualità della vita, conservazione della fertilità e chirurgia mini-invasiva in ginecologia oncologica

S. Guaschino, M. Fambrini, A. Mattei,  
F. Landoni, E. Vizza, G. Scambia

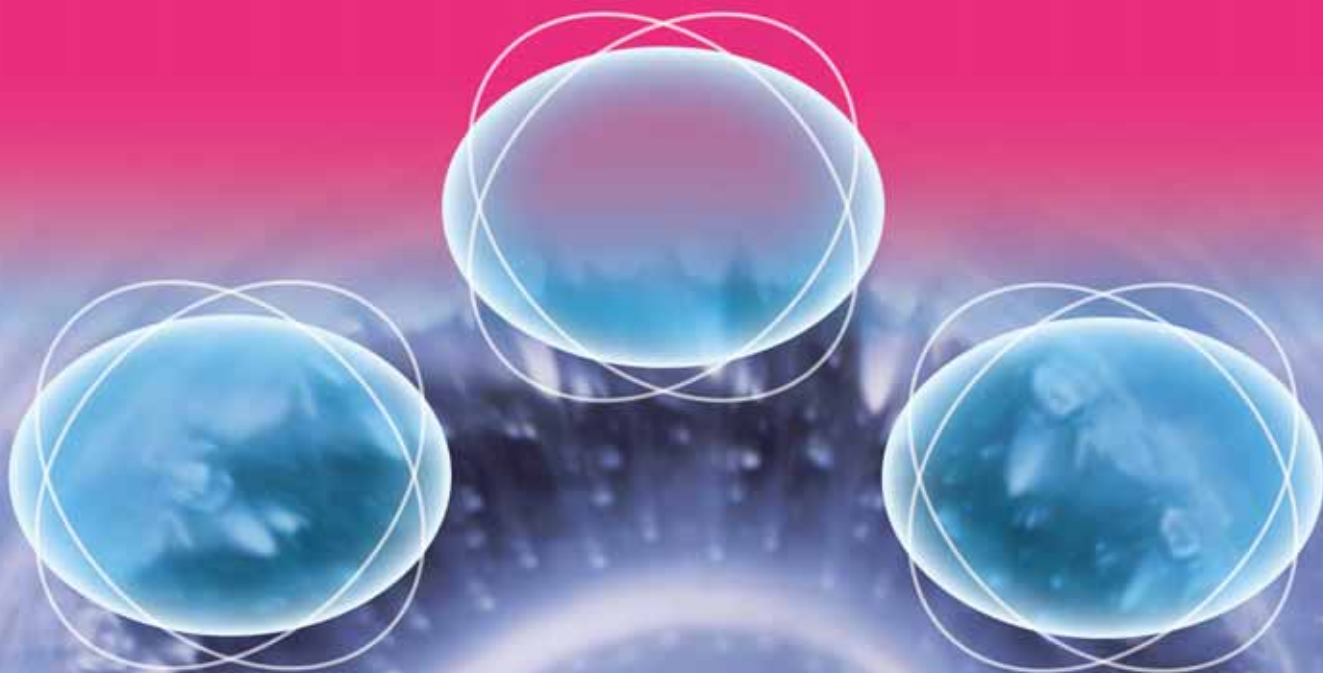
## Appropriatezza delle cure dei pazienti anziani complessi

L. Gabbani, C. Pozzi, E. Piattoli Barghini

## Sviluppo del Sistema Cure Intermedie al fine dell'utilizzo corretto delle risorse ex DGR 1235/2012

Regione Toscana

# N° 4 APRILE 2013



# ROBILAS

BILASTINA

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



Certificato Nr  
80-100 4785  
REV. 07



Depositato presso AIFA in data 05/10/2012

ROBI 12 11

**LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA**

- Voci dal passato  
*F. Napoli* 4

**EDITORIALE**

- Troppa folla intorno alla morte  
*A. Panti* 5

**RICERCA E CLINICA**

- Le nanotecnologie applicate alla medicina  
*A. Arcangeli e coll.* 6
- Qualità della vita, conservazione della fertilità e chirurgia mini-invasiva in ginecologia oncologica  
*S. Guaschino e coll.* 8
- Capnografia/capnometria e sforzi rianimatori  
*S. Cipani e coll.* 11
- Misurare le attività di nutrizione artificiale a domicilio  
*A. Giannoni e coll.* 12
- Utilità e vantaggi di un sistema di tele-monitoraggio nell'insufficienza respiratoria cronica  
*S. Bertini e coll.* 17

**QUALITÀ E PROFESSIONE**

- La figura del Medico di Riferimento nell'Ospedale per Intensità di cure  
*F. Risaliti* 20
- Appropriatazza delle cure dei pazienti anziani complessi  
*L. Gabbanì e coll.* 22
- Alcune considerazioni sull'Accordo Regionale per la Medicina Generale  
*E. Messina* 24
- Medicine alternative complementari e malattie "hard"  
*A. Dolara* 26
- In tema di formazione sanitaria: un'esperienza toscana  
*L. Dioscoridi e coll.* 37
- La nuova frontiera del SSN - Parte I  
*G. Giuliano e coll.* 39

- Pronto soccorso ed emergenza  
*C. Scarpellini e coll.* 43

**REGIONE TOSCANA**

- Rapporti Interprofessionali nell'Ospedale per Intensità di Cure  
*Osservatorio Regionale Ospedale per Intensità di Cure* 30
- Le misure alternative alla detenzione per persone tossico-alcoldipendenti in Toscana  
*A. Alfano* 33
- Sviluppo del Sistema Cure Intermedie al fine dell'utilizzo corretto delle risorse ex DGR 1235/2012  
*Consiglio Sanitario Regionale* 34

**SANITÀ NEL MONDO**

- Il Servizio Sanitario Nazionale inglese in vendita  
*G. Maciocco* 45

**LETTERE AL DIRETTORE**

- Quando il dilemma è credere a "Nature" o a "Le Iene"  
*F. Bambi* 47
- Farmaci equivalenti e bioequivalenza  
*R. Cecchi* 48
- La prescrizione tra efficacia e sostenibilità  
*R. Danesi, S. Taddei* 49
- Ancora sul percorso chirurgico nell'ospedale per intensità di cure  
*G. Pinto, F. Renzi* 51
- Ticket e livellamento redditi  
*M. Bindì* 51

**CONVEGNI E CONGRESSI**

**FRAMMENTI DI STORIA** 50

- Praecipua theoriae visionis fundamenta  
*L. Biagini e coll.* 52

**LETTI PER VOI** 53

**BACHECA** 53

**STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA**

- Una storia di aureole e di capelli  
*M. Fanfani* 54

**VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani** 58

**NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi** 60



Fondato da  
**Giovanni Turziani**

Anno XXXI n. 4 - Aprile 2013  
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  
*Cappella Rucellai Alberti, Firenze*  
*Foto Dario Lasagni.*

Prezzo € 0,52  
Abbonamento per il 2013 € 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: [riccardo@edizionitassinari.it](mailto:riccardo@edizionitassinari.it)  
<http://www.edizionitassinari.it>

**Stampa**

Nuova Grafica Fiorentina  
via Traversari - Firenze

**COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA**

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

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



## Voci dal passato

**I**n una città che non di rado dimentica il presente e non si pone domande sul futuro, ma che invece molto fa per mantenere viva la propria identità passata – si guardino i lavori sulle porte del Ghiberti nel Battistero, l'apertura successiva di sale agli Uffizi, il restauro delle Biblioteche Moreniana e Riccardiana –, ecco giungere una nuova sorpresa dal passato.

Dal complesso dell'ex chiesa di San Pancrazio in Firenze, oggi sede del Museo Marino Marini, mediante un collegamento è possibile accedere all'attigua Cappella Rucellai da tempo invisibile e precedentemente centellinata nelle visite: all'interno della struttura appare un piccolo gioiello rinascimentale di formazione umanistica, il Tempietto del Santo Sepolcro opera architettonica di Leon Battista Alberti, realizzata nel 1467.

I rapporti tra Firenze e il Medio Oriente intercorrevano nel Quattrocento non solo sul piano economico, ma anche su quello culturale e ideale: se da un lato, in Firenze, noti erano i rapporti di stima fra Saladino e Lorenzo il Magnifico – ne seppe qualcosa Bernardo Bandini, fuggito dopo la Congiura dei Pazzi in Oriente sperando di sottrarsi alla vendetta dei Medici, poi riconsegnato a questi proprio dal sultano in segno di stima e amicizia –, dall'altro la pressione ottomana su Costantinopoli e il permanere degli infedeli in Terra Santa determinano in molti il desiderio di avere qui e non altrove almeno idealmente il Santo Sepolcro.

Ecco giustificata la realizzazione in scala dell'originale in Gerusalemme: piccolo sacello interno in cui accedere con il dovuto disagio; ecco la decorazione muraria a bande bicrome come ormai da secoli si effettuava in Toscana su importazione comunque mediorientale; ecco la decorazione della sommità del Tempietto a rimandare a decorazioni arabeggianti.

Di Leon Battista Alberti appaiono qui i principi fondamentali che affiorano nei suoi libri *De re edificatoria*: la costruzione si basa sulla geometria, ovvero sulla misurazione geometrica dello spazio, quindi sul numero; sull'utilitas – cioè la destinazione della costruzione che qui ha significati religiosi, ma anche sociali – e la concinnitas, ovvero l'armonia che è architettonica, sociale e universale.

Pratico è l'abbinamento proposto oggi dopo questo recupero: l'orario di apertura del Marini coincide con quello della Cappella Rucellai, avendo il medesimo ingresso.

FEDERICO NAPOLI

Ma è anche interessante l'accostamento che così si viene a creare fra lo scultore e pittore pistoiese del Novecento e un manufatto del pieno Quattrocento, per di più collegati fra loro dalla struttura che tutto ospita e che è un'antica chiesa medioevale, San Pancrazio (un tempo con annesso convento, oggi abitazioni) ristrutturata e trasformata nei secoli, ma che Bruno Sacchi seppe recuperare in modo affascinante nel 1982.

L'unione fra queste due anime, quella storica e l'altra contemporanea, flusso d'arte e di idee nei secoli, appare come un buon esempio di quanto potrebbe essere fatto a Firenze e non sempre lo è.

### **Cappella Rucellai e Tempietto del Santo Sepolcro** annesso al Museo Marino Marini (piazza San Pancrazio, Firenze)

*ingresso su prenotazione, in orario apertura Museo*



*Cappella Rucellai Alberti, Firenze - Foto Dario Lasagni.*



# Troppa folla intorno alla morte

ANTONIO PANTI

*“Signore, dai a ciascuno la sua giusta morte  
quel venir meno che procede da una vita  
in cui ha vissuto amore e conoscenza e pena”.*

Rainer Maria Rilke da “il libro d'ore”

**S**ostengono i sociologi che il vero potere che i medici hanno perso non è quello sul paziente che, pur nella sua autonomia, accetta i consigli di chi lo cura; la vera perdita è che i medici non determinano più confini e limiti della medicina. Il mercato, la tecnica, la politica, l'economia, le religioni, dettano le regole su quel che il medico può o deve fare. Così accade alla fine della vita. In troppi si vuol influire sulle decisioni del morente e sul comportamento del medico. Secondo l'etimologia, *eutanasia* significa “buona morte” ma a questa parola si attribuisce oggi un significato completamente diverso e il concetto di morte buona sembra sfuggito alla medicina.

Non si discute il divieto che il codice deontologico pone nei confronti dell'eutanasia, si rileva il fatto che, nella prassi quotidiana, la morte, qualsiasi morte, avvenga sotto un pesante condizionamento ideologico e sociale.

La buona morte è quella che giunge al momento giusto. Un momento che solo la sorte stabilisce, ma che, oggi, quando la tecnologia può molto, può essere rinviato o accolto secondo il vissuto, le convinzioni, gli affetti di ognuno.

L'uomo oggi rifiuta la morte e la chiude negli ospedali, affidata a personale specializzato.

E quasi si ritiene ogni morte un errore di cui poter accusare qualcuno, i medici per lo più, e la si vuol rinviare ricorrendo a tutte le tecnologie disponibili. Esiste un drammatico contrasto tra il rifiuto della morte, quale parte ineliminabile della vita, e l'immagine del morente trafitto da sonde, tubi, strumenti, che prolungano un'inutile vita, quando il termine naturale sarebbe già scaduto senza il potere pervasivo della tecnica. Il confine tra naturale e artificiale è sempre più incerto. Nelle rianimazioni, nei nostri attrezzatissimi reparti, anche a domicilio, ove si dispone di farmaci potenti e di dispositivi sofisticati, quando finisce la vita, quella assegnata a ciascuno?

La morte la decidono i familiari, i giudici, i politici con le loro leggi, il costume, le assicurazioni,

i giornalisti, i filosofi. Il medico spesso si assume non volute responsabilità. E allora un problema più concreto di quello che affanna laici e credenti si affaccia all'orizzonte. Alcuni lo avevano previsto. “L'esame” di Richard Matheson è tutt'altro che un racconto di fantascienza, ma una fosca previsione su uno Stato attento solo all'utilitarismo economicista e che, quindi, sottopone ad esame gli anziani e elimina chi avrebbe rappresentato un troppo grave carico per la società. E già nel 1978 Carl Henning Wijkmark immaginava, in un racconto intitolato “La morte moderna”, una discussione presso il Ministero dell'Economia svedese tra politici, filosofi, eticisti, sacerdoti e medici sui modi opportuni per convincere al suicidio gli anziani cronici.

Quanto costa la sopravvivenza senza speranza nei nostri moderni ospedali? Forse nessuna Banca Mondiale o Consesso Internazionale vorrà imporre l'interruzione delle cure; la favorirà surrettiziamente il sistema assicurativo imponendo premi troppo elevati per assistere il paziente cronico? Insomma, dopo tanto discutere, la fine della vita non rischia di diventare uno dei tanti *tagli* della sanità? Prolungare una vita che sappiamo ormai perduta rientrerà nei criteri della *spending review*? Ma allora occorre riflettere sul rapporto tra medico e morente.

Fin dalle più lontane origini il medico (il guaritore) dispone di terapie per i mali ma sa anche accompagnare il morente alla fine della vita.

*Sedare dolorem* significa affrontare la sofferenza del malato e aiutarlo a sopportarla fino alla morte che è l'unico evento certo della vita. Cacciamo allora gli estranei dalla camera del morente. Lasciamo figli, coniugi, amici, sacerdoti se sono di conforto. Ma espelliamo ideologie o fanatismi più o meno religiosi, tecnologie sofisticate costose e inutili, strumentalizzazioni incivili o vergognosi voyeurismi. Decidere come affrontare la morte per renderla buona o almeno meno grave o più sopportabile spetta soltanto all'alleanza tra medico e paziente.

I medici dovrebbero riappropriarsi della grandezza dell'autentica medicina, aiutando il morente a trovare la sua buona morte. **TM**



Annarosa Arcangeli, Professore Ordinario di Patologia Generale c/o la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Univ. di Firenze. Si è laureata in Medicina e Chirurgia nel 1981, e specializzata in Ematologia nel 1984. È Dottore di Ricerca in Patologia Sperimentale. Co-fondatore dello spin-off dell'Univ. di Firenze DIVAL TOSCANA SRL, che lavora nel settore della Nanomedicina.

# Le nanotecnologie applicate alla medicina

## Un futuro ormai vicino

**L**e nanoscienze e le nanotecnologie rappresentano un settore di punta della ricerca scientifica. Secondo la definizione data nel 2000 nell'ambito della National Nanotechnology Initiative (NNI): "Nanotecnologia è lo studio e il controllo della materia alle dimensioni comprese fra 1 e 100 nanometri, dimensioni alle quali avvengono fenomeni che sono in grado di conferire ai materiali proprietà fisiche, chimiche e biologiche uniche e completamente diverse da quelle della materia di base". I "nanoprodotti" sono pertanto quei materiali o dispositivi nei quali vi è almeno un componente funzionale con dimensioni inferiori a 100 nm. Le prospettive rivoluzionarie associate alla nanotecnologie derivano dal fatto che, come detto, a questi livelli di dimensioni le caratteristiche e il comportamento della materia cambiano drasticamente. Numerosi prodotti, alcuni dei quali già attualmente sul mercato, sono basati sull'utilizzo delle nanotecnologie: nanoparticelle per cosmetici o per vernici, prodotti tessili, "hard disks" con superfici nanostrutturate etc.

La nanomedicina è una delle più portenti applicazioni e dei più promettenti sviluppi delle nanotecnologie. La nanomedicina comprende un'ampia serie di attività di ricerca che vanno dallo sviluppo di biosensori, nanomateriali con applicazioni biomediche, alla costruzione di nanovettori a scopo terapeutico e diagnostico. Non dobbiamo dimenticare che la dimensione "nano" presenta notevoli vantaggi anche, e forse soprattutto, in campo biomedico e farmacologico, dove la riduzione dei volumi a beneficio delle superfici di scambio, è in grado di migliorare in maniera sensibile le interazioni fra i nanomateriali e le cellule viventi.

Attualmente, le nanotecnologie applicate alla medicina più promettenti e già in fase di sperimentazione riguardano: lo sviluppo di nano-vettori per la distribuzione mirata dei farmaci (*drug delivery*), ed i cosiddetti "lab-on-a-chip" e altri tipi di Micro Electro Mechanical Systems (MEMS), utilizzabili a scopo diagnostico. Analizziamo più in dettaglio queste due tipologie di prodotti, originati dalla nanomedicina:

**1) Drug delivery.** Sono molte le ricerche sperimentali per la produzione e caratterizzazione di nanoparticelle che possano agire da vettori efficienti per il 'drug delivery', inteso come lo sviluppo di sistemi alternativi di distribuzione mirata dei farmaci nell'organismo. Ciò al fine di circoscrive-

re l'effetto biologico della terapia a una determinata tipologia di cellule, migliorandone l'efficacia e riducendone, nel contempo, la tossicità sistemica. Pertanto, i nanovettori rappresentano una delle alternative migliori per la somministrazione di medicinali ai malati cronici, che necessitano di trattamenti continuativi, solitamente ad alti dosaggi, che comportano spesso significativi effetti collaterali. A questo proposito, va sottolineato come vi sia grande interesse a sviluppare nuovi sistemi di "nanodelivery" per farmaci che sono già sul mercato, soprattutto farmaci antineoplastici. Un esempio è la recente approvazione, per il trattamento del carcinoma ovarico e del sarcoma di Kaposi associato all'AIDS della doxorubicina liposomiale, secondo una formulazione semplificata rispetto alla analoga preparazione (Doxil), ritirata dal mercato per problematiche inerenti le procedure di produzione.

Tra i possibili vettori da utilizzare per il drug delivery troviamo quelli realizzati con **nanoparticelle** di oro, di silice, o di ossidi di ferro, coniugati con dendrimeri o con peptidi e/o anticorpi che ne

ANNAROSA ARCANGELI<sup>1</sup>, SILVIA FERRATI<sup>2</sup>, MAURO FERRARI<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Sezione di Medicina Interna, Università di Firenze

<sup>2</sup> Dipartimento di Nanomedicina, The Methodist Hospital Research Institute, Houston, TX, USA

<sup>3</sup> Presidente e CEO The Methodist Hospital Research Institute, Houston, TX, USA; Dipartimento di Medicina, Weill Cornell Medical College, New York, NY, USA; Alliance for NanoHealth, Houston, TX, USA.

facilitano il riconoscimento del bersaglio molecolare verso il quale dirigersi. Tali sistemi mostrano grandi potenzialità per un impiego sia diagnostico che terapeutico.

Un'ulteriore evoluzione in questo settore è rappresentata dai **nanovettori multistadio in silicio poroso**, inventati e ottimizzati dal gruppo del Prof. M. Ferrari a Houston: essi sono costituiti da micro-particelle in silicio poroso a forma di "mezza noce di cocco" che contengono al loro interno nanoparticelle di natura diversa. Questi vettori a "stadi" funzionano con un principio analogo a quello dei missili progettati dalla Nasa per raggiungere la luna: le particelle si dissociano sequenzialmente durante il loro viaggio nel corpo umano, superando così tutte le barriere biologiche presenti nel nostro corpo, tra cui il sistema immunitario, le pareti dei vasi, ed i tessuti adiacenti al tumore.

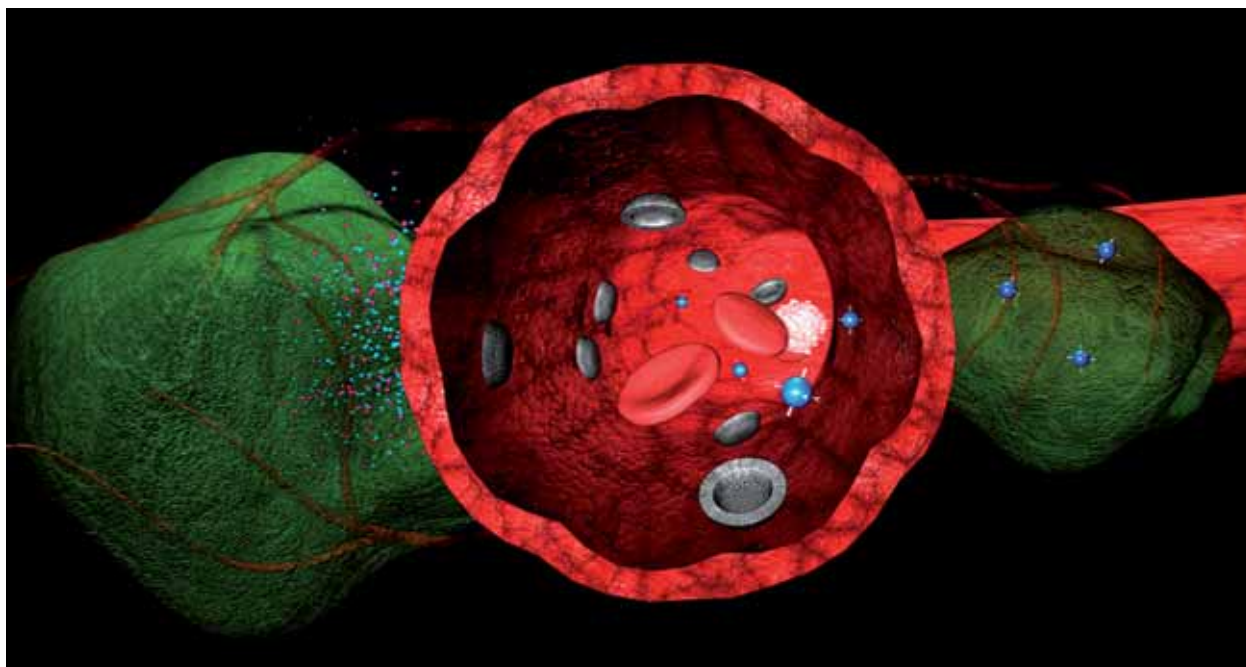
**2) Lab-on-a-chip e bioMEMS:** Con lab-on-a-chip (LOC) si indica un dispositivo, un laboratorio in miniatura, che integra funzioni multiple su un singolo chip: un microreattore capace di trattare volumi di fluidi estremamente piccoli, inferiori all'ordine dei picolitri. Inizialmente i MEMS microfluidici sono stati utilizzati come valvole, pompe e sistemi per getto d'inchiostro. Oggi, grazie ad un tremendo sforzo nel campo della ricerca, siamo arrivati ad avere bioMEMS o bio-nanosistemi chiamati con termini diversi (biochip, bioMEMS, microarray, chip a DNA, cell-chip, micro-impianti), che rappresentano dei microscopici "laboratori" interattivi a controllo remoto, in grado di raccogliere e trasmettere dati all'interno del corpo del paziente. L'applicazione dei LOCs nella medicina è ancora all'inizio; un esempio di successo per i LOCs nelle scienze della vita è lo sviluppo di "automated patch clamp chips", che hanno dato la

possibilità di incrementare drasticamente i risultati per i test sui farmaci nelle industrie di questo settore.

Quanto detto dimostra l'enorme potenziale delle nanotecnologie in campo terapeutico, diagnostico e farmaceutico.

Possiamo dire a questo punto che la nanomedicina è sempre più vicina. È probabile che entro i prossimi 3-5 anni verranno immessi sul mercato sistemi avanzati per la somministrazione mirata di farmaci, protesi mediche più resistenti e con migliorata biocompatibilità, che si aggiungeranno a nuovi e migliori sistemi di biomonitoraggio, non solo a livello ambientale, ma anche all'interno degli organismi viventi. Le applicazioni potenziali sono letteralmente infinite. Dal punto di vista produttivo, inoltre, la dimensione "nano" contribuisce non poco ad abbattere i costi di produzione e a ridurre l'inquinamento globale.

Cosa si sta facendo in Toscana? Già sul territorio esistono delle realtà produttive (chimiche e biotecnologiche), all'interno del Polo di Innovazione NANOXM, fortemente coinvolte nel settore della nanomedicina. Non dobbiamo dimenticare che una delle caratteristiche più avvincenti e innovative delle nanotecnologie è la loro natura interdisciplinare, in grado di legare la fisica, la chimica e l'ingegneria alle scienze della vita, biologia, farmacia e medicina. In quest'ottica, è ormai non lontano il momento di costituire una piattaforma regionale toscana di nanotecnologia, con il fine di favorire la formazione di un legame solido fra il tessuto industriale e il mondo della ricerca finalizzato alle scienze mediche, in grado di trasferire rapidamente i risultati sperimentali alla pratica clinica. **TM**





Secondo Guaschino, Direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica - Università di Firenze. 2011-2012 Direttore Dipartimento Universitario di Scienze mediche, chirurgiche e della salute Università di Trieste. 2003-2009 Preside della Facoltà di Medicina Università di Trieste. 2007 - Presidente European Society for Infectious Diseases Italian Branch.

# Qualità della vita, conservazione della fertilità e chirurgia mini-invasiva in ginecologia oncologica

## Introduzione

Fino a qualche anno fa, il trattamento dei tumori ginecologici aveva come unico obiettivo il prolungamento della sopravvivenza attraverso l'impiego di trattamenti radicali mirati a rimuovere spesso grande parte dell'apparato riproduttivo.

Negli anni si è creata l'esigenza di tutelare altri aspetti della paziente oncologica come la qualità della vita che, assieme al prolungamento della sopravvivenza, rappresenta oggi uno dei principali indicatori del trattamento. La conservazione della fertilità in caso di tumore ginecologico rappresenta sempre più spesso una richiesta della paziente anche in considerazione del progressivo incremento dell'età media alla prima gravidanza. Altri aspetti della qualità della vita come quelli derivanti dal ridotto trauma chirurgico hanno nel tempo acquisito importanza, portando ad un progressivo utilizzo di tecniche chirurgiche minimamente invasive.

Presso la SOD di Ginecologia del DAI Materno Infantile di Careggi sono previsti protocolli di gestione conservativa di alcuni stadi dei principali tumori ginecologici (Figure 1-3) in accordo alle linee guida condivise e in collaborazione con centri di riferimento per le proposte più innovative.

## Carcinoma della cervice uterina

L'incidenza e la mortalità del carcinoma della cervice uterina (CC) hanno registrato un trend in discesa negli ultimi cinquant'anni grazie allo screening mediante pap-test che ha permesso di evidenziare sempre più spesso i precursori del tumore invasivo, ancora trattabili in maniera conservativa.

Il trattamento standard del CC invasivo con-

templa l'integrazione della chirurgia (con vari gradi di radicalità) e della radioterapia. In Europa il primo approccio alle forme invasive iniziali (Stadio IA-2A) è rappresentato dalla chirurgia. Per le forme inizialmente invasive (Stadio IA1-IA2) il trattamento chirurgico standard prevede l'isterectomia totale o radicale tipo B1 in associazione

o meno alla linfadenectomia pelvica in relazione alla profondità di invasione stromale su biopsia conica ed all'interessamento degli spazi linfovaskolari (SLV). Per le forme francamente invasive (Stadio IB-2A) è indicata l'isterectomia radicale tipo C1 associata alla linfadenectomia pelvica.

Nelle pazienti giovani e desiderose di prole può essere preso in considerazione un tratta-

mento chirurgico conservativo mediante conizzazione quando l'analisi istologica del cono dimostra margini liberi da malattia, assenza di invasione SLV e profondità d'invasione stromale  $\leq 3$  mm. In caso di invasione SLV incrementa significativamente il rischio di metastasi linfonodali (4.7% vs 0.5%) per cui si rende necessaria la linfadenectomia pelvica. La via endoscopica per l'esecuzione della linfadenectomia pelvica è da preferire in quando, a parità di efficacia nella rimozione dei linfonodi, fornisce significativi vantaggi in termini di morbilità ed esiti cicatriziali/aderenziali rispetto alla chirurgia tradizionale. In caso di infiltrazione superiore ma fino a 5 mm, in pazienti giovani selezionate e desiderose di prole può essere ancora pianificato un trattamento conservativo mediante conizzazione o trachelectomia radicale in associazione alla dissezione linfonodale.

In considerazione del crescente numero di tumori francamente invasivi diagnosticati in età riproduttiva, anche le pazienti giovani con tumori Stadio IB di dimensioni inferiori ai 3 cm possono

SECONDO GUASCHINO<sup>1</sup>,  
MASSIMILIANO FAMBRINI<sup>2</sup>, ALBERTO MATTEI<sup>3</sup>,  
FABIO LANDONI<sup>4</sup>, ENRICO VIZZA<sup>5</sup>,  
GIOVANNI SCAMBIA<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Professore Ordinario, Direttore SOD Ginecologia e Ostetricia, AOU Careggi - Firenze

<sup>2</sup> Professore Associato, SOD Ginecologia e Ostetricia, AOU Careggi - Firenze

<sup>3</sup> Dirigente Medico, SOD Ginecologia e Ostetricia, AOU Careggi - Firenze

<sup>4</sup> Direttore Centro Carcinoma della Cervice, Istituto Europeo Oncologia - Milano

<sup>5</sup> Direttore Divisione Ginecologia Oncologica, Istituto Tumori Regina Elena - Roma

<sup>6</sup> Professore Ordinario, Direttore Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia, Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma



essere selezionate per gestione conservativa finalizzata all'ottenimento di una gravidanza. In caso di tumore  $\leq 2$  cm dopo conizzazione e linfadenectomia pelvica negativa è proponibile il *follow-up* mentre, per dimensioni superiori ma fino a 3 cm, sono proponibili tre cicli di chemioterapia a base di platino e taxolo prima dello stesso schema terapeutico chirurgico.

### Carcinoma endometriale

Il carcinoma endometriale (CE) rappresenta il più frequente tumore ginecologico nei paesi industrializzati e possiede fattori di rischio correlati allo stile di vita (obesità, diabete, terapie ormonali, etc). Il trattamento chirurgico standard previsto per il CE prevede l'isterectomia totale con salpingo-ovariectomia e la linfadenectomia regionale.

Anche se tipico per fasce d'età più avanzate rispetto al CC, anche per il CE può porsi il problema della conservazione della fertilità quando interessa donne giovani e nullipare.

Il trattamento conservativo medico è possibile nelle giovani pazienti con CE istotipo endometriode ben differenziato in assenza di segni di infiltrazione miometriale all'ecografia transvaginale ed alla RMN. In tali circostanze è possibile il posizionamento di una spirale medicata al Levonorgestrel (LNG-IUS) ed il concomitante trattamento mediante Megestrol acetato 160 mg/die e Leuprorelina acetato 3.75/28 giorni per 3-6 mesi. In caso di negatività dei controlli istologici trimestrali dopo 12 mesi (o anche più tardi se non è pianificata una gravidanza nell'immediato) può essere rimosso LNG-IUS proseguendo con il *follow-up* a lungo termine.

In alternativa al trattamento medico conservativo, quando il tumore è focale, è proponibile l'escissione della lesione endometriale per via isteroscopica fino a raggiungere il sottostante endometrio. Tale procedura richiede operatori esperti ed uno stretto *follow-up*.

### Tumori ovarici

Nei paesi industrializzati, il tumore maligno epiteliale dell'ovaio (TMEO) rappresenta la quarta causa di morte per neoplasia nel sesso femminile dopo il tumore della mammella, del polmone e del colon. La diagnosi precoce di TMEO è rara, data la localizzazione anatomica dell'ovaio per cui la sintomatologia della malattia compare tardivamente ed è prevalentemente aspecifica.

Per questi motivi la diagnosi di TMEO confinato alla pelvi (I e II Stadio) è solitamente occasionale e nel complesso riguarda circa il 25% delle pazienti affette da malattia; nella restante parte dei casi il tumore viene diagnosticato in fase avanzata (III e IV Stadio) con una sopravvivenza a 5 anni inferiore al 25%. L'approccio terapeutico al TMEO è standardizzato e prevede un primo momento chirurgico seguito, nella maggior parte dei casi, da una chemioterapia a base di platino e taxolo.

Una chirurgia primaria ottimale, intesa come residuo di malattia assente, rappresenta il principale fattore prognostico in caso di TMEO avanzato.

Una gestione conservativa finalizzata alla conservazione della fertilità ed all'ottenimento della gravidanza può essere proposta a pazienti giovani con TMEO limitato ad una gonade, ben differenziato e rimosso a capsula integra (Stadio IA). Nei rari casi di tumore intracistico bilaterale (Stadio IB) ben differenziato è proponibile il trattamento conservativo dopo escissione bilaterale della cisti neoplastica in assenza di diffusione iatrogena peritoneale. In tali casi è mandatoria comunque la stadiazione chirurgica peritoneale e retroperitoneale finalizzata alla conferma patologica dello stadio. Il trattamento conservativo risulta indicato anche per gli istotipi borderline per i quali si può proporre una chirurgia conservativa anche in presenza di impianti extra-ovarici se non invasivi. Questo tipo di chirurgia conservativa, comprese le procedure di stadiazione, dovrebbe essere offer-

**Tabella 1** - Stadiazione FIGO per il carcinoma della cervice uterina.

Stadio I	
IA1	Tumore microscopico con infiltrazione $\leq 3$ mm e diffusione orizzontale $\leq 7$ mm
IA2	Tumore microscopico con infiltrazione compresa fra 3 e 5 mm e diffusione orizzontale $\leq 7$ mm
IB1	Tumore clinico con dimensioni $\leq 4$ cm
IB2	Tumore clinico con dimensioni $> 4$ cm
Stadio II	
IIA1	Tumore che interessa la vagina nei 2/3 superiori ma non il parametrio, con dimensioni $\leq 4$ cm
IIA2	Tumore che interessa la vagina nei 2/3 superiori ma non il parametrio, con dimensioni $> 4$ cm
IIB	Tumore che interessa il parametrio senza estensione alla parete pelvica
Stadio III	
IIIA	Tumore che interessa il 1/3 inferiore della vagina senza estensione alla parete pelvica
IIIB	Tumore che interessa la parete pelvica e/o idronefrosi o rene escluso
Stadio IV	
IVA	Tumore con invasione delle mucosa vescicale o rettale e/o estensione oltre la pelvi*
IVB	Metastasi a distanza
*La sola presenza di edema bolloso non è sufficiente per classificare un tumore allo Stadio IV	

ta per via endoscopica; infatti, nonostante siano necessari ulteriori studi per confermare i dati a disposizione, il trattamento laparoscopico conservativo del tumore ovarico invasivo e *borderline* in fase iniziale sembra essere adeguato e sicuro e trova la sua principale indicazione nella paziente giovane e desiderosa di mantenere la propria fertilità.

Recentemente l'uso della laparoscopia diagnostica è stato proposto anche nella valutazione della citoriducibilità laparotomica del TMEO in fase avanzata. Oltre alla possibilità di ottenere l'istotipo ed il *grading*, la valutazione laparoscopica dell'estensione di malattia permette l'identificazione di lesioni localizzate in aree considerate non citoriducibili in prima istanza.

L'accuratezza della laparoscopia nel giudicare la citoriducibilità della malattia è risultata superiore all'80% con un valore predittivo negativo prossimo al 100% (pazienti in cui il giudizio di "inoperabilità" definito per via laparoscopica non cambia in seguito alla successiva valutazione laparotomica).

In termini di qualità della vita e appropriatezza nella sequenza di applicazione degli strumenti di trattamento, evitare una laparotomia inutile, con la morbidità e l'anemizzazione postoperatoria che ne derivano, rappresenta un aspetto da tenere in

considerazione in pazienti destinate inevitabilmente ad una successiva tossicità da chemioterapici.

### Conclusioni

Risparmio della fertilità e rispetto della qualità della vita rappresentano oggi esigenze imprescindibili nel trattamento dei tumori ginecologici in giovane età. La selezione del caso in base alle caratteristiche della malattia ed alle reali possibilità riproduttive della paziente rappresenta il compito principale del ginecologo oncologo. Il successivo percorso diagnostico-terapeutico richiede necessariamente il coinvolgimento di altre figure fra cui l'oncologo medico, il diagnosta e l'anatomo-patologo. I casi pertanto dovrebbero essere centralizzati in centri di riferimento in cui sono presenti l'esperienza e le competenze necessarie per una gestione corretta delle pazienti. Requisito imprescindibile del trattamento conservativo è la disponibilità della paziente ad eseguire un lungo e stretto *follow-up* prendendo in considerazione la rimozione dell'utero dopo aver esaurito il proprio percorso riproduttivo.

### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [massimiliano.fambrini@unifi.it](mailto:massimiliano.fambrini@unifi.it)

TM

**Tabella 2** - Stadiazione FIGO per il carcinoma endometriale.

Stadio I*	
IA	Tumore intramucoso o con invasione del miometrio < 50%
IB	Tumore con invasione del miometrio ≥ 50%
Stadio II*	Tumore con interessamento dello stroma cervicale senza superamento dei limiti dell'utero
Stadio III*	
IIIA	Tumore con interessamento della sierosa e/o degli annessi
IIIB	Metastasi vaginali o interessamento pericervicale
IIIC1	Metastasi ai linfonodi pelvici
IIIC2	Metastasi ai linfonodi pelvici e/o para-aortici
Stadio IV*	
IVA	Tumore con invasione della vescica e/o retto
IVB	Metastasi a distanza, incluse le metastasi endoaddominali e/o dei linfonodi inguinali
*G1, G2, G3	

**Tabella 3** - Stadiazione FIGO per il carcinoma ovarico.

Stadio I*	
IA	Tumore intracistico limitato ad una ovaia
IB	Tumore intracistico interessante entrambe le ovaie
IC	Come IA o IB ma con capsula rotta, ascite o malattia alla superficie ovarica
Stadio II*	
IIA	Interessamento utero e/o tube
IIB	Interessamento di altri organi pelvici
IIC	Come IIA o IIB ma con capsula rotta, ascite o malattia alla superficie ovarica
Stadio III*	
IIIA	Diffusione microscopica peritoneale extrapelvica
IIIB	Impianti peritoneali addominali < 2cm
IIIC1	Impianti peritoneali addominali > 2cm o linfonodi positivi
Stadio IV*	
	Metastasi a distanza o epatiche parenchimali
*G1, G2, G3	

# Capnografia/capnometria e sforzi rianimatori



Simone Cipani laureato a Fi e specializzato in Anestesia e Rianimazione nel 2001. Si è sempre occupato di emergenza e di formazione. Istruttore ACLS ANMCO American Heart Association dal 2006 dedicandosi alla formazione di personale infermieristico e medico in emergenza urgenza. Istruttore ACLS ASF 10. Si occupa di ecocardiografia dal 2008.

**L**e linee guida ACLS AHA del 2005 durante l'ABCD secondario, consigliavano al fine di valutare il corretto posizionamento del tubo orotracheale, l'utilizzo di un rilevatore di anidride carbonica espirata. Tale device poteva essere anche sfruttato come indicatore non invasivo della gittata cardiaca durante gli sforzi rianimatori.

Le recenti linee guida ACLS AHA del 2010 hanno rivisitato tale indicazione rafforzandone la sua valenza (Figura 1).

Con il termine capnometria vogliamo indicare la misurazione della concentrazione o della pressione parziale di CO<sub>2</sub> nei gas respiratori. Il termine capnografia ne rappresenta la forma analogica ossia la curva.

Tale parametro viene misurato attraverso l'utilizzo di capnometri. Questi ultimi si dividono in: colorimetrici il cui unico scopo è quello di valutare l'eventuale successo della manovra di intubazione orotracheale e all'infrarosso (spettrofotometria) il cui utilizzo è molto più complesso

poiché permettono valutazioni in continuo dei valori di CO<sub>2</sub> nell'espirato (EtCO<sub>2</sub>).

Quest'ultimi dispositivi forniscono oltre alla curva anche il valore di end tidal CO<sub>2</sub> in continuo. Nell'adulto sano questo valore ha un range compreso tra 32 e 35 mmHg con uno scarto tra EtCO<sub>2</sub> e PaCO<sub>2</sub> di circa 1-2 mmHg (Figura 2).

Ma perché tale monitoraggio risulta utile?

Il valore di EtCO<sub>2</sub> è espressione diretta di attività cardiaca con circolo polmonare da ritorno venoso al cuore destro. Ecco quindi che l'analisi in continuo di tale forma d'onda durante gli sforzi rianimatori rappresenta un'ottimo ausilio al fine di valutare la qualità della RCP e di una eventuale ripresa di un circolo spontaneo (ROSC) in caso di repentino incremento. È opportuno ricordare che per ottenere tale monitoraggio è necessario che il paziente sia

S. CIPANI, C. BARTOLOZZI, F. LO CASCIO,  
F. MARINI, D. CULTRERA, A. SARTI  
*SC Anestesia e Rianimazione Ospedale Santa Maria Nuova  
Azienda Sanitaria Firenze*

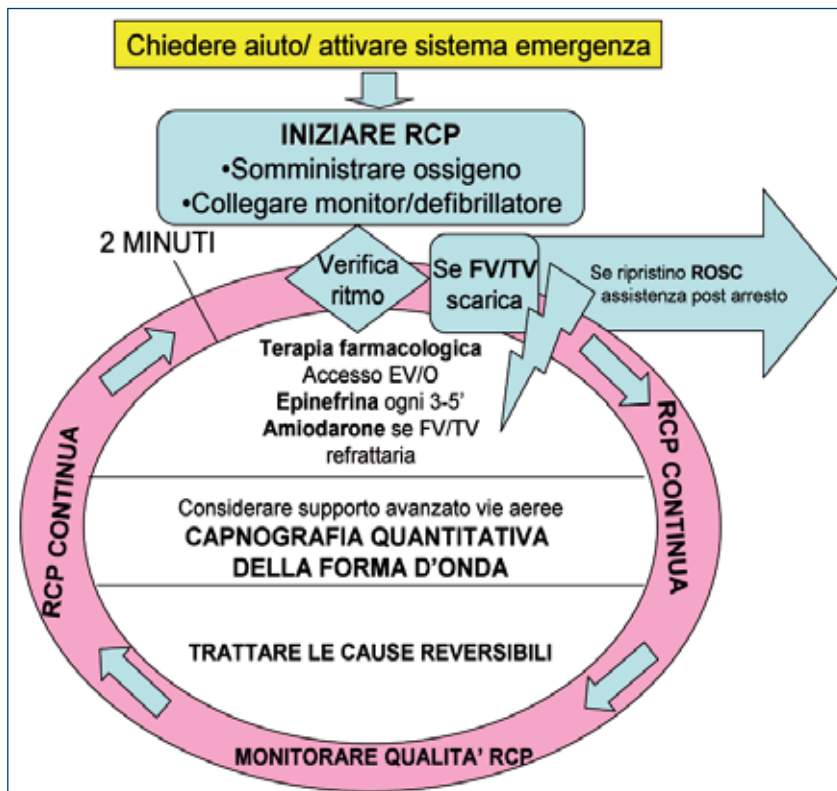
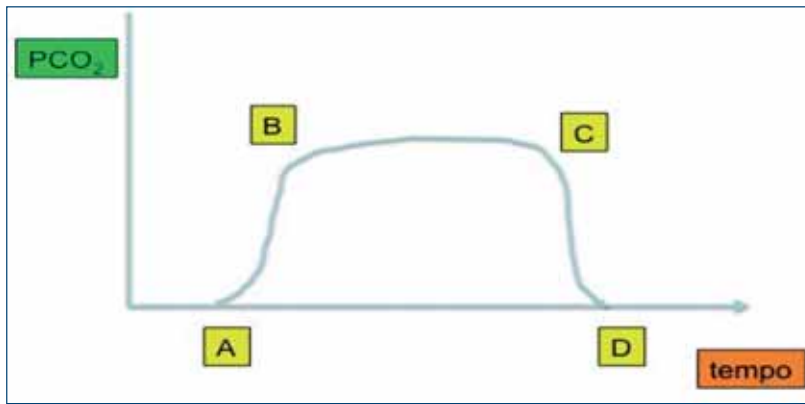
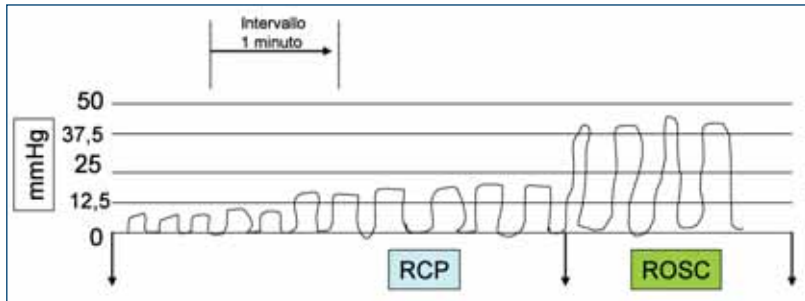


Figura 1 - Algoritmo ACLS circolare AHA/ECC 2010.



**Figura 2** - Analisi della curva capnometrica:  
 Tratto A-B: *espirazione con rapida salita.*  
 Tratto B-C: *plateau.*  
 Tratto C-D: *inspirazione con rapida discesa.*  
 Tratto D-A: *spazio morto.*



**Figura 3** - Capnografia di monitoraggio dell'efficacia RCP.

fornito di un tubo orotracheale o di un dispositivo sopraglottico. Infatti le linee guida AHA 2010 prevedono un miglioramento degli sforzi rianimatori se il valore di EtCO<sub>2</sub> è < 12,5 mmHg, una RCP

di adeguata qualità per valori compresi tra 12,5 e 25 mmHg e recupero di un ROSC per valori > 40 mmHg (Figura 3). **TM**



Antonello Giannoni, in carica come consigliere nazionale della Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo (SINPE) dal 2007. Dal 1998 ha avviato l'organizzazione della Nutrizione Artificiale Domiciliare nel territorio della ASL1 di Massa Carrara come Resp. del Team Nutrizionale e dal 2008 riveste l'incarico di Dir. della UOSD di Nutrizione Clinica dell'Ospedale di Carrara (Asl 1 di Massa Carrara). Ha collaborato con la RT alla stesura della attuale delibera sulla Nutrizione Artificiale Domiciliare (n. 618 /2001).

# Misurare le attività di nutrizione artificiale a domicilio

**L**a Nutrizione Artificiale (NA) è un intervento terapeutico che permette di reintegrare o mantenere uno stato nutrizionale fisiologico in soggetti che non possono alimentarsi in maniera adeguata a causa di malattie a carico dell'apparato digerente (insufficienza intestinale cronica benigna, stenosi delle vie digestive, anoressia) o del Sistema Nervoso Centrale (alterazione dello stato di coscienza, esiti di trauma, vasculopatie acute e croniche, malat-

tie croniche degenerative). Tale supporto, iniziato in occasione del ricovero ospedaliero e proseguito anche a domicilio può consentire il reintegro del paziente nell'ambiente familiare e in alcuni casi anche in quello sociale e lavorativo.

La Nutrizione Parenterale Domiciliare (NPD) è stata utilizzata negli anni 60, come trattamento salvavita in soggetti con grave insufficienza intestinale ed è stata descritta la prima volta in letteratura nel 1970. La Nutrizione Enterale Domiciliare (NED) si è sviluppata in tempi più recenti

ma ha avuto una rapida diffusione, rappresentando attualmente la tecnica più diffusa di nutrizione artificiale domiciliare. Sfortuna-

ANTONELLO GIANNONI\*,  
 EMANUELE CECCHERINI\*\*,  
 SEBASTIANO GIALLONGO°

\* Direttore UOSD di Nutrizione Clinica Asl 1 di Massa Carrara

\*\* Direttore UOS di Nutrizione Clinica Asl 8 di Arezzo

° Direttore UOS di Nutrizione Clinica Asl 10 di Firenze

tamente però questa rapida crescita non sempre è stata accompagnata dalla definizione di standards di trattamento, e attualmente sono carenti le normative che delineano i percorsi assistenziali da intraprendere per mettere in atto il trattamento più idoneo.

Nell'Agosto del 2006 l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) pubblicava le Linee Guida Sulla Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) e contestualmente presentava una relazione sulla situazione normativa italiana quale risultava da un'indagine svolta dal Gruppo di Lavoro per la NAD al 31 Dicembre 2004.

Da questa indagine risultava che solo in tre regioni esistesse una legge specifica per la NAD (Piemonte, Veneto, Molise), mentre nel 65% del territorio e per il 78,6% della popolazione erano presenti solamente delibere regionali spesso molto diverse tra loro. Si prendeva quindi atto che: *"in circa il 25% del territorio nazionale e per circa il 20% della nostra popolazione non è assolutamente disponibile alcuno strumento normativo che garantisca, in presenza di indicazioni, il sollecito avvio del trattamento di NAD"*.

La mancanza o la inosservanza di leggi, o normative che disciplinano le attività di NAD ha contribuito ad una disomogeneità di accesso alle cure su tutto il territorio nazionale e all'interno delle varie regioni, e non ci ha permesso di quantificare in termini epidemiologici la dimensione del problema. Non è infatti possibile accertare quanti soggetti attualmente siano in trattamento, quanti ne siano esclusi e quanti in futuro potrebbero avere necessità di essere sottoposti a Nutrizione Domiciliare.

### Il ruolo delle Società Scientifiche

La Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo (SINPE) ha da tempo cer-

cato di quantificare la dimensione del problema NAD con l'istituzione di registri ad uso dei centri erogatori che, una volta compilati, fornissero dati sulla numerosità del campione e sulle modalità di trattamento. Purtroppo, contrariamente alle attese, l'adozione di tali registri ha fornito dati incompleti e scarsamente rappresentativi in quanto la loro compilazione, non obbligatoria e poco incentivata, veniva praticata di fatto solo in quei pochi centri già organizzati in Team o Unità Operative, lasciando sommersa una parte imprecisata ma probabilmente cospicua di attività assistenziali, restituendoci quindi un quadro epidemiologico non veritiero sulla situazione nazionale.

Attualmente gli unici dati epidemiologici sulla NAD sono disponibili da alcune surveys pubblicate su riviste del settore: si tratta di indagini condotte dalla Società Europea di Nutrizione Parenterale ed Enterale (ESPEN) tra gli anni 90 e 2000, da cui si rileva per la NED un'incidenza media europea di 163 casi /milione di abitanti/anno (range 62-457). In Italia da una indagine della Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo nel 2005 è emersa una prevalenza di circa 153 casi/milione di ab. di NAD (NED e NPD associate). Dati registrati dalla sola Asl di Treviso (Regione Veneto, dotata di legge regionale sulla NAD) e pubblicati nel 2005 riportano prevalenze ancora più numerose (379,8 casi/milione di abitanti) con un'incidenza di 308,7 nuovi casi /milione di abitanti /per anno).

### La situazione Toscana

Gli unici dati disponibili sono quelli pubblicati da SINPE relativi ad una survey nazionale sulla NAD effettuata in quel periodo. La prevalenza registrata allora era di **182,8** casi di NAD (NED + NPD)/per milione di abitanti. E' opportuno sot-

Tabella 1 - Scheda dati Asl 1 richiesta da Regione Toscana 2012.

Anno	Giornate NED	Giornate NPD	Totale giornate	Pazienti in NED	Pazienti in NPD	Totale pazienti	Nuovi Pazienti	NED	NPD
2008	19001	659	19660	83	16	99	46	30 (65%)	16 (35%)
2009	26768	836	27604	134	18	152	77	62 (81%)	15 (19%)
2010	29211	3067	32278	155	50	205	118	73 (62%)	45 (38%)
2011	31145	2476	33621	152	48	200	107	66 (62%)	41 (38%)

Tabella 2 - Scheda dati Asl 8 richiesta da Regione Toscana 2012.

Anno	Giornate NED	Giornate NPD	Totale giornate	Pazienti in NED	Pazienti in NPD	Totale Pazienti	Nuovi Pazienti	NED	NPD
2008	43348	2900	46248	235	66	291	181	124 (69%)	57 (31%)
2009	47963	3809	51772	252	81	333	194	129 (66%)	65 (34%)
2010	53483	4318	57801	285	84	369	221	148 (67%)	73 (33%)
2011	60164	4257	64421	323	73	396	224	163 (73%)	61 (27%)

tolineare che la prevalenza di NAD riguardava comunque l'85% del campione e non erano disponibili all'epoca i dati di 2 importanti Aziende Sanitarie: Pisa e Livorno.

Attualmente alcune Asl toscane dotate di strutture dedicate a questo tipo di attività (UO di Nutrizione Clinica) e provviste di esperienze più che decennali, denunciano una prevalenza molto vicina a 1000 casi/milione di abitanti con un'**incidenza** di circa 400-500 nuovi casi/anno/milione di abitanti.

### Perché è doveroso misurare l'attività clinica, quali dati sono utili, come dobbiamo interpretarli?

I centri responsabili della nutrizione artificiale domiciliare, siano essi organizzati in Team o siano Unità Operative dedicate, dovrebbero utilizzare una cartella clinica in formato elettronico da cui poter estrarre dati per valutare periodicamente, o quando richiesto dalle istituzioni, non solo la dimensione quantitativa dell'attività ma anche gli

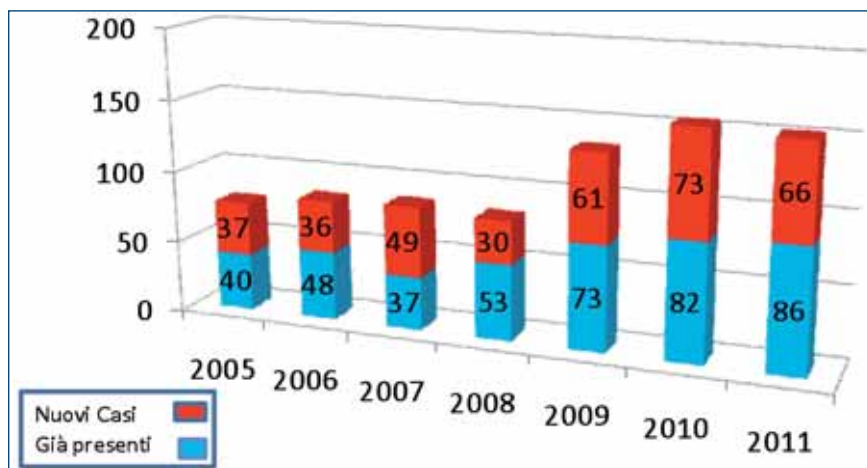
indici qualitativi dell'assistenza erogata. Dovrebbero quindi essere registrate, oltre ai dati di **prevalenza** (casi/milione di abitanti) e di **incidenza** (nuovi casi/milione di abitanti/anno) anche le giornate effettive di NAD erogate in un anno di trattamento. Questo dato, oltre a scopi epidemiologici, è in grado di quantificare il carico di lavoro dell'UO o del Team e di dare quindi indicazioni sulla sostenibilità organizzativa ed economica dell'attività. A questo proposito occorre sottolineare che la media o meglio la mediana, delle giornate di NAD è un dato estremamente utile in quanto ci consente di capire se i pazienti che stiamo trattando a domicilio sono stati arruolati secondo congrue indicazioni (prevenzione o trattamento della malnutrizione). In altre parole una media di giornate di trattamento almeno superiore ai sei mesi (180 giorni) sta ad indicare che l'intervento nutrizionale era sostanzialmente necessario. In caso contrario, una media inferiore a 30 giorni significherebbe che sono stati arruolati pazienti in cui la gravità della malattia o il ritardo di presa

<b>Asl1 di Massa Carrara</b> Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Nutrizione Clinica Dati di attività in Nutrizione Artificiale Domiciliare	NED Nutrizione enterale domiciliare	NPD Nutrizione parenterale domiciliare
Incidenza registrata negli ultimi 5 anni (nuovi casi nei 5 anni per milione di abitanti)	1455	605
Prevalenza registrata nell'anno 2010 (casi per milione di abitanti)	796	245
• % Patologie oncologiche	25	84
• % Patologie neurologiche	72	6
• % Patologie gastroenterologiche	2	10
• % Altro (specificare)	1 (trauma)	-
• Durata media (in giorni)	188	61
• Costo medio per giornata di trattamento (€/die)	Non disponiamo di service	Non disponiamo di service
• % NPD con durata inferiore a 90 giorni	-	80%

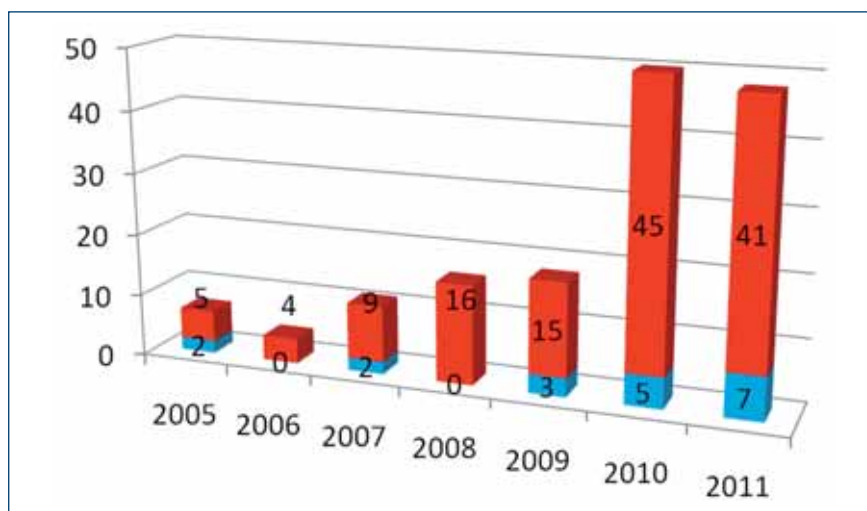
### Dati epidemiologici nutrizione artificiale domiciliare Asl 8

	NED Nutrizione Enterale Domiciliare	NPD Nutrizione Parenterale Domiciliare
Incidenza registrata negli ultimi 5 anni (nuovi casi nei 5 anni per milione di abitanti)	1861	741
Prevalenza registrata nell'anno 2010 (casi per milione di abitanti)	819	241
Percentuale patologie oncologiche	12,7%	59%
Percentuale patologie neurologiche	76%	22,4%
Percentuale patologie gastroenterologiche	0,8%	16,3%
Percentuale Altro	10,5%	2,3%
Durata media (in giorni)	188	48,4
Costo medio per giornata di trattamento (€/die)	12 € (costo service)	100 € (costo service per i pazienti in trattamento long time)
Percentuale NPD con durata inferiore a 90 giorni		82%

Fonte: Nutrizione Clinica- Azienda ASL 8 di Arezzo.



**Grafico 1** - NED: Pazienti in trattamento dal 2005 al 2011. (Fonte: Nutrizione Clinica Asl1 di Massa Carrara).



**Grafico 2** - NPD: pazienti in trattamento dal 2005 al 2011. (Fonte: Nutrizione Clinica Asl 1 di Massa Carrara).

in carico, ha reso praticamente inutile l'intervento nutrizionale. Dovrebbero inoltre essere indicati nella cartella i motivi che hanno richiesto la Nutrizione Artificiale (anoressia/ipofagia, disfagia organica/funzionale, malassorbimento), e i motivi per cui il trattamento è stato sospeso (ripresa alimentazione per os, passaggio ad altra nutrizione, aggravamento, decesso). Deve essere identificabile lo stato nutrizionale e metabolico al momento della presa in carico e nelle visite successive, le eventuali complicanze o criticità, la qualità di vita del malato e della famiglia. Gli indicatori di qualità dell'assistenza erogata e di controllo del rischio clinico si possono ricavare dalla comparsa di episodi di inalazione durante la NED e dalla frequenza di infezioni CVC correlate (numero di infezioni/1000 gg. di catetere) nel caso di NPD. Entrambe queste gravi complicanze sono spesso correlate ad un scarso o assente "training" della famiglia/caregivers o alla mancanza di protocolli o linee guida nell'assistenza domiciliare. Nel caso di eventuali reospedalizzazioni deve essere segnalato se il motivo del ricovero è da ricondursi meno al trattamento di nutrizione artificiale o ad altre cause. È inoltre di fondamentale importanza

la massima visibilità della Unità Operativa: deve essere chiaramente identificabile il responsabile medico del trattamento e tutto il percorso che conduce al trattamento domiciliare ed alla gestione del monitoraggio e delle eventuali criticità.

Sarà comunque disponibile molto presto, il nuovo registro SINPE "DOMUS" creato dall'Istituto Mario Negri di Milano, per la registrazione ed il monitoraggio dei pazienti in NAD. ([www.sinpe.org](http://www.sinpe.org)).

### Proposte operative

Sebbene la Toscana disponga di una delibera per l'erogazione della NAD dal 2001, rinforzata dai successivi PSR, in particolar modo in quello del 2008-10, e dalla Delibera 580/2010 sulla erogazione della NPD, nella quale sono chiaramente identificate le responsabilità o i ruoli all'interno del team ed i percorsi assistenziali per il trattamento a domicilio, è mancata per molto tempo all'interno di alcune Aziende Sanitarie o Ospedaliere la volontà o l'opportunità di istituire, sulla guida della Delibera Team o Unità Operative che si facessero carico del trattamento e che contestualmente fossero in grado di fornire dati precisi

sulla loro attività. Esiste infatti una discreta attività assistenziale che rimane sommersa per mancanza di visibilità dei centri erogatori o per mancata attribuzione di responsabilità. Si deve inoltre evidenziare la mancanza di omogeneità nei percorsi assistenziali per l'erogazione della NAD tra le varie ASL della Toscana, dato che contrasta con una gestione molto attenta alle cronicità propria della Regione stessa. In conclusione secondo noi

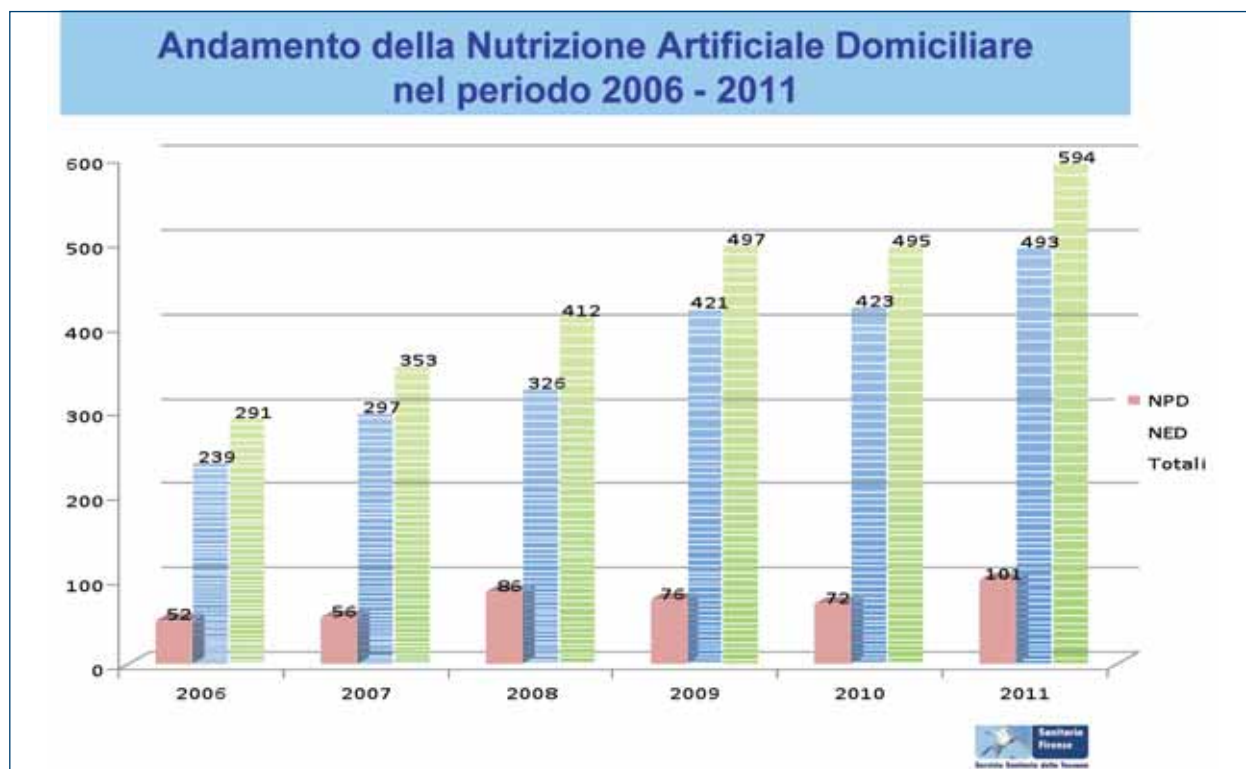
queste sono le azioni da intraprendere:

- 1) Legge regionale sulla NAD.
- 2) Costituzione di una rete tra i diversi centri NAD della Toscana.
- 3) Condivisione di linee guida ed omogeneità nei trattamenti.
- 4) Costituzione di un registro "obbligatorio regionale" per il monitoraggio delle attività di NAD.

**TM**

**S.O.S. NUTRIZIONE CLINICA Asl 10 di Firenze**

<b>NAD anni 2006-2012: 2891 pz</b>			
<b>NED</b>		<b>NPD</b>	
<b>Totali</b>	<b>2400* (83%)</b>	<b>Totali</b>	<b>491* (18.6%)</b>
<i>SNG</i>	1475	<i>Vena Periferica</i>	64
<i>PEG</i>	901	<i>CVC Port</i>	120
<i>Digiunostomia</i>	24	<i>CVC non tunnellizzato</i>	217
		<i>CVC tunnellizzato</i>	43
		<i>PICC</i>	47



<b>Aprile 2012- Pazienti in carico: 727</b>			
<b>NED</b>		<b>NPD</b>	
<b>Totali</b>	<b>664 (91,3%)</b>	<b>Totali</b>	<b>63 (8.7%)</b>
<i>SNG</i>	370	<i>Vena Periferica</i>	5
<i>PEG</i>	288	<i>CVC Port</i>	15
<i>Digiunostomia</i>	6	<i>CVC non tunnellizzato</i>	2
		<i>CVC tunnellizzato</i>	23
		<i>PICC</i>	18



# Utilità e vantaggi di un sistema di tele-monitoraggio nell'insufficienza respiratoria cronica



Stefania Bertini, spec. in Malattie dell'Apparato Respiratorio c/o l'Univ. di FI, dirigente medico c/o l'U.O di Terapia Intensiva Pneumol. e Fisiopatol. Toracica AOU Careggi diretta da A. Corrado. Esperienze come ricercatore in particolare su: i "Disturbi Respiratori Sonno-Correlati nell'Insufficienza Respiratoria Cronica" e sull'"Impiego della Telemedicina per il monitoraggio domiciliare notturno in pz con insuff. Resp. cronica in ventilazione meccanica domiciliare".

## INTRODUZIONE

I pazienti con insufficienza respiratoria cronica (IRC) che necessitano di assistenza respiratoria a domicilio sono in aumento. Questo è principalmente dovuto all'aumento delle malattie croniche delle vie respiratorie per l'invecchiamento della popolazione e all'aumento dei pazienti che sopravvivono ad una malattia respiratoria acuta ma che rimangono dipendenti da un supporto ventilatorio continuo. Questi sono pazienti con una prognosi grave e che presentano frequenti ricoveri ospedalieri; i ricoveri in ospedale sono alla base di un aumento dei costi sanitari e del peggioramento della qualità della vita.

La telemedicina sta emergendo come supporto di cura per i pazienti con avanzata disabilità e può rappresentare un utile strumento per l'assistenza domiciliare per i pazienti fragili con malattie respiratorie. È stato dimostrato che nei soggetti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), la telemedicina (telemonitoraggio e assistenza telefonica) riduce la percentuale di ricoveri e di accessi al dipartimento d'emergenza rispetto alle cure abituali, ed è simile o migliore rispetto alle cure tradizionali per quanto riguarda la qualità della vita e la soddisfazione dei pazienti.

## SCOPO DELLO STUDIO

Valutare, nei pazienti con IRC in ventilazione meccanica domiciliare (VMD), la fattibilità di un servizio di telemonitoraggio e la percezione di questo da parte dei pazienti in termini di utilità, sicurezza e facilitazione nella gestione della malattia. Abbiamo valutato, inoltre, l'impatto di questo modello di telemonitoraggio sul decorso della malattia in termini di numero di ricoveri

ospedalieri e di durata della degenza ospedaliera.

## METODI

Questo studio pilota osservazionale, della durata di due anni, è stato effettuato dal 1 ottobre 2008 al 30 settembre 2010 presso la Terapia Intensiva Pneumologica (UTIP) dell'Azienda Ospedaliera Careggi (AOUC) di Firenze in collaborazione con ASP Montedomini.

I pazienti sottoposti a controllo clinico presso il nostro Day Hospital (DH) dal 1 gennaio al 30 giugno 2008 e che hanno soddisfatto i criteri di inclusione/esclusione sono stati inseriti nello studio (Tabella 1).

I pazienti arruolati sono stati sottoposti a: 1) telemonitoraggio notturno durante VMD,

mediante un registratore multiparametrico digitale, eseguito una volta alla settimana e su richiesta, se necessario, sotto la supervisione del medico di guardia dell'UTIP dell'AOUC, che forniva una consulenza telefonica 24 ore/24; 7 giorni su 7 alla settimana; 2) visita programmata di *follow-up* in ambulatorio ogni 2 mesi.

L'aderenza al protocollo di studio è stata valutata come buona (regolare trasmissione periodica dei dati e regolare *follow-up*), o scarsa (non trasmissione regolare dei dati).

Il livello di soddisfazione del paziente è stato valutato tramite un questionario telefonico.

## RISULTATI

Dal 1° gennaio 2008 al 30 giugno 2008, sono stati valutati 72 pazienti con IRC in VMD in *follow-up* presso il nostro DH. Di questi 49 sono stati esclusi in base ai criteri di esclusione. Dei 23 pazienti che hanno soddisfatto i criteri di inclusione,

S. BERTINI\*, T. RENDA\*, A. AUGUSTYNEN\*,  
G. VILLELLA\*, G. MISURI\*, L. ABAMONDI\*\*,  
A. ANGELI\*\*, A. CORRADO\*

\* Terapia Intensiva Pneumologica e Fisiopatologia Toracica, AOU - Careggi, Firenze  
\*\* Telecare ASP Montedomini, Firenze

Tabella 1

CRITERI DI INCLUSIONE	CRITERI DI ESCLUSIONE
Insufficienza respiratoria cronica	Apnea ostruttiva del sonno
HMV da almeno 1 anno	Non accesso telefonico a domicilio
almeno 8 ore di ventilazione meccanica al giorno	Assenza di <i>caregivers</i>
Domicilio a Firenze o nella provincia	Residenza in una casa di cura
	Analfabetismo
	Rifiuto

7 sono morti prima dell'installazione del sistema di monitoraggio a domicilio. Pertanto lo studio è stato condotto su 16 pazienti. Di questi, 5 pazienti (2 con Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), 2 con Distrofia Muscolare (DM), 1 con BPCO) erano tracheostomizzati e ventilati 24/24 ore die; 11 pazienti (4 con malattie della gabbia toracica, 2 con BPCO, 1 SLA, 3 MD, 1 con sindrome di Ondine) erano ventilati con maschera facciale per almeno 8 ore/die.

Nella Tabella 2 sono riportati i valori medi del numero di connessioni e delle visite attese ed effettuate in base al grado di aderenza al protocollo di studio.

Nella Tabella 3 sono riportate le mediane delle ore totali di connessione, numero di ore per ogni connessione, numero di tracce registrate totali e per ogni connessione in tutti i pazienti e in quelli con buona e scarsa aderenza.

I pazienti con buona aderenza presentavano un numero di connessioni e di visite effettuate uguali a quelle previste. Il numero di ore totali di connessioni, il numero di ore per ogni connessione e il numero di tracce totali inviate risultava maggiore nei pazienti con buona aderenza. Le visite in pronto soccorso venivano evitate nel 62.5% dei casi dopo colloquio telefonico.

Nella Tabella 4 sono riportate il numero medio di ospedalizzazioni e di degenza ospedaliera nei 2 anni precedenti lo studio confrontati con quelli al termine dei due anni di studio.

Una differenza statisticamente significativa è stata accertata sia per il numero di ricoveri ( $p = 0,021$ ) che per la lunghezza della degenza in ospedale ( $p = 0,048$ ) nel solo gruppo con una buona aderenza al protocollo di studio.

Lo score di soddisfazione era più alto nei pazienti aderenti verso i non aderenti ( $p = 0.019$ ).

## DISCUSSIONE

Questo studio è stato eseguito in un gruppo selezionato di pazienti con una malattia cronica molto critica.

Un problema attualmente molto dibattuto è se la telemedicina debba essere utilizzata in tutti i pazienti o solo in un gruppo selezionato di pazienti fragili che necessitano di una più stretta sorveglianza. A nostro avviso è questo ultimo gruppo di pazienti quello che può beneficiare maggiormente di un servizio di telemonitoraggio. Un attento monitoraggio domiciliare può consentire di rilevare un peggioramento clinico precoce che permetta di curare i pazienti a domicilio evitando l'ospedalizzazione che a sua volta genera costi elevati e il de-

Tabella 2

ADERENZA al protocollo di studio	Connessioni attese Media ( $\pm$ SD)	Connessioni effettuate Media ( $\pm$ SD)	%	Visite attese Media ( $\pm$ SD)	Visite fatte Media ( $\pm$ SD)	%
BUONA (9 pz)	55.5 ( $\pm$ 32.3)	63.8 ( $\pm$ 32.7)	114.9	6.9 ( $\pm$ 4.13)	6.9 ( $\pm$ 4.13)	100
SCARSA (7 pz)	77.7 ( $\pm$ 32.6)	23.4 ( $\pm$ 28.5)	30.1	9.57 ( $\pm$ 3.82)	4.12 ( $\pm$ 5.04)	43.0
TOTALE (16 pazienti)	65.25 ( $\pm$ 33.29)	46.12 ( $\pm$ 36.39)	70.7	8.06 ( $\pm$ 4.10)	5.68 ( $\pm$ 4.16)	70.5

Tabella 3

	Tutti i pazienti Mediana (range)	Buona Aderenza Mediana (range)	Scarsa Aderenza Mediana (range)	P
No Pz	16	9	7	
Totale, No h. connessioni	310,0 (0,0-1019)	343 (138-1019)*	89 (0,0-521)*	*0.038
No h. per ciascuna connessione	7,11 (0,0-10,40)	7,13 (6,19-10,4)°	6,6 (0,0-10,2)°	°0.425
Totale, No tracce inviate	316 (0-814)	539 (119-814)^	46 (0,0-344)^	^0.009
No tracce x ciascuna connessione	7(0-11)	7 (6-11)§	4 (0,0-8)§	§0.025

Il confronto della mediana tra i pazienti con buona e scarsa compliance è stato calcolato con Mann-Withney test Sum Runk

**Tabella 4** - Numero di ammissioni in ospedale e giorni di degenza.

<b>PANNELLO A: TUTTI I PAZIENTI (16)</b>						
	<b>2 anni precedenti</b>		<b>Alla fine dello studio</b>			
	<b>Media</b>	<b>SD</b>	<b>Media</b>	<b>SD</b>	<b>95% CI per differenza</b>	<b>P*</b>
Ammissioni ospedale, No	0.8125	0.98	0.4375	1.09	-0.171-0.921	0.164
degenza, giorni	9.8	16.1	4.4	7.9	-3.34-14.2	0.206
<b>PANNELLO B: PAZIENTI CON BUONA ADERENZA AL PROTOCOLLO (9)</b>						
	<b>media</b>	<b>SD</b>	<b>media</b>	<b>SD</b>	<b>95% CI per differenza</b>	<b>P*</b>
Ammissioni ospedale, No	1.2	1.09	0.3	0.5	0.176-1.6	0.021
Degenza, giorni	16	19.4	2.6	4.2	0.142-26.5	0.048

\*t-student per dati appaiati.

terioramento della qualità della vita dei pazienti stessi e dei *caregivers*.

Il sistema di telemonitoraggio che abbiamo utilizzato nei pazienti con grave IRC in VMD è risultato fattibile e facile da usare, e questo è stato più evidente nel gruppo di pazienti con buona aderenza al protocollo di studio, inoltre anche la percezione da parte dei pazienti di utilità del servizio, sicurezza e facilitazione nella gestione della malattia è stata maggiore nello stesso sottogruppo di pazienti.

Il nostro sistema di telemonitoraggio è stato in grado di ridurre del 62,5% gli accessi al dipartimento d'emergenza attraverso la comunicazione diretta tra medico e paziente. Inoltre, confrontando il numero di ricoveri ospedalieri e delle gior-

nate trascorse in ospedale durante il periodo di studio con i due anni precedenti, abbiamo trovato un trend in riduzione di entrambe le variabili in tutti i pazienti studiati e una variazione statisticamente significativa nei pazienti con una buona aderenza al protocollo di studio.

I nostri risultati ovviamente vanno interpretati con cautela per i limiti oggettivi del nostro studio: piccolo numero di pazienti arruolati per i criteri di restrizione adottati, assenza di una formale analisi dei costi e costi benefici in base al sistema impiegato, uso di un questionario per il livello di soddisfazione dei servizi non precedentemente validato. Il nostro studio che deve essere considerato uno studio pilota rappresenta il punto di partenza per una ricerca futura numericamente più ampia. **TM**

## **ORDINE DI FIRENZE**

### **E-mail:**

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

### **Orario di apertura al pubblico:**

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

### **Rilascio certificati di iscrizione:**

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

### **Tassa annuale di iscrizione:**

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

### **Cambio di indirizzo:**

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

### **Commissione Odontoiatri:**

il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45

### **Consulenze e informazioni:**

CONSULTAZIONE ALBI PROFESSIONALI sito Internet dell'Ordine  
 AMMI - e-mail: ammifirenze@virgilio.it - sito: ammifirenze.altervista.org  
 FEDERSPEV - 1° mercoledì del mese dalle ore 10 alle ore 11,30

### **Newsletter:**

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)**



Filippo Risaliti, Specialista in Medicina Interna presso l'Università di Firenze, dal 2010 Dirigente Medico Medicina Generale 2 - AUSL 4 Prato.



# La figura del Medico di Riferimento nell'Ospedale per Intensità di cure

## Proposte per il cambiamento

**N**ell'ambito della riorganizzazione dei presidi ospedalieri sul modello per intensità di cure, proposta dalla Regione Toscana e che vedrà la sua attuazione con la prossima apertura dei quattro nuovi ospedali attualmente in fase di ultimazione, rimangono ancora importanti spazi di riflessioni su alcuni temi chiave. Uno di questi risulta essere senz'altro la figura del Medico di Riferimento (Mdr). Il Consiglio Regionale della Toscana ha già fatto proprio l'indirizzo delle Società Scientifiche secondo il quale la funzione di tutoraggio medico è un'innovazione con cui le aziende rispondono alla domanda di continuità personale richiesta da parte dei pazienti ricoverati. La creazione di questa nuova figura professionale non deve limitarsi ad un artificio burocratico e formale ma deve essere l'occasione per elevare il livello assistenziale ed organizzativo di tutta la struttura sanitaria. Pertanto è necessario compiere uno scatto culturale in seno a tutte le professioni sanitarie. Il Medico di Riferimento è una innovazione importante che richiede una maggior coesione e un miglior coordinamento del *team* clinico; che modifica e innalza il livello di comunicazione formale ed informale verso le altre professioni e tra le varie discipline mediche; che richiede da parte del Direttore di UO un ruolo più attivo nell'ambito del gruppo di lavoro.

Nel febbraio 2012 medici di varie specialità (medicina interna, oncologia, neurologia, nefrologia, pediatria, geriatria, riabilitazione, chirurgia generale, ginecologia, ortopedia, urologia, otorinolaringoiatria, malattie infettive) sono stati selezionati dalle Aziende USL di Prato e Pistoia, aderenti al Consorzio SIOR, per partecipare con-

giuntamente ad un Corso di Alta Formazione organizzato dal Laboratorio *Management* e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa. Il corso ha avuto una durata complessiva di 48 ore, si è sviluppato in quattro incontri ed ha compreso la valutazione della letteratura nazionale ed internazionale relativa al problema in esame e la visita a realtà organizzative extraregionali che hanno già messo in pratica modalità di presa in carico innovative rispetto al panorama nazionale. I risultati sono stati condensati in una pubblicazione ed esposti nella giornata conclusiva, svoltasi alla fine dello scorso settembre, alla presenza delle massime cariche dirigenziali delle Aziende USL mandatarie e di esponenti di spicco della Regione Toscana e dell'Istituto di Management. Le proposte non hanno certo la pretesa di essere definitive, ma rappresentano sicuramente la volontà e lo sforzo degli operatori stessi di mettersi in gioco, di fornire un contributo costruttivo, di elevare lo standard qualitativo del servizio erogato modificando e rinnovando le dinamiche ed i processi organizzativi, nella consapevolezza dell'importanza della loro funzione e con una continua tensione all'innovazione, al miglioramento dei livelli assistenziali, all'accuratezza ed appropriatezza delle cure, al contenimento ed alla razionalizzazione delle risorse.

Il tema è stato sviluppato su due tavoli paralleli per quanto riguarda l'Area Medica e l'Area Chirurgica, in virtù delle differenze contingenti che separano questi due ambiti così lontani per dinamiche organizzative e modalità operative.

In questo lavoro esponiamo i risultati relativi alle ipotesi di modelli organizzativi per l'Area Medica.

FILIPPO RISALITI

Dirigente Medico, Medicina Generale 2 - AUSL 4 Prato

In ragione della molteplicità di discipline e specialistiche raccolte nel variegato ambito dell'Area Medica, è emersa inconfutabile la necessità di fornire una maggiore flessibilità dei modelli proposti secondo specialità in questione, che sono chiamate ad affrontare bisogni assistenziali e dinamiche organizzative anche sostanzialmente diverse. Sono stati sviluppati e proposti tre modelli di tutoraggio:

- *Tutor singolo*: un unico Medico di Riferimento si prende in carico direttamente un certo numero di pazienti e se ne rende direttamente responsabile dell'iter diagnostico/terapeutico, il tutto per un definito periodo di tempo (almeno bisettimanalmente, meglio almeno mensilmente). Durante tutto questo periodo viene esonerato dai turni di guardia. Senz'altro viene privilegiata la continuità "di faccia", estremamente gratificante e rassicurante per il paziente; d'altra parte in questo modello gravano sul Medico di Riferimento tutto il carico della responsabilità e il peso della solitudine professionale, intesa come l'impossibilità di condividere pressioni e conoscenze. Il peso del Direttore della UO risulta pertanto decisivo, sia per il ruolo di supporto anche operativo che è chiamato a giocare, sia per la capacità che gli è richiesta di saper gestire le risorse umane a disposizione con adeguati meccanismi di rotazione e crescita professionale. Imprescindibile, comunque, la possibilità di disporre di risorse fuori turno;
- *le Piccole équipes*: proprio in virtù della grande difficoltà di destinare un gruppo di professionisti alle attività di reparto ed un altro gruppo ai soli turni di guardia, anche se a rotazione e per un certo periodo di tempo, aggravato dall'elevato numero di medici che questo meccanismo richiederebbe, è stato sviluppato e proposto un altro modello organizzativo che prevederebbe la costituzione di piccoli gruppi di lavoro composti da tre medici che si rendono garanti della presa in carico complessiva di 20 pazienti, condividendo equamente il carico di lavoro e di responsabilità e continuando a svolgere i propri turni di guardia perché, appunto, vicariati dai colleghi co-tutor durante la loro assenza. Si ottiene così una maggiore flessibilità garantendo comunque continuità di trattamento, a discapito tuttavia della continuità "di faccia". Inoltre è indispensabile una grande coesione, stabilità ed affiatamento nel gruppo di lavoro che consenta lo sviluppo di un rapporto paritetico, fiduciario e collaborativo tra i professionisti, anche delle altre discipline. Anche in questo caso torna centrale e con nuove mansioni il ruolo del Direttore di UO, chiamato ad una diversa e più oculata gestione delle risorse umane ed una più efficace conduzione del processo organizzativo;
- *la Piccola équipe con tutor prevalente*: nel tentativo di mantenere e di sottolineare la conti-

nuità "di faccia" tanto cara ai pazienti, è stato proposto una sorta di compromesso che funzionerebbe come variante rispetto alla piccola *équipe* sopradescritta, all'interno della quale, infatti, andrebbe individuato formalmente il Medico di Riferimento che rappresenterebbe il punto di riferimento per il paziente ed i suoi familiari, colleghi specialisti e del territorio e per tutti gli operatori. Gli altri membri della Piccola *équipe* dovrebbero comunque essere a conoscenza e partecipare direttamente al percorso diagnostico terapeutico del paziente, condividendo decisioni, responsabilità, informazioni. In questo modello il Medico di Riferimento dovrebbe assurgere a un ruolo di *primum inter pares* nel piccolo gruppo di lavoro. Inoltre sarebbe possibile ed anzi auspicabile la possibilità di assegnare i paziente per affinità e competenza professionale specifica dei singoli medici. In questo caso, il Direttore di UO è chiamato a individuare le competenze e ad assegnare il medico a suo avviso più adatto per quel paziente. È richiesto comunque un sistema informativo avanzato e meticoloso per tracciare tale assegnazione a tutti i livelli e ritorna centrale il tema della coesione e coesione del gruppo di lavoro, formato ad una cultura del confronto ed aperto alla comunicazione ed allo scambio di informazioni interprofessionale.

Il tutor singolo probabilmente meglio si adatta alle esigenze delle discipline specialistiche dell'Area Medica (oncologia, nefrologia, neurologia, malattie infettive, ...) e comunque deve riunire una casistica di pazienti omogenei per patologia e livello assistenziale e comunque i pazienti per tutor non possono superare il numero di 10.

Al momento il modello per Piccole *équipes* è apparso quello più adatto alle Medicine Interne; quello di più immediata realizzazione; e quello che consente di effettuare un primo salto innovativo, salvaguardando le esigenze e le dinamiche di reparto.

Il modello organizzativo deve comunque essere esteso a tutto il "sistema UO" e comprendere quindi il comparto infermieristico, che comunque si sta già muovendo in tal senso, ed il Direttore, che necessariamente dovrà modificare e rivedere il suo ruolo che viene riempito ed accresciuto di contenuti e responsabilità, soprattutto relativamente alla gestione delle risorse umane.

Tutto il sistema organizzativo deve tendere alla disponibilità e alla condivisione delle informazioni, allo snellimento dei processi, alla tracciabilità dei percorsi e per questi obiettivi risulta inevitabile anche un certo incremento tecnologico, volto in prima battuta alla informatizzazione della cartella clinica ed alla messa in rete di tutti i sistemi, in un'ottica di completa integrazione inter ed intra professionale.



Luciano Gabbani,  
Direttore Geriatria  
per la Complessità  
Assistenziale AOU  
Careggi, Firenze.

# Appropriatezza delle cure dei pazienti anziani complessi

## Alcune riflessioni

### Introduzione

Per i Servizi Sanitari il tema dell'appropriatezza delle cure prestate al paziente anziano, sia nella fase acuta che cronica di malattia, rappresenta un problema sempre più emergente. Organizzare e gestire i percorsi assistenziali di tali pazienti con appropriatezza assume rilevanza strategica particolarmente in momenti di risorse economiche limitate.

Dei dodici milioni di pazienti ricoverati ogni anno negli ospedali italiani, il 45% è rappresentato da soggetti anziani. L'appropriatezza

delle cure del paziente anziano è fortemente condizionata da elementi che caratterizzano la complessità clinica del soggetto in età geriatrica ed hanno importanti ripercussioni non solo sull'approccio diagnostico-terapeutico al momento del ricovero, ma anche sugli esiti a breve e lungo termine. Indipendentemente dal setting considerato, i principali elementi da considerare al momento della valutazione clinica di un soggetto anziano sono la possibile presentazione clinica atipica di malattia, la comorbidità, la polifarmacoterapia, problemi di tipo sociale, ridotte performance cognitive e livello funzionale.

Tali aspetti risultano di difficile identificazione, in particolare nell'ambito dell'Emergenza-Urgenza, a causa di problemi organizzativi, difficoltà di comunicazione (disturbi neurologici del linguaggio, deficit sensoriali), mancanza di documentazione clinica adeguata, assenza del caregiver. È stato infatti osservato che nel 75% degli accessi al Pronto Soccorso lo stato funzionale non viene preso in considerazione; dati di letteratura riportano invece come il 74% dei pazienti anziani che accedono al Pronto Soccorso riferiscono che il peggioramento funzionale connesso all'esordio dei sintomi è stato determinante nella decisione di recarsi ad un Dipartimento di Emergenza. Il declino funzionale preesistente al ricovero, o che peggiora con la patologia acuta, appare essere un indicatore importante di un ulteriore declino funzionale, di ospedalizzazione, di necessità di cure domiciliari o di morte più della causa che ne ha determinato il ricovero.

Una condizione clinica tipica dell'età geriatrica è rappresentata dal *delirium*, spesso sottostimato

ma legato ad outcomes negativi a breve e lungo termine quali nuova ospedalizzazione e morte. Il delirium, o stato confusionale acuto, è un complesso sindromico presente nel 10% dei pazienti anziani ricoverati in ospedale per acuti ed è legato a molteplici fattori, spesso interagenti tra loro, che vanno da cause organiche (sistemiche o d'organo), tra le quali alcune prettamente neurologiche, oppure a fattori ambientali.

Tuttavia, il riconoscimento di questa complessa condizione clinica avviene soltanto in 1/3 dei casi determinando l'errato riconoscimento

to e, quindi, il mancato trattamento, di patologie acute sottostanti e/o fattori predisponenti.

### Appropriatezza di gestione dei ricoveri in fase acuta

Al momento del ricovero in urgenza, il triage rappresenta l'elemento iniziale e decisivo del percorso clinico del paziente. Oltre a considerare gli aspetti sopra citati di complessità del soggetto in età geriatrica, l'utilizzo di strumenti di triage standardizzati per identificare l'anziano "a rischio" riveste particolare importanza non solo per migliorare l'appropriatezza dei ricoveri, ma anche per impiegare in modo efficace ed efficiente le risorse. Tuttavia, tale strumento spesso non viene utilizzato in modo appropriato oppure vengono utilizzati algoritmi non idonei per il soggetto ultrasettantacinquenne.

L'unico algoritmo validato nella popolazione ultrasessantacinquenne è rappresentato dall'Emergency Severity Index (ESI). Basato su un algoritmo decisionale suddiviso in cinque livelli di gravità in ordine decrescente da 1 a 5, l'ESI include l'acuzie della patologia presentata dal paziente e l'utilizzo di risorse necessarie per classificare correttamente il paziente geriatrico a rischio. Tale strumento ha mostrato la capacità di predire outcomes a breve e a lungo termine quali la durata del ricovero, l'utilizzo di risorse sanitarie e la sopravvivenza ad un anno.

Altri strumenti di screening, utili per identificare soggetti anziani a rischio ricoverati al Pronto Soccorso, sono rappresentati dal Triage Risk Screening Tool (TRST) e dall'Identification of Seniors At Risk (ISAR). Entrambi gli strumen-

LUCIANO GABBANI\*, CLAUDIA POZZI\*,  
ELEONORA PIATTOLI BARGHINI\*\*

\* SOD Geriatria per la complessità Assistenziale - Azienda  
Ospedaliera Universitaria Careggi - Firenze  
\*\* Medico Chirurgo, Firenze

ti, basati su sei items che valutano la presenza o l'assenza di fattori di rischio per outcomes negativi dopo il ricovero d'urgenza tra i quali citiamo il decadimento cognitivo, la polifarmacoterapia, precedenti ricoveri, il peggioramento funzionale precedente l'ammissione, possono essere gestiti direttamente dagli infermieri subito dopo il triage tradizionale. L'applicazione di questi strumenti ha dimostrato un valore predittivo nel prevenire il rischio di successivi ricoveri d'urgenza ed ospedalizzazioni a distanza di uno e quattro mesi, ma anche di aumentato rischio di morte e declino funzionale.

Dopo l'accesso al Pronto Soccorso, il percorso assistenziale del paziente anziano potrà avere due direzioni principali: la dimissione oppure il ricovero in un reparto per acuti. Si apre così il problema di come e dove garantire la migliore assistenza nella fase acuta di malattia al fine di non compromettere e/o recuperare lo stato funzionale presente prima del ricovero e, quindi di prevenire i possibili, e purtroppo ancora frequenti, outcomes negativi.

Oggi abbiamo a disposizione un sussidio valido ed efficace, da poter affiancare al tradizionale triage, rappresentato dal Codice Argento. Questo strumento di stratificazione del paziente a rischio, basato su dati esclusivamente amministrativi (età, sesso, stato civile, ricoveri precedenti e numero di farmaci assunti), ha come target la popolazione ultrasessantacinquenne e garantisce di ottenere informazioni in modo rapido e a basso costo alla "porta dell'ospedale". Stratificando i soggetti anziani a rischio mediante il Codice Argento, è stato dimostrato che i pazienti nella classe di rischio più alto traggono maggiori benefici in termini di mortalità a un anno se ricoverati in un reparto di geriatria rispetto ai soggetti con le stesse caratteristiche ma ricoverati in reparti internistici. Il "Codice Argento" ha quindi evidenziato che nella categoria "anziano a rischio" la specificità dell'approccio geriatrico, inteso come intervento di un'equipe multi-professionale specialistica (Unità di Geriatria per Acuti) e non come apporto episodico di consulenze effettuate nel corso della degenza, rappresenta la migliore risposta che il Sistema Sanitario può loro fornire.

### Appropriatezza prescrittiva

Nell'ambito dell'appropriatezza delle cure del soggetto anziano assume importanza rilevante anche un'adeguata gestione della terapia farmacologica. Oltre alla corretta individuazione dei farmaci necessari al trattamento della singola patologia, il razionale della prescrizione dovrebbe tenere in uguale considerazione anche altri aspetti quali i possibili effetti dell'invecchiamento in termini di farmacocinetica e di farmacodinamica ed i problemi di aderenza terapeutica legati alla presenza di alcune comorbidità (es. ipovisus, artrosi delle mani, etc), al declino dello stato cognitivo-funzionale e/o alla carenza della rete sociale.

Inoltre, con l'avanzare dell'età e l'aumento del numero di comorbidità, aumenta il consumo di far-

maci e, con esso, il rischio di prescrizione inappropriata e di possibili interazioni.

Secondo uno studio pubblicato su JAMA nel 2003, il 40% degli ultrasessantacinquenni assume 5 o più farmaci e, di questi, ogni anno più di 1/3 subisce un effetto collaterale da farmaci. Anche in Italia il numero dei soggetti che utilizza più di un farmaco cresce con l'età raggiungendo il 90% dopo i 65 anni. Uno studio di popolazione condotto in Toscana su una coorte di 568 soggetti ultrasessantacinquenni esaminata a distanza di 5 anni, ha evidenziato come il consumo di 5 o più farmaci sia aumentato oltre 3 volte (21.6% vs 8.8%) dal 1995 al 1999.

Dati allarmanti indicano che il 13% degli anziani ricoverati riceve prescrizioni potenzialmente inappropriata e che il 10-16% delle cause di ricovero urgente per pazienti anziani è legato a reazioni avverse a farmaci o ad effetti collaterali.

Un regime di prescrizione cosiddetto "sub-ottimale" è definito come polifarmacoterapia (assunzione di 5 o più farmaci), prescrizione di farmaci inappropriati o potenzialmente interagenti. Una completa definizione di inappropriata prescrizione dovrebbe includere anche il sovra e sottotrattamento. Tuttavia, tali aspetti sono molto difficili da valutare soprattutto per difficoltà di tipo metodologico.

Fra gli strumenti di valutazione di prescrizione di farmaci inappropriati a disposizione del medico, il più conosciuto è rappresentato dai "Criteri di Beers". Introdotti per la prima volta nel 1991 da Mark. H. Beers e aggiornati ogni tre anni, tali criteri, basati sul consenso di esperti, hanno lo scopo di evidenziare i farmaci la cui prescrizione è inappropriata nella fascia di soggetti ultrasessantacinquenni condizionando l'aumento del rischio di eventi avversi. Per la consultazione di un elenco completo ed aggiornato si fa riferimento ad un lavoro pubblicato su questa stessa rivista.

Nonostante che l'obiettivo principale dei criteri di Beers fosse quello di limitare le reazioni avverse da farmaci, ad oggi sono ancora molte le urgenze e i ricoveri ad esse associati. Ciò può essere imputato a due fattori: da una parte, l'ancora non sufficiente osservanza dei criteri di Beers e dall'altra la scarsa considerazione del fatto che la maggior parte degli eventi da reazione avversa a farmaci sono prevenibili solo con un adeguato programma di *follow up* del paziente. Per limitare l'incidenza di eventi avversi e ridurre il numero di ricoveri associati è fondamentale da un lato, prevedere una corretta istruzione sia del paziente che dei familiari per la gestione domiciliare della terapia, dall'altro, formare tutto il personale sanitario sui problemi legati alla terapia farmacologica nel soggetto anziano complesso. Numerosi studi hanno infatti dimostrato che ben il 31% dei sintomi non viene riferito dal paziente al medico e che il 37% delle reazioni avverse è attribuibile ad errori di condotta del *follow up*. Rilevare precocemente sintomi e segni delle reazioni avverse, programmare correttamente controlli di esami ematici e farne un'attenta valutazione, sono fattori ritenuti essenziali; è inoltre necessario che il medico solle-

citi direttamente il paziente con domande volte a rilevare variazioni dello stato funzionale durante il *follow up*.

### Considerazioni finali

I problemi che abbiamo tracciato sono solo alcuni degli aspetti che devono essere presi in considerazione per la gestione clinica del paziente anziano. Altri se ne potrebbero citare, non ultimo, quello emergente dell'applicazione delle linee guida nella terapia dei pazienti con importante comorbidità in età geriatrica.

Nel disegnare un nuovo modello di assistenza per i soggetti anziani, quello basato sulla Medicina d'Iniziativa può costituire un'efficiente risposta organizzativa per la gestione proattiva della fragilità e per la cura del paziente cronico nelle sue fasi di stabilizzazione clinica, avendo come obiettivo quello di contrastare, per quanto possibile, la progressione verso e nella disabilità. Tuttavia, per assicurare la migliore appropriatezza, equità e qualità delle cure anche l'Ospedale deve rivedere i suoi modelli organizzativi per assicurare la migliore gestione del paziente nella fase del ricovero e collaborando ad evitarne l'inappropriatezza. Per ottenere ciò è necessario che la continuità fra Ospedale e Territorio non sia più uno slogan per gli atti di programmazione ma che divenga una

forte realtà operativa nella quale il significato delle parole "fragilità", "cronicità" e "malato anziano complesso" sia ben definito e condiviso fra gli operatori e i programmatori dell'organizzazione.

Per mettere il sistema sanitario in condizione di offrire le risposte più appropriate ai pazienti con multimorbidità, associata o meno a disabilità, è quindi necessario lo sviluppo di forti sinergie tra il medico di medicina generale e le figure che con lui collaborano nell'ambito della Medicina d'iniziativa: il medico geriatra, lo specialista di patologia o di organo, gli infermieri e i terapisti della riabilitazione. In particolare per lo specialista geriatra dovranno essere definiti il "ruolo" e la sede di "residenza" che, a nostro parere, non potrà essere altra che quella dell'Ospedale per acuti dove la presenza di *équipe* geriatriche multiprofessionali ha dimostrato essere capace di modificare in senso positivo gli outcome dei ricoveri dei pazienti anziani complessi. Tali sinergie permetteranno al paziente anziano di trovare il contesto culturale ed organizzativo che accogla e valorizzi la sua complessità.

### Bibliografia

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

TM



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

## Alcune considerazioni sull'Accordo Regionale per la Medicina Generale

**È** stato recentemente siglato in Toscana l'Accordo Integrativo Regionale (AIR) per la Medicina Generale, accordo che mette in pratica le norme contenute negli ultimi accordi collettivi nazionali e che trae spunto dal cosiddetto decreto Balduzzi.

Accolto in maniera contrastata da medici ed associazioni sindacali l'AIR toscano introduce nell'organizzazione della Medicina Generale un cambiamento importante i cui punti salienti possono essere riassunti in:

A) L'istituzione del ruolo unico nelle Cure Primarie, quindi non più medici di assistenza primaria o di continuità assistenziale, ma medici di medicina generale con attività fiduciaria e

medici di medicina generale con attività oraria. Potrebbe sembrare un cambiamento puramente semantico, ma in realtà non lo è perché i medici più giovani possono incrementare il numero di scelte senza perdere le attività orarie ed i più vecchi possono (a regime) diminuire l'impegno fiduciario a favore di un impegno orario se un qualche impedimento fisico psichico o esistenziale lo consigliasse. Una norma che ha come obiettivo la piena occupazione nel settore delle Cure Primarie.

B) La creazione delle aggregazioni territoriali che oltre alle *équipes* territoriali (ET) e le Unità Territoriali di Assistenza

Primaria (UTAP) già operanti in Toscana prevede le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) formate unicamente da medici di medicina generale con sede non obbligatoriamente unica e le Unità Complesse di Cure Primarie

EMANUELE MESSINA

Medico di Medicina Generale, Firenze



(UCCP), in cui interagiscono più figure professionali e che al contrario della precedente ha sede unica (o comunque una sede di riferimento, salvaguardando così la rete capillari di ambulatori che opera nelle varie realtà).

La differenza principale tra la prima e la seconda è dunque la sede unica o di riferimento e la multiprofessionalità per le UCCP. In questo caso ci troviamo di fronte ad un cambiamento apparentemente "epocale" per la Medicina Generale, ma in realtà già ora più del 50% dei medici lavora in una aggregazione funzionale. Per il restante 50% dei medici il cambiamento sarà rilevante, ma più da un punto di vista psicologico che reale. Ovviamente ci saranno casi in cui sarà difficile organizzare la creazione delle AFT ed ancor più delle UCCP, ma probabilmente saranno situazioni numericamente marginali.

- C) L'introduzione della figura del Coordinatore dell'AFT. Questo è un punto che ha creato diverse perplessità tra i medici per il timore della creazione di una "gerarchia" in un settore dove la gerarchia non è mai esistita. Ragioniamo sui compiti che avrà il Coordinatore: indire ed organizzare gli incontri nell'AFT, rappresentare l'AFT nei rapporti con l'Azienda e gli ospedali di riferimento, contrattare gli obiettivi di budget, concordare la partecipazione alle campagne di prevenzione, garantire la pari dignità tra le varie professionalità e garantire la continuità assistenziale. Ovviamente non rientra tra i suoi compiti la valutazione delle competenze professionali del singolo medico.

In una organizzazione complessa che raggruppa una trentina di medici era impossibile non prefigurare una figura in grado di reggere le fila sia dell'organizzazione interna sia dei rapporti con l'Azienda, una soluzione poteva essere l'affidamento dell'incarico ad un collega delle attività distrettuali, ma per varie ragioni credo che un medico di medicina generale sia la scelta più corretta. Un aspetto importante è che il coordinatore viene eletto dai medici dall'AFT, non incaricato da ASL o Sindacati e che se non soddisfa la maggioranza dei medici aderenti all'aggregazione può essere sostituito in qualsiasi momento mediante nuova elezione.

- D) Ipotesi di modifica dell'orario dei medici ad attività oraria (ex medici di continuità assistenziale). Si tratta di una ipotesi perché le modalità devono essere normate dal successivo accordo stipulato con il settore e le parti in causa, ma comunque nell'accordo vengono chiaramente delineate le possibili modifiche che dovrebbero riguardare sia l'orario di svolgimento dell'attività che verrebbe concentrata nei giorni festivi e dalle ore 20 alle ore 24 dei giorni feriali sia eventuali compiti orari da svolgere nell'arco del giorno e da individuare in successivi accordi regionali ed aziendali. Secondo me questo punto dell'accordo sarà quello che darà più luogo a controversie. Del resto considerando le numerose dichiarazioni della parte pubblica di voler modificare orari ed organici della Continuità

Assistenziale (vedi la Asl di Livorno che ha tentato di dimezzare gli organici) era assurdo non fare proposte che tentassero di mantenere perlomeno l'attuale livello occupazionale.

Con l'istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) cosa cambia per il medico di medicina generale a rapporto di fiducia? Sicuramente cambia "ideologicamente" il modello organizzativo in cui lavora, ma la modifica in pratica non è così eclatante; ognuno continuerà l'attività nel proprio ambulatorio, con i propri orari e con i propri pazienti che continueranno a scegliere lui come medico curante e le forme associative già esistenti continueranno a mantenere orari e compiti previsti.

Quindi nessuna perdita del rapporto di fiducia, il cittadino sceglierà il proprio medico all'interno dell'aggregazione, non l'aggregazione e non sarà necessario spostare l'ambulatorio o modificare i propri orari, non sono previsti obbligatoriamente, ma solo ipotizzati compiti aggiuntivi che andranno contrattati volta per volta. Certamente sarà necessario uniformare il sistema informatico in modo che possa servire l'intera AFT e collegarsi con l'azienda e gli ospedali di riferimento

La paura di molti di un improvviso aumento del carico lavorativo imposto dall'alto appare ingiustificata proprio perché l'accordo stesso non lo prevede. Certamente un'organizzazione di questo tipo ipotizza in pectore delle modifiche del sistema, ma si tratta di modifiche che andranno contrattate nel tempo ed in funzione delle necessità dei cittadini e dei medici di una determinata area, in pratica con le aggregazioni si valorizzeranno le realtà locali. Questo è un aspetto sottovalutato, ma fondamentale dell'accordo, e che, a mio modesto parere, determinerà con l'andar del tempo i cambiamenti più significativi. Il medico singolo o in piccole associazioni con pochi componenti ha scarsa possibilità di incidere nel tessuto lavorativo di una zona e le cooperative che possono raccogliere diverse decine di medici hanno spesso una collocazione geografica degli iscritti non corrispondente ad una realtà unitaria, al contrario le aggregazioni funzionali operando nello stesso territorio avranno obiettivi comuni e consoni ai bisogni locali. Ci vorrà tempo.

È tutto oro quel che luccica? Ovviamente no. Non si può non vedere tutta una serie di punti critici che emergono tra le pieghe dell'accordo, dalle risorse per le UCCP, alla necessità di creare una rete informatica efficiente, al ruolo ed alle interrelazioni tra i vari operatori nelle unità multi professionali, a come verranno impiegati i medici ad attività oraria ed altri ancora.

Si è parlato spesso di marginalizzazione della Medicina Generale. Per mancanza di risorse? Finalizzate a fare cosa? Per mancanza di personale non medico? Utilizzato per fare cosa? In realtà il sistema si è spostato avanti e le Cure primarie sono rimaste ferme a compiti e ruolo vecchi di decenni: la Medicina di Iniziativa e la riorganizzazione funzionale del territorio, possono anche non piacerne ma cominciano ad essere risposte concrete. **TM**



Alberto Dolara, nato a Firenze nel 1932. Laurea in Medicina, Firenze 1957. Specializzato in Cardiologia, 1961. Perfezionamenti: Ospedale Niguarda (Milano) 1968; Hammersmith Hospital (Londra) 1980; NIH (Bethesda, USA) 1983, 1987. Direttore Unità Cardiovascolare, S. Luca-Ospedale Careggi, Firenze, 1979-2002.

# Medicine alternative complementari e malattie "hard"

## Le malattie cardiovascolari

### INTRODUZIONE

Antonio Panti, nell'editoriale di Toscana Medica del febbraio 2012, riportava il resoconto di uno studio pubblicato sul NEJM riguardante pazienti sofferenti di asma bronchiale e sottoposti rispettivamente a nessun trattamento, al trattamento con un efficace broncodilatatore oppure a somministrazione di un placebo. I risultati sono stati molto interessanti: le prove respiratorie erano nettamente migliorate in quelli trattati col farmaco, mentre i miglioramenti soggettivi erano uguali anche negli altri pazienti. L'esperimento ripropone, secondo Panti, "il problema delle medicine alternative, dell'ascolto del paziente, della capacità di stabilire un'alleanza terapeutica (con la medicina convenzionale, ndr)". Sono senz'altro d'accordo, anche se ho l'impressione che il dibattito sulle medicine alternative complementari (CAM secondo l'acronimo inglese Complementary, Alternative Medicine), sia spesso focalizzato sulle malattie che influenzano la qualità della vita, piuttosto che su quelle che ne modificano e qualità e durata, definibili *hard*, come le malattie neoplastiche o quelle cardiovascolari, che, come è noto, sono le prime cause di mortalità nei Paesi industrializzati. È probabile che la vicenda Di Bella abbia nel nostro Paese determinato una cautela comprensibile nel trattare il rapporto tra CAM e malattie neoplastiche, mentre lo è meno per quanto riguarda il rapporto con le malattie cardiovascolari. L'articolo che segue riporta i risultati degli studi scientifici più recenti sull'argomento, recensiti su Medline.

### DIMENSIONI DEL PROBLEMA

L'uso di medicine alternative e complementari è esteso e crescente: nei Paesi in cui si hanno dati statistici, risulta che il 30%-50% della popolazione ricorre a qualche tipo di CAM. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il mercato di estratti d'erbe o di animali senza sintesi chimica, di farmaci biologici e omeopatici valeva,

nel 2010, 60 miliardi di dollari, circa il 30% dell'intero consumo mondiale di medicine. Un'indagine effettuata nel 2002 negli Stati Uniti su oltre diecimila pazienti cardiopatici aveva mostrato che nei sei mesi precedenti l'inchiesta, il 32% dei pazienti era ricorso a medicine alternative complementari, prevalentemente fitoterapia o terapie mente-corpo. La maggioranza dei pazienti aveva fatto uso di tali terapie per malattie concomitanti la cardiopatia, come l'an-

sia, l'aumento di peso, l'artrite ecc., mentre solo il 10% dichiarava di usarle in modo specifico per la situazione cardiovascolare (il 5% per l'ipertensione, il 2% per la malattia coronarica, <1% per lo scompenso cardiaco e l'ictus).

In Italia secondo un'indagine ISTAT del 1994, l'8% della popolazione aveva sperimentato nel periodo 1991-1994 una delle tre terapie non convenzionali prese in esame (omeopatia, fitoterapia, agopuntura). Da un'indagine ISTAT successiva è emerso che nel triennio 1997-1999, 9 milioni di italiani (15,6% della popolazione) aveva fatto uso di CAM.

### LA PREVENZIONE

I trials clinici con dosi massive di antiossidanti, come vitamina E, vitamina A e betacarotene non hanno mostrato effetti benefici per quanto riguarda l'apparato cardiovascolare. Riduzione dei livelli di colesterolo, effetti antiaterosclerotici e antiipertensivi sono stati riportati con l'assunzione di *Allium* (aglio), ma studi recenti non hanno evidenziato effetti significativi sull'assetto lipidico in adulti con modesta ipercolesterolemia.

Una meta-analisi degli studi sugli effetti del consumo di *soia* sull'assetto lipidico concludeva per una diminuzione significativa del colesterolo totale, dell'HDL e dei trigliceridi, ma questi effetti non sono stati recentemente confermati e non veniva consigliato l'uso di supplementi degli isoflavonoidi presenti nella soia sia con i cibi che in compresse.

ALBERTO DOLARA

Già Direttore Unità Cardiovascolare di S. Luca, Ospedale di Careggi, Firenze

### CARDIOPATIA CORONARICA E MORTALITÀ

Applicando a pazienti ipertesi un programma di meditazione trascendentale sono stati riportati riduzione della mortalità per tutte le cause e per cause cardiovascolari rispetto ai pazienti trattati con terapia convenzionale. Con le stesse tecniche di meditazione sono stati osservati nei pazienti con cardiopatia coronaria stabile e sindrome metabolica miglioramento dei valori pressori, della resistenza all'insulina e della variabilità della frequenza cardiaca.

### SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO

In uno studio osservazionale di alcuni anni fa veniva confrontata l'efficacia di una preparazione omeopatica di *Crataegus monogyna* (biancospino) con la terapia convenzionale per l'insufficienza cardiaca lieve (pazienti in classe II NYHA) con la conclusione che la terapia omeopatica poteva essere un'alternativa a quella con ACE-inibitori e diuretici. Lo studio è stato fortemente criticato sul piano metodologico e, secondo altri autori, la somministrazione di biancospino non solo non riduceva la progressione dello scompenso cardiaco nei pazienti con scompenso lieve o moderato, ma sembrava addirittura aumentare il rischio della progressione. A conclusioni diverse sono pervenuti altri autori ancora i quali in una rassegna recente hanno asserito: "la revisione dei trials clinici (sul biancospino) si è rivelata inconsistente in termini di criteri usati (campionamento, preparazioni, dosi, ecc.), ma largamente consistente riguardo agli esiti positivi". L'asserzione, a parere di chi scrive, evidenzia l'"allergia" di alcuni studiosi di CAM ad attenersi ai metodi di valutazione delle procedure terapeutiche accettati dal mondo scientifico. In un'altra pubblicazione del 2011 sono stati presi in esame 6 trials randomizzati, di cui uno confrontato col placebo, sul trattamento con *Shengmai* (medicina con erba tradizionale cinese, costituita da *Panax ginseng*, *Ophiopogon japonicus* e *Schisandra* cinese) nei pazienti in scompenso congestizio, ma questa volta la conclusione è che i trials fossero di scarsa qualità, il numero dei pazienti insufficiente e il beneficio riscontrato di debole entità.

Miglioramenti della capacità funzionale, della qualità della vita e riduzione dei livelli ematici di noradrenalina sono stati invece riportati in piccoli gruppi di pazienti in scompenso cardiaco sottoposti a tecniche di meditazione trascendentale in aggiunta alla terapia convenzionale ottimale.

### IPERTENSIONE ARTERIOSA

Nel 2006 è stato interrotto negli Stati Uniti un ampio programma di ricerca degli effetti dell'agopuntura sulla ipertensione arteriosa constatando che la metodica non aveva alcun valore nel trattamento dell'ipertensione, e che proseguire gli studi per verificare l'efficacia della procedura avrebbe avuto come risultato solo una inutile spesa. Alle

stesse conclusioni sono pervenuti altri autori dopo un'ampia revisione della letteratura.

Studi e meta-analisi recenti hanno evidenziato un effetto positivo nei pazienti ipertesi delle tecniche di meditazione trascendentale controllando i distress psicologici e riducendo la pressione arteriosa anche se la riduzione globale è di entità modesta. Non avendo controindicazioni, né effetti avversi le tecniche mente-corpo vengono attualmente suggerite come trattamenti antiipertensivi complementari ad altri interventi farmacologici e/o non farmacologici. Effetti positivi consistenti in riduzione della pressione arteriosa e della capacità funzionale, senza nessun effetto avverso sono stati segnalati anche mediante sedute con esercizi Tai.

Una meta-analisi effettuata a metà degli anni '90 concludeva per effetti ipotensivi della somministrazione di *Allium* (aglio) sulla pressione arteriosa, ma da una revisione successiva della letteratura non risultava un'evidenza ancora sufficiente per raccomandare il suo uso nella pratica clinica. Inoltre il suo uso può avere effetti indesiderati (vedi oltre).

### EFFETTI COLLATERALI E INTERAZIONI CON LA TERAPIA CONVENZIONALE

Gli effetti collaterali e quelli avversi delle CAM non vengono spesso presi in considerazione come risulta da una rassegna di oltre 200 trials randomizzati e controllati effettuata nel Turner et al. nel 2010: nei 15 differenti interventi terapeutici non convenzionali presi in esame, la valutazione della sicurezza risultava largamente inadeguata in termini di definizione, frequenza e gravità degli eventi avversi. È pertanto utile esaminarli in riferimento alle malattie cardiovascolari.

**Omeopatia.** La terapia omeopatica, di cui è ancora controversa l'equiparazione al placebo secondo le metanalisi dei trials riportate in letteratura, non risulta interferire con le procedure terapeutiche convenzionali per le malattie cardiovascolari, anche se non può essere presa in considerazione come terapia sostitutiva di quest'ultime.

**Integratori e vitamine.** L'assunzione di integratori alimentari e megadosi di vitamine, riportata in percentuali molto elevate dal 30 al 60% dei pazienti con malattie cardiovascolari, o in scompenso congestizio può interagire negativamente con medicamenti come digossina, warfarin, sotalolo ed amiodarone. Per esempio, il succo di pompelmo, assunto a scopo dimagrante o per migliorare la salute dell'apparato cardiovascolare, potenzia l'azione di diversi medicamenti tra cui i Ca-antagonisti e le statine attraverso l'inibizione dell'enzima CYP3A4 aumentandone la biodisponibilità; ne possono risultare ipotensione, miopatia o tossicità epatica.

**Fitoterapia.** L'argomento è particolarmente importante anche riguardo le interazioni con me-

dicamenti che abbiano indici terapeutici ristretti come warfarin o digitale e per i potenziali effetti tossici che ne derivano. La valutazione definitiva è tuttavia difficile poiché le interazioni sono praticamente basate su dati *in vitro*, studi su animali o *report* isolati. Viene comunque riportato un lungo elenco di prodotti fitoterapici da evitare nei pazienti con malattie cardiovascolari *Alfalfa* (erba medica), *Aloe Vera*, *Angelica*, *Bilberry* (mirtillo), *Capsicum* (peperoncino), *Fenugreek* (*Trigonella* o), *Zingiber officinale* (Zenzero), *Gossypium* (cotone), tè verde, *Chondrus Crispus* (alga rossa), *Laminariales-alga* (Kelp), *Amni Visnaga* (Khella), *Convallaria mayalis* (mughetto), *Ephedra* (efedrina). L'*Hypericum perforatum* (erba di San Giovanni), uno dei prodotti più usati negli Stati Uniti, ritenuto efficace contro la depressione, determina interazioni multiple con i farmaci, incluso quelli cardiovascolari, attraverso induzione dell'enzima citocromo P450 l'enzima CYP3A e CYP2C9.

Un potenziale aumento del rischio emorragico viene segnalato nei pazienti in trattamento con aspirina o anticoagulanti che assumano *Allium sativum* (aglio), *Ginkgo biloba*, *Glycyrrhiza glabra* (liquirizia), *Hypericum perforatum* (erba di S. Giovanni), *Leonurus cardiaca* (cardiaca comune), *Salvia miltiorrhiza* (Danshen), *Serenoa repens* (palmetta seghettata), *Tanacetum parthenium* (erba amara), *Zingiber officinalis* (zenzero). L'effetto della digossina può essere aumentato dall'assunzione di *Crataegus monogyna* (biancospino), *Glycyrrhiza glabra* (liquirizia). L'uso di *Hypericum perforatum* (erba di S. Giovanni) e *Panax ginseng* (ginseng) può alterare i livelli ematici di questo medicamento. L'effetto degli antiaritmici è aumentato da prodotti che prolunghino l'intervallo QT come *Echinacea* o *Ephedra* (efedrina).

**Agopuntura.** Effetti avversi gravi vengono stimati in percentuali molto basse, in 0.05 eventi per diecimila trattamenti e 0.55 per diecimila pa-

zienti sottoposti al trattamento. Tra questi sono descritti 191 casi di pneumotorace e 18 di emopericardio con tamponamento cardiaco. È stato riportato il caso di un paziente portatore di ICD che aveva avuto due shocks inappropriati (il paziente in quel momento era in ritmo sinusale) dovuti all'inserimento di aghi di agopuntura con elettrostimolazione nella parete anteriore del torace.

### INDICAZIONI E CONCLUSIONI

- Dall'esame della letteratura emerge un ruolo del tutto *ancillare* delle medicine alternative complementari nella terapia delle malattie cardiovascolari rispetto alle procedure terapeutiche convenzionali ormai di dimostrata efficacia ed anche rispetto all'importanza della modifica degli stili di vita per quanto riguarda la prevenzione.

- Gli studi che riportano effetti positivi sono controversi: possono essere definiti incerti per la prevenzione, deludenti nei pazienti in scompenso cardiaco, di utilità limitata nei pazienti ipertesi.

- Interferenze con le procedure della medicina convenzionale non sono riportate per la terapia omeopatica e le discipline mente-corpo. Queste ultime possono svolgere un ruolo coadiuvante positivo.

- Effetti negativi diretti sono molto rari nei pazienti sottoposti ad agopuntura. Effetti negativi indiretti sono invece potenzialmente frequenti nei pazienti cardiopatici che assumano prodotti fitoterapici per l'interazione di questi prodotti con i medicinali convenzionali.

- È indispensabile evitare che i trattamenti con medicine alternative e complementari sostituiscano quelli convenzionali ormai di dimostrata efficacia nelle malattie cardiovascolari.

- I clinici e i cardiologi dovrebbero sempre chiedere ai pazienti se assumano terapie non convenzionali e segnalarne gli effetti avversi.

TM



EDIZIONI TASSINARI  
FIRENZE

## STAMPA DA NOI IL TUO LIBRO

Affidate i vostri volumi a professionisti specializzati

L'EDITORE DI TOSCANA MEDICA OFFRE PREZZI OTTIMI PER I MEDICI

Inviare le caratteristiche, il numero di pagine e copie, riceverete il preventivo.

Stampiamo anche ricettari, carta da lettere e biglietti da visita.

Viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze - Tel. 055 570323 - Fax 055 582789

[www.edizionitassinari.it](http://www.edizionitassinari.it) - [pre.stampa@edizionitassinari.it](mailto:pre.stampa@edizionitassinari.it)



**Regione Toscana**

**800 004 477**

# I risultati delle analisi del sangue senza uscire di casa. Ora si può.

Con la Carta Sanitaria Elettronica guardi le tue analisi sul pc. Convieni a tutti.

**Quasi a tutti.**

Attivala alla ASL o in farmacia



**Carta Sanitaria Elettronica. Servizi pubblici on line in sicurezza.**

Usa la Carta Sanitaria Elettronica, scopri come sul sito della Regione [www.regione.toscana.it/cartasanitaria](http://www.regione.toscana.it/cartasanitaria)

# Rapporti Interprofessionali nell'Ospedale per Intensità di Cure

**Osservatorio Regionale Ospedale per Intensità di Cure**

*Responsabile:* Mario Cecchi

## **Gruppo di Studio Rapporti Interprofessionali**

*Coordinatore:* Alberto Cuccuini, Maria Grazia Monti

*Componenti:* Massimo Alessandri, Giovanni Becattini, Laura Belloni, Alberto Camaiti, Simona Dei, Ferdinando Del Prete, Daniele Di Feo, Roberto Fenucci, Patrizia Galantini, Dario Iozzelli, Andrea Lenzini, Laura Lorenzini, Lucia Macucci, Daniele Manuelli, Maria Rosa Mascia, Patrizia Mondini, Roberta Natucci, Mirella Rossi, Elena Tomassetto, Sandra Vannoni.

### **Premessa**

L'Ospedale del futuro dovrà privilegiare la gestione dei pazienti acuti con una "banalizzazione" dell'eccellenza del quotidiano, della normale metodologia clinica senza tener conto del paradosso della medicina moderna che, orientata a pazienti acuti, di fatto deve gestire un universo di malattie croniche.

L'Ospedale va inteso come modello flessibile di allocazione dei malati con una risposta univoca nella assistenza non più orientata per patologia e quindi mono direzionale ma indirizzata ai reali bisogni assistenziali; questo implica la realizzazione di una rete di professionalità diversa rispetto al passato.

L'organizzazione per livelli di intensità di cure ha focalizzato la centralità del paziente nella definizione del percorso di cura ed ha determinato nuovi livelli di interazione, diverse modalità di condivisione degli spazi fisici, introducendo nuovi contributi professionali, aprendo spazi di razionalità operativa. Questo percorso ha fatto emergere criticità relative agli strumenti e alle modalità di relazione fra i professionisti.

Alcuni aspetti quali il timore dei medici di perdere il potere sui malati e la centralità nell'organizzazione, la necessità per gli infermieri di possedere competenze inerenti i bisogni assistenziali delle persone afferenti a più discipline mediche e, complessivamente, una scarsa capacità di coordinamento tra i professionisti sanitari confluenti in strutture differenti, spiegano le difficoltà che il modello per intensità di cura incontra anche negli ospedali della Regione Toscana.

### **Il gruppo di lavoro**

Il gruppo di lavoro volendo far emergere da un lato l'opportunità che il contributo delle diverse professionalità offre alla maggiore conoscenza del paziente e all'elaborazione di migliori strategie di risposta ai suoi complessi bisogni di salute, e dall'altro le criticità legate ai ritmi di lavoro e alla scarsa consapevolezza del valore di una pratica interprofessionale, ha individuato due aspetti fondamentali per il miglioramento delle relazioni interprofessionali all'interno dell'ospedale organizzato per intensità di cura:

1. Il valore degli snodi relazionali e degli strumenti che possono sostenere la condivisione del

piano diagnostico terapeutico assistenziale e riabilitativo (in seguito PDTA) tra professionisti ed assistito e familiari attraverso la descrizione del percorso

2. i fattori favorevoli od ostacolanti nelle relazioni tra professionisti

1. Gli snodi relazionali all'interno del Percorso

Il percorso dell'assistito in degenza ospedaliera sarà il susseguirsi delle singole fasi, rappresentabili in tre tempi che possiamo indicare come:

- la presa in carico ospedaliera;
- il momento clinico assistenziale ospedaliero;
- la continuità ospedale territorio.

Nel presente documento si è scelto di individuare il tempo della presa in carico ospedaliera a partire dall'ingresso in area di degenza: infatti, pur consapevoli che la maggioranza degli episodi di ricovero inizia in Pronto Soccorso, si è ritenuto che isolando il momento della degenza si potessero evidenziare più chiaramente le sue fasi e gli snodi di contatto/confronto interprofessionali.

La presa in carico ha inizio con **la fase dell'accoglienza** dell'assistito

Questa si realizza al momento del ricovero e prevede il trasferimento, la consegna, di tutte le informazioni relative alla degenza.

Si fa quindi riferimento ad informazioni inerenti la logistica ma anche ai tempi della giornata tipo ed a tutte quelle informazioni utili a sviluppare nell'assistito e nei suoi familiari il senso di sicurezza e di protezione da parte della struttura.

Questa attività si sostanzia in un colloquio ma anche nel mettere a disposizione dell'assistito materiale di consultazione.

All'ingresso dell'assistito in degenza si realizza anche la presa in carico.

Il concetto di presa in carico, nella logica della pratica interprofessionale, prevede che questa non si esaurisca con le valutazioni clinica ed assistenziale e con l'apertura della cartella clinica integrata.

Le **valutazioni clinico assistenziali** del medico e dell'infermiere sono infatti propedeutiche alla condivisione del PDTA.

L'uso standardizzato di PDTA è necessario per ottenere una effettiva personalizzazione delle cure, nonostante appaia come un ossimoro; nella presente proposta il PDTA per quel singolo assistito deriva

da un briefing multidisciplinare che segue la fase di presa in carico e precede quella di condivisione con l'assistito.

Il **briefing** è un momento di confronto multi professionale, multidisciplinare, utile a definire gli obiettivi ed il PDTA adeguato alle necessità dell'assistito.

Il confronto si può ottenere materialmente attraverso l'incontro di un gruppo di professionisti seduti attorno ad un tavolo, oppure idealmente attraverso la consultazione di documentazione precedentemente condivisa.

Sarebbe auspicabile, almeno per i casi difficili e per il percorso chirurgico (eccetto DS) un coinvolgimento sin dal 1° giorno di ricovero del MMG.

Una volta definito il PDTA si procede alla sua **condivisione con l'assistito**: si tratta di un suo coinvolgimento attivo nella condivisione degli obiettivi e dell'intero PDTA.

È importante che sia un momento definito temporalmente; ci si deve abituare a costruire un setting appropriato alla comunicazione dedicando il tempo necessario. Questa fase è infatti cruciale, non si può non considerare che, anche nel momento dell'acuzie, i professionisti sanitari non debbano avere tra i propri obiettivi quello di lavorare allo sviluppo di consapevolezza dell'assistito.

L'impatto della cronicità, riacutizzata, sul ricovero ospedaliero è ormai evidente, anche per questo serve adeguare tempi e modi del ricovero ed uno dei cambiamenti maggiori è il ruolo che dobbiamo assegnare all'assistito ed ai suoi caregivers.

È impensabile che la famiglia sia pronta alla dimissione se avvisata il giorno precedente, anche per questo la condivisione del PDTA deve realizzarsi non oltre 48 h dall'ingresso in degenza e coinvolgere, quando necessario o richiesto, le persone di riferimento dell'assistito.

In coerenza con quanto condiviso, la fase immediatamente successiva prevedrà **l'attuazione del PDTA** con l'effettuazione, per competenza, delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche e della pianificazione degli interventi assistenziali.

Questa fase, temporalmente, segna il passaggio dalla presa in carico, conclusa con il coinvolgimento attivo dell'assistito, al momento clinico assistenziale ospedaliero dove troveremo attività ripetute con cadenza e frequenza definite nel PDTA.

Si tratta delle fasi di esecuzione di esami diagnostici e consulenze; di assicurazione del **monitoraggio clinico** e degli interventi assistenziali oltre all'attuazione delle prescrizioni.

Perché questo si realizzi nel rispetto dei tempi attesi di degenza diventa fondamentale il rapporto coi servizi diagnostici che hanno l'onere, per l'aspetto professionale, di rivedere i protocolli in funzione dell'uso della tecnica strumentale più appropriata, mentre per quello gestionale -organizzativo di garantire l'indispensabile, continua, negoziazione tra la domanda di indagini dei clinici e l'offerta garantita dai servizi diagnostici.

Queste fasi vedono lavorare anche indipendentemente i diversi professionisti; è attraverso la documentazione informatizzata che avviene la condivisione delle informazioni riguardanti lo stato di

salute della persona.

Queste attività, ciclicamente assicurate nelle 24 ore, sono completate dal periodico, da periodici, momenti di **condivisione multidisciplinare di monitoraggio con l'assistito ed i suoi riferimenti**.

Si tratta di qualcosa di diverso dal tradizionale passaggio di notizie; infatti la preliminare condivisione con l'assistito consentirà di avere un approccio mirato sugli interventi fatti, sul decorso, sugli obiettivi, risultati, raggiunti o da perseguire ulteriormente.

Medico ed infermiere procederanno, periodicamente, di solito quotidianamente, secondo quanto stabilito nel PDTA di quell'assistito, alla **rivalutazione congiunta** del raggiungimento dei risultati attesi al fine di procedere ed eventuali aggiustamenti oppure a dare Indicazioni alla dimissione.

Anche questa fase deve prevedere la condivisione multiprofessionale di **pianificazione della dimissione**, con la partecipazione attiva della Agenzia Ospedale territorio in cui partecipano assistente sociale o infermiere di comunità

Stante la necessità di contrarre al massimo la durata del ricovero, in alcuni casi, la fase di indicazioni alla dimissione potrà coincidere con quella della condivisione del PDTA con l'assistito; si sottolinea come le singole fasi siano rappresentate schematicamente, in modo didascalico, per riaffermare che molte difficoltà della pratica interprofessionale sono legate ai troppi "non detto", alla carenza di momenti formalizzati di confronto, scambio, sempre più necessari nelle relazioni tra professionisti tra i quali si deve tornare a cercare il concetto di ausiliarità nella sua accezione generale, quella che prevede il reciproco supporto e non quello che richiama dipendenza.

Condivisa la pianificazione della dimissione, medico ed infermiere produrranno, in modo integrato, il documento multiprofessionale di dimissione, attivando o perfezionando le **procedure di dimissione**.

Queste devono prevedere:

- il briefing con l'assistito ed i suoi riferimenti;
- la fase vera e propria della dimissione ospedaliera (ed eventuale resa in carico ai servizi territoriali) con i contatti con il MMG e l'assistenza infermieristica territoriale.

In conclusione si richiama l'attenzione sul fatto che avendo tracciato il percorso base della degenza ospedaliera, proponendolo composto di 14 fasi, ben 5, più di un terzo del totale, hanno nel titolo la parola condivisione o briefing ancora una volta a sottolineare come questi siano la base per la costruzione di una reale pratica interprofessionale, gli snodi per migliorarla.

### **Fattori favorevoli od ostacolanti nelle relazioni interprofessionali**

Uno dei temi che attualmente rende difficoltoso e complesso lo sviluppo relazionale all'interno delle organizzazioni è **il conflitto**, che può avere sia valenza funzionale, ovvero promuove gli interessi e lo sviluppo dell'organizzazione, oppure disfunzionale, ovvero minaccia lo sviluppo e quindi va precocemente compreso e affrontato.

Alcuni degli aspetti che tendono a creare terreno fertile per il conflitto sono la sempre maggiore di-

versità del personale, i sempre più costanti e rapidi cambiamenti, la diminuzione della comunicazione vis à vis.

Il conflitto può avere come nucleo centrale problematico le singole personalità oppure le relazioni tra gruppi, ma essere anche un conflitto interculturale; in ogni caso può essere suscettibile di diverse interpretazioni: come guerra, in cui ci sono nemici e vittime, come opportunità di sviluppo e cambiamento o come percorso di ricerca di un nuovo terreno comune d'incontro.

Se cercassimo di individuare cosa facilita e cosa ostacola le relazioni tra professionisti diversi, potremmo articolare nelle due polarità della convergenza/divergenza i concetti di opinioni, preparazione, cultura, personalità, leadership, equilibrio tra leadership e managerialità, laddove uno dei principali conflitti che bloccano le nostre organizzazioni sanitarie è quello che vede contrapporsi e difficilmente dialogare le funzioni cliniche.

Intervenire attraverso **la formazione e la consulenza sui cardini della comunicazione** interprofessionale, sulla qualità del lavoro di gruppo, sul livello di professionalità diffuso, ha come obiettivo la costruzione (continua) di un gruppo autenticamente in contatto relazionale e comunicativo con l'utenza, pazienti e famiglie, ma anche al proprio interno e con gli altri gruppi, capace di valorizzare il concetto di cura sia verso l'esterno sia verso il proprio interno, nei termini di valorizzazione, riconoscimento, auto-determinazione e soddisfazione.

Apprendere a lavorare in interprofessionalità richiede la comprensione di come i ruoli professionali e le responsabilità si integrino e siano complementari nella cura centrata sul paziente; una competenza centrale della pratica professionale è la capacità di descrivere chiaramente il proprio ruolo professionale e responsabilità ai membri del proprio team con professionalità diversa e la capacità di comprendere ruoli e responsabilità altrui in relazione al proprio.

**La comunicazione** e le sue funzionalità/difunzionalità è parte integrante delle competenze fondanti la professionalità e l'aspetto centrale della pratica collaborativa interprofessionale.

È opportuno che lo sviluppo di abilità comunicative di base diventi una area comune degli operatori sanitari superando l'attuale scarsità di percorsi formativi e di pratica della comunicazione interprofessionale.

Infine, apprendere a lavorare in interprofessionalità significa apprendere ad essere un buon membro di un gruppo. Il comportamento in gruppo si applica in ogni scenario in cui gli operatori interagiscono sulla base di obiettivi condivisi. Cooperazione nel processo di cura, coordinamento delle proprie attività per evitare ridondanze ed errori, collaborazione con i colleghi in attività di problem solving, decision making, soprattutto in situazioni di incertezza: questi processi riflettono un livello di interdipendenza crescente nei gruppi che lavorano all'interno di micro-sistemi ospedalieri o tra organizzazioni e comunità.

Le caratteristiche principali per un gruppo/sistema improntato alla interprofessionalità sono :

- pratica interdipendente;
- presenza di standard professionali e di gruppo;

- dialogo, discussione e collaborazione continua;
- leadership fondata su abilità o questioni di priorità;
- confini di ruolo flessibili;
- conflitto come responsabilità di gruppo;
- attenzione ai processi e alle questioni di gruppo;
- apprendimento come processo comune e non più "lavoriamo insieme ma apprendiamo separatamente".

In questo senso si può parlare, più che di Non Technical Skills, di abilità di apprendimento tecnico avanzato di professionisti della sanità e di gruppi di lavoro, da cui non è possibile prescindere, che influenzano anche le Technical skills, sulle quali è necessario e opportuno investire in termini di attenzione, formazione e percorsi.

Un ruolo importante deve giocare anche il Rischio Clinico: l'esperienza quotidiana, ancor prima della letteratura internazionale, ci ha insegnato come spesso saper sfruttare a pieno il mix di competenze professionali, così come saper parlare, anche in una situazione di conflittualità latente o manifesta, con i familiari dell'assistito e con l'assistito stesso costituisca un fattore vincente in una organizzazione.

## Conclusioni

Il gruppo di lavoro intende proporre alcune raccomandazioni che rappresentano la sintesi degli elementi strategici per perseguire il miglioramento di uno degli aspetti ancora oggi problematico nell'ospedale organizzato per intensità di cura: le relazioni interprofessionali.

In particolare si ritiene sia utile:

- adottare, almeno per le prime 3 patologie prevalenti in trattamento nel proprio contesto, Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziale Riabilitativi condivisi con tutti i professionisti coinvolti ivi compresi quelli della presa in carico territoriale;
- disporre di un sistema informativo con accesso trasversale ai dati del paziente da parte di tutti i professionisti
- assicurare a ciascun assistito la valutazione delle sue necessità da parte del medico e dell'infermiere che concretizzeranno la presa in carico attraverso la pianificazione personalizzata;
- organizzare un briefing, all'inizio ed alla fine della degenza ospedaliera curando in particolar modo programmazione e realizzazione della resa in carico territoriale;
- prevedere un momento collegiale di condivisione con l'assistito ed i suoi familiari almeno in occasione della definizione degli obiettivi del PDTA, entro 48 ore dal ricovero, e nel confermare il momento programmato per la dimissione ospedaliera;
- pianificare i necessari appuntamenti di monitoraggio clinico assistenziale e gli opportuni spazi di informazione e aggiornamento dell'assistito;
- prevedere interventi ed occasioni di formazione multi professionali e multidisciplinari, anche on the job, per sviluppare consapevolezza sull'interdipendenza professionale;
- prevedere la formazione alla comunicazione interattiva e al lavoro di gruppo.



# Le misure alternative alla detenzione per persone tossico-alcol dipendenti in Toscana

**L**a Toscana, già prima dell'entrata in vigore del Decreto Legislativo 230 del 1999 con il quale, a decorrere dal 1° gennaio 2000, sono state trasferite al servizio sanitario nazionale le funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti, e in ossequio al principio della parità di trattamento in tema di assistenza sanitaria tra persone libere e detenute, ha organizzato la presa in carico e la cura di soggetti tossico-alcol dipendenti detenuti, attraverso la rete territoriale dei Servizi per le dipendenze (SERT).

I SERT, capillarmente diffusi in tutto il territorio toscano, hanno assicurato alle persone con problemi di tossico/alcol dipendenza detenute:

- le cure mediche, ivi comprese le terapie con farmaci sostitutivi e non;
- il supporto psicologico;
- il supporto sociale;
- il lavoro di equipe per la diagnosi e la formulazione del programma terapeutico;
- il raccordo operativo con operatori della giustizia (educatore carcere, polizia penitenziaria, psicologo ex art 80 del "servizio nuovi giunti") e con operatori della sanità afferenti ad altre UO (es. infettivologia, psichiatria).

Di grande rilevanza la certificazione di tossico/alcol dipendenza che consente al detenuto, se rientrando nel limite di pena da espriare stabilito dalle norme vigenti, di effettuare richiesta di affidamento in prova nei casi particolari ex art.94 DPR. n.309/90 per curare più efficacemente la sua patologia all'esterno delle mura penitenziarie.

La Toscana è stata tra le prime regioni italiane a contrastare il fenomeno del sovraffollamento degli istituti penitenziari.

Oltre a diversi accordi sottoscritti con l'Amministrazione penitenziaria e le Istituzioni territoriali interessate, ha emanato direttive nei confronti delle Aziende USL toscane volte a favorire la continuità assistenziale alle persone (adulti e minori) che, alla data di entrata in vigore della riforma della sanità penitenziaria (1° gennaio 2009), avevano in corso misure alternative alla pena in Comunità terapeutiche per tossico-alcol dipendenti precedentemente disposte dal Ministero di Giustizia.

L'attenzione alla cura delle persone detenute con problemi di tossicoalcol dipendenza e al problema del sovraffollamento delle carceri si è ulteriormente rafforzata con l'adozione della delibera di Giunta

regionale toscana 848/2010 "Trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie penitenziarie. Interventi di inserimento in comunità terapeutiche di soggetti detenuti tossico/alcol dipendenti (misure alternative alla pena) e definizione del percorso assistenziale. Determinazioni".

Con la suddetta delibera la Giunta ha voluto:

- equiparare il percorso di presa in carico dei detenuti tossico-alcol dipendenti in tutte le sue fasi, compreso l'inserimento in Comunità terapeutica per lo svolgimento di uno dei programmi terapeutici definiti dalla deliberazione di Giunta regionale toscana 1165/2002, alle

stesse condizioni economiche e terapeutiche previste per le persone tossico-alcol dipendenti in libertà in carico ai servizi territoriali ai quali sono state messe a disposizione risorse aggiuntive pari a Euro 350.000,00;

- istituire uno specifico tavolo di lavoro composto dal Garante dei Diritti dei Detenuti, da rappresentanti del Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze, dal Provveditorato Regionale per l'Amministrazione Penitenziaria della Toscana, dalla Magistratura di Sorveglianza e dall'Ufficio Esecuzione Penale Esterna, per l'elaborazione di una proposta di percorso assistenziale e procedure idonee per la presa in carico di persone detenute tossico/alcol dipendenti sottoposti a misure alternative alla detenzione, qualora vogliano o abbiano già intrapreso programmi di recupero.

Il documento prodotto dal tavolo è stato approvato dalla Giunta regionale con deliberazione 1232 del 27 dicembre 2011 "Approvazione Linee di indirizzo per la presa in carico di persone detenute tossico-dipendenti e alcol dipendenti per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere e destinazione risorse" che ha altresì destinato alle Aziende USL toscane ulteriori risorse aggiuntive pari a Euro 500.000,00 per favorire l'incremento dei percorsi di cura all'esterno del carcere, sia con programmi ambulatoriali che residenziali in Comunità terapeutiche.

L'attenzione della Toscana alla tematica si è poi concretizzata con l'Accordo sottoscritto il 1° luglio 2011, di durata triennale, tra la Regione Toscana, le Aziende USL ed il Coordinamento degli Enti Ausiliari della Regione Toscana, al quale aderiscono tutte le Comunità terapeutiche per tossicoalcol dipendenti operanti nel territorio toscano, che si è reso disponibile ad ospitare nelle proprie strutture persone sottoposte a misure alternative alla detenzione.

ARCANGELO ALFANO  
*Responsabile P.O. "Prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze".  
Settore Politiche per l'integrazione socio-sanitaria e la salute in carcere.  
Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Regione Toscana*

## Consiglio Sanitario Regionale

# Sviluppo del Sistema Cure Intermedie al fine dell'utilizzo corretto delle risorse ex DGR 1235/2012

*Pubblichiamo il testo del Parere n. 34/2013 espresso dal CSR che costituisce l'ossatura sulla quale si costruirà il Sistema delle Cure Intermedie.*

Il presente documento è inteso a suggerire una allocazione ottimale dei pazienti che non necessitano di degenza ospedaliera in setting di alta e media intensità di cure, in riferimento alla complessità sanitaria e alle specifiche condizioni cliniche ancora esistenti. Esistono infatti pazienti che possono essere **trasferiti**, ma perché hanno ancora necessità di tutela medica e infermieristica nelle 24 ore, e pazienti **dimessi** in condizioni cliniche meno complesse che hanno necessità prevalentemente di cure infermieristiche. Il primo gruppo viene qui identificato nel paragrafo A "Degenze per Cure a bassa intensità" e il secondo nel paragrafo B "Cure Intermedie".

Occorre stabilire, a fronte di una attribuzione territoriale delle Cure Intermedie, quale sia la sede logistica più opportuna delle Cure a bassa intensità. Queste ultime potranno trovare una opportuna allocazione in base alla nuova organizzazione sanitaria della Regione Toscana secondo gli indirizzi della Delibera 1235/12.

### A. DEGENZE PER CURE A BASSA INTENSITÀ

Vengono accolti nelle degenze a "Bassa Intensità di Cura" pazienti provenienti dai livelli più elevati di assistenza dell'Ospedale con problematiche di ordine medico e livello di gravità NEWS<sup>1</sup> tendenzialmente  $\leq 3$  (v. Tabella 1), che abbiano necessità di assistenza medica ed infermieristica continuativa.

La dimissione dalla "Bassa Intensità" (v. Tabella 2) con evoluzione favorevole può avvenire verso il proprio domicilio oppure verso le "Cure Intermedie", oppure verso strutture "sociali" o riabilitative, in accordo con il Medico di MG.

Per questa tipologia di pazienti sono identificabili posti letto provenienti dalla riorganizzazione della rete ospedaliera e da strutture convenzionate accreditate se-

condo la LR 51/1999 ed il Regolamento 61/2010.

La responsabilità clinica nella struttura a "Bassa Intensità" è del Medico della struttura stessa, pubblica o convenzionata, che garantisce la reperibilità nelle 24 ore.

Il numero di posti letto per modulo di degenza in "Bassa Intensità" è di norma fra 20-32 e la durata di degenza non deve essere di norma superiore alle 3 settimane.

Per quanto riguarda il costo della giornalità di degenza in "Bassa Intensità", non è prevedibile che sia superiore a quello corrisposto attualmente (119 Euro) alle strutture convenzionate dalle ASL che hanno sperimentato questa tipologia di settings.

### B. CURE INTERMEDIE

Esistono molte definizioni<sup>2</sup> di "Cure Intermedie" ed anche lo stesso termine si presta a diverse interpretazioni. Scegliere gli obiettivi che si vogliono raggiungere, senz'altro facilita il compito di definirle.

Si può pensare che l'obiettivo è fornire cure solo a pazienti ancora acuti da parte di servizi che non richiedono le risorse di un Ospedale, ma che hanno finalità più complesse di quelle offerte dalle cure primarie. Di conseguenza questo orientamento aiuta a restringere il campo della discussione. Il termine "cura" serve ad indicare che le "Cure Intermedie" definiscono come sanitaria la loro missione, che pertanto deve essere svolta in ambienti di assistenza **accreditati come "sanitari"** (nel rispetto della L.R. 51/2009 e del Regolamento 61/2010).

Il paziente che fruisce delle "Cure Intermedie" è in situazione di malattia, ma non tanto grave da avere necessità di risiedere in un Ospedale, anche se organiz-

**Tabella 1** - National Early Warning Score (NEWS).

PARAMETRI FISIOLGICI	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza del respiro	$\leq 8$		9-11	12-20		21-24	$\geq 25$
Saturazione Ossigeno	$\leq 91$	92-93	94-95	$\geq 96$			
Ossigeno supplementare		SI		NO			
Temperatura corporea	$\leq 35.0$		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	$\geq 39.1$	
Pressione sistolica	$\leq 90$	91-100	101-110	111-219			$\geq 220$
Frequenza cardiaca	$\leq 40$		41-50	51-90	91-110	111-130	$\geq 131$
Stato di coscienza							sopore o coma

<sup>1</sup> Parere CSR n. 68/2012. <sup>2</sup> R.J.F. Melis et al BMJ Vol. 329 14 agosto 2004.

zato per Intensità di Cure, e ancora **non è sufficientemente stabilizzato** per vivere al proprio domicilio.

Le “Cure Intermedie” possono fornire prestazioni anche a soggetti di provenienza territoriale, in particolare quanti sono “arruolati” nel “Chronic Care Model”, che possono evitare l’ospedalizzazione con l’applicazione delle cure possibili nei setting assistenziali “intermedi”.

Obiettivo è la riduzione della “low care” ospedaliera da una parte, e dall’altra il contenimento degli accessi al Pronto Soccorso di pazienti che hanno riacutizzazioni

di patologie croniche note.


Una tale concezione delle “Cure Intermedie” promuove sempre di più l’avvicinamento delle persone con bisogni di salute al proprio abituale ambiente di vita, nelle migliori condizioni di autonomia e ricevendo le opportune cure in ambiente extra-ospedaliero.

Questo tipo di organizzazione trova nelle “nursing home” degli USA e del Giappone un’attuazione già collaudata.

L’attuale proposta consente di definire con esattezza ciò che sono le “Cure Intermedie,” riaffermando che queste servono per curare i pazienti in ambienti sanitari e non per vicariare altre aspettative che, seppure legittime, trovano risposta nei servizi sociali, nel “Chronic Care Model”, nelle strutture riabilitative e negli “Hospice”. La non completa efficienza di questi percorsi non deve inquinare il concetto e l’uso di “Cure Intermedie” qui proposto.

Quello che segue è uno schema di “Cure Intermedie” che risponde ai principi ora esposti.

Tabella 2

Tipologie di Assistenza Sanitaria	
Alta Intensità (Terapia Intensiva)	
Media Intensità (Terapia Sub-Intensiva)	
Media Intensità (Degenza Ordinaria)	
Bassa Intensità (Ospedale e Clinica Convenzionata)	
Cure Intermedie	
Ospedalizzazione a domicilio	

<b>1) Chi è accettato</b>	a) Pazienti dimessi dall’ospedale in corso di stabilizzazione clinica; b) pazienti inviati dal Medico di Medicina Generale con riacutizzazione di cronicità ma senza necessità di ricovero in ospedali per acuti.
<b>2) Chi non è accettato*</b>  * = Hanno già percorsi definiti	a) pazienti terminali; b) pazienti con ragioni sociali che prolungano il ricovero; c) lungodegenti; d) pazienti che hanno in corso specifici programmi riabilitativi; e) pazienti psichiatrici; f) pazienti affetti da malattie infettive diffuse; g) pazienti con gravi disturbi cognitivo-comportamentali.
<b>3) Struttura ospitante</b>	Struttura sanitaria accreditata con moduli di norma fra 20-32 letti di degenza, collocabili in: a) ospedali riconvertiti; b) spazi ospedalieri non dedicati al trattamento dei pazienti critici; c) RSA riorganizzate per le cure intermedie; d) moduli di cure intermedie in RSA; e) “Case di Cura” convenzionate; f) strutture di nuova costruzione.
<b>4) Criteri per l’accesso (a+b+c+d+ e)</b>	a) N.E.W.S. = 0-1 (V. Tav. 1); b) diagnosi già definita; c) prognosi già definita; d) programma di trattamento già predisposto e concordato tra MMG e Medici Ospedalieri <b>in caso di dimissione dall’ospedale</b> per acuti, ovvero programma di trattamento già predisposto e concordato tra MMG appartenenti all’Aggregazione Funzionale Territoriale <b>in caso di accesso dal territorio</b> ; e) processo di stabilizzazione clinica non ancora consolidato.
<b>5) Tempo di permanenza</b>	Di norma non inferiore a 7 giorni, non superiore a 20 giorni.
<b>6) Figure professionali</b>	a) MMG: responsabile del governo clinico e coordinatore degli interventi assistenziali. Ha responsabilità della diagnosi, della terapia, della prevenzione secondaria e dei consulti e consulenze necessari in raccordo con l’Unità Complessa di Cure Primarie. Il paziente rimane in carico al Medico già titolare della scelta, che coordinerà l’intero piano assistenziale e sarà seguito anche dai medici in rapporto orario AFT; b) infermiere: autonomo e responsabile per le proprie funzioni in raccordo con il MMG su percorsi condivisi. Prevista un’organizzazione funzionale infermieristica. c) OSS: supporto alla persona e all’ambiente. Addetto all’attività alberghiera; d) la funzione di coordinamento è affidata al Coordinatore dell’Aggregazione Funzionale Territoriale di riferimento; e) la struttura organizzativa dovrà necessariamente avere una dimensione orizzontale, che deve tenere conto che la responsabilità della tutela della salute del cittadino è del Medico titolare della scelta, che ne risponde davanti alla Legge; f) occorre dimensionare nelle strutture ospitanti i bisogni di personale infermieristico nelle 24h; g) nelle Case di Cura e nelle RSA riconvertite, nelle quali siano organizzate le Cure Intermedie, occorre specificare che il personale medico delle stesse non ha funzioni assistenziali nei confronti dei pazienti allocati nelle sezioni per le Cure Intermedie.
<b>Necessità di posti letto</b>	0,5% ± 1 (Parametro orientativo sperimentale).
<b>Costo per giornata</b>	Uguale o inferiore ai 119 Euro/die previsto per le “Cure a Bassa Intensità”.

<sup>2</sup> R.J.F. Melis et al BMJ Vol. 329 14 agosto 2004 .



**Regione Toscana**

numero verde  
**800 004 477**

# Le tue vaccinazioni online. Ora si può.

Con la Carta Sanitaria Elettronica  
tieni d'occhio le tue vaccinazioni  
sul pc. I tuoi dati al sicuro.  
Conviene a tutti.

**Quasi a tutti.**

Attivala alla ASL o in farmacia



**Carta Sanitaria Elettronica. Servizi pubblici on line in sicurezza.**

Usa la Carta Sanitaria Elettronica, scopri come sul sito della Regione [www.regione.toscana.it/cartasanitaria](http://www.regione.toscana.it/cartasanitaria)

# In tema di formazione sanitaria: un'esperienza toscana

## Attività didattica elettiva intercorso medicina-infermieristica

Risultati del primo progetto italiano di Attività Didattiche Elettive  
a comune tra studenti di Medicina e di Infermieristica



Lorenzo Dioscoridi, medico in formazione specialistica presso la SOD di Chirurgia Generale e d'Urgenza 2 (Direttore Prof. Paolo Bechi), AOU Careggi, Firenze. Cura gli aspetti pratici ed organizzativi del progetto ADE Intercorso fin dal suo inizio nel 2010.

L'Attività Didattica Elettiva (ADE) costituisce un bagaglio culturale necessario per la personalizzazione e la crescita formativa dello studente permettendogli la possibilità di indirizzare autonomamente tale attività in modo tale da assecondare inclinazioni, propensioni ed interessi personali.

Il progetto **ADE Intercorso** nasce dall'esperienza maturata nel volgere degli anni da alcuni docenti che hanno promosso un'integrazione sempre più importante e costruttiva tra studenti del corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia e quelli del corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e rappresenta una novità; primo in Italia, risponde, a nostro parere, alla crescente esigenza di integrazione tra le diverse figure operanti nel mondo della sanità volta ad ottenere il miglior risultato clinico utilizzando al meglio le sempre più limitate risorse disponibili sul modello di quanto già accade in altri Paesi.

L'ADE proposta, pur contestualizzata nell'apena delineato quadro generale, si è posta l'obiettivo tecnico di insegnare agli studenti il confezionamento e la rimozione delle principali tipologie di sutura cutanea. Nell'ambito di questo progetto formativo, innovativo, ma limitato nell'obiettivo immediato, sono stati utilizzati degli zampetti di maiale (regolarmente acquistati presso centri controllati ASL) sistemati su supporti rigidi ancorati ad ogni postazione, incisi in più punti e smaltiti al termine di ogni esercitazione.

Sono stati utilizzati i fili di sutura normalmente disponibili per le suture cutanee (Nylon 2-0, 3-0, 4-0 e Monocryl 4-0 principalmente) con l'uni-

ca accortezza dell'uso di soli aghi taglienti (per la maggior facilità di passaggio attraverso la cute di maiale), suturatrici a punti metallici in scadenza o non più sterili, adesivi cutanei e steri-strip non più altrimenti utilizzabili.

In pratica, l'ADE si è articolata in 18 ore di corso; ad ogni corso hanno partecipato dieci studenti, la metà appartenenti al corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e l'altra metà al corso di Laurea in Scienze Infermieristiche, selezionati secondo i criteri normalmente utilizzati per questa tipologia di corso elettivo (pre-requisiti in termini di esami sostenuti all'interno del corso di studi ed ordine cronologico di iscrizione).

Infatti, nell'ambito del corso, gli studenti hanno frequentato sia lezioni teoriche riguardanti la storia delle suture, i materiali e le modalità tecniche di esecuzione dei diversi tipi di sutura cutanea sia esercitazioni pratiche sui principali tipi di sutura a punti staccati (punto semplice, punto Donati) e

LORENZO DIOSCORIDI<sup>1</sup>, CARLO PAPAROZZI<sup>1</sup>,  
LAURA RASERO<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SOD di Chirurgia Generale e d'Urgenza 2, AOU Careggi, Firenze

<sup>2</sup> Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, AOU Careggi, Firenze



Figura 1 - ADE Suture Cutanee.

in continuo (sutura intradermica) nonché sull'uso di metodi di sutura cutanea "non convenzionali" ma estremamente utili sul territorio (punti metallici, steri-strip, adesivi cutanei) ed infine sono stati anche ovviamente istruiti sulla corretta rimozione di tutti i tipi di sutura cutanea.

I risultati di questa esperienza sono stati soddisfacenti sia da un punto di vista didattico che di confronto per i due Corsi di studio. La linea didattica teorico-pratica si è dimostrata vincente: infatti, a nostro parere si tratta dell'unica via percorribile (è impossibile, infatti, insegnare le suture senza l'attività pratica, ma rimane tuttavia importante fornire una base teorica per dare agli studenti una visione d'insieme sui diversi tipi di sutura e sul loro utilizzo nella pratica clinica in modo tale da insegnare loro un atto chirurgico e non un semplice "lavoro manuale"). La presenza di studenti di corsi differenti ha permesso di avviare discussioni e confronti estremamente costruttivi sui diversi argomenti affrontati integrando ed interfacciando la conoscenza più pratica degli allievi infermieri con quella più teorica degli studenti di Medicina.

Sebbene l'80% degli studenti non avesse mai affrontato prima in modo organico l'argomento né avesse mai effettuato una sutura cutanea, al termine del corso, il 99% degli studenti partecipanti si è dimostrato in grado di eseguire i tipi di sutura descritti. Dai questionari di gradimento raccolti alla fine del corso è emerso un apprezzamento generale per tutte le lezioni svolte, con il suggerimento di prevedere un numero maggiore di ore pratiche e ad includere un maggior numero di studenti nel diffuso entusiasmo per le competenze e le qualità tecniche acquisite.

In conclusione, questa tipologia di ADE Intercorso fornisce interessanti spunti di discussione per ulteriori sviluppi su almeno tre fronti.

Il primo punto da sottolineare è sicuramente quello dell'importanza sempre maggiore che assume l'integrazione tra le figure professionali del medico e dell'infermiere, che per essere sempre più completa necessita di momenti didattici che permettano agli studenti dei due Corsi di confrontarsi in modo costruttivo.

Il secondo, strettamente connesso al precedente, è legato all'attuale limitata disponibilità di chirurghi, che si ridurrà ulteriormente in futuro: ciò rende necessaria una trasmissione ed un passaggio di competenze tecniche alle altre figure professionali che operano in campo sanitario in modo tale da indirizzare allo specialista solo i casi più complessi. Possiamo facilmente immaginare, ad esempio, quanto potrebbe giovare alla riduzione degli accessi ospedalieri in Pronto Soccorso un più corretto e consapevole approccio alle ferite cutanee da parte degli operatori sanitari sul territorio: basti pensare che in media al momento vengono registrati 350 accessi ogni 1000 abitanti.

Per i motivi sopra indicati, la medicina territoriale potrebbe rappresentare la chiave di volta per realizzare una modifica dell'organizzazione sanitaria e quindi la formazione di operatori sanitari che offrano ai cittadini le prestazioni non più erogabili o spesso mal erogabili dall'ente ospedaliero centrale.

Questa nostra esperienza delle ADE Intercorso (che speriamo di continuare a portare avanti nei prossimi anni), pur nella limitatezza degli obiettivi, ci pare abbia contribuito, come si evince dai risultati, ad una formazione più completa degli studenti di entrambi i corsi di Laurea e propone un modo nuovo di insegnamento in ambito sanitario con il fine di una sempre più stretta integrazione ed intercambiabilità delle figure professionali che lavorano con gli stessi mezzi, negli stessi ambienti e per lo stesso obiettivo comune.

**TM**



**Figura 2** - Modello sperimentale utilizzato.



**Figura 3** - Gli studenti imparano a suturare.

# La nuova frontiera del SSN

## Il Day Service ed i Percorsi Ambulatoriali

### Parte I



Gabriella Giuliano, medico della Direzione Sanitaria dell'AOUP. Specialista in Statistica ed Epidemiologia ad indirizzo di Programmazione Sanitaria; Ricercatrice Epidemiologa per anni per il CNR di Pisa, Esperta di Valutazione dei Servizi Sanitari presso il Ministero della Salute, Docente di Organizzazione e Legislazione Sanitaria presso l'Università di Pisa, attualmente è Responsabile del Settore CUP dell'AOUP

#### Premessa

La deospedalizzazione delle attività diagnostiche avvenuta nel corso dell'ultimo anno con la trasformazione dei Day Hospital (D.H.) diagnostici in percorsi ambulatoriali di Day Service (D.Se.), ha impegnato le strutture ospedaliere, particolarmente nel caso delle Aziende Ospedaliere, dove spesso i percorsi diagnostici sono particolarmente complessi e interdisciplinari.

Per affrontare il cambiamento, nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana (AOUP) sono state organizzate numerose sessioni formative proponendo ai partecipanti una *visione storica del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)* nella quale si andava ad inserire il Day Service.

Comprendere il contesto è infatti utile ad affrontare il cambiamento.

Scopo del presente lavoro è illustrare quanto messo in atto in AOUP per l'avvio del Day Service.

L'articolo è suddiviso in due parti. Nella prima è brevemente tracciata la storia dell'SSN sulla base di indicatori di innovazione assistenziale, contesto istituzionale ed organizzativo del servizio letti sul parametro di *spesa espressa in % del PIL*. L'efficacia complessiva del servizio è validata con l'indicatore *aspettativa di vita nei due sessi e nelle diverse classi di età negli anni 1990, 2000, 2009*.

Nella seconda parte è descritta la metodologia di lavoro messa in atto, in AOUP, per organizzare il Day Service. Ne vengono presentati e commentati brevemente i risultati.

Tutte le statistiche riportate sono frutto di elaborazioni integrate sui dati pubblicati nei siti ufficiali dell'ISTAT<sup>1</sup>, MEF<sup>2</sup> ed AGENAS<sup>3</sup>. Si è fatto inoltre riferimento alla pubblicazione del CERM: "Le differenze regionali nella governance della spesa sanitaria: la sanità alla sfida del federalismo" di Pammolli F., e Salerno N.C., Anno 2011.

#### L'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale: uno sguardo alla storia

La Figura 1 mostra il grafico della spesa sani-

taria complessiva in Italia espressa in % del PIL nel periodo 1960-2009.

Sono posti a confronto due tipologie di dati. Al di sopra della linea grafica sono riportati gli *indicatori* più significativi dell'innovazione dell'SSN in termini di capacità di assistenza. Al di sotto della stessa linea sono riportate le fondamentali modifiche intervenute sul servizio nei suoi assetti istituzionali ed organizzativi. L'intenzione è quella di mostrare come il governo della spesa sanitaria sia

da rapportarsi, in buona misura, alla capacità del sistema di innovarsi. Ma l'innovazione è possibile *se e solo se* si è a conoscenza della situazione in atto, fatto che implica saper *gesti-*

*re e governare l'informazione.*

Innanzitutto appare evidente come di per sé l'istituzione dell'SSN del 1978 non sia riuscita a ridurre il trend in crescita della spesa sanitaria di quegli anni. Ciò è imputabile alla impossibilità dell'organo centrale di conoscere le attività assistenziali organizzate nelle nascenti UU.SS.LL. Che la disponibilità di informazioni sia indispensabile al governo del sistema è testimoniata dall'andamento della curva di spesa dell'SSN negli anni immediatamente successivi al 1984, anno in cui il Dipartimento della Programmazione del Ministero della Sanità istituì e disciplinò i primi flussi informativi di attività e rendicontazione delle UU.SS.LL. (Flussi FLS, HSP, RND ecc.). Non a caso, l'anno successivo, fu deliberato il primo Piano Sanitario Nazionale. E la curva della spesa, dopo il 1984, si stabilizza e tende addirittura a decrescere fin verso gli anni '90.

In quegli anni fecero l'ingresso in sanità gli economisti che affiancarono gli epidemiologi orientati alla valutazione dei servizi sanitari. Dal dibattito che derivò da questo incontro, scaturirono due idee vincenti che coniugavano l'esigenza di qualità del servizio con quella di contenimento

GABRIELLA GIULIANO\*,  
MICHELE CRISTOFANO\*\*, MAURO GIRALDI°

\* Responsabile CUP Aziendale

\*\* Responsabile Settore DRG Aziendale

° Direttore Medico di Presidio

Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana

<sup>1</sup> ISTAT, Istituto Nazionale di Statistica.

<sup>2</sup> MEF, Ministero dell'Economia e delle Finanze.

<sup>3</sup> AGENAS, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

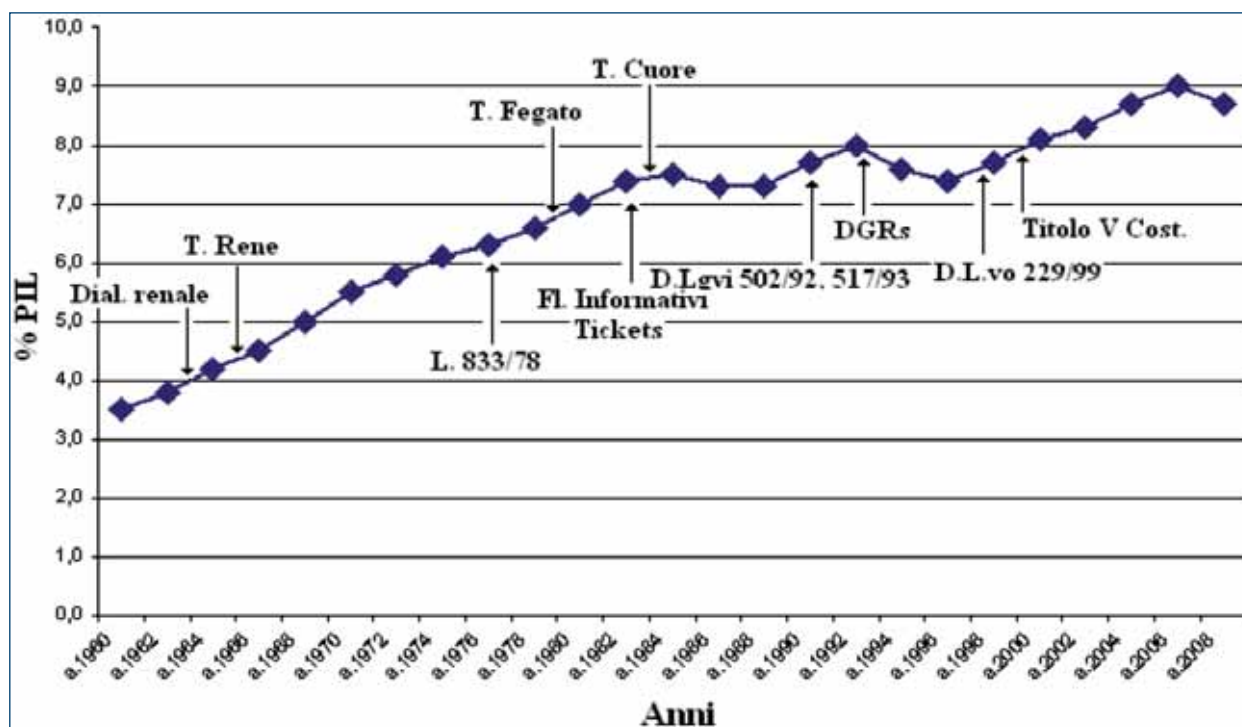


Figura 1 - Andamento della spesa sanitaria complessiva in Italia negli anni 1960-2009.

della spesa. La prima riguardava un nuovo assetto istituzionale dell'SSN, l'altra, un criterio innovativo nella implementazione e gestione dei flussi informativi.

I D.Ldvi 502/92 e 517/93, con la conseguente aziendalizzazione delle UU.SS.LL. ebbero il merito di introdurre in Sanità, nella monopolistica Pubblica Amministrazione, il concetto di *mercato regolato*, vale a dire una sorta di competizione tra Aziende Territoriali, da una parte, e Aziende Ospedaliere dall'altra. Le prime venivano – e sono tutt'ora – finanziate a *quota capitaria*, vale a dire con una quota per cittadino residente, le seconde sulla base della loro *produzione*, vale a dire delle *prestazioni erogate*, quelle di ricovero innanzi tutto. Ed è l'Azienda Territoriale che paga, per i propri residenti, le prestazioni erogate dall'Azienda Ospedaliera. Su questa contrapposizione di interessi si è fondato e si fonda il miglior controllo della spesa.

Quale sistema per la valorizzazione della *produzione*, per i ricoveri fu scelta la Classificazione DRG (i.e. *Diagnosis Related Groups*, ovvero i Raggruppamento Omogenei di Diagnosi, introdotta in Italia con il Decreto Ministeriale del 15 aprile 1994), che misurava la complessità dell'iter assistenziale fornendone, di conseguenza, una tariffa. Ricalcando l'approccio classificativo del Sistema DRG, con il Decreto Ministeriale 22 luglio 1996, fu adottata anche una classificazione delle prestazioni ambulatoriali.

Non vi è ombra di dubbio che i decreti legislativi citati nonché l'adozione dei sistemi di classifi-

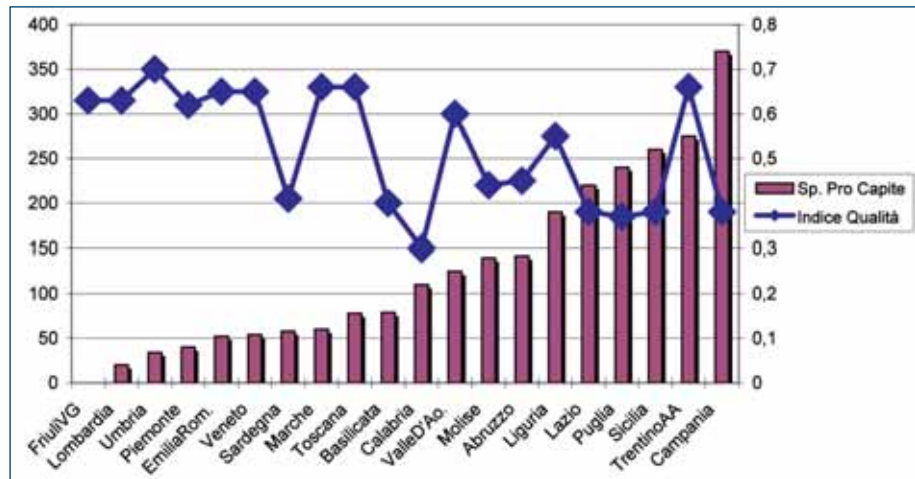
cazione e valorizzazione delle prestazioni abbiano ottenuto congiuntamente l'effetto di contenere la spesa sanitaria degli anni '90. E ciò in anni in cui si assisteva ad una forte espansione della domanda di assistenza anche a causa dell'innovazione tecnologica in discipline quali la Radiodiagnostica, Medicina Nucleare, Cardiologia invasiva ecc.

Come appare ancora evidente dal grafico della Figura 1, a partire dai primi anni 2000, la spesa sanitaria ha ripreso la sua ascesa. È opinione diffusa che la principale causa sia da ricercarsi nella modifica del Titolo V della Costituzione del 2001 che ha spostato il governo dei processi sanitari dal livello centrale alle regioni. A riprova si osservi la Figura 2 dove le barre del grafico indicano le eccedenze di spesa regionale pro-capite dell'anno 2009 rispetto alla più virtuosa regione Friuli Venezia Giulia.

Se a tale osservazione si aggiunge la valutazione della qualità dei servizi erogati, come è evidenziato dall'indicatore sintetico di Figura 2 misurato in punteggio tra 0.00-1.00, il panorama delle differenze regionali in materia di governo del servizio è ancor più evidente. Merita sottolineare che le variabili che soggiacciono alla costruzione dell'indicatore, sono – per la maggior parte – di *esito*.

Vale la pena di segnalare come, paradossalmente, se i dati della Figura 2 vengono statisticamente interpolati, si scopre una relazione inversa tra eccedenza di spesa pro-capite regionale e qualità del servizio come già osservato anche dagli Autori del testo citato in premessa.





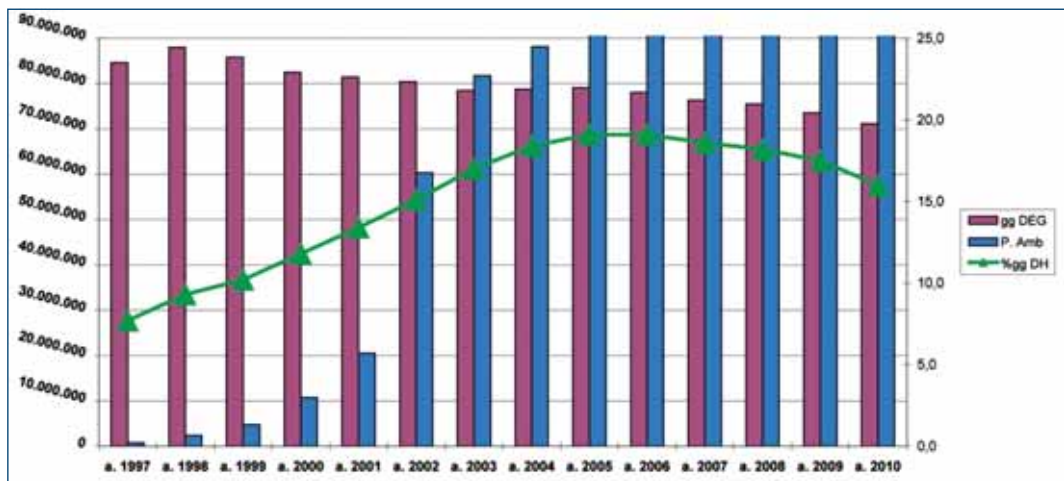
**Figura 2** - Eccedenza di spesa sanitaria pro-capite per Regione, rispetto alla Regione gold-standard in raffronto all'indicatore standardizzato di qualità.

**Mutamenti negli assetti organizzativi assistenziali**

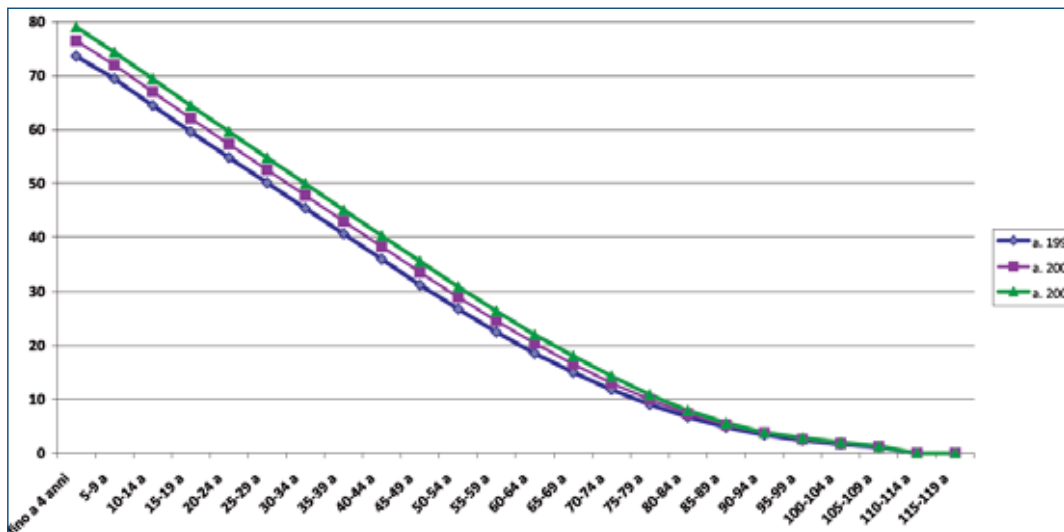
Focalizzando l'attenzione al periodo 1997-2010 ed ad indicatori sensibili ai mutamenti degli assetti organizzativi dell'SSN, quanto avvenuto nei recenti anni appare molto chiaro (Figura 3). Innanzi tutto, l'implementazione del sistema DRG ha indotto – come era da attendersi – ad una pro-

gressiva contrazione delle giornate di degenza accompagnata da un incremento, evidente fino al 2005-2006, della % di giornate di degenza in Day Hospital. L'ovvia considerazione che ne deriva è, infatti, il passaggio dal ricovero ordinario a quello in Day Hospital soprattutto nella diagnostica.

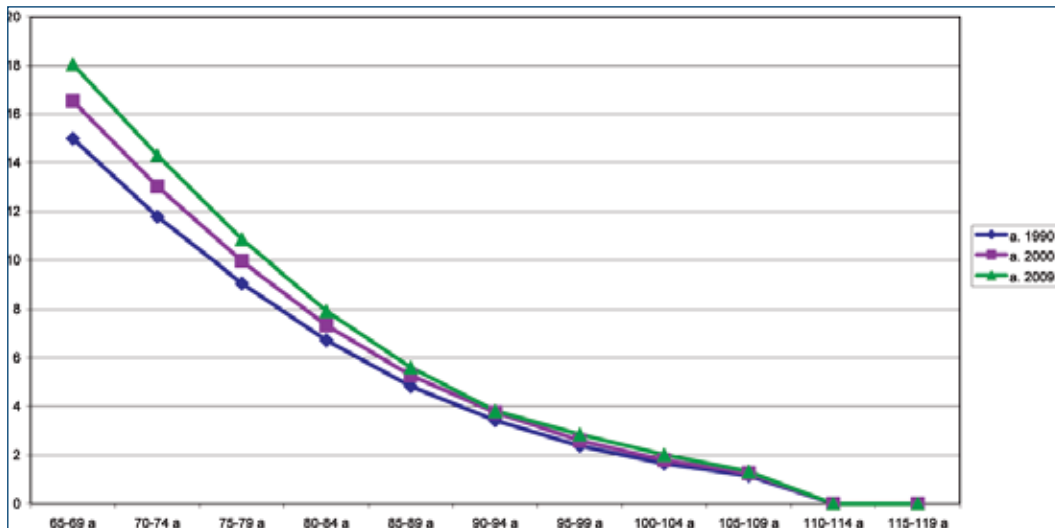
È però anche evidente come, a partire dal 2006, la % di giornate di degenza in Day Hospital subi-



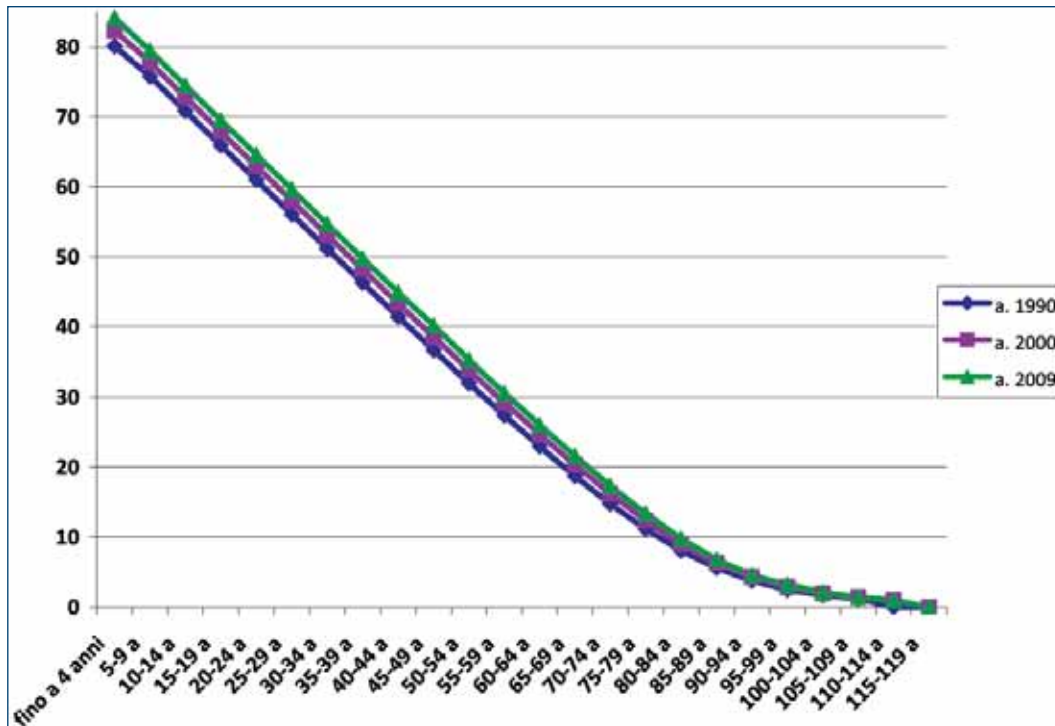
**Figura 3** - Andamento delle giornate di degenza in relazione alla % di giornate di DP ed al volume stimato di prestazioni ambulatoriali.



**Figura 4** - Spesanza di vita per classi di età, nei maschi, negli anni 1990, 2000, 2009.



**Figura 5** - Speranza di vita per classi di età, nei maschi >65 anni, negli anni 1990, 2000, 2009.



**Figura 6** - Speranza di vita per classi di età, nelle femmine, negli anni 1990, 2000, 2009.

sca una flessione: il motivo è da ricercarsi nel passaggio dall'assetto organizzativo del Day Hospital a quello ambulatoriale.

Volendo garantire la qualità assistenziale del Day Hospital, la soddisfazione del bisogno non può però ridursi alla parcellizzata erogazione di singole prestazioni, ma è necessario individuare una formula organizzativa tale da rispondere al complesso dei quesiti clinici che sottendono alla domanda di assistenza. Tale è, in sintesi, il passaggio dal modello organizzativo del Day Hospital (particolarmente a tipologia diagnostica) a quello del Day Service, che in varie regioni è stato deliberato in questi anni, ivi compresa la Toscana (DGRT 1045/11).

### Governo della Spesa Sanitaria: incremento di efficienza o anche di efficacia?

Stante il panorama istituzionale ed organizzativo illustrato nel suo divenire negli anni, prima di approfondire l'esperienza del cambiamento avvenuta in AOUP a seguito dell'avvio del Day Service, è giustificato chiedersi se, al buon governo della spesa complessiva, abbia corrisposto anche una buona qualità del servizio intesa nel più stretto senso di *efficacia*.

È noto che la speranza di vita nelle diverse classi di età è tra gli *indicatori di qualità di esito* maggiormente informativo. I grafici delle Figure 4-7 mostrano l'aspettativa di vita nelle diverse

classi di età negli anni 1990, 2000, 2009. È evidente come, anche nelle classi di età più anziane, l'aspettativa di vita sia andata progressivamente crescendo confermando l'impressione di una buona qualità complessiva dell'SSN. Piuttosto, andrebbe approfondita l'analisi sulla qualità della

vita, specialmente nelle età avanzate, questione che però esula dallo scopo del presente lavoro.

TM

L'articolo proseguirà sul numero successivo di Toscana Medica.

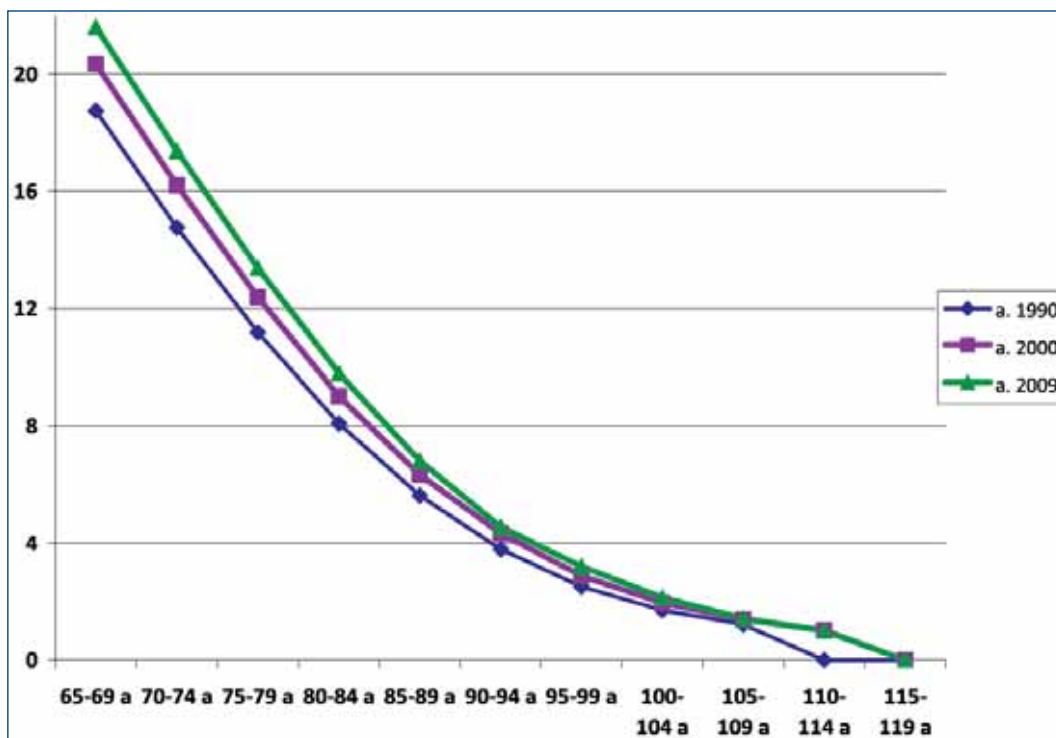


Figura 7 - Speranza di vita per classi di età, nelle femmine >65 anni, negli anni 1990, 2000, 2009.

## Pronto soccorso ed emergenza

### Confronto tra due modelli organizzativi

**N**el corso degli ultimi anni sono stati attivati numerosi progetti di Cooperazione Sanitaria Internazionale con l'obiettivo di trasferire conoscenze, metodi e mezzi dai Paesi industrializzati a quelli in via di sviluppo. È apparsa subito evidente la necessità di analizzare le effettive esigenze del Paese ospite per programmare interventi mirati ed evitare gli sprechi.

Questo studio ha confrontato i modelli organizzativi di Pronto Soccorso ed Emergenza dell'Ospedale Nuovo S. Chiara di Pisa e dell'Ospedale Regionale di Durazzo, che han-

no modelli sanitari correlati al loro diverso status socio-economico. I due presidi fanno parte di un programma di Cooperazione Sanitaria Internazionale promosso dall'Area Vasta Toscana Nord-Ovest e lo studio ha identificato le carenze strutturali ed organizzative sulle quali focalizzarsi.

CLAUDIO SCARPELLINI\*, MASSIMO SANTINI°,  
FABRIZIO ARZILLI\*, ASHIM ZOGU°°,  
STEFANO TADDEI\*

\* U.O. Medicina Interna I,

° U.O. Medicina d'Accettazione e d'Urgenza - Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

°° Pronto Soccorso, Spitali Rajonal, Durazzo

Sono stati raccolti i dati relativi alla gestione del paziente con dolore toracico non traumatico (chest pain), patologia strategica della Medici-



Claudio Scarpellini, Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Univ. di Pisa nel 2004. Specializzazione in Medicina Interna, indirizzo Medicina d'Urgenza, conseguita presso l'Univ. di Pisa nel 2012. Ha acquisito, in contesti sia formativi che lavorativi, esperienza nella gestione del paziente critico e di fase acuta.

na d'urgenza e Pronto Soccorso.

Nel corso del primo trimestre 2012 sono stati selezionati 611 soggetti a Pisa (età media 56.2±20 anni, 57.4% maschi), e 224 soggetti a Durazzo (età media 55.9±13 anni, 67.9% maschi).

Sono stati posti a confronto i dati relativi a: fattori di rischio cardiovascolare, modalità di accesso e gestione in Pronto Soccorso, esami diagnostici eseguiti, terapia somministrata, esito dell'accesso, outcome clinico.

Dall'analisi dei dati è emerso che molti fattori di rischio cardio-vascolare sono meno rappresentati nella popolazione italiana che in quella albanese: rispettivamente, abitudine al fumo 21.3% vs 42.9% ( $p<0.0001$ ), familiarità per malattia cardio-vascolare 12.6% vs 21.4% ( $p<0.01$ ), diabete mellito 12.4% vs 17.9% ( $p<0.05$ ), dislipidemia 22.4% vs 46.4% ( $p<0.0001$ ), pregressa malattia cardio-vascolare (10.7% vs 25.2%,  $p<0.0001$ ), ipertensione arteriosa (32.1% vs 40.1%,  $p<0.05$ ).

L'accesso al Pronto Soccorso è avvenuto con mezzo di soccorso più frequentemente a Pisa (33.6%) che a Durazzo (17.9%,  $p<0.0001$ ), ma i pazienti hanno ricevuto terapia farmacologica pre-ospedaliera più a Durazzo (80%) che a Pisa (22.4%,  $p<0.0001$ ).

I tempi di attesa prima della visita medica sono risultati inferiori a 30 minuti più spesso a Durazzo (92.9%) rispetto a Pisa (25.4%,  $p<0.0001$ ). La rilevazione dei parametri vitali è stata eseguita in egual misura nelle due strutture per: pressione arteriosa (86.4% a Pisa vs 90.2% a Durazzo, *n.s.*) e frequenza cardiaca (89.2% vs 88.8%, *n.s.*), mentre a Pisa sono stati rilevati meno spesso saturazione di ossigeno (87.7% vs 92.9%,  $p<0.05$ ), temperatura corporea (28% vs 78.6%,  $p<0.0001$ ) e frequenza respiratoria (0.2% vs 57.1%,  $p<0.0001$ ).

Ad eccezione dell'ECG basale (92.1% vs 82.3%, *n.s.*), gli esami diagnostici di primo livello sono stati eseguiti più spesso a Pisa che a Durazzo: rispettivamente, enzimi di miocardiocitocrosi 85.4% vs 25.0% ( $p<0.0001$ ), altri esami ematochimici 75.8% vs 57.1% ( $p<0.0001$ ), Rx torace 70% vs 39.3% ( $p<0.0001$ ), emogasanalisi 10.5% vs 3.6% ( $p<0.05$ ). Nessun esame diagnostico di secondo livello è stato effettuato a Durazzo, ad eccezione della consulenza cardiologica richiesta ed eseguita più spesso che a Pisa (85.7% vs 22.1%,  $p<0.0001$ ).

Ai pazienti con dolore toracico non traumatico sono stati somministrati più farmaci al Pronto Soccorso di Durazzo che di Pisa: antiaggreganti 53.6% vs 13.6% ( $p<0.0001$ ), nitroderivati 67.9% vs 7.7% ( $p<0.0001$ ), analgesici 96.4% vs 15.9% ( $p<0.0001$ ), ossigenoterapia 60.7% vs 5.7% ( $p<0.0001$ ), altri farmaci 75% vs 20.5%

( $p<0.0001$ ). I presidi di supporto delle funzioni vitali sono stati utilizzati più frequentemente a Durazzo (7.1%) che a Pisa (0.8%,  $p<0.0001$ ).

Per ragioni di disponibilità, in nessun caso a Durazzo è stato attuato un trattamento di rivascolarizzazione coronarica, contro il 6.4% dei casi a Pisa.

L'accesso al Pronto Soccorso dei pazienti con dolore toracico di genesi non traumatica si è concluso con la dimissione a domicilio più spesso a Pisa (66.6%) che a Durazzo (35.7%,  $p<0.001$ ).

La comparsa di complicanze acute gravi è più frequente a Durazzo (16.7%) rispetto a Pisa (1.2%,  $p<0.0001$ ); anche l'outcome clinico post-acuto (48 ore successive al ricovero) risulta peggiore a Durazzo che a Pisa, per insorgenza di complicanze potenzialmente letali (rispettivamente 16.7% vs 5.9%,  $p<0.01$ ) e di decesso (11.1% vs 1%,  $p<0.0001$ ).

Da questa analisi si può vedere che a Durazzo vengono eseguiti soltanto gli esami necessari ad un inquadramento diagnostico generale del paziente al fine di trasferirlo nel reparto idoneo. Questo modello operativo porta ad una gestione più approssimativa del paziente e ad un maggior numero di ricoveri rispetto a Pisa; inoltre i farmaci vengono spesso utilizzati impropriamente. Importanti sono le conseguenze sulla spesa sanitaria, in quanto il costo di un giorno di ricovero è senza dubbio molto più elevato rispetto agli esami diagnostici di primo e secondo livello che si eseguono in Pronto Soccorso.

Da segnalare inoltre la maggior presenza di fattori di rischio cardiovascolare modificabili nella popolazione albanese rispetto a quella pisana: è quindi necessario mettere a punto sistemi di sorveglianza e strategie di azione che possano incidere positivamente sul controllo dei fattori di rischio e contribuire in modo sostanziale alla riduzione della spesa sanitaria.

In conclusione l'analisi da noi svolta evidenzia la necessità di un intervento di cooperazione sanitaria volto non solo al trasferimento di mezzi ed equipaggiamenti, ma anche e soprattutto al passaggio di buoni protocolli organizzativi e buone pratiche sanitarie finalizzate al miglioramento dell'efficacia assistenziale non solo in ambito di Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso, ma anche nell'educazione alla salute della popolazione generale.

#### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [fds.claudio@gmail.com](mailto:fds.claudio@gmail.com)

TM



# Il Servizio Sanitario Nazionale inglese in vendita

**N**el numero di gennaio 2011 di Toscana Medica parlammo della proposta di riforma sanitaria in discussione nel parlamento inglese. Una proposta molto contestata, anche da parte della maggioranza dei medici inglesi (l'articolo infatti si titolava "I medici inglesi contro la riforma del NHS"). Ma nonostante le proteste, il cammino parlamentare della proposta di legge proseguì speditamente: il testo fu approvato alla Camera dei Comuni e - mentre era all'esame della Camera dei Lord - fece scalpore l'iniziativa di 400 medici di sanità pubblica, specialisti e accademici, tra cui nomi famosi quali Michael Marmot, Martin McKee e Margaret Whitehead. Si trattava di un appello pubblicato il 4 ottobre 2011 sul quotidiano londinese *The Daily Telegraph*, dove si leggeva: "Sir, noi come medici di sanità pubblica e specialisti siamo angosciati riguardo alla legge di riforma sanitaria presentata dal governo. La riforma provocherà un danno irreparabile al servizio sanitario nazionale, ai singoli pazienti e alla società nel suo complesso. La salute sarà così fortemente commercializzata da frammentare l'assistenza dei pazienti, aggravare i rischi per la sicurezza dei pazienti, erodere l'etica medica e la fiducia nel sistema sanitario, allargare le diseguaglianze nella salute, sprecare molti soldi nel tentativo di regolare la competizione, minare la capacità del sistema sanitario di rispondere efficacemente alle epidemie e alle altre emergenze di sanità pubblica". L'appello si concludeva con la richiesta di bloccare il cammino della Riforma. Lancet in riferimento (e in pieno appoggio) a quell'iniziativa titolò così un suo editoriale: "It's time to kill the bill"<sup>1</sup>.

Gli appelli e le proteste sono serviti a poco. La

riforma, alla fine, è stata approvata e firmata dalla Regina il 27 marzo 2012 ed è entrata in vigore il 1° aprile 2013.

Si tratta, come dicevano nell'articolo del gennaio 2011, di una riforma radicale che determina la scomparsa dell'intera infrastruttura pubblica del NHS (come se in Italia venissero d'un solo colpo cancellate ASL e Regioni) con il trasferimento a consorzi di *General Practitioner* delle funzioni dei *Primary Care Trust* (ovvero le nostre ASL, senza ospedali).

"Tale cambiamento, si legge in un articolo di Lancet, mina uno dei meccanismi chiave

attraverso cui il Servizio Sanitario Nazionale (NHS) riesce a garantire un pieno ventaglio di servizi indipendentemente dal luogo di residenza dell'assistito. I *Primary Care Trusts* sono responsabili per l'intera popolazione in una definita area geografica, non solo per i pazienti che sono iscritti in un determinato servizio. Questa responsabilità basata sulla popolazione consente una valutazione a lungo termine dei bisogni, la pianificazione e la committenza dei servizi per rispondere a quei bisogni, e la rendicontazione pubblica dell'uso delle risorse per quella popolazione. La proposta del governo abbandona il principio basato sulla popolazione; la committenza che sarà esercitata dai futuri consorzi dei medici di famiglia riguarderà solo gli assistiti iscritti con i medici di quel determinato consorzio all'interno di confini geografici amorfi e indefiniti. Verrà così meno la possibilità di programmare un'adeguata distribuzione geografica dei servizi per le comunità e le popolazioni locali"<sup>2</sup>.

La nuova architettura del NHS è quella prevista all'inizio del percorso, con alcune correzioni



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

GAVINO MACIOCCO

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze



<sup>1</sup> It's time to kill this Bill, *The Lancet* 2011, 378:1276.

<sup>2</sup> Whitehead M, Hanratty B, Popay J. NHS reform: untried remedies for misdiagnosed problems? *Lancet* 2010; 376:1373-5.

lessicali: i consorzi dei medici di medicina generale (GPs), inizialmente denominati *GP Commissioning consortia*, vengono chiamati *Clinical Commissioning Groups (CCGs)*.

I CCGs rappresentano il vero perno del sistema. Saranno complessivamente 211 in tutta l'Inghilterra e saranno i destinatari di 65 miliardi di sterline di fondi pubblici (quasi il 70% dei 95 miliardi di sterline dell'intero budget sanitario nazionale).

Con i fondi assegnati i CCGs finanzieranno le attività dei GPs e i servizi che verranno offerti ai loro pazienti da parte dei vari provider: dalle cure domiciliari, all'assistenza specialistica e ospedaliera.

Saranno i GPs a scegliere e a remunerare i provider e ciò ha sollevato la questione del loro potenziale conflitto d'interessi: GPs prescrittori di prestazioni erogate da provider privati con possibili interessi a comune con GPs. "Metà dei GPs nei CCGs hanno legami finanziari con i provider privati", sostiene il BMJ<sup>3</sup>. "Il fatto che i GPs abbiano interessi esterni può influenzare le loro decisioni nella scelta dei provider e può mettere a rischio il rapporto di fiducia con i loro pazienti, perché questi possono diffidare del motivo per cui sono stati inviati per un determinato trattamento": così si esprime Clare Gerada, Presidente del Royal College of GPs, che aggiunge: "Ciò inoltre può danneggiare anche il NHS perché avere molti differenti provider può aumentare i costi e frammentare l'assistenza, a tutto danno dei pazienti"<sup>4</sup>.

Le cose potrebbero ulteriormente complicarsi se – come la legge prevede – i CCGs appaltassero l'attività di committenza a agenzie private, per le quali gli interessi commerciali nella scelta del provider sarebbero ancora più evidenti. Si stima che il 10% delle strutture dei GPs siano di fatto in mano a compagnie private, con la Virgin che fa la parte del leone (Figura 1).

Altro elemento critico è la perdita del livello nazionale di definizione dei livelli essenziali di assistenza, assegnato

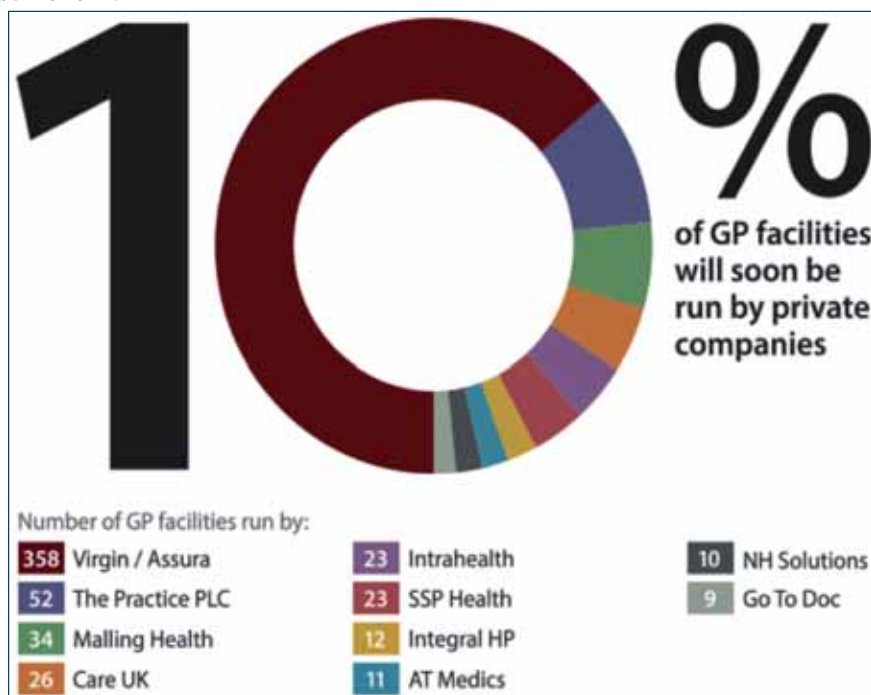
prima della riforma al Ministero della salute, che stabiliva le prestazioni che le strutture pubbliche erano tenute a garantire uniformemente in tutto il territorio e anche i livelli di partecipazione alla spesa, per alcune limitate categorie di prestazioni. Con la riforma sarà ciascun CCG a stabilire quali prestazioni saranno garantite ai pazienti e anche i livelli di partecipazione alla spesa.

Ad aggravare la situazione ci sono anche i tagli apportati dal governo Cameron ad altri settori del welfare, che si ripercuotono negativamente sull'assistenza sanitaria. Scrive sul Guardian Simon Atkins, medico di medicina generale: "Un crescente numero di persone affolla i nostri ambulatori a causa delle politiche del governo. Questo infatti ha tagliato in maniera spropositata i servizi per i poveri, gli anziani e i disabili e ogni giorno vedo persone che sono in grande difficoltà a causa di ciò. Ad esempio, a causa dei tagli, è stato chiuso nel nostro quartiere un Centro Diurno che dava supporto e possibilità di compagnia a tante persone"<sup>5</sup>.

Da segnalare, infine, la nascita di un partito che si batte per il ripristino del "tradizionale" NHS. Si chiama *National Health Action Party*. Uno dei suoi primi atti è stata, lo scorso 29 gennaio, la presentazione in parlamento di un'apposita proposta di legge (*NHS Reinstatement Bill*), da parte di David Owen, già Ministro degli Esteri britannico e attualmente membro della Camera dei Lord.

TM

**Figura 1** - fonte: [www.nhsforsale.info/](http://www.nhsforsale.info/)



<sup>3</sup> Limb A, Half of GPs on clinical commissioning groups have financial links with private providers, BMJ 2012; 344 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e2431> (Published 29 March 2012).

<sup>4</sup> Campbell D., The Guardian, 27 March 2012.

<sup>5</sup> Atkins S., The Guardian, 8 January 2013.



## Quando il dilemma è credere a “Nature” o a “Le Iene”

**S**u gentile richiesta della direzione della rivista riporto alcune riflessioni sul caso toscano di “Sofia”, caratterizzato da una grande esposizione mediatica, come molti altri correlati alle attività di Stamina Foundation. La patologia della piccola paziente, la leucodistrofia metacromatica, è una malattia genetica neurodegenerativa da accumulo lisosomiale. Le forme cliniche più gravi sono appunto quelle infantili e giovanili nelle quali i bambini affetti perdono progressivamente le più elementari funzioni neurologiche, arrivando a un esito infausto nell’arco di qualche anno. Al momento non esiste una terapia risolutiva, anche se da decenni sono riportati in letteratura tentativi terapeutici mediante trapianto emopoietico da varie fonti (midollo, sangue cordonale) con risultati contraddittori. Negli ultimi anni alcuni lavori sono stati pubblicati su sperimentazioni, prevalentemente precliniche<sup>[1,2]</sup>, di terapia enzimatica sostitutiva, cellulare e genica che hanno fatto intravedere nuove possibilità di cura per queste malattie. Non va però dimenticato che il regolamento europeo n. 1394/2007 equipara i prodotti per terapie cellulari e geniche ai veri e propri farmaci, con tutti i relativi risvolti regolatori. La scelta europea, sostanzialmente allineata con quella degli altri paesi occidentali, può essere criticata per l’applicazione eccessivamente burocratica, ma garantisce per queste terapie requisiti rigorosi di qualità e sicurezza a cui tutti dobbiamo fare riferimento.

È vero che, agli occhi di tutti e in particolar modo a quelli dei familiari, interrompere il protocollo Stamina e togliere quelle che sembrano le uniche cure possibili a Sofia, che non ha “niente da perdere”, può apparire ingiusto e crudele. Ma non dimentichiamo che dal 2009, quando il Prof. Vannoni e le sue società, prima fra tutte Stamina Foundation, hanno fatto la comparsa in questo campo così delicato e complesso, su cui, per informazioni più dettagliate, rimando agli articoli apparsi sulla stampa nazionale e internazionale (es. Corriere Salute, 31 marzo; Nature, 28 marzo, ecc.), il loro percorso è costellato da indagini e provvedimenti delle autorità giudiziarie e regolatorie che raggiunge il loro culmine con l’inchiesta congiunta di AIFA, NAS, CNT, ISS e Procura di Torino sulle attività svolte a Brescia. In quell’occasione il gruppo di esperti incaricati dal Ministero ha dichiarato, in merito al protocollo Stamina, che “*il progetto terapeutico e le condizioni di applicazione della terapia sono assolutamente insufficienti e senza valida documentazione scientifica e medica a supporto riconosciuta*”

e ha sottolineato che “*i rischi biologici connessi alla terapia sono gravi e inaccettabili e che la conduzione della metodologia non solo non ha rispettato le norme di manipolazione e sicurezza, ma anche i più elementari standard di indagine di laboratorio*”. Questi dati impongono doverose riflessioni anche di carattere etico in merito ai criteri di ripartizione delle risorse del sempre più limitato fondo del Servizio sanitario nazionale che, in questo caso, dovrebbe sostenere cure di non provata efficacia e sicurezza. Estremamente responsabile è la comune posizione delle associazioni di malati che vede in questi approcchi un pericolo per i pazienti e per la ricerca effettuata con metodi scientifici. Dalle relazioni del board emerge infine un punto forse poco evidenziato: l’evidente mancanza di plausibilità, non soltanto scientifica, del protocollo di Stamina, dove dosi ridottissime dello stesso prodotto cellulare dovrebbero curare decine di patologie gravissime differenti su cui la comunità scientifica mondiale non ha ancora trovato una terapia risolutiva. Per dare un mio contributo originale alla comprensione del fenomeno vorrei rimarcare non ciò che manca alla formazione del Prof. Vannoni, che peraltro non è né un medico, né un biologo, ma laureato in Lettere e Filosofia, quanto piuttosto quali sono le sue competenze accademiche, facilmente verificabili sul sito dell’Università di Udine dove insegna Ergonomia cognitiva e Psicologia della comunicazione, corsi per i quali consiglia un suo libro “Manuale di Psicologia della comunicazione persuasiva”, dal titolo, a mio avviso, suggestivo ed esplicativo. È proprio nel campo della comunicazione che le istituzioni e i professionisti devono lavorare di più e meglio per evitare di lasciare soli pazienti affetti da patologie così devastanti e i loro familiari, che ovviamente in questa vicenda sono doppiamente vittime.

Franco Bambi

*Resp. SOD di Medicina Trasfusionale e Laboratorio di Terapie cellulari Persona qualificata “Cell factory Meyer” Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer*

### Bibliografia

Matthes F, et al. Efficacy of enzyme replacement therapy in an aggravated mouse model of metachromatic leukodystrophy declines with age. *Hum Mol Genet.* 2012 Jun 1;21 (11):2599-609.

Biffi A, Aubourg P, Cartier N. Gene therapy for leukodystrophies. *Hum Mol Genet.* 2011 Apr 15;20 (R1):R42-53.

# Farmaci equivalenti e bioequivalenza

*Pubblichiamo la lettera del dr. Cecchi con la risposta di due componenti della CTR Toscana: Romano Danesi e Stefano Taddei. Nel merito dell'appunto ordinistico alla frase di Coletta possiamo assicurare il Collega che non si rileva alcunché di antideontologico nella citata affermazione. Motivi importanti culturali, sociali e pratici possono spiegare il fatto che la prescrizione di farmaci generici veda l'Italia fanalino di coda in Europa.*

La lettura dell'articolo del collega David Coletta "Farmaci Equivalenti e bioequivalenza in dieci punti o quasi" pubblicato sul n. 1 Gennaio 2013 di questa rivista, è di quelle che ti lascia uno strano sapore in bocca.

Nella prima parte del suo articolo lascia al lettore una certa confusione tra **equivalenza terapeutica** e **bioequivalenza**, quando sostiene che la prima può essere dimostrata ed immediatamente dopo parla delle prove della seconda.

La **bioequivalenza**, tra medicinale equivalente e brand, in realtà, viene dimostrata con prove di **biodisponibilità** (e già non è la stessa cosa), su studi di popolazione: è quindi determinata statisticamente sulla popolazione campione e non individualmente. *L'equivalenza terapeutica è solo secondariamente presunta e non dimostrata.* Presunta, lo ribadisco, sulla base della bioequivalenza, dato a sua volta presunto (= determinato statisticamente su popolazione accettando l'uguaglianza biodisponibilità=bioequivalenza).

La realtà clinica sconfessa tutti i giorni l'equivalenza terapeutica tra *un qualsiasi* medicinale equivalente ed il brand (il che non impedisce che *alcuni* medicinali equivalenti possano essere terapeuticamente sovrapponibili al brand).

E ancora. Non esiste – questa volta concordo con quanto riportato dal collega – nessuna pre-determinata equivalenza tra 2 medicinali equivalenti; per i motivi già da lui esposti e facilmente riassumibili dalla considerazione che tra un medicinale equivalente e l'altro vi può essere fino al 45% di differenza in bioequivalenza. Ma noi ben sappiamo che, una volta accettata la logica del medicinale equivalente, stante la normativa vigente lasciamo ampio spazio a che il malato assuma il 31 gennaio un medicinale equivalente e l'1 febbraio un altro medicinale equivalente, sottoponendosi così al rischio di tale importante

quanto imbarazzante differenza di effetto. È ovvio che ne fanno le spese soprattutto quei farmaci in cui il rapporto efficacia/tolleranza (indice terapeutico) è particolarmente stretto; quali, ad esempio, la maggior parte dei farmaci cardiovascolari. Ma quello che io ho voluto provocatoriamente chiamare "bizantinismo normativo" non finisce qua. Perché le indicazioni terapeutiche di un medicinale equivalente – come ammesso anche dal collega Coletta – potrebbero essere *non le stesse* del brand! E qui siamo veramente al comico, se non ci fosse da piangere! Il medico prescrittore infatti deve conoscere tali differenze di indicazioni ammesse dall'AIFA per il brand e per ciascuno dei medicinali equivalenti, se non vuole correre il rischio di una prescrizione off-label. Le assicurazioni dall'AIFA in tal senso espresse – come riportate nell'articolo più volte citato – sono ininfluenti, dal momento che in caso di problemi l'organo giudicante non sarà l'AIFA ma il giudice ordinario!

È infine da tutti riconosciuto che nessuna tutela offre la normativa per quanto attiene gli eccipienti; la polverizzazione della cpr., la sua agglomerazione e capacità di disgregazione, ecc. Il Dr. David Coletta sostiene che ciò non rappresenti un problema dal momento che le valutazioni di bioequivalenza contengono tutte in sé tali problematiche. Peccato che esistano oramai non pochi casi di reazioni di intolleranza soggettiva, talora relati alla costituzione fisica della cp, talora alla composizione chimica della stessa; nonché di vere e proprie allergie, manifestatesi al passaggio da brand a medicinale equivalente.

Permettete anche a me, a questo punto una considerazione ed una domanda finali.

La **considerazione**: il malato paga di tasca sua la differenza tra medicinale equivalente e brand e ciò dovrebbe rendere assolutamente indifferente a Stato e Regione la sua scelta. Cosa che non è, stanti le continue pressioni, culturali e non, esercitate sul medico del SSN.

La **domanda**: quale sarà allora – date le premesse – la causa dell'accanimento di molti medici italiani a favore dei farmaci equivalenti?

Roberto Cecchi  
Responsabile della SO di Cardiologia  
del Centro Chirurgico Toscano  
Delegato Regionale SICOA



# La prescrizione tra efficacia e sostenibilità

La problematica dell'utilizzo dei farmaci generici ha sempre determinato forti conflittualità all'interno della classe medica. La nostra opinione è che sia necessario fare chiarezza su alcuni punti fondamentali:

## 1) Perché le Autorità Regolatorie spingono per l'utilizzo dei generici?

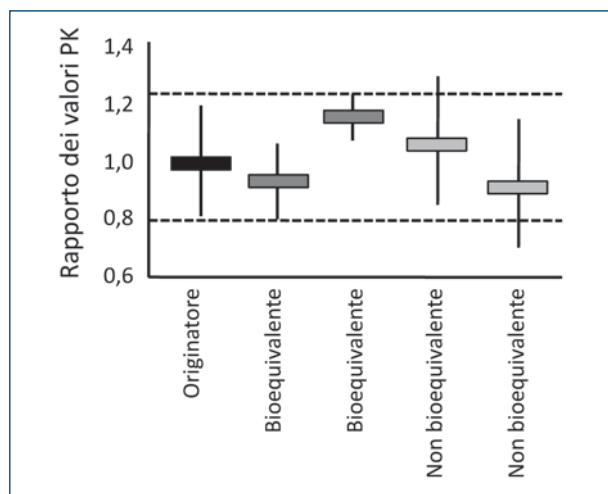
La perdita di brevetto di un farmaco è un'opportunità fondamentale per contenere i costi della spesa sanitaria, ma troppo spesso questa opportunità è stata vanificata dal comportamento della classe medica. Infatti abbiamo assistito a classi di farmaci "abbandonate" appena scadevano i brevetti per osservare prescrizioni che si "spostavano" su classi di farmaci più costosi senza alcuna evidenza che giustificasse le nuove scelte terapeutiche (tipico esempio è stato la crescita dei farmaci AT-1 antagonisti a scapito dei più efficaci e meno costosi ACE-inibitori). Questo fenomeno è stato osservato anche all'interno della stessa classe di farmaci: la perdita di brevetto di una molecola si associa ad una immediata perdita di quote di mercato a vantaggio di molecole più costose (e molto spesso con minor letteratura scientifica). Di fronte a questo comportamento di una parte della classe medica, non dovrebbe sorprendere l'atteggiamento di chi è chiamato ad amministrare le risorse del SSR e che si aspetta un comportamento etico da parte dei professionisti che sono parte integrante di questo sistema.

## 2) I generici sono affidabili come i farmaci "branded"?

Il dibattito sulla bioequivalenza dei farmaci appassiona molto i medici, i pazienti e il mondo sanitario in generale per le garanzie di qualità che vengono giustamente richieste ai farmaci equivalenti. Da un punto di vista tecnico, due specialità medicinali, per essere perfettamente uguali, devono essere prodotte nello stesso impianto, con le stesse piattaforme tecnologiche, avere un'identica composizione in principi attivi ed in eccipienti ed avere la stessa formulazione. Per questa ragione il medicinale equivalente non è mai uguale al prodotto originatore, ma essenzialmente simile; tuttavia viene assunto che le differenze non siano tali da comportare risultati terapeutici e tollerabilità significativamente differenti nella popolazione. La bioequivalenza farmacocinetica è considerata un marker "surrogato" per l'efficacia e la sicurezza e, per questa ragione, non si ritiene necessaria la ripetizione di studi clinici. Riguardo i farmaci somministrati per via orale, se le concentrazioni plasmatiche del principio attivo del farmaco originatore e candidato bioequivalente sono le stesse,

allora lo saranno anche le concentrazioni al sito di azione e, di conseguenza, la sicurezza ed efficacia. La bioequivalenza è determinata su principi farmacocinetici, cioè sul confronto della biodisponibilità relativa del farmaco equivalente rispetto a quello originatore. La biodisponibilità è la quantità di farmaco che raggiunge la circolazione sistemica rispetto alla quantità somministrata ed è espressa come valore percentuale. I parametri farmacocinetici di riferimento sono la concentrazione massima (C<sub>max</sub>, espressione della rapidità di assorbimento del farmaco) e l'area sotto la curva delle concentrazioni plasmatiche vs. tempo (AUC, corrispondente all'esposizione dei tessuti periferici al farmaco). Per essere considerato tale, il farmaco equivalente non deve mostrare una differenza di più del 20% tra i valori di AUC e C<sub>max</sub> rispetto all'originatore. Questo è basato su un consenso internazionale che stima che le differenze sotto questo valore percentuale non sono clinicamente rilevanti.

La bioequivalenza è basata sul confronto dei rapporti di C<sub>max</sub> e AUC del farmaco equivalente con il farmaco originatore, che non deve differire di più di 8:10. In questa condizione l'intervallo di confidenza è definito come:  $8/10=0,8$  (corrispondente al limite inferiore di 80%) e  $10/8=1,25$  che corrisponde al limite superiore di 125%). Il valore al 90% dell'intervallo di confidenza, riconosciuto come statisticamente necessario per assicurare affidabilità al dato, del rapporto di C<sub>max</sub> e AUC deve essere contenuto nei limiti 0,8-1,25. Pertanto, la bioequivalenza è basata sui rapporti delle costanti farmacocinetiche e non sulla differenza dei valori assoluti. Vi è percezione diffusa che questo significhi che la concentrazione plasmatica del principio attivo possa variare fino al 45% (ad esempio da -20 a +25%) tra farmaco originatore e generico e anche in queste condizioni si possa definire bioequivalente. Questo tuttavia non è corretto. Per dimostrare bioequivalenza un farmaco deve avere i valori medi dei parametri farmacocinetici prossimi al 100%, in modo che i valori limite di oscillazione siano contenuti nell'intervallo accettato. Se i rapporti sono prossimi all'80 o al 125%, allora i valori di C<sub>max</sub> e AUC dovranno avere minime variazioni intorno al valore medio per restare nell'intervallo di 80-125% necessario per dimostrare bioequivalenza (vedi figura). Questo si applica non solo a farmaci candidati bioequivalenti ma anche a originatori formulati in modo differente. A scopo esemplificativo la figura riporta i criteri per accettare o rifiutare la bioequivalenza, corrispondenti al 90% dell'intervallo di confidenza del parametro farmacocinetico (PK) (Grafico 1).



La maggior parte dei farmaci equivalenti disponibili in Italia è costituita da farmaci ad ampia maneggevolezza e potenzialmente intercambiabili con il farmaco bioequivalente. Un problema specifico può tuttavia porsi nei confronti di medicinali con **basso indice terapeutico** (differenza esigua tra concentrazioni del farmaco che provocano effetti terapeutici rispetto a quelle che determinano effetti tossici) o la cui efficacia è condizionata da **intervallo terapeutico di concentrazioni ristretto** (es., antiepilettici, immunosoppressori, antibatterici). In questi casi le variazioni di concentrazione che potrebbero manifestarsi a seguito del passaggio a bioequivalente potrebbero riflettersi negativamente sulla efficacia e tollerabilità e pertanto può essere prudente non applicare il principio della interscambiabilità. È ragionevole iniziare la terapia con il farmaco bioequivalente nel paziente naïve, fermo restando che il giudizio e l'esperienza del clinico costituisce la guida fondamentale alla quale attenersi per il benessere del paziente.

### 3) Come valutare l'uso di generici che non sembrano essere affidabili

La pratica clinica riporta episodi di scarsa affidabilità di alcune formulazioni di farmaci generici: antiflogistici non steroidei che non riducono la cefalea o antipertensivi che non riducono la

pressione arteriosa a livelli attesi, preparazioni farmaceutiche di solubilità non immediata. Tutto questo è vero e crea allarme. Ma perché noi medici non segnaliamo questi episodi al servizio di farmacovigilanza? Solo questo tipo di denuncia ha un valore specifico e può generare un meccanismo di controllo a nostro modo di vedere necessario per assicurare ai nostri pazienti prodotti efficaci e sicuri. Generici sicuri e affidabili esistono (alcuni generici sono prodotti dalla stessa azienda che ha il "branded" nella stessa classe): l'importante è che il mercato non venga inquinato da "infiltrati" che a volte si approfittano di qualche carenza nel sistema di verifica di qualità.

A questo proposito un argomento sul quale la classe medica dovrebbe sicuramente "alzare la voce" è la titolarità della prescrizione terapeutica. È inaccettabile che al paziente venga consegnata la formulazione che sceglie il farmacista la cui efficacia, in ogni caso, è sotto la responsabilità del medico curante. Ormai è esperienza comune che, soprattutto per il paziente anziano, modificare le confezioni e le formulazioni dello stesso farmaco rappresenta un problema reale, fonte di errori gravi, quali sovradosaggi o sospensione terapeutiche. Per non parlare dell'efficacia delle formulazioni a lento rilascio, altre cause documentate di gestione clinica problematica dei pazienti.

La razionalizzazione delle risorse è un aspetto ormai fondamentale per la sostenibilità del SSR, ed è necessario che la classe medica diventi parte attiva e propositiva. Questo vuol dire mettersi per primi in gioco e perseguire un comportamento improntato all'eticità nella gestione delle risorse che ci sono affidate (i farmaci così come la diagnostica). Se saremo in grado di fare questo, sicuramente acquisiremo il ruolo che ci deve appartenere all'interno del SSR e saremo in grado di offrire il nostro contributo di professionisti che, con ruolo diverso, ma con pari dignità e rilevanza, rappresentano l'asse portante del sistema salute della nostra Regione.

Romano Danesi, Stefano Taddei  
Dipartimento di Medicina Clinica  
e Sperimentale, Università di Pisa

## CONVEGNI E CONGRESSI

### I DISTURBI ALIMENTARI

**Sabato 11 maggio 9-13** - Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - Via Vanini 15 - Firenze. L'Istituto di Psicologia e Terapia Comportamentale Miller e il Centro Clinico Disturbi Alimentari e Obesità di Firenze organizzano un convegno rivolto ai medici, agli odontoiatri e a tutti i professionisti che operano nel settore della salute. L'evento e vuole illustrare la fase diagnostica e il processo terapeutico interdisciplinare nella varie categorie dei disturbi alimentari. Per partecipare si prega di inviare una email a: [centro.dca@istitutomiller.it](mailto:centro.dca@istitutomiller.it) o telefonare al n.: 055.2001723; cell. 3389446788. Ingresso libero.

### LO STATO DELL'ARTE IN CHIRURGIA ODONTOSTOMATOLOGICA

Il convegno è organizzato dall'Università degli studi di Firenze - V Aesculapius Colloquium e si terrà il giorno **11 maggio 2013** presso l'Auditorium CTO, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi Largo P. Palagi, 1. ECM richiesti. Coordinatore: Marco Duvina. Info: [www.med.unifi.it](http://www.med.unifi.it) - [aesculapius.colloquium](http://aesculapius.colloquium) su facebook - [www.cecongressi.com](http://www.cecongressi.com) - [www.geass.it](http://www.geass.it). Segr. Org.va: tel. 06.60210638 fax 06.6551406 - [info@cecongressi.com](mailto:info@cecongressi.com) [www.cecongressi.com](http://www.cecongressi.com)

# Ancora sul percorso chirurgico nell'ospedale per intensità di cure

Egregio Direttore, prendiamo spunto dall'articolo di un rappresentativo gruppo di studio sul percorso chirurgico nell'ospedale per intensità di cure (Toscana medica, febbraio 2013) per comunicare alcune riflessioni.

Innanzitutto formuliamo sinceri complimenti ai colleghi che hanno saputo cogliere con estrema attenzione e concretezza i segnali di rinnovamento in atto nella sanità, ed hanno così elaborato un algoritmo destinato a fungere da guida alla nostra pratica clinica.

L'esigenza di contrazione della spesa sanitaria ci obbliga a ricoveri sempre più brevi per patologie che sostanzialmente non sono mai cambiate nella loro entità.

L'insidia è invece aumentata perchè, ricovero breve non vuol dire ricovero meno impegnativo. La necessità di "conoscere" bene il paziente all'accettazione in reparto anzi diventa un obbligo imprescindibile.

Nel nostro reparto di chirurgia del Valdarno cerchiamo da qualche anno di attuare questi cambiamenti metodologici, dedicando molta attenzione alla visita ambulatoriale, durante la quale viene compilata la cartella clinica e somministrato un consenso realmente informato. I riscontri di questa impostazione, sono finora molto soddisfacenti.

Ci permettiamo comunque di segnalare alcune riflessioni.

- Bisognerebbe trasmettere alle aziende la consapevolezza dell'importanza della fase perioperatoria, ricordando che l'applicazione di questi percorsi, mal si coniuga con i tempi da loro programmati per le visite ambulatoriali. La qualità comunque ha un costo.

- Pari validità dovrebbero rivestire i controlli successivi alla dimissione che dovrebbero essere parte integrante del percorso.

- Sarebbe auspicabile che il programma ideato facesse parte integrante del fascicolo sanitario elettronico e quindi consultabile e aggiornabile con criteri di tracciabilità da tutti gli operatori. La spesa iniziale sarebbe ampiamente recuperata in termini di abbattimento del rischio clinico e delle relative conseguenze sul contenzioso. In questo percorso il coinvolgimento del territorio sarebbe fondamentale. La valutazione dei pazienti sarebbe agevolata e si eviterebbero inutili ripetizioni in caso di ricoveri iterativi. Da non trascurare in termini scientifici la possibilità di raccogliere ed esaminare in maniera rapida i dati ottenuti.

- Non vedremmo male un coinvolgimento degli infermieri per la parte di competenza, nel percorso di dimissione del paziente.

- L'attivazione di questo progetto sarebbe una giusta mediazione fra la *slow medicine* e la medicina narrativa da riservare alla fase pre-operatoria e la *fast-surgery* che potrebbe esserne la naturale conseguenza. Il percorso inoltre ben si porrebbe nel solco del miglioramento qualitativo dell'assistenza iniziato con le procedure di accreditamento.

Concludiamo rinnovando i complimenti ai colleghi estensori del lavoro che hanno altresì dimostrato con la loro professionalità che le riflessioni generate da chi ogni giorno è presente sul campo, inevitabilmente favoriscono la vera qualità.

Giuseppe Pinto, Francesco Renzi  
*Chirurgia, Ospedale del Valdarno*

## Ticket e livellamento redditi

Caro Direttore,

con la politica, che sempre più si va affermando, secondo la quale ai redditi medi e medio-alti, ma non altissimi, si negano detrazioni ed esoneri e si impongono più tasse, si mira ad un livellamento del loro potere di acquisto.

Un meccanismo perverso che ha portato perfino all'assurdo pagamento del ticket sanitario anche da parte di persone in possesso di un esonero per patologia, che di fatto viene annullato. I ticket, che erano nati, se ben ricordo, per contenere gli sprechi, sono divenuti una vera e propria gravosa e odiosa tassa sulla disgrazia di essere ammalati, una situazione che certo non avviene in base al reddito!

Aver imposto ticket a persone sicuramente malate croniche, oltre che eticamente discutibile, riduce di molto la possibilità di effettuare un'efficace prevenzione secondaria con facilità di recidive e ricadute. Quanti ticket viene allora a costare a Stato/Regioni un ricovero ospedaliero in più? In questa ottica, siamo sicuri che Stato/Regioni ci guadagnino nel cambio? Secondo il mio modesto parere non ci si deve meravigliare se alle recenti elezioni sempre più persone si sono astenute o hanno espresso un voto di protesta.

Massimo Bindi  
*Aiuto corresponsabile ospedaliero di medicina interna presso l'Azienda Ospedaliera Pisana*



Luigi Biagini è nato a Siena nel 1956. Si è laureato a Siena e nella stessa Università si è specializzato in Oftalmologia, allievo dei Professori Renato Frezzotti e Anna Maria Bardelli. Ha lavorato nelle province di Siena, Arezzo e Firenze. Attualmente è Oculista Convenzionato della ASL 8 di Arezzo, Zona della Valdichiana Aretina.

# Praecipua theoriae visionis fundamenta

## Un dovuto riconoscimento alla medicina toscana del 1700

**A**cquistai anni fa da un antiquario di Arezzo un volumetto di 12 pagine stampato a Pisa nel 1738, tesi di laurea di J. Franciscus Pagnini Volterranus, dal titolo PRAECIPUA THEORIAE VISIONIS FUNDAMENTA (Figura 1).

Federico Cassini ce ne ha fornito oggi una bella traduzione.

Dopo un *excursus* sulle teorie della visione nell'antichità l'autore espone come in realtà i raggi luminosi giungano all'occhio provenendo dagli oggetti esterni.

Descrive la retina come una membrana distesa sulla superficie interna dell'occhio su cui si forma una proiezione identica all'immagine reale e ipotizza che il nervo ottico sia la struttura che trasmette tale sensazione al cervello.

Pagnini teorizza sulla inversione ottica di tale proiezione e postula essere l'umore cristallino il mezzo refrattivo che focalizza i raggi di luce sulla retina, anticipando le moderne teorie del campo visivo e della accomodazione.

Infine disquisisce sui meccanismi di percezione della profondità (quella che oggi chiamiamo visione 3D).

Il trattatello bene esemplifica la solida chiarezza del pensiero medico settecentesco in Toscana, figlio del rinascimento e precursore dell'illuminismo e del positivismo.

A partire dal Quattrocento anche la Chiesa approva gli studi anatomici basati sulla dissezione del cadavere consentendo l'abbandono della dottrina galenica e la stesura di testi monumentali quali il DE HUMANI CORPORIS FABRICA (1543) del *Bruxellensis* Andrea Vesalio, professore di anatomia a Padova (Figura 2).

Da Padova, Bologna, Firenze, Pisa e Siena la scienza medica si diffonde in tutta Europa.

All'estero in ambienti culturalmente meno

competitivi si affermano scienziati, specialmente tedeschi ed inglesi, che hanno compiuto i loro studi in Italia.

La figura del medico aretino Andrea Cesalpino (1524-1603) è ancor oggi poco conosciuta nonostante la scoperta della circolazione polmonare, attribuita invece ad William Harvey (1578-1675) medico anglosassone presente a Padova in quegli anni.

Altrettanto poco conosciuta è la figura di Francesco Redi (1626-1697), anch'esso medico aretino ed archiatra granducale, confutatore sperimentale della teoria di generazione spontanea degli insetti contro le argomentazioni del tedesco Athanasius Kircher.

LUIGI BIAGINI \*, FEDERICO CASSINI\*\*

\* Specialista in Oftalmologia - Casa della Salute Castiglion Fiorentino (Arezzo)

\*\* Alunno del Liceo Ginnasio F. Petrarca di Arezzo, vincitore nel 2012 al "Latinus Ludus" di Mondaino



**Figura 1** - Tesi di laurea di J. Franciscus Pagnini Volterranus, "Praecipua Theoriae Visionis Fundamenta", Pisa nel 1738.

Il “nostro” Gian Francesco Pagnini del Ventura (Volterra 1714 - Firenze 1789) dopo la laurea in medicina sviluppò la sua poliedrica personalità come economista, agronomo, botanico e rivestì alte cariche nell’amministrazione finanziaria del Granducato.

Ma il “dottor Pagnini”, tra l’altro citato nel DEL NUOVO E SICURO METODO DI CUCIRE GL’INTESTINI di Grima (1760), probabilmente non trascurò mai la sua veste di medico e a Volterra una via porta ancora il suo nome.

Dopo la morte Firenze tributò al dottor Pagnini un busto marmoreo nel chiostro di Santa Maria Nuova.

#### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [biaginiluigi@yahoo.it](mailto:biaginiluigi@yahoo.it)

TM



**Figura 2**  
- Marca di stampa del “De Humani Corporis Fabrica” Da Google books.

## Letti per voi

Toscana Medica 4/13



## Specchi di carta

**Donatella Lippi**

Casa Editrice Clueb

**D**obbiamo all’infaticabile penna di Donatella Lippi (Professore di Storia della Medicina all’Università di Firenze) quest’ottima cre-stomazia di brani letterari sulla medicina, il malato e la malattia. Ma perché gli studenti (e ancor più i medici provetti) debbono leggere e riflettere sui testi che in ogni tempo hanno descritto la sofferenza, la speranza, il male, la morte, il dramma del vivere quando è interrotto dalla malattia? La risposta la dà l’autrice in una breve ma densa introduzione in cui spiega assai bene perché la medicina sia prima prendersi cura che curare, rivolgersi all’uomo malato come persona e non come “macchina biologica”

da riparare.

Ne nasce il moderno ritorno alla medicina narrativa, cioè all’ascolto partecipe e al dialogo empatico come fondamento della *ars medendi*; ma la medicina narrativa trova le sue migliori espressioni didattiche proprio nelle opere eterne di artisti che più di ogni testo di psicologo o clinico hanno scavato e descritto il comportamento umano. Dalle riflessioni e dalla profonda cultura umanistica dell’amica Donatella è scaturito un libro che ogni medico dovrebbe leggere; ne trarrebbe profitto sul piano professionale e umano.

Antonio Panti

### BACHECA

Si ricorda che numerosi annunci sono consultabili sul sito dell’Ordine: [www.ordine-medici-firenze.it](http://www.ordine-medici-firenze.it) pagina Servizi online - BACHECA già suddivisi nelle seguenti categorie: **Affitti, Cessione attività, Collaborazioni tra medici, Sostituti medici, Offerte lavoro, Offerte strumenti, Sostituzioni odontoiatri, Personale offresi, Personale non medico cercasi.** I colleghi hanno spontaneamente fornito i loro recapiti telefonici ed e-mail per questa pubblicazione.

# Manfredo Fanfani

## Una storia di aureole e di cappelli

Terza parte (Seconda parte nel numero precedente)



Sandro Botticelli  
(1444-1510):  
"Sacra conversazione".  
Galleria degli Uffizi, Firenze.

*I santi Cosma e Damiano, inginocchiati in prossimità del trono della Vergine e coinvolti nella sacra conversazione, sono vestiti con la consueta tonaca rossa: è uno dei pochi casi in cui compaiono ambedue senza cappello in testa, tolto in segno di rinuncia al proprio status, tenuto contro della vicinanza al trono della Madonna. Il cappello è sostenuto con le mani giunte contro il petto.*



Beato Angelico  
(1395 ca. - 1455):  
"Pala di Annalena, martirio  
dei SS. Cosma e Damiano  
con la crocifissione".  
Museo di San Marco, Firenze.



*I due santi sono condannati alla crocifissione e ad essere colpiti con frecce, ma queste, come appare nell'immagine, si ritorcono contro i carnefici. Condannati alla lapidazione non ricevono alcun danno dalle pietre che rimbalzano sulla testa dei persecutori, nell'immagine feriti e sanguinanti. Sulla croce i due santi sono senza vesti, ma l'Artista non rinuncia a raffigurarli con aureola e cappello rosso orlato di pelliccia in testa per sottolineare il loro status di santi e di medici; ciò dimostra il forte contenuto simbolico e evocativo attribuito al cappello, evidenziando la professione medica esercitata dai santi!*

*L'Opera d'Arte era un efficace mezzo per fare la cronaca di eventi realmente avvenuti: inginocchiato presso il lettuccio appare un uomo vestito da un manto rosso con bavero di vaio e berretto rosso con rovescia di vaio. Una mano di quest'uomo tocca le carni del Santo, in quel solo punto scoperte; le dita sembrano approfondire nella ferita che si trova sulla parte destra del torace; certamente l'artista ha voluto rappresentare la constatazione della stigmata toracica del Santo corrispondente alla ferita di Gesù Cristo. Quest'uomo è l'unico a capo coperto fra tutti coloro che sono appresso al Santo e ha tutta l'aria di compiere una funzione molto professionale: trattasi certamente di un medico ritratto nell'abbigliamento consorto al suo "status" professionale, identificato in messer Girolamo, celebre dottore e letterato.*



Giotto (1267 - 1337):  
"Storie di san Francesco d'Assisi, la morte del Santo".  
Cappella Bardi, Santa Croce, Firenze.



**Pesellino (1422-1457):**  
*"Predella con storie di santi"*. Galleria degli Uffizi, Firenze.

*E' rappresentato uno dei miracoli di s. Antonio da Padova che appare su un'alta cattedra indicando la scena. Accanto al corpo disteso su una barella appare un uomo, vestito con abito e mantello rossi e con berretto rosso in testa. Intento ad esaminare la cavità toracica che ha aperto con delicato gesto. L'uomo è assistito da un altro personaggio anch'egli con cappel-*

*lo rosso in testa. Trattandosi della rappresentazione del miracolo di s. Antonio, che ritrova il cuore di un avaro dentro una cassaforte, chi meglio di due medici (forse Cosma e Damiano) sarebbero stati in grado di verificare che il cuore non si trovava più nella cavità toracica? Nella stanza accanto è rappresentata la cassaforte dove è stato ritrovato il cuore dell' avaro, insieme ai suoi denari.*



**"La cura degli Infermi"**, dal manoscritto Gaddiano (1300).  
 Biblioteca Laurenziana, Firenze.

*Nella Firenze del '300 nascono i primi ospedali, famosi per la loro efficiente ospitalità. Un pellegrino in transito si ferma in un ospedale di Firenze, descrivendo così la sua esperienza: "edifici regali con ottimi cibi, bevande alla portata di tutti, servitori diligentissimi, medici dottissimi, bei letti dipinti con lenzuola di seta pura". Si tratta di un giudizio particolarmente attendibile per la sua fonte: il Monaco ribelle Martin Lutero, notoriamente più facile alla polemica che alle lodi, nel suo trasferimento da Erfurt a Roma nell'anno 1510 aveva soggiornato all'ospedale di S.Maria Nuova. L'arte non ha mancato di sottolineare puntualmente l'accoglienza e l'efficienza dei servizi ospedalieri, di pronto soccorso e ambulatoriali dell'epoca. I medici indossano una tonaca rossa sopra un vestito celeste o*

*viceversa; in testa il cappuccio rosso secondo quanto prescritto per l'abbigliamento del medico. Il manoscritto sottolinea l'efficienza degli ospedali dell'epoca: nell'immagine un medico riceve un paziente col braccio al collo, un altro visita un malato allettato e con l'indice teso impartisce le sue raccomandazioni. Un sanitario è intento a curare un paziente con una piaga alla gamba. Si sottolinea anche un' importante evoluzione dell'assistenza: si è passati dai grandi letti che ospitavano due o tre pazienti, a più confortevoli letti singoli!. Accurato il servizio, un solerte inserviente entra con il vassoio della colazione. Appesa fra due letti la fischella, contenitore in vimini col recipiente con le urine da esaminare per sottolineare l'importanza già all'epoca attribuita a questa indagine.*



**"La visita del Medico"**,  
 dal Canon Maior di Avicenna (990-1037).  
 Biblioteca Universitaria,  
 Bologna.

*In alto a sinistra il medico in visita al letto del malato; in basso, a destra, un medico conversa con i familiari. Secondo la tradizione porta il mazzocchio, copricapo rosso di panno a lembi ricadenti e ampia tonaca rossa.*



**Giovanni della Robbia  
(1469 – 1529):  
Frontespizio dell'Ospedale  
del Ceppo di Pistoia.**

*Il Medico in visita, che tasta il polso all'ammalato, è raffigurato con i simboli del suo status professionale, rappresentati dall'ampia tonaca e dal cappello in testa. Fa parte dell'equipe anche il medico d'urina che, a capo letto, è intento a esaminare in tempo reale il recipiente con le urine (matula).*

*Altre figure erano il medico di piaga esperto di mali esterni; il barbiere flebotomo esperto in salassi. Il norcino era esperto nel taglio della pietra (calcoli vescicali) e nella cura degli allargati (portatori d'ernia).*



**Giorgio Vasari (1511-1574):  
"Cosimo il Vecchio (come s. Cosma)  
e Cosimo I (come s. Damiano)".  
Palazzo Vecchio,  
Cappella dell'appartamento  
Leone X, Firenze.**

*Il Vasari ha voluto rappresentare i santi Cosma e Damiano nel loro usuale abbigliamento: tonaca rossa, cappello rosso e aureola in testa, ma con il reale e inconfondibile volto di Cosimo il vecchio e di Cosimo I de' Medici.*

*Si tratta di un efficace espediente mediatico di sovrapposizione dell'immagine dei due appartenenti a casa Medici con quella dei venerati santi, con evidente finalità promozionale del casato, che rappresentava la miglior cura per i mali della città!*

*Tengono in mano un libro a significare l'amore per la cultura e la palma del martirio.*





Rembrandt (1606 - 1669):  
 "Lezione di Anatomia del dottor Tulp".  
 L'Aia, Mauritshuis.

*L'Anatomico e Chirurgo Nicolaes Tulp ha una notorietà che non gli proviene solo dalla indiscussa arte medica ma, soprattutto, per essere stato immortalato da Rembrandt con un cappello a larga tesa in testa. Molti sono i particolari interessanti: Solo Tulp, il Maestro, porta il cappello in testa, gli allievi sono tutti a capo scoperto. Ciò non è certamente casuale, il realismo è infatti attentamente calibrato dall'artista attraverso l'intensità degli atteggiamenti. Tulp, assiso in un seggio con schienale e braccioli, sta illustrando l'anatomia dell'apparato muscolo-tendineo del braccio, con la*

*mano destra tiene la pinza che afferra i muscoli flessori delle dita, mentre con la mano sinistra mostra il movimento di apposizione fra pollice e indice che quei muscoli comandano. L'allievo in alto a destra tiene in mano la lista per l'appello dei partecipanti, lo sguardo attento degli allievi è rivolto verso i movimenti illustrati dall'anatomico. Ai piedi del cadavere il trattato di anatomia "De Humani corporis fabrica" di Andrea Vesalio (1514 - 1564), il grande anatomico fiammingo, professore a Padova e Pisa, che rivoluziona l'insegnamento segnando la nascita dell'anatomia moderna.*



*L'immagine della "Lezione di Anatomia del dottor Tulp" è stata utilizzata per realizzare il "logo" simbolico di "Educazione continua in Medicina" con una variante: è scomparso un allievo! Lo studente, situato più in alto disturbava evidentemente il profilo grafico. Ciò potrebbe apparire riduttivo circa l'obbligo di frequenza ben sottolineato da un allievo, in alto a destra, che sta fa-*

*cendo l'appello nominale con in mano l'elenco dei partecipanti. Contrariamente a quanto si potrebbe pensare, nessuno degli allievi presenti era medico, si tratta infatti di barbieri flebotomi che facevano salassi ed esercitavano la bassa chirurgia. Le funzioni del chirurgo non avevano ancora assunto autonomia dignità culturale e accademica nell'ambito della professione medica.*



**E.C.M.**  
 Educazione Continua  
 in Medicina

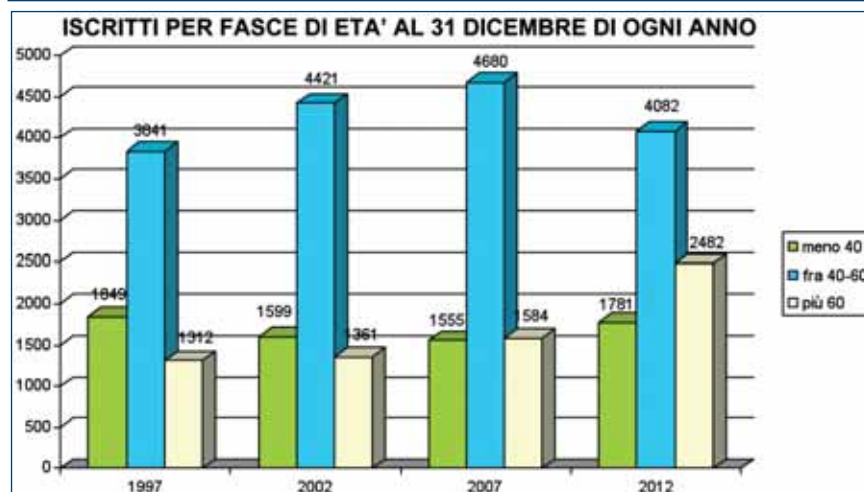
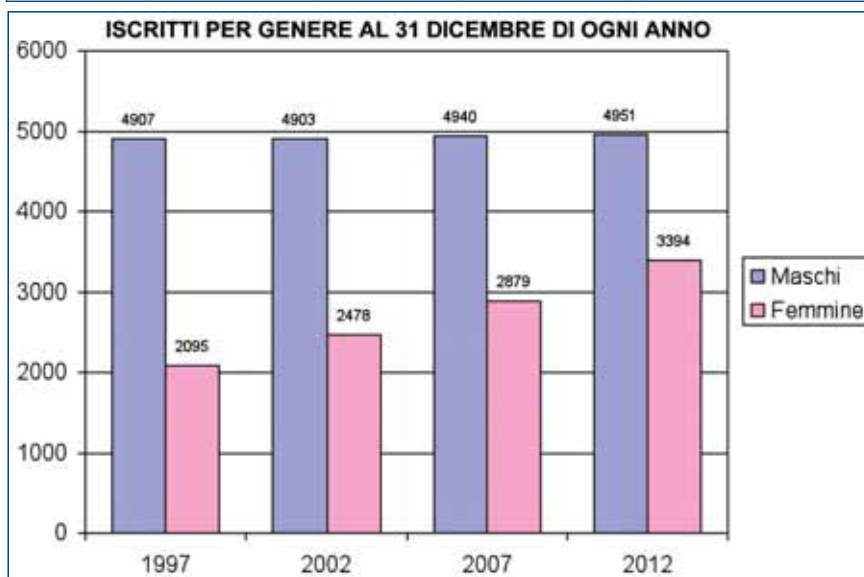
Programma Nazionale per la Formazione degli operatori della Sanità

*Continua nel prossimo numero...*



## L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze

Pubblichiamo tre tabelle sintetiche, che tuttavia esprimono bene la consistenza e la evoluzione degli iscritti al nostro Ordine. Il numero degli iscritti non ha più la tendenza ad aumentare come negli anni scorsi, mentre costantemente aumenta il numero delle giovani colleghe.



## Essere medici da una generazione all'altra

Nei giorni scorsi l'Ordine dei Medici di Firenze ha promosso due importanti e sentite cerimonie: domenica 24 marzo, presso la sede dell'Ordine, si è tenuta la cerimonia di consegna dell'onorificenza ai colleghi che hanno compiuto il 50° anniversario della laurea; il giorno successivo, lunedì 25 marzo, presso la sede dell'ex Sanità Militare, si è svolto il giuramento professionale dei nuovi iscritti agli Albi. Fra l'una e l'altra celebrazione, quindi, è intercorso solo un giorno, ma idealmente è stato un giorno che ha collegato in sé la grande esperienza professionale e di vita dei medici con una lunga, vasta e apprezzata "anzianità" di servizio, con la prospettiva di futuro umano e professionale dei giovani laureati, che si affacciano adesso alla professione. Quasi, quindi, un "passaggio del testimone" che da una genera-

zione all'altra riafferma e riconferma la fedeltà dei medici ai propri grandi valori etici e deontologici, che da sempre ispirano e continueranno a ispirare l'esercizio della medicina. L'Ordine ringrazia tutti i colleghi, quelli

di "lungo corso" e i "novizi" per la loro nutrita ed appassionata partecipazione alle due cerimonie e augura a tutti le migliori prospettive per il loro futuro, delle loro famiglie e dell'intera categoria medica.



## Privacy e Consenso Informato: nuove FAQ

Sul sito internet dell'Ordine dei Medici di Firenze, nella sezione dedicata alle FAQ - Domande Frequenti, sono stati pubblicati due nuovi documenti: "Privacy nello studio medico" e "Consenso Informato". Si tratta di problematiche che riguar-

dano il quotidiano lavoro dei medici e degli odontoiatri e l'obiettivo è di fornire informazioni, suggerimenti, indicazioni e orientamenti allo scopo di risolvere alcuni dubbi e diverse incertezze che, su questi delicati problemi, condizionano l'agire del

professionista. Si auspica in questo modo di contribuire ad agevolare nei medici e negli odontoiatri la comprensione di queste tematiche, al fine di un approccio ragionato e consapevole.

## Certificati di malattia telematici

Com'è noto, dal settembre 2011 è prioritario utilizzare la procedura telematica per il rilascio dei certificati di malattia. Tale procedura è ormai entrata nell'uso comune per i medici dipendenti e convenzionati con il SSN, perché l'Azienda Sanitaria o Ospedaliera di appartenenza li ha dotati delle credenziali per accedere al sistema di certificazione telematica. Fino ad oggi erano rimasti esclusi dalla possibilità di rilasciare i certificati di malattia telematici i medici liberi professionisti e coloro che, non avendo un rapporto

contrattuale con il SSN, non potevano ottenere le credenziali da parte della ASL. Adesso tale limitazione è superata, in quanto l'Ordine dei Medici di Firenze è stato autorizzato dalla SOGELI (Ministero dell'Economia) a rilasciare ai propri iscritti liberi professionisti le credenziali per poter procedere, anche loro, alla certificazione telematica. Tale possibilità riguarda anche i giovani colleghi che aspirano ad effettuare sostituzioni ai medici di medicina generale e che, non essendo ancora incardinati nel SSN, non

hanno la possibilità di ottenere le credenziali dalla ASL. Pertanto i medici liberi professionisti e comunque coloro che non hanno un rapporto contrattuale con la ASL, possono rivolgersi agli uffici dell'Ordine per chiedere ed ottenere le credenziali per l'accesso al sistema di certificazione telematica. Si precisa che la richiesta e il rilascio delle credenziali avviene contestualmente al diretto interessato che deve presentarsi personalmente agli uffici dell'Ordine, in quanto non è consentita la delega a terzi.

## Focus sulla deontologia in odontoiatria

La Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine di Firenze ha sottoscritto un protocollo d'intesa con l'Università di Firenze al fine di promuovere una serie di incontri di approfondimento sulla deontologia professionale con gli studenti dell'ultimo anno del corso di laurea in Odontoiatria. Si tratta di una iniziativa che si propone di integrare il

patrimonio conoscitivo di coloro che sono in procinto di affacciarsi alla professione, allo scopo di rafforzare nei futuri colleghi la consapevolezza e la condivisione sui valori etici e deontologici che sono il fondamento della professione, soprattutto in un momento storico come l'attuale, in cui le spinte economiciste e di mercato sembrano

sopraffare ogni altro valore. È convincente dell'Ordine che in ogni contesto lavorativo il medico e l'odontoiatra debba sempre ispirare il proprio comportamento professionale ai valori del Codice di Deontologia e questa iniziativa mira proprio a consolidare questo convincimento.

### Parte lo studio SentiMELC Toscana!

Il 1° Giugno 2013 avrà inizio SentiMELC Toscana, studio che si propone di raccogliere dati sulla qualità delle cure negli ultimi tre mesi di vita mediante la formazione di una rete di medici di medicina generale volontari. Nato sulle orme dell'analogo lavoro effettuato in Belgio nel 2005, SentiMELC è promosso, nella sua versione italiana, dall'ISPO in collaborazione con la Commissione Formazione dell'Ordine dei Medici di Firenze e con la Commissione Regionale per la lotta al dolore e le cure palliative. Si tratta di uno studio retrospettivo di coorte della durata di 18 mesi, in cui sono inclusi 12 mesi di monitoraggio e due eventi formativi, uno precedente a tale periodo e l'altro a conclusione del percorso. Il progetto, condiviso con altre realtà europee, origina dall'esigenza di conoscere la realtà della assistenza e cura nelle ultime settimane di vita e poter trovare indicatori di qualità adeguati anche per l'organizzazione dei servizi. Si invitano tutti i medici di medicina generale ad aderire al progetto! È possibile inviare la propria adesione o chiedere informazioni all'indirizzo studiosentimelc@ispo.toscana.it entro il 15 aprile 2013!



## Giovani neo-iscritti all'Ordine: istruzioni per l'uso

Sulla pagina dedicata alle FAQ - Domande Frequenti - del sito internet dell'Ordine dei Medici di Firenze è stato pubblicato un articolo che contiene informazioni utili per i giovani

che si iscrivono per la prima volta all'Ordine. Si tratta di informazioni che cercano di rispondere ai tanti quesiti, piccoli e grandi, che hanno i giovani colleghi che si affacciano alla

professione, con lo scopo di aiutare a comprendere i primi passi da compiere. Per approfondire: <http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/faq/101-giovani-neo-iscritti>.



## Medicina Generale et al.

Il nostro sistema sanitario ha estrema necessità di misurare ciò che fa, quello e cosa "produce" in termini di processo e di esito almeno intermedio anche per comprendere se a parità di costi si sarebbero potuto ottenere risultati migliori agendo in maniera diversa.

Questo è ciò che significa essere accontabili e se la Medicina Generale e tutto il comparto dell'assistenza primaria, della «sanità di iniziativa», vuole continuare ad essere elemento fondante del SSN ed impegnarsi per la sostenibilità del servizio sanitario pubblico deve innanzitutto imparare a essere «misurabile e ad essere misurata (in maniera condivisa)».

Medicina Generale «accontabile» valutando i propri comportamenti professionali in termini di aderenza a linee guida da elaborare per i nostri

pazienti complessi/fragili, mantenendo una buona pratica professionale, facendo emergere le aree di criticità; migliorare l'appropriatezza equivale a ridurre la variabilità dei comportamenti, misurare vuol dire rendere visibile la qualità ed è anche un passaggio obbligato per richiedere risorse maggiori.

Inserendo tutto questo in un accordo professionale con lo Stato e le Regioni ma soprattutto con i cittadini.

In un sistema che è molto intervenuto sui costi, è imprescindibile un nuovo approccio gestionale che sappia far emergere le cause degli scostamenti e delle criticità, per poter in seguito incidere efficacemente sulle aree dove la spesa è inappropriata.

Nella trasformazione delle cure primarie attraverso un forte mandato del Piano Sanitario della Regione To-

scana, supportata dal recente Accordo Integrativo della Medicina Generale, la nuova organizzazione dell'assistenza primaria si basa su team multi-professionali proattivi, il supporto alle decisioni si realizza con la condivisione multiprofessionale di percorsi diagnostico terapeutici, sviluppando il ruolo del personale infermieristico nel supporto al self management e in generale nel processo di assistenza; si avvale di un forte investimento sul sistema informativo a supporto delle attività di cura e di audit sia clinico che organizzativo attraverso il coinvolgimento delle risorse della comunità.

*Saffi Ettore Giustini*

Medico di medicina generale  
Modulo eCCM Montale ASL  
n. 3 Pistoia consulente AIFA cure primarie

## Per la FIMMG le linee guida sulla ricetta elettronica sono da rivedere

Le linee guida per l'adeguamento delle procedure informatiche della ricetta elettronica, dopo l'entrata in vigore dell'obbligo di indicazione del principio attivo nella ricetta del Servizio sanitario nazionale, sono «da rivedere». Lo sottolinea il segretario nazionale della Fimmg, Giacomo Milillo. «Il regolamento - spiega Milillo - prevede infatti anche per la ripetizione di una prescrizione di una terapia cronica, se indicata dal medico la non sostituibilità, un'annotazione non prevista dalla leg-

ge e questo rappresenta un'inutile complicazione burocratica. Il regolamento inoltre non prevede alcuna revisione delle codifiche necessarie a identificare con certezza le forme farmaceutiche prescritte con il solo principio attivo: questo renderebbe impossibile la dematerializzazione delle prescrizioni». Le nuove funzionalità saranno rese disponibili dal sistema Tessera Sanitaria dal 15 marzo 2013, anche per l'applicazione «ricetta web». In attesa che vengano adeguati tutti i sistemi informatici,

a partire da quella data un apposito messaggio segnalerà l'eventuale incongruenza qualora gli invii dei dati da parte dei medici e farmacisti non siano rispondenti alle modalità indicate nelle Linee guida. Il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia procederanno a monitoraggi periodici, al fine di rilevare il graduale adeguamento dei sistemi informatici da parte dei prescrittori ed erogatori alle procedure contenute nelle Linee guida.

## Contro il gioco d'azzardo patologico

Il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio ha appena realizzato un manuale scientifico dal titolo: «Gambling, Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisio-patologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione», destinato a tutti i professionisti che operano in ambito sanitario e, nello specifico, delle tossicodipendenze e del privato sociale. La pubblicazione, patrocinata

dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, vuole essere un contributo alla corretta comprensione del problema del gioco d'azzardo, che tenga in considerazione prima di tutto le evidenze scientifiche oggi disponibili e allo sviluppo di un approfondimento con approccio multidisciplinare, in grado di evidenziare sia gli aspetti neurobiologici, sia quelli psico-comportamentali, sociali e finanziari che stanno alla base di questo fenomeno, diventato oltre che un de-

licato, serio e rilevante problema di salute pubblica, anche un problema sociale significativo. Il manuale analizza con completezza il fenomeno, proponendo anche dati epidemiologici e analizzando aspetti apparentemente marginali come connessione tra gioco e internet e addirittura tra gioco e rischio suicidario. Il manuale è scaricabile gratuitamente a questo indirizzo web: <http://www.dronet.org/monografia.php?monografie=98>

## La riorganizzazione del SST sul «Sole 24 Sanità Toscana»

Dopo la pausa elettorale, riprende la pubblicazione del settimanale realizzato dal Sole 24 Ore in collaborazione con la Regione Toscana. Al centro del primo numero il cambiamento organizzativo del Servi-

zio Sanitario Toscano tra cure territoriali, rete assistenziale, sanità d'iniziativa e ottimizzazione dei posti letto. Inoltre viene pubblicato il bilancio 2012 sulle donazioni sangue e plasma, cresciuto rispetto al 2011

del 1,2%. Per approfondire: <http://toscana-notizie.it/blog/2013/03/04/la-riorganizzazione-del-sistema-sanitario-regionale-sul-sole-24-ore-sanità-toscana>.



## Premio Nazionale “Nottola Mario Luzi”. Il dolore non necessario

Cittadinanzattiva toscana onlus - Tribunale per i diritti del malato, Assessorato al Diritto alla Salute della Regione Toscana hanno istituito e promuovono il Premio Nazionale “Nottola - Mario Luzi”. Sede del premio è l'Ospedale di Nottola a Montepulciano. Il Premio intende richiamare l'interesse e promuovere l'impegno dell'intero sistema sanitario nazionale e delle istituzioni del sapere sulle problematiche del “Dolore non necessario” e si propone di tributare un omaggio

al poeta e senatore della Repubblica Mario Luzi, ricordando la sua umanissima attenzione al tema del dolore. Il Premio è rivolto a operatori sanitari afferenti a strutture pubbliche, aziende ospedaliere e universitarie e aziende USL, giovani laureati in Medicina e Chirurgia che abbiano conseguito il diploma di laurea o di specializzazione in una professione medica con una tesi sul tema del dolore nel periodo 31 luglio 2010-31 agosto 2012, ricercatori di età non superiore ai 40 anni e

una personalità che si sia distinta per l'impegno nella lotta contro “il dolore non necessario”. La domanda dovrà essere presentata **entro e non oltre il 25 maggio 2013** alla Segreteria Organizzativa del Premio Nazionale “Nottola-Mario Luzi” presso Executive Planning srl, Località Salceto 99, Poggibonsi. Il bando di concorso è consultabile sui seguenti siti web: [www.cittadinanzattivatoscana.it](http://www.cittadinanzattivatoscana.it) e [www.executiveplanning.it](http://www.executiveplanning.it).

## Premio scientifico “I Guidoniani”

L'Associazione Nazionale Assistenti e Controllori Navigazione Aerea (ANACNA), in collaborazione con l'Associazione Italiana di Medicina Italiana di Medicina Aerospaziale, bandisce all'interno della III edizione del premio scientifico intitolati a “I Guidoniani”, una sezione Controllo

del Traffico Aereo dedicata a “Massimo Petrella”. Il premio è di 2.000 Euro ed è destinato al miglior lavoro originale nel campo della Medicina, della Psicologia e dell'Ingegneria in forma di articolo scientifico che abbia come oggetto l'uomo ed il controllo del traffico aereo. Possono partecipa-

re al concorso i laureati in medicina, biologia, psicologia, ingegneria, fisica e chimica che non abbiano superato il 35° anno di età. Termine di presentazione delle domande degli interessati: 30 Giugno 2013. Il bando completo può essere scaricato da: [www.anacna.it](http://www.anacna.it) e [www.aimas.it](http://www.aimas.it).

## Critica a un collega: offesa o doverosa segnalazione?

Un dirigente medico ospedaliero era stato condannato perché, in una lettera indirizzata alla direzione dell'ospedale, aveva offeso la reputazione di un collega, affermando che questi non era in grado di svolgere il suo lavoro e che metteva a repentaglio la salute dei pazienti. Ma la Corte di Cassazione non è rimasta convinta dalla sentenza di condanna e l'ha annullata con rinvio. Afferma

infatti la Suprema Corte che se il criticante non è un soggetto qualsiasi o comunque esterno alla struttura, ma un soggetto che nella struttura è inserito e al quale sono attribuite specifiche responsabilità, la segnalazione alla direzione ospedaliera circa la condotta ritenuta scorretta di colleghi e sottoposti, più che l'esercizio di un diritto, può rappresentare l'adempimento di un dovere. Con riferimento

a tale eventuale situazione di doverosità, deve essere rivalutata anche la continenza delle espressioni utilizzate, dovendosi comunque tener conto del fatto che l'eventuale intervento dei superiori, se tali erano da considerarsi i destinatari delle tre missive, appariva finalizzato a garantire un più adeguato standard di sicurezza ai pazienti del presidio ospedaliero.

## Da Siena una protesi ibrida per le malattie dell'aorta

Parte a Siena il programma italiano per l'impianto di una nuova protesi ibrida per le malattie dell'aorta, disegnata per trattare in un unico intervento gli aneurismi complessi dell'aorta toracica. Il primo impianto con questa nuova metodica è stato effettuato nei giorni scorsi all'ospedale Santa Maria alle Scotte. La protesi utilizzata, è un'evoluzione di quella, denominata “Siena”, ideata e brevettata dal cardiocirurgo del policlinico

senese Eugenio Neri. “La variazione sulla nostra protesi - afferma Neri - è stata realizzata da un'azienda scozzese ed è utilizzabile solo in tre centri accreditati. Noi siamo stati i primi a partire in Italia e questo è un importante riconoscimento per le professionalità del nostro ospedale”. Secondo quanto spiegato in un comunicato, l'intervento è stato effettuato in circolazione extracorporea con arresto di circolo ipotermico. “Lo stent associato alla prote-

si - affermano i medici - viene collocato direttamente nella parte danneggiata dell'aorta toracica e, una volta posizionata la componente endovascolare della protesi, si completa chirurgicamente la procedura, sostituendo l'arco aortico e l'origine dei tronchi arteriosi a destinazione cerebrale”. Questa soluzione, permette di evitare un secondo intervento, con importanti vantaggi per i pazienti.

## Scegliere con buon senso

Dall'iniziativa dell'*American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation*, in collaborazione con Consumer Reports, che ha lanciato l'iniziativa *Choosing Wisely*, “scegliere con buon senso” e successive integrazioni, gran parte del mondo scientifico si interroga sulla reale utilità di tutta una serie di terapie e di procedure diagnostiche.

Ai primi elenchi pubblicati, grazie al contributo di altre 17 società scientifiche, il 21 febbraio 2013 la lista si è estesa includendo oltre 130 test diagnostici, trattamenti e altri interventi sanitari sulla cui utilità “medici e pazienti dovrebbero interrogarsi”.

E questa rivisitazione vale soprattutto da un punto di vista tecnico scientifico, come sottolinea Nino Carta-

bellotta, presidente Gimbe sul suo blog (<http://www.ninocartabellotta.it/>).

Ma ne esiste anche una lettura in chiave “economica” come scrive Alberto Donzelli sul sito di “SaluteInternazionale” (<http://www.saluteinternazionale.info/>) nel quale ci propone una attenta disamina di come recuperare risorse importanti senza intaccare “buone pratiche cliniche e la tutela della salute del malato” eliminando sprechi e inapproprietezze.

Donzelli non resta nel vago ma descrive esempi concreti sia sul versante della spesa farmaceutica come della diagnostica e dei dispositivi medici.

Che ci sia da razionalizzare molta parte della nostra attività è fatto ormai condiviso dalla componente sanitaria,

come da rivedere profondamente è quel fenomeno chiamato “medicina difensiva”, che alimenta ed è alimentato dal ricorso a prescrizioni inutili o comunque ridondanti. Sottolineo ancora una volta che questo processo non solo culturale necessita di alcune spiegazioni / precisazioni / delucidazioni e di una forte revisione culturale ad esempio fra medicina (e Medicina Generale) e specialistica, fra medicina e avvocatura, fra medicina e magistratura e di una grande campagna di stampa verso l'opinione pubblica ancora purtroppo incline a considerare “gli esami e farmaci come la condizione sine qua non” di una efficacia presa in cura e in carico.

Saffi Ettore Giustini

Medico di medicina generale



## Off Label ... qualche riflessione

Si definisce *off label* l'impiego, nella pratica clinica, di farmaci già registrati, ma usati in maniera non conforme a quanto previsto dalla scheda tecnica autorizzata dal Ministero della Salute (prescrizione di farmaci per indicazioni, modalità di somministrazione, dosaggi differenti da quelli indicati nel foglio illustrativo).

Si tratta di molecole ampiamente conosciute e utilizzate secondo schemi e linee guida ufficiali, ma per le quali nuove evidenze scientifiche suggeriscono un loro razionale d'uso anche in situazioni cliniche non previste nella scheda tecnica e nel foglietto illustrativo di farmaci autorizzati all'immissione in commercio dal Ministero della Salute o dall'EMA (Agenzia Europea di Valutazione dei Medicinali), ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo 178/1991.

Date le premesse, risulta evidente che l'impiego di farmaci *off label* richieda attenzione e cautela, sia da un punto di vista normativo che per i problemi che potrebbero derivare per il paziente relativamente alla efficacia e alla sicurezza del trattamento ricevuto.

### Le condizioni

- Utilizzo in singoli casi.
- Previa informativa al paziente ed acquisizione del consenso informato.
- Giudizio del medico sulla inadeguatezza dell'impiego per il paziente di medicinali già autorizzati (da esprimere in base a "dati documentabili").
- L'uso *off label* deve comunque essere "noto" e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni accreditate internazionali.
- Responsabilità diretta del medico.

### La Normativa off label

Prescrizione di medicinali per patologie che non dispongono di valida alternativa terapeutica da erogarsi a totale carico del cittadino (DL n. 23/1998 e Legge n. 94/1998).

Un medico può prescrivere, sotto

la propria esclusiva e diretta responsabilità, medicinali al di fuori delle condizioni di registrazione qualora ritenga, sulla base di dati documentabili, che un paziente non possa essere trattato utilmente con medicinali già approvati per quella indicazione terapeutica, via o modalità di somministrazione. Tale prescrizione può avvenire solamente nei casi in cui l'impiego proposto del farmaco sia documentato e conforme a lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale.

Prima della prescrizione il medico deve acquisire il consenso informato scritto del paziente.

L'Art. 12 del codice deontologico "Prescrizione e trattamento terapeutico" recita: La prescrizione di farmaci, per indicazioni non previste dalla scheda tecnica o non ancora autorizzate al commercio, è consentita purchè la loro efficacia e tollerabilità sia scientificamente documentata. In tali casi, acquisito il consenso scritto del paziente debitamente informato, il medico si assume la responsabilità della cura ed è tenuto a monitorarne gli effetti.

### Chi paga l'uso off label?

Questo tipo di prescrizione sul territorio è sempre a **totale carico del cittadino**.

Se l'impiego del medicinale è a favore di un paziente ricoverato in una struttura pubblica o privata accreditata il costo del farmaco è a carico del SSN perché il DRG è comprensivo del costo del trattamento farmacologico praticato [Ministero della salute - comunicato del 4 luglio 2002].

### Quali sono i rischi collegati all'uso off label dei farmaci?

1. Inefficacia.
2. Reazioni avverse.
3. Aumento dell'errore terapeutico.
4. Responsabilità penale e/o civile.

### Problemi

Il medico è obbligato a prescrivere i farmaci secondo le indicazioni contenute in scheda tecnica.

## Etica e responsabilità

In questo momento di grande coinvolgimento sociale, alcune vicende poco edificanti hanno coinvolto professionisti odontoiatri e, fatto ancor più grave, anche referenti in ruoli di istituzioni o associazioni rappresentative della categoria. Per contrastare risolutamente e decisamente questi fenomeni, la Commissione Nazionale Odontoiatri, il Collegio dei

Docenti in Odontoiatria e l'ANDI hanno sottoscritto un documento congiunto con il quale richiamano tutti gli odontoiatri italiani al rispetto dei valori etici e deontologici che, imperativi per tutti i professionisti, lo sono ancor di più per coloro che ricoprono cariche o ruoli rappresentativi. Il comportamento degli odontoiatri, infatti, quando rivestono ruoli di rappresentanza

La mancanza di un adeguato coordinamento e un adeguato aggiornamento delle indicazioni riportate nella scheda stessa è fonte di notevoli difficoltà per i medici prescrittori.

Spesso anche farmaci universalmente usati per scopi perfettamente legittimi e secondo linee-guida "ufficiali", addirittura sancite dall'OMS, mancano di adeguate indicazioni nella scheda.

### Due esempi paradossali

#### Doxazosina

Benur: ipertrofia prostatica

Cardura: ipertensione

#### Terazosina

Itrin: ipertensione

Urodiel: ipertrofia prostatica

Una possibilità di deroga consentita è quella prevista dalla Legge 23 Dicembre 1996 n. 648 (e successivi aggiornamenti) che prevede un elenco di farmaci "innovativi", erogabili a carico del Sistema Sanitario Nazionale.

Medicinali a totale carico del SSN ai sensi della Legge 648/96 AIFA. Che cosa è la L. 648/96?

È una legge che consente di erogare a carico del S.S.N., quando non vi è alternativa terapeutica valida, previo parere della CUF (ora Commissione consultiva Tecnico Scientifica dell'AIFA - CTS):

1. medicinali innovativi in commercio in altri Stati ma non sul territorio nazionale;
2. medicinali ancora non autorizzati ma sottoposti a Sperimentazione clinica;
3. medicinali da impiegare per una indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata.

da: *VobiSMagazinE Anno III° - Marzo 2013*

David Coletta

Medico di Medicina Generale - Co-Direttore Dipartimento Interaziendale di Formazione per la Continuità nell'assistenza

Saffi Ettore Giustini

Medico di Medicina Generale - Modulo eCCM Montale (PT)

Comitato Consultivo AIFA Cure Primarie

deve essere sempre e comunque al di sopra di ogni sospetto, anche allo scopo di costituire un esempio nei confronti dei colleghi che devono riconoscere in loro funzioni di guida e di orientamento nelle ordinarie difficoltà dell'esercizio professionale. Per approfondire: <http://portale.fnomceo.it/fnomceo/showArticolo.2puntOT?id=96057>.

# Adenuric<sup>®</sup>

(febuxostat)



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



Certificato Nr  
50 100 4785

*Manfredo Fanfani*

Una storia  
di aureole e di cappelli



QUANDO L'ABITO  
NON FACEVA IL MONACO,  
MA FACEVA IL MEDICO

---

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

*Continuazione dell'articolo all'interno della rivista*

*Una copia della pubblicazione può essere richiesta a [info@istitutofanfani.it](mailto:info@istitutofanfani.it)*