



ToscanaMedica

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



**Il futuro del *training*
in medicina: la simulazione**

A. Zanobini

**Razionamento, razionalizzazione
e riflessi sul mercato farmaceutico**

E. Desideri, G.F. Gensini, E. Majno,
A. Messori, S. Taddei, M. Ucci

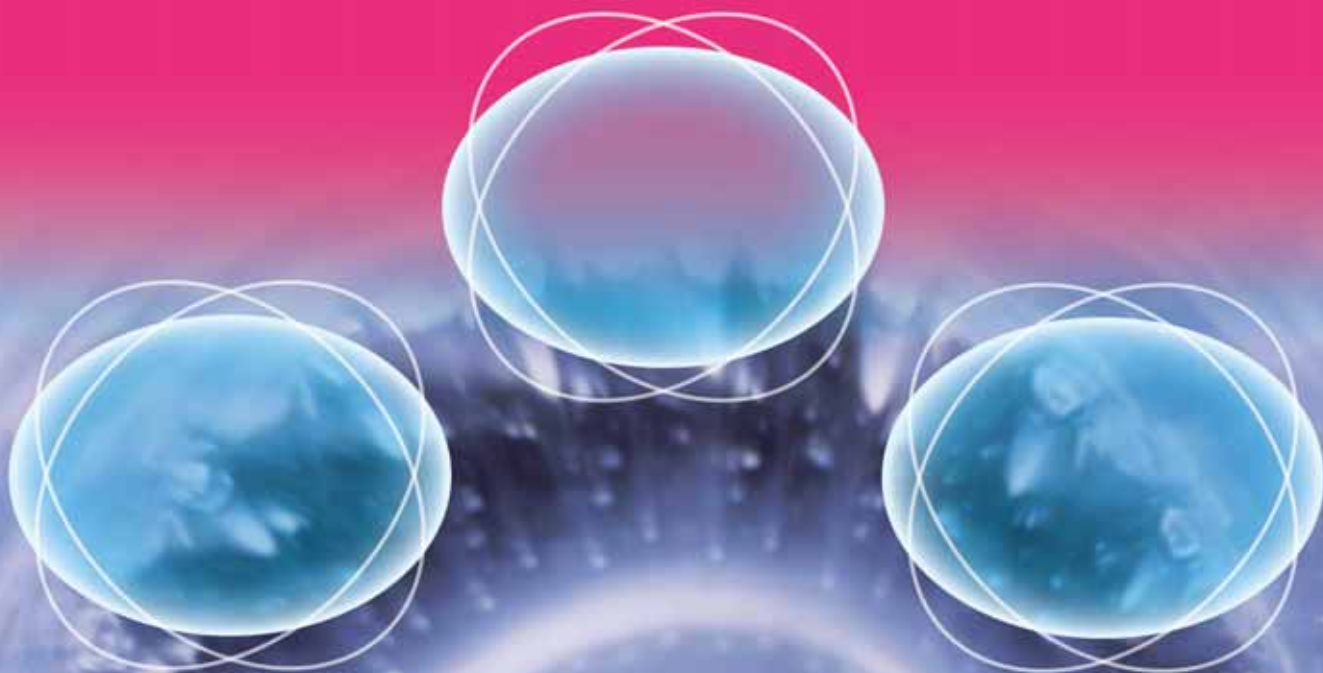
**Responsabilità medica:
è tempo di comprendersi**

A. Lilli, T. Giovannini

**Novità tecnologiche nel trattamento
degli aneurismi dell'aorta**

C. Pratesi, A. Guidotti, R. Pulli, W. Dorigo,
A. Alessi Innocenti, M. Acquafresca, A.T. Fargion

N° 5 MAGGIO 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

- La raffinata grazia di Boldini **4**
F. Napoli

EDITORIALE

- Responsabili ma non colpevoli **5**
A. Panti

MEDICINA LEGALE

- Responsabilità medica: è tempo di comprendersi **6**
A. Lilli, T. Giovannini

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- Razionamento, razionalizzazione e riflessi sul mercato farmaceutico **8**
E. Desideri, G.F. Gensini, E. Majno, A. Messori, S. Taddei, M. Ucci
- Best care at lower cost **15**
A. Panti

QUALITÀ E PROFESSIONE

- Progetto di sperimentazione del modello See and Treat **16**
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Siena
- Il Governo Clinico delle Cure Pediatriche **19**
T. Langiano
- L'ARS partecipa al progetto nazionale **21**
F. Voller e coll.
- Il benessere del medico come obiettivo dei servizi sanitari **22**
E. Baroni e coll.
- La nuova frontiera dell'SSN **24**
G. Giuliano e coll.
- Chronic Care Model; un'opportunità per cambiare **27**
G. Virgili
- Turba medicorum **37**
A. Panti

- Compilazione della cartella clinica nell'Ospedale San Giovanni di Dio **38**
E. Pellegrino e coll.

- Arteterapia in una adolescente con disturbi del comportamento **40**
S. Pisano

BACHECA **23**

CORSI E SEMINARI **20/26/50**

REGIONE TOSCANA

- Il futuro del *training* in medicina: la simulazione **30**
A. Zanobini

RICERCA E CLINICA

- Novità tecnologiche nel trattamento degli aneurismi dell'aorta **42**
C. Pratesi e coll.
- Autismo e Ossigeno-Terapia Iperbarica **51**
R. Vecchione
- Un rischio ostetrico emergente: la gestante sovrappeso ed obesa **54**
F. Mecacci e coll.

RICORDO

- Cosetta Calandi: discepoli come nipoti **55**
M.E. Martinucci

SANITÀ NEL MONDO

- La crisi finanziaria e l'attacco al welfare state in Europa **56**
G. Maciocco

VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani **59**

NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi **59**



Fondato da **Giovanni Turziani**
Anno XXXI n. 5 - Maggio 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 copertina: Alberto Pisa (Ferrara 1864 - Firenze 1936).
Il ponte di Charing Cross, Londra, 1901. Olio su tela,
cm 87 x 122,5. Ferrara, Museo dell'Ottocento

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
Editore
Edizioni Tassinari
viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze
e-mail: pre.stampa@edizionitassinari.it
Pubblicità
Edizioni Tassinari
tel. 055 570323 fax 055 582789
e-mail: riccardo@edizionitassinari.it
<http://www.edizionitassinari.it>
Stampa
Nuova Grafica Fiorentina
via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Inviare gli articoli a: toscanaмедica@ordine-medici-firenze.it.
- Lunghezza max articoli: 6 mila battute spazi inclusi (2-3 cartelle), compresa iconografia.
- Lunghezza max Lettere al Direttore: 3 mila battute 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.



La raffinata grazia di Boldini

Giovanni Boldini si è trasferito dal Palazzo dei Diamanti di Ferrara a villa Bardini di Firenze e alla Galleria d'Arte Moderna di Pitti (con alcune nature morte).

Non è la stessa mostra (o parte di essa) terminata da pochi mesi nella città emiliana: piuttosto, ne è arrivato un corpus di opere atte a documentare un figlio di quella terra, accompagnato da altri autori ferraresi, utilizzando quanto conservato all'interno di palazzo Massari.

Momentaneamente inagibile questa struttura per il terremoto del 2012, le opere in essa contenute vengono ora proposte in esposizioni fuori sede "utili a promuovere le collezioni", come in conferenza stampa ha sottolineato Cristina Acidini, Soprintendente a Firenze, confermato poi da Tiziano Tagliani sindaco di Ferrara: "Sottrarre capolavori al godimento sarebbe stato terremotarli un'altra volta".

Nella mostra presso Villa Bardini appare un rapido excursus sull'arte di Giovanni Boldini: dal "Ritratto di Lilia Monti" ancora di sapore melanconico e macchiaiolo, all'opera "La cantante mondana" o "Notturmo a Montmatre" che stigmatizzano con sapore impressionistico l'arte estroversa di un protagonista del periodo fra Otto e Novecento. L'eleganza e la freschezza delle composizioni, anche la loro relativa velocità esecutiva, danno corpo al livello aristocratico della committenza e indicano l'elitarità di questa pittura.

Essa ci parla di giovinezza e bellezza, di felicità e gioia di vivere, di lontananza da ogni problematica: una società esteriorizzata espressa da un efficace comunicatore.

E appare chiaro come Boldini sposti la sua attenzione sulla rappresentatività sociale della propria pittura, concretizzandola in un linguaggio dinamicamente a lui contemporaneo, tramite un colore "liquido".

Dai quadri ottocenteschi di Giuseppe Mentessi o di Girolamo Domenichini che accompagnano l'esposizione a "Signora in rosa" e "Fuoco d'artificio" dello stesso Boldini si evidenzia la differenza ispirativa e la diversa capacità di essere rappresentativi di una certa società fin de siècle.

La seconda parte (indipendente) della mostra è ospitata a Pitti e vede protagonista Filippo De Pisis posto in relazione al Novecento – esposte, tra le altre, anche opere di Roberto Melli, Achille Funi e Gaetano Previati, anch'essi tutti ferraresi –: tan-

to Boldini raggruma la sua attenzione sui volti – lasciando indefinite il resto della composizione –, tanto De Pisis frantuma i suoi soggetti nella pennellata nervosa svaporandoli nella luce: dal primo traspare una forte personalità, nel secondo è presente una interiorizzazione dei soggetti prescelti.

Ambedue coloristi, Giovanni si mostra audace nelle pennellate e nelle pose, Filippo anticlassico e sottilmente metafisico; entrambi vibranti di vita sono lontani dalla teatralità operistica dell'ottocentesco Giovanni Muzzioli, legati piuttosto alla istantaneità della pittura, intesa come "verità".

Da Boldini a De Pisis

Firenze accoglie i capolavori di Ferrara
Villa Bardini e Galleria d'Arte Moderna di Pitti
(orari diversi, chiuso lunedì)



Giovanni Boldini (Ferrara 1842 - Parigi 1931). *La signora in rosa* (Ritratto di Olivia de Subercaseaux Concha), 1916. Olio su tela, cm 163 x 113. Ferrara, Museo Giovanni Boldini.



Responsabili ma non colpevoli

ANTONIO PANTI

“**C**hi non fa non falla”, proverbio popolare. Il medico ha un ruolo professionale ed è responsabile dei propri atti e deve rendere conto delle proprie azioni. È “responsabile”, ma questa parola ha altri significati, compreso quello penale (“responsabile di un delitto”). La colpa invece è un’azione che produce un danno e chi la commette (anche omettendo di fare) è “colpevole”. È causa di un evento spiacevole, quindi responsabile nel senso semantico che è connesso a colpevole. Un intreccio polisemico che trasforma un giudizio fattuale in condanna morale.

Capita che ad un atto del medico consegue un danno. Se il medico lo ha provocato ne rende conto e lo risarcisce. Perché invocare la colpa come reato e non semplicemente come azione dannosa? Perché il risarcimento, ove non erogato, finisce in penale? Non basta il giudizio civile? Immagino che questa frase sia criticata dagli uomini di legge. Tuttavia un qualche chiarimento nei rapporti tra scienza e diritto appare necessario.

Il Ministro Balduzzi ha introdotto un articolo di legge che recita: *“L’esercente la professione sanitaria che ... si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve”*. Un inizio timido e incerto, subito impallinato dalla magistratura che ha rinviato il testo alla Corte Costituzionale. Oggi tutto il mondo si scaglia contro la “corporazione” dei medici. Magari! Le difese corporative sono di altri e prosperano grazie ai continui progressi della medicina che accoppiano successi innegabili a rischi incrementali. La medicina avanza e il diritto resta immobile. Il problema non consiste in qualche incidente per il quale il medico sia veramente “colpevole” ma sta alla radice, nel rapporto tra scienza e legge. Tutti predicano l’indipendenza del medico come interesse del paziente, ma poi tutti vogliono ergersi a giudici di questa libertà.

“In ordine alle linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica si osservi che trattasi di mere raccomandazioni per le quali la legge non offre alcun criterio

di determinazione e individuazione”. Così si esprime il giudice milanese che ha rinviato alla Corte la legge Balduzzi. E le cosiddette “leges artis” in auge finora, spesso frutto di affrettate letture di improvvisati medici legali? E la Suprema Corte di Cassazione che sforna sentenze contraddittorie, secondo le quali il medico deve o non deve, può o non può seguire le linee guida, per cui si comprende che, in verità, il magistrato vuol giudicare da solo cosa fa bene o no ai malati? Ma non è in contrasto con la Corte Costituzionale che ha sempre sentenziato che unico giudice della cura è il medico che agisce secondo le più aggiornate conoscenze scientifiche, avendo ottenuto il consenso del paziente?

Dopo l’emanazione della legge Balduzzi, la Cassazione ha condannato un medico sostenendo che, dopo la citata legge, non si poteva più parlare di imperizia (il medico aveva seguito le linee guida) ma di negligenza. Imperizia significa mancanza di abilità o di preparazione a eseguire prestazioni per le quali si presume essere idonei; negligenza significa mancanza di accuratezza nell’adempiere a un contratto o a una mansione. Insomma un modo per condannare il medico si dovrà pur trovare nelle pieghe dei Codici!

La questione è: che cosa è “vero” secondo scienza o secondo diritto? Il medico sa di agire all’interno di una scienza probabilistica in tumultuoso sviluppo che “domani può mostrar falso ciò che oggi appare vero” come diceva Murri; il magistrato è alla ricerca della “verità” oltre ogni ragionevole dubbio all’interno di una dottrina, il diritto, che è una produzione sociale, mutevole con i tempi. Difficile, forse impossibile, trovare un punto di incontro. Meglio abolire il concetto di colpa professionale e rinviare al giudizio civile quei casi in cui non vi sia accordo sul risarcimento. Ma i medici che sbagliano, come sanzionarli? A parte la colpa grave o la stupidità, diminuzione dello stipendio e aumento dei premi assicurativi a loro carico dovrebbero essere sufficienti remore (oltre alla revisione della laurea).

TM



Alessio Lilli, Cardiologo specializzato in Imaging e Cardiologia Interventistica, Dirigente Medico presso la Asl 12 Versilia, promotore di un progetto di approccio culturale alla medicina legale e difensiva c/o ANMCO Toscana.

Responsabilità medica: è tempo di comprendersi

Forse è venuto il tempo di capire, o meglio, di capirsi.

Il medico in corsia, ambulatorio o sala operatoria sente che la propria attività, l'impegno e la difficoltà a svolgerla non sono compresi e spesso non comprende.

Ciò che c'è di peggio è che ha perso la serenità.

Avere un'assicurazione copiosa non ha modificato sostanzialmente la nostra percezione di pericolo di essere imputati.

Forse per trovare serenità (che è il bene primario di ogni lavoratore e cittadino nonché un fattore importante di produttività) è necessario un percorso diverso, complementare alle coperture necessarie, che è sostanzialmente culturale.

Comprendere è conoscere. Comprendersi è dialogare.

Il confronto su questi temi sembra sempre di più avvicinarsi al nostro bagaglio culturale: i congressi hanno sessioni dedicate, corsi specifici affrontano le tematiche più scottanti ecc.

Non vi è dubbio che l'argomento debba essere affrontato in maniera sistematica e obiettiva. Per ottenere credibilità, è necessario affermare i nostri diritti di professionisti al rispetto e alla serenità e nello stesso tempo riconoscere quello dei pazienti a ricevere una cura secondo buoni criteri clinici.

I corsi ci insegnano le migliori strategie tra cui il consenso informato, la comunicazione, i protocolli e le istruzioni operative ecc. Tutti mezzi necessari, come le assicurazioni, ma che non affrontano il cuore del problema. Soprattutto nessuno sembra ottenere un miglioramento della situazione. Il consenso informato, con le sue enormi problematiche legate alla comunicazione tra persone di diversa estrazione culturale sociale ed estranee all'ambiente scientifico, rappresenta uno dei problemi che maggiormente emergono nei conflitti giudiziari fino ad arrivare alla incapacità del medico di spiegare e/o del paziente di capire il problema clinico e le sue conseguenze in questione.

L'ultimo studio pubblicato dall'ordine dei medici di Roma sulla medicina difensiva evidenzia

che le dimensioni del problema sono tali da rappresentare un problema di sostenibilità, di salute dei lavoratori, di sicurezza dei pazienti.

Lo scopo di questa digressione è solo cercare di non dare nulla per scontato e reiniziare a conoscere più da vicino la medicina legale, il diritto e le sue evoluzioni.

Troppo spesso la paura e la mancanza di serenità in corsia è alimentata dall'incomprensione del diritto, dalla sensazione di essere assediati, dall'informazione parziale. Dobbiamo imparare a comprendere il "diritto" e le sue regole, simultaneamente dobbiamo aprire una strada per spiegare al legislatore ed ai tutori della legge le nostre.

ALESSIO LILLI*, TIZIANA GIOVANNINI**

* Cardiologo specializzato in Imaging e Cardiologia Interventistica, dirigente medico Asl 12 Versilia

** Cardiologo, dirigente medico e responsabile attività elettrofisiologia elettrostimolazione U.O. Cardiologia Asl 4 Prato

Quando parliamo di responsabilità giuridica non possiamo non scindere subito tra responsabilità penale e civile.

Il risarcimento di un danno è un campo del diritto importante, le assicurazioni, le Asl si occupano nella quasi totalità dei casi di provvedere al risarcimento.

La causa civile ha presupposti apparentemente poco comprensibili, ma universalmente riconosciuti. Il nesso di causalità tra un'azione e l'evento non deve per forza avere fondamenti di certezza con il danno/evento. Giuridicamente deve esservi "la prova della preponderanza dell'evidenza". In altri termini la nostra azione od omissione che si reputa abbia causato un problema *non deve essere da sola legata con certezza* al danno stesso. Se c'è concorso di colpa (del medico e non) il risarcimento è dovuto. La frase che spesso si legge sui giornali "condannato per ..." di fronte alla quale spesso molti di noi rimangono interdetti non deve colpirci, ma dobbiamo cercare se il tutto è accompagnato dal "condannato A RISARCIRE" che spiega la motivazione principale che ha spinto il giudice: certezza o semplice preponderanza.

Proviamo a comprenderlo da un altro punto di vista. Se qualcuno ci tampona e distrugge la nostra auto, siamo disposti a rinunciare al risarcimento del danno se l'altro guidatore dimostra che lui/lei ce l'ha messa tutta per non tamponare ed era in buona fede? Se quell'evento era in parte dovuto ad una concausa esterna a chi tampona gli

dovrà comunque provvedere al risarcimento. È noi così vorremmo.

Il risarcimento civile è materia a cui dovremmo avvicinarci con occhi diversi. Il danneggiato (tamponato) ha diritto ad avere un risarcimento quando dimostri che quel danno avrebbe avuto una qualche probabilità (anche piccola) di poter essere evitato (giuridicamente “*più probabile che non*”). Se veniamo condannati a risarcire non equivale ad essere colpevoli ma aver anche solo partecipato (diagnosi errata) ad un evento che più probabilmente non si sarebbe verificato. Probabilmente. È sicuramente inutile e dannosa la conflittualità in termini civili. Non è una resa, bensì una comprensione del diritto. Ci dovremmo occupare di CHI e COME deve risarcire (sempre e comunque lo Stato fintanto vorrà l'esistenza di un SSN).

Tutt'altri presupposti e considerazioni in un problema di tipo penale. Partiamo dai fatti. Dobbiamo innanzitutto sapere che *l'onere della prova* spetta a noi. È questione di diritto, non è contro i medici. Quando agiamo dobbiamo dimostrare di farlo per il bene, in buona fede e con perizia ecc. Compilare bene le cartelle, registrare bene immagini, fornire referti adeguati potrebbe venirci richiesto per far sì che un processo penale non si basi su mere supposizioni ed accuse infondate. Quando avremo presentato i fatti ci sarà da stabilire il nesso tra la causa (la nostra colpa) e l'evento. Morte o lesioni personali.

Il punto del nesso di causalità è l'aspetto più importante del diritto penale.

Sebbene non sia noto, nelle ultime decadi si è assistito ad un dibattito profondo da parte nella giustizia penale italiana. Il diritto è una dottrina.

Nel '92 una sentenza della Cassazione penale (371/1992) decretò la presenza di un nesso di causalità, e quindi di colpevolezza, anche qualora il nostro omesso intervento avrebbe avuto scarsa probabilità di successo. Negli ambienti giuridici era conosciuta come la sentenza del 30% perché applicato ad un paziente che aveva meno del 30% di probabilità di sopravvivenza ed il comportamento del medico era stato connesso comunque in maniera certa all'evento morte (e non alla malattia). Anche il diritto aveva bisogno di crescere ed imparare. Uno dei più importanti penalisti italiani si espresse successivamente in merito ironizzando *in dubio contra medicum* (A. Crespi) (*se c'è il dubbio del nesso andare contro il medico*).

Nel 2000 e nel 2002 la Cassazione penale modificò radicalmente questo scenario, disastroso per la nostra categoria. Le sezioni penali riunite (30328/2002 Franzese) stabilirono che il nesso di causalità nel reato colposo omissivo improprio doveva essere riportato ad un concetto di “alta probabilità logica” ed “elevato grado di credibilità razionale”. Addirittura la Cassazione 1688/2000 aveva affermato “...il giudice può affermare il rapporto di causalità in quanto, anche nei reati omissivi abbia accertato che, con probabilità vicina alla certezza, con probabilità vicina a cen-

to, quella condotta, azione od omissione, è stata causa necessaria dell'evento come verificatosi hic et nunc”. In altre parole la nostra azione dovrebbe essere necessaria e sufficiente (con probabilità vicina alla certezza).

Forse anche per questi motivi attualmente in tema penale secondo i dati che vengono dalle procure (su richiesta parlamentare), la percentuale di procedimenti (tra gli archiviati) per omicidio colposo in tema di responsabilità sanitaria è di assoluzione nel 99% (novantanove) dei casi, e del 98% (novantotto) di assoluzioni per lesioni colpose.

Nel 2006 ancora la cassazione penale (4177/2006) affermò inoltre che deve essere verificato se “le leggi” (scientifiche e statistiche, nda) “siano adattabili al caso esaminato...” e “siano compatibili con l'età, il sesso, le condizioni generali del paziente e la presenza o l'assenza di altri fenomeni morbosi interagenti...”. Come è chiaro la dottrina del diritto penale si è trovata ad affrontare un tema nuovo che via via sta mutando il suo approccio al problema. Ed il cambiamento sembra esserci favorevole. Non più *in dubio contra medicum* ma come per tutti i cittadini *in dubio pro reo* (nel dubbio tutelare il presunto colpevole).

Attualmente non sembra possibile potersi esimere da valutazioni giuridiche penali ma possiamo auspicare che i processi e le fasi stragiudiziali siano le più eque possibili.

Dovremmo portare avanti proposte con società scientifiche, ordini e sindacati per rendere la fase peritale processuale la più obiettiva e scientifica possibile poiché essa deve aiutare il giudice a comprendere i fatti scientifici e riportarli ad un piano giuridico. La Cassazione stessa in merito alla posizione “del 30%” ricorda che essa “*sia moralmente lodevole ma anche giuridicamente inaccettabile*”.

Il problema del difficile dialogo tra scienza e diritto non sembra irrisorio se perfino noti medici legali italiani (Fiori, Marchetti, La Monaca: “Medicina legale della responsabilità medica”) ricordano che alcuni dei migliori medici legali avevano una laurea in giurisprudenza oltretutto in medicina.

È ovvio che il problema scientifico non possa essere definito completamente nelle aule di tribunale, ma da parte dei professionisti sanitari il problema deve essere affrontato con bibliografia scientifica o giurisdizionale (sentenze) accurata pertinente e contemporanea all'epoca dei fatti.

Conoscere è studiare un fenomeno, delinearne gli aspetti, valutarne le evoluzioni. È, forse, smettere di vivere il timore e cercare di recuperare serenità.

Dialogare è cercare di comprendere le ragioni di ogni attore per valutarne approfonditamente le richieste ed essere in grado di farne altre.

Di fatto, crescere.

Il cambiamento culturale potrebbe essere il cercare di confrontarsi con un linguaggio comune, imparando ognuno le regole dell'altro.

Ne gioverebbe per prima la verità.



Razionamento, razionalizzazione e riflessi sul mercato farmaceutico

TOSCANA MEDICA – *In tema di spending review, cerchiamo di capire che cosa realmente rappresenta per i medici toscani il complesso dei provvedimenti adottati negli ultimi due o tre anni dalla Regione e soprattutto quale è la situazione finanziaria attuale del Servizio sanitario regionale.*

MAJNO – effettivamente la domanda è ben posta, perché non stiamo parlando di un singolo provvedimento di recente introduzione, quanto piuttosto di un percorso iniziato ormai alcuni anni fa e mantenuto in vita dalle varie amministrazioni che si sono nel tempo avvicinate, con un aumento progressivo del suo “peso” fino ad arrivare alla ben conosciuta situazione odierna.

Senza per il momento entrare nel merito specifico delle molte questioni sul tappeto, si può dire che nella nostra Regione il “Sistema Sanità” nei prossimi anni dovrà fare a meno almeno del 10% delle risorse a sua disposizione. Fino ad oggi sostanzialmente le risorse sono rimaste più o meno le stesse e, proprio in previsione di tempi futuri di vacche sempre più magre, si è cercato di limitare soprattutto tutti quei costi in crescita fisiologica quali l’inflazione, gli adeguamenti contrattuali, la gestione dei bilanci regionali e dei fondi sanitari.

Traducendo in pratica questi concetti, considerando che la Toscana ha un bilancio di 6 miliardi e 650 milioni di Euro, significa che per la sanità più o meno dovremmo fare a meno di 400 milioni di Euro per il 2013 e di altri 300 per il 2014.

TOSCANA MEDICA – *La Regione Toscana in questo scenario ha adottato dei provvedimenti importanti che in alcuni casi hanno preoccupato non poco i medici. Di cosa si tratta? Ed in quale misura questa preoccupazione è davvero giustificata?*

MAJNO – Come introduzione vorrei sottolineare il

messaggio di fondo che proviene dalla Regione: le preoccupazioni sono legittime ma non deve assolutamente venire meno la fiducia nella possibilità di affrontare in maniera costruttiva il futuro che ci aspetta.

Detto questo, ricordo che le azioni messe in campo

trovano il loro fondamento già nella metà del 2012 e sono impostate, secondo un atteggiamento ormai consolidato della nostra amministrazione regionale, ad un forte livello di condivisione di programmi e prospettive, dal punto di vista sia politico-organizzativo che delle competenze professionali interessate.

Si tratta di atti della Giunta regionale che disegnano un graduale, profondo cambiamento dei sistemi territoriale ed ospedaliero. Lo scopo di questi interventi non è quello di ridurre la qualità ed il numero dei servizi erogati ai cittadini, bensì razionalizzare le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie. Ovviamente il contributo dei professionisti sarà di fondamentale importanza per costruire, ad esempio, un nuovo assetto dell’assistenza territoriale ed una differente organizzazione di quella ospedaliera.

Per questo sono stati previsti consistenti finanziamenti alle Aziende sanitarie (dell’ordine di decine di milioni di Euro) per interventi strutturali su due livelli. Il primo per creare a livello territoriale strutture dove la medicina di base e quella specialistica possano offrire agli assistiti un’efficiente assistenza sia sanitaria che sociale; il secondo per aiutare le Aziende ad impiegare nel modo più appropriato le risorse disponibili.

TOSCANA MEDICA – *Come si traduce in pratica questo forte impegno regionale verso l’appropriatezza?*

MAJNO – Alcuni esempi. Gli ospedali di alta specializzazione dovranno potere lavorare con volumi

ENRICO DESIDERI¹, GIAN FRANCO GENSINI²,
EDOARDO MAJNO³, ANDREA MESSORI⁴,
STEFANO TADDEI⁵, MAURO UCCI⁶

¹ Direttore Generale della Asl di Arezzo

² Ordinario di Clinica Medica dell’Università degli Studi di Firenze

³ Direttore Generale del Dipartimento del Diritto alla Salute, Diritti di cittadinanza e Coesione sociale della Regione Toscana

⁴ Dirigente Unità Health Technology Assessment dell’Area Vasta Centro

⁵ Ordinario di Medicina Interna dell’Università degli Studi di Pisa

⁶ Medico di medicina generale a Firenze

PARTECIPANO



Enrico Desideri



Gian Franco Gensini



Edoardo Majno



Andrea Messori



Stefano Taddei



Mauro Ucci

maggiori di casistica e con sempre migliorata esperienza. La cronicità dovrà trovare sempre maggiore attenzione a livello del territorio. È previsto un forte rilancio della medicina generale e delle sue iniziative ed un più ampio livello di comunicazione tra i medici che lavorano sul territorio e quelli degli ospedali.

Quello che voglio sottolineare con forza è che, seppure di fronte alle legittime perplessità di fronte a così grandi novità in tempi di evidente crisi economica, non saranno assolutamente attuati tagli di posti di lavoro e non sarà a rischio la riduzione di qualità delle prestazioni offerte alla cittadinanza. Quello che i professionisti della nostra Regione hanno di fronte è sostanzialmente una nuova e condivisa organizzazione del proprio modo di lavorare.

GENSINI – Io sono convinto che la situazione della Toscana sia sostanzialmente molto migliore di quella che stanno vivendo molte altre Regioni, nel senso che la nostra amministrazione già da tempo, ben prima che si iniziasse a parlare di spending review, aveva dedicato molta attenzione all'utilizzazione efficace ed efficiente delle risorse, creando tra l'altro anche specifici strumenti di valutazione e controllo. In buona sostanza in Toscana non ci siamo fatti sorprendere più di tanto da una situazione

che, seppure non immaginata così difficile, eravamo però in qualche modo pronti ad affrontare.

TADDEI – Il sistema, per adesso virtuale, che ha descritto il dottor Majno non può assolutamente prescindere dal sempre maggiore invecchiamento della popolazione con tutto quello che ne consegue in termini di incremento dei bisogni assistenziali.

In questo programma di futura realizzazione, oggettivamente unica strada al momento percorribile e che richiederà cambiamenti non solo organizzativi ma anche e soprattutto culturali, a mio parere esistono alcuni ostacoli di notevole difficoltà.

Il primo è rappresentato dalla considerazione che la stragrande maggioranza delle persone ha ancora oggi la tendenza a prediligere l'ospedale anche in caso di necessità non strettamente medica. Si tratta di pazienti in un certo qual modo ormai fidelizzati nei confronti dell'ospedale che vorrebbero ricorrervi sempre e comunque. Esempio di questo atteggiamento sono gli accessi di persone sole ed anziane che in realtà avrebbero bisogno soltanto di una buona assistenza socio-infermieristica erogata a livello territoriale senza necessità di occupare posti letto ospedalieri.

Un altro problema è rappresentato dalla riorganizzazione delle grandi Aziende ospedaliero-universitarie, ancora amministrare secondo modelli gestionali ormai superati. Alle grandi strutture ospedaliere di Firenze e Pisa, per esempio, con quasi 1500 posti letto ciascuna, ne servirebbe oggi un numero certamente inferiore qualora fossero organizzate secondo modelli incentrati sul day service e su percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali ben individuati. I professionisti si dovrebbero cioè abituare a lavorare in realtà molto più flessibili delle attuali, nelle quali le "vecchie" Unità Operative vengano concettualmente sostituite da aree di ricovero con un numero di posti letto modulabile in base alle esigenze contingenti, ad esempio facilmente aumentabile durante i picchi stagionali di epidemia influenzale.

Un altro problema che mi sembra importante è rappresentato dal fatto che una simile riorganizzazione dell'attività delle grandi Aziende potrebbe anche finire per prevedere una certa riduzione del personale legata essenzialmente alla riduzione dei posti letto prima ricordata. Ecco quindi comparire lo spettro del blocco del turn over con la conseguente impossibilità per i giovani di accedere al mondo del lavoro. Già adesso nei nostri ospedali i giovani sono in numero davvero ridotto e tra 15 o 20 anni le cose non potranno che andare peggio con il lavoro affidato a medici anziani, a fine carriera, certamente privi di quell'entusiasmo e di quella forza propulsiva, intellettuale e fisica, che caratterizzano le generazioni più giovani.

DESIDERI – La Regione Toscana, come ha appena ricordato Gensini, si è molto impegnata negli anni, sia sul fronte dell'appropriatezza clinica, sia su

quello della pertinenza organizzativa.

In particolare, nel corso degli ultimi mesi, sono stati assunti indirizzi precisi per la valorizzazione della rete specialistica e dell'emergenza, nonché per un ulteriore riassetto del territorio tesi a sviluppare una presa in carico dei pazienti cronici "over time", cioè attraverso l'inserimento nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali della Continuità Assistenziale e "also commissioning", attraverso un pieno impegno ad assicurare il-tante volte auspicato-raccordo fra il medico di medicina generale e il medico specialista, ospedaliero e territoriale.

È, poi, in essere un forte impegno del sistema, affinché le tecnologie informatiche supportino la "rete clinica", ospedale e territorio, nella sfida di tutti gli operatori sanitari e delle direzioni aziendali tesa ad assicurare percorsi diagnostico-terapeutici coerenti con i principi sopra esposti!

Non può essere qui sottaciuta la necessità che, nello svolgimento appunto dei PDTA, si ponga maggior attenzione (e risorse) alla prevenzione primaria individuale, in considerazione della rilevanza che questo investimento ha anche in termini economici: basti pensare che, da una meta-analisi pubblicata da JAMA (2010), l'80% delle malattie cardio-vascolari e il 30% dei tumori sono legati a scorretti stili di vita!

A concludere il quadro basta ricordare che l'Italia è, fra i paesi dell'OCSE, quello che investe meno in questo campo!!

TOSCANA MEDICA – *Negli ultimi anni a livello planetario si assiste alla tendenza a sottofinanziare i grandi interventi del settore socio-sanitario. La medicina generale in questo panorama e di fronte ai cambiamenti futuri prospettati prima dal dottor Majno riuscirà a mantenere il livello qualitativo delle prestazioni finora erogate?*

UCCI – Oggi forse incominciamo a vedere il punto di arrivo di un lungo processo di cambiamento della medicina generale che, dopo la riforma sanitaria, è stato portato avanti in maniera peraltro incompiuta dai vari Ministri della Sanità.

La cosiddetta "legge Balduzzi", pur con tutte le imperfezioni legate alle inevitabili esigenze di mediazione che sempre accompagnano la nascita di simili documenti, sembra finalmente avere identificato correttamente il legame che unisce la medicina generale (cioè la medicina del territorio) con la continuità assistenziale, non considerando più il territorio come una somma più o meno confusa di individualità quanto come una struttura in grado davvero di rappresentare un efficace alleggerimento per l'attività degli ospedali, secondo il modello in precedenza illustrato dal dottor Majno.

Anche i medici di medicina generali sempre più nei prossimi anni dovranno confrontarsi con l'invecchiamento della popolazione, come ricordato dal prof. Taddei e con l'inevitabile, imprevedibile aumento dei costi già oggi in grado di fare esplode-

re qualsiasi proiezione attendibile di spesa e rendere insostenibile l'intero sistema sanitario.

Secondo me a livello territoriale non si può che agire con la massima velocità consentita per essere pronti quanto prima ad accogliere le istanze dei nuovi modelli organizzativi, a beneficio sia dei pazienti che dei professionisti della Sanità.

TOSCANA MEDICA – *Gli oggettivi problemi di carattere economico che i sistemi sanitari si trovano oggi a dovere affrontare sono aggravati anche dal travolgente progredire della tecnologia e della ricerca scientifica che mettono continuamente a disposizione, ad esempio, strumenti diagnostici sempre più efficienti o farmaci di altissimo costo per classi più o meno estese di popolazione. In questi termini come si pone la questione della sostenibilità dell'intero sistema?*

GENSINI – Il concetto da seguire a mio parere è quello sintetizzato dalla frase "Best care at lower cost", secondo il quale la garanzia di qualsiasi cura dovrebbe essere mantenuta nei limiti di un costo il più ridotto possibile o, quanto meno, minore di quello richiesto in precedenza. L'esistenza di margini di miglioramento delle spese in Sanità è questione da molto tempo ampiamente dibattuta. Nel nostro Paese una indagine del MES sul rapporto tra performance e costi ha dimostrato inequivocabilmente che la situazione varia notevolmente tra le differenti Regioni e che tanto peggiore è la performance, tanto più alti sono i costi e viceversa. Queste considerazioni suggeriscono quindi che in fondo un certo margine di miglioramento può ancora essere ritagliato, soprattutto con l'adozione di modelli gestionali che ridimensionino la centralità dell'ospedale con la contemporanea valorizzazione della medicina generale e dell'assistenza territoriale.

Un ulteriore aiuto al contenimento dei costi potrebbe inoltre venire dalla cosiddetta "prevenzione quaternaria", cioè qualsiasi intervento teso ad evitare i problemi connessi alla utilizzazione inappropriata della totalità delle tecnologie biomediche, quali ad esempio esami strumentali o di laboratorio.

MAJNO – I progetti che rappresentano una sfida davvero importante per i prossimi anni devono diventare realtà fin da subito. Per questo sempre più impellente appare la necessità di selezionare in modo saggio e trasparente quello che realmente è utile per i pazienti per orientare correttamente un mercato sempre più aggressivo e diversificato. La Sanità rappresenta una grossa voce di spesa nel sistema economico regionale ed al suo interno si collocano i settori fondamentali della ricerca e dell'innovazione per i quali ancora oggi non è possibile ignorare il contributo fornito dall'industria, ovviamente orientato verso logiche più strettamente di profitto. In sostanza la collaborazione tra

pubblico e privato appare una strada da percorrere con possibile, reciproca soddisfazione di entrambe le parti in causa.

Fin da adesso devono essere individuate e razionalizzate tutte le misure necessarie per potere essere preparati tra pochissimi anni a fronteggiare gli scenari futuri, in primis l'enorme sfida della cronicità.

MESSORI – Il concetto di appropriatezza è ben conosciuto da almeno dieci anni. In funzione degli obiettivi di appropriatezza e di contenimento della spesa, ogni anno vengono definiti a livello nazionale e locale dei tetti di spesa sia per la farmaceutica territoriale che per quella ospedaliera. In tempo di spending review anche questi tetti sono stati, ovviamente, riveduti al ribasso.

Negli ultimi anni, il sistema sanitario ha trovato un delicato equilibrio finanziario, creatosi quasi spontaneamente, sulla base di due elementi: 1) il fatto che, con il passare del tempo, uno stesso intervento finisce progressivamente per costare sempre di meno; 2) proprio grazie al primo elemento, si recuperano anno dopo anno i finanziamenti aggiuntivi destinati all'innovazione.

La preoccupazione di oggi è legata all'incertezza se questo equilibrio potrà o meno essere ricollocato su un valore di finanziamento globale ridotto del 10% rispetto al passato.

Vorrei ricordare che, nel settore dei farmaci, le possibilità di intervento sono oggettivamente piut-

tosto scarse, in primo luogo perché molto è già stato fatto in passato e in secondo luogo per effetto di fattori trans-nazionali che, direi fortunatamente, si sono accentuati soprattutto a livello europeo ed hanno di conseguenza imposto una serie di vincoli di prezzo sempre più omogenei tra Paesi diversi.

In questo senso mi sembra doveroso sottolineare l'importanza di una iniziativa della Regione Toscana che, con una delibera del dicembre 2012, ha regolamentato la governance nel settore dei dispositivi medici; si tratta infatti di un settore nel quale l'omogeneità a livello europeo è ancora modestissima ed ancor meno lo è quella dei prezzi.

TADDEI – La Sanità, essendo in fondo un pagatore pubblico, è assediata dall'industria, non solo quella farmaceutica ma anche dei dispositivi elettromedicali, dei software per la diagnostica ed il laboratorio, dei computer ecc. Purtroppo in questo scenario non si sempre si realizza la situazione virtuosa, ricordata prima dal dott. Messori, per cui i soldi risparmiati dal minor costo dei prodotti più "vecchi" possono utilmente essere investiti nel settore dell'innovazione: spesso si assiste infatti al tentativo di spacciare per nuovo qualcosa che in realtà non lo è affatto con conseguenze economiche facilmente prevedibili.

Questa però è una situazione alla quale si potrebbe mettere rimedio con relativa facilità, ad esempio stabilendo con cura ed attenzione quali sono i criteri reali di innovazione di un farmaco o di

OSSERVATORIO NAZIONALE SULL'IMPIEGO DEI MEDICINALI
L'uso dei farmaci in Italia gennaio - settembre 2012

Tavola 2a. Spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale pubblica e privata: confronto fra i primi 9 mesi del periodo 2008-2012

	2008 (milioni)	2009 (milioni)	2010 (milioni)	2011 (milioni)	2012 (milioni)	Δ% 09/08	Δ% 10/09	Δ% 11/10	Δ% 12/11
1 Spesa convenzionata netta	8.535	8.509	8.423	7.776	7.030	-0,3	-1,0	-7,7	-9,6
2 Distrib. diretta e per conto di fascia A	1.238	1.325	1.608	2.124	2.193	7,1	21,3	32,1	3,2
1+2 Totale spesa pubblica	9.773	9.834	10.031	9.900	9.223	0,6	2,0	-1,3	-6,8
3 Compartecipazione del cittadino	468	615	714	975	1.052	31,4	16,1	36,6	7,8
4 Acquisto privato di fascia A*	706	679	708	810	831	-3,8	4,3	14,4	2,6
5 Classe C con ricetta	2.329	2.385	2.338	2.421	2.219	2,4	-2,0	3,6	-8,3
6 Automedicazione (SOP e OTC)	1.554	1.530	1.550	1.610	1.663	-1,5	1,3	3,9	3,3
3+4+5+6 Totale spesa privata	5.057	5.209	5.310	5.816	5.766	3,0	1,9	9,5	-0,9
Totale spesa farmaceutica	14.830	15.043	15.341	15.716	14.989	1,4	2,0	2,4	-4,6
Quota a carico SSN (%)	65,9	65,4	65,4	63,0	61,5				

*Il dato relativo alla spesa privata di farmaci rimborsabili dal SSN è ricavato per differenza tra la spesa totale (stimata da IMS) e la spesa a carico SSN (ottenuta dai dati OsMed). Vedi nota metodologica.

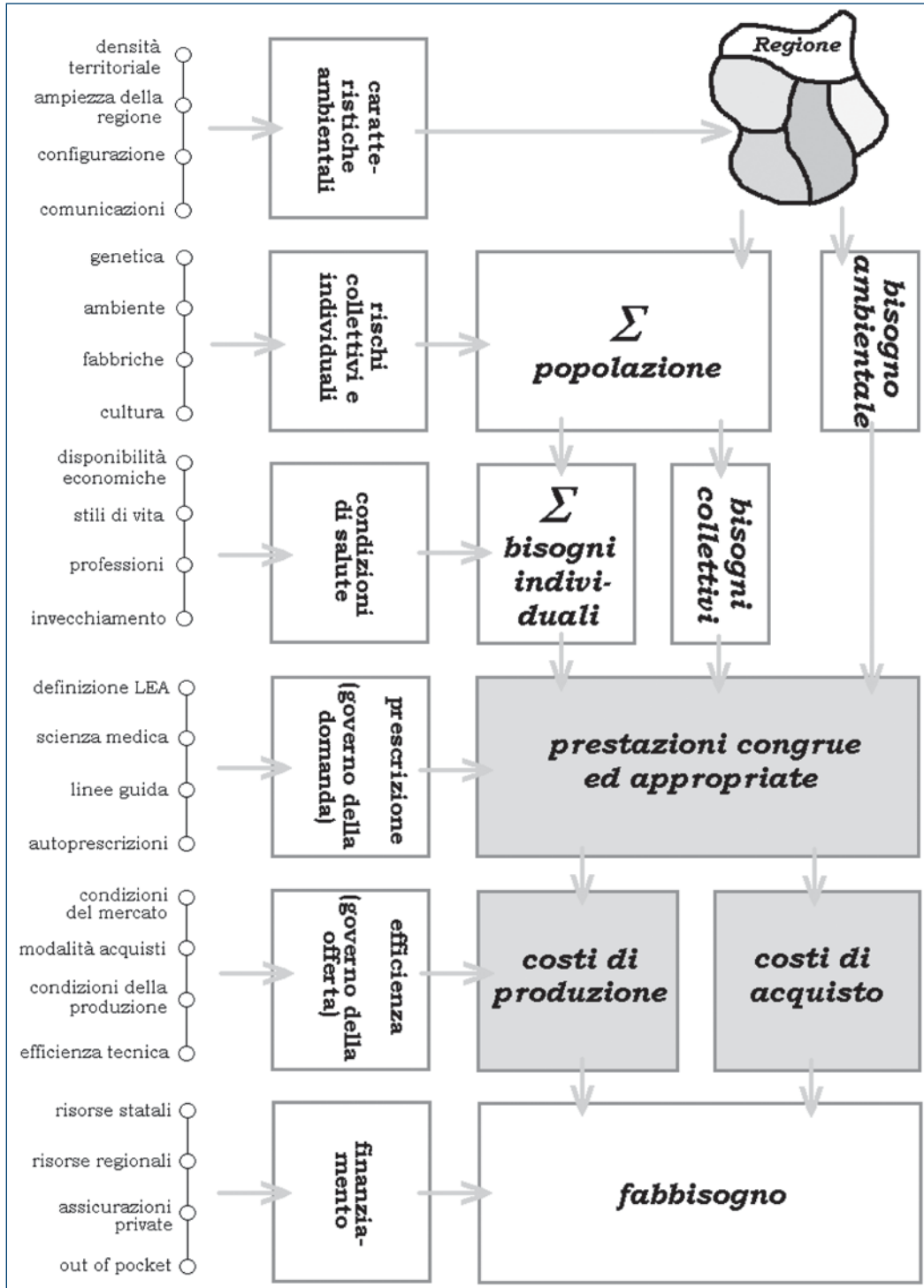
un dispositivo o quali strutture debbano realmente essere dotate di TAC o RMN di ultimissima generazione.

Se non si entra in questo ordine di idee ben difficilmente potremo governare lo sviluppo, senza poi dimenticare che la valutazione degli standard di innovatività è e deve rimanere appannaggio esclusivo dei tecnici della salute e non certo degli amministratori della cosa pubblica.

DESIDERI – Il tema dell'innovazione tecnologica, così come quello dell'innovazione organizzativa e della ricerca, non vede certo primeggiare l'Italia, rispetto ad altre Nazioni affini per livello economico e sociale.

Basti, come esempio, il numero di RMN per milione di abitanti, che in Italia ha un valore di 3 volte superiore alla media europea!

Vi è, però, oggi consapevolezza di dover "fare si-



Schema dei fattori che determinano il fabbisogno di risorse per il SSN. Fonte: Cislighi et al. - AGENAS - Bisogni, Consumi, Costi... - Settembre 2008.

stema”, creando condizioni che favoriscano, ad es., una sistematica interazione fra il livello ministeriale e regionale per assicurare il supporto univoco alle scelte economiche ed assistenziali delle Aziende sanitarie!

Parimenti, le Aziende e le Aree Vaste, così come ovviamente la Regione, dovranno sempre più attrezzarsi per saper affrontare, con saggezza e razionalità, le scelte su investimenti e riorganizzazione.

UCCI – Sono d'accordo con il prof. Taddei e penso sia giusto sottolineare in questo ambito decisionale l'importanza fondamentale dei medici, per evitare che in futuro siano i magistrati e non più l'indirizzo clinico a decidere cosa è utile per la salute dei cittadini.

GENSINI – JAMA lo scorso anno ha pubblicato un articolo che affrontava il problema della riduzione delle risorse disponibili evidenziando quattro importanti criticità: la sottoutilizzazione degli interventi sanitari efficaci (con conseguente margine di miglioramento), l'inadeguato coordinamento dell'assistenza, il sovrautilizzo degli interventi diagnostici e terapeutici (la cosiddetta prevenzione quaternaria), le lentezze amministrative, estremamente dannose per l'efficienza di qualsiasi sistema sanitario.

A queste criticità io aggiungerei anche i costi di acquisizione delle tecnologie, con le possibili irregolarità (nei casi estremi fino all'abuso) legate in parte ai lunghissimi tempi di pagamento da parte dell'amministrazione pubblica che potrebbero condizionare aumenti di prezzo immotivati ed ingiustificati.

MESSORI – Una posizione via via sempre più riconosciuta e condivisa raccomanda che l'allocazione delle risorse e la decisione di dare priorità a determinati trattamenti siano guidate principalmente dal beneficio per il paziente, cioè dai risultati attesi e poi effettivamente conseguiti. Questo approccio nella gestione dei finanziamenti (detto “value for money”, ossia “clinical value for money”) presenta il grande merito di rendere quanto più omogeneo possibile il processo decisionale, proprio perché il beneficio clinico viene riconosciuto come criterio principale delle decisioni non solo cliniche ma anche economiche.

Di conseguenza, una innovazione di qualsiasi genere destinata ad una certa patologia ottiene un prezzo maggiore solo se il beneficio di salute ad essa legato viene dimostrato oggettivamente.

Le cose purtroppo diventano molto più complicate quando la valutazione economica non si limita a confrontare trattamenti tra loro “vicini” perché destinati al medesimo impiego clinico (confronti intra-patologia), bensì si propone di confrontare trattamenti destinati a patologie anche molto diverse tra loro (confronti “trasversali” o inter-patologia).

Per fare l'esempio di un quesito trasversale: è “meglio” spendere una data cifra per l'oncologia (es. nuovi farmaci anti-melanoma) oppure per i nuovi farmaci anti-epatite C?

Questi quesiti sono importanti soprattutto quando si tratta di trovare il finanziamento per l'innovazione, non potendo “dire di sì” sistematicamente al 100% delle innovazioni proposte. Questa è la difficile sfida che oggi si presenta agli amministratori della Sanità.

TOSCANA MEDICA – *Rimaniamo nel settore dei farmaci: è in qualche modo possibile realizzare un bilanciamento fra il minor costo legato all'uscita dal mercato di alcuni “vecchi” farmaci e la prevedibile introduzione di altri innovativi?*

MESSORI – Si tratta di un fenomeno conosciuto già da alcuni anni, sviluppatosi spontaneamente piuttosto che realmente guidato da istanze economiche programmate. Una delle sfide che ci aspettano nei prossimi anni è proprio quella di riuscire a mantenere questo equilibrio nelle migliori condizioni possibili, anche se onestamente non credo che oggi e in questa sede sia possibile specificare con quali modalità e con quali interventi.

UCCI – Dalle considerazioni del dottor Messori emerge che, purtroppo, il vecchio aforisma secondo il quale “la salute non ha prezzo” oggi non sembra avere più conservato tutto il suo valore. In questo senso credo sia doveroso ricordare che la Regione Toscana con un percorso iniziato già da diverso tempo ha condotto la classe medica ad acquisire una notevole consapevolezza circa il corretto impiego delle risorse e l'appropriatezza delle azioni da intraprendere.

DESIDERI – Il tema del farmaco, come è stato appena ricordato, è assai presente nella nostra programmazione operativa, sia come Regione, sia come Aziende Sanitarie!

Permangono, però, aspetti ancora affrontati in modo incompleto, o non soddisfacente, sui quali vi sarà necessità di intervenire nei prossimi anni.

Un esempio fra tutti sono le ADR (*adverse drugs reactions*) e le *drugs-drugs interactions*!

Se solo pensiamo che nei paesi OCSE il 12% della popolazione assume 10 o più farmaci e che la 4° causa di ricovero negli USA sono le ADR, capiamo facilmente quale e quanta sia la strada da percorrere.

La Toscana ha adottato, anche per 2013, i criteri di BEERS per la analisi del rischio, collegato soprattutto alle fasce di età più avanzate; la analisi è in corso e ci auguriamo che tutti i medici sappiano coglierne la rilevanza, per esempio del rischio di danno renale connesso alla assunzione contemporanea di 2 molecole nefro-tossiche!

Corre, infine, l'obbligo di ricordare, a tale proposito, il rapporto Istisan”Ar-Iss”: sorveglianza

dell'antibiotico resistenza", che delinea, fra i Paesi Europei, livelli di antibiotico-resistenza in Italia fra i più elevati ed un trend in crescita, specie nelle Regioni ove è maggiore il consumo di antibiotici.

MAJNO – Dalla discussione sono emerse alcune considerazioni che penso sia giusto sottolineare. La prima si riferisce al fatto che più che parlare genericamente di tagli alla Sanità, sarebbe meglio ragionare in termini di rimodulazione della distribuzione delle risorse, senza cioè cercare a tutti i costi di fare le stesse cose con metà delle risorse fino ad ora disponibili. Questo cambiamento, organizzativo e professionale, dovrà essere strutturato in maniera tale che né gli operatori del sistema né gli utenti finali (cioè gli assistiti) siano costretti a viverlo come un qualcosa di traumatico e di difficile accettazione.

Una seconda considerazione. La spesa sanitaria vede largamente al primo posto i costi per il personale, seguiti a grande distanza da quelli per farmaci e presidi ed ancora più lontano da quelli per l'acquisizione dei cosiddetti servizi generali. Per quantificare questi dati un esempio che mi sembra significativo: costruire ex novo un grande ospedale costa quanto un anno della sua gestione una volta diventato operativo.

In questo senso oggi sempre più spesso anche molti enti locali dimostrano coi fatti di avere capito che continuare a mantenere aperto il piccolo ospedale di zona non rappresenta più una sicurezza per la popolazione, anzi semmai il contrario e che quindi appare più conveniente in termini sia economici che di aumento di salute investire sui servizi di emergenza e le procedure di stabilizzazione e trasferimento dei pazienti verso le grandi strutture di riferimento.

È infatti importante che gli amministratori locali capiscano che mantenere in vita strutture che non presentano standard qualitativi adeguati non è certo un'azione contro la popolazione ma proprio un tentativo di offrire a tutti i cittadini i benefici della moderna medicina, senza tuttavia dimenticare che la concentrazione della qualità delle risorse non può essere ubiquitaria ma costruita secondo l'ormai ben codificato meccanismo di rete.

Concludo con una nota sulla questione dei farmaci. È certamente condivisibile il fatto che i costi ridotti di alcuni farmaci possano essere impiegati per aiutare e sostenere l'innovazione, però è anche vero che fino a pochi anni fa la pubblica amministrazione non sembrava essere in grado per motivi organizzativi e culturali di gestire al meglio un mercato così complesso ed aggressivo come quello farmaceutico. Adesso queste capacità gestionali sono state acquisite e la Regione Toscana è da molto tempo impegnata proficuamente proprio nel controllo del costo dei farmaci.

Purtroppo però questo atteggiamento virtuoso potrebbe finire per diventare un problema, perché un taglio lineare del 10% alla spesa sanitaria

come previsto e legiferato a livello nazionale ha un peso ben diverso su una Regione per così "prima della classe" e su un'altra che invece comincia solo oggi, con anni di colpevole ritardo, ad occuparsi seriamente di queste problematiche.

TADDEI – L'idea, peraltro giustissima, di risparmiare sul "vecchio" per investire sul "nuovo" deve però sempre venire inserita nella complessa realtà clinico-assistenziale nella quale molta importanza hanno anche i presupposti culturali dei medici.

Anche in Toscana, per fare un esempio, si è cercato senza troppo risultati di fare sfruttare ai medici le potenzialità di alcune molecole che non avevano più il brevetto, assistendo invece ad uno shift importante di prescrizioni verso molecole della stessa classe, dal costo molto più elevato, che non presentavano però nessun beneficio aggiuntivo in senso terapeutico rispetto alle unbranded. In questa maniera è stata sacrificata una classe fondamentale come gli ACE inibitori a favore degli Antagonisti Recettoriali dell'Angiotensina II senza nessuna evidenza clinica di superiorità.

I medici ed anche i pazienti a mio parere dovrebbero essere educati a gestire correttamente le potenzialità disponibili senza rincorrere sempre e comunque le novità e senza lasciarsi andare a comportamenti veramente discutibili come quelli che a suo tempo caratterizzarono il famoso caso Di Bella. Prendendo ad esempio il campo delle malattie cardiovascolari, ancora oggi moltissimi pazienti possono essere curati benissimo ed a costi limitati con numerose molecole ormai prive di brevetto che però per questo non hanno certamente perduto la propria efficacia terapeutica. Tra l'altro si potrebbe pensare che in tempi di così grave crisi economica, i pazienti più abbienti potrebbero anche pagare di tasca propria i medicinali di costo non elevato (ad esempio, un mese di terapia antiipertensiva costa dai 15 ai 30 Euro), acquisendo una maggiore responsabilizzazione nei confronti dell'aderenza alle terapie ed al tempo stesso consentendo un utilizzo davvero mirato delle risorse disponibili.

GENSINI – Ognuno di noi quando si muove all'interno del sistema ha la possibilità di essere fonte di risparmio, usando con intelligenza gli strumenti oggi disponibili, dall'appropriatezza al sistema regionale delle linee-guida, dai meccanismi di deospedalizzazione alle buone pratiche, dalla corretta prescrizione di farmaci ed esami alle istanze del Clinical Risk management.

TOSCANA MEDICA – *Continuando a parlare di farmaci, in un sistema come quello toscano non è quindi opportuno rivedere al ribasso il prontuario farmaceutico con tagli che inevitabilmente finirebbero per incidere sui LEA. Meglio sarebbe quindi puntare sull'appropriatezza coinvolgendo i professionisti e l'amministrazione in un processo di razionalizzazione della spesa, tra i due estremi dei*

costi altissimi per terapie innovative destinate però a poche persone e la cura di patologie a grande e grandissima diffusione.

MAJNO – Sono certamente d'accordo e credo che non si possa evitare di sottolineare un altro aspetto a mio parere molto importante. In ambito sanita-

rio il problema del ricambio generazionale è oggi così grave da potere essere paragonato alla criticità economica che stiamo adesso sperimentando: problema economico e problema generazionale, se non adeguatamente fronteggiati, potrebbero creare danni enormi al sistema sanitario in un futuro nemmeno troppo lontano.

Best care at lower cost

ANTONIO PANTI

È il principio della sostenibilità: offrire le cure migliori con i minori oneri. È un imperativo deontologico che diventa per i medici l'ineludibile necessità di un confronto con l'amministrazione. *Spending Review* e aumento dei costi delle innovazioni creano una miscela che minaccia di travolgere il servizio. I dati sono questi. Da alcuni anni si va riducendo il finanziamento al servizio che raggiungerà il suo culmine questo e il prossimo anno. Rispetto al finanziamento del 2010, nel 2014 le Regioni Italiane dovranno garantire ai cittadini le stesse prestazioni con il 10% di risorse in meno.

In Toscana il finanziamento 2011 di 6 miliardi e 650 milioni di euro si ridurrà a 6 miliardi netti nel 2014. Quindi non solo non sarà riconosciuto alle ASL l'aumento inflattivo annuale ma il bilancio dovrà essere garantito con minori entrate. La Toscana si sta preparando da alcuni anni a questa preoccupante previsione e ha già messo in atto provvedimenti che hanno consentito un sia pur faticosissimo pareggio di bilancio nel 2012. E questo e il prossimo anno? La Regione sta predisponendo una serie di azioni orientate alla riorganizzazione della medicina generale, per garantire un controllo dei costi della cronicità, e alla razionalizzazione del sistema ospedaliero che eviti le duplicazioni e ne aumenti l'efficienza. Si richiede ai medici di modificare il modello operativo ma si garantisce che nessun posto di lavoro sarà perduto.

La Regione è consapevole che senza la condivisione dei medici nessuna di queste proposte potrà essere attuata. Trovare la misura del Governo Clinico non è facile ma è impegno inevitabile. Certamente le soluzioni si scontrano con le abitudini dei cittadini che spesso confondono i desideri con i bisogni, con l'organizzazione del Servizio fondata ancora su criteri obsoleti e con il disagio del personale. Il disagio dei medici e la difficoltà di inserimento dei giovani sono problemi fondamentali per la sopravvivenza del servi-

zio sanitario.

È necessario un impegno politico nei confronti delle carriere dei medici e un impegno culturale di tutti, medici e cittadini, non solo ad essere appropriati: il peso economico oltre che clinico dell'erogazione di prestazioni assistenziali inutili è pesantissimo e può essere ridotto mediante la convergenza di atti amministrativi e di consapevolezza professionale.

In conclusione, ce la faremo con il 10% di risorse in meno? Se pensiamo al settore dei farmaci emerge un problema. La diminuzione dei costi dell'assistenza a patologie assai diffuse, dovuta alla diminuzione del prezzo dei farmaci, consente di sostenere l'aumento dei costi per l'introduzione di farmaci innovativi di altissimo prezzo, in genere mirati a piccoli target di pazienti. Però da quest'anno i finanziamenti diminuiscono. Siamo convinti che un attento uso delle risorse ci consentirà di mantenere questo miracoloso equilibrio e quindi di concedere farmaci innovativi. Ma entro quali limiti? Il problema è ancor più complesso perché l'immissione in commercio di farmaci di altissimo costo per differenti patologie richiede di raggiungere una sorta di equilibrio fra gli interessi dei gruppi di malati, anche delineando scale di priorità. Insomma molteplici questioni si intrecciano: la responsabilità del medico e la medicina difensiva, il sottoutilizzo di interventi utili e il sovrautilizzo di quelli inutili, la disorganizzazione dell'assistenza, le lentezze amministrative, i costi della tecnologia, la difficoltà dei controlli. Una somma di questioni che deve indurre tutti a riflettere: la rimodulazione delle risorse non può essere mai lineare, ma mirata e razionale. Dobbiamo creare le condizioni perché non vi siano revisioni in diminuzione del prontuario farmaceutico bensì ulteriori passi avanti sulla strada della appropriatezza tali da supportare gli oneri per i farmaci innovativi. Una politica accorta da condividere sempre con i medici. Una sfida per consentire sia lo sviluppo della medicina che la serenità dei medici nella tempesta della crisi internazionale. **TM**

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



Progetto di sperimentazione del modello See and Treat

Pubblichiamo il documento dell'Ordine di Siena, condiviso dalla Federazione Regionale Toscana degli Ordini, sull'assistenza infermieristica nel Pronto Soccorso.

La revisione (definitiva) del “Progetto di sperimentazione del modello *See and Treat* (S.&T.) in pronto soccorso”, approvata dalla Giunta Regionale Toscana il 31 Marzo 2010 (delibera n. 449) è stata resa operativa con delibera del 19 Marzo 2012 (n. 210) della stessa Giunta, che ha stabilito “il proseguimento della sperimentazione di tale modello di risposta assistenziale”, prevedendo in un orizzonte temporale triennale “la graduale estensione di questo modello nel pronto soccorso in cui è già attivo il sistema di *triage*, attraverso uno specifico processo di formazione e di certificazione delle competenze già attuate nella prima fase della sperimentazione” (limitata oggi a 6 + 1 USL).

Dall'esame dei documenti suddetti, non si può che trarre il rilievo di un notevole processo di qualificazione e di razionalizzazione del modello previsto dalla prima deliberazione della Giunta Regionale del 17 dicembre 2007, n. 959, che ha trovato nella duplice esperienza di formazione del personale e di attuazione sperimentale sul campo, un deciso recupero della figura del medico quale prefigurato nel documento della Federazione degli Ordini dei Medici delle province toscane. In altri termini, apparvero del tutto consone alla attuale realtà sanitaria tanto l'idea quanto la prefigurazione del S.&T., elaborata dal Consiglio Sanitario Regionale, della Toscana, che sono infatti provvide e accettabili se integrate dall'acquietante documento della Federazione ordinistica toscana, per il quale il medico non può mai essere sostituito nelle competenze e nelle responsabilità connesse alla definizione e alla scelta del percorso diagnostico-terapeutico, ferma restando la riconosciuta rilevanza della specifica formazione degli operatori non medici, segnatamente del ruolo infermieristico, cui il progetto ben s'intona e di cui va valorizzata la avvenuta crescita professionale, normativamente e culturalmente garantita per i differenti ruoli sanitari. Ed in questo senso è oggi meglio esplicitato, nella più recente delibera regionale, il fine della ulteriore preparazione specifica dell'infermiere ai molteplici compiti del S.&T. che prevede ulteriori capacità e competenze prati-

che e che non può mai essere diretto al “fine di preparare il personale infermieristico alla gestione completamente autonoma della casistica”, bensì a quello della assistenza dei pazienti avviati al trattamento S.&T. nel modo più pronto, adeguato ed efficace dopo la sottoposizione alla prima selezione diagnostica. In tal

senso si è mosso il piano sanitario e sociale integrato regionale (PSSIR)

del 19 dicembre 2011 che conferma l'estensione del S.&T. a tutti i Pronto Soccorso che prevedono obbligatoriamente il *triage*, in modo tale da garantire, nella fascia assistenziale a bassa intensità, una gestione prevalentemente infermieristica (e prevalentemente ha un significato quantitativo in termini di presenze e non di prevalenza a scapito di competenze).

Mentre, infatti la prima proposta (2007) poneva in prioritaria evidenza la creazione di un'area assistenziale dedicata ai codici minori, di pertinenza della professionalità infermieristica, adeguatamente formata nella gestione di alcune patologie, e prevedeva la identificazione di patologie che possono esser trattate ... in maniera autonoma dall'infermiere assunto ad una autonomia operativa (sia pur ispirata dall'armonia tra i diversi professionisti ... in un clima di fiducia), il progetto scaturito dalla revisione (2010) auspica che l'affidamento all'infermiere di problematiche minori sia accompagnato (nella fase, ancora, sperimentale) dalla condivisione su ciascun caso con il medico tutor che valida la appropriatezza e la coerenza del trattamento attuato dall'infermiere e ne condivide l'operato di volta in volta.

È così bandito ogni richiamo alla presunta esigenza di una previa definizione di atto e di attività medica e ogni scongiurato regresso al mansionario infermieristico, nell'auspicio di una sempre maggiore collaborazione cui dà diritto e rilievo la piena professionalizzazione di quelli che un tempo erano considerati ausiliari.

In questo clima fa specie l'anacronistica elencazione della casistica patologica di riferimento, che è pericolosa e potenzialmente fuorviante, (anche per le possibili derive giudiziarie) nella misura in cui esprime un confuso coacervo di sintomi e di

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI SIENA

affezioni che trascura la fondamentale attenzione alla condizione generale della persona e può ingenerare attenzioni meramente sintomatologiche.

A tale scopo occorre ricordare con chiarezza che:

1. **COMPETENZA** non vuol dire spettanza (come al tempo dei mansionari in qualche modo ripresi nell'improvvida elencazione degli interventi attuabili da parte degli infermieri) ma vuol dire capacità, professionalità, esperienza, fiducia reciproca.

2. **RESPONSABILITÀ** è sinonimo di conoscenza e coscienza critica del proprio valore, dei propri mezzi e dei propri limiti prima che motivo di esposizione alla altrui censura; non è rinunciabile né delegabile e incombe su tutti i partecipi di una équipe che deve essere anzitutto definita negli organici, nei compiti di tutti e di ciascuno e nei circuiti della collegialità.

3. **L' ATTIVITÀ MEDICA** non è ormai identificabile nell'atto medico (che è illusorio ulteriormente definire) ma si compone di momenti subentranti (accoglienza, relazione, diagnosi, informazione, consenso, terapia) cui sono selettivamente e tutt'altro che casualmente chiamate molteplici professionalità e competenze, ciascuna delle quali deve tendere non al predominio ma all'armonia, ferma restando la specifica valenza del medico preposto ai compiti diagnostico-terapeutici anche *ex lege*, che conserva (anche nel S.&T.) la responsabilità in eligendo e in vigilando tanto nella predestinata scansione dei compiti quanto nella immediatezza dell'affidamento.

4. **L'ORGANIZZAZIONE** del S.&T., come di ogni altra realtà operativa ospedaliera, è e sarà compito della direzione sanitaria che deve saper programmare, prevedere, identificare, intervenire, assumendosi anch'essa le relative obbligazioni e responsabilità (che non sono mai distribuibili con apodittica ordinanza interna e debbono tener conto delle professionalità), posto che la organizzazione non è surrogabile da parte della improvvisazione degli operatori pur bravi che siano (e in tal senso sembrò riduttiva e pericolosa l'idea di un eventuale ricorso in itinere al medico, lasciato alla opzionalità valutativa e alla prudenza dell'infermiere).

È indubbio che la posizione della componente infermieristica, nell'ambito delle prestazioni assistenziali, abbia subito una radicale trasformazione come conseguenza dell'emanazione del D.M. 14.9.1994 n. 739, contenente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere, e successivamente sia stata ulteriormente qualificata dalla L. 26.2.1999 n. 42, con la quale in buona sostanza anche coloro che in precedenza venivano definiti "ausiliari" sono stati sussunti nella più ampia categoria degli esercenti la "professione sanitaria", categoria che in precedenza era composta esclusivamente da personale medico in possesso del diploma di laurea

e della prescritta abilitazione all'esercizio delle corrispondenti funzioni; il percorso evolutivo si è poi completato con la L. 10.8.2000 n. 251, con la quale – relativamente agli operatori dell'area delle scienze infermieristiche – si sono attribuite "attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva", sia pure limitatamente alle "funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici"; con l'aggiunta dell'attribuzione della "diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni".

Appare del tutto evidente come, per la genericità delle espressioni utilizzate, si presenti assai ardua l'opera dell'interprete chiamato ad individuare i compiti rispettivamente attribuiti al medico da una parte ed all'infermiere dall'altra, curando che ciò avvenga in osservanza dei rispettivi codici deontologici; né, come detto, aiuta nella necessaria interpretazione discriminatoria la più recente giurisprudenza formata sull'art. 348 c.p. (esercizio abusivo di una professione) che – anche in una recente decisione, la n. 41183 del 16.10.2008 – continua a definire tale disposizione come norma penale in bianco, che deve essere posta in relazione ad altre norme giuridiche, qualificanti una determinata attività professionale da espletarsi con speciale abilitazione dello Stato, rifacendosi, come in passato, alla tradizionale suddivisione di atti riservati, ma lasciando caso per caso all'interprete di stabilire se di tratti di attività riservata – o meno – al medico.

L'unico indice di ripartizione di competenze viene nucleato attribuendo al medico il compito di formulare la diagnosi e la prescrizione di terapie, lasciando all'infermiere – con il supporto del citato DM 739/1994, art. 1, lett. d) – la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.

Se fosse dunque questo il criterio da adottare, anche la revisione del progetto di sperimentazione See and treat, adottato dalla Regione Toscana con la delibera di Giunta n. 449 del 31.3.2010, sia pure largamente modificativo – anche sulla base dei suggerimenti contenuti nella nota della Consulta deontologica della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici – dell'originaria prospettazione contenuta nella precedente deliberazione della stessa Giunta n. 958 del 17.12.2007, si porrebbe al di fuori degli attuali limiti di legittimità, così come delineati da un costante – e per il momento inalterato – orientamento giurisprudenziale, che peraltro sembra aver solo in minima parte recepito le innovazioni cui sopra si faceva cenno.

Tuttavia una tal conclusione sembrerebbe poco adeguata alla diversa configurazione, anche giuridica, della componente infermieristica dell'assetto assistenziale del malato.

Essa, infatti, trascurerebbe da un lato il progressivo percorso di professionalizzazione dell'at-

tività di infermiere (che oggi deve essere in possesso di un diploma universitario) e dall'altro le caratteristiche dell'attività infermieristica individuate da una normativa statale, sia pure di rango secondario (D.M. 739/1994), e consistenti, tra le altre, nella partecipazione all'identificazione dei bisogni di salute e di quelli di assistenza infermieristica della persona ed alla loro gestione, nonché nel garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; non trascurando che (artt. 1 e 3 L. 251/2000) agli infermieri è oggi riconosciuta la possibilità di svolgere attività dirette alla prevenzione, alla cura ed alla salvaguardia della salute individuale e collettiva, attribuendosi loro sia la necessaria autonomia professionale, ma altresì la diretta responsabilità nella gestione della relativa attività e delle connesse funzioni.

Non è chi non veda come la linea di demarcazione tra i compiti ed i poteri oggi riconosciuti agli infermieri e l'esercizio abusivo della professione medica appaia estremamente sottile e non facilmente individuabile a priori; sembra quindi condivisibile la scelta operata dalla Regione Toscana con l'individuazione della figura del medico tutor, pur dovendosi auspicare – *de jure condendo* – che la funzione di quest'ultimo non si limiti ad una semplice co-presenza in funzione di supervisore, ma si espliciti in una attiva partecipazione nel momento in cui deve procedersi alla individuazione degli interventi terapeutici necessari, salvo poi successivamente disporre, di concerto con l'infermiere, l'affidamento, in regime di *See and Treat*, a quest'ultimo per l'esecuzione dei trattamenti necessari, da svolgersi – questi soltanto – con la supervisione del personale medico, ma con modalità tali da garantire l'autonomia del personale infermieristico e da qualificare la sua acquisita responsabilità professionale.

Bisogna infatti considerare il rapporto medico-paziente come un "contatto sociale"

La Corte di Cassazione, a partire dal gennaio 1999 è giunta a qualificare la responsabilità del medico come un'ipotesi di responsabilità contrattuale (Cass. Civile, 22 gennaio 1999, n. 598).

La Suprema Corte ha, infatti, aderito ad alcuni orientamenti già emersi nella dottrina, secondo i quali in capo al medico dipendente ospedaliero si configurerebbe pur sempre una responsabilità contrattuale, "in quanto poiché sicuramente sul medico gravano gli obblighi di cura impostigli dall'arte che professa, il vincolo con il paziente esiste, nonostante non dia adito ad un obbligo di prestazione, e la violazione di esso si configura come *culpa in non faciendo*, la quale dà origine a responsabilità contrattuale".

Più precisamente, il profilo che assume rilevanza per affermare la natura contrattuale del rapporto tra il medico ed il paziente è quello del "contatto sociale", cioè del fatto che il paziente ripone affidamento in colui che esercita una pro-

fessione cosiddetta protetta – vale a dire una professione che richieda una speciale abilitazione da parte dello Stato –, in particolare se tale professione ha per oggetto beni costituzionalmente tutelati quale quello alla salute (art. 32, cost).

In altri termini, l'assenza di un contratto vero e proprio, e quindi di un obbligo di prestazione in capo al sanitario dipendente nei confronti del paziente, non è suscettibile di limitare o neutralizzare la professionalità (secondo determinati standard accertati dall'ordinamento su quel soggetto), che qualifica *ab origine* l'opera di quest'ultimo e che si traduce in obblighi di comportamento nei confronti di chi su tale professionalità ha fatto affidamento entrando in "contatto" con lui.

Utile a dipanare i dubbi, secondo il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Siena potrebbe inserirsi la proposta di immettere al momento del triage la figura del medico tutor che definisce il percorso più appropriato per il paziente così come già avviene in altri Paesi. Questo porterebbe da un lato a far superare i vincoli che scaturiscono da un elenco di prestazioni definite dal modello, (quindi a discrezione del medico tutor possono essere presi in carico dalla figura infermieristica più pazienti intervenendo in tal modo maggiormente sul controllo dei tempi d'attesa) dall'altro garantirebbe il medico e il cittadino secondo quanto previsto dall'art. 20 del codice deontologico ("il medico deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona") e dall'art. 35 (acquisizione del consenso informato). Inoltre questa presa in carico condivisa con l'"infermiere esperto" sarebbe in linea con quanto evidenziato dall'art. 66 ("Il medico deve garantire la più ampia collaborazione e favorire la comunicazione tra tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale, nel rispetto delle peculiari competenze professionali").

Altra proposta che il Consiglio dell'Ordine di Siena ritiene di formulare è la totale autonomia professionale della figura infermieristica, ma altresì la diretta responsabilità della prestazione effettuata tramite l'apposizione della firma sul documento di dimissione.

Se la prima proposta trova applicazione all'inizio del percorso, la seconda a conclusione dello stesso riconoscerebbe alla professione infermieristica una maggiore identità all'interno del progetto sperimentale e garantirebbe il medico nell'osservazione dell'art. 22 ("Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona assistita e deve fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento") e dell'art. 67 (è vietato al medico collaborare a qualsiasi titolo o di favorire, anche

fungendo da prestanome, chi eserciti abusivamente la professione...”).

Quanto evidenziato è del resto conforme alle direttive della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOM-CEO) (documento Consiglio Nazionale 13 giugno 2010 «...tutta la sperimentazione avvenga in un contesto di ampia ed esaustiva informazione dei pazienti che si rivolgono al servizio ed una specifica acquisizione del consenso degli stessi alle procedure assistenziali sperimentali a cui vengono sottoposti” ... “l’eventuale trasferimento da una condizione sperimentale ad una “a regime” di modelli operativi che prevedano... l’affidamento di nuove competenze ad altri professionisti sanitari, appaiono per i medici coinvolti deontologicamente coerenti se perseguono e conseguono obiettivi di efficacia, qualità, appropriatezza e sicurezza delle cure, se non discriminano i pazienti in ragione dei bisogni, se operano nel pieno rispetto dell’informazione e consenso e se soprattutto riconoscono al medico sul piano dell’autonomia tecnico-professionale il ruolo di governo e sintesi del processo

clinico assistenziale e su quello della responsabilità la duplice posizione di garanzia verso i cittadini e verso lo Stato in eligendo e in vigilando” ... “Gli Ordini Professionali sono i naturali portatori di questi interessi... a loro spetta il compito di vigilare e intervenire su tali processi di cambiamento affinché le innovazioni non si riducano a mere derive efficientiste che mirano a ridurre i costi impoverendo i servizi di competenze appropriate, esponendo categorie sanitarie su terreni tecnico professionali non propri, sottraendo ruoli e compiti al medico oltre e contro la sua indiscussa posizione di garanzia e tutela della salute dei cittadini”».

Il Consiglio dell’Ordine di Siena ritiene quindi, nel rispetto del codice deontologico e certi che le proposte formulate possano garantire le figure professionali e i cittadini, di esprimere consenso collaborativi all’ulteriore fase sperimentale e si auspica una attenta osservazione dei risultati, anche in ordine al gradimento dell’utenza, di un esperimento giusto nelle premesse, interessante nelle prospettive, ma assai delicato sotto il profilo deontologico-giuridico. **TM**

IL Governo Clinico delle Cure Pediatriche

La rivista Janus ha pubblicato, quale supplemento al numero 7, autunno 2012, una monografia intitolata “Il governo clinico delle cure pediatriche”.

Si tratta, probabilmente, del primo esempio in Italia di sistematizzazione dei temi correlati all’organizzazione ed alla valutazione delle cure pediatriche. Ed è, quindi, particolarmente significativo che l’Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer, insieme alla sua Fondazione ed alla Società Italiana di Pediatria abbia promosso e coordinato questa monografia. Del resto, la pediatria, in quanto disciplina autonoma è nata in Toscana: nel 1802 fu conferita al Professor Gaetano Palloni la prima cattedra al mondo di pediatria, presso l’Università di Pisa.

I due temi fondamentali che caratterizzano l’opera sono la specificità delle cure pediatriche e la crescente rilevanza della patologia cronica anche nell’epidemiologia infantile.

La specificità delle cure pediatriche è così sviluppata e caratterizzata e tanto distinta, ormai, dalle cure dell’adulto che si è venuto configurando un vero e proprio paradigma assistenziale pediatrico, intorno a due temi fondamentali: la specificità dei bisogni del bambino e delle sue malattie e il pieno coinvolgimento della famiglia nella rela-

zione di cura.

È ben noto che l’epidemiologia del bambino è differente da quella dell’adulto, i fattori demografici e sociali presentano sulla salute del bambino un impatto nettamente maggiore rispetto a quanto avviene nell’adulto. La crescita progressiva del bambino influenza e modifica la storia clinica della malattia. I livelli di autonomia del bambino variano nelle diverse fasi del suo sviluppo: quindi, la cura del bambino è anche la cura della sua famiglia.

Il paradigma assistenziale discende dalla consapevolezza che il bambino non è un piccolo adulto, ma è portatore dei bisogni specifici che richiedono comportamenti e risposte fortemente personalizzate.

L’esigenza non accessoria ma fondativa di coinvolgere la famiglia nella relazione di cura si esprime sia nella condivisione delle decisioni cliniche, sia nel garantire la presenza della famiglia accanto al bambino durante tutta la degenza – ivi compresa la terapia intensiva – e durante l’esecuzione delle

procedure: la vicinanza costante della famiglia è un diritto non negoziabile del bambino e produce



Tommaso Langiano è Dir. Gen. dell’AOU Meyer dal 2009. Spec. in Med. del Lavoro e in Ig. e Med. Prev. Negli anni ‘90, c/o il Ministero della Salute, ha diretto il Progetto ROD, per l’introduzione nel SSN di sistemi di misura del prodotto osped. e del pagamento prospettico. Dal 1998 al 2008 Dir. San. dell’Osp. Bambino Gesù di Roma.

TOMMASO LANGIANO

Direttore Generale
Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer

risultati assistenziali positivi. Diversi studi hanno dimostrato che i bambini sottoposti a procedure piangono di meno e richiedono minore ricorso ai farmaci quando i genitori sono presenti e partecipano alla gestione del dolore.

La prevalenza delle patologie croniche ha assunto anche nell'età pediatrica dimensioni di assoluto rilievo: le stime riportate in letteratura risentono fortemente della variabilità nella definizione di patologia cronica o di lunga durata nell'infanzia. Laddove si considerino anche le patologie di lunga durata non particolarmente gravi e complesse, la prevalenza nell'età pediatrica è stimata raggiungere il 18% della popolazione di età non superiore ai 18 anni. Il mondo pediatrico utilizza, tuttavia, la denominazione "bambini con bisogni assistenziali speciali" in quanto la specificità dei bisogni di cui questi bambini sono portatori è ancora più importante dell'inquadramento nosologico.

I bisogni che soprattutto caratterizzano e accomunano queste condizioni in età pediatrica sono l'interferenza della patologia sulla normale crescita del bambino, sullo sviluppo del bambino e della sua autosufficienza, nonché la reciproca relazione fra i problemi clinici da cui è affetto il bambino e il suo contesto familiare.

Il coordinamento degli interventi, la integrazione fra i diversi specialisti coinvolti e la continuità delle cure nella fase ospedaliera ed extra-ospedaliera costituiscono i fondamenti irrinunciabili nella cura dei bambini con bisogni assistenziali speciali, insieme al coinvolgimento pieno della famiglia e, quando possibile, del bambino nella gestione della malattia.

L'azione combinata dell'aumento della prevalenza della cronicità nell'età pediatrica e dei rilevanti progressi ottenuti in merito alla sopravvivenza di bambini e adolescenti con patologie croniche hanno reso sempre più rilevante per gli esiti delle cure il passaggio dall'assistenza in ambito pediatrico all'assistenza nelle strutture per adulti.

Tutti gli studi condotti al fine di valutare l'impatto di una transizione non governata hanno evidenziato effetti negativi anche gravi: dal netto peggioramento nella continuità delle cure fino ad esiti negativi sulla sopravvivenza. Conseguentemente, è ampio il consenso sulla necessità che la transizione degli adolescenti e dei giovani adulti da un sistema di cure centrato sul bambino ad uno centrato sull'adulto non debba essere spontanea ed improvvisata, ma rigorosamente organizzata e pianificata. La transizione non può essere considerata

un momento, ma un processo di cura, finalizzato a soddisfare i bisogni individuali dei malati cronici nel passaggio dall'età infantile all'età adulta. Il passaggio, per essere efficace, deve essere centrato sul paziente e richiedere comunicazione e collaborazione fra i medici delle cure primarie, gli specialisti, i pazienti e le loro famiglie.

Le esperienze relative alla organizzazione strutturata della transizione dal sistema di cure pediatriche alle cure dell'adulto fra i giovani pazienti con patologie croniche si stanno progressivamente diffondendo in diversi Paesi; gli elementi caratterizzanti e comuni a tutti sono i seguenti: coordinatore unico del percorso (figura sanitaria che assume la responsabilità del passaggio, del coordinamento e della pianificazione dell'assistenza, in collaborazione con gli altri professionisti coinvolti); le "joint clinics" (il team pediatrico e il team dell'adulto interagiscono e collaborano nella fase della transizione); il trasferimento sistematico e strutturato delle informazioni cliniche.

La monografia dedicata al governo clinico delle cure pediatriche è stata coordinata da Tommaso Langiano per il Meyer e da Alberto Ugazio per la Società Italiana di Pediatria: contiene contributi di diversi Autori, dedicati oltre al governo clinico della cronicità pediatrica ed alla transizione bambino-adulto, anche alla ricerca clinica in pediatria, alle linee guida ed all'audit, all'infermiere pediatrico ed alla sicurezza in pediatria.

L'Indice

Il Governo Clinico nelle Cure Pediatriche, *prefazione di Tommaso Langiano, Alberto Ugazio*

Società Italiana di Pediatria e governo clinico delle cure pediatriche, *Domenico Minasi, Giovanni Corsello*

Il Governo Clinico della cronicità pediatrica, *Gianluigi Gargantini, Riccardo Longhi*

La Transizione Bambino-Adulto, *Tommaso Langiano, Salvatore De Masi*

Ricerca Clinica in Pediatria: Carenze e Vincoli Etici, *Francesca Rocchi, Giuseppe Traversa, Luciano Sagliocca*

Linee Guida per migliorare l'Appropriatezza in Pediatria, *Alfonso Mele, Salvatore De Masi*

L'Audit come strumento del Governo Clinico, *Rinaldo Zanini*

L'infermiere Pediatrico e il Governo Clinico, *Filippo Festini, Sofia Bisogni*

La Sicurezza in Pediatria, *Sara Albolino* **TM**

Gruppi Balint in Toscana

Sabato 15 giugno 2013

Villa Sonnino, Via Castelvecchio, 9 - San Miniato (Pi)

Sono stati richiesti crediti ECM per tutte le professioni sanitarie.

Si chiede di inviare la scheda di iscrizione entro il 31 maggio 2013.

Segreteria Organizzativa WWES. Via Giusti, 52 - 50121 Firenze. Tel 055.4630555 Fax 055.476824
susanna.casprini@wwes.it

L'ARS partecipa al progetto nazionale

Sorveglianza della mortalità materna: progetto pilota in regioni del Nord, Centro e Sud Italia



Fabio Voller, Laurea in Scienza Politiche all'Univ. di Firenze, Master in Epidemiologia di II livello c/o l'Univ. di Torino. Ha frequentato il Corso residenziale Europeo "European Programme in Epidemiology. Dirigente Settore Epidemiologia Servizi Sociali Integrati Agenzia Regionale di Sanità della Toscana.

L'Agenzia regionale di sanità della Toscana partecipa a un progetto pilota di sorveglianza della mortalità materna, coordinato dall'Istituto superiore di sanità (Iss) e finanziato dal Ministero della salute. Lo scopo è quello di raccogliere dati affidabili per studiare le cause associate alle morti materne e promuovere la prevenzione di quelle "evitabili".

Il progetto che coinvolge oltre alla Toscana altre sei regioni (Veneto, Piemonte, Emilia-Romagna, Lazio, Campania e Sicilia), dove risiede il 65% delle donne in età riproduttiva del paese, rappresenta un fiore all'occhiello del Sistema sanitario nazionale italiano, che si pone l'obiettivo di aumentare la sicurezza del percorso nascita. Le morti materne, infatti, benché rare, costituiscono una priorità di salute pubblica, sia per la loro indiscutibile drammaticità, che per la documentata "evitabilità" di circa il 50% dei casi.

Il progetto pilota costituisce la seconda tappa di un percorso iniziato con uno studio realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità negli anni 2008-2010 in cinque regioni, al quale aveva partecipato anche l'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana.

Il precedente progetto ha permesso di calcolare il rapporto di mortalità materna mediante record-linkage tra le schede di morte ISTAT e le Schede di dimissione ospedaliera (SDO) nelle regioni partecipanti rilevando una sottostima del 63% del rapporto di mortalità materna nelle regioni Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Sicilia.

Mentre le sole schede di morte Istat attestavano un rapporto di 4,4 decessi per 100 mila nati vivi, lo studio aveva invece evidenziato un rapporto di quasi 12 decessi per 100 mila nati vivi con una forte variabilità geografica: da 6,4 morti materne per 100 mila nati vivi in Toscana (anni

2001-2006) a 24,1 in Sicilia.

Inoltre, nello stesso progetto erano stati studiati i cosiddetti "near miss ostetrici", ovvero, quegli eventi così gravi da portare la donna in fin di vita. Questa tipologia di eventi aveva mostrato, per gli anni 2004-2005, un tasso pari a 2,0 per 1.000 parti in Italia, 1,8 in Toscana.

La forte sottostima del rapporto di mortalità emersa attraverso lo studio di *record-linkage* ha

messo in luce l'urgente necessità, anche nel nostro Paese, di disporre di dati affidabili e di qualità riguardo a un importante indicatore di esito della salute della donna quale è la mor-

talità materna. Da qui la necessità di un progetto per attivare un sistema pilota di sorveglianza della mortalità materna che permetta di identificare e studiare i nuovi casi al fine di prevenire gli eventi avversi.

Il nuovo progetto ha anche un obiettivo più lungimirante, quello di promuovere la cultura della non colpevolizzazione dei professionisti, sul modello *no blame* del Regno Unito, mirando alla segnalazione e alla corretta descrizione dei casi clinici al fine di ridurre le morti materne evitabili e di promuovere le buone pratiche.

Il percorso che deve seguire la segnalazione del caso di morte materna dalla struttura sanitaria delle regioni coinvolte all'Istituto Superiore di Sanità ha un momento centrale nell'*audit*, ossia nella riunione tra tutti i professionisti sanitari che hanno assistito la donna deceduta. Questo confronto tra pari ha la finalità di ricostruire il percorso assistenziale per identificare le azioni utili o dannose che si sono dimostrate rilevanti ai fini dell'esito.

Oltre al responsabile scientifico del progetto, Fabio Voller, è stato individuato un referente regionale del sistema di sorveglianza, Valeria Dubini, che per ogni caso verificherà la completezza delle informazioni raccolte, l'anonimizzazione

FABIO VOLLER¹, MONICA DA FRÈ¹,
VALERIA DUBINI²

¹ Osservatorio di Epidemiologia, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

² Struttura complessa di Ginecologia e Ostetricia, Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio di Firenze

della documentazione e avrà la responsabilità della custodia della documentazione utilizzata per l'indagine confidenziale. Quest'ultima viene realizzata da un comitato regionale composto da uno o più ginecologi, ostetriche, anestesisti, anatomopatologi e/o medici legali, un epidemiologo e un referente di rischio clinico con possibilità di ulteriori consulenze specialistiche. Il comitato redige un rapporto e lo invia all'Istituto Superiore

di Sanità.

La peculiarità della parte toscana dello studio sarà rappresentata dalla stretta collaborazione con il Centro Gestione Rischio Clinico della Regione Toscana, coinvolto in tutte le fasi del monitoraggio ed in particolare nel momento degli *audit*.

Tutte le informazioni sul progetto sono disponibili sulla pagina web dedicata <http://www.iss.it/itoss/> o sul sito dell'ARS: www.ars.toscana.it. **TM**

Definizioni

Morte materna: morte di una donna durante la gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine, indipendentemente dalla durata e dalla sede della gravidanza, per qualsiasi causa legata o aggravata dalla gravidanza o dal suo *management*, ma non per cause accidentali o incidentali.

Morte materna diretta: morte causata da complicazioni ostetriche della gravidanza, parto e puerperio, da interventi, omissioni, trattamenti non corretti o da una catena di eventi che possono risultare da ognuna delle cause precedenti.

Morte materna indiretta: morte causata da malattie preesistenti o insorte durante la gravidanza, non dovute a cause ostetriche dirette, ma aggravate dagli effetti fisiologici della gravidanza.

Audit clinico: strumento che permette di verificare e migliorare la qualità dell'assistenza, in particolare l'appropriatezza dei processi, condotto tra pari, senza alcuna finalità ispettiva o di controllo.



Emanuele Baroni, fiorentino, classe 1977, psicologo, psicoterapeuta ad orientamento analitico-interpersonale, membro della Società Italiana Psicoanalisi Interpersonale, collabora con il Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali.

Il benessere del medico come obiettivo dei servizi sanitari

Ancora dal convegno dell'Ordine di Firenze "Chi cura i curanti"

Poche professioni hanno subito un'evoluzione nella storia che abbia interessato aspetti così pro-

curano e dei professionisti che in tali sistemi operano.

Il potere scientifico della cura e la nascita dell'attività clinica hanno favorito la diffusione di una rappresentazione sociale del medico come una figura dalle facultà pressoché illimitate. Nell'accezione paternalistica della relazione gerarchica medico-paziente, il malato appariva povero e mortale mentre il medico personificava il ruolo

fondi e radicati sia culturalmente che socialmente come quella del medico. Nel processo che ha portato alla definizione di una cultura della salute sono entrati progressivamente sempre più in gioco alcuni aspetti non immediati quali: la definizione del ruolo di medico, la costituzione di un metodo clinico e di un sistema organizzativo della sanità. Sullo sfondo di questo processo permangono considerazioni, oggi sempre più impellenti, relative alla cura dei sistemi che

di guaritore onnipotente. Tuttavia, fin dalla tradizione mitologica, tale figura ci viene tramandata come una creatura ibrida che riassume in sé due opposti: la sapienza divina e la mortalità umana. La consapevolezza della morte costringe

EMANUELE BARONI*, SARA BELLACHIOMA**, LAURA BELLONI°

* Psicologo, psicoterapeuta - Centro di Riferimento Regionale per le Criticità Relazionali - Firenze

** Psicologa - Centro di Riferimento Regionale per le Criticità Relazionali - Firenze

° Medico, psichiatra, psicoterapeuta - Responsabile Centro di Riferimento Regionale per le Criticità Relazionali, Direttore SODc Clinica delle Organizzazioni AOU-Careggi - Firenze

l'uomo ad elaborare determinate strategie di vita (Bauman, 1992). La cultura, anche quella medica, in quest'ottica può essere vista da un lato come un ininterrotto tentativo di dare significato all'esistenza umana, dall'altro un ostinato sforzo di reprimere la consapevolezza del carattere fragile di tale significato. In maniera ambivalente i curanti sembrano percepire tale condizione, in termini sia di riconoscimento e conferma del proprio status socio-professionale, sia di condanna al successo, impossibile da scontare: "Vi sono arti che sono benefiche a coloro che se ne servono, ma penose a chi le possiede. Tra queste vi è la medicina" (Ippocrate - *De Flatibus*).

L'attuale configurazione del sistema sanitario, orientato verso un pervasivo processo di aziendalizzazione, porta in dote molteplici antinomie che il medico si trova a dover coniugare. Il contrasto fra esigenze legate al progresso tecnologico ed esigenze relazionali, fra funzioni manageriali e funzioni cliniche, unito alla crescente pressione mediatica e dei contenziosi legali, ha portato all'adozione di quella che potremmo definire una medicina difensiva. Ne consegue il paradosso in cui si trova oggi il medico, costretto a tollerare l'incertezza davanti alla richiesta di certezze, laddove l'ausilio della tecnica, già perfettibile, compie solo una parte del percorso di cura. In tal senso si può ormai parlare di un nuovo paradigma della professione, volto a comprendere in senso antropologico l'integrazione tra psiche e soma (Winnicott, 1949), la promozione della salute, il riconoscimento della soggettività e il diritto all'autodeterminazione del paziente, l'umanizzazione dei processi di cura in termini di attività preventiva e responsabilità educativa. Ciò contribuisce alla promozione del paziente in quanto persona titolare di diritti condivisi e rispettati, che includono il consenso al trattamento, ma anche il diritto a rifiutarlo (Cosmacini, 2005).

Tali considerazioni assumono una valenza ancor più significativa nel momento in cui il medico si trova a dover svestire i panni di curante e di viene paziente.

Da una rassegna della letteratura emerge, anzitutto, la frammentarietà degli studi e, in secondo luogo, la generale riluttanza dei medici a considerarsi pazienti e a seguire le indicazioni che loro stessi forniscono ad altri (Davidson e Schattner, 2003). Del resto, la comunità medica sembrerebbe aver sviluppato una cultura in cui la norma sia lavorare con la malattia e auto-curarsi. Alcune delle virtù cardinali di un medico come la competenza, l'identità professionale, il perfezionismo,

l'autonomia e lo stoicismo possono essere considerate, quindi, una forza ma anche una debolezza nell'assumere il ruolo di paziente (Palmieri et al., 2011). La comparsa della malattia e l'acquisizione del ruolo di *malato* operano come fattore disgregante della persona, che sente minacciata la stabilità del proprio ruolo sociale e delle relazioni che esso produce, nonché il mantenimento del potere economico, remunerativo e produttivo. I medici si vergognano e si isolano quando sono malati: sfiducia nel sistema, auto-prescrizione e ricorso informale ai colleghi sono le strategie più spesso utilizzate per gestire tali situazioni.

Il mondo dei disagi di chi si occupa delle persone malate è abbastanza sconosciuto e misconosciuto, come pure il mondo delle loro organizzazioni che si differenziano dalle altre per le complessità specifiche del loro particolare "prodotto". Sebbene le relazioni tra persone, organizzazione e ambiente siano il parametro di riferimento per poter pensare qualsiasi possibile cambiamento, il mondo della sanità si configura sempre più come chiuso e autoreferenziale, in cui non trovano spazio e tempo adeguato proprio quelle relazioni. Il mito del *diritto alla salute*, termine equivoco da sostituire con un preferibile *diritto ad essere curati*, ha imprigionato le persone malate e gli stessi operatori con una non accettazione dell'idea di malattia e di morte. La fallibilità del proprio corpo e di chi si propone come curatore dello stesso non è più un concetto condiviso e l'incontro con la vulnerabilità e la fragilità dell'altro diviene così un elemento non visto, non pensato e non pensabile. È imperativo tornare ad accettare l'idea di essere imperfetti, fallibili e mortali. Se l'unico obiettivo universalmente condivisibile delle Aziende Sanitarie consiste nel perseguire il benessere fisico, psichico e sociale dei suoi utenti, dobbiamo anche riflettere sul fatto che questo intento non è raggiungibile se non considerando il benessere fisico, psichico e sociale degli operatori sanitari. In tal senso questi rivestono una duplice funzione, essendo allo stesso tempo soggetti e oggetti dell'agire terapeutico (Belloni, 2011). Un cambiamento di paradigma che consideri il *curare* nella più ampia prospettiva di *prendersi cura* permetterebbe di rispondere al bisogno di ogni persona, e quindi anche del medico, di essere accolto e valorizzato, pur nella sua imperfezione, sostenendo a sua volta il medico stesso nell'attività di prendersi cura dei pazienti. In una parola, in quello che il pediatra D.W. Winnicott chiamava "*holding*".

TM

BACHECA

Si ricorda che numerosi annunci sono consultabili sul sito dell'Ordine: 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.



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 e Docente di Organizzazione e Legislazione Sanitaria presso l'Università di Pisa, attualmente è Responsabile del Settore CUP dell'AOUP.

La nuova frontiera dell'SSN

Il Day Service ed i Percorsi Ambulatoriali

Parte II

L'avvio del Day Service in AOUP

A partire dal settembre 2011, in AOUP si è chiesto alle UUOO di convertire i Day Hospital Diagnostici in Percorsi Ambulatoriali già ipotizzando (pur in assenza ancora di linee di indirizzo regionali poi emanate con la DGRT 1045/11) l'avvio del Day Service. quale modalità organizzativa di valenza assistenziale equivalente al Day Hospital, vale a dire caratterizzata da:

1. Sovrapponibile iter diagnostico

in termini di tipologia di prestazioni.

2. Contenuti tempi di erogazione delle prestazioni.

3. Qualità di assistenza complessiva per l'Utente del tutto sovrapponibile a quella dei Day Hospital riconvertiti.

Pertanto, innanzitutto, ed a tutela della qualità dell'assistenza erogata, è stato chiaro che, onde evitare la dispersione della documentazione sanitaria nonché la mancanza di riferimenti certi per l'Utente, dovevano essere assicurati:

1. Un medico di riferimento quale *Case Manager*, per ciascuno dei percorsi attivati.

2. La redazione di una *Cartella Clinica di Day Service* quale supporto per la raccolta dei referti nonché di sintesi ragionata del percorso.

Dette caratteristiche, così semplicemente elencate, non danno probabilmente la dimensione del cambiamento di stile organizzativo che sarebbe ricaduto sulle UUOO sanitarie, in primo luogo, ma anche sulle corrispondenti UUOO amministrative nelle loro diverse articolazioni organizzative e funzionali e che avrebbero dovuto gestire l'infrastruttura dei processi (dalla prenotazione, all'accettazione, alla registrazione dei tickets, alla chiusura dei records di attività nelle diverse interfacce dei software utilizzati).

Particolarmente in un'Azienda caratterizzata da alta complessità strutturale ed organizzativa quale è il caso di un'Azienda Ospedaliera, l'infrastruttura dei processi di gestione e governo delle attività ambulatoriali si differenzia in modo sostanziale da quella delle attività di ricovero. Per queste ultime, infatti, l'elemento informativo essenziale ai fini compensativi è costituito dalla sola SDO che, come sappiamo, sintetizza in poche variabili gli avvenimen-

ti salienti dell'intero iter diagnostico, con notevole semplificazione del debito informativo. Piuttosto, per il Day Service, ogni atto clinico avrebbe dovuto tradursi ed iscriversi nel corrispondente flusso di attività ambulatoriale, vale a dire il Flusso SPA. Di conseguenza si sarebbero venute ad incrociare due tipologie di flussi di comunicazione: quello dei referti, a contenuto clinico-assistenziale, che avrebbe dovuto rimanere aderente all'usuale modalità organizzativa dei Day Hospital, quello di compensazione economica delle attività, che avrebbe dovuto inserirsi nella corrente del Flusso SPA. E ciò ad elencare solo il principale elemento del cambiamento nel governo dei soli processi comunicativi.

Avendo chiara percezione, fin dall'inizio, di quanto importante e delicato sarebbe stato il passaggio dall'uno all'altro dei livelli assistenziali, a partire dal novembre 2011 e fino al

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

* Responsabile CUP Aziendale

** Responsabile Settore DRG Aziendale

*** Direttore Medico di Presidio

Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana

febbraio 2012 si è dato il via ad un percorso formativo aziendale dedicato che ha coinvolto complessivamente circa 1.300 operatori, tra medici, infermieri e personale amministrativo delle accettazioni nei reparti e del CUP.

Di seguito, la sintesi dei contenuti principali illustrati durante ciascuna sessione:

1. Analisi del contesto storico nel quale si andava ad iscrivere il nuovo assetto organizzativo, come sopra illustrato.

2. Modalità di stesura delle carte di flusso diagnostiche finalizzate all'organizzazione di ciascun percorso di Day Service.

3. Metodologia statistica per la valutazione delle finestre settimanali da dedicare alla prenotazione programmata delle prestazioni erogate in ciascun percorso di Day Service.

4. Principi ispiratori dei software ambulatoriali utilizzati in AOUP per il governo e la gestione delle attività ambulatoriali.

5. Metodologia per la messa a punto delle agende di prenotazione a CUP di 1° Livello (Aziendale) e di 2° Livello (CUP Infra-aziendale): modalità di redazione delle agende di Day Service con assegnazione di competenze distribuite della prenotazione.

6. Variabili informative per la caratterizzazione del Day Service sul Flusso SPA, ai sensi della DGRT 1045/11.

7. Procedura per l'attivazione di un percorso di Day Service e tipologia della documentazione da

Tabella 1 - Documentazione necessaria all'avvio del percorso di Day Service.

a.	Carta di flusso relativa al percorso con stima statistica del numero di pazienti trattati annualmente
b.	Documento in Word/Excel completo di:
-	Intestazione dell'UO, Codice e descrizione del Pacchetto
-	Identificazione per esteso del Pacchetto, con Codice PACC (eventuale sottocodice se più di un Day Service nella stessa UO sono da codificarsi con lo stesso Codice PACC)
-	Elenco delle prestazioni erogate nel pacchetto, ciascuna prestazione essendo affiancata dal codice del tariffario e dalla corrispondente tariffa
-	Raggruppamento delle prestazioni per ricetta e per branca specialistica
-	Indicazione delle prestazioni eventualmente esenti per le patologie assistite
c.	Per il computo totale delle prestazioni da richiedere con competenza in prenotazione (ad eccezione delle prestazioni di branca K e di quelle erogate nella propria UO):
-	Elenco delle prestazioni da richiedere in competenza di prenotazione
-	Denominazione dell'UO dell'AOUP cui le prestazioni sono da richiedere
-	Volumi settimanali di prestazioni da riservare nelle rispettive Agende di Day Service

produrre alla Direzione Medica di Presidio (Tabella 1).

Risultati

La Tabella 2. riporta, sinteticamente, per UO proponente, il numero dei percorsi di Day Service ad oggi attivati, nonché la situazione della documentazione prodotta, sia a carattere sanitario che amministrativo.

Come si evince dai dati, in AOUP si sono avviati nel periodo ben 220 Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC). Di questi, 81 sono da considerarsi completi di tutta la documentazione necessaria, 101, pur completi per quanto attiene alla documentazione sanitaria, devono ancora com-

pletare l'iter di valutazione economica. Infine, 38 percorsi sono carenti sia sul piano della documentazione sanitaria che di quella economica e sono all'attenzione della Direzione Medica di Presidio.

Se da una parte l'alto numero di percorsi fornisce una dimensione della buona ed anzi ottima accettazione del cambiamento organizzativo da parte dei reparti, tuttavia risulta evidente come essi debbano essere *rivisitati* finalizzandosi le azioni a:

- *rendere omogenei i percorsi*, riportandoli ad iter univoci, laddove trattasi di identico quesito clinico;
- *valutarne statisticamente la numerosità* sì da impegnare l'organizzazione in modo equilibrato rispetto alla domanda espressa.

Tabella 2 - Numero dei percorsi di Day Service avviati in AOUP, per UO in relazione alla completezza della documentazione prodotta al Direzione di Presidio.

Percorsi di Day Service UUOO Proponenti	N° Totale	Di cui completi di documentazione		Documentazione Carente
		Sanitaria	Economica	
Angiologia	1	1	1	0
Diabetologia	9	9	9	0
Medicine	26	26	26	0
Chirurgia generale e dei Trapianti di Fegato	13	13	13	0
Endocrinologie	36	36	36	0
Immunologia e Allergologia Clinica	7	0	0	7
Pneumologia	9	6	6	3
Medicina del Lavoro	2	2	2	0
Coordinamento Trapianti di Rene e Pancreas	7	7	0	0
Dermatologia	8	8	8	0
Reumatologia	12	12	0	0
Neurologia	36	36	0	0
Oncologia dei Trapianti	3	3	0	0
Endocrinologia e Metabolismo dell'Osso	1	1	0	0
Gastroenterologie e Malattie del Ricambio	9	9	0	0
Epatologia	35	13	0	22
Cardiologia	1	0	0	1
Ginecologie	5	0	0	5
TOTALE	220	182	101	38

Verso tali obiettivi saranno da orientare, pertanto, le azioni di intervento futuro, in linea con il Regolamento del Day Service (Istruzione Aziendale 26), redatto parallelamente al consolidarsi dell'esperienza, e che prevede tali azioni nell'ambito della costituenda Commissione Aziendale sull'Appropriatezza, come previsto dalla DGRT 1045/11.

Commenti e conclusioni

Non vi è ombra di dubbio che, l'aver stimolato i medici a esplicitare univocamente i percorsi diagnostici delle specialistiche di competenza anche tramite le non sempre note carte di flusso diagnostiche, abbia indotto ad un approfondimento culturale ivi compresa la revisione di linee guida certificate. Non solo: poiché l'avvio del Day Service avrebbe significato l'erogazione di prestazioni soggette a tickets a volte anche onerosi, ciò ha indotto la Direzione a stimolare i medici affinché nei PACC fossero inserite le sole prestazioni essenziali al chiarimento diagnostico sotteso alla domanda di assistenza. Ed ancora, poiché l'infrastruttura organizzativa dei Day Service è risultata molto spesso onerosa di operazioni sia a risvolto organizzativo che informativo, ciò ha spinto gli stessi medici a predisporre iter diagnostici, per così dire, *essenziali*.

Tali azioni concorrono senz'altro al miglioramento dell'efficienza del servizio nel suo complesso, per quanto a patto dell'onere dei tickets richiesti all'Utente nonché del maggior onere sull'infrastruttura organizzativo-informativa.

Inoltre, l'inserimento nel Flusso SPA anche dei soli dati informativi minimi costituiti *dall'ordine temporale della ricetta* (e, quindi, delle prestazioni), nonché dal *codice del percorso PACC*, come disciplinato dalla DGRT 1045/11, fornisce indubbiamente uno strumento utilissimo allo sviluppo di analisi statistico-epidemiologiche sia a base ospedaliera, orientate alla valutazione dei servizi, che di popolazione, orientate all'indagine di morbosità. Il valore aggiunto di tali informazioni non è affatto banale, se si pensa che, ad oggi, l'epidemiologia di popolazione non riesce ad approfondire, *su base censuaria*, i tassi di incidenza e prevalenza per condizioni che non conducono al ricovero.

Rimane peraltro una certa perplessità nel sistema classificativo scelto per l'individuazione dei PACC in quanto, la mancata utilizzazione della nota classificazione DRG realizza le seguenti condizioni:

1. i reparti hanno dovuto acquisire nuovi orientamenti classificativi e, quindi, memorizzare ancora nuovi codici;

2. non sarà possibile, nel futuro, effettuare confronti tra i percorsi di Day Service avviati e i precedenti ricoveri in Day Hospital, venendo così a mancare un importante *link* tra dati di morbosità in Day Hospital e quelli in Day Service.

Oltre tutto essendo, *la classificazione DRG, robusta sul piano statistico-epidemiologico*, nonché ampiamente *validata* negli anni a livello internazionale.

Infine, una certa perplessità è data dalle difficoltà incontrate, almeno in AOUP, nell'implementazione informatica delle variabili caratterizzanti il Day Service, per quanto, come detto, siano solamente due.

In Toscana, l'aver ricondotto in Area Vasta le UUOO dei Sistemi Informativi oltre a quelle delle Reti e Tecnologie Hardware ha condizionato e condiziona tutt'ora la possibilità di governo e gestione dell'informazione – e non solo quella relativa ai Day Service – sia a livello infra-aziendale che nei confronti del debito regionale.

Se è verosimile affermare che le piattaforme hardware, i sistemi operativi ed i database commerciali sono in qualche modo condivisibili come conoscenza del funzionamento, licenze e manutenzioni, non altrettanto si può dire per *i software che devono adattarsi all'organizzazione sulla quale vengono calati*. Tale adattamento impedisce procedure uniformi nell'immissione/estrazione dati dagli stessi. Pertanto, i processi di automazione necessitano comunque di un adeguamento alle singole realtà, il che ha un costo talvolta rilevante. Per quanto le organizzazioni delle Aziende Sanitarie siano nel tempo divenute più allineate e similari nelle rispettive infrastrutture, tuttavia mantengono ancora un'importante e propria caratterizzazione, che talvolta deve essere uniformata e condivisa, ma altre volte, invece, *mantenuta come fattore di eccellenza e di efficacia*. **TM**

CORSI E SEMINARI

X FLORENCE SUMMER COURSE - "CLINICAL STAGING" E FISIOPATOLOGIA DELLE MALATTIE DEL CERVELLO

11 - 13 Ottobre 2013, Firenze - **Segreteria scientifica:** Stefano Pallanti, Univ. di Firenze - **Destinatari:** medici psichiatri, neurologi, neuropsichiatri infantili, neurofisiopatologi - **Relatori:** P. Castrogiovanni, R. L. Dell'Osso, D. Denys (The Netherlands), A. Fagiolini, C. Faravelli, M. Figeo (The Netherlands), W. Fleischhacker (Austria), N. Fineberg (UK), R. Guerrini, E. Hollander (USA), M. Mauri, S. Pallanti, S. Pini, V. Ricca, A. Rossi, W. Strik (Switzerland), J. Zohar (Israel) - **Argomenti:** Ansia e Impulsività, Diagnosi, Eventi e Fisiopatologia, Terapie sperimentali, Psicosi, Neuroscienze - **Informazioni Segreteria Scientifica:** tel:055-587889, fax:055-581051, ins@cnsnolus.org - **ECM:** in fase di accreditamento, previsti n. 18 crediti ECM - **Organizzazione:** Clinical Neurosciences ONLUS - **Crediti ECM:** in fase di accreditamento, previsti n.18 crediti ECM - **Luogo:** Firenze - **Contatto:** 055-587889, fax055-581051, ins@cnsnolus.org.

Chronic Care Model; un'opportunità per cambiare



Giuseppe Virgili è Medico di medicina generale e specialista in Pneumologia ed esercita la sua attività a Grosseto. È stato Presidente dell'Ordine dei Medici di Grosseto, Coordinatore del Comitato di Bioetica di Grosseto e componente della Commissione Regionale di Bioetica. Attualmente svolge attività di tutor e docenza al Corso di formazione in Medicina Generale.

Si fa un gran parlare, già da alcuni anni, di come affrontare una vera e propria emergenza sanitaria rappresentata dall'aumento delle persone affette da patologie cronic-degenerative nella nostra società: i miglioramenti della moderna medicina, sia sotto il profilo diagnostico che terapeutico (farmacologico e interventistico) nonché il miglioramento delle condizioni di vita accompagnato ad una politica sanitaria volta ad una maggiore attenzione alla salute della popolazione, fanno sì che malattie un tempo precocemente mortali, quali la cardiopatia ischemica, il diabete, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), consentano attualmente una prolungata sopravvivenza abbinata, per lo più, ad una soddisfacente qualità di vita.

Si è venuta così delineando, nel panorama medico-sanitario una netta distinzione tra patologie acute e patologie croniche, più strutturata, direi, rispetto al passato, che impegna l'organizzazione sanitaria in maniera assai diversificata sulla base delle differenti esigenze medico-assistenziali; l'organizzazione ospedaliera, ad esempio, è destinata a fornire risposte alle patologie gravi e complesse attraverso l'alta tecnologia diagnostica e interventistica di cui dispone.

Al di fuori di questo mondo, in sé ben strutturato e molto autoreferenziale, esiste una galassia, definita orribilmente territorio, all'interno della quale opera la Medicina Generale, deputata, in modo più o meno organizzato, al mantenimento del paziente cronico nella sua stabilità; ma a fronte di un aumento esponenziale delle patologie croniche non è venuto meno, nella Medicina Generale, il gravame della consueta e spesso dispersiva attività.

Questa differenziazione di profilo sanitario ha di necessità condotto ad una attività ospedaliera ben connotata e fin troppo rigida (le acuzie punto e basta...) mentre tutto ciò che non rientra in questo schema viene sistematicamente rifiutato e riversato sul sistema extra-ospedaliero ancora, dopo anni di chiacchiere vane, non assunto a un ruolo di pari dignità rispetto all'ospedale; ma che

volete la visibilità per i politici è là e le medaglie sul petto che consentono di fare carriera anche agli amministratori, che sono dei politici in erba, si hanno solo con l'eccellenza ospedaliera....

La realtà assistenziale nel territorio, assai meno appariscente di quella ospedaliera, viene considerata pertanto non un ambito su cui investire ma un costo da comprimere.

Solo la buona volontà e l'impegno di alcuni

dirigenti distrettuali, per lo più sanitari, consentono, con pochi mezzi a disposizione, il raggiungimento di risultati ragguardevoli in un settore composto da una molteplicità di figure dai profili giuridici differenti (a convenzione, a contratto, dipendenti), aggregati funzionalmente ma non strutturalmente e forzatamente costretti ad aversarsi insieme, in maniera dirigitica, e rispondenti a troppi referenti scarsamente collegati tra loro.

La Medicina Generale in questo coacervo di ruoli sta faticosamente operando per trovare una sua nuova identità che, attraverso il lavoro in *équipe* e l'utilizzo della informatizzazione, risponda meglio alle nuove esigenze legate ai cambiamenti di profilo sanitario e organizzativo sopradetti. Il *Chronic Care Model* (CCM), modello importato da altre realtà sanitarie, può rappresentare, a mio avviso, una grande opportunità per la Medicina Generale stessa purché se ne colgano gli aspetti migliorativi in termini di qualità della professione senza che questa sia appiattita su una visione eccessivamente burocratica con scarsa soddisfazione professionale.

La sensazione diffusa è che la Medicina Generale abbia una opportunità unica per rinnovarsi e presentarsi alla popolazione sotto una nuova veste, ma che, nello stesso tempo, questa opportunità ci inviti ad una scelta: la scelta, cioè, di percorrere nuove vie che, se anche impervie all'inizio, possono garantire un futuro qualificato e qualificante alla nostra professione o, al contrario, soccombere sotto una visione burocratico-gestionale del proprio ruolo, come temo si siano caratterizzate le prime esperienze locali di *Chronic Care Model*,

GIUSEPPE VIRGILI

Medico di medicina generale, Grosseto

con relativa insoddisfazione e marginalizzazione della nostra professione nel panorama sanitario.

In questo senso l'esperienza del *Chronic Care Model* è senza dubbio una opportunità purché la Medicina Generale ne guidi lo sviluppo: potrà non piacere ad altri professionisti sanitari o a quegli amministratori che temono la Medicina Generale perché non alle loro dipendenze, ma il ruolo del medico di famiglia è ancora un ruolo chiave per fare breccia nella popolazione e uno snodo fondamentale per garantire il successo del progetto. Tuttavia se prendo spunto dalle prime esperienze di *Chronic Care Model* nella mia ASL devo constatare, purtroppo, che i modelli organizzativi proposti sono scarsamente innovativi, professionalmente poco stimolanti e concepiti in modo tale da non agevolare quel percorso a ostacoli che ormai è diventato nel nostro sistema sanitario l'accesso alle cure; ai medici di Medicina Generale è richiesto di fornire elenchi su elenchi, che uno statistico saprebbe fare meglio, e di richiedere, solo richiedere naturalmente e non praticare, esami su esami per i quali non si prevedono percorsi dedicati né, tantomeno, la possibilità di esecuzione negli ambulatori della Medicina Generale. Se questo si è reso possibile in altre realtà sanitarie ciò è dovuto al forte spirito di iniziativa di singoli medici, spesso non premiati ma semmai ostacolati proprio in virtù della novità, e senza una regia condivisa con la parte pubblica; se questo è encomiabile per coloro che hanno realizzato il progetto, dimostra ancor più la miopia di chi ci amministra.

Oltretutto il medico ospedaliero prosegue per la sua strada, richiedendo controlli ravvicinati negli ambulatori di specialità, aggiungendo così confusione a confusione per un paziente che sbalottato di qua e di là tra appuntamenti diversificati e nuove prescrizioni farmaceutiche, magari differenti nel nome ma uguali nella sostanza, non sa più a chi dare veramente ascolto.

Ma allora se novità deve essere che lo sia fino in fondo per tutti: infermieri che si dedichino una buona volta alla assistenza fuori dei sacri ospedali, medici di famiglia che cambino volto per

diventare operativi dando risposte concrete e puntuali ai bisogni reali della popolazione e pazienti cronici finalmente assistiti e curati in modo qualificato con il minor numero di accessi possibile in ospedale.

Certo anche la Medicina Generale deve fare la sua parte, essere propositiva, non avere paura delle novità e uscire da quello stato di minorità di kantiana memoria che la attanaglia da tempo nei confronti della medicina ospedaliera; se le patologie croniche costituiscono veramente uno degli obiettivi di cura della medicina del futuro dobbiamo organizzare diversamente gli ambulatori disciplinando il consueto, caotico affollamento quotidiano; cominciamo, ad esempio, a dedicare giorni fissi della settimana alle patologie croniche prevalenti facendo una mappatura del paziente sotto il profilo clinico-assistenziale con l'aiuto di personale qualificato (indagini strumentali, esami ematici ecc) con il tempo e l'attenzione dovuta; i medici di famiglia specializzati (quasi tutti lo sono) potrebbero rappresentare i referenti specialistici di una intera equipe nell'ambito delle cure primarie, come da troppo tempo andiamo sostenendo, anche sotto l'aspetto formativo, riservando alla specialistica ospedaliera i casi clinici più complessi che necessitano di maggiori approfondimenti.

Non possiamo limitare la novità in Medicina Generale in un generico e sterile accorpamento senza sfruttarne le enormi potenzialità; servono strumenti normativi nuovi e illuminati che consentano un salto di qualità finalmente aperto alla modernità, alla tecnologia e alle sue enormi potenzialità; servono investimenti che premino il merito e non a pioggia, formazione, tempo e competenza da parte di tutti dagli amministratori ai professionisti.

Si tratta forse di una utopia nella realtà in cui viviamo? Forse, ma se ne vale la pena, e io credo che ne valga la pena dobbiamo impegnare tutti gli attori interessati al raggiungimento di questo obiettivo per quella che è una grande opportunità da non perdere. **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 - pre.stampa@edizionitassinari.it



Regione Toscana

Conferenza Capet Toscana

U.R.TO.FAR.
Unione Regionale Toscana
Farmaceutica

Il diario del cittadino online.

Con la Carta Sanitaria Elettronica scrivi il tuo diario sanitario e inserisci i vecchi esami online. Liberi scaffali e cassetti di casa e i tuoi dati sono al sicuro.

Attivala alla Asl
o in farmacia



numero verde
800 004 477

Carta Sanitaria Elettronica. Servizi pubblici online in sicurezza.

Usa la Carta Sanitaria Elettronica, scopri come sul sito della Regione www.regione.toscana.it/cartasanitaria



Il futuro del *training* in medicina: la simulazione

La Giunta Regionale ha individuato nel 2012 il Laboratorio regionale per la formazione in sanità – FORMAS – come il soggetto regionale di riferimento per lo sviluppo della formazione in simulazione, oltre che il punto di snodo per percorsi formativi di livello regionale, dalla Fad ai processi formativi basati sulle nuove tecnologie.

L'interesse per la formazione in simulazione è ormai diffuso e la Regione Toscana, che aveva già introdotto con delibera GRT 225/2006 la simulazione fra le metodiche formative raccomandate per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure, con la recentissima delibera n. 274 del 15 aprile 2013 ha finalmente adottato "Linee di indirizzo per la formazione in simulazione", approvate dalla Commissione regionale per la formazione sanitaria.

La Regione con tale atto si fa promotrice della costituzione di una rete che colleghi in modo coordinato i vari centri e laboratori di simulazione che sono sorti negli ultimi anni nella nostra Regione al fine di garantirne gli standard formativi.

Con questa importante delibera ci si prefigge di svolgere due funzioni di governo:

a) evitare investimenti senza una strategia quadro che punti piuttosto ad evitare duplicazioni e a realizzare specializzazioni che valorizzino, integrino e ulteriormente sviluppino le esperienze già in atto e a partire da questa mappatura consentano di fare investimenti mirati a colmare eventuali lacune tecnologiche o specialistiche, sperimentando al massimo le innovazioni presenti al momento nel settore;

b) presentare la Toscana come "piattaforma formativa in simulazione" per professionisti, italiani e europei, che possano vedere la Toscana come una rete formativa plurispecialistica, consentendogli, per un dato periodo di tempo, secondo un circuito ben organizzato e multipolare, di sviluppare il proprio sapere e le proprie abilità e competenze.

Il documento individua quindi le caratteristiche dei programmi di simulazione, la rete regionale, i requisiti dei centri di simulazione, la ricerca.

In uno scenario caratterizzato da sempre maggiore complessità, sia nella tipologia dei pazienti che nell'ampia disponibilità di terapie e procedure, la simulazione offre le condizioni per migliorare

tempi e le modalità di apprendimento. Tale metodica inoltre valorizza la capacità di lavorare in team necessaria in molte aree specialistiche, consentendo la possibilità di individuare gli errori, facendone un'occasione di analisi e di crescita per tutte le figure professionali sanitarie: coinvolgere i team professionali nella rivalutazione critica sia dei comportamenti (*non-technical skills*) che nelle competenze professionali al fine di incrementare l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza dell'intervento sanitario in condizioni di stress o rare o particolarmente difficoltose.

Da segnalare che la Giunta regionale di recente (n. 190 del 18 marzo 2013) ha anche finanziato in questo spirito un progetto formativo di simulazione in medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza in collaborazione con le aziende Careggi e Meyer come evoluzione del rapporto con la Harvard Medical Faculty Physicians, ove il fulcro del progetto è l'avvio di un network di simulazione pediatrica nella rete pediatrica regionale toscana.

I maggiori centri mondiali di simulazione medica affiancano una costante attività di ricerca all'attività formativa. Tale lavoro di ricerca è dettato dall'esigenza di mettere a punto strumenti e procedure, nonché la valutazione dell'efficacia dei vari programmi di training. Per questo motivo è auspicabile che i nostri centri di simulazione possano occuparsi anche della realizzazione dei simulatori, in un rapporto virtuoso tra ricerca sanitaria e trasferimento tecnologico che può configurarsi un asset strategico per la Toscana del futuro.

Allegato alla delibera 254 del 15 aprile 2013.

ALBERTO ZANOBINI

Dirigente Responsabile
Settore Ricerca, Innovazione e Risorse Umane
Regione Toscana

Linee di indirizzo per la formazione in simulazione

PREMESSA

La Toscana intende fare sistema su una frontiera formativa e tecnologica quale quella rappresentata dalla simulazione in medicina. Si tratta in effetti di realizzare una duplice funzione di governo: a) evitare investimenti senza una strategia quadro che punti piuttosto ad evitare duplicazioni e a realizzare specializzazioni che valorizzino, integrino e ulteriormente sviluppino le esperienze già in atto e a partire

da questa mappatura consentano di fare investimenti mirati a colmare eventuali lacune tecnologiche o specialistiche, sperimentando al massimo le innovazioni presenti al momento nel settore; b) presentare la Toscana come "piattaforma formativa in simulazione" per professionisti, italiani e europei, che possano vedere la Toscana come una rete formativa plurispecialistica, consentendogli, per un dato periodo di tempo, secondo un circuito ben organizzato e mul-

tipolare, di sviluppare il proprio sapere e le proprie abilità e competenze.

La simulazione è un metodo formativo che ha piena applicazione in ambito sanitario e che affianca altre metodologie di formazione più tradizionali e diffuse.

La simulazione è una modalità di formazione interattiva, che coinvolge in prima persona il discente e lo rende protagonista e partecipe della propria formazione.

In uno scenario caratterizzato da sempre maggiore complessità, sia nella tipologia dei pazienti che nell'ampia disponibilità di terapie e procedure, la simulazione offre le condizioni per migliorare i tempi e le modalità di apprendimento.

Tale metodica inoltre, valorizza la capacità di lavorare in team necessaria in molte aree specialistiche, consentendo la possibilità di individuare gli errori, facendone un'occasione di analisi e di crescita per tutte le figure professionali sanitarie fino a includere anche il personale laico.

Numerose esperienze, sviluppate anche in Regione Toscana, hanno dimostrato come la simulazione sia in grado di coinvolgere i team professionali (soccorritori laici, studenti dei corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Scienze Infermieristiche e dei CCddLL delle Professioni Sanitarie, infermieri, medici in formazione, medici specialisti) nella rivalutazione critica sia dei comportamenti (non-technical skills) che nelle competenze professionali (technical skills) al fine di incrementare l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza dell'intervento sanitario in condizioni di stress o rare o particolarmente difficili.

L'interesse per questa modalità formativa è ormai diffuso e la Regione Toscana, che aveva già introdotto con delibera GRT n. 225/2006 la simulazione fra le metodiche formative raccomandate per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure, intende farsi promotrice della costituzione di una rete che colleghi in modo coordinato i vari centri e laboratori di simulazione che sono sorti negli ultimi anni al fine di garantirne gli standard formativi.

Con la delibera GRT N. 599/2012 *“La formazione in simulazione si sta affermando come uno strumento importante per garantire la massima sicurezza nei processi diagnostici e terapeutici e il Formas è individuato come la sede per lo sviluppo e la modellizzazione della formazione in simulazione per la Regione Toscana con l'obiettivo di essere un riferimento per le Aziende Sanitarie Toscane, offrire un importante momento formativo ai professionisti toscani, fare sistema sulla formazione e ottimizzare le risorse disponibili”*.

A questo scopo è necessario sviluppare una rete che assicuri il coordinamento delle attività formative regionali tramite simulazione favorendo la collaborazione permanente tra i vari centri e una diversificazione della proposta formativa.

In considerazione dei costi elevati che comportano le tecnologie più avanzate di simulazione e la formazione del personale qualificato dei centri, è necessario inoltre prevedere uno sviluppo della rete su più livelli anche al fine di garantire piena utilizzazione della strumentazione e continuità formativa.

2. CARATTERISTICHE DEI PROGRAMMI DI SIMULAZIONE

La simulazione, quale metodo di formazione ed apprendimento di technical e non-technical skills, presenta molteplici differenti possibilità di applicazione in campo sanitario.

I sistemi di addestramento utilizzati in simulazione con cui lo studente in medicina, di infermieristica, o di altre professioni sanitarie, il medico, l'infermiere o altro professionista sanitario nel suo percorso di formazione e/o di aggiornamento e i volontari laici si confrontano è composto da un'ampia gamma di strumenti tecnologici comprensiva di “task-trainers” per l'esercizio di specifiche technical skills (es. l'intubazione orotracheale) fino ai simulatori “high-fidelity” in grado di riprodurre funzioni ed alterazioni fisiologiche o patologiche multisistemiche dell'organismo umano.

Tecniche di Simulazione disponibili

Tipo	Descrizione
Paziente simulato o paziente standardizzato	Uso di attori (pazienti simulati) o di pazienti con specifiche patologie istruiti al fine di consentire principalmente l'acquisizione delle <i>nontechnical skills</i> relative alla comunicazione con il paziente.
Simulazione di procedure (Task training)	Utilizzo di simulatori (sia a bassa che a bassa-media fedeltà) per l'apprendimento di specifiche procedure (ad esempio: cateterismo vescicale, puntura di vena, intubazione oro-tracheale, etc.).
Simulazione ibrida	Combinazione di un paziente simulato con un manichino parziale (ad esempio: attrice che recita la parte della partoriente e un manichino per l'esecuzione del parto, torso che permette di eseguire manovre invasive toraco-addominali indossato da un istruttore).
Simulazione ad alta fedeltà	Uso di manichini a grandezza naturale gestiti da un sistema computerizzato con la possibilità di riprodurre tutte le principali condizioni cliniche che si incontrano nella realtà clinica.
Simulazione chirurgica (tattile e laparoscopica)	Utilizzo di manichini che consentono di eseguire procedure chirurgiche sia con tecnica tradizionale che endoscopica.
Realtà virtuale e aumentata	Utilizzo di programmi che consentono di esercitarsi in ambienti ricostruiti dal computer oppure uso di dispositivi che integrano la condizione reale con informazioni fornite dal computer.
Realtà immersiva	Riproduzione realistica di ambienti e situazioni in 3D con la possibilità di interagire anche a distanza come se l'operatore fosse realmente nell'ambiente ricostruito.

La Simulazione nella Formazione dello Studente in Medicina

Identificazione degli obiettivi formativi

Il programma di studi del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia prevede l'integrazione delle lezioni teoriche con periodi di tirocinio pratico presso i reparti di degenza ospedaliera.

L'obiettivo formativo è l'acquisizione delle conoscenze ad oggi note nel campo dell'anatomia, fisiologia e patologia umana al fine di familiarizzare con i processi diagnostici e terapeutici per la preparazione alla professione del medico.

Programma di Formazione

La frequenza in reparti di degenza consente allo studente di essere esposto più o meno direttamente alla valutazione semeiologica del paziente, al confronto con la fisiologia umana e la disfunzione fisiopatologica della malattia. L'esposizione quantitativa e qualitativa alla patologia è tuttavia limitata alla varietà di condizioni patologiche presenti nelle degenze ospedaliere ed è condizionata dall'impossibilità per ciascuno studente di usufruire di un apprendimento standardizzato ed uniforme derivante dalla visita diretta al paziente e dall'osservazione della gestione delle situazioni cliniche da parte degli operatori del sistema.

Integrazione della Simulazione

L'integrazione di programmi di simulazione nel corso di studio per il conseguimento della Laurea in Medicina e Chirurgia offre allo studente in medicina l'opportunità di confrontarsi con simulatori ad alta fedeltà relativamente alla rappresentazione della semeiotica ed alla riproduzione delle funzioni dell'organismo umano sano.

Lo studente ha a disposizione un apparato tecnologico da poter utilizzare un numero indefinito di volte a differenza dell'esercizio di semeiotica direttamente sul paziente. L'esercizio con il simulatore implica inoltre la possibilità di stabilire, attraverso verifiche programmate, criteri di uniformità di apprendimento e standard qualitativi di preparazione in ambito medico.

Il processo formativo attraverso il *role-playing di scenari clinici simulati* prevede che lo studente sia nella condizione di misurarsi con le dinamiche di approccio al paziente e di interazione con i suoi colleghi, il personale di reparto e/o i suoi tutors.

La Simulazione nella Formazione del Medico Specialista

Identificazione degli obiettivi formativi

Obiettivo del programma di formazione del medico specialista è il conseguimento di una preparazione teorico-pratica esaustiva nella disciplina di competenza specifica. Al medico specialista è richiesta non soltanto la conoscenza teorica prevalentemente della sua disciplina di appartenenza ma anche e soprattutto la capacità di trasferimento delle sue competenze mediche generali e specialistiche nella cura delle patologie e nella gestione dei casi clinici a

complessità variabile sia in elezione che in situazioni critiche e di emergenza.

Programma di Formazione

Il programma di formazione delle Scuole di Specializzazione prevede la frequenza continuativa da parte del medico in formazione all'interno dell'Unità Operativa di pertinenza ed in quelle delle discipline affini. Il medico in formazione è esposto direttamente al confronto con il paziente, è direttamente coinvolto nel processo decisionale diagnostico-terapeutico, è spesso chiamato ad assolvere compiti complessi quali procedure invasive in assenza di un preliminare processo di apprendimento standardizzato e sottoposto ad adeguate verifiche. L'attività clinica del medico in formazione prevede la supervisione teorica ed il feedback da parte di un tutor non costantemente né necessariamente presente durante tutto il periodo di svolgimento della stessa, la sua attuazione è prevalentemente subordinata alla preparazione teorica del medico, al grado di esposizione qualiquantitativa alle situazioni cliniche ed alle procedure diagnostiche e terapeutiche e certamente per le discipline chirurgiche alla possibilità di coinvolgimento diretto nella esecuzione di interventi chirurgici a complessità crescente.

Integrazione della Simulazione

La formazione medica basata sull'esercizio delle competenze direttamente sul paziente è, per motivi etici e di efficacia di apprendimento, spesso problematica e limitata. La competenza e l'abilità nell'esecuzione di procedure complesse e/o invasive richiede la conoscenza teorica e l'addestramento pratico che non è possibile condurre sul paziente in condizioni di assenza di rischio. L'integrazione della *simulazione di task-training* nel processo di formazione dello specialista consente l'esercizio dedicato e guidato all'esecuzione di procedure complesse che possono essere effettuate in condizioni di totale rispondenza con la realtà ed in assoluta assenza di rischio per il paziente.

L'integrazione della *simulazione di scenari clinici* nel programma di formazione dello specialista rappresenta un'opportunità di esperienza diretta di management dei casi clinici. Il discente è esposto a situazioni a complessità clinica variabile laddove lo svolgimento dello scenario implica l'attuazione delle dinamiche di relazione e delle competenze tecniche analogamente alla vita reale.

Lo scenario clinico simulato è il contesto ideale per:

1. la standardizzazione delle azioni mediche nella gestione delle emergenze in condizioni di assenza di rischio per il paziente;
2. la definizione di algoritmi gestionali che vengono meglio recepiti ed assimilati con l'interattività.

La conoscenza conseguita attraverso la simulazione è basata sull'apprendimento interattivo, rispondente ai requisiti di apprendimento dell'adulto, ed è sostanziata dall'analisi a confronto e dalla critica costruttiva che associati alla revisione delle

proprie azioni contribuiscono a rendere fluido e deciso il percorso diagnostico-terapeutico nella pratica clinica reale.

La Simulazione nella Formazione del Medico di Medicina Generale

Identificazione degli obiettivi formativi

Obiettivo del programma teorico-pratico triennale di formazione del medico di medicina generale è il conseguimento delle capacità cliniche, metodologiche, relazionali e organizzative per la gestione del paziente, secondo quanto previsto dalle Linee Guida WONCA 2002. La preparazione clinica è trasversale alle diverse discipline specialistiche della medicina, ma reinterpretata alla luce dell'esperienza della medicina generale.

Al medico di medicina generale è richiesta la capacità di relazionarsi al paziente, interpretare la sua domanda e utilizzare le sue competenze cliniche per la corretta ed efficace gestione del caso.

Competenze inoltre sempre più rilevanti sono anche quelle manageriali, che mettano in grado il medico di operare efficacemente entro le AFT (associazioni funzionali territoriali) recentemente introdotte in Toscana, ambulatori integrati multidisciplinari operativi 24h, che porteranno un grande cambiamento nell'assistenza erogata ai cittadini e quindi anche nelle attività del medico di MG.

Programma di Formazione

Il programma di formazione regionale è attualmente articolato, su base triennale, per la parte teorica, in seminari e sessioni di confronto con i docenti e i coordinatori (680 ore), integrati da sessioni di ricerca (110 ore), per complessive 1200 ore nel triennio. La parte pratica, invece, di 3600 ore complessive, si articola in periodi di tirocinio che vanno dai 6 mesi + 6 mesi presso un medico di medicina generale (tutor) alle strutture distrettuali delle ASL (6 mesi), alle unità di chirurgia generale (3 mesi) e Pronto Soccorso (3 mesi), alla Medicina interna (6 mesi), alla pediatria (4 mesi) e ginecologia-ostetricia (2 mesi).

Integrazione della Simulazione

Il valore aggiunto che la simulazione può portare alla formazione del medico di medicina generale è indubbiamente molto alto e consente di sperimentare o di reinterpretare, in un ambiente diverso e con strumentazione diversa, le esperienze cliniche e relazionali che il medico si trova ad affrontare durante le fasi pratiche del suo percorso. L'approccio con il paziente, l'interpretazione della domanda e la sua gestione, gli esami clinici, la presa in carico e/o l'informazione sono momenti tipici della esperienza del medico di MG e sono tutti momenti che possono essere supportati da un'attività in simulazione.

Per integrarla nel tirocinio, è necessario sviluppare/acquistare software specifici per la medicina generale, metterli a disposizione dei docenti e soprattutto dei coordinatori, il ruolo più indicato per gestirne l'interazione con le esperienze concrete vissute dai

medici durante le attività pratiche, individualmente e in gruppo: in pratica si tratta di avviare un nuovo ambiente formativo, accanto a quelli consolidati della pratica e della teoria, che attinge da entrambi e che può contribuire ad arricchirli entrambi.

La Simulazione nella Formazione di Personale Sanitario Infermieristico

Identificazione degli obiettivi formativi

Obiettivo della formazione del personale infermieristico è l'acquisizione di competenze tecniche specifiche ed in ambito assistenziale generale. L'infermiere ha il compito di individuare i bisogni di assistenza infermieristica della persona, di erogare interventi efficaci e di inserire il proprio operato all'interno di un intervento multidisciplinare.

La formazione deve garantire la preparazione di personale competente, in grado di assumersi piena responsabilità della qualità dei servizi forniti e di prendere decisioni adeguate e diversificate per ogni assistito personalizzando l'assistenza infermieristica. Obiettivo principale dell'assistenza professionale infermieristica è infatti la centralità della persona assistita.

Programma di Formazione

La Laurea in Infermieristica consente allo studente di conseguire conoscenza e padronanza di metodi e contenuti scientifici generali per l'assistenza e la cura del paziente. La Laurea in Scienze Infermieristiche fornisce altresì allo studente una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata complessità.

Integrazione della Simulazione

L'integrazione della simulazione nei programmi di formazione infermieristica convenzionali rappresenta l'opportunità di training individuale per procedure strumentali invasive dalla venopuntura alla cateterizzazione del paziente con la possibilità di esercitarsi un numero indefinito di volte in condizioni di assoluta assenza di disagio e/o rischio per il paziente.

La simulazione di scenari clinici complessi consente inoltre di creare e migliorare le dinamiche di interazione infermiere-medico, infermiere volontario e infermiere-medico-volontario-paziente attraverso l'adeguamento della distribuzione dei ruoli e lo svolgimento dei compiti assistenziali nel rispetto delle competenze.

La simulazione nella formazione del personale delle professioni sanitarie

Identificazione degli obiettivi formativi

Obiettivo della formazione del personale sanitario è l'acquisizione di competenze tecnico specifiche ed in ambito assistenziale generale. Il professionista sanitario ha il compito di individuare i bisogni di assistenza della persona, di erogare interventi efficaci e di inserire il proprio operato all'interno di un intervento multidisciplinare. La formazione deve garantire la preparazione di personale competente, in grado di assumersi piena responsabilità della quali-

tà dei servizi forniti e di prendere decisioni adeguate e diversificate per ogni assistito personalizzando l'assistenza in relazione alla specificità professionale. Obiettivo principale dell'assistenza è infatti la centralità della persona assistita.

Programma di formazione

Le lauree delle professioni sanitarie consentono agli studenti di conseguire conoscenza e padronanza di metodi e contenuti scientifici generali e particolari per l'assistenza e la cura del paziente. La laurea fornisce altresì agli studenti una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata complessità.

Integrazione della simulazione

L'integrazione della simulazione nei programmi di formazione convenzionali rappresenta l'opportunità di training individuale per procedure strumentali e/o manuali con la possibilità di esercitarsi un numero indefinito di volte in condizioni di assoluta assenza di disagio e/o rischio per il paziente. La simulazione di scenari clinici complessi consente inoltre di creare e migliorare le dinamiche di interazione fra professionisti, volontari e paziente/i attraverso l'adeguamento della distribuzione dei ruoli e lo svolgimento dei compiti assistenziali nel rispetto delle competenze.

La simulazione nella Educazione Continua in Medicina (ECM)

Identificazione degli obiettivi formativi

Gli obiettivi della formazione continua degli operatori sanitari corrispondono alla necessità professionale di aggiornamento e revisione delle competenze e delle "abitudini" operative condizionate dal sistema e dalle realtà individuali.

Programma di Formazione

Il sistema di Educazione Continua in Medicina riconosce modalità diverse per l'acquisizione e l'aggiornamento delle competenze: dalle lezioni frontali, alle comunicazioni in Congressi, Convegni, Seminari, ma anche la formazione a distanza, gli stage e i tirocini.

In questo contesto si inserisce a pieno titolo la simulazione come modalità formativa che consente la revisione delle conoscenze tecniche e delle modalità di applicazione nella pratica clinica delle stesse attraverso il role-playing, così come la familiarizzazione con modalità diagnosticoterapeutiche non abituali e/o innovative non apprese nel corso degli studi, ma anche il miglioramento delle dinamiche di lavoro in team attraverso un'appropriata definizione dei ruoli e distribuzione dei carichi di lavoro.

Integrazione della Simulazione

Ai professionisti della sanità è richiesto un elevato grado di conoscenza e di competenza tecnica, la "non conoscenza" e/o l'omissione di pratiche diagnostiche e terapeutiche, qualora vi sia l'indicazione, configurano responsabilità specifiche.

Le attività di medici, infermieri e professionisti sanitari spesso si svolgono in condizioni di stress emotivo ed in situazioni di emergenza ad elevata complessità laddove il "fattore umano" è il principale determinante dell'errore in medicina. L'integrazione della simulazione nei percorsi di aggiornamento degli operatori sanitari rappresenta un'opportunità di perfezionamento delle conoscenze e delle competenze e di "correzione" di eventuali modalità operative non ottimali. La simulazione consente inoltre l'educazione all'identificazione ed all'analisi del comportamento umano in condizioni critiche e di stress emotivo attraverso la modalità di individuazione sistematica delle variabili "non tecniche" che concorrono al compimento di un'azione e che contribuiscono a configurare il "fattore umano".

A questo riguardo particolare importanza riveste la "simulazione in situ". Questa modalità di simulazione è definita come "simulazioni che avvengono nel reale ambiente di lavoro e che coinvolgono personale medico ed infermieristico che normalmente lavorano insieme" ed offre le più alte garanzie per un miglioramento dell'assistenza ai pazienti reali, focalizzandosi sia sulle conoscenze tecniche che sui fattori umani.

3. LA RETE REGIONALE DEI CENTRI DI SIMULAZIONE

Al fine di organizzare un'offerta formativa che risponda ai bisogni sia del personale in formazione che dei professionisti, ponendosi su elevati livelli di qualità valorizzando al meglio le caratteristiche della simulazione sopra riportate, nonché le esperienze e le competenze maturate nelle strutture accademiche ed ospedaliere della Toscana, è necessario definire l'assetto della rete ed i requisiti dei centri di simulazione.

La rete dovrebbe crescere a partire dalla ricognizione e valutazione delle strutture esistenti e del personale che ha sviluppato competenze specifiche nel campo della simulazione, con il coordinamento del gruppo di lavoro regionale istituito con specifico atto regionale.

Successivamente, la programmazione ed erogazione dei corsi d'interesse strategico regionale avverrà con il supporto del Formas, seguendo le indicazioni della Commissione Regionale per la Formazione, le priorità del Piano Sanitario Regionale e gli indirizzi degli organi di Governo Clinico regionali.

I criteri per la programmazione includeranno: l'analisi del bacino ottimale di utenza, i volumi di attività, la frequenza e severità degli eventi avversi, la domanda di formazione accademica di base e le risorse disponibili. Per la raccolta e l'elaborazione di tali dati il Formas si avvarrà delle strutture regionali competenti indicate dalla Legge Regionale 40 del 2005.

4. REQUISITI DELLA FORMAZIONE IN SIMULAZIONE E DEI CENTRI DI SIMULAZIONE

È possibile proporre una rete di formazione regionale tramite simulazione che preveda:

- formazione di primo livello:
 - Per la formazione di primo livello prevalentemente rappresentata dalla necessità di acquisire technical skills o percorsi certificativi secondo le linee guida delle principali società scientifiche nazionali ed internazionali, le Aziende Sanitarie Toscane definiscono dei percorsi formativi da inserire nei piani aziendali di formazione. Per questa attività le

Aziende Sanitarie Toscane devono impiegare formatori certificati e criteri di individuazione dei fabbisogni e di organizzazione dell'offerta in modo integrato rispetto ai propri bacini di utenza condividendo, laddove è possibile, le risorse umane e tecnologiche.

- formazione di secondo livello da svolgersi presso centri di formazione accreditati dalla Regione Toscana secondo specifici requisiti, che di seguito elenchiamo:

Requisiti del soggetto richiedente

Requisito	Criterio	Evidenza	Indicatore
Affidabilità	La formazione deve essere prevista nella mission del Centro	Provvedimento di istituzione del Centro	
Esperienza in formazione	Il Centro svolge in modo continuativo formazione in simulazione coerente alla mission dichiarata nel provvedimento di istituzione del Centro	L'evidenza va ricercata nella relazione annuale sulle attività formative svolte nel triennio precedente	Nr. di progetti formativi Nr. di edizioni Nr. di partecipanti (distinti per profilo)

Requisiti della struttura formativa

Requisito	Criterio	Evidenza	Note	Indicatore
Struttura organizzativa specifica	Presenza di personale qualificato e organizzato in coerenza all'affidamento di responsabilità	Organigramma e funzionigramma del Centro	Il documento può essere un atto dell'Azienda o dell'Università oppure un riconoscimento nell'ambito di gestione dell'Azienda	Presenza di un documento ufficiale che formalizza l'organigramma del Centro
Organizzazione del Centro di simulazione	Presenza di un direttore del Centro	Responsabilità sui progetti formativi		Nr. di progetti di cui è responsabile/totale progetti erogati
	Il centro deve disporre di un albo di facilitatori/istruttori con specifici requisiti formativi	Albo degli istruttori certificati		Presenza di un documento che attesti l'Albo degli istruttori certificati
Sede, strutture e attrezzature	Disponibilità di sedi locale/i in proprietà, locazione o convenzione che rispettino le norme in tema di sicurezza e prevenzione coerenti con l'attività programmata. Possibilità di effettuare "simulazioni in situ"	– presenza di un locale dedicato alla simulazione con regia separata e sistema di registrazione audio-video – una sala per lezioni frontali – una sala per debriefing		Pianta del centro di simulazione
	Tecnologia disponibile e relativo piano di manutenzione	Descrivere la tipologia del/dei simulatore/i e il grado di complessità	Sala tecnica	Inventario e relativo piano di manutenzione dell'attrezzatura disponibile
Gestione e archiviazione dati	Esistenza di un sistema informatico di gestione e archiviazione dati	Documentazione di tipo descrittivo del sistema informatico		Possibilità di conteggiare nel triennio 2009-2011 le attività svolte, il numero degli operatori coinvolti, il numero dei crediti erogati
	Il sistema deve garantire la trasparenza e la pubblicità dell'offerta formativa	Presenza dell'offerta formativa sul sito web, sito intranet, sito/i di altre istituzioni territoriali. Eventuali convenzioni con Enti e istituzioni esterni all'Azienda		

Requisiti dell'offerta formativa

Requisito	Criterio	Evidenza	Indicatore
Rilevazione e analisi dei fabbisogni formativi	Esistenza di procedure di rilevazione del fabbisogno coerenti con le caratteristiche del centro	Procedura sulle modalità di rilevazione e criteri di analisi del fabbisogno	Presenza di una procedura secondo i criteri dell'accreditamento dei provider
Progettazione, Erogazione, valutazione	Esistenza e applicazione di procedure strutturate che garantiscano la qualità del progetto, il processo di erogazione, il gradimento dei partecipanti, il raggiungimento degli obiettivi di apprendimento	Modulistica per rilevazione presenze, gradimento, apprendimento	Relazione finale del progetto con valutazione del raggiungimento degli obiettivi
Requisiti tecnico professionali dei docenti/formatori	Il Centro deve disporre di un Albo di istruttori certificati a seconda della tipologia dei percorsi formativi	Certificazione internazionale o altra certificazione specifica per percorsi individuati	CV e certificazioni di organismi internazionali, nazionali o regionali

5. RICERCA

I maggiori centri mondiali di simulazione medica affiancano una costante attività di ricerca all'attività formativa. Tale lavoro di ricerca è dettato dall'esigenza di mettere a punto strumenti e procedure, nonché la valutazione dell'efficacia dei vari programmi di training poiché, nonostante ci sia una aumentata sensibilità nei confronti del problema della sicurezza dei pazienti da perseguire anche tramite programmi di simulazione, per molte specificità mediche non esiste ancora una standardizzazione di queste metodiche di training.

La simulazione basata su un elevato supporto tecnologico offre potenzialmente l'opportunità di un apprendimento "attivo":

- in un ambiente privo di rischi;
- dove è possibile strutturare delle situazioni in cui l'individuo può mettere in atto le proprie conoscenze tecniche ed abilità non tecniche di lavoro in team;
- dove esiste la possibilità di esaminare le proprie prestazioni, di riflettere criticamente sugli errori e sui successi, per metterli poi a frutto nell'esperienza quotidiana.

A prima vista una tale modalità di insegnamento sembra indubbiamente superiore ai metodi classici, ma tale superiorità non è allo stato attuale supportata da solidi dati scientifici. La bibliografia sull'argomento è, negli ultimi anni, in continua espansione, ma resta la necessità di documentare ulteriormente l'efficacia dell'apprendimento mediante simulazione sia delle competenze tecniche che non-tecniche e la reale ricaduta di tale apprendimento sulla sicurezza dei pazienti, con una non marginale attenzione al rapporto costo-beneficio.

Inoltre, per quanto concerne le technical skills, in commercio sono disponibili vari simulatori per molte specialità, ma il campionario non copre tutte le esigenze, poiché non sono state ancora completate tutte le tipologie di procedura e, a volte,

i simulatori disponibili non offrono un'adeguata simulazione della morfologia e delle funzionalità.

Tutte le fasi della realizzazione di ciascun simulatore, dalla scelta dell'ambito di training a cui destinarlo, alla progettazione, all'implementazione, ai primi test, fino alla validazione devono essere portate avanti da un team quanto più possibile multidisciplinare che comprenda tutte le figure mediche coinvolte nell'esecuzione delle procedure per le quali il simulatore è destinato. Per questo motivo è auspicabile che alcuni centri di simulazione si occupino anche della realizzazione dei simulatori.

Sarà pertanto necessario sviluppare dei trials di ricerca con le seguenti finalità:

- stesura e validazione di programmi formativi da inserire nei curricula di studenti universitari, specializzandi e professionisti, attraverso studi prospettici randomizzati;
- identificazione, mediante simulazione o analisi di situazioni reali, delle principali carenze nell'applicazione dei protocolli e nel lavoro di team;
- confronto dell'efficacia di varie modalità logistiche di simulazione (nel centro di simulazione o in situ, soggetti operanti nello stesso team nella vita reale oppure partecipanti casualmente assortiti, documentazione del valore aggiunto della multiprofessionalità);
- elaborazione di programmi di addestramento nelle technical e non-technical skills, con valutazione pre- e post-simulazione e scelta di adeguati end-point clinici per valutare la ricaduta dell'apprendimento sulla pratica clinica quotidiana;
- elaborazione di strumenti valutativi che utilizzando scenari simulati consentano la valutazione delle performance sia personali che del team;
- valutazione e sviluppo di nuove metodiche e tecnologie da introdurre nei programmi formativi.

Turba medicorum

ANTONIO PANTI

E' un antico adagio: *turba medicorum mors certa*. Non è così. Il miglior picco di salute in Italia si è raggiunto dopo gli anni Ottanta del secolo scorso, quando il numero dei medici era il più alto del mondo. Forse per questo sussistono molte preoccupazioni perché nei prossimi anni questo numero decreterà; i pensionati, laureati prima dell'introduzione del numero chiuso, sono assai di più degli attuali aspiranti. Perciò è stato chiesto un incremento delle iscrizioni che il Ministero ha aumentato di circa il 20%. Gli effetti, tuttavia, si avranno tra molto tempo. Nel nostro sistema i medici si stabilizzano dopo sei anni di università e almeno cinque di specializzazione o tre di formazione in medicina generale.

Già oggi è difficile coprire alcuni posti: mancano i medici? O non esiste correlazione tra i numeri delle specializzazioni e le esigenze della sanità? Tuttavia i giovani medici lamentano carenza di lavoro o, peggio, l'offerta di occupazioni poco retribuite e scarsamente gratificanti, in pratica più adatte a lauree meno qualificate. Le graduatorie della medicina generale sono lunghissime e i tempi di attesa per un concorso pubblico spesso estenuanti. E quando si andrà in pensione? Maggiore stabilità per gli anziani o più posti di lavoro per i giovani? E il blocco del *turn-over*? E i contratti fermi da anni? I più anziani lamentano che alcuni rimangono "facenti funzione" per anni. Altri temono che la riorganizzazione del servizio sanitario sottragga loro lavoro affidandolo ad altri professionisti della sanità, infermieri, psicologi, biologi, ostetriche e così via. Insomma un mercato del lavoro confuso e contraddittorio.

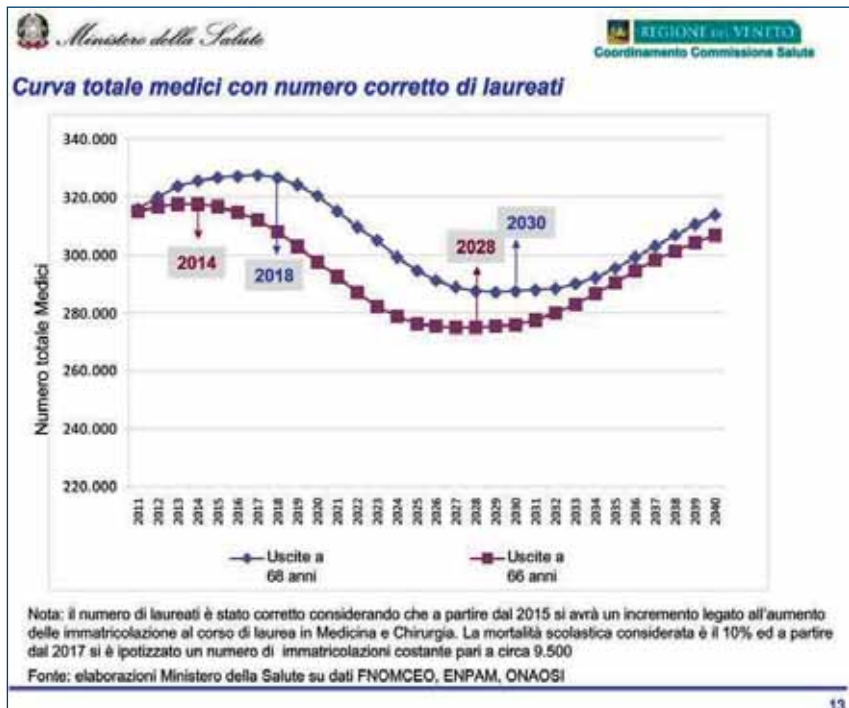
Il problema è duplice, sindacale e professionale. Dal punto di vista sindacale affrontare le questioni occupazionali settore per settore consente all'amministrazione di attuare la tecnica del carciofo, cioè di togliere occupazione foglia per foglia. Le organizzazioni mediche dovrebbero pensare una strategia unitaria. Ora che anche la medicina generale prevede un sorta di sviluppo di carriera i problemi occupazionali sono connessi in un'unica questione di gestione delle risorse umane, in particolare di fronte al problema delle incompatibilità e dei criteri di accesso. Le carriere non possono iniziare con un incerto precariato e sfociare in altrettanta insicurezza. Sicuramente avrebbe successo una programmazione unitaria, anche della formazione. Quanti medici occorrono ora e quanti ne

occorreranno nei diversi settori, prevenzione, clinica, riabilitazione, organizzazione sanitaria, ricerca, servizi?

Sul piano professionale incombono almeno due questioni. Di fronte a una professionalizzazione sempre più "riduzionista", in cui le competenze si suddividono con l'esplosione delle nuove tecniche, dobbiamo mantenere l'attuale rigidità nell'equazione formazione, titolo, esercizio professionale, o piuttosto riflettere su una maggiore elasticità? Se il medico si professionalizza nel servizio quando assumerlo, dopo la laurea o dopo la specializzazione, e si debbono prevedere trasversalità interdisciplinari? Insomma il conferimento e il mantenimento del titolo deve rimanere del tutto esterno al servizio?

Il secondo problema riguarda i rapporti con le altre professioni sanitarie. Il medico deve occuparsi delle prestazioni complesse, della diagnosi e della *leadership* del percorso assistenziale, ma ogni professionista deve aumentare il cut off delle proprie competenze e sapersi adeguare alle innovazioni, sempre più complesse e sofisticate. Ci sono compiti affidati ora a medici, forse per ragioni di mercato del lavoro, che debbono essere rifiutati, semplicemente perché la preparazione loro risponde a ben più ardue domande.

La diminuzione del numero dei medici non è una iattura (non sempre il numero fa la forza), piuttosto potrebbe essere una buona occasione per riaffermare, anche dal punto di vista economico e della realtà del mercato del lavoro, il ruolo professionale del medico nel complesso sistema sanitario moderno. **TM**





Elettra Pellegrino, laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Palermo, attualmente specializzanda in Igiene e Medicina Preventiva e al 4° anno presso l'Università degli Studi di Firenze.

Compilazione della cartella clinica nell'Ospedale San Giovanni di Dio

Un esempio positivo nell'U.O. di Medicina

La cartella clinica ha lo scopo di garantire una raccolta organica e puntuale dei dati attinenti ad ogni singolo ricovero; ha la funzione di base informativa, di consentire la tracciabilità documentale per le diverse attività svolte, di facilitare l'integrazione di competenze multiprofessionali nel processo diagnostico-terapeutico, di fonte informativa e formativa. Il fine ultimo della cartella clinica è la tutela del paziente, ma anche degli operatori che agiscono e dell'Azienda che eroga l'assistenza. È importante studiare l'area documentale alla luce delle esigenze di una buona governance e per questo a livello documentale le prestazioni effettuate devono trovare un riscontro effettivo e puntuale; l'Art. 23 del Nuovo Codice di Deontologia Medica afferma che "la cartella clinica deve essere redatta in modo chiaro, con puntualità e diligenza nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e deve contenere, oltre ad ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica ed al suo corso, le attività diagnostiche terapeutiche praticate". L'importanza è sicuramente medico-legale, per sostenere nelle controversie con l'utenza la tesi a favore della correttezza del comportamento sanitario. È fondamentale considerare anche il principio del Risk Management, per cui si apprende dall'errore o dai comportamenti rischiosi che avrebbero potuto provocare un danno.

Nell'esperienza all'interno dell'Ospedale San Giovanni di Dio, abbiamo considerato i dati sulla cartella clinica raccolti durante l'anno 2012, analizzando quelli riguardanti l'area medica del periodo maggio-settembre. Sono state campionate 219 cartelle cliniche; considerando il numero di ricoveri da Maggio a Settembre 2012 (1338) e il numero di

cartelle cliniche campionate, abbiamo effettuato un campionamento del 16%. Mentre nel 2011 è stata utilizzata una griglia di rilevazione standardizzata da noi elaborata, nel 2012 è stata utilizzata la scheda regionale di valutazione qualità della cartella clinica in base alla delibera

della Regione Toscana n. 697 del 1/8/2011. Per il 2012 la scheda prevede item simili a quelli del 2011, anche se va meno nello specifico:

1. presenza, diagnosi e concordanza fra diagnosi in cartella e diagnosi nella SDO;
2. concordanza fra procedure in cartella e procedure nella SDO;
3. indicazione sul motivo del ricovero;
4. anamnesi medica completa;
5. esame obiettivo esauriente;
6. interventi o procedure mancanti (trasfusione, tracheotomia, biopsia, ventilazione invasiva, NPT PEG ...);
7. chiarezza ed aggiornamento della stesura del diario clinico medico ed infermieristico;
8. consenso informato per trattamenti terapeutici e diagnostici (esami diagnostici invasivi, interventi chirurgici, anestesia, trasfusioni);
9. presenza e corretta compilazione scheda terapeutica unica (STU);
10. presenza rilevazione dolore (scala VAS);
11. presenza e corretta compilazione della lettera di dimissione.

I risultati del 2012 indicano un miglioramento nella compilazione della cartella clinica rispetto al 2011. Evidenziamo una concordanza fra diagnosi in cartella e diagnosi della SDO del 100% e una concordanza tra procedure in cartella e procedure della SDO del 100%. Il **motivo del ricovero**

ELETTRA PELLEGRINO¹,
ANTONELLA ALESSANDRI²,
ALBERTO APPICCIAFUOCO³, SIMONE NALDINI²,
SARA BRUGNOLI², SILVIA GUARDUCCI¹,
VEGA CECCHERINI¹

¹ Medico specializzando in Igiene e Medicina Preventiva Università degli Studi di Firenze

² Direzione Sanitaria Ospedale San Giovanni di Dio Firenze

³ Direttore Sanitario Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio Firenze

è sempre indicato nel foglio di ricovero, nel diario medico oppure nella documentazione di valutazione all'ingresso.

Nel 2011 la **SDO** era compilata correttamente e completa di diagnosi, procedure e firme dei medici solo nel 67% delle cartelle esaminate; nel 2012 la SDO è presente e firmata nel 94% delle cartelle.

L'**anamnesi** e l'**esame obiettivo** sono comunemente presenti e completi (a differenza dei dati del 2011 che ci dicono che l'anamnesi è esauriente nell'86% dei casi e l'esame obiettivo è completo nel 73% dei casi); i **diari medici** e **infermieristici** sono sempre presenti, completi e firmati.

Le **procedure (trasfusione, tracheotomia, biopsia, ventilazione invasiva, NPT PEG)** sono sempre presenti, tranne che nel caso della procedura trasfusionale, talvolta assente (4% dei casi); nel 2011 il gruppo trasfusionale valutato insieme al **consenso informato** nel 2012, se applicabile è presente, datato e firmato nel 48% dei casi (14 cartelle cliniche), presente, datato ma non firmato nel 14% dei casi (4 cartelle cliniche); è assente nel 24% dei casi (7 cartelle cliniche). Bisogna ancora fare maggiore attenzione al consenso informato (Figura 1).

La **scheda terapeutica unica** è presente, come nel 2011, nel 98% delle cartelle.

Nel 2012 la rilevazione del dolore mediante la

scala di **valutazione VAS** è presente nel 98% delle cartelle, contro il dato del 2011 che diceva che era presente solo nel 50% delle cartelle.

Nel 2011 la **lettera di dimissione** completa e firmata era presente nel 49% delle cartelle, assente nel 3% e presente ma non firmata nel 45% dei casi; nel 2012, nel nostro campione, è presente, firmata e datata nel 95% delle cartelle, assente nel 5% dei casi (Figura 2). La sintesi del decorso clinico del paziente è presente nella lettera di dimissione nel 93% dei casi.

La principale criticità emersa è la mancanza della possibilità di uno studio approfondito sulla compilazione della cartella clinica, che risulta per quest'anno meno dettagliato; infatti il superamento dei limiti del sistema potrebbe aiutarci a fare una migliore rilevazione dei dati.

La condivisione e discussione dei risultati e delle misure migliorative dello scorso anno ha portato ad un miglioramento qualitativo della compilazione della cartella clinica per l'anno 2012.

La completezza della cartella clinica deve riguardare ogni sua parte, senza arbitrarie omissioni. Infatti, ogni annotazione o omissione assume importanza sia come elemento costitutivo della colpa, sia nella formulazione di un giudizio complessivo sulla qualità dell'assistenza sanitaria prestata.

TM



Figura 1 - Consenso informato per trattamenti terapeutici e diagnostici.

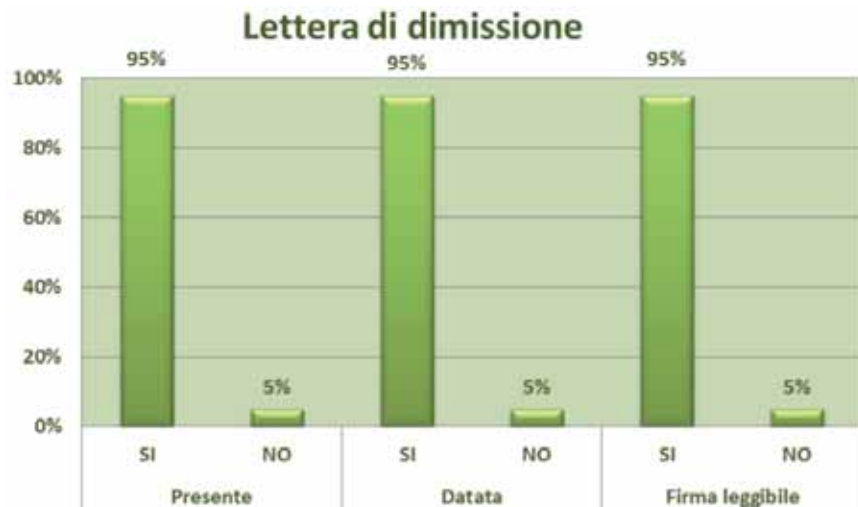


Figura 2 - Caratteristiche lettera di dimissione.



Stefania Pisano, si è laureata nel 2005 a Firenze e specializzata in Arteterapia nel 2011 presso il Centro Ricerche Europeo Terapie Espressive. Dal 2007 collabora con il Gruppo di Studio degli Aspetti Nutrizionali e Comportamentali dell'Adolescenza di Firenze. Dal 2010 è Socio Aderente della Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza.

Arteterapia in un'adolescente con disturbi del comportamento

L'arteterapia è un insieme di metodiche inquadrabili in diverse aree concettuali (psicoanalitica, cognitivista, relazionale ecc.) finalizzate alla promozione umana con scopi riabilitativi, psicopedagogici, psicoterapeutici e preventivi di qualunque forma di disagio psicosociale, che prevedano l'uso sistematico di pratiche artistiche grafico-plastico-pittoriche.

L'arteterapia, che coniuga il linguaggio dell'arte con il linguaggio psicologico, si è sviluppata in seguito ai progressi della ricerca medica in farmacologia negli anni '50, che lasciavano intravedere nuove prospettive di cura nella psichiatria. In quegli anni l'arteterapia, ha conosciuto un intenso periodo di ricerche e riflessioni: ha riunito e assimilato sia i concetti della psicoanalisi, della psicomotricità, della psicopatologia, della psicosociologia, aprendo, inoltre i propri orizzonti ai metodi utilizzati dai grandi artisti dell'epoca contemporanea quali i fondatori dell'arte astratta, dell'arte gestuale e i macchiaioli.



Figura 1

Caso clinico

Arteterapia individuale a tempo breve (16 sedute)

Ylenia di 12 anni, è una adolescente con sospetta sindrome di autismo che presenta disturbi del linguaggio; si esprime, il più delle volte, pronunciando solo la parte finale delle parole. Ylenia fatica a relazionarsi con i suoi coetanei anche perché il gruppo tende ad isolarla a causa delle sue difficoltà di linguaggio.

STEFANIA PISANO

Arteterapeuta - Firenze
Gruppo di Studio di Medicina dell'Età Evolutiva
(Coordinatore Prof. Fabio Franchini)

L'équipe clinica che segue Ylenia è composta da un neuropsichiatra infantile, una logopedista e un'educatrice. All'interno del gruppo di

lavoro si suggerisce l'arteterapia.

Le sedute con Ylenia

In ogni seduta, come in un rituale, Ylenia sceglie tre ciotoline (sempre le stesse - Figura 1) e versa i colori a tempera ottenendo tre diverse tonalità: un colore scuro, spesso nero, un colore dalla tonalità intermedia, un colore chiaro. Le prime immagini sono eseguite sempre con le tempere.

Durante le prime sedute, Ylenia sceglie immagini di figure fotocopiate (disegni usati solitamente per i bambini piccoli, allo scopo di insegnare loro a colorare entro i contorni della figura); i primi disegni sono di colore scuro: marrone, grigio, nero (Figura 2) e il formato dei fogli è sempre piccolo.

Il bisogno di meccanicità e ripetizione è fondamentale poiché qualsiasi cambiamento è estremamente ansiogeno. Le immagini prodotte durante un incontro di arteterapia talvolta riflettono questi bisogni e tendono ad essere estremamente ripetitive.

Durante il succedersi delle sedute, in questo processo di terapia, ho riscontrato i seguenti cambiamenti e miglioramenti:

- aumento della creatività e una migliore capacità di esprimersi attraverso i materiali artistici (Figura 3): colori a tempera (dipinti dai colori più chiari), utilizzo di fogli, bianchi e colorati, di vario formato, utilizzo di più tecniche artistiche (Figure 4-5): acquerelli, collage e pastelli a cera;



Figura 2

- una migliore integrazione nel gruppo dei coetanei;
- miglioramento del linguaggio (confermato dagli operatori).

Conclusioni

I bambini e gli adolescenti che mostrano segni di disturbi emotivi o comportamentali, manifestano il loro disagio in diversi modi, ma generalmente risulta da un comportamento notevolmente disturbato o ritirato, da attività ossessive o compulsive, da reazioni ritualistiche o fobiche.

In molte situazioni, la manipolazione del materiale artistico attiva una possibilità di relazione fino ad allora sconosciuta. Si apre una partecipazione sensoriale che amplia il mondo chiuso in cui molte persone vivono, sia esso un ritiro autistico che definisce la loro patologia, o un aspetto di un disagio psicofisico o di un ritardo generale dello sviluppo. Nelle sindromi autistiche o nelle disabilità, l'arteterapeuta ricerca un mezzo attraverso



Figura 4



Figura 3

cui accostarsi al paziente e stimolare l'apertura verso il mondo esterno con un inizio di curiosità.

Il materiale artistico può essere il primo agente di una modificazione del mondo relazionale del paziente. Il paziente autistico si relaziona al materiale cercando quello che gli permette di sperimentare un rapporto adeguato alle sue difese o rispondente ai suoi bisogni.

La ripetizione di disegni sempre uguali nelle loro forme, da una parte rassicuranti ma dall'altra indicativi di un mondo chiuso e isolato, può cessare solo se l'arteterapeuta entra a far parte di quel mondo, ne esplora i confini, i colori e i movimenti delle linee. *Questo incontro fra terapeuta e paziente nel mondo stereotipato dei disegni apre un varco attraverso cui apportare piccoli cambiamenti nel mondo del paziente, sia a livello affettivo che nei confronti delle capacità rappresentative.* Lo strumento dell'arte offre al paziente un'opportunità di esplorazione non verbale in un ambiente protetto e contenitivo.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: stefaniapisano2@virgilio.it

TM



Figura 5



Carlo Pratesi, laureato c/o l'Univ. di FI, è spec. in Chir. Gen., in Chir. Vascolare e in Cardioangiochir. Prof. Ordinario di Chirurgia Vascolare c/o l'Univ. di Firenze. Dal 1996 è Resp. dell'U.O. convenzionata di Chir. Vascolare dell'AO Careggi. Dal 1997 Dir. della Scuola di Spec. di Chir. Vascolare dell'Univ. di FI Docente nel Corso di Laurea in Med. e Chir. c/o numerose Scuole di Spec. dell'Ateneo Fiorentino.

Novità tecnologiche nel trattamento degli aneurismi dell'aorta

INTRODUZIONE

La patologia aneurismatica dell'aorta addominale rappresenta un'entità clinica di sempre maggior riscontro nella popolazione sia per il largo impiego di metodiche di

screening e di diagnostica non invasiva messe in atto nel paziente vasculopatico polidistrettuale che per il progressivo allungamento della vita media della popolazione. La chirurgia tradizionale in elezione, sebbene tecnicamente complessa e stressante per il paziente, presenta oggi risultati eccellenti con una mortalità operatoria compresa tra il 3 ed il 5% ed una sopravvivenza a 5 anni del 60%. Tuttavia la maggior parte dei soggetti portatori di patologia aneurismatica, proprio per il fatto di avere un'età avanzata, spesso sono affetti da multiple comorbilità (cardiache, renali e respiratorie) e sono a maggior rischio di sviluppare complicanze nel decorso post-operatorio. Questi pazienti necessitano pertanto di un ricovero presso un'Unità di Terapia Intensiva per l'assistenza postoperatoria e di una degenza prolungata presso i reparti clinici con conseguente aumento dei costi. Bisogna anche considerare che in alcuni di questi pazienti l'intervento chirurgico può essere controindicato proprio per il loro rischio elevato (Figura 1).

La terapia endovascolare, in queste circostanze, può rappresentare una valida alternativa al trattamento chirurgico tradizionale, offrendo indubbi vantaggi trattandosi di una metodica mini-invasiva che può essere eseguita in anestesia locale o loco-regionale, non richiedendo l'apertura dell'addome ma due limitate incisioni a livello inguinale allo scopo di esporre le arterie femorali, tramite per l'introduzione del materiale endoprotesico all'interno dell'albero vascolare. Questa metodica è associata a minori ripercussioni emodinamiche sul sistema cardiovascolare e quindi ad una ridotta necessità di monitoraggio postoperatorio in Terapia Intensiva, più rapido recupero post-

operatorio ed accorciamento dei tempi di degenza.

A 20 anni dal primo impianto di endoprotesi aortica possiamo affermare che il trattamento endovascolare della patologia aortica, se eseguito in pazienti selezionati con adeguate caratteristiche anatomo-morfologiche e cliniche, rappresenta una valida alternativa al trattamento chirurgico tradizionale e si associa ad una elevata percentuale di successo tecnico e ad una ridotta morbilità. *Trials multicentrici randomizzati (EVAR-1, DREAM, OVER)* hanno ampiamente dimostrato come il trattamento en-

C. PRATESI, A. GUIDOTTI, R. PULLI,
W. DORIGO, A. ALESSI INNOCENTI,
M. ACQUAFRESCA*, A.T. FARGION

Chirurgia Vascolare AOU Careggi
*Radiodiagnostica 4 AOU Careggi

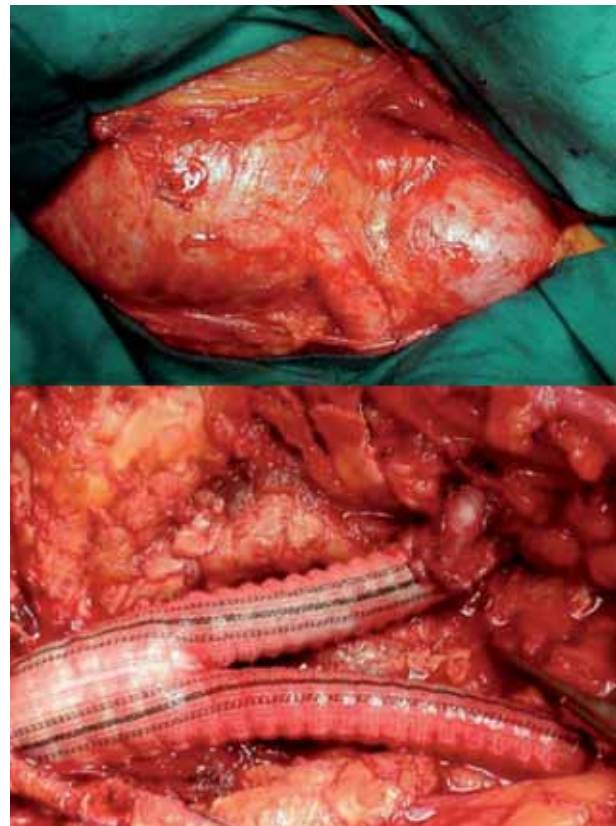


Figura 1

dovascolare sia associato ad una riduzione di 2/3 della mortalità perioperatoria rispetto al trattamento chirurgico convenzionale, oltre che ad un minor tasso di complicanze perioperatorie, di sanguinamenti e necessità di trasfusioni, e ad una riduzione della degenza in terapia intensiva ed ospedaliera e dei tempi di recupero. Alla fine del 2012 sono stati pubblicati sul *New England Journal of Medicine* i risultati a distanza (follow-up massimo di oltre 9 anni) del trattamento endovascolare (EVAR) confrontati alla terapia chirurgica aperta convenzionale (Figura 2). I dati mostrano che anche nel lungo periodo le due metodiche offrono un tasso di sopravvivenza sovrapponibile, con la metodica endovascolare che trae beneficio dalla sua minore invasività nel periodo perioperatorio a discapito di un tasso maggiore di reinterventi, i quali però sono nella grande maggioranza dei casi di tipo endovascolare e solo raramente ($\approx 1\%$) richiedono una conversione con trattamento chirurgico convenzionale (il tasso globale di reinterventi dopo EVAR comunque appare in calo rispetto ai risultati ottenuti nei primi trials con endoprotesi di prima generazione). Conseguentemente in tutti i maggiori centri europei si è verificato un progressivo e costante aumento della percentuale di pazienti trattati con metodica endovascolare. Dati derivanti dall'*EVEM panel registry* (registro europeo per il monitoraggio delle procedure in Chirur-

gia Vascolare) dimostrano come le procedure endovascolari per aneurisma dell'aorta addominale siano quasi raddoppiate negli ultimi 8 anni, con tassi di crescita annua costanti di circa il 10% e con un andamento inversamente proporzionale al trattamento chirurgico classico (Figura 3).

INDICAZIONI

Dal *device* utilizzato da Parodi nel 1991 per il primo intervento di esclusione endovascolare di aneurisma aortico che consisteva in una protesi tubulare retta *home-made* costituita da PTFE con all'estremità prossimale cucito uno stent di Palmaz al fine di garantirne il fissaggio prossimale alla parete aortica, grazie alla continua evoluzione tecnologica ed alla vasta applicabilità di tale metodica a livello mondiale che consente di avere un monitoraggio dei risultati a breve e lungo termine, l'industria ha offerto diverse tipologie e "generazioni" di endoprotesi, ciascuna con caratteristiche proprie, le cui conoscenze sono essenziali al fine di porre una corretta indicazione al trattamento endovascolare. Anche la diagnostica ha seguito l'evoluzione tecnologica che ha portato alla diffusione nel mondo della metodica endovascolare. Infatti se le indagini di I livello come l'ecografia dell'addome o l'ecocolordoppler aortoiliaco sono spesso sufficienti a porre indicazione ad un eventuale trattamento per un aneurisma aorta addominale (AAA), sono le metodiche di II livello che risultano ad oggi fondamentali per eseguire la corretta scelta sulla tipologia di intervento da eseguire nel singolo paziente (Angio-RM con risonanze magnetiche con bobine > 1,5 Tesla o Angio-TC con TC multistrato a 64 detettori offrono immagini con risoluzioni spaziali inferiori al mm che possono essere ricostruite 3D con appositi software per eseguire con precisione tutte quelle valutazioni anatomiche in grado di far optare per un trattamento endovascolare e quindi su quale endoprotesi sia da preferire per quel paziente con quella specifica anatomia). L'adeguata selezione del paziente, mediante esecuzione di indagini strumentali mirate, rappresenta attualmente il principale elemento di successo immediato ed a lungo termine di questa metodica (Figura 4).

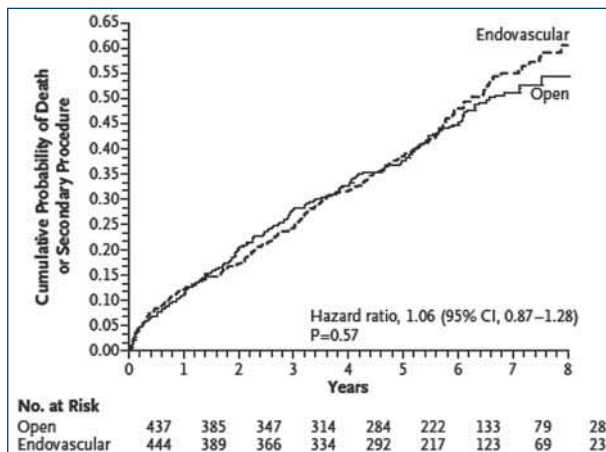


Figura 2

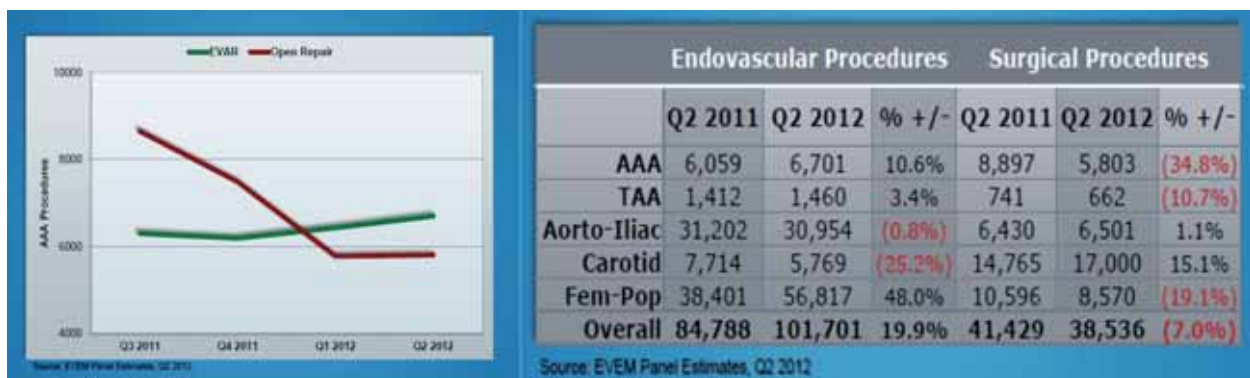


Figura 3

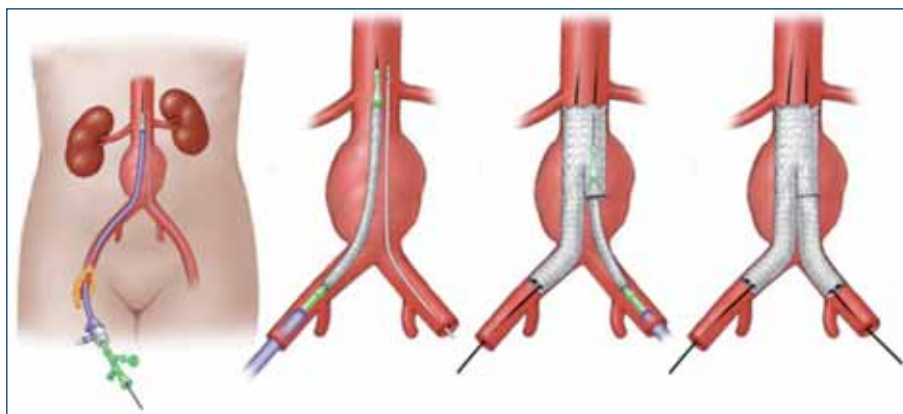


Figura 4

Tra i fattori anatomici, il colletto aortico prossimale è il punto critico nel porre indicazione al trattamento endovascolare. Il colletto deve avere le seguenti caratteristiche:

- lunghezza di almeno 10 mm se retto, almeno 15-20 mm se angolato;
- non deve presentare calcificazioni parietali > del 50 % della circonferenza né trombo superiore a 2 mm (sono accettati restringimenti circonferenziali del 50 % con apposizioni di spessore < o uguale a 2 mm);
- l'angolo del colletto dovrebbe essere < 75° e il diametro < o uguale a 30 mm (diametri maggiori possono provocare la migrazione della protesi).

Un colletto di forma conica con diametro crescente in senso cranio-caudale è un fattore di esclusione. L'impianto di endoprotesi su colletti corti, angolati o affetti da deposizione aterotrombotica aumenta il rischio di distacco con endoleak e probabile rottura. Anche il colletto distale deve possedere caratteristiche precise per poter usare un'endoprotesi. È essenziale che questi parametri siano rispettati scrupolosamente poiché la patologia aneurismatica evolve spesso in senso distale determinando endoleak di tipo I.

Le arterie iliache comuni devono possedere queste caratteristiche:

- lunghezza minima 20 mm;
- lunghezza minima del colletto distale 20 mm;
- angolo aorto-iliaco < 90°;
- diametro > 8 mm ma < 20 mm;
- assenza di gravi stenosi multiple bilaterali;

- assenza di trombi o calcificazioni circonferenziali (poiché sono segno di malattia della parete che può essere fonte di *endoleak* primario di tipo II e di *endotension*).

Le arterie iliache esterne infine devono avere:

- diametro almeno di 6 mm per l'introduzione del catetere principale (18 Fr è il catetere più sottile) e almeno di 4-5 mm per quello secondario (12 Fr è il sistema di branca controlaterale più sottile);
- angoli < 90°;
- assenza di calcificazioni circonferenziali e di tortuosità.

MATERIALI

Le endoprotesi attualmente disponibili sono costituite da uno scheletro metallico (di nitinol, una lega di nichel e titanio autoespandibile particolarmente conformabile, o di acciaio) rivestito da Dacron o PTFE e possono avere tre configurazioni: rette, biforcate e mono-iliache. Quelle più ampiamente utilizzate sono le endoprotesi biforcate, trovando le endoprotesi rette indicazione solo in casi selezionati (aneurismi sacciformi del tratto medio dell'aorta addominale, con buona porzione di aorta sana distalmente). L'impiego delle endoprotesi aorto-mono-iliache è particolarmente indicato in pazienti con anatomia sfavorevole (tortuosità iliaca, occlusione di un asse iliaco, aorta terminale di piccolo diametro) e nel trattamento in urgenza data la maggior facilità e rapidità di impianto. Le endoprotesi biforcate, bimodulari o trimodulari, possono essere ad aggancio soprarenale o sottorenale. Le endoprotesi ad aggancio soprarenale sono



Figura 5

dotate di uno stent scoperto a livello dell'estremità prossimale della protesi, che permette di allungare la porzione di contatto tra protesi e parete aortica, e sono impiegate nel trattamento di aneurismi con colletto prossimale critico, di lunghezza inferiore a 15 mm. Le endoprotesi ad aggancio sottorenale sono prive di questo stent e sono impiegate quindi nel trattamento di aneurismi con colletti lunghi, superiori a 15 mm. Per quanto riguarda invece le branche iliache, per le configurazioni standard, sono state introdotte in commercio branche con configurazione cosiddetta a campana che permettono di adattarsi e di aderire ad arterie iliache di dimensioni ai limiti superiori della norma, fino a 24 mm di diametro (Figura 5).

Nonostante l'ormai ampia diffusione del trattamento endovascolare per la patologia aneurismatica dell'aorta addominale sottorenale la presenza di particolari caratteristiche anatomiche, come un colletto aortico corto, o di patologie aortiche più complesse come gli **aneurismi aortici iuxtarenali, aorto-iliaci o toraco-addominali**, continuano a precludere il trattamento endovascolare in una percentuale significativa di pazienti.

Per superare i problemi legati a queste situazioni e oggi possibile disporre di endoprotesi "innovative" di cui presentiamo le caratteristiche.

Branch iliaco

L'estensione della patologia aneurismatica con coinvolgimento dell'asse iliaco, evenienza questa che può essere presente anche in oltre il 40% dei casi, aumenta notevolmente la complessità della procedura endovascolare, al punto da poter influenzare negativamente i tassi di mortalità e morbilità immediati e le complicanze *graft-related* a distanza (Firenze 6).

Oltre il 30% dei casi di non fattibilità dell'EVAR, è in effetti attribuibile all'assenza di un'adeguata "landing zone" distale, proprio per dilatazione di una o entrambe le arterie iliache. In presenza di aneurisma dell'aorta addominale associato ad aneurisma iliaco mono o bilaterale, fino ad alcuni anni fa l'unico approccio endovascolare possibile era l'atterraggio protesico in iliaca esterna e la conseguente copertura dell'ipogastrica.

L'atterraggio in iliaca esterna richiede solitamente un'associata embolizzazione uni o bilaterale dell'arteria iliaca interna, efficace nel prevenire la comparsa di *endoleak* di tipo II.

Tuttavia l'embolizzazione dell'arteria iliaca interna risulta associata a diverse complicanze con percentuali variabili: in particolare, la comparsa di claudicatio glutea, di disfunzione erettile, di ischemia del nervo sciatico, di ischemia colica, di necrosi perineale e più raramente di ischemia midollare. La severità dei sintomi conseguente al sacrificio di una o entrambe le ipogastriche è condizionata dalla richiesta degli organi situati nel territorio vascolarizzato da tale arteria, così come dalla presenza e efficienza dei circoli collaterali. Una revisione sistematica di 18 studi clinici condotti su 643 pazienti ha dimostrato che l'occlusione intenzionale dell'ipogastrica monolateralmente non determina una riduzione del rischio di claudicatio rispetto all'occlusione bilaterale. Infatti, è stata evidenziata claudicatio glutea nel 31% dei pazienti che erano stati sottoposti a embolizzazione unilaterale dell'iliaca interna prima dell'EVAR e nel 35% dei pazienti sottoposti a embolizzazione bilaterale. La comparsa di una disfunzione erettile è stata riportata nel 17% dei pazienti sottoposti a embolizzazione unilaterale dell'iliaca interna e nel 24% dei pazienti sottoposti ad embolizzazione bilaterale dell'arteria iliaca interna prima dell'EVAR. Le caratteristiche dei pazienti in cui il sacrificio dell'ipogastrica è a più alto rischio di gravi complicanze rimangono ancora oggi non univocamente identificate. Per ovviare alle possibili complicanze immediate e a distanza, secondarie all'embolizzazione e/o alla copertura ipogastrica, del tutto recentemente è stata proposta ed introdotta una nuova tecnica endovascolare in grado di preservare il circolo ipogastrico: il **branching iliaco** (Figura 7). Le protesi dotate di questa peculiarità presentano una conformazione tale da permettere di preservare le arterie ipogastriche tramite il posizionamento di uno stent all'interno delle stesse, con il risultato di garantire da un lato una adeguata ed ampia landing zone, dall'altro di mantenere il flusso a livello pelvico. Il dispositivo

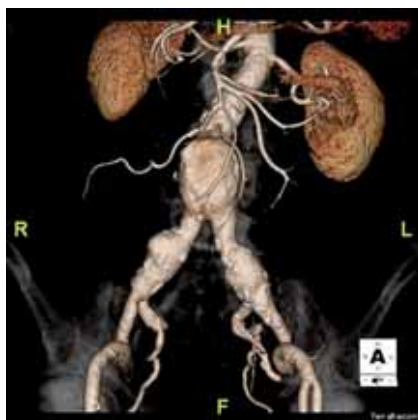


Figura 6

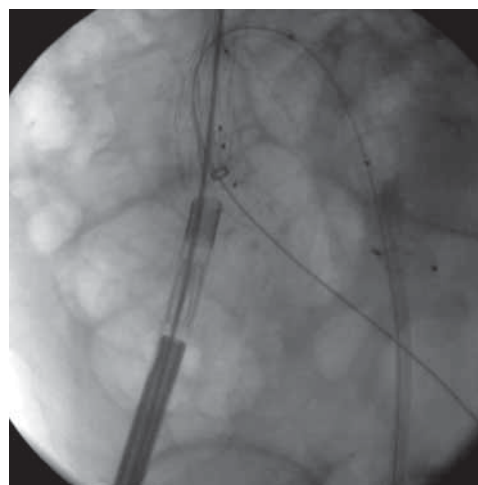


Figura 7

utilizzato è costituito da un corpo protesico biforcuto da posizionare in aorta addominale più un corpo protesico biforcuto modificato per la branca iliaca costituito da una gamba lunga per l'iliaca esterna e da una gamba corta per la biforcazione iliaca ed estensione con cover-stent in ipogastrica. La rapida evoluzione dei materiali ha portato allo sviluppo di protesi di semplice rilascio ed ottima maneggevolezza, dotate di artifici tecnici in grado di trattare anche anatomie iliache complesse, con severe angolazioni fra l'origine dell'iliaca esterna ed interna e di ridurre, grazie all'evoluzione dei materiali impiegati, il rischio di *kinking*, dislocazioni e scivolamenti delle branche protesiche iliache.

Attualmente vengono utilizzati due tipi di protesi: il ZBIS (Zenith Bifurcated Iliac side) e il più recente HBE (Helical Branch Endograft). Quest'ultimo presenta caratteristiche peculiari quali una configurazione destra o sinistra, una lunghezza fissa per cui non è necessario il sizing, la presenza di un bridging stent dedicato che determina una maggiore stabilità, una riduzione di turbolenza di flusso ed infine un incannulamento ipogastrico semplificato. In definitiva con l'Helical Branch Endograft (HBE) si ha la possibilità di trattare anatomie iliache più complesse, con severe angolazioni tra l'origine dell'iliaca esterna ed interna (Figura 8).



Figura 8 - Evoluzione del branch iliaco.

La tecnica *branched* confrontata all'embolizzazione ipogastrica si è dimostrata vantaggiosa sia in termini di ridotta incidenza di ischemia pelvica (4% vs 22%), sia per la riduzione dei casi di occlusione di branca (0% vs 3%), *endoleak* iliaco (4% vs 19%) e reinterventi (0% vs 5%), dando quindi risultati fortemente incoraggianti ed affermandosi come tecnica di scelta soprattutto per i pazienti giovani ed attivi nei quali una eventuale complicanza da ischemia pelvica impatterebbe in modo molto più significativo sulla qualità della vita (QoL) (Figura 9a-b, Tabella 1).

Endoprotesi fenestrate (Figura 10)

Purtroppo nonostante tecniche chirurgiche ormai standardizzate, ancora oggi la necessità di un clampaggio aortico sovrenale per un patologia aneurismatica iuxtarenale (la cui incidenza varia tra il 2% ed il 20% di tutti gli aneurismi aorta addominale), espone il paziente a tassi di mortalità (1-2% Vs 4-5%) e morbilità (principalmente come *renal impairment*: 1-2% Vs 5-10%) maggiori rispetto alla patologia sottorenale sia nell'immediato postoperatorio che come risultati a distanza (il decadimento della funzionalità renale viene ormai associato in modo univoco all'aumento dei tassi di mortalità a distanza) (Figura 11).

La continua evoluzione dei materiali e della tecnologia ha recentemente portato all'introduzione e all'utilizzo di nuovi materiali che sembrano poter ampliare il campo di applicazione del trattamento endovascolare. Il primo passo verso il possibile trattamento per via endovascolare di un segmento di aorta sempre più esteso, si è avuto con l'ideazione delle **endoprotesi fenestrate** (1999) (Figura 10).

L'innovazione consiste nella creazione sulla parte prossimale di una endoprotesi biforcata standard di *fenestrazioni*, che possono essere piccole o grandi, o di *incisioni*. Lo stent scoperto prossimale garantisce la fissazione prossimale del device così come accade per la endoprotesi ad aggancio soprarenale. Più recentemente queste fenestrazioni sono state

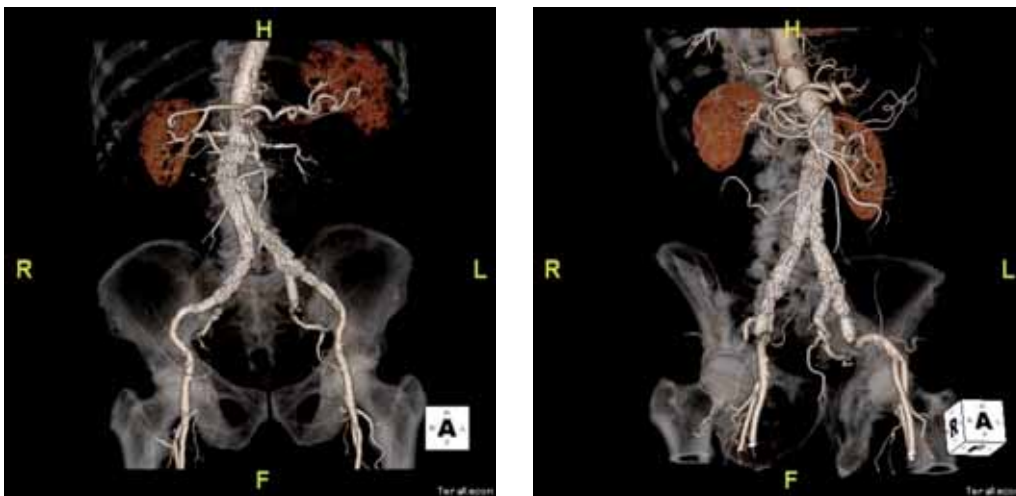


Figura 9 a-b

Tabella 1

Autore, anno	n° pz	Mortalità % (n)	Successo tecnico % (n)	Successo clinico iniziale (<30 gg) % (n)	Successo clinico a breve e medio termine (30 gg-3 anni) % (n)	Morbil.	ELI	ELII	ELIII	Reinterv.
Dias/Malina 2008/2006	22	9% (2/22)	91% (21/23) 2 occl	87% (20/23) 1 occl	74% (17/23) 3 occl	1/22	0	3/23	1/22	4/22
Haulon/Greenberg 2007/2006	52	13% (7/52)	94% (49/52)	79% (41/52) 6 occl	79% (41/52)	0	0	17/52	0	3/52
Ziegler, 2007 Branch I gen	26	0	62% (16/26)	72% (33/46)	63% (29/46) 4 occl	1/46	0	0	0	0
Branch II gen	20	0	85% (17/20)							
Serracino Inglott, 2007	8	0	100% (8/8)	88% (7/8) 1 occl	88% (7/8)	2/8	0	1/8	0	0
Tielliu, 2009	27	11% (3/27)	96% (26/27)	86% (18/21) 3 occl		2/27	0	0	0	0
Verzini, 2009	32	4% (1/23)	94% (30/32) 2 occl	93% (28/30) 2 AIE occl	97% (29/30)	3/32	1/32	1/32	1/32	5/32
Cambridge Vascular Unit, 2009	8	0	75% (6/8) 2 occl	-	-	0	0	1/8	0	0
Pratesi, 2012	81	8% (7/81)	98% (80/81)	97% (79/81) 1 AIE occl	95% (77/81)	4/81	3/81	10/81	0	3/81

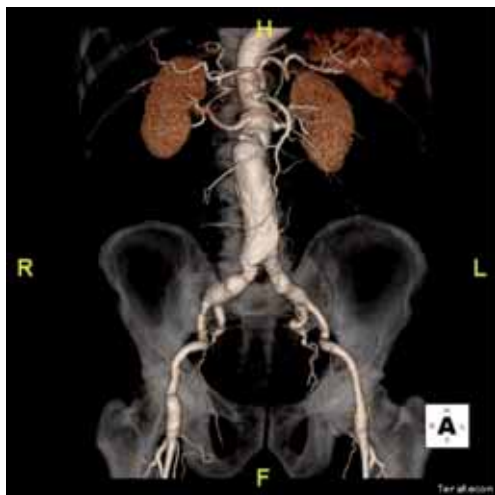


Figura 10



Figura 11 - Tipi di fenestrazione (lackione, piccola, grande fenestrazione).

rafforzate con l'incorporazione di un anello circonferenziale in nitinol in maniera tale da permettere una più stabile fissazione. Tuttavia la semplice apposizione delle fenestrazioni agli osti delle arterie viscerali potrebbe, con alta probabilità, causare

la comparsa di *endoleak* di tipo I o l'occlusione del vaso viscerale per spostamento del graft. Per evitare ciò le fenestrazioni vengo sigillate alla parete aortica mediante l'impiego di stent, la cui estremità endoprotesica deve essere distesa il più possibile con un pallone compliant. In tutti i casi si tratta di endoprotesi *composte*, la cui componente prossimale contiene le fenestrazioni, che vengono create in base alle singole caratteristiche anatomiche del paziente, mentre distalmente sono generalmente associate ad un corpo biforcuto tradizionale. I risultati riportati in letteratura dai centri con maggiore esperienza, mostrano tassi di pervietà dei vasi viscerali trattati superiori al 90%, anche se purtroppo una eventuale stenosi od occlusione di uno degli stent porta spesso il paziente ad essere sintomatico e richiede un trattamento secondario urgente. I risultati sono comunque così incoraggianti a breve-medio termine che molti si spingono a ritenere che questa metodica possa essere considerata il "gold-standard" per i pazienti ad alto rischio chirurgico (Figura 13, Tabella 2).

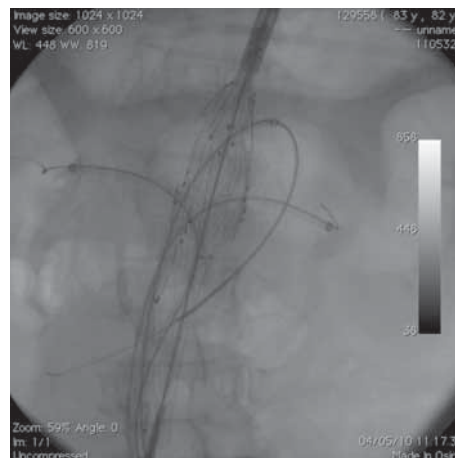


Figura 12

Tabella 2

Autore, anno	n° pz	Mortalità % (n)	Successo tecnico % (n)	Vasi trattati	ELI	ELIII	Occlusioni vasi viscerali	Stenosi stent viscerali	Reinterv.
Semmens, 2006	58	3% (2/58)	90% (52/58)	116	4/58	2/58	10/116	3/116	14/58
O'Neill, 2006	119	1% (1/119)	91% (108/119)	302	6/119	4/119	10/302	12/302	16/119
Scurr, 2007	45	2% (1/45)	96% (43/45)	117	-	-	4/117	2/117	6/45
Ziegler, 2007	60	- (0/60)	85% (51/60)	119	5/60	3/60	9/119	2/119	15/60
Kristmundson, 2008	54	2% (2/54)	91% (49/54)	134	3/54	1/54	5/134	2/134	7/54
Greenberg, 2009	30	- (0/30)	97% (29/30)	77	-	-	4/77	2/77	5/30
Verhoeven, 2010	100	1% (1/100)	92% (92/100)	275	-	-	10/275	3/275	9/100
Amiot, 2010	134	3% (3/134)	94% (126/134)	403	3/134	1/134	4/403	5/403	12/134
Tambyraja, 2011	29	- (0/29)	79% (23/29)	79	2/29	2/29	2/79	12/79	11/29
Pratesi, 2012	22	- (0/22)	100% (22/22)	65	1/22	2/22	1/65	2/65	2/22



Figura 13

Endoprotesi ramificate

I limiti del trattamento chirurgico convenzionale risultano ancora più evidenti quando ci si trovi ad affrontare la patologia aneurismatica coinvolgente tutta l'aorta toraco-addominale. Anche nelle casistiche dei più grandi centri a livello mondiale i tassi di mortalità e morbilità in elezione risultano del 7-20% e 12-28% (principalmente renali, respiratorie e neurologiche di cui la più temibile risulta la paraplegia) rispettivamente (Figura 14).



Figura 14

Per tale motivo, con l'avvento delle metodiche endovascolari per il trattamento della patologia aneurismatica dell'aorta, da subito si è cercato di trovare delle strade alternative che offrissero ai pazienti affetti da tale patologia delle opzioni terapeutiche meno invasive. Il primo tentativo è stato quello di un approccio "ibrido". Si limitava quindi l'atto chirurgico alla sola porzione dell'aorta addominale, con il duplice scopo di creare dei by-pass protesici per la rivascolarizzazione dei vasi viscerali e di fornire una adeguata zona di atterraggio per l'endoprotesi toracica retta, la quale veniva inserita per completare l'esclusione dell'aneurisma (in modo simultaneo allo step chirurgico o sequenziale) (Figura 15). Purtroppo, nonostante il tentativo di ridurre le complicanze postoperatorie evitando una toracotomia (respiratorie), i risultati a distanza non sono stati incoraggianti con una mortalità ed un tasso di comorbilità maggiori (neurologiche e renali) che non si discostavano in maniera significativa dai dati riportati per il trattamento chirurgico aperto e ben presto tale metodica ha lasciato il posto all'approccio totalmente endovascolare. Infatti grazie all'evoluzione della customizzazione protesica sono state sviluppate endoprotesi in grado di ampliare il segmento di aorta trattata (riuscendo a trattare ormai l'intero segmento di aorta tra la



Figura 15

succlavia di sinistra ed il carrefour aortico), con un modulo per il segmento viscerale che, nei casi in cui non sia possibile un contatto diretto tra la parete aortica e la eventuale fenestrazione risulta dotato di una breve ramificazione che funziona come un piccolo ponte di collegamento tra la protesi ed il vaso da rivascularizzare (Figura 16).



Figura 16 - Endoprotesi ramificata (ogni branca corrisponde ad un vaso da rivascularizzare).

Le endoprotesi così configurate sono le cosiddette endoprotesi ramificate (*branched*). La distinzione tra endoprotesi fenestrate e ramificate è solamente legata alla zona in cui avviene il sealing tra protesi ed aorta: nelle endoprotesi fenestrate il sealing avviene a livello della parete aortica mentre nelle ramificate all'interno delle collaterali aortiche mediante l'utilizzo di stent coperti. Questo tipo di trattamento è riuscito a ridurre drasticamente la mortalità perioperatoria anche nei pazienti considerati ad alto rischio per età e comorbidità maggiori (Figura 17, Tabella 3).

CONCLUSIONI

La necessità di dover creare protesi “custom-made” adattate alle anatomie dei singoli pazienti ha imposto l'utilizzo di sistemi sempre più sofisticati di ricostruzione 3D degli esami Angio-TC eseguiti preoperatoriamente. Tali software permettono di poter pianificare ogni singolo passo della procedura endovascolare e di poter ricreare in modo virtuale un modello anatomico tridimensionale su cui gli operatori possono effettuare delle simulazioni per valutare in modo quanto più accurato possibile come il materiale endoprotesico si adatterà al paziente.

Risulta chiaro che oltre l'aspetto di pianificazione, punto primo e cardine di questa tipologia di interventi, anche l'adeguato setting operatorio ha un impatto determinante. Se un intervento di EVAR standard può essere condotto con un amplificatore di brillantezza portatile “C-arm” in una sala operatoria tradizionale (con adeguata schermatura RX), il posizionamento di una endoprotesi *fenestrata* o *ramificata*, richiede una sala angiografica con arco fisso o

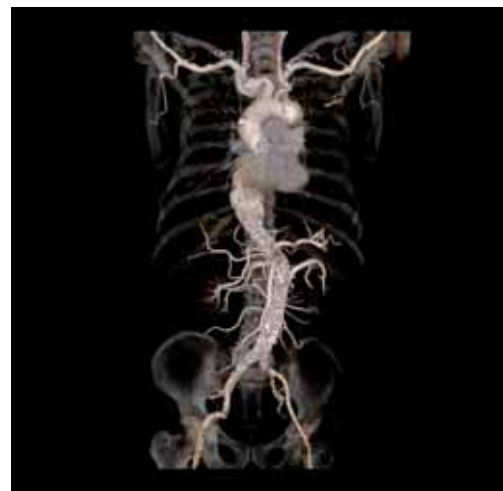
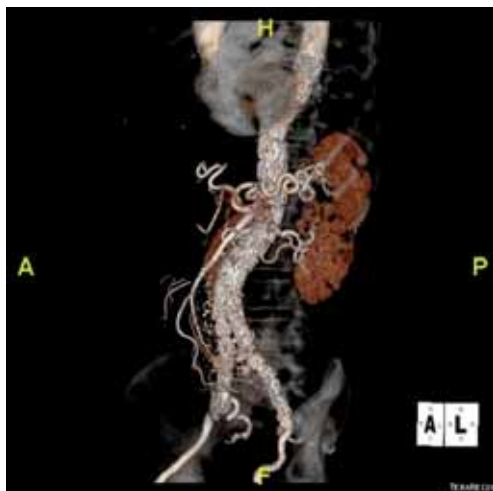


Figura 17

Tabella 3

Chir.Vasc. AOU Careggi	Tipologia di AATA	Mortalità a 30gg % (n)	Successo tecnico	Vasi viscerali trattati	Fenestrate/ Branched	Paraplegia	Reinterv.
n° pz 21	Tipo I 2 Tipo II 6 Tipo III 6 Tipo IV 7	5% (1)	91% (19/21) 1 bypass su AMS 1 plug su TC	82/84	32/50	1 permanente 2 transitorie	3/21

meglio di una vera e propria “angio-suite”, in modo da avere una migliore visualizzazione dell'aorta in toto e dei suoi rami viscerali (grazie alla potenza di ingrandimento e risoluzione spaziale ed alla possibilità di una rotazione pressoché completa della macchina intorno al paziente) e poter quindi ridurre: tempi di scopia, perdite ematiche (dovute principalmente alla permanenza degli introduttori o dei “delivery system” protesici in sede femorale) ed in generale durata globale della procedura. Risulta inoltre evidente dalle esperienze dei singoli centri riportati in letteratura, in attesa di trial clinici di più ampio respiro che possano guidare la EBM, come il successo tecnico ed i tassi di complicanze precoci e tardive siano profondamente diversi e siano strettamente dipendenti dall'esperienza acquisita in questo nuovo campo tecnologico. Per tale motivo le stesse Aziende produttrici di tali dispositivi richiedono un periodo di “apprendistato” sotto la supervisione di un



Figura 18

Proctor esterno e sconsigliano tali procedure a quei centri che non soddisfino quei requisiti di “skill” endovascolari ritenute necessarie a portare a termine con successo procedure così complesse. In definitiva oggi per il trattamento della patologia aneurismatica dell'aorta addominale abbiamo a disposizione scelte terapeutiche che possiamo definire “tailored” per il singolo paziente sia in base alla conformazione anatomica dell'aneurisma sia alla presenza di fattori di rischio di carattere generale la cui gravità può rendere il paziente “unfit” (a rischio troppo elevato) per la chirurgia classica. Occorre sottolineare come nel paziente affetto da aneurisma aorta addominale (AAA) sia indispensabile una attenta valutazione preoperatoria per la ricerca di una possibile polidistrettualità aterosclerotica, elemento questo che può influenzare il tipo di scelta terapeutica ed il suo timing. La possibilità di poter trattare tale paziente con metodiche endovascolari richiede inoltre un accurato studio con mezzi diagnostici di II° livello, in particolare con esecuzione di un Angio-TC a strato sottile quando non controindicata, dal momento che i risultati sono strettamente legati ad una corretta indicazione morfologica, la quale è il risultato di un planning scrupoloso che guidi l'operatore esperto verso il materiale endoprotesico le cui caratteristiche meglio si adattano a quel singolo paziente. Negli anni più recenti la tecnologia ha permesso di affrontare con metodiche endovascolari anche patologie aneurismatiche più complesse con l'utilizzo di endoprotesi branched, fenestrate e ramificate. Indubbiamente la possibilità di trattare in maniera endovascolare estesi aneurismi aorto-iliaci, infrarenali o toraco-addominali, ha permesso di offrire ai pazienti soluzioni terapeutiche valide con una invasività sempre più ridotta. **TM**

CORSI E SEMINARI

MITI ED EVIDENZE IN MEDICINA DELLE CEFALEE

1 Giugno - 2 Giugno 2013 la Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (SISC) ha istituito una “Scuola Superiore Interdisciplinare delle Cefalee”, che attua la formazione di alto livello scientifico su questo tema di grande rilievo nella prassi clinica. La Scuola, eminentemente interdisciplinare, è aperta ai medici interessati ed è articolata in moduli. Per ciascun modulo saranno trattati trasversalmente argomenti diversi, che saranno via via approfonditi; si aggiungeranno altri temi di interesse specifico. Ogni modulo si svilupperà lungo l'arco di tre giorni, durante i quali l'argomento sarà sviscerato da diversi docenti, esperti conoscitori della materia, anche grazie alla presentazione interattiva di casi clinici. **Organizzazione:** NICO Srl - **Crediti ECM:** 14 - **Luogo:** Grand Hotel Baglioni Firenze - **Contatto:** Tel. 055 8797796 - 8777875 E-mail info@nicocongressi.it Web site: www.nicocongressi.it

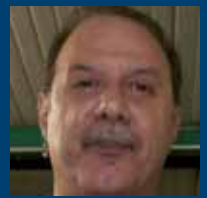
LE PIASTRINOPENIE “IATROGENE” E I DISORDINI EMORRAGICI COME COMPLICAZIONE DI SOFFERENZE D'ORGANO

6 Giugno 2013, 14:00-18:00 - Il seminario si propone di aggiornare le competenze sulle problematiche emorragiche in vari campi della medicina, in particolare quelle correlate all'uso di farmaci anticoagulanti/antiaggreganti, e sul trattamento delle emorragie massive. **Organizzazione:** Azienda Sanitaria di Firenze - **Crediti ECM:** 3 - **Luogo:** Firenze, Villa Fabbri, via S. Salvi 12. Per programma e scheda di iscrizione inviare una mail a laura.ammannati@asf.toscana.it

LE PIASTRINOPENIE

11 Giugno 2013, 14:00-18:00 - Il seminario si propone di aggiornare le competenze sulle problematiche emorragiche in vari campi della medicina, in particolare quelle correlate all'uso di farmaci anticoagulanti/antiaggreganti, e sul trattamento delle emorragie massive. **Organizzazione:** Azienda Sanitaria di Firenze **Crediti ECM:** 3 - **Luogo:** Firenze, Villa Fabbri, via S. Salvi 12 - **Contatto:** laura.ammannati@asf.toscana.it Per programma e scheda di iscrizione inviare una mail a laura.ammannati@asf.toscana.it

Autismo e Ossigeno-Terapia Iperbarica



Roberto Vecchione, spec. in Pediatria (libero professionista). Esperto in Medicina Iperbarica c/o il Centro Nautilus c/o Ist. Prosperius di Firenze.

INTRODUZIONE

In molti Paesi come gli U.S.A., Canada, Inghilterra, Turchia le applicazioni di Ossigeno-Terapia Iperbarica (OTI) a bassa pressione in corso di autismo costituiscono ormai da anni una pratica comune.

La Neuroimaging di ultima generazione (PET, SPECT, fMRI, DTI), condotta in soggetti autistici, ha infatti messo in luce come alcune aree cerebrali, collegate alle espressioni cliniche di tali soggetti, manifestino anomalie sia a carico della sostanza grigia (ipoperfusione) che della sostanza bianca (carenza di connessioni sinaptiche) (Tabella 1). Il rationale di tali applicazioni è rappresentato dalla capacità dell'ossigeno a pressione di raggiungere zone non altrimenti raggiungibili dall'ossigeno normobarico. La Letteratura Scientifica è attualmente controversa sui risultati; presentiamo la nostra esperienza effettuata su 100 bambini autistici.

CARATTERISTICHE GENERALI

L'autismo è un disordine dello sviluppo neurologico ad **etio-patogenesi** ignota, che comprende disfunzioni socio-comunicativo-comportamentali. Si utilizza il termine "Disturbi dello Spettro Autistico" (ASD) a significare che il disturbo colpisce con differenti gradi di gravità. I sintomi si manifestano prima dei 3 anni di età, e possono essere di tipo comportamentale come ritardo o assenza di linguaggio, isolamento, assenza di sorriso sociale, scarso contatto oculare, mancanza di interessi, crisi di rabbia, aggressività, autolesionismo, iperattività, mancanza di collaborazione, allineamento ossessivo degli oggetti, stereotipie, e fisici quali

diarrea, stipsi, attacchi epilettici, alterazioni del ritmo sonno-veglia ed incontinenza urinaria e/o fecale.

Le stime epidemiologiche internazionali sottolineano l'incremento della prevalenza da **1:5000 nel 1975, 1:100 nel 2009 a 1:86 nel 2012**.

Gli studi evidenziano come alcune aree localizzate a livello dei Lobi Temporal (Solco Temporale Superiore-STS- e il Giro Temporale Superiore-GTS-) (Figura 1) siano ipoperfuse nel 77% dei bambini autistici. Tali superfici corticali sono considerate fondamentali per la percezione di stimoli sociali e per le

loro connessioni con altre importanti aree cerebrali (Figura 2).

Un'altra importante struttura che presenta anomalie frequenti è il Corpo Calloso, fondamentale per la sua funzione di collegamento fra i due emisferi cerebrali, ma anche altre aree possono manifestare alterazioni (Figura 3).

L'Ossigeno-Terapia-Iperbarica (OTI) consiste nella respirazione di ossigeno al 100% a pres-

ROBERTO VECCHIONE
Pediatria, Istituto Prosperius Firenze

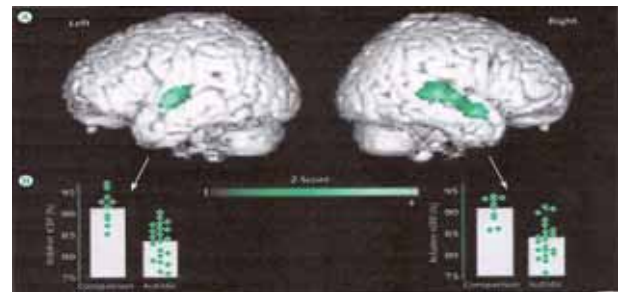


Figura 1 - Temporal Lobe Dysfunction in Childhood Autism: A PET study. M Zilbovicius et al. Am J Psychiatry, 2000.

Tabella 1 - Strutture cerebrali in cui si evidenzia ipoperfusione e principali correlazioni cliniche.

AREE CEREBRALI	CORRELAZIONI CLINICHE
Talamo	Comportamenti ripetitivi, autostimolatori
Lobi Temporal	Osessione per le abitudini, disagio nelle comunicazioni
Lobi Temporal e Amigdala	Difficoltà nell'elaborazione delle espressioni facciali
Giro Fusiforme	Difficoltà nel riconoscere le facce familiari
Aree di Broca e Wernicke	Diminuzione dello sviluppo del linguaggio e incapacità di elaborazione dei problemi
Cervelletto	Difficoltà cognitive e affettive
Lobi Temporal, Frontali e Cervelletto	Diminuzione del Q.I.

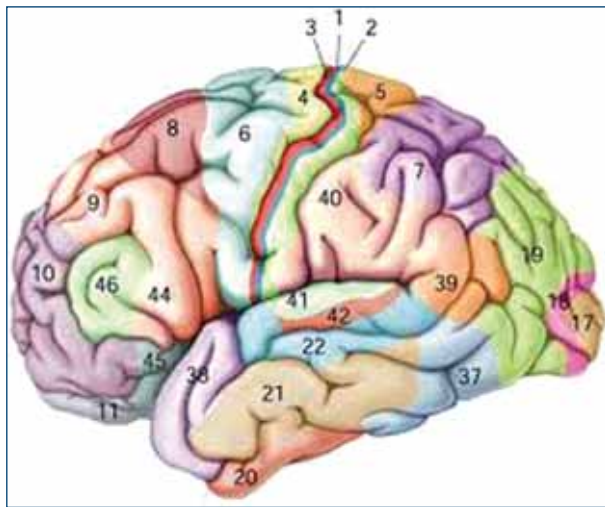


Figura 2 - Aree di Brodman.

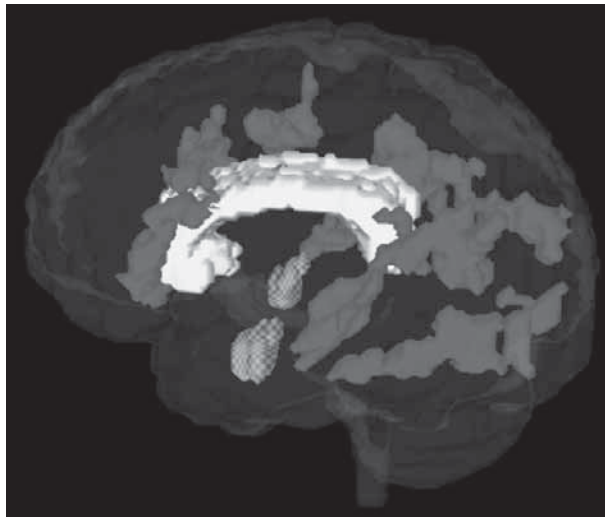


Figura 3 - A three-dimensional representation of the aberrant white matter (dark gray) in relation to the corpus callosum (white), and the amygdala (checkered gray). *Biol Psychiatry* 2004.

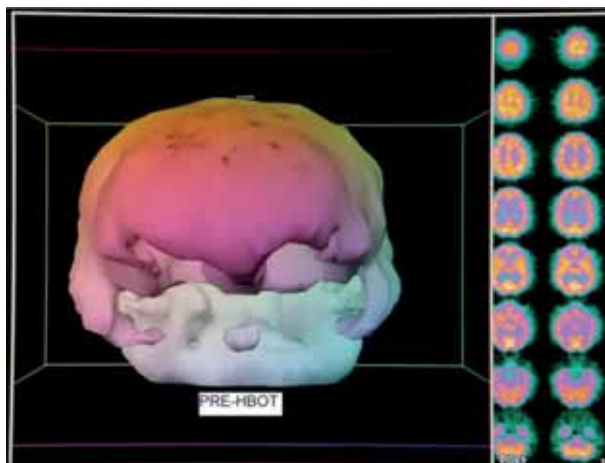


Figura 4 - HBOT-SPECT brain scan three dimensional surface reconstruction and processed transverse images. Note orbital frontal and temporal lobe defects and diffuse heterogeneous pattern of blood flow. Harch, 2009.

sioni superiori ad una atmosfera in un ambiente denominato camera iperbarica.

L'OTI è una procedura terapeutica volta ad assicurare il ripristino di condizioni normossiche nei tessuti che, per cause patogenetiche, le più svariate, vadano incontro ad uno stato di sofferenza per carenza di ossigeno.

I meccanismi d'azione scientificamente dimostrati per la cura delle patologie tradizionali sono ipotizzati anche in corso di autismo e sono rappresentati da:

- aumento dell'ossigenazione cerebrale (Figure 4 e 5);
- azione antinfiammatoria-antiedemigena;
- azione immunomodulante;
- aumentata riproduzione, mobilitazione e differenziazione delle cellule staminali.

La succitata Neuroimaging offre il rationale per l'applicazione di tale terapia nello spettro autistico e gli studi di K. Holbach indicano la quota batimetrica e la percentuale di ossigeno da applicare: 1,5 ATA al 100% di ossigeno costituiscono i parametri ottimali per mettere la cellula nervosa in condizioni di ottenere il miglior bilancio energetico.

MATERIALI E METODI

I protocolli terapeutici sono stati elaborati attenendoci rigorosamente alle impostazioni della ricerca di K. Holbach, all'esame della Letteratura scientifica e alle esperienze internazionali. È stata utilizzata la Camera Iperbarica del Centro Iperbarico Nautilus dell'Istituto Prosperius di Firenze e sono stati trattati 100 bambini, 79 maschi e 21 femmine, di età compresa fra 2 e 17 anni, con diagnosi di Disordine dello Spettro Autistico. Ciascun bambino è stato sottoposto a una serie variabile di sedute. Non è stata apportata alcuna variazione alle altre terapie contemporaneamente in corso.

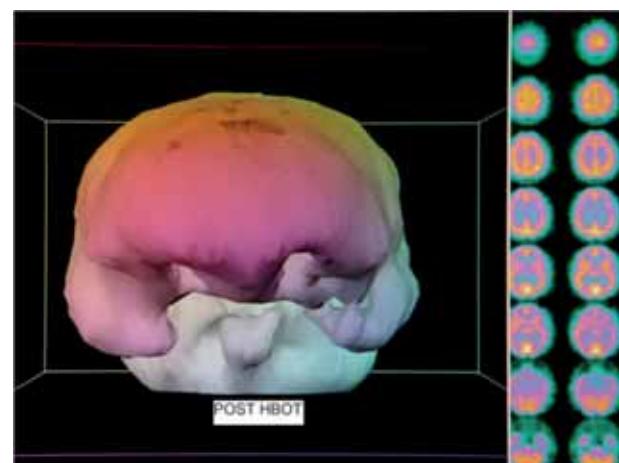


Figura 5 - HBOT-SPECT brain scan three dimensional surface reconstruction and processed transverse images. Note relative improvement in brain blood flow to bilateral focal frontal and temporal defects and overall normalization of flow to a more homogeneous pattern. Harch, 2009.

Tutte le sedute terapeutiche sono state effettuate somministrando ossigeno al 100%, alla pressione di 1,5 ATA, per la durata di 45 minuti. La respirazione dell'ossigeno è avvenuta tramite l'utilizzo di appositi caschi. Nella fase di compressione, durante la quale la pressione della camera è aumentata gradualmente fino a raggiungere la quota terapeutica, i bambini hanno effettuato la manovra di compensazione mediante la deglutizione di piccoli sorsi d'acqua, aiutati da un genitore, precedentemente istruito. Lo svolgimento delle sedute è stato monitorato costantemente da personale medico e tecnico specializzato come da prassi.

RISULTATI

L'Assesment Psicometrico derivante dall'analisi comparativa delle Scale PEP-R (Profilo Psico-educativo Revisionato), Vineland (Vineland Adaptive Behaviour Scales) e A.T.E.C. (Autism Treatment Evaluation Checklist) somministrate prima e dopo il trattamento OTI, ha evidenziato un aumento di comportamenti collaborativi, e nei bambini verbali, un incremento della produzione linguistica espressiva, inoltre, per tutti i bambini, un incremento a livello ricettivo. Ciò che emerge alla conclusione del ciclo OTI, è nel complesso un aumento del livello di attenzione dei soggetti ed una maggior presenza nella relazione. Nella Tabella 2 sono riportati i risultati complessivi secondo la A.T.E.C. Nell'ambito della sfera fisico/comportamentale risultano migliorati in particolare: controllo sfinterico, alterazioni dell'alvo, ritmo sonno-veglia, contatto oculare, stereotipie, stato di "allerta", rigidità della routine.

ALCUNE NOTE

I nostri dati, in linea con quelli di una parte della Letteratura, evidenziano che il 73% dei soggetti risponde positivamente dopo un ciclo di terapia. Tale percentuale raggiunge il 96% dopo 100

sedute in un anno. I miglioramenti delle abilità preesistenti e le nuove acquisizioni persistono nel tempo. I risultati più significativi si evidenziano alla fine del protocollo di 40 sedute, in particolare i trattamenti mono-giornalieri risultano più efficaci dei bi-giornalieri poiché l'esposizione all'ossigeno è più prolungata nel tempo. I miglioramenti evolvono progressivamente dai bambini più piccoli ai più grandi. Una interpretazione può essere data dagli studi di J. Wilcox che dimostrano la progressiva riduzione della perfusione dei Lobi Temporali e Frontali con l'aumentare dell'età e quindi con la maggiore necessità di ossigenazione di tali aree. Le femmine appaiono complessivamente meno responsive dei maschi.

Nel 4% dei casi non sono state registrate variazioni. I casi peggiorati (23%), manifestano complessivamente regressioni limitate a pochi giorni. L'area in cui si rendono più manifeste è quella dei sintomi fisici/comportamento: ciò si ripercuote anche sulle altre aree. Infatti a distanza di qualche giorno tali regressioni sono scomparse in tutti i bambini peggiorati. Sottolineiamo che solo 4 dei 23 bambini peggiorati, hanno completato il protocollo di 100 sedute in un anno: 3 di questi hanno ottenuto risultati positivi contrariamente a quanto registrato dopo il 1° ciclo. Sette bambini (7%) hanno manifestato un'otite sierosa barotraumatica che ha richiesto la sospensione dei trattamenti per pochi giorni.

CONCLUSIONI

L'obiettivo delle nostre osservazioni è quello di stimolare la discussione sugli effetti dell'OTI in corso di autismo. Riteniamo necessario che siano effettuati ulteriori studi di approfondimento nell'ambito di trial universitari, perché a nostro avviso, i risultati presentati in questo report, ottenuti in tempi così brevi, sono meritevoli di analisi più complete.

TM

Tabella 2

	Miglioramenti espressi in %				
	Parola/Linguaggio/ Comunicazione	Livello Socializzazione	Coscienza sensoriale/Cognitiva	Stato di salute/ Comportamento	TOT
Ciclo unico di sedute					
20	0,58	0,82	0,82	1,82	4,04
30	0,16	0,49	0,04	0,1	0,89
40 totali	0,44	1,12	0,7	1,94	4,20
40 bi-giorn.	0,42	0,82	0,25	2,01	3,50
40 mono-giorn.	0,49	1,91	1,88	1,77	6,05
Maschi	0,43	1,13	0,84	1,54	3,94
Femmine	0,42	0,21	-0,21	2,2	2,62
2-4 anni	0,16	1,25	0,81	0,52	2,74
5-10 anni	0,47	0,77	0,62	1,68	3,54
11-17 anni	0,61	1,03	0,36	2,64	4,64
100 sedute					
Maschi	2,52	3,04	3,14	3,50	12,20
Femmine	1,53	1,67	1,60	2,85	7,65



Federico Mecacci, spec. in ginecologia-ostetricia ed immunologia clinica, Resp. intra-SOD della patologia ostetrica c/o il C.R.R. di Gravidanze ad alto rischio, Med. Prenatale dell'AOU Careggi. Ha conseguito una formazione specifica nel management delle gravidanze ad alto rischio presso la New York University e presso la Yale University New Haven, USA

Un rischio ostetrico emergente: la gestante sovrappeso ed obesa

Da una stima dell'OMS del 2005, risulta che nel mondo circa 400 milioni di adulti siano obesi e 1,6 bilioni sovrappeso, con una previsione per il 2015 rispettivamente di 700 milioni e 2,3 bilioni. Il fenomeno è considerato

uno dei più importanti e prioritari problemi di salute globale.

Nel 2025 il 43% degli italiani potrebbe essere obeso, in pratica quasi venti milioni di persone. Ma la notizia più allarmante arriva dallo studio condotto dalla commissione europea Idefics: i bambini italiani (6-9 anni) detengono in Europa il triste primato per sovrappeso ed obesità, registrando un aumento del 2,5% ogni anno. Il 12% dei bambini risulta infatti obeso, mentre il 24% è in sovrappeso: più di un bambino su tre, quindi, ha un peso superiore a quello che dovrebbe avere per la sua età. Chi nasce sovrappeso o lo è già in età infantile lo è spesso anche da adulto: aumenta quindi la probabilità di sviluppare precocemente condizioni di rischio di natura cardiovascolare (ipertensione, malattie coronariche, tendenza all'infarto) e di alterato metabolismo, come il diabete di tipo 2 o l'ipercolesterolemia.

L'obesità infantile è il risultato di diverse cause più o meno evidenti che interagiscono fra loro. I fattori genetici e i fattori ambientali, occorsi in epoca prenatale e post-natale, che comportano un eccessivo intake intrauterino ed un alterato bilancio tra apporto e consumo energetico possono avere un ruolo importante sulla predisposizione individuale. A questi si aggiungono un'alimentazione eccessiva nei primi due anni di vita, la scarsa attività fisica e fattori familiari. L'indagine multiscopo ISTAT del 2000 ha dimostrato che circa il 25% dei bambini ed adolescenti sovrappeso ha un genitore obeso o in sovrappeso.

Si prevede un incremento dell'incidenza delle patologie correlate all'obesità nella popolazione mondiale, e questo comporterà un notevole incremento del costo per il sistema sanitario. Secondo

dati americani la spesa sanitaria totale attribuibile alla cura di obesità e sovrappeso raddoppierà ogni dieci anni, ed entro il 2030 si prevede che rappresenterà il 10% della spesa sanitaria totale degli USA. Negli ultimi 30 anni l'indice più usato per porre diagnosi di obesità è stato il BMI ("Body Mass Index": si definisce obeso un individuo con $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$).

Tuttavia la sua accuratezza diagnostica è limitata, particolarmente nell'individuare i soggetti sovrappeso, con un BMI in range intermedio (25-30 kg/m^2). Il BMI non è in grado di discriminare tra percentuale di massa grassa e massa magra, è infatti calcolato usando la massa corporea totale.

Pertanto, allo stato attuale l'incidenza di questa patologia a livello globale risulta sottostimata, infatti più del 50% dei pazienti che mostrano un eccesso di massa grassa sono classificati come normopeso o sovrappeso e questo comporta un mancato intervento per ridurre il rischio sulla salute di questi individui.

L'incidenza dell'obesità è particolarmente pronunciata nelle persone giovani, incluse donne in età riproduttiva; pertanto, negli ultimi anni, gli ostetrici si sono trovati sempre più spesso a confrontarsi con donne in gravidanza sovrappeso o obese, esposte ad un aumentato rischio di *outcome* avverso materno e neonatale.

Molte variabili, tra cui etnia, stato civile, reddito, istruzione, tipo di occupazione, attività fisica e fumo, contribuiscono all'aumento di peso durante la gravidanza e al mantenimento del peso acquisito dopo il parto.

Le raccomandazioni dell'Istitute of Medicine, USA (IOM) riguardo l'aumento di peso durante la gravidanza si basano sull'indice di massa corporea materna (BMI) al concepimento.

Per le donne con BMI compreso tra 25 kg/m^2 e 30 kg/m^2 si raccomanda un limite massimo di aumento ponderale in gravidanza di 11,5 kg e 9 kg, rispettivamente. Queste donne dovrebbero ricevere una consulenza preconcezionale completa riguardo i rischi di obesità in gravidanza, e devono essere seguite in modo da ottenere un aumento di peso adeguato. Poiché le madri sono partico-

FEDERICO MECACCI, CAMILLA NARDINI,
SERENA OTTANELLI, SARA BIAGIONI,
ZELINDA TREDICI, MARIANNA PINA RAMBALDI,
SERENA SIMEONE, GIORGIO MELLO

*D.A.I.M.I. - SOD Medicina Prenatale
AOU Careggi, Firenze*

larmente preoccupate per la loro salute e per la salute dei loro figli, la gravidanza potrebbe essere il momento ideale per promuovere il controllo del peso e l'adozione di un corretto stile di vita.

Da un punto di vista strettamente ostetrico, l'obesità materna sembra essere associata ad un modesto aumento del tasso di alcune malformazioni congenite (difetti del tubo neurale, spina bifida, anomalie cardiovascolari...), probabilmente legato ad un deficit di fattori vitaminici (acido folico, ...), micronutrienti in relazione alla massa materna e ad un alterato ambiente nutrizionale per lo sviluppo del feto.

Nelle gestanti obese le anomalie congenite sono più difficili da rilevare ecograficamente, con conseguente minor numero di diagnosi antepartum e maggiore incidenza di nati morti. La gravidanza obesa è inoltre a rischio aumentato di partorire un neonato macrosomico con conseguente aumentato rischio di: distocia di spalla e predisposizione all'obesità nella vita adulta. Studi di coorte di donne grandi obese che hanno subito la chirurgia ba-

riatrice suggeriscono che la perdita di peso riduce il rischio di avere un bambino macrosoma.

L'incidenza di diabete gestazionale in questo gruppo di gestanti è aumentata rispetto alla popolazione generale ostetrica (6-12% contro 2-4%) e, dopo il parto, queste presentano un'incidenza di diabete di tipo 2 due volte superiore rispetto alle donne normopeso.

Un eccessivo peso materno e un elevato BMI sono fattori di rischio indipendenti per preeclampsia, e il rischio è raddoppiato per ogni aumento di 5-7 kg/m² del BMI pre-gravidico, inoltre l'obesità sembra associata al parto post-termine.

La perdita di peso ed un corretto stile di vita possono, in periodo preconcezionale, aiutare a prevenire lo sviluppo di diabete gestazionale e diabete di tipo 2.

Come precedentemente affermato, l'obesità e il sovrappeso sono le alterazioni metaboliche che più frequentemente si riscontrano tra le gestanti di oggi. Tale situazione impone agli ostetrici un approccio prenatale particolarmente attento. **TM**

RICORDO

Cosetta Calandi: discepoli come nipoti

La prof.ssa Cosetta Calandi, la nostra Prof, si è spenta all'alba del Venerdì Santo, dopo un breve periodo di malattia. Fino agli ultimi tempi dell'anno scorso era sempre stata lucida e attenta, sorridente e allegra, come era sua abitudine, sia al telefono, sia durante i momenti di incontro che periodicamente organizzavamo per il piacere di stare insieme a lei, di dimostrarle il nostro affetto e la nostra riconoscenza.

Perché chi ha avuto il privilegio di frequentare il suo reparto al Meyer, ha avuto la possibilità non solo di imparare la Pediatria di cui era maestra, ma ha anche potuto assimilare il suo modo di "essere medico", di prendersi cura non solo dei bambini ammalati e delle inevitabili ansie e sofferenze della famiglia ma anche dei disagi di chi si occupava di loro, dai giovani medici a quelli più anziani, dalle infermiere alle caposala. A tutti veniva dispensata la stessa affettuosa attenzione, la costante presenza, la condivisione.

La sua lunga carriera al Meyer era iniziata nella seconda metà degli anni quaranta, subito dopo la guerra, ai tempi eroici della meningite tubercolare, quando da giovanissima era entrata a far parte di quel gruppo di medici che sotto la guida dei prof. Cesare Cocchi e Gaetano Pasquinucci, avevano messo a punto e attuato, primi al mondo, la giusta terapia per quella terribile malattia che all'epoca colpiva impietosamente bambini, giovani e adulti. Tutti noi ricordiamo ancora il malcelato orgoglio con cui, talora, ci raccontava quegli epici momenti che resero famoso il Meyer in Italia e all'estero; e ne eravamo affascinati, forse anche un po' gelosi di esser arrivati tardi, di non aver potuto starle accanto, di non aver potuto aiutarla, ammesso che ne avesse avuto bisogno.

Ognuno di noi, discepoli devoti e affezionati, al pari dei suoi amatissimi nipoti, nutre almeno un ricordo di un gesto, di una presenza, di un sorriso o forse solo di uno sguardo, nei momenti più importanti della nostra vita professionale o più semplicemente della nostra vita, che ci ha aiutato, sostenuto e spronato. E molti genitori, nonni, parenti, familiari di bambini affidati alle sue cure potrebbero sostenere le stesse sensazioni, rivendicare gli stessi diritti affettivi; come hanno testimoniato le lacrime silenziose di una mamma inconsolabile, che ha potuto assistere alla funzione religiosa dell'estremo saluto e che ha voluto testimoniarle tutto il suo affetto, la sua riconoscenza.

Grazie prof., grazie di cuore, da tutti noi, Marco Evi Martinucci e i suoi "ragazzi"

Abbiamo pensato di ricordare la Professoressa offrendo solidarietà ad un progetto, a suo nome: "Aiutiamo i bambini di Puke Albania" tramite l'Associazione ANNULLIAMO LA DISTANZA (ANLADI). Chi volesse, può partecipare prendendo contatti diretti con l'associazione tramite il sito web: <http://www annulliamoladistanza.org/progetti/albania/>



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

La crisi finanziaria e l'attacco al welfare state in Europa

Della crisi economica che si è abbattuta in Europa e degli effetti sui sistemi sanitari e sulla salute della popolazione si occupano sempre più frequentemente le più autorevoli riviste mediche. Lancet ha recentemente

pubblicato un paper dal titolo "Crisi finanziaria, austerità e salute in Europa"¹. Questi i punti salienti.

La disoccupazione è il fenomeno più preoccupante della crisi, a cui si attribuiscono effetti particolarmente deleteri per la salute. La disoccupazione è infatti associata a un forte aumento dei disturbi mentali e psicosomatici, dei comportamenti insalubri (es: alcolismo) e, in conclusione, a un aumento della

mortalità, dovuto in parte anche all'incremento del numero dei suicidi. La Figura 1 mostra l'andamento del tasso dei suicidi in Europa dal 2000 al 2010, che fino al 2007 ha mostrato un costante diminuzione per poi - dal 2008 - registrare una brusca inversione di tendenza.

Nei momenti di crisi economica dovrebbero essere rafforzate le reti di protezione sociale per mitigare gli effetti negativi sulla salute. L'incremento di 100 dollari pro-capite in spesa sociale - rileva uno studio dell'OCSE - è associato alla riduzione della mortalità dell'1,19%.

Invece le politiche di austerità attuate dagli stati in crisi hanno tagliato le spese sociali e reso più difficile l'accesso ai servizi sanitari, con la riduzione dell'offerta sanitaria pubblica e con

GAVINO MACIOCCO
Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

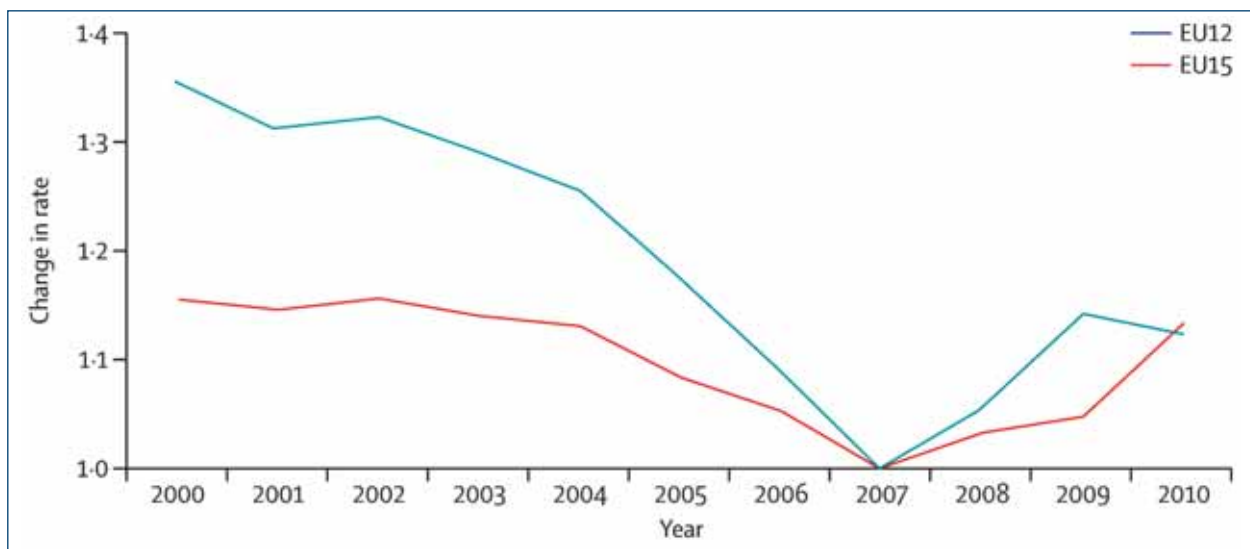


Figura 1 - Suicidi in Europa. Tendenze anni 2000-2010.

Suicide rates before and after 2007 in the 12 post 2004 (EU12) and 15 pre-2004 (EU15) countries of the European Union.

EU-15 area countries are: Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Ireland, Italy, Luxembourg, Netherlands, Portugal, Spain, Sweden and United Kingdom. EU-12 area countries are: Estonia, Latvia, Lithuania, Poland, Czech Republic, Slovakia, Hungary, Slovenia, Romania, Bulgaria, Malta, Cyprus.

¹ M. Karanikolos et al, Financial crisis, austerity, and health in Europe, Lancet, published Online March 27, 2013.

l'aumento dei *ticket*, rendendo la crisi ancora più dolorosa e dilatando le disegualianze sociali.

Amara la considerazione finale dell'articolo di Lancet. Di fronte a questa tragedia i responsabili europei della sanità, dai ministri dei vari governi ai commissari dell'Unione Europea, sono rimasti silenti, sebbene – questi ultimi – avessero l'obbligo di valutare gli effetti sulla salute delle politiche di austerità dell'UE e delle prescrizioni della Troika. Si sono invece limitati a dare consigli su come i vari ministri della sanità dovessero procedere ai tagli del budget della sanità.

Ma la crisi non ha prodotto solo tagli legati alle sconsiderate politiche di austerità. La crisi è stata anche l'occasione di produrre radicali cambiamenti nei sistemi sanitari, come è avvenuto in Inghilterra. Ha scritto Martin McKee sul BMJ, riferendosi alle riforme del governo Cameron: "La crisi economica ha offerto al governo l'opportunità che capita una sola volta nella vita. Come Naomi Klein ha descritto in molte differenti situazioni, quelli che si oppongono al welfare state non sprecano mai una buona crisi"².

Ciò che è avvenuto in Grecia e in Spagna lo testimonia.

GRECIA

La Grecia fa parte di quei paesi del sud Europa – insieme a Italia, Spagna e Portogallo – che tra gli anni 70 e 80 decisero di passare dal modello "mutualistico" ("Bismarck") al modello "servizio sanitario nazionale" ("Beveridge"). Tuttavia, in Grecia questa transizione non si è mai completamente realizzata, registrando una serie interminabile di crisi³.

L'atto di nascita del servizio sanitario nazionale ellenico risale al 1983, ma questo atto non ha sostituito la diffusa e complessa rete di assicurazioni sociali che si erano stratificate nel tempo a partire dal 1922. Diverse leggi varate negli anni 90 e – la più recente – nel 2004 hanno cercato di razionalizzare il sistema, ma senza successo con la conseguenza che a tutt'oggi nel paese coesistono due sotto-sistemi sanitari: uno – il servizio sanitario nazionale – finanziato dalla fiscalità generale; l'altro – il sistema mutualistico – finanziato dai contributi dei datori di lavoro e dei dipendenti.

Ma a causa dell'inefficienza del sistema, la principale fonte del finanziamento (circa il 40%) proviene direttamente dalle tasche dei cittadini che ricorrono – *out-of-pocket* – al florido mercato privato e che spesso, nel settore pubblico, devono pagare sotto-banco gli operatori sanitari per ricevere le prestazioni. L'inefficienza del sistema spiega anche perché la Grecia registrasse, ancora nel 2010, un livello di spesa sanitaria totale sul PIL superiore alla media OCSE (10,2%).

La catastrofe economico-finanziaria in cui è

precipitato il paese si è inevitabilmente riflessa sul sistema sanitario⁴ e sulla salute dei cittadini⁵. Il budget della sanità è stato duramente tagliato e hanno perso il lavoro 26 mila dipendenti pubblici del servizio sanitario, di cui 9.100 medici. Anche a causa del malfunzionamento dei servizi ambulatoriali, i ricoveri ospedalieri sono aumentati del 24%. Ospedali che peraltro funzionano sempre peggio a causa del taglio budget del 40%, e della conseguente carenza di farmaci e personale. A causa degli altissimi livelli di disoccupazione milioni di cittadini hanno perso la copertura assicurativa mutualistica e questo rende ancora più elevata la quota di persone che sono costrette a pagare direttamente le prestazioni (quando possono) e ad aggravare le condizioni di povertà. Mancano i farmaci, anche quelli salvavita come i farmaci contro il cancro. Lo stato non paga i conti, i privati non hanno i soldi e migliaia di farmacie sono costrette alla chiusura.

La mortalità infantile è aumentata del 53% dal 2008 al 2011. Le infezioni da Hiv sono cresciute +52% nel 2011, a causa dei tagli ai servizi contro le tossicodipendenze (l'uso di eroina è cresciuto del 20%) e alla crescita della prostituzione e dei rapporti non protetti. Dal giugno 2011 sono ricomparsi casi di malaria in persone che non hanno viaggiato all'estero, e che hanno contratto la malattia in patria a causa dell'allentamento delle misure di profilassi ambientale. Nonostante la Grecia fosse il paese in Europa con il più basso tasso di suicidi, questi sono aumentati negli ultimi anni del 40%.

SPAGNA

La Spagna ha adottato il modello Beveridge nel 1986 con la legge *Ley General de Sanidad* (Istituzione del servizio sanitario nazionale). Una delle caratteristiche fondamentali del sistema sanitario spagnolo – e in generale dell'amministrazione pubblica – è il suo decentramento. Le 17 Regioni (*Comunidades Autónomas*) godono di una grande autonomia rispetto al governo centrale. La stessa riforma sanitaria del 1986 è stata applicata gradualmente nelle varie realtà regionali. Prima sono partite la Catalogna e l'Andalusia, poi Paesi Baschi e Valencia e solo nel 2002 la riforma è entrata in vigore in tutta la Spagna. Altro aspetto dell'autonomia regionale riguarda il finanziamento del sistema sanitario. I fondi statali arrivano alle Comunità Autonome senza una finalizzazione per singoli capitoli di spesa: sono le Comunità Autonome che stabiliscono l'entità delle risorse da destinare al settore sanitario, e ciò determina rilevanti differenze regionali nella spesa sanitaria pubblica (la spesa della Navarra è il 40% superiore a quella della Comunità Valenciana). Fino a non poco tempo fa il sistema sanitario spagnolo era considerato un modello di successo, con una

² McKee M, Stuckler D. The assault on universalism. BMJ 2011; 343:1314-17.

³ Economou C. Greece, Health system review, Health System in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.

⁴ Triantafyllou K, Angelotopoulou C. IMF and European co-workers attack public health in Greece. Lancet 2011; 378: 1459.

⁵ Kentikelenis A, et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. Lancet 2011; 378: 1457-58.

spesa sanitaria tra le più basse nei paesi OCSE (paragonabile a quella italiana) – vedi Tabella 1.

Poi è arrivata la crisi del debito e la Spagna ha subito pesantissime conseguenze economico-finanziarie, con una drammatica recessione e una elevatissimo tasso di disoccupazione salito nel quarto trimestre 2012 al 26%. La ricetta per far fronte alla crisi ha coinvolto pesantemente il settore sanitario. Con un Decreto Reale approvato nell'aprile 2012 sono state adottate una serie di misure per ridurre la spesa sanitaria di 7 miliardi di Euro: dall'aumento dei ticket (imposti anche ai pensionati che fino ad allora erano rimasti esenti) a un considerevole taglio degli stipendi del personale sanitario (quasi il 20%).

Lo stesso valore simbolico del sistema universalistico è stato messo in discussione. Infatti il Decreto Reale stabilisce che gli utenti del servi-

zio sanitario nazionale siano denominati non più "cittadini", ma "assicurati". Sembra che la norma non abbia immediate conseguenze pratiche per i "cittadini" spagnoli, mentre le ha certamente per gli immigrati senza permesso di soggiorno che prima del decreto potevano usufruire di tutte le prestazioni, mentre dal 1° settembre 2012 possono accedere gratuitamente ai servizi solo per i casi urgenti.

Secondo Garcia Rada, sul BMJ⁶, il passaggio lessicale da "cittadino" a "assicurato" prelude a un cambiamento di sistema, in direzione di un sistema assicurativo (*"The law regulates access to healthcare by introducing the term "insured," which may be used in the future to allow private insurance companies into public healthcare"*).

TM

Tabella 1 - Spesa sanitaria in alcuni paesi europei – anno 2010 (Fonte OCSE).

	Spesa sanitaria totale pro-capite (\$)	Spesa sanitaria pubblica pro-capite (\$)	Spesa sanitaria totale come % del PIL
Francia	3.974	3.060	11,6
Germania	4.338	3.331	11,6
Gran Bretagna	3.433	2.857	9,6
Grecia	2.914	1.730	10,2
Italia	2.964	2.358	9,3
Spagna (2009)	3.076	2.265	9,6
USA	8.233	3.966	17,6
Media OCSE	3.268	2.377	9,5

⁶ Garcia Rada A. New legislation transforms Spain's health system from universal access to one based on employment. BMJ 2012; 344:e3196.

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



Statistiche sito internet dell'Ordine Firenze

Periodo 26/09/2012 - 31/03/2013 (sei mesi)

Dopo sei mesi di funzionamento, il nuovo sito dell'Ordine di Firenze ha ottenuto un buon successo da parte degli utenti, documentato come segue. **I medici e gli odontoiatri fiorentini sono invitati a segnalare eventuali argomenti d'interesse che possono essere sviluppati e pubblicati, a vantaggio di tutti.**

Pagine del sito più visitate	Numero assoluto di click	Media di click al giorno
Servizi on-line (pagina dedicata alla consultazione dell'Albo, alla stampa dei certificati e agli annunci di eventi)	15.882	88
Lo studio medico: caratteristiche e requisiti (pagina delle FAQ dedicata alla spiegazione delle caratteristiche e dei requisiti che deve possedere lo studio medico e odontoiatrico)	7.586	42
Attività sportiva (pagina delle FAQ dedicata alla spiegazione delle varie tipologie di attività sportive e relativi obblighi certificativi)	5.703	34
Certificati medici e IVA (pagina delle FAQ dedicata alla spiegazione delle varie tipologie di certificati e dei connessi aspetti fiscali)	4.240	25
Area Odontoiatri (pagina dedicata alle tematiche inerenti la professione odontoiatrica)	2.708	15
Certificato medico cartaceo e telematico (pagina delle FAQ dedicata alle modalità di compilazione e rilascio dei certificati medici)	2.628	15
Organi Istituzionali (pagina contenente l'elencazione dei componenti degli Organi istituzionali e relativi curricula)	2.491	14
PEC (pagina contenente informazioni e procedure per l'attivazione della casella di posta elettronica certificata)	2.252	13

Elenco Speciale dei medici di medicina generale

Si ricorda a tutti i medici che hanno frequentato il **Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale** di iscriversi

all'**Elenco Speciale dei medici di medicina generale** presso L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Firenze. La registrazione verrà

effettuata presso l'ufficio competente dell'Ordine previa presentazione dell'attestato rilasciato al termine del corso.

Sostituzioni ai medici di medicina generale

Com'è noto, i medici abilitati entro il 31/12/1994 hanno diritto di partecipare alle graduatorie della medicina generale, anche se non in possesso del titolo di formazione in medicina generale. Al fine di poter riconoscere questo diritto, la legge prevede che, a richiesta dell'interessato, l'Ordine può segnalare sull'Albo professionale tale condizione che può essere utile, non solo ai fini della

suddetta graduatoria, ma anche per attestare il diritto all'esercizio della medicina generale, soprattutto per lo svolgimento di attività di sostituzione ai medici titolari. Allo stesso modo, i medici in possesso del titolo di formazione in medicina generale possono richiedere all'Ordine l'annotazione circa il possesso di tale titolo che, ugualmente, oltre ai fini della graduatoria, può essere utile

per segnalare la propria condizione professionale, sempre ai fini delle sostituzioni. Si invitano, quindi, sia i medici che hanno superato il corso di formazione in medicina generale, sia quelli abilitati entro il 31/12/1994, a segnalare e/o chiedere la relativa annotazione all'Albo, onde consentire ai medici titolari il più facile reperimento di colleghi disponibili a svolgere attività di sostituzione.

La Professione

Sul sito internet della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici www.fnomceo.it, nella sezione dedicata alla Comunicazione, è stata aperta un'area dove vengono proposti ai lettori i numeri del periodico "La Professione", testata della

FNOMCeO che raccoglie interventi, razionali, articoli e interviste concernenti la vita dell'Ordine, gli eventi nazionali promossi dalla FNOMCeO e gli elementi di dibattito professionale e deontologico che la stessa Federazione sviluppa e propone. Nei

numeri de "La Professione" si ritrovano interventi di Presidenti degli Ordini, rappresentanti della comunità medico-scientifica, esponenti politici ed esperti della vita sociale ed economica del Paese. I lettori sono invitati alla consultazione.



Sul sito AIFA i medicinali per principio attivo

Al fine di consentire la prescrizione per principio attivo disposta dal decreto legge 95/2012, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) rende disponibili per tutti gli operatori sanitari le tabelle contenenti l'elenco

dei farmaci di fascia A dispensati dal SSN, ordinati rispettivamente per principio attivo e per nome commerciale. Lo rende noto sul suo sito la stessa AIFA, precisando come tali tabelle costituiscono uno strumen-

to tecnico e includono sia medicinali presenti nella lista di trasparenza, sia i medicinali coperti da tutela brevettuale, sia quelli di cui è scaduto il brevetto ma per i quali non è prevista la sostituibilità.



Sicurezza dei trapianti

Si è svolto a Firenze nei giorni scorsi il 5° congresso della Società per la sicurezza e qualità dei trapianti. Dal congresso è emerso un dato preoccupante e cioè che i tagli della "spending review" potrebbero avere un impatto negativo sulla donazione di organi. Infatti le dif-

ficoltà organizzative e finanziarie dei dipartimenti di emergenza-urgenza inevitabilmente potrebbero creare notevoli difficoltà al sistema della donazione. Tuttavia questa crisi potrebbe essere anche l'occasione per migliorare l'appropriatezza, garantendo al contempo

qualità e sicurezza. Insomma, le minori risorse devono spingere ad una revisione dei criteri di accreditamento dei centri trapianto e una rivalutazione dei volumi di attività affinché i risultati siano sempre più appropriati.

La crisi del settore odontoiatrico

Secondo uno studio di Confprofessioni, elaborato sulla base dei dati INPS del 2012, sono stati 106 i dipendenti degli studi odontoiatrici ammessi alla Cassa Integrazione in deroga, sulla base del decreto 158/2008. Il Vice Presidente di Confprofessioni, Roberto Callioni, ha così commentato: "Certamente rispetto al numero dei collaborato-

ri degli studi odontoiatrici questo dato può apparire irrilevante, ma in realtà è un dato sintomatico della grave crisi che ha colpito anche il comparto dentale. C'è anche da considerare che lo strumento della Cassa Integrazione per i dipendenti degli studi professionali è ancora poco conosciuto e anche il fatto che gli odontoiatri cercano in ogni

modo di non disperdere le professionalità dei propri collaboratori, formati con molta attenzione e sacrifici. Rimane comunque il fatto - conclude Callioni - che nessuno, fino a qualche tempo fa, avrebbe immaginato che anche un dentista fosse costretto a ricorrere alla Cassa Integrazione".

Caso "San Marino": ENPAM assolta

La magistratura ha definitivamente archiviato il caso Enpam-San Marino, ritenendo insussistente l'ipotesi investigativa nei confronti dell'ex Presidente Eolo Parodi. Nell'estate del 2010 il Corriere della Sera aveva parlato di un "tesoretto da 100 milioni di euro" dell'Enpam "nascosto" in libretti di deposito e in conti correnti intestati

alla Banca Commerciale Sanmarinese. Non c'era però alcun tesoretto nascosto. La Fondazione Enpam più semplicemente aveva acquistato, tramite un istituto bancario italiano residente, anche "Pronti Contro Termine" - cioè investimenti di breve durata - emessi dalla banca sanmarinese. La Guardia di Finanza aveva successivamente sollevato

delle questioni di natura fiscale. La Fondazione tuttavia aveva pagato la differenza tra le imposte italiane dovute e le ritenute sanmarinesi già applicate, per cui anche la procedura con l'Agenzia delle Entrate si è conclusa nel 2012. È stata quindi la stessa Procura della Repubblica di Roma a chiedere l'archiviazione del procedimento penale.

I tagli orizzontali mettono a rischio i centri migliori

Uno studio comparativo condotto dall'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (Altems) passando ai raggi X alcuni dei principali nosocomi italiani, tra i quali Careggi di Firenze ha evidenziato come, per effetto dei tagli imposti dalla spending review, lo stesso paziente possa costare a un ospedale il triplo che a un altro. Tra gli ospedali esaminati il Gemelli, è quello con un costo per dimesso più basso (6.118 euro a paziente). Il costo massimo si riscontra all'AOU Molinette (11.821 euro); al Policlinico Umberto I è pari a 8.134, a Careggi 8.433 euro, al S. Orsola 7.309,

al S. Giovanni 7.994; infine al San Camillo 10.486, al Sant'Andrea 9.813. Buona parte di queste differenze dipendono dalla voce "beni e servizi": per esempio un paziente che al S. Camillo costa 5.856 euro in termini di beni e servizi (farmaci, apparecchi, ecc.), al Gemelli costa 2.135 e al S. Giovanni 2.667. È come dire che un ospedale spende quasi il triplo di un altro per curare lo stesso paziente. Gli ospedali hanno performance diverse anche sul fronte della produttività, come mostra per esempio l'indice di attività di assistenza per ogni posto letto (che si calcola come numero di di-

messi annuo per posto letto): in pole position c'è Tor Vergata con 69,7 dimessi per posto letto, seguito dal Gemelli con 55 dimessi. Il Careggi ha 45,5 dimessi per posto letto, 43,1 le Molinette, e 42,9 il Sant'Orsola. Sempre in ambito di produttività, per quella del personale, risulta primo il Gemelli con 107,7 pazienti trattati in un anno per ogni medico, seguito dal Sant'Andrea (105,1). Il valore più basso va al San Giovanni con 61,6 pazienti; ma si discostano di poco gli altri: Umberto I con 62,4, San Filippo Neri con 63, San Camillo con 63,8, Tor Vergata con 70,7.

FESTEGGIAMENTO PER I LAUREATI NEL 1973

Ricorrendo quest'anno i nostri 40 anni di laurea, abbiamo ritenuto piacevole festeggiare questa importante data, organizzando per **mercoledì 13 giugno alle ore 20.00 una cena presso Villa Viviani, Via Gabriele D'Annunzio, 230 Firenze.**

La serata sarà allietata dal gruppo musicale "The Darks" del quale fanno parte alcuni nostri colleghi. È gradita la presenza di persone effettivamente significative (es. mogli, mariti, figli o amici).

Il costo della serata è di 50 euro. Per adesioni scrivere al seguente indirizzo di posta elettronica, specificando anche un recapito telefonico: quarantannilaurea@gmail.com.

Augurandoci di vedervi numerosi

Riccardo Gheri, Titti Mazzei, Pier Luigi Tucci



Qualche dato epidemiologico generale

Ripubblichiamo alcuni dati generali sullo stato di salute della popolazione fiorentina, toscana e nazionale. Firenze è la città più anziana rispetto alla media regionale e nazionale. La distribuzione delle cause di mortalità e di ricovero non differisce molto dal resto di Italia.

Queste Tabelle sono un'occasione per riflettere sulle necessarie integrazioni alla organizzazione del Servizio Sanitario.

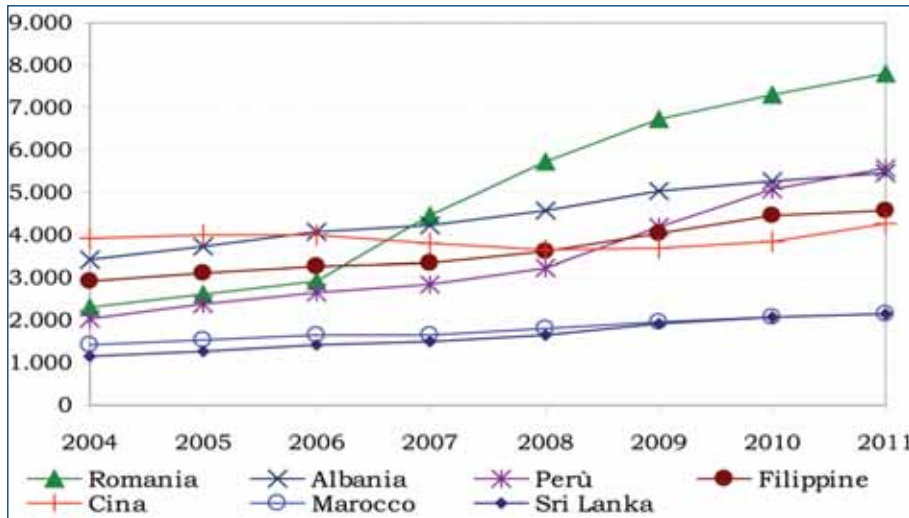


Figura 1 - Numero di residenti stranieri delle sei nazionalità più numerose - Anni 2004-2011.

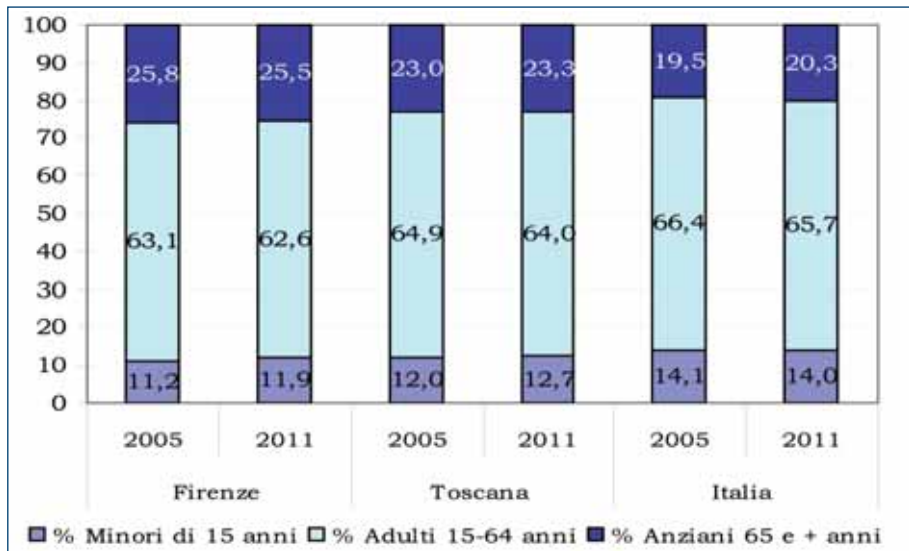


Figura 2 - Composizione per età della popolazione - Firenze, Toscana, Italia, valori percentuali - 01/01/2005-01/01/2011.

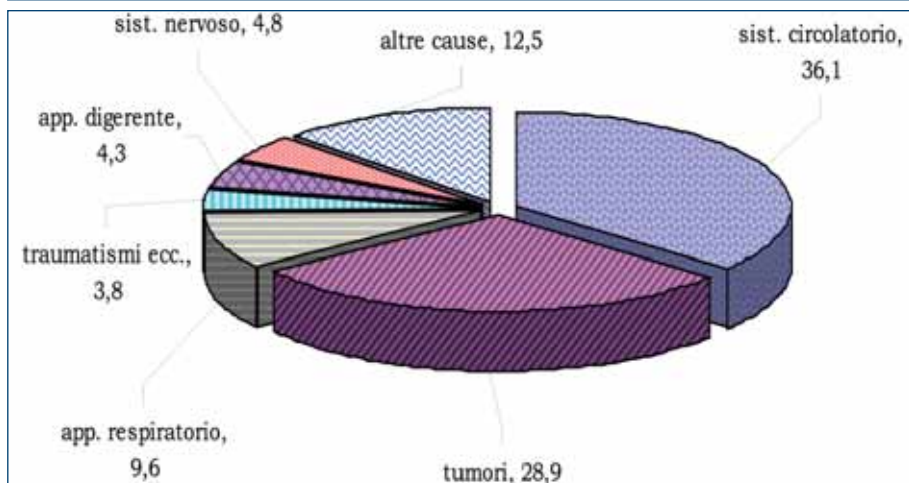


Figura 3 - Distribuzione % della mortalità per grandi gruppi - Firenze - Anno 2009.

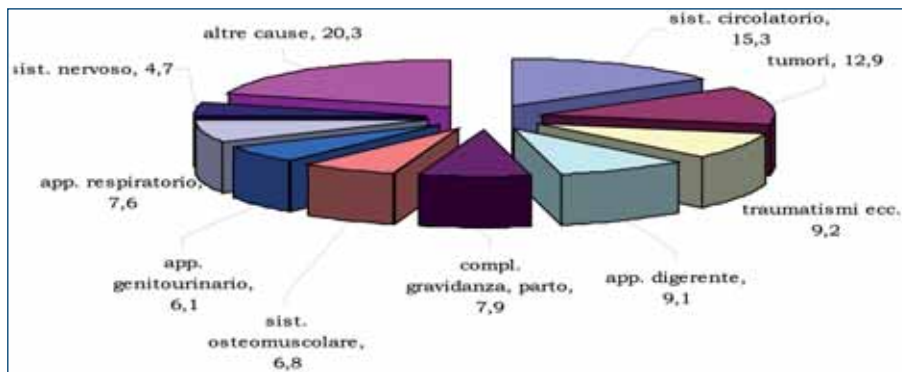


Figura 4 - Distribuzione dei ricoveri per grandi gruppi di malattie - Firenze - Anno 2011.

I sistemi di prescrizione elettronica americana favoriscono il risparmio

La prescrizione elettronica dei farmaci può indurre i medici a scegliere quelli meno costosi e costituire dunque un fattore favorevole al risparmio. È quanto dimostra uno studio condotto negli Stati Uniti dall'agenzia Decision Resources, su un campione di medici di medicina generale e di specialisti. La maggior parte dei sistemi esistenti di prescrizione online forniscono informazioni riguardo alla disponibilità di farmaci equiva-

lenti e alcuni medici tendono a utilizzarle per compiere la scelta più conveniente; altri invece fanno uso dei dati forniti dal software per impostare una discussione con i propri pazienti in merito alle alternative terapeutiche. Si ottiene dunque anche un miglioramento della comunicazione. Subito dopo la pubblicazione dello studio, l'agenzia di marketing Ims Health ha comunicato che nel 2012 le spese per le prescrizioni negli Stati

Uniti sono diminuite per la prima volta da quando, nel 1957, viene effettuato questo tipo di monitoraggio. Il rapporto non mette in relazione la riduzione della spesa con la diffusione della tecnologia che permette la prescrizione elettronica dei farmaci, ma l'Ims fa notare che lo scorso anno le prescrizioni di generici hanno toccato il picco dell'84% e si ritiene che aumenteranno ulteriormente nei prossimi anni.

Inaugurazione del "Center for Advanced Simulation in Medicine"

Martedì 16 Aprile scorso presso l'Aula Magna del Nuovo Ingresso Careggi - Padiglione nr. 3 - piano terreno - Largo Brambilla 3, è stato inaugurato il "Center for Advanced Simulation in Medicine". Il Centro, nato nel 2007 dal-

la collaborazione tra l'Università degli Studi di Firenze, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer, la Regione Toscana e la Harvard University di Boston, riunisce le esperienze pluriennali

delle Aziende Ospedaliero-Universitaria Careggi e Meyer nel settore della simulazione medica adulta e pediatrica in Medicina di Emergenza-Urgenza sia intra che extra-ospedaliera.

Il numero chiuso non è contrario alle norme UE

Il numero chiuso all'Università non viola il diritto allo studio. Lo ha stabilito la Corte europea dei diritti umani nella sentenza emessa nei confronti dell'Italia. I giudici europei per la prima volta si sono trovati a dover stabilire se il numero chiuso, stabilito in Italia per alcune facoltà, sia compatibile con il rispetto al diritto allo studio sancito dalla Convenzione europea dei diritti umani. La Corte ha stabilito che la soluzione trovata dal legisla-

tore italiano per regolare l'accesso all'università è ragionevole. A presentare il ricorso a Strasburgo erano stati 8 cittadini italiani. Una di loro ha fallito per 3 volte l'esame per accedere alla facoltà di medicina. Altri 6 ricorrenti non hanno non hanno superato quello per entrare a odontoiatria. L'ottavo ricorrente invece pur avendo passato l'esame, è stato escluso dalla facoltà di odontoiatria dopo 8 anni che non dava esami. "La sentenza

di Strasburgo conferma quanto diciamo noi da tempo: più che di numero chiuso si tratta di numero programmato. Questo non significa che l'accesso alle facoltà di Medicina e Odontoiatria non vada riformato. Ad esempio, si potrebbe iniziare intervenendo sui quiz di accesso, rendendoli più adeguati agli studi medici", ha commentato Luigi Conte, segretario della FNOMCeO.

Sostituzioni ai medici di medicina generale e Elenco Speciale dei medici di medicina generale

Si invitano sia i medici che hanno superato il corso di formazione in medicina generale, sia quelli abilitati entro il 31/12/1994, a richiedere l'iscrizione all'albo speciale dei medici di medicina

generale, onde consentire ai medici titolari il più facile reperimento di colleghi disponibili a svolgere attività di sostituzione. Tale iscrizione può essere utile, non solo ai fini della graduatoria per la medi-

cina generale, ma anche per attestare il diritto all'esercizio della medicina generale per lo svolgimento di attività di sostituzione ai medici titolari.

Adenuric[®]

(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*

Continuazione dell'articolo in pubblicazione prossimamente nella rivista

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