



ToscanaMedica

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



Novità per il non Small Cell Lung Cancer

G. Amunni, A. Chella, G. Fontanini,
F. Lanini, F. Lena, E. Mini, M. Mugnai

Adozione di algoritmo prescrittivo per RM ginocchio nei casi di gonalgia dell'adulto

Consiglio Sanitario Regionale

Hospitalist: l'anello mancante nell'ospedale per intensità di cura?

V. Verdiani, M. Affinati

Appropriatezza di richiesta di certificazione medico-sportiva per la partecipazione ai corsi di AFA

Consiglio Sanitario Regionale

N° 5 MAGGIO 2015



Spedra[®] 100 mg

compresse
avanafil



Spedra[®] 200 mg

compresse
avanafil

Licensed by Vivus Inc. and Mitsubishi Tanabe Pharma Corporation

Depositato presso AIFA in data 17/10/2014



SPED 14 16



Fondato da
Giovanni Turziani



In coperta
Leiano e Laureola: il perdono del re
Francia del Nord, 1515-1530 circa
Arazzo, lana e seta
Parigi, Musée de Cluny

Anno XXXIII n. 5 - Maggio 2015

Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale

D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46)

art. 1, comma 1, DCB Firenze

Prezzo € 0,52

Abbonamento per il 2015 € 2,73



Antonio Panti

Direttore Responsabile
Antonio Panti

Redattore capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segretaria di redazione
Antonella Barresi



Bruno Rimoldi

Direzione e Redazione
Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 496 522 - telefax 055 481 045
http://www.ordine-medici-firenze.it
e-mail: toscanamedita@ordine-medici-firenze.it



Simone Pancani

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



Antonella Barresi

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

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

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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



LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 Pellegrini e mercanti. Il viaggio nel medioevo
F. Napoli

EDITORIALE

- 5 L'età della diffidenza
A. Panti

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- 6 Novità per il non Small Cell Lung Cancer
G. Amunni, A. Chella, G. Fontanini,
F. Lanini, F. Lena, E. Mini, M. Mugnai
- 13 Innovazione e sostenibilità
A. Panti

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 14 Il mal di schiena in Toscana
F. Profili, L. Vannini, S. Giovannoni, G. Guizzardi, A. Suman,
G. Poggesi, G. Barneschi, P.M. Martellucci, P. Francesconi
- 16 Hospitalist: l'anello mancante nell'ospedale per intensità di cura?
V. Verdiani, M. Affinati
- 18 Medicina penitenziaria
F. Ceraudo
- 20 Un dono al carcere, in carcere
G. Brandi
- 29 L'emergenza sbarchi e l'accesso alla salute dei rifugiati
Medici per i Diritti Umani (MEDU)
e Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione (ASGI)
- 32 Cybercondria e medicalizzazione
A. Panti

REGIONE TOSCANA

- 21 Schema di Accordo regionale per l'effettuazione delle attività di vaccinazione nell'ambito della pediatria di famiglia
- 23 Linee di indirizzo per l'oncoematologia pediatrica
Consiglio Sanitario Regionale
- 27 Appropriatelyzza di richiesta di certificazione medico-sportiva per la partecipazione ai corsi di AFA, seguita all'entrata in vigore del DM 24/04/2013, e s.m.i. e del DM 08/08/2014
Consiglio Sanitario Regionale
- 28 Adozione di algoritmo prescrittivo per RM ginocchio nei casi di gonalgia dell'adulto
Consiglio Sanitario Regionale

RICERCA E CLINICA

- 33 Tecniche pre-operatorie per migliorare il risultato di protesi di anca e ginocchio
L. Castellani, M. Ponti, D. Bartoli, A. Baldini
- 36 L'hpv: un'epidemia tumorale anche nel distretto ORL?
I. Fini Storchi

LETTERE AL DIRETTORE

- 39 Gli effetti delle disuguaglianze sulla salute
B. Elia
- 40 Stroke Units / Hyperacute Stroke Units
G. Berni
- 41 Ancora medici che studiano i Medici
N. Villari

RICORDO

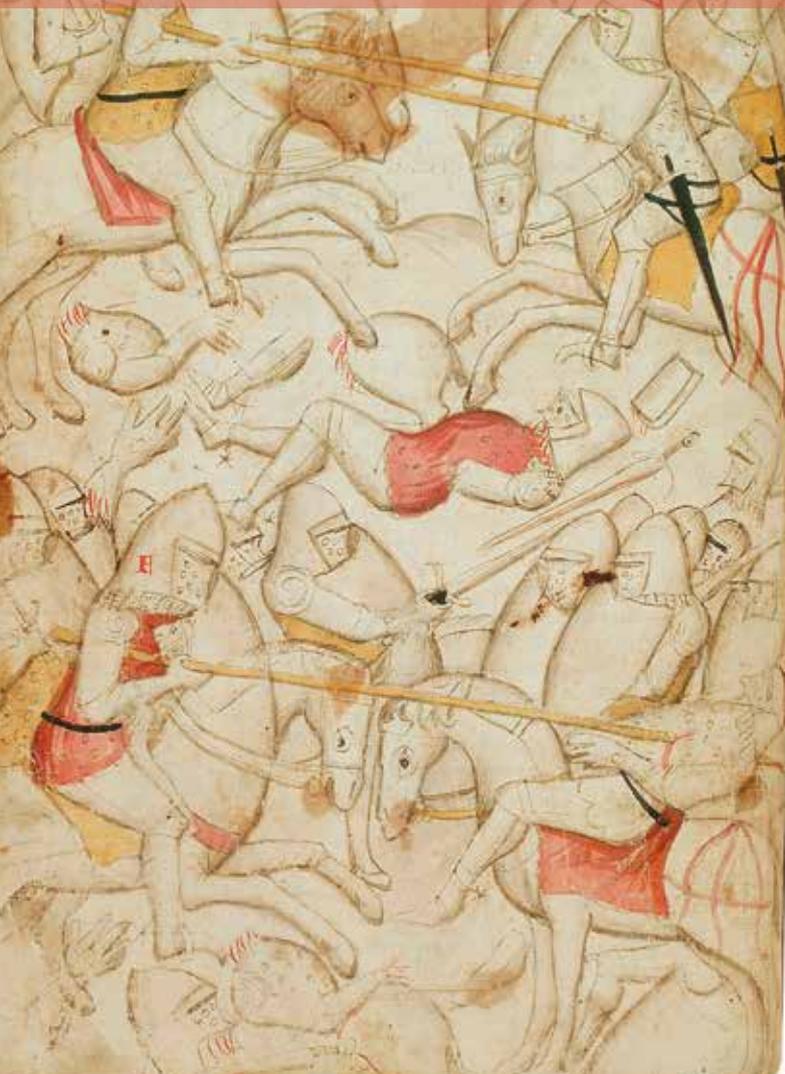
- 43 Ricordo del Prof. Guido Indelli
Simone Pancani

43 VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

45 NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

20 BACHECA

31 LETTI PER VOI



FEDERICO NAPOLI

Pellegrini e mercanti Il viaggio nel medioevo

Il 22 giugno di centocinquant'anni fa il Bargello apriva le sue sale come Museo Nazionale, primo del nuovo Regno d'Italia. Inaugurato come luogo destinato alla conservazione di scultura medioevale, ha poi ampliato la propria vocazione quanto meno con opere rinascimentali e ceramiche. Da allora ha compiuto un lungo viaggio di idee, di passione e di valorizzazione: ora nei suoi locali e fino al 21 giugno è un viaggio diverso ad essere protagonista, con la mostra "Il Medioevo in viaggio". Mille anni fa si viaggiava per espiazione di peccati o di condanne, per motivi di fede, interessi economici, cause militari, ma la società di dieci secoli fa era in movimento, comunque e alla fine, per motivi

di sopravvivenza: fuggire una peste o una carestia, sottrarsi ad un esercito invasore, portare nei mercati prodotti da barattare.

Di conseguenza, la mostra – che dilata a livello europeo il concetto di *medioevo* includendo quindi anche il XVI secolo –, ospitata ora al Bargello provenendo dal Musée de Cluny (Paris), si articola in varie sezioni, dando corpo anche ad una collaborazione fra i due suddetti musei, oltre allo Schnutgen di Colonia e l'Episcopal di Vic (Catalogna).

Viaggiare comportava la necessità di avere carte, se per mare dette *portolani* (indicavano i vari porti lungo le rotte), come pure il bisogno di avere strumenti utili per l'orientamento: ecco gli astrolabi, oggetti un tempo di uso comune nella navigazione – solo il sestante e dal XVIII secolo li sostituirà –, se in un testo del 1392 lo scrittore e poeta inglese Geoffrey Chaucer ne indica gli usi al figlio giovanissimo. Se, invece, il viaggio era via terra, necessaria risultava una mappa del territorio: in mostra compare una curiosa carta dell'Italia vista da Nord, cioè dalle Alpi, destinata a viaggiatori che arrivavano dal centro Europa. Ma il viandante aveva un'altra necessità, quella di possedere calzature adatte ed alcune di queste sono esposte, rarissime e pertanto preziose. In mostra compare (altrettanto raro) un *libro da cintura*, con testi giuridici, pertanto necessario a un viaggio d'affari o a chi esercitava la professione. Un arazzo fiammingo del XVI secolo che presenta personaggi aristocratici in viaggio esemplifica il modo di portare questo tipo di oggetto legato alla cintura.

Placchette – XII secolo, dalla Francia –, reliquiari – prezioso quello proveniente dal Schnutgen Museum di Colonia – e miniature, sono oggetti che si sposano con il viaggio per motivi di pellegrinaggio nei luoghi santi della cristianità, magari lungo la via Francigena; invece, le armi esposte rimandano alla dimensione militare (ricordando anche i *cavalieri erranti*); scatole da messaggero e scarselle si riferiscono al mondo amministrativo del tempo. L'altra società, quella aristocratica, delle corti è riflessa proprio nell'arazzo fiammingo già nominato: qui il viaggio appare come spostamento da una residenza all'altra, da un vassallo all'altro, anche seguendo significati di *visibilità* del potere. Viaggi compiuti senza rinunciare a certe comodità: un cassone decorato – quasi raffinato quello proveniente dal Musée de Cluny, datato 1500 circa –, un tavolino pieghevole, la scacchiera.

In ultimo, anche il matrimonio comportava uno spostamento, sia materiale che metaforico, ritrovandosi nel passaggio della sposa dalla casa paterna a quella del marito: esposte nella mostra fiorentina compaiono due selle del XIV secolo – una senz'altro nuziale – elaborate e sontuose, in legno con intarsi in osso e corno.

Mostra (curiosa e preziosa) e catalogo curati da Benedetta Chiesi, Ilaria Ciseri, Beatrice Paolozzi Strozzi. **TM**

Il Medioevo in viaggio

Museo del Bargello

Fino al 21 giugno

Orario: lun/dom 8,15 -13,50

Per i Biglietti:

 <https://www.polomuseale.firenze.it/musei/?m=bargello>

"*Febus el Forte*", XIV-XV secolo
Manoscritto cartaceo, legatura di restauro (1970) in assi, dorso in pelle
Firenze, Biblioteca Nazionale Centrale



ANTONIO PANTI

L'età della diffidenza

Neppure i più esaltati sognatori dell'età dell'oro rinunciano alle conquiste della scienza, agli antibiotici o ai cellulari. Altresì che vi sia bisogno di porre un freno al dominio della tecnica sull'uomo è idea condivisa da molti, escluso i fautori del libero mercato che finanziano studi per dimostrare che il fumo non fa poi così male e che l'effetto serra consente una sana abbronzatura. La scienza però non spiega le emozioni o, meglio, ne dà una spiegazione lontana dal senso comune, e diventa sempre più incomprensibile anche per le persone colte. La scienza non riesce a abbattere i pregiudizi e le interpretazioni magiche del mondo e gli uomini a queste si rifanno di fronte ai misteri della vita. Nonostante le ragioni della scienza, sagge persone di culture diverse restano convinte delle loro fedi o credenze anche se per sostenerle usano il computer e colloquiano mediante whatsapp. Aggiungiamo la sarabanda di notizie che quotidianamente ci sommerge ed ecco che, quasi inconsapevolmente, siamo scivolati in un'epoca di diffidenza, di sospetto, in un gigantesco ossimoro tra le illusioni di una scienza salvifica e le delusioni per le inesorabili rivincite della natura.

Riflettiamo sulla medicina. Sono invenzioni recentissime le nanotecnologie che stanno cambiando la farmacologia, le tecniche genetiche che consentono una medicina adattata ai singoli, i vaccini contro malattie inesorabili, la terapia dell'HCV, la robotica applicata alla chirurgia e alla riabilitazione e via dicendo. Però abbiamo sotto gli occhi il caso Stamina, col suo carico di malessere, di sconfitta per tutti, la polemica sugli OGM, quella sulla PMA, sulle cellule embrionali, le opposizioni pericolosissime e insidiose contro i vaccini, gli appelli acritici contro le sperimentazioni animali. Viviamo in un paese dove la politica opera in una tale condizione di ignoranza da non sapersi opporre, nell'interesse concreto dei cittadini, a questi frutti di pregiudizi, di incultura, di fondamentalismi eterogenei. E così nascono leggi ambigue che, purtroppo, ottengono il solo effetto di lasciare al palo la scienza italiana, già così in difficoltà di finanziamenti e di sostegni.

Possibile che sia così difficile uscire dall'oscurantismo? Anche la magistratura sembra fi-

glia della bassa cultura scientifica degli italiani. In effetti in ogni paese esplodono opposizioni ai vaccini e agli OGM, insieme a sacrosante lotte a difesa della natura.

Ma in Italia si leggono sentenze paradossali a favore di Stamina, della terapia Di Bella, contro i vaccini, contro chi non aveva previsto il terremoto. Non esistono criteri di selezione delle perizie o limiti all'intervento della magistratura. Nello stesso tempo si scambia la libertà di informazione col propalare notizie prive di controllo, prima regola del buon giornalista. In questi casi non si tratta della questione, filosofica o politica, della fede contro la ragione. Certamente hanno un ruolo le diffidenze verso uno Stato troppo invadente, che vuol dettare regole di vita imponendo di vaccinarsi, o quelle verso una scienza che non sconfigge ogni male e spesso abbandona il malato inguaribile (e così prosperano le medicine olistiche), o il timore che la tecnica finisca per sostituirsi al Dio creatore costruendo automi intelligenti. Il principio di precauzione ha un suo senso, tuttavia se usato con buon senso.

Dal punto di vista dei medici, naturali difensori della razionalità e della ricerca del vero per il bene di tutti, non si sfugge tuttavia all'impressione che vi sia una sorta di "crisi della mediazione". Difficile stabilire se sia nata prima questa crisi e se invece essa derivi dal declino del rapporto tra medico e paziente. Però esiste. E non possiamo negare una responsabilità degli uomini di scienza, e tali sono i medici, nel non sapersi spiegare, nel non saper essere convincenti usando il linguaggio giusto per ciascun ascoltatore. La scienza ispira speranze e incute timore. Anche i medici sono chiamati all'opera di chiarire che cosa può realmente offrire la scienza, altrimenti la sfiducia renderà sempre più tecnologica e poco utile la relazione con le persone, sane o malate, e con la cittadinanza. Per prima cosa ne debbono essere convinti gli stessi medici. Su questo tema varrebbe la pena di incentrare una buona parte della formazione post-laurea. La crisi dei medici non è astratta, ma sta a pieno titolo all'interno della crisi della medicina.

TM

GIANNI AMUNNI¹, ANTONIO CHELLA², GABRIELLA FONTANINI³,
FABIO LANINI⁴, FABIO LENA⁵, ENRICO MINI⁶, MAURO MUGNAI⁷

Novità per il non Small Cell Lung Cancer

TOSCANA MEDICA – Il tumore non a piccole cellule è la forma più frequente delle neoplasie che interessano il polmone, apparendo tuttavia dotato di caratteristiche di particolare malignità. Può comunque venire preso ad esempio di quanto sta oggi accadendo in Oncologia con la sempre più frequente introduzione sul mercato di farmaci innovativi, per lo più assai costosi, efficaci contro condizioni selezionate e non di grande rilevanza epidemiologica, quali le neoplasie mutate e traslocate. Per questo non appare oggi più rinviabile un confronto serio ed affidabile tra le richieste di queste classi di malati (pochi, ripetiamo, a livello di popolazione generale) ed i costi sostenibili dai servizi sanitari sia regionali che nazionali.

Affrontiamo queste tematiche prendendo spunto da questa particolare forma di neoplasia polmonare, illustrandone le caratteristiche generali ed i rapporti con l'ambiente.

LANINI – Fino al 1700 il cancro del polmone non era considerato un'entità patologica con dignità propria. Questo concetto si è ovviamente evoluto ed ai primi del Novecento la letteratura medica internazionale parlava di circa 400 casi di neoplasie polmonari evidenziate al riscontro autoptico. Bisogna tuttavia arrivare al 1950 quando un articolo pubblicato dal BMJ descrive chiaramente in maniera scientifica il rapporto di causa-effetto tra la neoplasia del polmone ed il fumo di sigaretta. Ad oggi, il tumore del polmone (l'85% trattasi di neoplasia non a piccole cellule) rappresenta la prima causa di morte al mondo per patologia neoplastica. A livello mondiale si registrano ogni anno circa 1.800.000 nuovi casi di tumore del polmone con circa 1.600.000 decessi; il maggior numero di casi si riscontra nei paesi industrializzati.

La situazione in Italia vede il tumore polmonare al quarto posto come incidenza dopo quelli di colon-retto, mammella e prostata. Le proiezioni epidemiologiche ci dicono che nel 2015 moriranno, a causa di questa neoplasia, circa 31.000 persone, con gli uomini nettamente svantaggiati rispetto alle donne. A livello mondiale l'incidenza di questa neoplasia appare tuttavia in dimi-

nuzione nei maschi, al contrario di quanto succede nelle donne, verosimilmente in relazione al sempre maggior numero di donne fumatrici. I numeri che valutano l'andamento della mortalità dal 1950 al 1980 parlano di tassi saliti del 225% nei maschi ed addirittura del 330% nelle femmine, mentre dal 1990 ad oggi rilevano un trend in costante calo nella prima classe ed invece sostanzialmente stabile nella seconda.

AMUNNI – Il tumore del polmone è la causa più importante di morte nell'uomo dal 1960. Ad oggi la prevenzione dell'iniziazione tra gli adolescenti e la promozione della cessazione tra i fumatori sono i metodi migliori per ridurre il rischio di morire di tumore del polmone. La sigaretta si è diffusa prima negli uomini dei Paesi ad alto reddito a partire dalla prima guerra mondiale, quando la sigaretta era compresa nel rancio dei soldati; 20-40 anni dopo nelle donne come strumento di emancipazione femminile. In entrambi i sessi, il fumo si è diffuso prima nelle classi sociali più alte, poi in quelle più basse e ora è appannaggio soprattutto dei meno abbienti. Invece, nei Paesi Arabi, dell'Est Europa, in India e in Cina l'epidemia da fumo è più indietro: la sigaretta è ancora appannaggio soprattutto maschile, con prevalenze superiori al 50%, come in Italia negli anni '50-'60. Gli andamenti del consumo di sigarette si riflettono 30-40 anni dopo in modo speculare, purtroppo, sugli andamenti del tumore del polmone: infatti nei Paesi ad alto reddito il tumore del polmone sta diminuendo negli uomini, ma aumentando nelle donne. In Toscana ad oggi ci sono circa 740.000 fumatori, concentrati tra i 30-50enni, uomini e donne. Ogni anno in Toscana si verificano 1.800 decessi per tumore del polmone e 3.800 morti per altre cause attribuibili a fumo (infarto, ictus, bronchite-enfisema e tumori in altre sedi, come vie aereo-digestive superiori, pancreas, vescica, rene, colon).

TOSCANA MEDICA – Oltre al fumo di sigaretta esistono dei fattori ambientali legati alla comparsa di questa neoplasia?



Gianni Amunni



Antonio Chella



Gabriella Fontanini

¹ Direttore dell'ISPO

² Dirigente Medico dell'UO di Pneumologia Universitaria dell'AOU Pisana

³ Ordinario di Anatomia Patologica dell'Università degli Studi di Pisa



Fabio Lanini

AMUNNI – Tra i fattori di rischio il fumo incide oltre l'80%, altri fattori di rischio sono rappresentati da cancerogeni occupazionali e ambientali, come asbesto, arsenico, radon, idrocarburi policiclici aromatici, inquinamento outdoor e indoor ed esposizione a fumo passivo nei non fumatori.

MINI – Una delle più importanti fonti di rischio occupazionale e ambientale nota anche alle cronache è l'amianto e non soltanto per il suo rapporto diretto con la comparsa del mesotelioma pleurico.

Potremmo poi ricordare tra le sostanze chimiche cancerogene che inquinano l'atmosfera il benzene presente principalmente nei gas di scarico dei mezzi di trasporto.

TOSCANA MEDICA – *Si possono in qualche modo quantificare i costi umani e sociali del tumore polmonare?*



Fabio Lena

CHELLA – I costi di questa malattia sono ovviamente elevatissimi, in relazione in primo luogo al percorso di diagnosi e cura, seguito dalle potenziali complicanze della malattia, dall'enorme numero di giornate lavorative perse e dalla possibile comparsa di totale inabilità al lavoro. Per garantire a questi malati una buona gestione della malattia ed una accettabile qualità della vita servono davvero tantissimi soldi.

AMUNNI – Nell'ambito della valutazione d'impatto della nuova Direttiva Europea sui prodotti del tabacco, approvata a fine 2013, sono stati calcolati per la prima volta anche per l'Italia i costi sanitari legati al fumo, sia diretti (per cure ospedaliere, ambulatoriali, riabilitazione e farmaci), sia indiretti (per assenteismo, pensionamento precoce e mortalità fumo-correlata prima dei 65 anni). In Toscana nel 2007 i costi sanitari diretti legati al tumore del polmone sono stati intorno a 171 milioni di euro e i costi indiretti 311 milioni, per un totale di 482 milioni, il 35% dei costi sanitari legati a tutte le patologie attribuibili a fumo (circa 1,4 miliardi l'anno). Non poco.

MINI – Dal punto di vista delle terapie mediche soprattutto per le forme avanzate che ancora oggi costituiscono la maggioranza dei casi alla diagnosi, si tratta di migliaia di Euro al mese, sia che siano utilizzati gli inibitori delle tirosinchinasi nei casi di pazienti con mutazioni genetiche in grado di attivare la neoplasia, sia che si debba ricorrere a farmaci ad azione antiangiogenica o con chemioterapici citotossici innovativi. Questi costi potrebbero essere in parte ridotti se si attuassero maggiormente misure più efficaci nel

campo della prevenzione, ad esempio potenziando campagne mirate di informazione sui pericoli del fumo di sigaretta.

TOSCANA MEDICA – *A proposito di prevenzione, i Centri antifumo sono in grado ad oggi di offrire risposte soddisfacenti?*

MINI – Sebbene i Centri antifumo siano presenti diffusamente a livello territoriale (vedi sito dell'Istituto Superiore di Sanità, www.iss.it), non sempre la popolazione ne è edotta e l'accesso è pertanto ancora limitato. Tra l'altro non bisogna dimenticare che ai Centri si rivolgono per lo più coloro che, più o meno motivati, vogliono smettere di fumare, mentre sarebbe indispensabile sensibilizzare anche coloro che non hanno questa intenzione e soprattutto svolgere un lavoro mirato al fine di distogliere dall'idea del fumo chi desidera iniziare o chi abbia appena iniziato.

AMUNNI – Una cosa che potremmo fare in Toscana è promuovere lo smettere di fumare tra i 40enni e 50enni di oggi, quelli che produrranno nei prossimi 20 anni la maggior parte dei tumori del polmone. Per fare ciò sarebbe importante affiancare ai Centri antifumo toscani anche una linea telefonica gratuita per smettere di fumare (la cosiddetta Quitline), che potrebbe erogare counseling telefonico per smettere. È un intervento economico ed "evidence-based", raccomandato anche dalle linee guida sul tabagismo della Regione Toscana, che permetterebbe di seguire nei tentativi di cessazione molti più fumatori di quello che riescono a fare i Centri antifumo. Stiamo collaborando con il Comune di Lastra a Signa e con l'ASF per lo sviluppo di una Quitline comunale che potrebbe diventare un modello per tutta la Regione. Una linea telefonica ben lanciata potrebbe raggiungere il 2% dei fumatori toscani, con circa 2.000 l'anno che smetterebbero con successo grazie a questo servizio.

TOSCANA MEDICA – *È stato prima detto che il tumore del polmone è in costante aumento nella popolazione femminile: la causa è solo il fumo di sigaretta oppure si possono anche considerare le istanze della medicina di genere?*

FONTANINI – Sicuramente anche per la donna il fumo di sigaretta rappresenta un elemento di fondamentale importanza per lo sviluppo del tumore al polmone. A parità di condizione le forme di neoplasia che colpiscono il sesso femminile sono diverse da quelle del sesso maschile sia per l'istologia che per l'età di comparsa (nelle donne infatti compare per lo più prima di quanto avvenga nell'uomo).

⁴ Dirigente medico del Servizio di Oncologia presso l'Ospedale "Serristori" di Figline Valdarno, Asl di Firenze

⁵ Farmacista ospedaliero della Asl di Grosseto

⁶ Ordinario di Oncologia medica dell'Università degli Studi di Firenze

⁷ Medico di medicina generale a Firenze

Nelle donne fumatrici questo tipo di tumore presenta delle caratteristiche istologiche simili a quelle dell'uomo, cosa che invece non si riscontra nelle non fumatrici, in cui il tipo istologico più frequente è l'adenocarcinoma. Inoltre esistono differenze tra i due sessi anche per quanto riguarda le caratteristiche molecolari del tumore, rappresentate ad esempio da alcune mutazioni presenti nelle donne non fumatrici attivanti del gene EGFR.

In sostanza si può concludere che nella donna è presente una condizione di base che, a parità di condizione, favorisce maggiormente lo sviluppo del tumore polmonare rispetto all'uomo; in questo senso, seppure ancora senza conferme definitive, un ruolo importante potrebbe essere sostenuto dalla differente situazione ormonale.

TOSCANA MEDICA – *Modernamente si parla oggi di Reti oncologiche all'interno delle quali è possibile gestire al meglio la malattia neoplastica in tutta la sua complessità diagnostica e terapeutica.*

LANINI – In Toscana il percorso diagnostico-terapeutico del tumore polmonare è presente praticamente dappertutto, seppure con differenze relative alle varie realtà.

Nella ASL fiorentina è stata individuata una serie di figure professionali tra oncologi, radioterapisti, chirurghi, pneumologi, radiologi, anatomopatologi ed internisti, che lavorano nei cinque presidi ospedalieri disseminati su un territorio estremamente vasto ed articolato e che rappresentano le figure di riferimento per il tumore del polmone. Questo pool di professionisti costituisce il cosiddetto Gruppo Multidisciplinare Oncologico che regolarmente si riunisce per discutere i casi clinici e per aggiornare le linee guida interne, alla luce dei dati più recenti della letteratura. Questa organizzazione del lavoro dei medici ospedalieri da una parte, il coinvolgimento attivo dei medici di medicina generale e del DEA dall'altra e la formazione di una stretta rete di comunicazione tra i vari specialisti ha permesso una globale presa in carico del paziente con neoplasia polmonare con l'abbattimento delle liste di attesa dalla fase della diagnosi alla cura. Praticamente tutti gli ospedali della ASL sono coinvolti a vario titolo nella gestione di questi pazienti: al Serristori di Figline Valdarno, per esempio, riguardo alla fase diagnostica, eseguiamo ogni anno circa 40 biopsie polmonari con percentuali di inadeguatezza inferiori al 3% e modeste complicanze periprocedurali; abbiamo risposte istologiche e citologiche piuttosto rapide da parte delle nostre anatomie patologiche (7-10 giorni),

con una corrispondenza tra la diagnosi della biopsia e del pezzo operatorio, nei pazienti che vengono operati, intorno al 100%.

Si tratta quindi di una situazione professionalmente molto valida, che tuttavia potrebbe essere ulteriormente migliorata introducendo, ad esempio, le procedure di citoassistenza durante la fase biotica, allo scopo di ridurre ulteriormente i tempi di refertazione anatomopatologica ed i rischi periprocedurali e soprattutto creando dei percorsi rapidi con l'anatomopatologia di Careggi, dove vengono eseguite le indagini genetiche (mutazione dell'EGFR e traslocazione ALK), che per noi oncologi rappresentano oggi un'esigenza fondamentale per la pianificazione terapeutica.

AMUNNI – Il modello strutturato a rete è quello che permette la miglior presa in carico del paziente in tutte le fasi della malattia oncologica, coinvolgendo tutti i nodi della rete in base alle specifiche expertises dei professionisti. Da non trascurare che smettere di fumare anche dopo diagnosi di tumore del polmone non solo migliora la prognosi, in termini di rischio di mortalità, di sviluppo di recidiva e/o di secondo tumore primitivo, ma anche la risposta alla chemio e radioterapia e determina minori complicanze chirurgiche.

TOSCANA MEDICA – *Nel quadro ora descritto quale è il ruolo della medicina generale, soprattutto per quando riguarda la diagnosi precoce della malattia?*

MUGNAI – Certamente la medicina generale ha un ruolo molto importante nell'assistenza al malato con tumore polmonare, soprattutto in fase di diagnosi precoce. Però credo che la sua funzione sia ancora più importante nell'ambito della prevenzione, caldeggiando il più possibile l'abbandono del fumo e l'adozione di stili di vita corretti sfruttando al massimo il rapporto peculiare che lega i medici di famiglia ai propri assistiti. Nella realtà fiorentina devo riconoscere che l'assistenza al paziente, secondo la mia esperienza, soddisfa in modo sufficiente la richiesta, visto che l'accesso alle prestazioni sia di diagnosi che di cura specialistiche risponde in maniera sostanzialmente adeguata.

AMUNNI – La Medicina Generale rappresenta un nodo fondamentale nella prevenzione e diagnosi precoce della neoplasia polmonare. Sappiamo dall'indagine PASSI che però solo il 50% dei medici di medicina generale toscani chiede al proprio paziente se fuma e gli consiglia di smettere. Un'iniziativa interessante per invogliare tutti i medici a consigliare di smettere

è il "Percorso d'Intervento Clinico sul Paziente Tabagista "6elle", dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO), disponibile online (www.6elle.net). Si sviluppa attraverso sei livelli, con 11 opuscoli informativi e di auto-aiuto da consegnare al paziente e con un software online "Smetti e guadagna" che, a partire da dati individuali del singolo fumatore, permette di calcolare il guadagno in anni di vita se smettesse, la riduzione del rischio di morire per tumore del polmone, infarto, ictus e bronchite-enfisema e il risparmio economico negli anni dovuto a non comprare più sigarette. Tutti questi calcoli "positivi" vengono consegnati al paziente in un foglio stampato a colori da portar via: un aiuto in più per smettere. Consiglio tutti i medici di provare ad utilizzare il materiale ed il software di questo sito. Permette di approcciare in modo nuovo il problema del fumo con i propri pazienti.

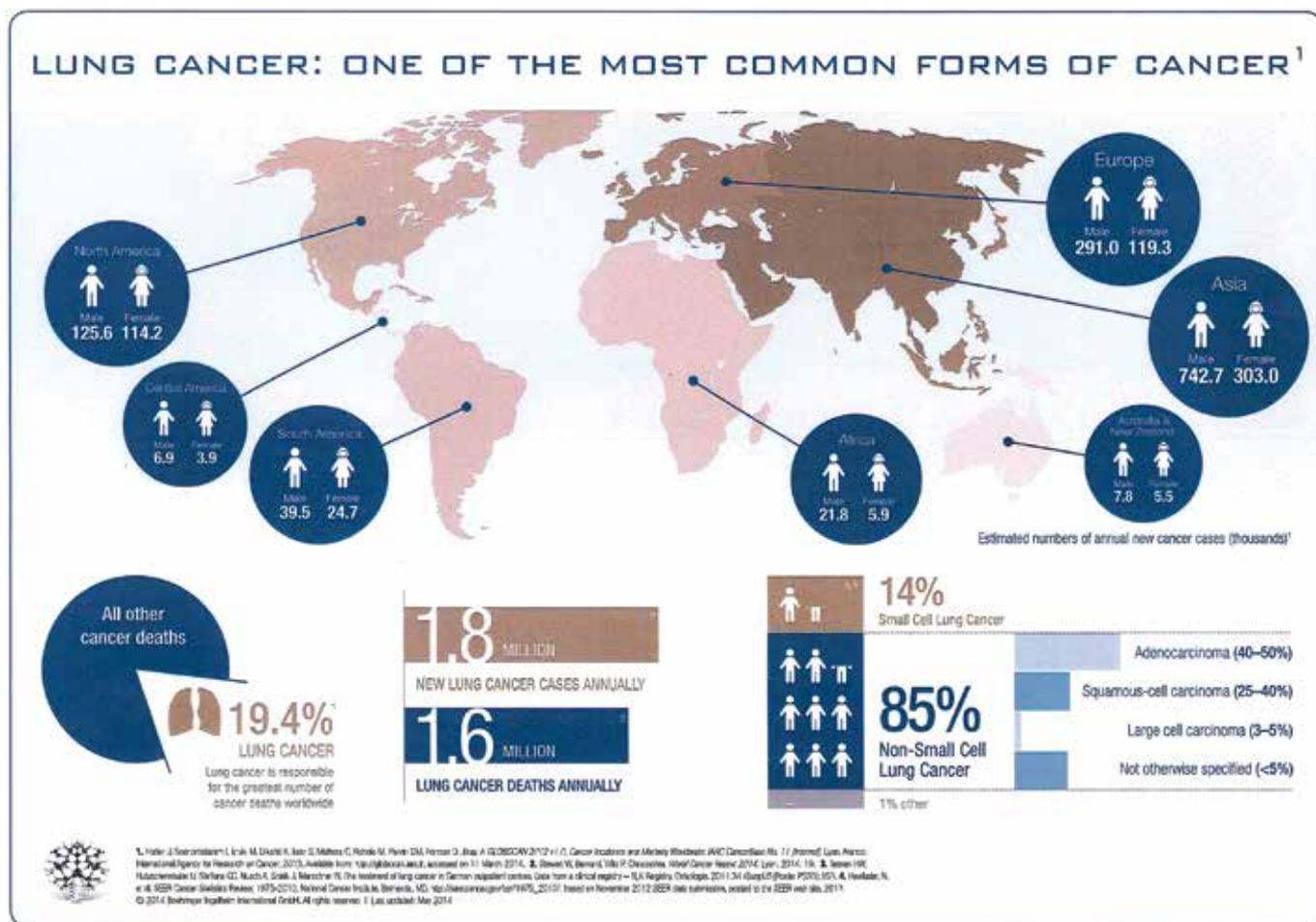


TOSCANA MEDICA – Dottor Chella come vede la situazione toscana ed in particolare quella di Pisa?

CHELLA – In linea di massima la situazione toscana è ovunque ben strutturata ed i flussi di

pazienti in arrivo e partenza dalle grosse strutture di riferimento sono organizzati in maniera corretta anche se forse manca ancora l'individuazione corretta delle principali caratteristiche ed attribuzioni dei principali Centri regionali. Per gli interventi di primo livello, soprattutto centrati sul medico di base e la Radiologia convenzionale, l'organizzazione territoriale non presenta a mio parere criticità di rilievo. Quando la situazione dei pazienti richiede interventi di maggiore complessità le cose peggiorano un poco. In particolare le Aziende ospedaliere dovrebbero essere potenziate per fornire risposte adeguate in tempi ragionevoli, soprattutto per quando riguarda le procedure endoscopiche di maggior complessità e la diagnostica molecolare. Quest'ultimo aspetto appare particolarmente in sofferenza a Pisa dove la struttura della Prof.ssa Fontanini si trova a dovere rispondere con forze insufficienti alle esigenze di un bacino di utenza di circa 1.200.000 persone.

TOSCANA MEDICA – Professoressa Fontanini, la citoassistenza è veramente importante? Tempi di refertazione anche di trenta giorni sono diffusi a livello regionale o succede prevalentemente a Firenze? Ed ancora quale è la



situazione in Toscana delle Anatomie Patologiche?

FONTANINI – Inizio parlando della mia realtà, visto che non conosco approfonditamente le altre situazioni regionali. A Pisa noi siamo gravati da una mole veramente notevole di lavoro sia per quanto riguarda la tradizionale diagnostica citoistologica che per quella biomolecolare. In particolare quest'ultima ha avuto in periodi recenti un incremento elevatissimo in termini di richieste che per il momento abbiamo qualche difficoltà ad esaudire al meglio, nonostante gli innegabili passi in avanti compiuti.

In linea generale le risposte che i clinici si attendono dagli anatomopatologi si riferiscono per lo più a due scenari differenti comprendenti pazienti che afferiscono direttamente dalle nostre strutture aziendali al laboratorio e soggetti che invece si rivolgono a noi provenienti dal territorio. Nel primo caso i nostri tempi di risposta sono perfettamente in linea con gli standard nazionali, con 2-3 giorni di attesa per le piccole biopsie ed i preparati citologici, 7-10 giorni per i pezzi chirurgici e 10 giorni lavorativi per le analisi molecolari. Per i pazienti provenienti dal territorio le cose cambiano leggermente nel senso che in questo caso è necessaria, ovviamente per le analisi molecolari, una fase di trasferimento del campione da una struttura periferica e una fase di preparazione del materiale pervenuto, definita preanalitica, con un allungamento dei tempi di refertazione. Questo secondo le indicazioni fornite dalla Regione Toscana che prevede un laboratorio attrezzato per questo tipo di indagini per un bacino di utenza di circa un milione di abitanti. Come dicevo è proprio la fase di passaggio dei campioni dalla periferia al Centro di riferimento che ad oggi maggiormente influenza i ritardi finali delle risposte ed è quella che a mio parere dovrebbe godere della massima attenzione da parte delle Amministrazioni e degli addetti ai lavori.

TOSCANA MEDICA – Prof. Mini ci illustri la situazione a Careggi.

MINI – A Careggi il percorso di diagnosi, stadiazione e cura del paziente con neoplasia polmonare è stato definito già da molti anni e si basa sul Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM), specifico per l'Oncologia toracica. I pazienti vengono presi in carico da questa struttura della quale fanno parte pneumologi, broncologi, chirurghi toracici, radioterapisti, anatomopatologi e oncologi medici. Il percorso diagnostico terapeutico più appropriato per ogni singolo caso viene quindi discusso e attuato con un approccio multidisciplinare. Concordo con

la Professoressa Fontanini che siano essenziali tempi di analisi istopatologica e molecolare brevi per un inizio tempestivo delle terapie in una neoplasia spesso a rapida evoluzione.

TOSCANA MEDICA – Torniamo al tumore polmonare non a piccole cellule. Si può dire che oggi la sua prognosi è cambiata in relazione a recenti innovazioni terapeutiche?

CHELLA – Non vi è stata una significativa modificazione della prognosi di questa forma neoplastica in questi ultimi anni, essendo la sopravvivenza a 5 anni passata dal 12 al 14% nell'uomo e dal 16 al 18% nella donna, grazie soprattutto alla precocità della diagnosi ed alla tempestività della terapia chirurgica.

Quello che invece sta cambiando in maniera realmente significativa è il controllo della malattia metastatica con la disponibilità odierna di farmaci ad azione diversa rispetto ai "normali" chemioterapici che hanno permesso periodi di sopravvivenza negli stadi avanzati di malattia anche molto prolungati rispetto al passato.

L'impiego ad esempio di bevacizumab ad azione antiangiogenetica associato alla chemioterapia ha registrato nei soggetti responder medie di sopravvivenza superiori ai 15 mesi, risultato negli Anni Novanta del secolo scorso considerato praticamente irraggiungibile.

Un ulteriore progresso terapeutico è stato inoltre favorito dalla individuazione di specifici target molecolari che hanno beneficiato dell'azione mirata di farmaci "costruiti" sulla mutazione genetica specifica, come ad esempio gli inibitori delle tirosinchinasi (cosiddetta "target therapy").

MINI – Il panorama delle terapie oggi disponibili sta effettivamente cambiando da qualche anno a questa parte, prima con l'introduzione del bevacizumab e più recentemente con l'impiego degli inibitori della tirosinchinasi del recettore dell'EGF e di quella di ALK. Nei pazienti responsivi a questi farmaci gli indici di risposta terapeutica raggiungono anche percentuali del 60-70%, certamente non ottenibili con la chemioterapia tradizionale. Purtroppo il numero di questi pazienti è molto limitato con percentuali nella popolazione caucasica di soggetti mutati per l'EGFR del 10-15% circa e del 2-7% per la mutazione ALK.

È verosimile comunque aspettarsi che in futuro la ricerca permetterà di identificare altre proteine oncogeniche coinvolte nello sviluppo del carcinoma polmonare suscettibili di trattamento farmacologico, ampliando ulteriormente il nostro armamentario terapeutico e consentendo sperabilmente miglioramenti si-

gnificativi della sopravvivenza soprattutto nelle forme più avanzate non suscettibili di intervento chirurgico.

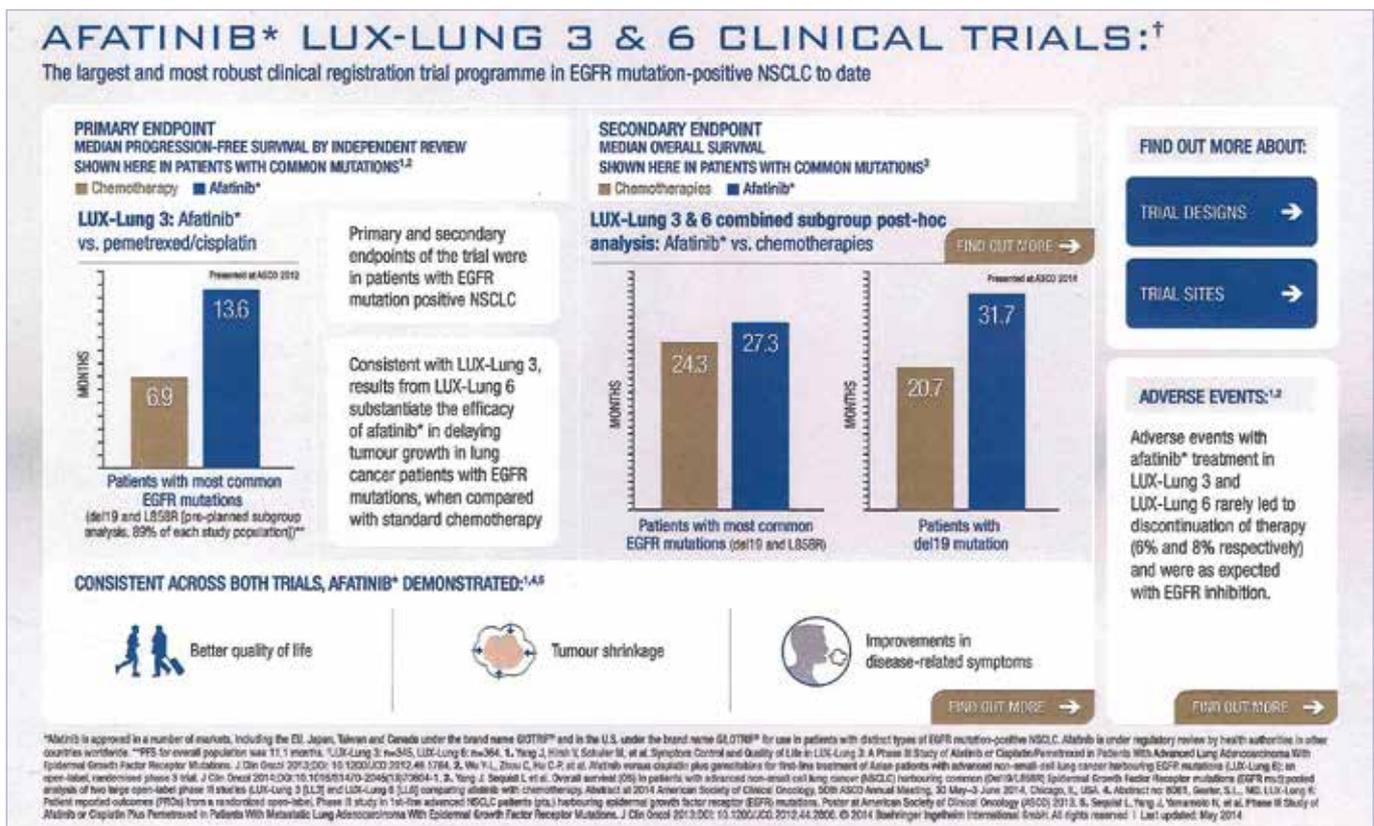
LENA – Non vi è dubbio che le recenti acquisizioni riguardo la caratterizzazione biologica per lo stato mutazionale di EGFR nonché la valutazione della traslocazione di ALK stanno aprendo scenari decisamente innovativi rispetto al passato. La mutazione di EGFR presente nei pazienti soprattutto di sesso femminile e non fumatori nel circa il 20% dei casi e la traslocazione di ALK, meno rappresentata, sono una parte, esigua, di altre mutazioni quali KRAS, BRAF, HER2 e altre ancora che saranno bersaglio specifico di farmaci che sono già nelle pipe-line dell'industria farmaceutica. La determinazione di queste alterazioni è rilevante proprio per la presenza di farmaci a bersaglio specifico quali gli inibitori TK di EGFR (gefitinib, erlotinib ed afatinib) o altri attivi in presenza di traslocazione di ALK o ROS1 (crizotinib). Tra gli inibitori di TK di EGFR, afatinib si è rivelato attivo in particolare in pazienti con mutazione presente sull'esone 19 del gene EGFR. In assenza di tali alterazioni molecolari il trattamento rimane di tipo chemioterapico ed i farmaci di prima scelta rimangono i derivati del Platino, il pemetrexed, la vinorelbina e il docetaxel. La possibilità di trattare il tumore del polmone con farmaci target specifici ha cambiato notevolmente le percentuali di risposta al

trattamento, la durata della sopravvivenza e la qualità di vita in considerazione della minore tossicità rispetto alla chemioterapia. Sostanzialmente possiamo affermare che soggetti mutati avranno, a differenza che nel passato, prognosi migliori.

TOSCANA MEDICA – *Precisiamo i concetti adesso esposti, tenendo presente la sostenibilità da parte dei sistemi sanitari di queste terapie: ad oggi quanti sono fra i pazienti con tumore polmonare non a piccole cellule quelli eleggibili per il trattamento con gli inibitori di EGFR e della traslocazione ALK?*

LANINI – In Italia i pazienti con nuova diagnosi di tumore del polmone non a piccole cellule sono circa 38.000 all'anno, 12% dei quali EGFR mutati e 5% con traslocazione ALK, quindi potenzialmente suscettibili di rispondere positivamente alla terapia specifica. In Area Vasta Centro Toscana questi soggetti sono circa 140 all'anno. I costi di queste terapie oscillano tra i 1800 ed i 2400 euro al mese per malato.

CHELLA – Si tratta senza dubbio di cifre significative che però devono essere inquadrare in un contesto di cura più generale. In primo luogo queste nuove molecole presentano effetti collaterali molto minori rispetto agli antitumorali tradizionali e questo sicuramente riduce i costi in



termini di terapie adiuvanti, ricoveri in ospedale, giornate lavorative perse, aumento della qualità complessiva della vita.

FONTANINI – Il basso numero di pazienti potenzialmente eleggibili per la “target therapy” identificati ad oggi in Toscana è legato in parte anche al fatto che per adesso non sono disponibili molecole in grado di colpire selettivamente le forme legate alla mutazione del gene K-RAS che rappresentano invece circa il 20-50% dei casi di neoplasia polmonare non a piccole cellule.

LANINI – Indubbiamente quando si riesce ad individuare la “chiave” giusta per determinate “serrature”, i risultati non si fanno attendere. È quanto, ad esempio, recentemente emerso in uno studio multicentrico (Lux-lung 3) che ha messo a confronto il più recente inibitore delle tirosinchinasi (afatinib) con alcuni chemioterapici tradizionali: limitatamente ad un sottogruppo di pazienti (affetti da adenocarcinoma, EGFR mutato, con mutazione dell’esone 19) ha dimostrato un vantaggio assoluto in termini di overall survival del biologico rispetto alla chemioterapia standard.

LENA – Indubbiamente stiamo impiegando molte risorse nel trattamento di questa patologia con risultati modesti. I nuovi farmaci a target molecolare, sono più costosi della chemioterapia, ma hanno certamente un rapporto costo-beneficio positivo, e i dati lo dimostrano, se impiegati in modo corretto sul paziente che presenta una malattia con un preciso profilo biologico. Infatti il rapporto costo-beneficio deve tenere in considerazione la possibilità di identificare il sottogruppo di pazienti con fattori predittivi di risposta al trattamento. Credo che ci debba augurare solo di avere presto a disposizione farmaci utili anche nelle altre mutazioni.

TOSCANA MEDICA – *Dal punto di vista della medicina generale quale è la qualità di vita di questi pazienti?*

MUGNAI – Seppure in assenza di dati certi devo dire che, per esperienza personale, da circa 10-15 anni a livello della medicina generale si vedono sempre meno pazienti con tumore polmonare che prima del decesso sono costretti ad una vita qualitativamente molto scadente. Oggi si tratta di soggetti, per lo più anziani, che riescono a tenere bene sotto controllo l’eventuale comorbidità associata alla condizione neoplastica garantendosi condizioni di vita quasi sovrapponibili a quelle precedenti la diagnosi.

CHELLA – Il miglior controllo possibile della malattia ed il mantenimento di una qualità di vita soddisfacente rappresentano senza dubbio gli obiettivi principali delle “target therapies” ricordate in precedenza. Oggi le moderne istanze terapeutiche dell’Oncologia si indirizzano sia verso l’aggressione mirata sulle caratteristiche del singolo tumore che verso il potenziamento delle capacità di risposta immunitaria da parte dell’organismo colpito.

TOSCANA MEDICA – *Anche se i medici hanno scarsa possibilità di incidere sul costo dei farmaci, possono tuttavia essere più o meno certi che le loro scelte di cura risultino il più efficaci possibili: in pratica il farmaco giusto al giusto paziente, secondo il concetto delle ormai celebri “target therapies”. Nel caso del tumore del polmone non a piccole cellule, in cui come abbiamo visto i numeri dei malati non sono poi così rilevanti e le mutazioni genetiche molto numerose, come si può essere ragionevolmente certi di avere scelto per un determinato soggetto la terapia per lui veramente utile?*

FONTANINI – La certezza viene dalla constatazione che almeno in Toscana abbiamo dei Centri nei quali la diagnostica delle alterazioni molecolari rappresenta una pratica clinica quotidiana e dalla sempre maggiore disponibilità di strumentazioni che consentono di analizzare contestualmente centinaia di geni con abbattimento significativo dei costi rispetto anche ad un passato neppure troppo lontano.

LANINI – La ricerca tra l’altro è oggi indirizzata ad identificare strategie nuove che permettano di aggirare i meccanismi di resistenza ai farmaci biologici (che inevitabilmente sopraggiunge dopo circa 14 mesi), passando da un effetto terapeutico del farmaco (70% di risposte obiettive e vantaggio assoluto in sopravvivenza di oltre 30 mesi) alla possibilità di stabilizzare questo effetto rendendolo definitivo.

MINI – Sebbene siano oggi disponibili molecole particolarmente efficaci come ad esempio afatinib, il problema della resistenza tumorale è molto importante. Sperare di eliminarlo in maniera completa appare oggettivamente poco realistico. Lo sviluppo di nuovi farmaci inibitori selettivi di cloni cellulari tumorali resistenti, che permettano di colpire la malattia ad ogni sua nuova mutazione, può rappresentare una strada percorribile nell’intento di cronicizzare la malattia. Nel mondo al momento sono in corso di sperimentazione clinica dalla fase 1 alla 3 oltre 800 molecole di interesse oncologico e oltre 100 di queste sono studiate per la terapia del

carcinoma polmonare non a piccole cellule. Si tratta nella quasi totalità di composti ad azione selettiva su specifici bersagli tumorali, con indice terapeutico superiore agli agenti chemioterapici tradizionali e potenzialmente utili al trattamento di questa neoplasia.

FONTANINI – Vorrei concludere ricordando che in Toscana negli ultimi anni sono stati fatti grossi passi in avanti nell'approccio alla malattia tumorale del polmone, strutturando un percorso diagnostico-terapeutico centrato sulla identificazione di alcuni Centri di riferimento che permettono la presa in carico complessiva di questa classe di malati.

ANTONIO PANTI

Innovazione e sostenibilità

I tumori del polmone erano una entità rara fino a un secolo fa, ma sono andati rapidamente aumentando fino a rappresentare oggi una delle cause più frequenti di mortalità oncologica, la terza negli uomini e la sesta nelle donne.

Purtroppo, nonostante i progressi della chirurgia e della chemioterapia la sopravvivenza a 5 anni è decisamente bassa anche se va aumentando. Il rapporto con il fumo è una assoluta certezza causale, ma la stabilità dell'incidenza, nonostante la diminuzione del numero dei fumatori, fa emergere l'importanza di altri fattori di rischio prevalentemente industriali o da inquinamento dell'aria. Di fronte a costi umani e sociali così elevati, l'arma migliore resta la prevenzione e quindi la lotta al fumo, che tuttavia si svolge con alti e bassi nella società. Oggi l'impegno finanziario per i Centri antifumo è piuttosto scarso e il tabagismo è in aumento purtroppo negli adolescenti. In effetti sfatare il mito della sigaretta come affermazione sociale non è facile, nonostante i divieti e un incremento del senso di riprovazione per chi fuma. I tumori del polmone sono anche un esempio di medicina di genere perché il quadro genetico è parzialmente diverso particolarmente nelle donne non fumatrici. Per affrontare una malattia così complessa occorre un percorso diagnostico e terapeutico articolato e ben rodato e possiamo dire che in Toscana i team oncologici sono piuttosto efficienti, il rapporto con il medico di medicina generale abbastanza soddisfacente e i tempi di attesa e l'efficacia degli interventi fibrobroncoscopici del tutto ragionevoli. Qualche problema vi è in alcune zone nei tempi di risposta anatomico-patologica, non tanto nella citoassistenza ma per l'individuazione delle mutazioni genomiche essenziali per l'intervento terapeutico. Insomma tutto è perfezionabile e forse il sistema deve essere ancora potenziato, in particolare nella pre-

venzione e nei Centri di alta specializzazione, ma nell'insieme la nostra regione presenta un sistema virtuoso. Tuttavia, come hanno fatto notare i nostri esperti, la diagnostica biomolecolare è sempre più importante ed è purtroppo costosa e non può essere eseguita altro che in pochissimi Centri per cui si aggiungono anche le problematiche del trasporto. Tuttavia i tempi di risposta vanno migliorando e in tal modo si possono definire i target esatti dei pazienti che saranno sensibili alle terapie innovative. Queste terapie non portano a una riduzione della mortalità ma a un cambiamento del controllo della malattia metastatica. Il tumore individuato precocemente e trattato, quando è possibile, con i nuovi farmaci presenta una sopravvivenza più lunga con una qualità di vita migliore. Le nuove chemioterapie quindi si rivolgono a soggetti che hanno recettori chiave per queste sostanze, gli inibitori della tirosinchinasi, del GFR e della traslocazione ALK. Se il paziente ha il recettore giusto l'effetto è almeno nel 60% dei casi.

Ora i tumori polmonari non a piccole cellule così aggregevoli hanno una incidenza di circa 150 all'anno nella Regione Toscana, con un costo unitario di oltre 20 mila euro l'anno. Tuttavia, anche nei pazienti anziani i risultati sulla qualità della vita sono molto buoni. Insomma ci troviamo di fronte ad un esempio di *target therapy*, cioè di cure basate su farmaci personalizzati. Il motto è sempre il solito. Dare il farmaco giusto al paziente giusto con la migliore tempistica. Col tempo sarà possibile individuare anche meccanismi di resistenza al farmaco e quindi giungere, affrontando i vari cloni oncologici, ad una cronicizzazione anche di questa malattia. Di fronte ai costi umani e sociali di un caso abbandonato a se stesso è evidente che il beneficio anche economico esiste. Resta da valutare la sostenibilità complessiva del servizio di fronte a questo tipo di innovazione. **TM**

Si ringrazia **Boehringer Ingelheim**
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione

FRANCESCO PROFILI, LORENZO VANNINI¹, STEFANO GIOVANNONI²,
 GIANCARLO GUIZZARDI³, ANNALISA SUMAN⁴, GIULIA POGGESI², GUIDO BARNESCHI⁵,
 PIETRO MARIO MARTELLUCCI⁶, PAOLO FRANCESCONI



Francesco Profili, laureato in Statistica all'Università di Firenze. Ricercatore all'Osservatorio di Epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Responsabile P.O. "Epidemiologia dei servizi sanitari". Si occupa principalmente di monitoraggio dei percorsi clinico-assistenziali, valutazione d'impatto di politiche sanitarie, epidemiologia delle malattie croniche.

Il mal di schiena in Toscana

In quanti ne soffrono e perché

La lombalgia è un dolore localizzato nella zona che va dalle ultime coste alle pliche glutee (Figura 1), talvolta coinvolge la regione posteriore delle cosce, ma non scende mai sotto il ginocchio e non si accompagna a disturbi sensitivi e motori. In Italia colpisce circa 15 milioni di persone, di cui oltre 2 milioni in maniera cronica, rappresentando una criticità sociale ed economica, terza causa di ricorso al medico di medicina generale.

Nella forma acuta è solitamente autolimitante e si risolve mediamente entro un mese, ma ha una spiccata tendenza alla recidiva e, talvolta, alla cronicizzazione. Nonostante la prognosi favorevole, è frequente il ricorso a esami strumentali inutili e a trattamenti di efficacia non dimostrata. Secondo le moderne linee guida l'approccio corretto deve invece basarsi

sull'analisi del disturbo funzionale (spostando l'attenzione dalla diagnostica strumentale alla clinica), sull'esclusione di patologie secondarie potenzialmente pericolose, sull'educazione e il coinvolgimento del paziente.

Nel 2013 il gruppo di lavoro regionale ha ricevuto l'incarico di aggiornare le linee guida regionali sul mal di schiena dal Consiglio Sanitario Regionale della Toscana. Prima di questo aggiornamento, il gruppo ha ritenuto utile rilevare il fenomeno in Regione tramite un'indagine conoscitiva. Realizzata a fine 2013 dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, tramite un questionario telefonico, l'indagine ha coinvolto un campione di circa 2 mila persone 18-74enni (tasso di risposta del 26%).

Prevalenza e casistica

Il 16% dei toscani soffre di mal di schiena attualmente (414 mila persone tra i 18-74enni), il 23% ne ha sofferto nell'ultimo mese (619 mila persone), il 47% almeno una volta nella vita (1 milione e 265 mila persone). Il mal di schiena è più frequente tra anziani e donne (Figura 2).

I risultati che seguono si riferiscono solo a chi ha avuto mal di schiena nell'ultimo mese.

Circa una persona su due ha sofferto di lombalgia almeno una volta al mese nell'anno precedente. Il 35% riconduce il proprio dolore a patologie della colonna, il 20% ad una postura sbagliata. Una persona su quattro ha subito di recente eventi stressanti (come lutti, separazioni, licenziamenti, sfratti). Su una scala da 0 (no dolore) a 10 (insopportabile) il 68% percepisce un dolore di intensità ≥ 6 , in generale le donne lamentano un dolore più intenso. Con l'età aumenta la compresenza di dolore radicolare (sciatalgia) in particolare tra le donne (dal 15% tra le 18-44enni al 32% tra le 65-74enni) e aumentano, in maniera evidente dopo i 45 anni, le limitazioni nelle attività quotidiane (come lavarsi, vestirsi, ecc.). In generale il 22% ha problemi nel curare la propria persona, il 20% nel camminare, il 29% sul lavoro, il 40% percepisce influenze negative sull'umore.

Il rischio di soffrire di lombalgia tra i malati cronici è maggiore. L'associazione, aggiustata per genere, età e indice di massa corporea (BMI), è significativa per diabetici e ipertesi (Tabella 1). Il risultato concorda con la letteratura e, visti i meccanismi patogenetici vari e complessi di questi soggetti, emerge la necessità di un approccio specifico.

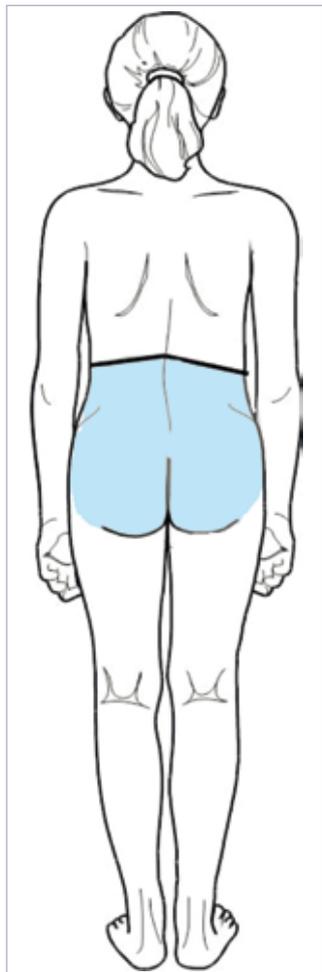


Figura 1 - Localizzazione tipica della lombalgia.

¹ Osservatorio di Epidemiologia, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana - Firenze

² Medico di Medicina Generale - Firenze

³ Neurochirurgia, AOU Careggi - Firenze

⁴ Psicologa - Firenze

⁵ Ortopedia, AOU Careggi - Firenze

⁶ Dipartimento Salute Mentale adulti, Ausl 7 - Siena

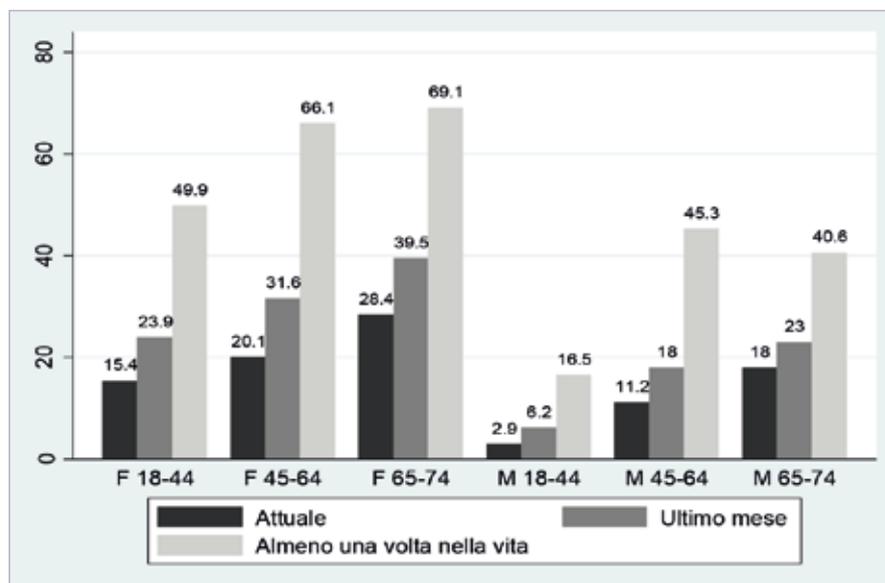


Figura 2 - Prevalenza del mal di schiena per classe d'età e genere.

Fattori di rischio

Con il peso aumenta il rischio di soffrire di mal di schiena: il 17% delle persone sottopeso ha avuto mal di schiena nell'ultimo mese, contro il 34% degli obesi. L'obesità è da sempre ritenuta un fattore di rischio, anche se i dati hanno dimostrato un'associazione chiara solo nell'obesità marcata. In questo studio si conferma un'associazione significativa solo per alti livelli di BMI (Figura 3).

I fumatori hanno il 42% di rischio in più rispetto ai non fumatori. In letteratura il fumo è ritenuto un forte fattore di rischio, basandosi su dati epidemiologici e su basi razionali, perché l'assenza di vascolarizzazione della parte interna del disco intervertebrale lo rende particolarmente

vulnerabile alla bassa ossigenazione, tuttavia dati più recenti ne ridimensionano l'importanza.

Il mal di schiena tende a diminuire al crescere del livello d'istruzione: 34% tra chi ha una licenza elementare, 18% tra i laureati. L'influenza del titolo di studio sulla lombalgia è però complessa e intrecciata con il tipo di lavoro svolto e lo status socioeconomico. Il mal di schiena aumenta infatti anche in funzione dei problemi economici (chi ha molte difficoltà nell'arrivare a fine mese ha un rischio triplo rispetto a chi ci arriva molto facilmente) e del tipo di lavoro (il lavoro pesante raddoppia il rischio rispetto al lavoro sedentario). Infine, chi fa attività sportiva ha il 39% di probabilità in meno di soffrire di mal di schiena rispetto a chi non la fa.

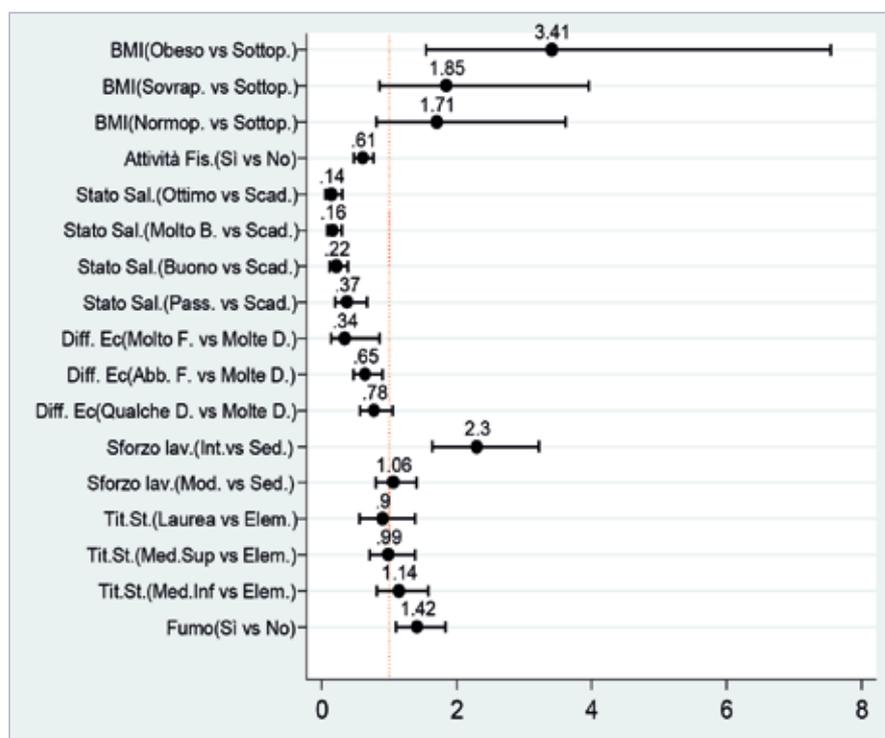


Figura 3 - Odds Ratio* della lombalgia per i singoli dei fattori di rischio.

*aggiustati per età e genere

Tabella 1 - Prevalenza del mal di schiena per presenza di malattia cronica.

Patologia cronica	Malati			Non malati			OR	p-value
	N	di cui con MDS		N	di cui con MDS			
		N	%		N	%		
Iperensione	289	93	32,2	1.712	372	21,7	1,35	0,041
Diabete	80	34	42,5	1.921	431	22,4	1,69	0,034
Tumore	50	19	38,0	1.951	446	22,3	1,44	0,232
Bronchite cronica	38	16	42,1	1.963	449	22,9	1,74	0,115
Infarto, ischemia cardiaca	23	8	34,8	1.978	457	23,1	1,12	0,789

Sono stati valutati i fattori simultaneamente per verificare quali fossero maggiormente associati con il mal di schiena e quali invece fossero confusi dalla compresenza di altri. I fattori determinanti che emergono sono tre: sforzo fisico intenso sul lavoro (+130% di rischio rispetto a lavoro sedentario), obesità (+90% rispetto a sottopeso) e assenza di pratica sportiva (+80% rispetto alla presenza).

tante problema di salute pubblica con effetti sull'autonomia delle persone. Dall'indagine sono emerse informazioni utili per organizzare interventi di prevenzione (lavori pesanti, obesità e attività sportiva gli ambiti su cui lavorare) e per predisporre percorsi terapeutici per una condizione che incide fortemente sulla perdita di giornate lavorative e sui costi della sanità.

TM

Conclusioni

I dati epidemiologici confermano l'elevata prevalenza della lombalgia in Toscana, impor-

Info: francesco.profilo@ars.toscana.it

VALERIO VERDIANI, MARIO AFFINATI¹

Hospitalist: l'anello mancante nell'ospedale per intensità di cura?

La nascita dell'hospitalist negli USA

Negli USA, fino alla fine degli anni '80, la figura medica di riferimento per i pazienti ricoverati era il *general practioner* (inquadabile come il nostro medico di medicina generale) che alternava la sua attività ambulatoriale con quella ospedaliera. Con l'introduzione dei DRG e del *managed care* (*general practioner* pagato sulla base del numero di assistiti ambulatoriali) si assistette ad una netta riduzione della loro presenza nelle corsie ospedaliere per vari motivi (pressione verso un elevato *turnover*, disincentivo economico, aumentata complessità dei malati).

Ecco quindi che agli inizi degli anni '90 il sistema ospedaliero americano sentì la necessità di una figura medica che avesse competenze generaliste e che passasse tutto il suo tempo lavorativo in ospedale: nacque l'*hospitalist*.

Lo sviluppo dell'hospitalist

Nel giro di pochi anni la densità di ospe-

dali americani dove lavorano *hospitalist* è cresciuta su quasi tutto il territorio. Il numero di *hospitalist* continua ad aumentare in maniera esponenziale ed ha raggiunto nel 2012 la quota di 30.000 unità, rappresentando la più grande e rapida crescita di una specialità nella storia della Medicina. Al momento, il 90% dei pazienti ammessi in ospedale è assegnato all'*hospitalist*.

La definizione di hospitalist

L'*hospitalist* è lo specialista dell'*hospital care*, è il medico che si assume la responsabilità complessiva del paziente ricoverato, anche in un'ottica di *co-management*.

Il concetto di hospitalist

Dedicarsi completamente all'attività ospedaliera ha comportato una crescita professionale che è andata al di là della stretta competenza clinica. L'*hospitalist* è divenuto negli USA l'elemento portante dell'implementazione di efficienza, sicurezza e qualità: esistono evidenze



Valerio Verdiani, laureato in Medicina e Chirurgia nel 1987. Specialista in Medicina Interna, Cardiologia, Gastroenterologia. Ha lavorato per 7 anni nella Medicina-Pronto Soccorso dell'AOU Careggi di Firenze e per 13 anni nella Medicina Interna e d'Urgenza della stessa Azienda. Dal 2012 è Direttore della U.O. Medicina Interna di Grosseto.

¹ Medical Doctor, Hospitalist, Fellow of American College of Physicians. Division Director of General Internal Medicine in Advocate Lutheran General Hospital, Park Ridge, Chicago, Illinois (USA)

che negli ospedali dove lavorano gli *hospitalist* ci sono:

1) maggiore appropriatezza con conseguente riduzione dei costi e della degenza media;

2) maggiore aderenza alle linee guida. Il suo ruolo è centrale in quello che definiamo governo clinico.

L'hospitalist e la mutazione della richiesta sanitaria

Negli anni '80-'90 in America si andava sviluppando la figura del *regular doctor*. Al contrario, in Europa si assisteva ad un'esplosione di branche specialistiche e sub-specialistiche, con la conseguente suddivisione degli ospedali in reparti mono e ultra-specialistici, dove il paziente era ricoverato sulla base della patologia d'organo o di apparato. Attualmente i pazienti ricoverati sono sempre più anziani e con pluripatologie, e non sempre si riesce ad identificare una prevalente. Diventa sempre più apprezzabile il rischio che troppi medici specialisti per lo stesso paziente portino ad una sovrarichiesta e ripetizione di esami, sovrapproduzione di diagnosi e sovraprescrizione di farmaci. La necessità della sintesi e dell'individuazione delle priorità rappresenta quindi un elemento di fondamentale importanza. A ciò si aggiunge il crescente numero di pazienti fragili, oncologici e con problematiche sociali, che richiedono da un lato la cultura del "*choosing wisely*" (iniziativa dell'American Board of Internal Medicine, che pone particolare attenzione alla qualità di vita) e dall'altro una forte capacità di comunicazione e di empatia. L'internista adeguatamente formato appare, tra le varie figure specialistiche, la più idonea per tale tipo di attività. Negli USA l'80% degli *hospitalist* sono specializzati in Medicina Interna.

Hospitalist e ospedale per intensità di cura

L'Ospedale per Intensità di Cura appare il modello ideale per la figura dell'*hospitalist*. I concetti di processi di cura, centralità del paziente, flussi legati al bisogno assistenziale, presa in carico, ben si adattano alle funzioni e responsabilità di una figura di riferimento, fulcro e coordinatore di un sistema. Il passaggio da singoli reparti monospecialistici ad aree omogenee rappresenta la base della struttura funzionale nella quale lavora l'*hospitalist*.

Hospitalist e hospitalist team

Negli USA gli *hospitalist* non svolgono turni di notte, per la salvaguardia della continuità di cura. Alcuni team di *hospitalist* si organizzano con periodi più o meno lunghi di sole guardie; più recentemente gli ospedali americani stanno assumendo medici dedicati esclusivamente a questa funzione ("*nocturnalist*").

La necessità di presidiare l'ospedale di notte e nelle festività si traduce con la presenza costante dell'*hospitalist* 24/24 ore nell'ambito

di un'area ospedaliera. Di conseguenza dovremo passare dall'idea di "*hospitalist*" come figura singola ad un modello organizzativo di "*hospitalist team*". La presenza di team di *hospitalist* è comunque la regola anche negli USA.

Hospitalist e casistica

Negli USA un singolo *hospitalist* segue mediamente 12-18 pazienti, dimette mediamente 4 pazienti al giorno accogliendone altrettanti, con un orario di lavoro flessibile da 8 a 12 ore al giorno. In caso di *overcrowding*, l'*hospitalist* può seguire un numero maggiore di pazienti aumentando il numero di ore lavorative con adeguamento economico oppure viene aggiunto ad esso un altro *hospitalist*. L'*hospitalist* prende in carico i pazienti medici qualunque sia la patologia che ha determinato il ricovero, avvalendosi fin dall'inizio di consulenti.

Hospitalist e specialità

L'*hospitalist* non si sostituisce allo specialista, bensì coadiuva con lui nelle esigenze clinico-assistenziali e nei percorsi diagnostico-terapeutici. Attorno al paziente possono muoversi più figure professionali. Il ruolo dell'*hospitalist* è in questo caso quello di leader in un'ottica di co-management. Importante è anche la funzione che l'*hospitalist* può svolgere in ambiente chirurgico. Le competenze internistiche possono essere complementari a quelle anestesilogiche per la medicina peri-operatoria ed un particolare ruolo potrebbe essere visto in ambito ortopedico, dove l'*hospitalist* prende in carico il paziente affetto da complicanze o comorbidità mediche.

Hospitalist e futuro

In un recente numero di *Toscana Medica* si è sottolineato che, nella nostra Regione, l'attuazione del modello per intensità di cure è difforme nei vari ospedali e che laddove si è applicato in maniera più rigida si sono create alcune storiature (G. Panigada et al. *Toscana Medica* n. 10, 2014). Una rappresentazione spesso usata è quella di un modello che è rimasto a metà del guado, con l'impossibilità a tornare indietro ma anche con l'estrema difficoltà ad andare avanti. Tra le criticità emerse si segnalano quelle relative al tutoraggio, al *briefing*, al disorientamento di pazienti-familiari-operatori, all'interrelazione medico-infermiere, alla dispersione e all'assegnazione dei malati.

Diversi aspetti del "modello *hospitalist*" potrebbero contribuire al miglioramento. Non vi è dubbio che questo implica un serio investimento di risorse sulla Medicina Interna, ma che diventerebbe fruttuoso già nel breve-medio termine come rilevato in letteratura. Negli USA la figura dell'*hospitalist* si è oramai affermata definitivamente, con evidenza di sicurezza, qualità ed efficacia: che sia questo l'anello mancante per uscire dal guado?

TM

Info: verdiani@fastwebnet.it

FRANCESCO CERAUDO

Medicina penitenziaria

Il medico e il detenuto



Francesco Ceraudo, già Direttore del Centro clinico del carcere "Don Bosco" di Pisa.

La **medicina penitenziaria** è innanzitutto la *medicina della persona*, ancor prima della specifica malattia.

Prendersi in cura i pazienti in carcere significa saper mediare tra le problematiche di malattie sempre più complesse e insidiose e le fragilità e le debolezze dell'individuo, rafforzando nel contempo le residue risorse ed energie fisiche e psichiche.

Sono necessari ambienti e percorsi che finalmente affermino la cultura nuova del dialogo, della comunicazione, della partecipazione e della solidarietà in sostituzione della vecchia cultura o subcultura della separazione e del silenzio.

Il problema centrale è l'esistenza di comunicabilità tra medico e detenuto.

Il rapporto medico-paziente in carcere non deve perdere la sua efficacia terapeutica e si deve fondare soprattutto sulla capacità di ascolto da parte del medico stesso.

La pazienza non deve essere solo nell'ascoltare, ma anche nel rispondere, nel tranquillizzare.

Nel caso del medico penitenziario, l'ascolto prefigura una significativa valenza: è un dovere preciso tanto più se l'interlocutore non ha chi lo ascolti, non tanto sul piano giuridico o istituzionale, ma sul piano umano, perché il carcere in definitiva è soprattutto solitudine.

La vita, la salute, il benessere possibile di ogni uomo sono beni preziosi e la cui tutela merita tanta più attenzione ed impegno quando si tratta, come nel caso dei detenuti, di persone affidate interamente alle nostre cure.

Lavorare in un carcere a fianco della popolazione detenuta come medico presuppone innanzitutto una valenza di dedizione e di comprensione assoluta umana e professionale.

Si instaura ben presto una sfida tra le obiettive difficoltà di tutti i giorni con particolare riferimento alle strutture, all'ambiente, talora agli uomini stessi e coloro che sono preposti al tentativo di risoluzione.

L'attività del medico penitenziario non può limitarsi all'applicazione puramente tecnica dell'arte medica, ma richiede un'approfondita

conoscenza degli aspetti psicodinamici dei soggetti affidati alle nostre cure.

La medicina penitenziaria soprattutto in aderenza ai principi ispiratori della recente Riforma non può rimanere confinata nell'ambito di un ambulatorio o di un laboratorio, ma deve essere reimmessa a pieno titolo in un contesto più esteso ricollegandola necessariamente ai problemi e ai bisogni psicologici e sociali dei detenuti.

Con il passaggio della medicina penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale si creano le premesse per una rivoluzione copernicana laddove si delinea lo sviluppo di una medicina penitenziaria di iniziativa e di opportunità che trae linfa dai dati epidemiologici e si estrinseca tramite un'offerta proattiva nei confronti della popolazione detenuta.

La medicina penitenziaria di iniziativa e di opportunità è quella che meglio si adatta alla tutela della salute della popolazione detenuta, dove l'assistenza è per la gran parte estensiva e caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine, dove il valore aggiunto dei processi di cura è rappresentato dalla capacità di presidiare la continuità delle cure previo un monitoraggio assiduo degli accertamenti diagnostici.

L'obiettivo strategico è un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia e che pianifica un sistema che accompagna il detenuto favorendo lo sviluppo di condizioni che consentono di mantenere il livello di salute adeguato, un sistema capace di gestire, rallentandone il decorso, le patologie croniche ed anche di affrontare con efficacia l'insorgenza di patologie acute.

Non devono trovare applicazione la medicina penitenziaria difensiva e la medicina penitenziaria d'attesa.

Opportunamente crediamo di caratterizzare il nostro impegno professionale avendo come punto di riferimento l'uomo-detenuto nella valorizzazione del suo benessere, nell'ambito di una revisione delle strutture carcerarie, attualmente troppo segreganti e infelici.

Il carcere al giorno d'oggi richiede, reclama attenzione in considerazione soprattutto della

mappa variegata di popolazione detenuta dove emerge sempre più in termini contrastanti il fenomeno dell'emarginazione: **i tossicodipendenti, i malati di AIDS, gli extracomunitari, i malati di mente, una fetta di umanità ferita.**

La prestazione operativa del medico penitenziario deve caratterizzarsi con una combinazione/integrazione dei contenuti tecnico-scientifici e degli atteggiamenti affettivo-relazionali, il cosiddetto fattore umano e propriamente questo rappresenta il vero valore aggiunto della medicina penitenziaria.

È innegabile che il concetto stesso di salute subisca un forte ridimensionamento quando viene inserito nel contesto carcerario.

Carcere e salute sono antitetici, perché fondamentalmente il carcere è la negazione della salute intesa come definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e cioè stato di benessere psicofisico.

Rimane del resto facilmente comprensibile lo stato d'animo di chi improvvisamente estirpato dalla propria famiglia, dalla propria attività lavorativa, dal proprio ambiente sociale, dalle proprie abitudini e interessi, è, costretto, un determinato giorno, a varcare il portone del carcere.

L'impatto con il carcere è un momento triste, doloroso, sconvolgente.

L'individuo all'ingresso viene spogliato dei suoi effetti personali e degli attributi di uomo libero.

In sostanza non c'è posto per la sua dimensione umana, fisica, affettiva.

Vede irrimediabilmente cadere in un attimo tutto intorno a sé.

Si sente solo, isolato dal resto del mondo, immerso in una realtà drammatica.

Inesorabilmente sopravvengono idee di rovina, di angoscia, di vuoto esistenziale, il senso di emarginazione dalla società, mentre predominano sentimenti di umiliazione per la posizione stessa di detenuto magari in preda al rimorso per quello che ha commesso.

A questo punto il detenuto è già un individuo lacerato.

La realtà quotidiana è allucinante, piena di desolazione e impoverisce ulteriormente l'uomo: è un'esperienza sconcertante, un brano di vita vissuta con profonde lacerazioni psicologiche e che spesso abbrutisce e diventa molto spesso criminogeno.

Si spalanca così un abisso tra ciò che si era un istante prima e ciò che uno sarà dopo: una sensazione pervadente di rottura irreversibile con tutto il contesto sociale di cui si era parte integrale, con la sua realtà morale, psicologica e familiare.

Al di là delle sbarre il detenuto non è più un uomo, in quanto risulta escluso dagli spazi naturali dell'uomo.

In questa primissima fase di carcerazione, lo sconvolgimento dell'animo è totale e compenetra gli stati più reconditi della personalità, determinando inevitabilmente una grave distonia ai vari processi psichici e con particolare riferimento alla percezione, alla rappresentazione, all'ideazione.

Il detenuto, per natura, per costituzione acquisita è diffidente nei confronti del medico penitenziario perché lo vede imposto dall'alto, se non addirittura è portato talora ad intravedere in lui un collaboratore della stessa autorità che lo ha condannato.

Il medico dovrà di conseguenza farsi accettare.

La disponibilità del paziente-detenuto si instaura quanto più egli riesce a percepire la preparazione e la qualificazione del medico, la bontà delle attrezzature, la puntualità dei servizi.

Si devono attuare programmi di sorveglianza sanitaria dei propri pazienti rivolti all'individuazione di eventuali fattori di rischio con particolare riferimento alle malattie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche, infettive, psichiatriche e degenerativo-osteoarticolari.

Per il medico penitenziario si delinea, pertanto, l'esigenza di aderire ai valori, alle aspettative e alla disponibilità del malato, un malato particolare che ha già perso quel bene prezioso che è la libertà.

Complica maledettamente le cose un sovraccollamento intollerabile che lede i diritti e la dignità, prefigurando un degrado strutturale che rende ancora più difficile l'esistenza quotidiana e che provoca inevitabilmente ulteriore marginalizzazione.

Gli stress psico-emotivi, le esasperazioni nelle abitudini di vita carceraria creano nella popolazione detenuta punti di minore resistenza e condizione predisponente all'instaurarsi di ogni tipo di patologia.

L'uomo non è, non può essere una bestia da domare, un bersaglio eventuale da colpire.

Bisogna evitare di assumere atteggiamenti di distacco, modi di operare impersonali, mitizzando l'immagine e il tracciato.

Esiste incommensurabile in ciascun medico penitenziario la dimensione della vocazione, del riconoscimento in quelli che soffrono quando dolore e paura giocano un ruolo predominante nella malattia del paziente: la riconosciamo nelle mani che stringono, nelle spalle che sostengono il peso della responsabilità, quando magari nessun altro si fa avanti. **TM**

GEMMA BRANDI

Un dono al carcere, in carcere

Nel 2013 Maria Luisa e Gemma Brandi festeggiarono il loro sessantesimo compleanno nella splendida cornice della sede dei Canottieri di Firenze, chiedendo agli invitati di tradurre il loro potenziale dono in una cifra da destinare a un piccolo grande progetto: sostenere l'ingresso in carcere de "Il Bruco", esperienza riabilitativa consolidata della Azienda Sanitaria di Firenze, che aiuta i portatori di sofferenza psichica a curarsi curando il verde. Il Bruco avrebbe potuto gestire, con i malati di mente reclusi, la parte esterna del Giardino degli Incontri – la struttura per gli scambi tra i detenuti e i loro familiari, realizzato sul progetto che Giovanni Michelucci regalò a Sollicciano – così da delimitare il perimetro di intervento e da qualificarlo al tempo stesso. Nell'anno e mezzo trascorso quella raccolta fondi si è arricchita di altre donazioni, due pervenute dai familiari di persone sofferenti, scomparse troppo precocemente, una terza pervenuta dal Servizio di Salute Mentale Adulti dei Quartieri 1 e 4 di Firenze. La Fondazione Italiana per la Ricerca delle Malattie Ossee, F.I.R.M.O., si è presa carico di raccogliere tali donazioni e organizzare i relativi eventi.

Il 17 Dicembre 2014 la somma è stata girata alla Azienda Sanitaria di Firenze, così da perseguire l'obiettivo per cui spiriti sensibili l'hanno offerta: rispondere al fabbisogno riabilitativo indicato, almeno nel biennio 2015-16. La toccante cerimonia, cui hanno preso parte donatori e Autorità Giudiziarie, Penitenziarie, Politiche, Sanitarie cittadine, si è svolta nel Giardino degli Incontri. L'idea della Dottoressa Maria Grazia Giampiccolo, direttrice di fresca nomina di Sollicciano, è stata proprio quella di ripartire dall'elegante, forte, gentile, fraterno dono del Grande Architetto cui la città deve molto, forse proprio a cominciare dal Giardino degli Incontri, spazio luminoso e sereno, all'altezza del pensiero alato che il Maestro dedicò al tema dell'imprigionamento negli ultimi lucidissimi decenni della sua lunga vita.

I malati di mente vivono in carcere certo assai peggio dei 41 bis: per loro nei reclusori non ci

sono attività rieducative, né possibilità di lavorare. È dunque compito oggi delle Aziende Sanitarie promuovere iniziative che li riguardino, considerato lo spessore della psicopatologia reclusa, destinato ad aumentare con la declamata evoluzione dell'internamento giudiziario, ancora per poco delimitato all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

Sum mala spina bonis, sum bona spina malis: il motto dei Marchesi Malaspina affratella gli eroi dell'antimafia e i funamboli della riabilitazione, che hanno in fondo il medesimo scopo, quello di ricondurre il reo e il folle sulla strada della competenza sociale. Nell'un caso e nell'altro si tratta di scoprire le magagne che si annidano dietro il delitto o dietro il sintomo, per indurre il soggetto a coltivare diversamente il proprio terreno cosicché l'uomo non soffra, né faccia soffrire: la differenza è nella sofferenza, sperimentata o indotta. È la sofferenza ad autorizzare l'intervento tanto delle forze dell'ordine e della giustizia che del medico.

D'altra parte, è dal carcere, che anticipa i problemi in divenire di una società distillandoli e concentrandoli quando sono ancora in fasce, che occorre partire per il rinnovamento che da più parti è invocato/evocato, e non tanto dai gioielli del Paese, perché arriveremo così sempre troppo tardi e saremo sopraffatti dai nuovi guai che tenderanno a distruggere quei gioielli. Occorre partire dalle finestre rotte per ridurre i crimini gravi, come ha dimostrato l'omonima teoria quando praticata in quel di New York. Direi dunque, restando a Firenze, occorre ripartire dai tetti di un carcere colabrodo, e restando ad oggi, dal decoro che Giovanni Michelucci volle donare alla prigionia, consapevole come era della importanza di muovere dal carcere per curare la città, i suoi aspetti urbanistici, ma non solo.

L'auspicio è che altri fiorentini siano contagiati dalla idea di festeggiare il proprio compleanno nel Giardino degli Incontri, a beneficio del reclusorio della loro città.

TM

Info: reofolle@virgilio.it



Gemma Brandi, fondatore e direttore della rivista "Il reo e il folle" e della Società Italiana di Psichiatria Penitenziaria; ha lavorato clinicamente negli ambiti della giustizia e della salute, creando forme di scambio pratico e teorico tra le due aree. Dirige la Commissione di Psichiatria Penitenziaria della Società Italiana di Psichiatria Forense. Fa parte della Commissione Pari Opportunità dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze.

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 cercai.** I colleghi hanno spontaneamente fornito i loro recapiti telefonici ed e-mail per questa pubblicazione.





A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Schema di Accordo regionale per l'effettuazione delle attività di vaccinazione nell'ambito della pediatria di famiglia

Pubblichiamo l'allegato A alla Delibera della Giunta Regionale n. 366 del 30 marzo 2015, che approva lo schema di Accordo regionale per l'effettuazione delle attività di vaccinazione nell'ambito della pediatria di famiglia.

Allegato A

Quadro di riferimento

La vaccinazione costituisce uno dei maggiori progressi conseguiti in campo medico in quanto rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive e comporta benefici sia per effetto diretto sui soggetti vaccinati, sia in modo indiretto, inducendo protezione nei confronti dei soggetti non vaccinati (herd immunity). L'attuazione delle strategie vaccinali presenta profili di costi-benefici estremamente favorevoli poiché grazie alla vaccinazione si prevengono patologie che hanno costi umani e socio sanitari estremamente elevati.

Una efficace strategia richiede di adeguare la politica vaccinale alle nuove evidenze scientifiche, all'evoluzione della situazione epidemiologia delle malattie infettive, alla disponibilità di nuovi vaccini e la corretta e piena applicazione del Calendario Regionale delle Vaccinazioni (DR n° 823 del 06.10.2014) prevede un aumento delle sedute vaccinali e un conseguente ulteriore sforzo organizzativo.

La promozione e la qualità dell'offerta vaccinale si realizza anche con la collaborazione di tutte le articolazioni del Servizio Sanitario Regionale, tramite modelli organizzativi innovativi di provata efficacia e la Regione Toscana ritiene opportuno sostenere tutte le iniziative ritenute necessarie a incentivare il ricorso alla vaccinazione nei confronti delle malattie prevenibili oggetto del Calendario Regionale anche in termini di facilità di accesso alle vaccinazioni, al fine di favorire l'adesione da parte delle famiglie, nel rispetto dei tempi di esecuzione. A tal fine ha previsto, nell'ambito della DR 823 del 06.10.2014, il coinvolgimento dei pediatri di famiglia, non solo nelle attività di educazione sanitaria e promozione delle vaccinazioni previste in occasione dei Bilanci di Salute, ma anche nella effettiva esecuzione delle vaccinazioni, considerato il favorevole rapporto fiduciario che lega il pediatra alla famiglia ed il fatto che le visite filtro programmate rappresentino un'occasione ideale.

Obiettivo

Obiettivo del presente Accordo è quello di migliorare e ampliare i servizi assistenziali rivolti alla popolazione pediatrica, favorendo l'adesione da parte delle famiglie ai programmi vaccinali promossi dalla Regione Toscana, con l'implementazione del compito dell'esecuzione dell'atto vaccinale da parte del pediatra di famiglia presso lo

studio dove di norma esercita la sua attività. Il pediatra rappresenta il professionista del Servizio Sanitario Regionale più facilmente raggiungibile da tutti i soggetti (compresi gli extracomunitari), in tutto il territorio regionale e con un rapporto di fiducia continuativo e privilegiato con le famiglie. Tale implementazione è coerente con le caratteristiche di universalità ed equità di accesso alle cure, nonché di appropriatezza dell'uso delle risorse e tiene conto della sostenibilità economica e del gradimento dei cittadini, elementi di primaria importanza per il SSR.

Attività di vaccinazione

L'attività di vaccinazione, come prevista dal presente Accordo, rappresenta un compito che la Regione Toscana affida al pediatra di famiglia e che si esplica nell'ambito della normale attività professionale svolta nello studio pediatrico.

Nell'ambito delle attività vaccinali, sono compiti del pediatra di famiglia:

- a. l'informazione e la promozione delle vaccinazioni;
- b. l'acquisizione del consenso informato secondo le modalità espressamente previste dalla normativa;
- c. l'effettuazione dell'atto vaccinale;
- d. registrazione delle vaccinazioni effettuate;
- e. la segnalazione degli eventi avversi;
- f. segnalazione e recupero degli inadempienti;

a) L'informazione e la promozione delle vaccinazioni

L'attività di informazione e di promozione all'adesione al calendario vaccinale si sviluppa in due momenti principali, uno prima della nascita e uno al momento del primo Bilancio di Salute.

- Il pediatra di famiglia partecipa ai Corsi di Preparazione alla Nascita al fine di presentare e dare tutte le informazioni alle future mamme riguardo al Calendario Vaccinale ed alle modalità di esecuzione.

Un apposito gruppo di lavoro, incaricato dal Comitato Regionale ex art. 24 dell'ACN, provvede alla realizzazione di una presentazione da utilizzare in tutte le realtà regionali al fine di diffondere informazioni in modo condiviso ed uniforme. La partecipazione del pediatra di famiglia deve essere prevista come minimo per due lezioni della durata di un'ora ciascuna, di cui almeno una dedicata all'illustrazione del calendario vaccinale. È previsto il meccanismo della rotazione secondo

modalità da definire a livello locale.

- In occasione della nascita, al punto nascita viene consegnato materiale informativo sulle vaccinazioni predisposto dalla Regione Toscana.

- In occasione del Bilancio di Salute di Presa in Carico, da effettuare preferibilmente entro il primo mese di vita, il pediatra di famiglia illustra nel dettaglio il Calendario Vaccinale, risponde alle domande della famiglia e consegna alla famiglia il materiale informativo predisposto dalla Regione Toscana.

- Nel caso che la famiglia non intenda procedere alla/e vaccinazione/i, il pediatra acquisisce il dissenso informato che viene archiviato in formato elettronico nella cartella clinica del paziente e comunicato all'Azienda.

b) Effettuazione dell'atto vaccinale

Il pediatra di famiglia esegue l'atto vaccinale avendo cura di seguire le indicazioni e la tempistica prevista dal calendario vaccinale regionale e da eventuali successive modificazioni. Le sedute vaccinali possono essere effettuate in occasione dei bilanci di salute o in sedute programmate ad hoc, di norma per appuntamento. La vaccinazione può essere effettuata anche agli assistiti in carico a pediatri facenti parte della stessa forma associativa e per gli STP ed ENI.

c) Registrazione delle vaccinazioni effettuate

L'atto vaccinale deve essere annotato sul libretto pediatrico ad uso delle famiglie, sulla cartella informatizzata ad uso del pediatra e, a regime, sul software messo a disposizione dall'Azienda, con fondi regionali, in modo che siano garantiti l'alimentazione del flusso regionale ed il corretto passaggio sul fascicolo sanitario del paziente. Le Aziende devono attivare entro sei mesi dalla stipula del presente Accordo la possibilità di accesso dei pediatri al software dell'anagrafe vaccinale ex RFC 171 con modalità condivise affinché i dati vaccinali possano essere aggiornati in tempo reale, provvedendo alla adeguata formazione. In attesa di quanto sopra, il pediatra di famiglia deve comunicare mensilmente i dati delle dosi di vaccini somministrati agli appositi uffici aziendali.

d) Segnalazione degli eventi avversi

Il pediatra deve segnalare tempestivamente le reazioni avverse agli uffici aziendali, tramite l'invio dell'apposita scheda di segnalazione.

e) Segnalazione e recupero degli inadempienti

Il pediatra si impegna a collaborare con l'Azienda per il recupero degli inadempienti con modalità che saranno precisate a livello aziendale.

Acquisizione e conservazione dei vaccini

L'Azienda provvede alla fornitura delle dosi dei vaccini necessarie all'applicazione del calendario

vaccinale esclusivamente al pediatra di famiglia che esegue l'attività vaccinale secondo il presente Accordo. Fino al momento in cui le vaccinazioni sono registrate direttamente nel software di anagrafe vaccinale, il pediatra tiene un registro di carico e scarico delle dosi di vaccino; negli studi di pediatria di gruppo il registro è unico. Il pediatra si impegna alla conservazione dei vaccini in apposito frigorifero, secondo le norme vigenti in materia, e sotto la propria responsabilità.

Compensi

Per le attività di informazione, promozione, acquisizione del consenso informato, effettuazione dell'atto vaccinale, registrazione della vaccinazione, segnalazione e recupero degli inadempienti da parte del pediatra di famiglia si fa riferimento a quanto stabilito dal punto 4.3 dell'AIR 2001, tuttora vigente, che prevede un compenso che si articola in una tariffa per la prestazione vaccinale e in una per il raggiungimento di obiettivi.

Al fine di venire incontro alle esigenze della Regione Toscana, riferite ai processi di sostenibilità economica in atto, si concordano le seguenti tariffe da applicarsi in sede di prima applicazione del presente Accordo. Le parti condividono di effettuare una rivalutazione in occasione del prossimo AIR nel quale, nel caso in cui si evidenzino reali risparmi derivanti da una sempre maggiore presa in carico delle vaccinazioni da parte dei pediatri famiglia e conseguente diminuzione degli ambulatori pubblici, si possano riqualificare le tariffe riportandole a quanto già previsto dall'attuale AIR.

Esecuzione della prestazione:

- 15,00 euro per ogni atto vaccinale mono o pluri-somministrazione.

Raggiungimento dei singoli obiettivi:

- 1.000 euro per copertura vaccinale tra i propri assistiti > 95% x terza dose esavalente;
- 1.000 euro per copertura vaccinale tra i propri assistiti > 95% x morbillo;
- 1.000 euro per copertura vaccinale tra i propri assistiti femmine > 80% x papilloma virus.

I relativi premi di obiettivo sono dimezzati per il raggiungimento di coperture tra 92 e 95% per terza dose esavalente e morbillo, e di coperture tra 71 e 80% per papilloma virus.

Per coperture inferiori a quanto sopra specificato non è previsto alcun premio obiettivo.

La copertura viene valutata al 31 dicembre di ciascun anno, tenendo conto di escludere dal calcolo i soggetti irreperibili e quelli che hanno firmato il dissenso informato.

Partecipazione al Corso alla Nascita

Il compenso deve essere concordato in sede di Comitato Regionale. Le lezioni hanno una durata minima di due ore per corso, durante le quali sono trattati gli argomenti relativi all'allattamento al seno e alle vaccinazioni.



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Supporto di Personale di Studio

L'attività di esecuzione delle vaccinazioni si deve di norma avvalere del supporto di personale di studio affinché tutti i compiti previsti dal presente Accordo possano essere eseguiti al meglio, nel rispetto delle corrette procedure e delle condizioni di sicurezza per i pazienti. Si conviene quindi che quota parte dei risparmi di risorse derivanti dall'applicazione del presente Accordo saranno impiegati per incentivare l'acquisizione di personale presso gli studi dei pediatri di famiglia, secondo una valutazione da effettuarsi a cadenza annuale.

Applicazione ed entrata in vigore del presente Accordo

Il presente Accordo entra in vigore dal momento della firma.

L'attività di vaccinazione, con le modalità previste dal presente Accordo ed a partire dalla sua entrata in vigore, rientra tra i compiti dei pediatri di famiglia che aderiscono volontariamente.

Il pediatra di famiglia che aderisce all'Accordo per eseguire le attività di vaccinazione nel proprio studio deve inviare apposita comunicazione scritta all'Azienda di riferimento nella quale dichiara la sua adesione e la data di inizio dell'attività vaccinale. Successivamente alla suddetta comunicazione ha accesso alla fornitura delle dosi di vaccini previsti dal Calendario Vaccinale.

Rimangono validi e confermati i precedenti Accordi regionali e delibere regionali per la par-

tecipazione del pediatra di famiglia alla Campagna di Vaccinazione per l'Influenza, comprese le modalità di effettuazione e le tariffe applicate alle prestazioni.

Per quanto riguarda le situazioni che in alcune Aziende Sanitarie vedono attualmente impegnati i pediatri di famiglia negli ambulatori pubblici, queste rimangono attive, se necessarie al conseguimento degli obiettivi vaccinali della popolazione pediatrica, senza ulteriori implementazioni di orario. Ogni 6 mesi dall'avvio dell'Accordo, le Aziende devono effettuare una valutazione delle attività orarie eseguite per le vaccinazioni negli ambulatori pubblici al fine di apportare eventuali correttivi mirati al risparmio delle risorse impiegate.

Per far fronte a particolari difficoltà di adesione al presente Accordo da parte del pediatra di famiglia che non ha disponibilità di locali idonei all'esecuzione di tutti gli adempimenti previsti dall'esecuzione delle vaccinazioni e per superare difficoltà dovute a situazioni oro-geografiche particolari, il pediatra può richiedere l'utilizzo di un ambulatorio dell'Azienda Sanitaria, con le modalità previste dalla specifica norma, che andrà a far parte integrante della sua personale disponibilità di studi per l'esercizio della pediatria di famiglia, con conseguente dichiarazione di orario di apertura settimanale in maniera aggiuntiva rispetto alle aperture previste dalla normativa vigente.

È previsto un monitoraggio almeno annuale, da esaminare in sede di Comitato Regionale.

Consiglio Sanitario Regionale

Linee di indirizzo per l'oncoematologia pediatrica

Pubblichiamo l'Allegato al Parere 34/2015 con il quale il Consiglio Sanitario Regionale esprime parere positivo sugli aspetti professionali delle "Linee di indirizzo per l'oncoematologia pediatrica: istituzione del Centro regionale per oncoematologia pediatrica (CROP)", già validate dalla Commissione Pediatrica Regionale. Tale documento è stato recepito anche dalla Regione Toscana con Delibera 422 del 7 aprile 2015.

Premessa

Le linee guida nazionali concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia, approvate dalla Conferenza Stato-Regioni, pubblicate sul supplemento ordinario alla G.U. n. 100 del 2 maggio 2001 prevedono modalità organizzative coordinate e interdisciplinari tali da garantire l'accompagnamento del paziente oncologico per tutto il percorso preventivo e dia-

gnostico-terapeutico;

Il cancro nei bambini non è un'evenienza comune: colpisce 1 bambino su 650 entro i 15 anni di età; ogni anno vi sono 120-140 nuovi casi per milione di bambini sotto i 15 anni; l'impatto di diagnosi di cancro nel bambino e nel ragazzo ha un effetto devastante su una famiglia; in conseguenza di quanto sopra si rende necessario attivare sistemi di cura globale, che tengano conto

non soltanto dei percorsi strettamente clinici, ma anche dell'assistenza psicologica ed emotiva al piccolo paziente ed ai suoi genitori.

Crop

La Regione Toscana, ai fini dell'assolvimento delle funzioni previste dalla normativa nazionale e regionale, stabilisce, in merito alla riorganizzazione della Rete Pediatrica, per attuare la riorganizzazione dell'Oncoematologia Pediatrica in Regione Toscana, di istituire il Centro Regionale di Oncoematologia Pediatrica (CROP), con il preciso scopo di attivare i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali dei pazienti di età compresa tra i 0 ed i 18 anni, per fornire risposte immediate e più vicine alle esigenze della popolazione e garantire le cure appropriate per le patologie oncologiche pediatriche.

Il CROP rappresenta una modalità organizzativa coordinata, attraverso la quale tutte le Unità che lo compongono rispondono ai bisogni della popolazione dell'area di riferimento, condividendo i percorsi clinico-assistenziali e i modelli organizzativi nel rispetto degli attuali indirizzi della programmazione regionale.

La Regione Toscana negli ultimi atti programmatici ha ribadito nel recente PSSRI 2010-2015 grande attenzione alle tematiche dell'area pediatrica, attraverso azioni per la riqualificazione e lo sviluppo della rete materno infantile regionale, prevedendo un assetto organizzativo complessivo che ha delineato, all'interno di ciascuna Area Vasta, una articolazione in diversi livelli della rete con il coordinamento regionale da parte della AOU Meyer.

A questo fine il CROP, pur ispirandosi ai contenuti di cui all'art. 9 comma Ibis L.R. 40/2005, ha un ambito che va oltre quello di area vasta e si configura, pertanto, in una logica di integrazione regionale dei servizi sanitari già presenti.

In un campo specialistico come l'oncoematologia pediatrica, l'unione di tutte le componenti professionali multidisciplinari presenti in regione potrà dare una risposta altamente qualificata e completa alla cura del paziente pediatrico con tumore. Inoltre questa integrazione potrebbe costituire il primo esempio di una effettiva rete per altre specialità pediatriche e non. L'organizzazione del CROP è una configurazione territoriale coordinata e composta da 3 Unità costituenti collocate rispettivamente nell'AOU Meyer, nell'AOU Pisana e nell'AOU Senese. All'interno di ognuna delle Aziende possono essere presenti specifiche competenze di alta specialità che saranno poste a disposizione di tutta l'utenza afferente al CROP.

Il CROP si potrà avvalere di Unità funzionali di appoggio, esterne al CROP e situate in Unità pediatriche ospedaliere periferiche, per semplici percorsi clinico-assistenziali, così da ridurre i disagi logistici dei pazienti e delle loro famiglie.

Infine, si ritiene utile formalizzare, fra le attività del CROP, da svolgersi in collaborazione con l'ITT, il percorso di follow up dei ragazzi e dei

giovani adulti trattati per tumore in età pediatrica; infatti, il progressivo miglioramento dei risultati terapeutici in oncoematologia pediatrica (sopravvivenza a 5 anni pari all'80%), pone in evidenza, nei lungo sopravvissuti, un aumentato rischio di neoplasie secondarie o di altre importanti sequele.

Si rende, pertanto, necessario un monitoraggio a lungo termine condiviso e dedicato a questo, sempre più rilevante numero di pazienti guariti.

Costituzione del CROP

Il CROP è costituito dalle strutture complesse e semplici che compongono il DAI di Oncoematologia Pediatrica dell'AOU Meyer, dalla U.O. di Oncoematologia Pediatrica dell'AOU Pisana e dalla Sez. Semplice di Oncoematologia della U.O. di Pediatria Universitaria dell'AOU Senese.

Il CROP costituisce una rete interaziendale ed inter-area-vasta, poiché coinvolge processi realizzati dalle strutture organizzative (complesse o semplici) delle Aziende partecipanti e comporta la definizione di processi assistenziali integrati delle varie strutture ad esso afferenti.

Il CROP, attraverso una reale organizzazione ed un fattivo coordinamento di tutte le risorse strutturali e professionali multidisciplinari presenti in Regione Toscana, consentirà di raggiungere uno standard di trattamento delle leucemie e dei tumori pediatrici, tale da costituire un modello unico per la qualità e per la concezione "di sistema" regionale.

Si evidenzia inoltre che all'attuazione delle attività del CROP si provvederà nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Organi del CROP

Gli organi del CROP sono:

- a) Il Direttore del CROP
- b) Il Comitato Direttivo del CROP

1) Il Direttore del CROP è individuato dal Direttore Generale dell'AOU Meyer

2) Il Direttore del CROP, ferma restando l'autonomia professionale, clinica ed organizzativa dei Direttori delle singole strutture:

- convoca e presiede il Comitato di Direzione del CROP ed assicura il corretto svolgimento delle sedute;
- rappresenta il CROP nei confronti delle Direzioni Generali delle diverse Aziende, dell'ITT e della Regione Toscana;
- redige annualmente una relazione sull'attività svolta dal Centro.

3) Il Comitato di Direzione del CROP è composto dai Direttori di struttura complessa o semplice della singole Aziende partecipanti e si riunisce almeno trimestralmente;

Il Comitato ha il compito di:

- proporre le iniziative per il raggiungimento



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

degli obiettivi di integrazione assistenziale;

- discutere ed approvare le proposte e trasformarle, identificando se necessario gruppi di lavoro, in progetti da sottoporre all'approvazione del Comitato stesso;

- curare la fase operativa della realizzazione dei progetti;

- formulare proposte ed adottare iniziative finalizzate a conseguire la migliore efficienza assistenziale del paziente pediatrico con tumore, attraverso il raggiungimento degli obiettivi di budget;

- sviluppare delle attività in coerenza con gli indirizzi regionali per quantità, accessibilità, tempestività e continuità;

- promuovere l'uso integrato, efficiente ed efficace di tutte le risorse professionali e strumentali presenti nella Regione Toscana;

- formulare proposte ed adottare iniziative finalizzate a curare la qualità della propria organizzazione con particolare attenzione a: modelli assistenziali innovativi che favoriscano la valorizzazione, la responsabilizzazione e la integrazione delle diverse figure professionali; puntuale organizzazione del lavoro e delle risorse di personale assegnate; comunicazione delle informazioni; formazione continua degli operatori;

- promuovere l'attività di ricerca di base e di ricerca clinica applicata e svolgere un ruolo di coordinamento della stessa;

- garantire l'interdisciplinarietà e l'integrazione inter-professionale, il lavoro di gruppo e la condivisione del processo decisionale nei seguenti ambiti:

a) **funzioni assistenziali** - innovazione clinica - qualificazione professionale - integrazione multi-professionale e multidisciplinare

b) **funzioni di coordinamento** - programmazione - controllo - ricerca di base e ricerca clinica applicata - coordinamento delle risorse umane - gestione delle tecnologie.

Direttore del CROP

Il Direttore del CROP, relativamente alla funzione di governo clinico assistenziale, assume la responsabilità concernente gli aspetti di coordinamento funzionale, comprensivi della organizzazione delle strutture professionali costitutive.

Il Direttore del CROP è presente alle riunioni delle Aziende cui afferiscono le strutture costituenti il CROP, per gli argomenti di rilievo dell'attività oggetto del Centro, per allineare gli interventi e il coordinamento sulle strutture stesse. Le azioni di programma sviluppate dal CROP e relativi interventi di coordinamento sono sottoposti in forma di proposte operative alla Regione ed alla Direzione delle Aziende costituenti, per la discussione ed approvazione.

Il Direttore del CROP contratta, sentito il Comitato Direttivo, con le singole Aziende il budget afferente al Centro, all'interno del quale saranno individuati obiettivi inerenti il generale potenziamento e sviluppo dell'attività, concorrendo al

monitoraggio degli obiettivi e all'elaborazione delle azioni correttive.

Il Direttore del CROP deve sviluppare una progettualità organizzativa finalizzata a garantire in ambito regionale la più ampia e appropriata, nonché articolata e sinergica, offerta di prestazioni di oncematologia pediatrica, ispirata alla razionalizzazione della domanda ed alla efficacia ed efficienza nell'utilizzo delle risorse.

Il Direttore del CROP deve costituire una rete uniforme e tendenzialmente completa di prestazioni tali da garantire offerte di erogazione conformi alla programmazione regionale e sintonici con le legittime aspettative dell'utenza, ottimizzando le sinergie produttive.

Perciò le aree di competenza generali del Direttore del CROP si concretano in:

- leadership interna al Centro come capacità di favorire il lavoro di gruppo interdisciplinare tra le strutture sanitarie diverse, favorendo la ricerca di forme di collaborazione secondo criteri di efficacia e di efficienza, esaltando e rispettando le specificità;

- concretezza e garanzia di coerenza nei processi decisionali per il raggiungimento di standard qualitativi ottimali; visione di sistema che si traduce nello sviluppo delle sinergie tra aree omogenee interdipartimentali;

- coordinamento fattivo ed integrazione di tutte le risorse strutturali e professionali multidisciplinari presenti in Regione Toscana per percorsi clinico-assistenziali di casi complessi;

- partecipazione ad attività sul versante della ricerca, sperimentazione di diversi approcci e modalità organizzative e di offerta tecnica, innovazione sul versante del management secondo i criteri del governo clinico e della valutazione dei risultati;

- coordinamento e sviluppo dei progetti di ricerca attuati dalle varie strutture afferenti al CROP;

- ascolto dei professionisti e dei fruitori di servizi delle istanze sociali, in una visione di miglioramento continuo della qualità dell'offerta;

- responsabilità di indirizzo;
- valutazione delle attività clinico-assistenziali e tecnico-sanitarie finalizzate a garantire che ogni assistito abbia accesso ai servizi secondo i principi di ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate;

- appropriatezza clinica e organizzativa delle attività, di efficacia delle prestazioni in base alle evidenze scientifiche;

- minimizzazione del rischio di effetti indesiderati e di soddisfazione dei cittadini;

- mantenimento di una stretta collaborazione con tutte le Associazioni di Volontariato operanti nelle diverse unità afferenti al CROP, in un rapporto di reciproca apertura e collaborazione, per la realizzazione di progetti di assistenza e di ricerca condivisi, allo scopo di raggiungere la massima efficacia degli interventi e di ottimizzare l'impiego di fondi.

Dettaglio dell'attività del CROP

1 Il Centro Regionale Oncoematologia Pediatrica Toscano, svolge i seguenti compiti:

Coordinamento delle attività assistenziali

- prendere in carico i nuovi pazienti per la diagnosi, la stadiazione, la registrazione, la definizione del piano di trattamento che sarà attuato, in rapporto alla complessità, presso una struttura del CROP o mediante collaborazione presso un'unità di appoggio territoriale;
- adottare protocolli diagnostici e terapeutici comuni seguendo i criteri della buona pratica clinica;
- assicurare l'assistenza infermieristica ai pazienti oncoematologici attraverso il coordinamento e la formazione di competenze cognitive e relazionali specifiche;
- assicurare l'assistenza psicologica attraverso la rete pediatrica territoriale;
- assicurare la terapia del dolore e delle cure palliative negli ambiti territoriali ed ospedalieri specifici, tramite coordinamento del CROP, anche attraverso supporto telefonico h24 di consulenza medica e infermieristica;
- promuovere un approccio multidisciplinare attraverso il coinvolgimento di altri specialisti da individuare fra tutti i professionisti presenti in Regione Toscana, così da coordinare l'assistenza in casi di particolare complessità;
- identificare opportune risorse e consulenze territoriali, per interventi riabilitativi fisici, psicologici e sociali, come parte del trattamento globale;
- favorire e coordinare a livello regionale la sorveglianza clinica del paziente lungo sopravvivenza attraverso precisi percorsi diagnostico-terapeutici relativi alle sequele tardive (ambulatori off-therapy);
- collaborare con tutte le associazioni di volontariato per migliorare l'assistenza dei pazienti e delle loro famiglie;
- promuovere le attività di donazione di cellule staminali midollari, cordonali o periferiche ed il trapianto di cellule staminali emopoietiche in ambito pediatrico;
- coinvolgere i servizi territoriali nella gestione domiciliare del paziente ematooncologico e nella sorveglianza degli effetti tardivi del trattamento e della malattia, promuovendo e tutelando l'inserimento scolastico e sociale, l'idoneità sportiva, l'avvio all'attività lavorativa;
- favorire il passaggio della sorveglianza clinica del paziente trattato in età pediatrica o adolescenziale alla medicina di base e ai servizi specialistici dell'adulto per mantenere il monitoraggio delle conseguenze tardive legate alle cure anche oltre l'età pediatrica;
- favorire un'attiva e continua (24/24 h) comunicazione tra il CROP ed i medici dei presidi ospedalieri per una diagnosi precoce e coordinata;
- attuare l'assistenza domiciliare qualora

prevista nei presidi socio-sanitari delle AASSLL;

- sviluppare un'attività clinica finalizzata al monitoraggio dei danni iatrogeni a distanza, in collaborazione con i medici dei presidi ospedalieri;

- favorire la formazione dei professionisti del CROP e delle Unità di appoggio.

Coordinamento delle attività scientifiche

- partecipare alla pianificazione e programmazione di studi collaborativi epidemiologici, biologici, psicologici e di verifiche cliniche comparative a livello nazionale ed internazionale;
- partecipare alla pianificazione e progettazione della ricerca di base;
- organizzare specifici corsi, stage, seminari per la formazione e l'aggiornamento del personale del centro e del territorio.

Unità funzionali di appoggio

Le Unità di appoggio (ospedali periferici appendici esterne al CROP) partecipano alla gestione del paziente pediatrico con patologia oncoematologica, collaborando e partecipando attivamente con il CROP alla gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici più semplici.

Le Unità di appoggio saranno definite, dopo una attenta ed obbiettiva valutazione delle competenze, dal CROP e comunicate alla Regione Toscana.

I requisiti che deve possedere una Unità di appoggio sono:

- essere dotata di posti letto dedicati per il day hospital, in spazi riservati al paziente oncologico;
- disporre di personale medico: pediatri con formazione ed adeguata esperienza in oncologia pediatrica;
- disporre di personale infermieristico: infermiere/i con formazione ed adeguata esperienza in oncologia pediatrica.

Le funzioni delle Unità di appoggio sono:

- formulare il sospetto diagnostico e, attraverso una comunicazione continua con il CROP, coordinare in trasferimento ad una sede del CROP;
- eseguire la terapia di supporto;
- erogare la mono-chemioterapia in degenza diurna secondo protocolli stabiliti dal CROP;
- eseguire controlli clinici, ematologici e biochimici pre- e post-chemioterapia;
- attuare la riabilitazione;
- effettuare le cure palliative: garantire cure palliative di elevata qualità ai pazienti pediatrici ricoverati nel caso in cui l'assistenza non possa essere erogata al domicilio;
- eseguire i controlli post-trattamento secondo protocolli stabiliti dal CROP;
- razionalizzare il percorso di diagnosi, cura e follow up del paziente;
- decongestionare, per le prestazioni di loro competenza, le attività del CROP;
- ridurre la migrazione verso altre regioni.



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Consiglio Sanitario Regionale

Appropriatezza di richiesta di certificazione medico-sportiva per la partecipazione ai corsi di AFA, seguita all'entrata in vigore del DM 24/04/2013, e s.m.i. e del DM 08/08/2014

Il parere del CSR risolve una questione molto importante e cioè l'ingiustizia in base alla quale gli anziani, cui si consiglia l'AFA quale prevenzione dei rischi, debbono pagare il certificato come se svolgessero attività sportiva quando si iscrivono a qualsiasi struttura affiliata al CONI, per svolgere questa attività che invece è sanitaria. Il Consiglio Sanitario Regionale ha chiarito che l'AFA previene i rischi e non è un rischio.

Il DM 24/04/2013 (art. 3) non apporta innovazioni nella definizione di attività sportiva non agonistica già prevista dal DM 28/02/1983, il medesimo decreto (art. 2) individua una definizione di attività ludico-motoria e amatoriale che prima era presente solo in alcune legislazioni regionali. In particolare il DM 24/04/2013 definisce l'attività ludico-motoria amatoriale come quella praticata da **soggetti non tesserati** alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI, individuale o collettiva, non occasionale, finalizzata al raggiungimento e mantenimento del benessere psico-fisico della persona, **non regolamentata da organismi sportivi**, ivi compresa l'attività che il soggetto svolge in proprio, al di fuori di rapporti con organizzazioni o soggetti terzi.

Il combinato disposto delle due definizioni (ludico-motoria e non agonistica) sta causando criticità nello svolgimento delle attività ludico-motorie e amatoriali, poiché Federazioni e Enti di promozione sportiva, tesserando i partecipanti a tali attività, sono costrette ad identificarle come non agonistiche con conseguente obbligo di certificazione medica.

In tale contesto, in base a quanto previsto dalla vigente normativa, gli Enti di promozione sportiva che in questi ultimi anni hanno organizzato, anche in collaborazione con le aziende sanitarie, interventi di promozione dell'attività fisica per soggetti anziani e/o con patologie croniche attraverso corsi di Attività Fisica Adattata, gruppi di cammino o attività fisica nell'ambito del progetto ministeriale sulla prescrizione dell'esercizio fisico, sono costretti a richiedere indistintamente la certificazione sportiva non agonistica. Risulta evidente che oltre all'aggravio dei costi per i praticanti di tali attività, esiste la concreta possibilità che gran parte di loro, siano dichiarati non idonei, poiché queste attività non sono certo attività sportive non agonistiche, ma sono state concepite per altre finalità di natura preventiva.

Si intende per AFA un **percorso assistenziale** definito dalla DGR 595/2005 per condizioni (sindromi algiche da ipomobilità, sindromi croniche stabilizzate negli esiti, osteoporosi) dove "si ritengono appropriati programmi di attività motoria anche di tipo modificato e di gruppo che rientrano nel campo della educazione alla salute e della promozione di stili di vita corretti (igiene motoria e posturale - fitness adattato)".

L'AFA così come normata dalla DGR 595/2005 e successive modificazioni ed integrazioni, regolata dalla DGR 459/2009, non è un programma di attività **ludico-motoria** ma un **percorso assistenziale** con caratteristiche sue proprie sotto stretto **controllo/coordinamento** da parte delle Aziende USL/SdS. Le modalità di accesso al programma AFA definite dalle DGR citate rendono inutile il certifi-

cato (qualunque sia la struttura che eroghi questo servizio) rientrando l'AFA in un percorso integrato di cure. Il ruolo peculiare dell'AFA all'interno di un percorso di continuità riabilitativa identificato come **presidio** nel continuum di interventi per il contrasto alla disabilità appare ribadito dalla sua inclusione nel Piano di Indirizzo della Riabilitazione del Ministero della Salute (recepto dalla conferenza Stato-Regioni e recepto dalla Giunta Regionale Toscana con propria Delibera n. 300/2012).

L'AFA, non è pertanto assimilabile ad **attività sportiva non agonistica** in quanto non rientra in alcuna delle fattispecie previste dal decreto 24 aprile 2013 (decreto Balduzzi) e quindi non è applicabile ad essa la normativa attinente la certificazione.

Prima della sua regolamentazione (DGR 459/2009) l'AFA in Toscana è stata sperimentata per quattro anni. Non sono mai emerse significative criticità.

Si riassumono le caratteristiche essenziali di questa modalità di lavoro riabilitativo e di prevenzione, definite dalla sopra richiamata DGR 459/2009:

I programmi AFA sono promossi e coordinati dalle Aziende USL e/o dalle SdS che esplicano per ciascuno di essi, con regolamenti aziendali, le modalità di accesso, coordinamento, erogatori e sedi di erogazione, organizzazione, verifica di sicurezza e qualità.

Vengono identificati 2 tipi di programmi AFA:

1. I programmi AFA per persone con "bassa disabilità" sono disegnati per "le sindromi croniche che non limitano le capacità motorie di base o della cura del sé" (sindromi algiche da ipomobilità e/o con rischio di fratture da fragilità ossea ed osteoporosi);

2. I programmi AFA per persone con "alta disabilità" sono disegnati per "le sindromi croniche stabilizzate con limitazione della capacità motoria e disabilità stabilizzata".

Per entrambi i programmi AFA l'accesso avviene nell'ambito del progetto sanitario personalizzato su indicazione del Medico di medicina generale, sulla base della conoscenza che egli ha dello stato di salute del proprio assistito. L'accesso ai programmi AFA avviene altresì su indicazione dei medici specialisti o delle équipes di riabilitazione nel contesto dei progetti riabilitativi.

Infine non va dimenticato il valore dell'AFA in senso educativo - formativo attraverso il coinvolgimento attivo del soggetto nel proprio progetto di salute e di autonomia possibile, grazie alla promozione di una regolare attività e di più appropriati stili di vita, con fine prevalentemente di prevenzione.

Si sottolinea che l'AFA è attività finalizzata alla riduzione del rischio e pertanto lontana dalla necessità di selezionare i partecipanti in ragione di un possibile rischio inerente l'iniziativa stessa.

PARERE 27/2015 - Seduta del 3 marzo 2015

Adozione di algoritmo prescrittivo per RM ginocchio nei casi di gonalgia dell'adulto

Questa delibera dovrebbe segnare un'importante svolta per l'Assistenza.

Di fatto i medici debbono attenersi a queste indicazioni fornite dal CSR e dalle Società Scientifiche del settore, essendo chiaro che le richieste al di fuori di queste indicazioni saranno poste a carico del cittadino.

Omissis

IL CSR ESPRIME IL SEGUENTE PARERE

L'algoritmo, supportato da parere favorevole delle Società Scientifiche dei professionisti proponenti, è approvato aggiungendo un "almeno" dopo Terapia conservativa e prima di "30 giorni e rimarcando la libertà del medico di medicina generale che deve affrontare le varie situazioni cliniche".

Razionale per diagnostica di gonalgia nell'adulto

Il presente algoritmo affronta il razionale di utilizzo diagnostico in presenza di sintomatologia algica ad uno o entrambe le ginocchia del paziente adulto che persiste da almeno 15 gg. La gonalgia trattata dall'algoritmo è quella spontanea o legata ad un traumatismo recente non efficace a generare un sospetto diagnostico di frattura (per il quale il paziente sarà invece inviato per accertamenti all'Unità di Pronto Soccorso più vicina) secondo i criteri di Ottawa*.

Il primo step diagnostico si basa sulla richiesta di radiografie nelle proiezioni appropriate includendo la valutazione sotto carico in ortostatismo. Le tre proiezioni offrono un quadro completo dei tre compartimenti dell'articolazione. Un eventuale approfondimento diagnostico, in sospetto di patologia degenerativa femoro-tibiale più marcata di quanto non faccia valutare la radiografia AP (antero-posteriore) sotto carico, può essere effettuato con proiezione PA (postero-anteriore) sotto carico a 45°.

In caso di esito positivo, ovvero di diagnosi di patologia degenerativa articolare significativa (ovvero gonartrosi moderata o avanzata pari a gradi 3 e 4 di Kellgren-Lawrence**) non saranno necessari ulteriori accertamenti. Il paziente può iniziare il trattamento di terapia conservativa dell'artrosi con le metodiche suggerite dell'evidenza scientifica e che comprende l'uso del paracetamolo come farmaco di prima linea, dei FANS quando indicati, l'educazione del paziente a misure igieniche per evitare il carico articolare eccessivo, il rinforzo muscolare, il calo ponderale ed eventuali infiltrazioni articolari. La terapia conservativa dell'artrosi prima di considerarsi fallita in caso di non risposta e di considerazioni di opzioni chirurgiche deve essere stata eseguita per almeno 3-6 mesi.

In caso di esito negativo (ovvero gonartrosi assente o lieve pari a gradi 1 e 2 di Kellgren-Lawrence) il percorso diagnostico varia a seconda dell'età.

Sopra i 60 anni terapia conservativa per 30 giorni con le stesse modalità espresse in caso di gonartrosi (Paracetamolo, FANS, FKT, calo ponderale, infiltrazioni). In caso di fallimento del trattamento conservativo, cioè se persiste un dolore sproporzionato all'aspetto radiologico, si pone indicazione ad eseguire una risonanza magnetica (utile in

Si invitano i professionisti a lavorare anche su "Anca" e "Colonna lombare" e si esprime piena disponibilità a collaborare anche sul fronte della formazione.

Si sottolinea la rilevanza di questo parere quale paradigma per una discrezionalità professionale che consenta di individuare le indicazioni di prescrivibilità degli accertamenti diagnostici al fine della erogazione a carico del SSN.

quel caso ad esempio per escludere una eventuale osteonecrosi). Il paziente deve inoltre essere informato della motivazione per cui si richiede l'esame per evitare preoccupazioni derivanti da un referto che descrive lesioni meniscali presenti nella quasi totalità degli individui dopo i 60 anni.

Sotto i 60 anni si pone indicazione di approfondimento diagnostico con risonanza magnetica se Rx negativa, specialmente in pazienti con sintomi "meccanici", cioè un blocco articolare oggettivo o soggettivo oppure con idrartri ripetuti.

* Criteri di Ottawa

1. Gonfiore articolare entro 24 ore da un trauma diretto.
2. Dolorabilità sulla testa del perone, rotula, condili femorali o tibiali.
3. Inabilità a deambulare 4 passi consecutivi.
4. Inabilità alla flessione di almeno 90°.

** Classificazione Kengrell-Lawrence

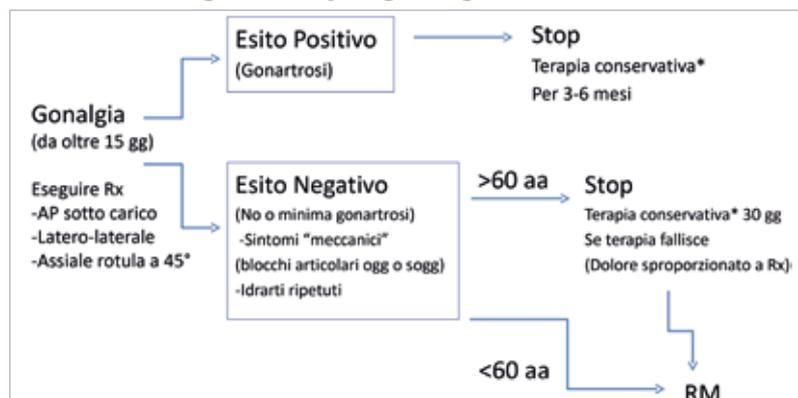
Grado 1: dubbio restringimento della rima articolare.

Grado 2: evidente iniziale (<50%) restringimento della rima e formazione di osteofiti.

Grado 3: restringimento della rima (>50%) osteofiti multipli, iniziale sclerosi ossea.

Grado 4: obliterazione rima articolare (contatto osso-osso), osteofiti, sclerosi, deformità ossea.

Diagnostica per gonalgia dell'adulto



* Terapia conservativa gonartrosi (Paracetamolo, FANS, FKT, Calo Ponderale, Infiltrazioni)



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

MEDICI PER I DIRITTI UMANI (MEDU)
E ASSOCIAZIONE STUDI GIURIDICI SULL'IMMIGRAZIONE (ASGI)

L'emergenza sbarchi e l'accesso alla salute dei rifugiati

Un laboratorio partecipato per gli operatori della Asl toscane

L'anno 2011, in occasione delle cosiddette "Primavere Arabe", e poi gli anni 2013, 2014 e quello appena iniziato, hanno visto un crescente numero di sbarchi di migranti forzati sulle coste italiane, accolti sui territori regionali in proporzione alla popolazione residente, secondo criteri definiti in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni.

In questo quadro, la Regione Toscana, si è posta subito come soggetto attivo, proponendo un interessante modello di accoglienza integrata che non si basasse su grandi centri di accoglienza, ma cercasse il coinvolgimento dei territori e degli enti locali, al fine di attuare un'accoglienza diffusa e di piccole dimensioni su base regionale. Ovviamente, il numero degli arrivi ha imposto di reperire ulteriori posti rispetto a quelli già disponibili nel sistema ordinario del Sistema di protezione per i richiedenti asilo politico (SPRAR) (e del Centro Ministeriale attivo a Firenze) dovendo individuare allo scopo altre e diverse strutture private quali: appartamenti, alberghi, bed and breakfast, locali a disposizione di associazioni del terzo settore, di

confessioni religiose e quant'altro.

In detto contesto di accoglienza, l'attivazione del Servizio Sanitario Regionale, quale garante del diritto alla salute, ha sollevato una serie di problematiche legate sia alla regolarizzazione amministrativa, che alla presa in carico dei richiedenti protezione internazionale da parte dei servizi socio-sanitari.

In questo contesto, è stato attivato il laboratorio di ricerca-azione "Diritto alla salute e accesso ai servizi socio-sanitari dei richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale: dal territorio all'Europa", nato dalla sinergia tra il Centro di Salute Globale della Regione Toscana, e due organizzazioni del terzo settore, ASGI (Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione) e MEDU (Medici per i Diritti Umani).

Il progetto si è sviluppato esaminando le sollecitazioni provenienti dagli operatori amministrativi e sanitari coinvolti dalle diverse Asl in fase di accoglienza dei migranti, con l'obiettivo di offrire uno spazio laboratoriale formativo e di confronto multi-livello, partendo dai territori e arrivando al Governo regionale.



Medici per i Diritti Umani (MEDU) è un'associazione di solidarietà internazionale che ha come obiettivo la tutela dei diritti umani e del diritto alla salute in particolare.

Attraverso un'azione di testimonianza e denuncia, MEDU intende contribuire all'accesso alla salute delle categorie più vulnerabili sia in Italia che all'estero, senza distinzione di cittadinanza, provenienza, condizione economica o amministrativa. MEDU agisce in stretta collaborazione con i servizi sanitari pubblici, in una posizione complementare e non sostitutiva, nella consapevolezza che ad essi spetta il ruolo di protagonisti nella garanzia del diritto fondamentale alla salute.

www.mediciperidirittiumani.org

Ufficio: via M.Leto Casini 11 - 50135

cell: 3351853361

mail: comunicazionefirenze@mediciperidirittiumani.org

User Skype: medutoscana



L'Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione (ASGI) è un'associazione che raccoglie giuristi, professori, avvocati, operatori legali ed esperti del settore e che ha tra i suoi scopi quelli di promuovere l'informazione, la documentazione e lo studio dei problemi di carattere giuridico attinenti all'immigrazione, alla condizione dello straniero, dell'apolide e del rifugiato; di mettere in luce i problemi giuridici che il fenomeno dell'immigrazione straniera pone nell'ordinamento nazionale ed internazionale, studiando le soluzioni e formulando proposte, nonché attraverso la promozione di cooperazione con persone, enti e associazioni con finalità analoghe.

Sito: www.asgi.it

Sede: via Gerdil, 7 - 10152 Torino

Tel 0114369158

Mail: segreteria@asgi.it



Nei mesi di dicembre 2014 e gennaio 2015, sono stati realizzati tre workshop con il personale sanitario, uno per Area Vasta, ed un incontro regionale con il personale amministrativo. Hanno partecipato circa sessanta operatori con differenti ruoli e funzioni. Il ciclo si è concluso con la restituzione dei risultati ottenuti, nell'ambito di un convegno organizzato presso il Consiglio Regionale della Toscana e svoltosi il 30 gennaio 2015. All'incontro hanno partecipato gli assessorati regionali alla salute e alle politiche sociali, il Servizio centrale SPRAR, l'UNHCR (Agenzia per i Rifugiati delle Nazioni Unite), la Questura di Firenze, la Asl di Parma e l'ONG francese "Medecins du Monde".

La fase dei laboratori sul territorio è stata realizzata utilizzando metodologie partecipate (<https://www.youtube.com/watch?v=dGuDhVmBVms>) che hanno consentito di fare emergere criticità e buone pratiche presenti sul territorio regionale favorendo la creazione di un piano dialogico e di confronto tra differenti professionalità operanti nei territori. Intendiamo quindi condividere una sintesi dei risultati raggiunti in termini di contenuto, affinché fungano da stimolo propositivo per il miglioramento del sistema, nel suo complesso.

Elemento fondamentale e trasversale emerso durante tutti gli incontri, è stata la percezione positiva del ruolo attivo attribuito al SSR in qualità di Garante del diritto alla salute dei migranti, con un riconoscimento dell'impegno profuso a livello regionale nella direzione di coordinamento di una funzione così complessa e diffusa, in *primis*, con l'emanazione del documento: "Procedura per la sorveglianza dei soggetti immigrati a seguito di interventi umanitari" del maggio 2014 adottato dalla Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale della Regione Toscana.

Le buone pratiche risultano però solo parzialmente strutturate a livello territoriale di singola azienda e comunque non condivise a livello regionale, talvolta riconducibili all'impegno ed alla professionalità di singoli dirigenti. Tra queste, a titolo di esempio, le attività di prevenzione e promozione della salute svolte nei centri di accoglienza (vedi esperienze ASL Pisa e Massa) e le esperienze in cui vi è presenza strutturata di mediazione culturale ASL nella prima fase di screening (vedi ASL Firenze).

In estrema sintesi – stante la complessità del fenomeno – rileva l'eterogeneità presente sul territorio regionale in quanto a pratiche, protocolli e procedure.

Le criticità, risultano strettamente correlate all'approccio emergenziale dell'accoglienza, mentre altre derivano da nodi strutturali nei percorsi di accesso al sistema socio-sanitario di richiedenti asilo e rifugiati a livello regionale e nazionale.

In riferimento alle recenti esperienze di accoglienza, sono state riscontrate considerevoli

difficoltà dal punto di vista organizzativo ai fini della trasmissione delle informazioni: tempi, numeri di persone in arrivo, descrizione dei paesi di provenienza, segnalazione preventiva di esigenze particolari; mancanze che pongono in grave difficoltà i Dipartimenti di salute pubblica, incaricati del coordinamento, perché impossibilitati a pianificare un'organica ed immediata presa in carico delle persone.

Le caratteristiche delle strutture di accoglienza – spesso non funzionali a tale scopo e non rispondenti ai bisogni specifici della persona – si traducono in *setting* di cura inadeguati, con visite mediche svolte in stanze di albergo, senza ausilio della mediazione, con persone che hanno appena affrontato il viaggio e che non hanno ancora assolto ai bisogni primari. Ne consegue che spesso, interventi sanitari complessi, come prelievi ematici e test di screening, sono realizzati in contesti e tempi non adatti. Dagli incontri è emerso, al contempo, che una strutturazione adeguata del *setting* di cura e la presenza di un'équipe multidisciplinare riporterebbero al centro l'Individuo, trasformando l'intervento sanitario da mero intervento di salute pubblica, a percorso di effettivo accesso al diritto alla salute e tutela delle vulnerabilità. Una precoce individuazione delle fragilità, è unanimemente percepita come un valore aggiunto, necessario però ad una presa in carico strutturata.

Le problematiche connesse all'individuazione, identificazione e presa in carico di soggetti vulnerabili destano forte preoccupazione. Sulla questione specifica dell'individuazione di minori non accompagnati richiedenti asilo, presenti nelle strutture di accoglienza non destinate ad essi per tempi prolungati, nonché le modalità di accertamento della minore età, impongono alcune sintetiche considerazioni. Viene rilevato che allo stato attuale, l'RX del polso è assunto quale unico strumento di valutazione auxologica per l'accertamento della minore età: una modalità considerata unanimemente a livello nazionale (Ministero della salute) ed internazionale (UNHCR) parziale e inappropriata.

Ma ancora, in linea generale è emersa l'assenza di un sistema che raccolga ed analizzi i dati socio-sanitari degli interventi svolti sul territorio regionale a favore di migranti forzati giunti in Toscana. Sistema che consentirebbe di definire un quadro reale della condizione dell'utenza incontrata sul territorio in termini numerici e di interventi resi oltre che favorire una maggiore armonizzazione fra i territori.

Sempre in prospettiva di assistenza socio-sanitaria, nei vari territori, sono stati infine rilevati bisogni formativi specifici e multilivello, ove inserire momenti di confronto e di scambio esperienziale.

In ambito amministrativo, le criticità hanno invece riguardato più specificatamente alcuni



passaggi procedurali inerenti il trattamento dal migrante forzato, dalle modalità di regolarizzazione al momento dell'arrivo. In fase iniziale, quando ancora il richiedente asilo non ha ancora formalizzato l'istanza di protezione, ma di fatto già preso in carico ai fini dell'accoglienza, la Regione Toscana ha dato indicazione di rilasciare la tessera per il diritto all'Assistenza sanitaria per gli stranieri irregolari "STP" (Stranieri Temporaneamente Presenti). Una volta presentata la domanda di asilo, le persone in possesso del solo "cedolino" – ovvero la ricevuta dell'istanza volta al rilascio del soggiorno – hanno difficoltà ad ottenere l'attribuzione del codice fiscale poiché munite di un documento (il cedolino appunto) privo di foto; questione risolta ad Arezzo col rilascio di una fotocopia validata dalla locale questura, dell'istanza di rilascio del titolo di soggiorno, ma altrove rimasta insoluta con prolungamento dei termini di attesa e inevitabile abbassamento delle soglie di tutela. Sempre in chiave amministrativa, particolare attenzione ha suscitato il tema dell'esenzione dalla spesa sanitaria dopo i primi sei mesi dalla richiesta di asilo – momento dal quale il migrante è autorizzato a lavorare ma risulta inevitabilmente inoccupato. Sul punto la Dr.ssa Ilaria Lombardi, dirigente dell'Assessorato alla Salute, ha anticipato che verrà adottato a breve un provvedimento che prolungherà l'esen-

zione per ulteriori sei mesi, in attesa di verificare l'eventuale reperimento di una regolare occupazione.

Dal lavoro svolto, è dunque emersa, da un lato, la necessità di persistere nel garantire la centralità del SSR e dall'altro, l'esigenza di valorizzare gli sforzi compiuti per erogare e garantire assistenza sanitaria a richiedenti asilo e rifugiati. In tale ottica, risulta necessario superare la forte eterogeneità di pratiche e procedure esistenti nei vari territori; finalità che può essere raggiunta solo con la creazione di spazi tecnici di confronto a livello regionale, che favoriscano l'individuazione di una rete di coordinamento, promuovendo il confronto, la condivisione e la strutturazione di modalità operative uniformi nell'accesso ai servizi per la realizzazione di percorsi formativi integrati a tutti i vari livelli.

E la strutturazione di essi è fase prioritaria per garantire il superamento di uno "stato emergenziale" nella gestione del fenomeno rappresentando nel contempo, un investimento futuro dal punto di vista della salute dell'individuo, quale interesse pubblico, costituzionalmente rilevante (art. 32 Costituzione della Repubblica Italiana).

TM

Info: marco.zanchetta@mediciperidiritiumani.org;
cecilia.francini@mediciperidiritiumani.org

LETTI PER VOI

La formazione nelle medicine tradizionali e non convenzionali in Italia

GIAN FRANCO GENSINI, PAOLO ROBERTI DI SARSINA, MARA TOGNETTI BORDOGNA

Franco Angeli editore, 2015

Un tempo, riferendosi alle medicine non convenzionali, si parlava soprattutto di placebo, non disconoscendone un certo valore, ma facendo di ogni erba un fascio, mettendo insieme omeopatia e fitoterapia con urinoterapia e pranoterapia.

Oggi pur mantenendo lo spirito critico e promuovendo quando è possibile studi scientifici, arriviamo a risultati più interessanti, come questo nuovo libro sulla formazione in medicine tradizionali e non convenzionali in Italia, i cui *editors* sono un professore universitario, Gian Franco Gensini, uno psichiatra esperto di medicine non convenzionali, Paolo Roberti di Sarsina e una docente di politiche per la salute, Mara Tognetti Bordogna. A redigere i capitoli sulle specifiche discipline, in medicina umana e veterinaria, sono altri esperti in materia. Leggendo queste pagine non si possono non rilevare le tecniche classiche dell'indagine medica, prima fra tutte la relazione medico-paziente, rispettato e valorizzato non tanto per sfuggire a ritardi o insoddisfazioni della medicina tradizionale, quanto per potenziarne storia e vissuto, interpretati con nuove possibilità terapeutiche affiancabili a quelle tradizionali. Senza dimenticare che una buona formazione, per essere davvero efficace, deve provvedere appunto a *formare* medici sensibili anche a queste nuove frontiere della medicina.

Bruno Rimoldi

Sesso e alimentazione

MASSIMO MARIANI

Maria Pacini Fazzi editore

Massimo Mariani, Professore di Igiene e Bioetica all'Università di Pisa ha scritto questo piacevole e interessante libretto pubblicato dall'Editore Pacini Fazzi. Mariani, da buon igienista, offre una sintetica ma precisa panoramica del valore epidemiologico dell'alimentazione, della suddivisione degli alimenti, delle abitudini alimentari con particolare riguardo alla dieta mediterranea ed infine dei complessi rapporti tra sessualità e cibo. Segue un elenco degli alimenti che hanno effetti positivi o limitativi sulla attività sessuale, una raccolta di consigli che trovano le loro radici antichissime fin dai primi trattati di medicina e dalle prime farmacopee. Completa il libro un elenco di ricette che ciascuno può sperimentare per provare empiricamente le affermazioni dell'autore. Il testo è corredato da una bellissima iconografia art-deco che lo rende ancora più gradevole.

Antonio Panti

ANTONIO PANTI

Cybercondria e medicalizzazione

Un pessimo connubio

L'ipocondria del futuro, di coloro che non leggono più il "talismano della salute" e si sono dati all'internet *addiction*, si chiama cybercondria; niente di particolarmente nuovo, tuttavia un rischio maggiore esiste e risiede nell'estrema medicalizzazione della società moderna per cui, nel magma informativo che ci circonda, capita che false malattie si assumino a terapie inventate creando una miscela esplosiva di illusioni e delusioni, di magiche speranze scambiate per certezze dalla stampa e talora dagli stessi magistrati. È questo tracimare della medicina che preoccupa assai più che le forme assunte oggi dal vissuto della malattia.

La medicina moderna è in fase di continua espansione e pone sotto il suo dominio un numero sempre maggiore di condizioni umane. Una forma di "biopotere", direbbero i sociologi alla Foucault, già prevista da Ivan Illich, che non è soltanto imposta dall'alto, dalle aziende chimiche per esempio, ma nasce anche dal basso, ad esempio dai gruppi di auto aiuto nelle malattie rare. La medicalizzazione, tentando una definizione, consiste nell'affrontare un problema umano in termini medici, trattandolo come una malattia e sottoponendolo a interventi sanitari. Un concetto maldefinito, in relazione alla complessità della società postmoderna ma un processo spinto da potenti motori.

La pretesa devianza sociale (bambini vivaci), le normali cadenze della vita (menopausa o invecchiamento) gli stili di vita (sessualità, giovanilismo), sono spesso oggetto dei corretti interventi della medicina preventiva, anche se ciascuno dovrebbe essere libero di non sentirsi in colpa se fuma o se preferisce il teatro al *footing*; ma spesso, quando si è scoperto un qualsiasi farmaco che possa funzionare, diventano oggetto del cosiddetto *diseases mongering*, una forma assai comune di commercializzazione della salute. Costruire una malattia vuol dire che mass media, medici, *opinion makers*, concordano, nonostante isolate proteste, sull'uso del vocabolario medico e di una narrazione medica pubblica di un determinato fatto, problematizzato ad arte. Il che può coinvolgere la scienza ufficiale e le istituzioni, che trovano più

semplice l'approccio medico a quello politico o sociale, fatta salva la consueta recriminazione sugli sperperi dei medici. Insomma gli interessi economici dell'industria farmaceutica e i fenomeni culturali del consumismo imperante si intrecciano e generano un colossale spreco di risorse. Senza stravaganti ritorni all'età dell'oro, basterebbe accettare l'invecchiamento e non considerarlo una malattia di cui far carico al servizio sanitario.

Ma la medicina amplia progressivamente i propri confini. Anche se il limite tra terapia e *enhancement*, potenziamento genetico o mentale o fisico che sia, è assai incerto, tuttavia è chiaro che il movimento transumanista non risiede nel futuribile ma è ancorato fermamente ai recenti successi della scienza e della tecnica. In un sistema che tutto mercifica, ogni bisogno umano può essere oggetto di profitto e sfuggire a quel minimo di controllo etico cui la medicina dovrebbe sottostare seguendo il semplice principio di precauzione. Salute e malattia sono concetti contestuali e culturali sui quali influisce la pubblicità, il mercato, le associazioni dei pazienti e quelle dei medici, l'industria e, infine, le esigenze generali di bilancio. I farmaci *lifestyle*, ad esempio, fanno parte della medicina dei desideri e si vendono meglio online. Insomma un intreccio perverso di interessi polimorfi rischia di far perdere alla società il senso della sanità e gli scopi della medicina, in un quadro nel quale il Dr. Knock sembra un amabile principiante.

La rete è uno strumento potente di integrazione e comunicazione. La diffusione di informazioni scientifiche, l'uso delle app tra medici e con i pazienti, la condivisione dei dati necessari alla cura, rappresentano conquiste tra le più significative. Tuttavia la riproduzione virtuale del rapporto tra medico e paziente può reificare la malattia, tanto più che internet funziona meglio tra i pazienti che tra i medici. L'esplosione sulla rete dei bisogni, delle domande, dell'offerta di soluzioni, del salutismo e, infine, dell'ipocondria, accentua e amplia la medicalizzazione. Quale medicina sarà quella in mano ai colossi dell'informatica?



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

TM



LORENZO CASTELLANI, MARCO PONTI¹, DIMITRI BARTOLI², ANDREA BALDINI³



Lorenzo Castellani, Medico Ortopedico presso IFCA - Villa Ulivella - Firenze. Lavora dal 2009 con il gruppo di Chirurgia Articolare Ricostruttiva diretto dal dott. Baldini. Nel gruppo si occupa principalmente di Chirurgia della Spalla e Traumatologia dello Sport. È fondatore e direttore del sito d'informazione scientifica per il paziente.

Tecniche pre-operatorie per migliorare il risultato di protesi di anca e ginocchio

Lezione pre-operatoria e pre-abilitazione

Le protesi articolari sono una procedura che viene eseguita ormai routinariamente con lo scopo di ridurre il dolore, migliorare la funzione e correggere le deformità articolari. Grandi sforzi sono stati eseguiti negli anni per migliorare la tecnica chirurgica e la qualità degli impianti. Non meno importante è la spinta tesa a migliorare l'approccio riguardante gli aspetti di preparazione pre-operatoria del paziente sia dal punto di vista informativo sia dal punto di vista fisico. Un recupero veloce permette di migliorare il risultato della chirurgia con un netto vantaggio per il paziente, ma anche per le amministrazioni specialmente nell'attuale clima economico che riduce continuamente i budget a disposizione. In letteratura ci sono diverse pubblicazioni che hanno studiato il risultato sul recupero funzionale del paziente sulla base dei programmi pre-operatori di preparazione del paziente. Questo lavoro ha lo scopo di illustrare il nostro personale approccio pre-operatorio ai pazienti candidati ad una protesi di anca o di ginocchio.

Lezione per i pazienti

La lezione pre-operatoria ai pazienti è ormai riconosciuta come una parte integrante del percorso

clinico della protesica degli arti inferiori. La lezione generalmente ricopre i seguenti argomenti: la procedura chirurgica con i suoi benefici, rischi e complicazioni, il controllo del dolore, il percorso riabilitativo fino al recupero completo. Generalmente la lezione è supportata da materiale didattico raccolto in un libro o illustrato in filmati.

È ormai dimostrato da molteplici lavori che la lezione è in grado di rendere adeguate le aspettative del paziente, ridurre i giorni di ricovero, controllare ansia e dolore, ridurre le complicanze (una tra tutte la lussazione nella protesi d'anca). In tale sede può inoltre essere cominciata una rieducazione preventiva del paziente che impara a svolgere gli esercizi fondamentali che dovrà affrontare dopo l'intervento.

Il coaching

Non esiste una definizione precisa di *coaching*, ma è stato descritto come un metodo per sbloccare il potenziale di una persona per massimizzare la propria performance, per incoraggiare la persona a riconoscere la propria creatività, trovare le soluzioni all'ostacolo concentrandosi sul presente e essere orientata agli obiettivi da raggiungere. Negli ultimi

¹ Fisioterapista

² Fisioterapista

³ Medico Chirurgo - Specialista in Ortopedia e Traumatologia

anni, il *coaching* ha ricevuto particolare attenzione come metodo per migliorare i comportamenti e gli stili di vita dei pazienti, ricevendo attenzione crescente in pubblicazioni scientifiche in differenti ambiti riabilitativi acuti o cronici. In letteratura viene adottato ormai da tempo la figura del *coach* rivolto al paziente con problematiche principalmente cardiologiche, diabetiche e oncologiche al fine di promuovere una consapevolezza della malattia e di stimolare la ricerca di aspetti motivazionali che possano far migliorare lo stato psico-emozionale del paziente.

In ambito ortopedico, l'attenzione all'educazione e alla motivazione del malato, ma soprattutto del contesto familiare che lo circonda, si sposa perfettamente con i percorsi di recupero rapido che rientrano sotto il nome di *Fast-Track*.

Il nostro approccio nella preparazione del paziente all'intervento di protesi di anca e ginocchio

Selezione del paziente e indicazione chirurgica

Il tempo zero è costituito dal momento in cui il chirurgo pone l'indicazione all'intervento di protesi articolare. Tale indicazione viene posta sulla base dell'entità dell'artrosi alla radiografia sotto carico (grado 2/5 della classificazione di Albach modificata in almeno una proiezione) combinata alla grave compromissione funzionale del paziente resistente ad una terapia conservativa multimodale adeguata al tipo di paziente.

In questa sede il chirurgo decide quale sia il percorso che il paziente dovrà seguire: per pazienti fino a 75 anni senza comorbidità maggiori verrà proposto un percorso accelerato (*fast track*) mentre sarà seguito un recupero tradizionale per tutti gli altri pazienti.

Stratificazione del rischio e lezione pre-operatoria

Tutti i pazienti sono chiamati a una visita preoperatoria 2 mesi prima dell'intervento programmato. In tale sede vengono eseguiti tutti gli accertamenti per verificare l'operabilità e la classe di rischio del paziente. Allo stesso tempo tutti i pazienti sono convocati per una lezione collettiva preoperatoria generale che illustra le caratteristiche dell'intervento, i principali fattori di rischio e come vengono controllate, le principali tappe per il recupero funzionale fino al completo ritorno alla normalità. Nella stessa sede il fisioterapista illustra gli esercizi che saranno la base del recupero riabilitativo nelle prime fasi post-operatorie invitando i pazienti ad eseguire al domicilio gli stessi esercizi. Viene consegnato al paziente un opuscolo contenente tutte le informazioni illustrate durante la lezione.

Preparazione specifica per il *Fast Track*

I pazienti candidati a un percorso riabilitativo rapido vengono convocati per una seconda lezione personalizzata con il fisioterapista interamente dedicata agli aspetti riabilitativi accelerati. Viene inoltre spiegata la gestione della ferita chirurgica.

In questa specifica sede si insiste in particolare sulla motivazione del paziente e di chi lo accompagna: il parente diventa dunque non più spettatore, ma allenatore. Entrambi diventano consapevoli che

l'intervento è solo l'inizio di un percorso che viene stimolato dalle figure sanitarie che ruotano attorno al protocollo (medico-fisioterapista-infermiere) ma che ha un riscontro positivo solo tramite l'impegno del paziente e la stimolazione a seguire il percorso da parte del familiare. Il parente o amico che accompagna il paziente, avverte e prende in pugno il ruolo che l'équipe sanitaria gli affida, ossia quello di *coach*, e fin dal primo periodo postoperatorio è presente e collabora con il fisioterapista per trovare le strategie più adatte e ottimali per il paziente.

Tra le principali conseguenze del *coaching* che sono state riscontrate nell'esperienza presso l'istituto IFCA, sono da riferirsi la riduzione dell'ansia preoperatoria, lo stimolo ad affrontare l'intervento conoscendo le tappe principali del ricovero e la collaborazione tra pazienti e i rispettivi familiari per far fronte alle problematiche comuni.

Pre-abilitazione all'intervento chirurgico

In pratica tutti i pazienti a prescindere dal percorso che seguiranno, prima dell'intervento hanno già appreso: come eseguire i passaggi posturali supino-seduto e seduto-in piedi in autonomia, come utilizzare le stampelle con schema a due e tre tempi, come eseguire gli esercizi di rinforzo muscolare isometrico degli arti inferiori in sicurezza, come salire e scendere le scale, come eseguire in sicurezza le comuni attività quotidiane.

Discussione

Il percorso di recupero funzionale in seguito a un intervento di sostituzione protesica dell'arto inferiore è stato migliorato sotto molteplici aspetti che vanno dal miglioramento della tecnica chirurgica e dei materiali protesici, alla gestione delle perdite ematiche e il controllo del dolore. Nonostante tutto questo un'attenzione particolare alla preparazione del paziente alla chirurgia non deve a nostro parere essere trascurato. La conoscenza del percorso chirurgico-riabilitativo del paziente permette di controllare l'ansia, gestire il dolore e recuperare più precocemente la funzione.

L'aspetto chiave in tutto questo consiste nel fare diventare il paziente protagonista del suo stesso recupero: un paziente motivato e cosciente è molto più facile da gestire nel percorso riabilitativo, ha delle aspettative commisurate correttamente rispetto al gesto chirurgico ed ha un livello di sod-



Lezione personalizzata per *fast track*

- **Passaggio supino-seduto**



- **Passaggio seduto-in piedi**



Esempio esercizi consegnati e insegnati al paziente

disfazione nettamente migliore rispetto al paziente che non ha avuto informazioni.

Marginalmente, anche se in maniera non trascurabile, l'aspetto di gestione delle complicanze viene migliorato dall'educazione pre-operatoria del paziente che sa già perfettamente e in maniera chiara quali sono i rischi dell'intervento e quali e quante siano le procedure che tutta l'*équipe* segue per evitarle. Il gioco diventa dunque di squadra, tutti verso lo stesso obiettivo e non una sfida medico-paziente con il solo scopo di attuare una serie di procedure che appaiono al paziente solo come una strenua applicazione di medicina difensiva.

Ultimo aspetto a noi molto caro è quello del percorso rapido di recupero dopo una protesi, definito come "*fast track*". L'accorciamento della degenza post-operatoria diventa sotto questa nuova luce l'attuazione di protocolli multimodali per la gestione di dolore e perdite ematiche (che rientrano nel concetto più ampio della gestione peri-operatoria avanzata del paziente operato), che combinati virtuosamente insieme consentono solo secondariamente di dimettere prima il paziente operato. In quest'ottica pertanto non si tratta di dimettere pazienti non pronti per una pura logica di contenimento delle spese, ma di attuare un

protocollo di gestione avanzata che ci consenta di arrivare in sicurezza ad avere in terza giornata un paziente realmente pronto ad affrontare un recupero domiciliare. Il paziente selezionato per il percorso rapido, che ha conosciuto con ampio anticipo il percorso che lo aspetta, ha avuto lezioni personalizzate preparatorie e ha potuto eseguire una ginnastica preparatoria diventa il protagonista del suo recupero.

Conclusioni

Nel moderno approccio alla sostituzione protesica delle articolazioni il ruolo della preparazione del paziente alla chirurgia non può essere trascurato come elemento fondamentale nel miglioramento del risultato finale e della qualità di cure percepita dal paziente stesso. Non meno importante risulta il riflesso che questo approccio ha nel ridurre e preparare il paziente alle possibili complicanze post-operatorie. Inoltre nell'ottica della riduzione dei costi costituisce un pilastro fondamentale per permettere un accorciamento dei giorni di degenza in seguito all'intervento. **TM**

Info: lorenzo.cast@gmail.com



ISABELLE FINI STORCHI

L'HPV: un'epidemia tumorale anche nel distretto ORL?

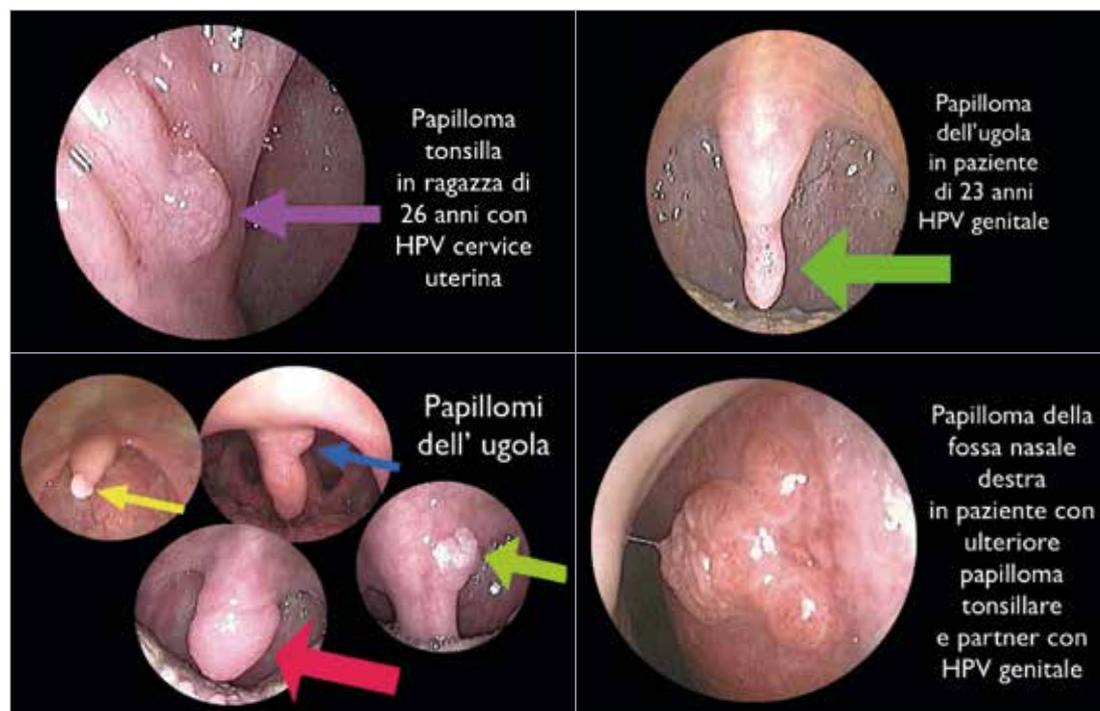


Isabelle Fini Storchi, specializzata in Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-faciale e in Audiologia. Ha lavorato a Padova in Chirurgia Endoscopica delle Vie Aeree Superiori. Dirigente Medico Ospedaliero di I livello fino al 2011 nella Clinica Otorinolaringoiatrica dell'AOU Careggi. Attualmente è libero professionista Otorinolaringoiatra e Audiologo in Firenze

L'HPV è un virus a DNA senza *enveloppe* che dimostra uno spiccato tropismo per la cute e le mucose, replicandosi nell'epitelio squamoso. Il 75-85% circa della popolazione entra in contatto con HPV almeno una volta nella vita ma, grazie all'immunosorveglianza, solo in una percentuale ben minore di persone, l'HPV porta a lesioni conclamate. Le modalità di trasmissione possono essere il contatto diretto, i rapporti sessuali genitali, oro-genitali o oro-oral. A questo proposito, è utile specificare che nel 90% circa dei pazienti con HPV genitale, si può riscontrare l'HPV nella saliva. Inoltre, oltre al passaggio attraverso il canale del parto infetto da HPV è stata documentata la trasmissione transplacentare durante la vita intrauterina. Esistono tuttavia casi in cui è difficile stabilire con esattezza le modalità di trasmissione; sono dunque ipotizzabili anche altre vie di contagio alternative.

L'HPV può infettare la cute (HPV1, 2, 6, 11, 42, 43, 44, ...) e per effetto delle sue proteine precoci, stimola le cellule infettate dello strato

basale a replicarsi determinando le verruche volgari a livello delle mani (HPV 1), dei piedi (HPV 2). La maggioranza delle verruche sono benigne e guariscono spontaneamente e gli HPV che colpiscono la cute sono generalmente a basso rischio di cancerizzazione; solo in individui geneticamente predisposti, le lesioni da HPV possono evolvere a epidermodisplasia e carcinoma a cellule squamose. Viceversa, gli HPV che hanno tropismo per le mucose hanno un maggiore potenziale oncogenico. L'HPV si integra nel DNA cellulare e determina la produzione di proteine (E6 e E7) che, inattivando i geni oncosoppressori (*tumor suppressor genes* p53 e Rb), promuovono un'intensa replicazione cellulare con formazione di papillomi o condilomi acuminati e a questo punto, le cellule infette, senza più controllo antitumorale, possono andare incontro alla trasformazione maligna con possibile insorgenza di carcinomi. L'HPV colpisce il tratto genitale provocando sia lesioni benigne quali i condilomi acuminati o le lesioni piane maschili



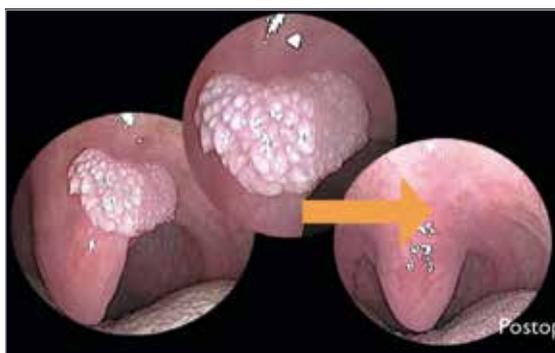
(non visibili ad occhio nudo e rilevabili solo con il test all'acido acetico) (HPV 6 e 11), che carcinomi (HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68 e svariati altri tipi). Gli HPV 16 e 18 sono responsabili di circa 70% dei carcinomi HPV-correlati. In Italia vi sono circa 3.500 donne/anno con k collo dell'utero HPV-indotto di cui circa 1000 moriranno.

L'HPV non colpisce solo il distretto genitale, ma anche le mucose del distretto ORL e in particolare l'orofaringe (nel 65% dei casi la tonsilla palatina), la laringe, il cavo orale, l'ipofaringe e le fosse nasali (in ordine decrescente di frequenza). Nel distretto ORL l'HPV può determinare lesioni benigne (papillomi) e carcinomi (in particolare l'HPV 16).

I papillomi (vedere foto) sono formazioni finemente irregolari (papillomatose per l'appunto), sessili o peduncolate, di colorito roseo spesso più chiaro rispetto alle mucose circostanti o francamente biancastro che possono variare dai pochi millimetri a alcuni centimetri di diametro,

di consistenza morbida, indolenti e non dolorabili. Possono contenere l'HPV ed è per questo che risulta necessaria la loro asportazione con ricerca e tipizzazione dell'HPV per stabilire o meno la necessità di ulteriori controlli dopo la loro asportazione, necessari in particolare quando si riscontri la presenza di un HPV a potenziale oncogenico.

Da molti anni gli specialisti ORL hanno infatti notato un'anomalia in campo epidemiologico oncologico: vi è un aumento di carcinomi in particolare orofaringei in pazienti più giovani, con status socio-economico più alto e *performance status* migliore rispetto ai carcinomi che erano abituati a vedere, privi degli abituali fattori di rischio (fumo, alcool), di cui fino a qualche anno fa non si comprendeva la possibile origine. È stato poi appurato che questa anomalia è attribuibile ai carcinomi HPV-correlati. Infatti è stato stimato che dal 22 al 41% dei 12000 tumori del distretto ORL annui in Italia sia HPV-positivo. Dunque, se da un lato diminuiscono i carcinomi

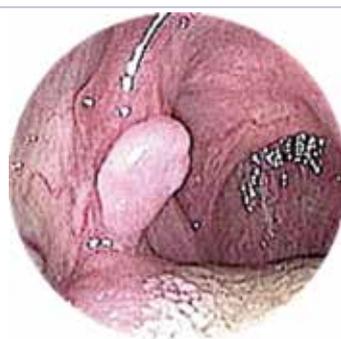


Papilloma Malpighiano dell'ugola in signora di 54 anni. All'esame istologico lievi segni di effetti citopatici da virus ma HPV negativo (le difese immunitarie avevano indotto l'apoptosi delle cellule infettate da HPV?).



Papilloma Ipofaringe signora di 67 anni, fumatrice

Papilloma Vallecula Glosso-Epiglottica ragazzo di 21 anni

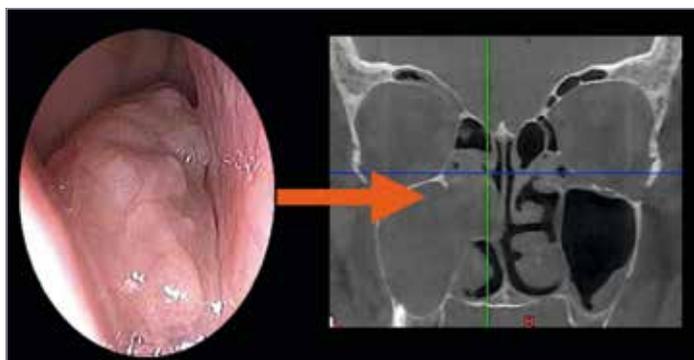


Papilloma pilastro anteriore destro in paziente di 49 anni, fumatore. All'esame istologico: Papilloma malpighiano con presenza di Displasia grave e HPV 16. Continua i controlli.



Dopo la micro-laringoscopia diretta con exeresi biptica

Papilloma cordale destro in giovane uomo non fumatore di 27 anni con disфоня ingravescente e anamnesi negativa per infezione da HPV. All'esame istologico: Papilloma malpighiano con displasia lieve-moderata e riscontro di HPV 6 e 11. Continua tuttora i controlli e a 42 mesi di follow-up non si evidenziano recidive.



Papilloma schneideriano della fossa nasale destra.

Esiste un'evidenza che, viceversa agli altri tumori HPV-indotti, i papillomi Schneideriani naso-sinusal HPV-positivi hanno una prognosi peggiore con un maggior numero di recidive e maggiore rischio di trasformazione maligna.

da fumo e alcool più tipici dell'anziano, dall'altro, aumentano quelli HPV-correlati che si possono presentare in pazienti più giovani e senza i tipici fattori di rischio, vista la attuale grande promiscuità sessuale. Si sta parlando così di una sorta di "epidemia" tumorale da HPV. Infatti sono stati riportati casi di carcinomi orofaringei sviluppatasi in un breve periodo dopo una diagnosi di HPV genitale. Inoltre è stato documentato un rischio significativamente più alto di carcinomi orofaringei in mariti di donne affette da HPV genitale e lo sviluppo di carcinomi orofaringei in *partners* di pazienti HPV positivi (con riscontro dello stesso tipo di HPV) trasmessi in un breve periodo di tempo. Sorprendente inoltre l'evenienza di casi di coppie colpite simultaneamente da carcinomi tonsillari HPV16-indotti. È stato dimostrato inoltre che le pazienti con *carcinoma in situ* della cervice uterina hanno un più alto rischio di sviluppare un carcinoma orofaringeo. L'aumento di probabilità di reperire l'HPV nel cavo orale è direttamente proporzionale al numero di partners sessuali. Si assiste in particolare al raddoppio del rischio di un carcinoma orofaringeo da HPV se il numero di partners di sesso orale è da 1 a 5 che quintuplica se è tale numero è maggiore di 6. Ulteriori fattori di rischio per HPV oncogenico sono: giovane età, sesso maschile, fumo, condilomi genitali e immunodepressione.

I carcinomi HPV-indotti del distretto ORL si presentano generalmente in fase più avanzata e con ampie metastasi linfonodali ma hanno una migliore prognosi. Infatti hanno una migliore risposta alla Radioterapia per l'incapacità di riparare i danni al DNA e l'induzione di apoptosi

e una minore tendenza alle recidive locali. Ancora non sono presenti linee guida ben definite per, possibilmente, alleggerire il trattamento dei carcinomi HPV-indotti rispetto ai carcinomi HPV-negativi in quanto non vi sono ancora studi trial randomizzati in termini di outcome, stratificati per tumori HPV-relati e non.

In futuro i carcinomi HPV correlati potrebbero beneficiare di nuovi trattamenti immunoterapici rivolti alle oncoproteine E6 e E7 per indurre l'apoptosi delle cellule maligne infette da HPV in quanto tutte esprimono le proteine E6 ed E7.

È auspicabile che in futuro la vaccinazione con Cervarix o Gardasil delle bambine dagli 11-12 anni di età determini una riduzione anche dei carcinomi del distretto ORL, come già avvenuto per il carcinoma della cervice uterina ma, così, potrebbe porsi anche il quesito della vaccinazione maschile.

Inoltre, in futuro, la ricerca di HPV carcinogenici (in particolare l'HPV 16) nella saliva potrebbe individuare pazienti a rischio di carcinomi del distretto ORL, da sottoporre pertanto a controlli nel tempo.

In conclusione, sarebbe auspicabile una attenta visita ORL in tutti i pazienti con HPV genitale e i loro partners. Sarebbe opportuno anche dissuadere dal fumare chi ha avuto un HPV genitale.

Quando reperiti, i papillomi vanno asportati con ricerca e tipizzazione dell'HPV di modo da definire la necessità o meno di eventuali ulteriori controlli periodici in base al tipo di HPV riscontrato.

TM

Info: isabellefinistorchi@tiscali.it

LEGENDA

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

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



Codice QR - Rimando Link esterno con cellulare



URL - Rimando Link esterno



Sommarrio - Rimando pagina interno

Info:

E-mail - Rimando programma e-mail

BIANCAMARIA ELIA

Gli effetti delle disuguaglianze sulla salute

La Collega, che ringrazio a nome di tutti per il lavoro che svolge, segnala un altro gravissimo esempio delle conseguenze sulla salute delle disuguaglianze sociali, che diventano in realtà una sconfitta per la società e dei principi che ispirano il Codice Deontologico e la Costituzione.

Sono un medico dell'ambulatorio Stenone di Firenze da più di 20 anni. Prendo spunto dall'articolo del dott. Marco Zuppiroli comparso su *Toscana Medica* n. 2 del febbraio 2015 per segnalare due situazioni che ritengo vadano messe a fuoco con urgenza, sperando che l'Ordine si faccia tramite presso gli organi competenti della Regione affinché ne rivedano l'impostazione. Mi riferisco alla condizione dei pazienti con STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) e a quella dei pazienti italiani senza fissa dimora.

Il tesserino STP consente ai cittadini extracomunitari irregolari di usufruire di quattro ambulatori sul territorio (cinque con lo Stenone). I cittadini italiani iscritti al SSN scelgono invece un medico, con tracciabilità della prestazione sanitaria.

Mi sembra evidente che coloro che usufruiscono del STP devono essere messi nella stessa condizione, scegliendo un ambulatorio solo, non muovendosi liberamente in cinque, con moltiplicazione incontrollata di visite, analisi e prescrizioni.

Ho riflettuto su questa situazione quando ho individuato, proprio allo Stenone, due casi, in cui gli stessi pazienti, contando sul fatto di trovare sempre un medico diverso (noi come volontari facciamo i turni) si sono ripresentati a distanza di pochi giorni con lo stesso foglio di dimissione ospedaliero, chiedendo la stessa prescrizione. In un caso il farmaco richiesto era l'Enantone (!!!) che la paziente, sempre con STP aveva già fatto per anni e doveva fare per 6 mesi.

La giustificazione è stata "Devo farlo per 6 mesi. Devo tornare in Albania, quindi me ne dia almeno altre due confezioni"...

Ho segnalato la situazione al dirigente, perché allertasse una vigilanza tra i medici, ma mi si è aperta una serie di interrogativi...

Se l'STP è organizzato come ora, i pazienti possono comunque fare il carico di farmaci attraverso i vari ambulatori a cui hanno accesso: sia per uso personale (comunque improprio), sia per traffico di farmaci (pensiamo a quanto costa l'Enantone!).

D'altro canto aumentano sempre di più allo Stenone i pazienti italiani che, per aver perduto lavoro, casa e residenza, hanno perso l'iscrizione al SSN.

Sono pazienti, come loro stessi dicono, che hanno lavorato, pagato le tasse; in genere ultrasessantenni con patologie croniche. Non solo si trovano per la strada ma anche senza il SSN. Ma è vergognoso!

Un ambulatorio come lo Stenone non può fornire un'assistenza nemmeno lontanamente paragonabile a quella nazionale, incominciando dal fatto che non garantisce la presenza quotidiana del medico né la continuità terapeutica.

Recentemente abbiamo avuto un uomo di 65 anni fibrillante cronico in terapia con Coumadin che per tre anni si è trascinato per strada con rischio di cadute e noi siamo chiusi durante le vacanze... Un altro iperteso importante necessita di studio della funzionalità renale, che noi non possiamo fare, ecc.

Prego vivamente di considerare con estrema serietà la gravità di questa situazione, trovando il modo:

- di mantenere l'assistenza sanitaria nazionale ai pazienti italiani senza fissa dimora (magari con un ITP (Italiano temporaneamente presente) analogo all'STP;
- di far scegliere a coloro che usufruiscono dell'STP un ambulatorio solo, evitando di favorire sprechi incontrollati e incetta di farmaci e distribuendo con diverso criterio le risorse umane ed economiche a disposizione.

TM

Medico Volontario, Ambulatorio Stenone Firenze. Nel 2014 esperienza presso l'ospedale di Wolisso (Etiopia) con medici CUAMM per un progetto antitubercolare sul territorio.

GIANCARLO BERNI

Stroke Units / Hyperacute Stroke Units



Giancarlo Berni, libero docente in Patologia Speciale medica e Metodologia Clinica, già Direttore del Dipartimento Emergenza-Urgenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, attualmente membro dell'Ufficio di Presidenza del Consiglio Sanitario Regionale e Coordinatore dell'Osservatorio per l'Emergenza-Urgenza della Regione Toscana

Caro Direttore, sull'assistenza ottimale all'ictus esistono numerose sperimentazioni nei Paesi avanzati, che hanno il fine di permettere la tempestività della fibrinolisi nei pazienti eligibili e offrire un'assistenza adeguata da parte di personale formato e dedicato, in spazi esclusivi. Non si può, quindi, che essere d'accordo sull'impianto complessivo di queste sperimentazioni, in particolare con quelle londinesi più volte citate nelle letterature internazionali.

La definizione di spazi assistenziali superspecialistici e l'affidamento dei pazienti a personale specificamente formato impongono una settorializzazione esclusiva per questo tipo di affezione. In effetti molte malattie (infarto miocardico, embolia polmonare, tamponamento cardiaco, dissezione aortica ecc.) potrebbero avere grandi vantaggi da un'organizzazione assistenziale affidata a personale specificamente formato in spazi esclusivi per ogni specifica malattia.

Occorre però osservare che la politica sanitaria nazionale ed anche quella della Regione Toscana hanno privilegiato il modello assistenziale per "intensità di cura", in cui le problematiche delle singole malattie sono risolte in spazi comuni che ri-

spondono ai bisogni assistenziali che evolvono nel tempo. Questo sistema di assistenza ha dimostrato di poter efficacemente rispondere alle necessità dei differenti stati di malattia che, indipendentemente dall'etiologia, mostrano analoghi bisogni assistenziali. Non fa eccezione l'ictus in fase acuta, abitualmente trattato nei Pronto Soccorso generalisti e nella fase subacuta ospitato negli "open space" di livello assistenziale adeguato (HDU o modelli 2 e in seguito 3).

Per quanto riguarda direttamente lo "stroke", l'assistenza necessaria in base alla specificità della malattia è affidata a uno "stroke team" operativo nei Presidi Ospedalieri di tutto il territorio regionale, che fornisce, per composizione interprofessionale e interspecialistica, quella peculiarità assistenziale che l'ictus richiede e che in larga parte condivide con altri tipi di malattia.

Questa scelta assistenziale garantisce in tutto il territorio toscano un tipo di assistenza uniforme e capillare, con il vantaggio di consentire un accesso rapido alla trombolisi in tutti i casi indicati, ed una uniformità di trattamento. **TM**

Info: giancarloberni@virgilio.it

ORDINE DI FIRENZE

E-mail e PEC:

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
segreteria.fi@pec.omceo.it - presidenza.fi@pec.omceo.it - amministrazione.fi@pec.omceo.it

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Commissione Odontoiatri:

il lunedì dalle ore 17,45 alle ore 18,45

Consulenze e informazioni:

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

Newsletter:

inviare per e-mail agli utenti registrati sul sito Internet dell'Ordine

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

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



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

NATALE VILLARI

Ancora medici che studiano i Medici

Caro Presidente,
essendomi effettivamente interessato, tra il maggio 2004 e il giugno 2006, di alcuni personaggi della famiglia Medici, ho letto con molto interesse la prima parte del testo "Un radiologo in casa Medici" che il Prof. Manfredo Fanfani ha pubblicato sul n° 3 di Toscana Medica, marzo 2015.

Ringrazio sentitamente l'autore, cui sono legato da rapporti di amicizia di vecchia data, per avermi voluto citare ma vorrei puntualizzare che nello studio condotto dai Professori Antonio Costa e Giorgio Weber (Archivio "De Vecchi" vol. III, 1955) il sottoscritto non ha ricoperto nessun ruolo..... essendo a quel tempo ancora impegnato negli studi delle scuole medie!

Scrivo il Prof. Fanfani:

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

Certamente non sono più giovane; ho anche ricevuto la targa per i miei (primi?) cinquant'anni di laurea; ma non sono vecchio fino a questo punto!

Le immagini radiologiche pubblicate sono effettivamente relative agli accertamenti realizzati durante le riesumazioni del dopo guerra, che portarono alla pubblicazione del famoso libro di Gaetano Pieraccini "La stirpe de' Medici di Cafaggiolo".

Ma a quei tempi il sottoscritto giocava ancora a pallone nelle strade.

Lo studio che invece abbiamo condotto con la Prof.ssa Donatella Lippi e il Prof. Gino Fornaciari, è stato realizzato riesumando, nell'ambito del "Progetto Medici" (che ha visto anche il supporto delle Università di Firenze, Pisa, Duluth - Minnesota e Long Island - New York, il Polo Museale Fiorentino, l'Opera Medicea Laurenziana, L'Opificio delle Pietre Dure di Firenze) 11 scheletri di illustri personaggi medici, e segnatamente:

Cosimo I, Eleonora di Toledo, Giovanni Cardinale, Don Garcia, Francesco I, Giovanna

d'Austria, Principessa Anna, Ferdinando I, Cristina di Lorena, Francesco di Ferdinando I, Cardinale Carlo dei Medici.

Sui resti mortali di questi personaggi sono stati condotti studi di anatomia, anatomia patologica, istologia, immuno-istochimica, biologia molecolare, paleopatologia, tossicologia e diagnostica per immagini soprattutto realizzata con Tomografia Computerizzata.

Dagli accertamenti sono derivati un rilevante numero di pubblicazioni scientifiche, libri, incontri, dibattiti, controversie. Un sintetico resoconto dei risultati raggiunti si può leggere nell'articolo da me pubblicato sulla rivista "Il Radiologo" del gennaio-marzo 2008 pag. 54-56, articolo che posso mettere a disposizione di quanti eventualmente interessati.

Non abbiamo però rilevato le tanto decantate manifestazioni "gottose", definite tipiche per la famiglia Medici, fatta salva soltanto una piccola lesione sul piede sinistro di Ferdinando I (podagra).

Per il resto erano tutte alterazioni osteo-degenerative compatibili con conclamati quadri di spondilo-artrosi (DISH), di artrosi osteo-articolare, o di alterazioni scheletriche verosimilmente secondarie a TBC come nel caso del Cardinale Carlo dei Medici. Abbiamo inoltre evidenziato grossolane alterazioni dell'apparato masticatore, espressioni di una pulizia del cavo orale certamente non corretta con conseguente perdita di elementi dentari, anche in soggetti giovani, evidenti focolai di carie, grossolani quadri di ascessi dentari. (S.Colagrande, N.Villari, F.Pierleoni, D. Weber - Teet of Renaissance: a paleopathologic and historic-medical study on the jaws of the Medici Family - Journal of Forensic Radiology and Imaging 1; 193-200; 2013).

Avremmo voluto proseguire le indagini anche riesumando i resti mortali dei personaggi già precedentemente indagati da Costa-Weber ma, come sempre, la mancanza di fondi ha bloccato il nostro studio.

E non c'era ancora la *spending review*!

TM

Professore Ordinario
di Diagnostica per
immagini già Direttore
dell'Istituto di Radiologia
dell'Università di Firenze

Info: n.villari@virgilio.it

Astrazeneca



Un futuro che viene da lontano.

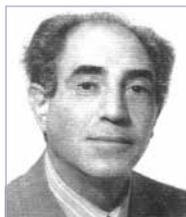
Da 70 anni siamo impegnati a migliorare la qualità della vita delle persone attraverso i nostri farmaci innovativi.

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

www.astrazeneca.it

RICORDO

Ricordo del Prof. Guido Indelli



Il 17 gennaio 2015 dopo cinque anni di malattia ci ha lasciato il professor Guido Indelli.

Conosciutissimo e molto stimato per le sue doti professionali e di grande umanità e generosità verso i malati - per 35 anni la sua seconda casa era la Prima Clinica Chirurgica dell'Università di Firenze a Careggi. Ha sempre considerato la sua professione una missione; mai una volta che si sia fatto pagare da un malato per una visita medica!

Si era laureato a Siena con il professor Antonio Severi per poi seguirlo a Firenze. Era Docente in Clinica Chirurgica Generale ed in Anatomia Chirurgica. Aveva conseguito anche tre specializzazioni: in Urologia, Chirurgia dell'Apparato Digerente ed in Chirurgia Generale.

Proveniva da una nobile famiglia salernitana e forse per questo era chiamato "Il Barone" dagli amici e colleghi. Aveva avuto un'educazione rigida e rigorosa. Cresciuto dallo zio Notaio e messo in Collegio a Mugnano del Cardinale. Anche se di non facile carattere era spiritoso ed ironico.

A Firenze gli fu presentata la moglie Vicky, allora diciassettenne studentessa americana di San Francisco a Villa Schifanoia.

Un matrimonio durato tutta la vita, allietato dalla nascita del figlio Pierfrancesco, docente universitario e noto chirurgo del ginocchio. Ci fa piacere ricordare che Pierfrancesco si è laureato con il massimo dei voti e lode all'Università di Firenze con il professor Stringa e specializzato con il professor Paolo Aglietti per poi fare il Post Dottorato alla Stanford University di Palo Alto e recentemente Docente alla Stanford in Florence.

Simone Pancani

a cura di Simone Pancani - VITA DELL'ORDINE

Master: quanto "valgono"?

Si assiste con una certa frequenza alla pubblicizzazione di "Master" promossi dalle più varie istituzioni e rivolti a medici e odontoiatri. Si tratta di percorsi formativi post-laurea, il cui valore legale, tuttavia, varia a seconda del soggetto promotore. Per evitare equivoci, l'Ordine ritiene opportuno ricordare quanto segue.

I **Master promossi dalle Università italiane** sono disciplinati dal Decreto del Ministero dell'Università n. 509 del 1999 e hanno le seguenti caratteristiche:

si concludono con il rilascio di un titolo accademico (diploma firmato dal Rettore), esonerano dal conseguimento dei crediti ECM per tutta la durata del corso, sono registrabili sull'Albo professionale alla pari degli altri titoli accademici (laurea, abilitazione, specializzazione) e possono formare oggetto di pubblicità personale da parte del professionista che l'ha conseguito.

Viceversa, i **corsi promossi da istituzioni pubbliche o private che non**

siano le Università, anche se nel linguaggio comune vengono spesso denominati "master", non hanno valore di titolo accademico e quindi non esonerano dal conseguimento dei crediti ECM, non sono registrabili sull'Albo professionale (proprio perché non sono titoli accademici) e, sebbene possano essere citati nel curriculum del professionista, non possono formare oggetto autonomo di pubblicità personale.

Medici fiduciari ANAS

L'ANAS - concessionaria della rete stradale nazionale - ha istituito **elenchi territoriali di medici cui affidare incarichi fiduciari** per la redazione di perizie medico-legali di parte, in tutti i giudizi in cui l'ANAS è parte in causa per

risarcimento danni.

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

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



Assicurazione professionale: ancora non è obbligatoria

"Esprimiamo la nostra più viva soddisfazione per il Parere del Consiglio di Stato, che ha dichiarato non operante - sino a che non sarà emanato il DPR che disciplinerà le procedure e i requisiti minimi dei contratti - l'obbligo di assicurazione per i professionisti della Sanità e ha confermato che, nelle more, non potrà essere considerata illecito disciplinare la mancata stipula di una polizza". Con queste parole il Segretario Generale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, Luigi Conte - che ha la Delega del Comitato Centrale per la materia delle Assicurazioni - ha accolto il Parere n. 486 del Consiglio

di Stato, trasmesso in questi giorni, che avalla pienamente la posizione della Federazione, espressa anche in una lettera inviata il 4 settembre scorso al Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. Ed era stato proprio il Ministero della Salute a rimandare la questione al Consiglio di Stato. In pratica il Consiglio di Stato ha affermato che "l'obbligo di assicurazione per gli esercenti le professioni sanitarie non possa ritenersi operante fino a quando non sarà avvenuta la pubblicazione ed esaurita la vacatio legis del D.P.R. previsto dal capoverso dell'art. 3 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modifica-

zioni, dalla L. 8 novembre 2012, n. 189, che disciplinerà le procedure e i requisiti minimi ed uniformi per l'idoneità dei contratti assicurativi. Conseguentemente, sino ad allora, non potrà essere considerata quale illecito disciplinare la mancata stipula di una polizza assicurativa, da parte degli esercenti le professioni sanitarie". Fermo restando quanto sopra, **l'Ordine tuttavia consiglia ai propri iscritti di tutelare la propria attività professionale in maniera idonea, onde evitare che uno spiacevole evento avverso possa compromettere direttamente gli interessi economici dei medici.**

Lavori Tramvia a Firenze: sgravi fiscali in vista

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze, insieme con l'Ordine degli Avvocati di Firenze e gli altri Ordini e Collegi professionali, ha formulato un'istanza al Sindaco del Comune di Firenze, Dario Nardella, affinché il Comune preveda agevolazioni tributarie non solo per le attività commerciali, ma

anche per gli studi professionali operanti nelle zone della città interessate dai cantieri per la realizzazione delle nuove Linee della Tramvia. Infatti è evidente che le ricadute economiche negative di tali lavori si fanno sentire non solo nel commercio, ma anche nelle attività professionali. A seguito di tale istanza, il Consiglio Co-

munale ha approvato un ordine del giorno nel quale si prevede la riduzione della TARI (Tassa sui rifiuti) anche per gli studi professionali che hanno sede nelle vie e nelle piazze interessate dai lavori della Linea 3 della Tramvia.

Reato di omessa denuncia

La Corte di Cassazione ha affrontato un interessante caso in cui è stato coinvolto un medico, accusato di omessa denuncia per un episodio di presunte violenze sessuali nei confronti di un minore, reato perseguibile d'ufficio. Il medico, nell'ambito dell'attività di cura, aveva avuto il sospetto che il bimbo fosse oggetto di violenze, ma non disponendo di riscontri oggettivi, omise di farne denuncia all'autorità giudiziaria. Il caso, poi, venne comunque all'attenzione della Procura del-

la Repubblica e si aprì un procedimento penale che si concluse con l'assoluzione con formula piena del presunto violentatore per insussistenza del fatto. Ma per il medico la vicenda non finì qui: venne infatti sottoposto a processo per non aver segnalato l'ipotesi di reato, ritardando le indagini della magistratura. Il medico si è difeso sostenendo che la successiva assoluzione del presunto violentatore aveva confermato l'insussistenza del reato e quindi l'inutilità della sua eventuale

denuncia. Ma la Cassazione l'ha pensata diversamente e ha affermato che non spetta al medico giudicare se il reato c'è o non c'è, perché questo è compito della magistratura. Il medico deve in ogni caso, di fronte ad una possibile notizia di reato appresa durante la sua attività professionale, farne denuncia all'autorità giudiziaria. Questa mancanza non è "sanata" dalla successiva assoluzione dell'imputato e quindi il medico resta comunque soggetto a condanna per omessa denuncia.

Situazione dei crediti ECM

Nella sezione del sito dell'Ordine dedicata all'ECM è pubblicato un articolo che chiarisce in che modo poter verificare la propria situazione relativamente ai

crediti ECM da acquisire e l'indicazione di quelli acquisiti e registrati nell'anagrafe nazionale gestita dal Co.Ge.A.P.S. Si invitano pertanto i medici e gli odon-

toiatro a consultare tale articolo per una miglior comprensione della questione: <http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/ecm>.



NOTIZIARIO - a cura di Bruno Rimoldi

Formazione ASL per esterni

Si ricorda che l'Azienda Sanitaria di Firenze, in base ad un accordo di collaborazione con l'Ordine dei Medici di Firenze, consente la **partecipazione di medici esterni ai propri eventi formativi aziendali**, per facilitare l'accesso alla formazione dei medici liberi professionisti o operanti presso strutture private, a costi

molto ridotti.

In particolare si ricorda che l'Azienda Sanitaria di Firenze organizza periodici corsi per il rilascio dell'**attestato BLS-D**, diventato oramai un requisito indispensabile per normativa regionale, per tutti gli operatori delle strutture sanitarie private autorizzate. Nei prossimi mesi di aprile,

maggio e giugno la ASL di Firenze ha in calendario lo svolgimento di tali corsi, per cui i colleghi interessati possono contattare l'ufficio Sviluppo e Formazione della ASL di Firenze (tel. 055.6938416 - email formazione_esterni@asf.toscana.it) per l'eventuale interesse alla partecipazione.

Ricorsi per specializzazioni non remunerate

Quella dei medici che dagli anni 80 in poi hanno frequentato le scuole di specializzazione senza percepire la borsa di studio o percepiscono una di importo non adeguato, è una annosa questione che periodicamente torna alla ribalta, soprattutto grazie alle iniziative di alcune associazioni esperte in "class action" che contattano ripetutamente i medici invitandoli ad aderire a ricorsi legali collettivi.

Fermo restando il diritto del medico di decidere autonomamente e libera-

mente se e tramite chi fare ricorso, l'Ordine si permette di ricordare che: - ogni azione legale, promossa individualmente o collettivamente, comporta comunque un esborso anticipato di denaro per le spese legali; - nessuno può garantire con certezza assoluta l'esito favorevole della causa; - i tempi della giustizia, com'è ben noto, sono lunghi e soggetti a tre gradi di giudizio; - le situazioni dei medici non sono tutte uguali e l'esito favorevole di una vertenza non significa di per sé che

tutte quelle simili abbiano lo stesso esito; - i tentativi di sanare questa annosa vicenda con "leggi di sanatoria" generalizzata non sono finora mai andati in porto per mancanza di copertura finanziaria.

L'Ordine, quindi, non sollecita né scorga alcuna iniziativa. Si limita a ricordare i pro e i contro di una azione legale, in modo che il medico possa prendere autonomamente una decisione in modo quanto più consapevole.

Influenza e vaccini

3-5 milioni casi di patologie gravi e dai 250.000 ai 500.000 decessi in tutto il mondo; in Italia 8.000 persone all'anno (per lo più over 65 anni) muoiono per la medesima causa: sono i dati che l'OMS ha stilato in relazione alle epidemie an-

nuali di influenza.

I Centers for Disease Control and Prevention statunitensi hanno pubblicato su "Vaccine" le conclusioni del loro lavoro più recente in materia che si possono riassumere in tre punti principali: i vac-

cini antinfluenzali ad oggi rappresentano il mezzo principale di lotta all'influenza stagionale; deve essere attuata a livello di popolazione la più ampia copertura vaccinale possibile; si devono studiare vaccini sempre più efficaci contro il virus.

Trasparenza dei rapporti tra Industria farmaceutica e mondo sanitario

In merito alle nuove norme per la trasparenza dei rapporti tra Industria farmaceutica e mondo sanitario le Aziende aderenti a Farmindustria dovranno pubblicare ogni anno, all'interno del proprio sito internet i dati relativi a tutti i pagamenti diretti o indiretti (che il Codice Deontologico definisce "trasferimenti di valore") effettuati nei confronti di operatori sanitari o organizzazioni sanitarie per le attività di consulenza scientifica, organizzazione e partecipazione a congressi

ed eventi, erogazioni liberali ed attività di ricerca e sviluppo.

La pubblicazione dovrà avvenire con riferimento a ciascun operatore sanitario, previo ottenimento di uno specifico consenso. In caso di diniego del consenso, la pubblicazione avverrà invece su base aggregata, con indicazione del numero complessivo di operatori sanitari che hanno negato il consenso e del corrispondente importo totale annuo relativo a ciascuna categoria di attività (consulen-

ze, congressi ed eventi etc.).

Per informazioni sulla regolamentazione introdotta dal "Codice sulla trasparenza dei trasferimenti di valore tra aziende farmaceutiche, operatori sanitari ed organizzazioni sanitarie" è possibile consultare il sito: www.farindustria.it (sezione Home/Codice deontologico: http://www.farindustria.it/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=0&view=finish&cid=115477&catid=39).

Accreditamento aziendale

La Novartis prima e unica azienda farmaceutica italiana ha ottenuto la certificazione di qualità del processo di svi-

luppo e di mantenimento delle competenze del Key Account Manager (KAM), figure professionali che si interfacciano e

collaborano con la Pubblica Amministrazione per facilitare il corretto accesso dei farmaci ai pazienti.

Fine di un tormentone

Niente ricetta per la pillola dei cinque giorni dopo, tranne che per le minorenni. Le altre potranno ottenere il farmaco orale che impedisce l'inizio della gravidanza dopo un rapporto a rischio semplicemente richiedendolo in farmacia. Lo ha deciso la commissione tecnico scientifica dell'Aifa che ha approvato, per l'Italia, una disposizione che si discosta parzialmente dalle indicazioni dell'Agenzia europea del farmaco e del tutto dal parere espresso dal Consiglio superiore di sanità.

Scompare inoltre l'obbligo di eseguire il test di gravidanza per poter richiedere la pillola. "Il farmaco non ha grandi problematiche - ha detto il direttore dell'Aifa, Luca Pani dopo aver partecipato via teleconferenza alla riunione della Cts perché si trova negli Usa - ma sull'uso ripetuto e incontrollato non ci sono dati sufficienti per garantirne la sicurezza. Per tutelare le più giovani e visto che in Italia esiste la possibilità di prescrivere la pillola in ogni momento in ospedali e consultori, è stato deciso di lasciare il limite".

La EllaOne, nome commerciale con cui è venduto il principio attivo Ulipristal acetato, è già entrata anni fa in commercio nel nostro paese. Permette di impedire la gravidanza anche cinque giorni dopo il rapporto, cioè per un periodo più lungo rispetto alla cosiddetta pillola del giorno dopo.

Per ulteriori notizie vedi Toscana Medica n. 8, Settembre 2014 pag. 62 (<http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/toscana-medica/category/43-tm2014>).

Istituto degli Innocenti di Firenze: "Spazio neutro" per l'osservazione del comportamento infantile e delle relazioni familiari

Si comunica che l'Istituto degli Innocenti di Firenze, nell'ambito delle attività dedicate agli incontri protetti dei minori nella fascia d'età 0-6 anni, mette a disposizione ai professionisti interessati uno spazio strutturato e protetto - denominato "Spazio Neutro" - munito dello specchio unidirezionale e della strumentazione necessaria alla registrazione au-

dio e video, ed utilizzabile in contesti di:

- osservazione del comportamento infantile e/o relazione genitori-bambino;
- valutazione delle competenze genitoriali;
- consulenze tecniche di ufficio;
- perizie;
- incidenti probatori;
- terapia familiare;

- dimensioni formative; ed in tutti i casi operativi in cui si renda necessaria una struttura bicamerale di osservazione.

Per ogni informazione è possibile consultare il sito <http://www.istitutodegliinnocenti.it/?q=content/servizio-spazio-neutro> oppure telefonare direttamente allo 055/2037399.

Online le ipotesi di pensione ENPAM

Oltre 70mila medici di famiglia, pediatri, medici di continuità assistenziale e del 118 italiani oggi possono avere un quadro pensionistico completo. L'ENPAM, infatti, ha esteso il servizio "busta arancione", finora limitato ai medici liberi professionisti, anche ai medici convenzionati con il SSN e permette di fornire ai colleghi simulazioni individuali sulle ipotesi pensionistiche. In particolare le ipotesi terranno conto dei contributi presenti sul Fondo Generale Quota A, degli eventuali contributi da libera professione presenti sulla Quota B e dei contributi del

Fondo Speciale della Medicina Generale (dove confluiscono i versamenti delle ASL per tutti i medici convenzionati). Il simulatore permetterà di visualizzare tre diverse ipotesi: sulla media dei redditi percepiti fino ad oggi; sulla media dei redditi dei soli ultimi anni; sulla previsione di mantenere nel futuro il reddito attuale. "La busta arancione è il nostro modo per dare agli iscritti, soprattutto giovani, una prova tangibile che la pensione la prenderanno di sicuro - dice il Presidente dell'ENPAM Alberto Olivetti. Le simulazioni individuali, infatti, sono realizzate

con gli stessi parametri con i quali è stata calcolata la nostra sostenibilità ad oltre mezzo secolo". Non sono ancora disponibili, nel servizio, le ipotesi di pensione per i medici specialisti ambulatoriali (per i quali è necessario conoscere lo stato di servizio rilasciato dalla ASL) e per i medici convenzionati esterni. L'impegno è comunque di estendere in futuro il servizio anche a queste categorie di colleghi. Per accedere al servizio, è necessario entrare nella propria area riservata del sito ENPAM: www.enpam.it.

Responsabilità del medico frequentatore volontario

Una paziente, sottoposta ad intervento chirurgico di isterectomia, ha manifestato nel post-operatorio una trombosi venosa profonda. Tale complicanza era stata percepita da un medico frequentatore volontario del reparto ospedaliero che aveva rimosso i punti di sutura alla paziente e ne aveva raccolto le informazioni sul dolore alla gamba. La Corte di Cassazione ha sentenziato che in un caso del

genere, il medico frequentatore volontario del reparto, risponde pienamente per colpa (nella fattispecie: per non essersi subito attivato nel disporre un ecodoppler o ecocolordoppler), indipendentemente dal fatto di essere o meno un medico strutturato. La difesa aveva argomentato che il medico frequentatore volontario è un mero accompagnatore del paziente, senza poteri decisionali, ma la Suprema Corte

ha deciso diversamente: la piena conoscenza dello stato di salute della paziente doveva imporre al medico frequentatore volontario di adottare ogni iniziativa per proteggere la salute della paziente, in virtù della posizione di tutela e garanzia che ogni medico ha nei confronti degli assistiti (Cass. Pen. Sez. IV sent. 14142 del 08/04/2015).

Ministero dice no a sostituzione del farmacista quando in ricetta è indicata anche azienda produttrice.

Lo ribadisce una circolare della Salute in risposta a un quesito di FederAnziani che lamentava come il cosiddetto "zapping farmaceutico" tra equivalenti fosse ormai pratica molto diffusa in farmacia.

L'Ufficio legislativo del Ministero della Salute nella circolare spiega il comportamento che il farmacista è tenuto ad avere nelle seguenti fattispecie:

1. se nella prescrizione è indicato il solo principio attivo, dopo aver informato il paziente, dovrà consegnare il medicinale avente il prezzo più basso e, qualora più medicinali abbiano un prezzo corrispondente al prezzo più basso, il farmacista deve tener conto dell'eventuale preferenza del paziente medesimo; qualora il paziente richieda, invece, espressamente un medicinale a prezzo più alto, il farmacista potrà dispensare il medicinale richiesto, ma dovrà richiedere al paziente di corrispondere la somma pari alla differenza fra il prezzo del medicinale richiesto e quello del medicinale

Farmaci equivalenti

erogabile con onere a totale carico del Servizio sanitario nazionale;

Un problema fra equivalenti...

- Il concetto di bioequivalenza non gode della proprietà transitiva: non è possibile concludere, senza una verifica diretta, che due prodotti, ciascuno bioequivalente con lo stesso standard di riferimento, siano bioequivalenti tra di loro.
- **Questo problema** ovviamente è uno dei maggiori ostacoli alla libera sostituibilità del prodotto da parte dei farmacisti con **prodotti equivalenti**.
- Data questa situazione ci chiediamo come sia possibile dare al farmacista la possibilità di sostituire un prodotto generico di una marca con quello di un'altra ma soprattutto ci chiediamo come sia possibile che l'antitrust lo proponga come obbligo.

Coletta-Giustini 2003

2. se nella prescrizione, oltre alla denominazione di un medicinale specifico, risulta apposta dal medico l'indicazione della non sostituibilità del medicinale (prosecuzione di trattamenti in corso o lo specifico obbligo di motivazione

di cui al secondo periodo del comma 11-bis dell'articolo 15 del decreto legge n. 95 del 2012 e successive modificazioni), il farmacista non potrà sostituire il farmaco;

3. se nella prescrizione è indicata, oltre al principio attivo, la denominazione di uno specifico medicinale, il farmacista, qualora nella ricetta non risulti apposta dal medico la indicazione di non sostituibilità, è tenuto a fornire il medicinale prescritto quando nessun medicinale equivalente ha prezzo più basso; in caso di esistenza in commercio di medicinali a minor prezzo rispetto a quello prescritto, il farmacista è tenuto a fornire il medicinale avente il prezzo più basso, fatta salva la espressa richiesta del paziente di ricevere il farmaco prescritto dal medico, salvo pagamento della differenza di prezzo.

Da VobisNewSLetter Anno IV - n. 76 - aprile 2015 - Collage di notizie, spigolature sul farmaco e nei dintorni della medicina generale - a cura di Paola Mandelli, Saffi Giustini, "Gino" Santoiemma, Umberto Alecci - redazione Paolo Giustini

Revisione dell'elenco nazionale dei Medici del Lavoro

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, con la comunicazione n. 25/2015, fa il punto sulla questione della cancellazione dall'elenco nazionale dei medici competenti in medicina del

lavoro e indica le azioni che, in questa delicata vicenda e in questo frangente, l'Ordine sta portando avanti e che gli stessi medici interessati possono attuare. I colleghi interessati sono quin-

di invitati a prenderne visione: <http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/component/phocadownload/category/6-varie?download=212:comunicazione-fnomceo-25-2015>.

Nasce il sito che dà voce agli utenti su medici e ospedali

Scegliere consapevolmente da chi e dove farsi curare, lasciando e condividendo una recensione, oppure semplicemente leggendo le esperienze degli altri. È già online "ScegliereSalute.it", il portale nato "per offrire all'utente uno strumento ulteriore di confronto per conoscere la migliore offerta di servizi sanitari sul territorio nazionale". La startup, si basa in particolare "sullo scambio di pareri di chi ha già ricevuto gli stessi trattamenti e desidera esprimere un giudizio, positivo o negativo, sul singolo reparto o l'équipe medica dedicata. "ScegliereSalute.it" vuole offrire un nuovo strumento di confronto, equo

e partecipato – sottolineano – che contribuisca a riconoscere e a diffondere le buone pratiche sanitarie, colmare il gap informativo esistente sulle prestazioni erogate e lo stato delle strutture ospedaliere, aiutandole col tempo a migliorarsi". Dal sito "Scegliere Salute" (www.scegliere-salute.it) si accede a una banca dati completa di medici, professionisti sanitari, strutture sanitarie e centri diagnostici, ordinati per categoria, reparto, regione e provincia. Registrandosi sul sito con il proprio account personale l'utente è in grado di selezionare la struttura e il reparto di suo interesse, leggere le recensioni degli

altri utenti e scriverne una propria, oppure porre domande alla struttura. Le recensioni sono inoltre condivise con le strutture sanitarie interessate, e queste invitate a interloquire con gli stessi utenti, chiarendo dubbi e offrendo loro informazioni. Infine il portale permette agli utenti registrati di consultare i profili di medici e di altri professionisti sanitari, contattarli direttamente e assegnare una preferenza con un click. "Scegliere Salute" è disponibile come app gratuita anche su Apple Store e Google Play.



Spedra[®] 100 mg

compresse
avanafil



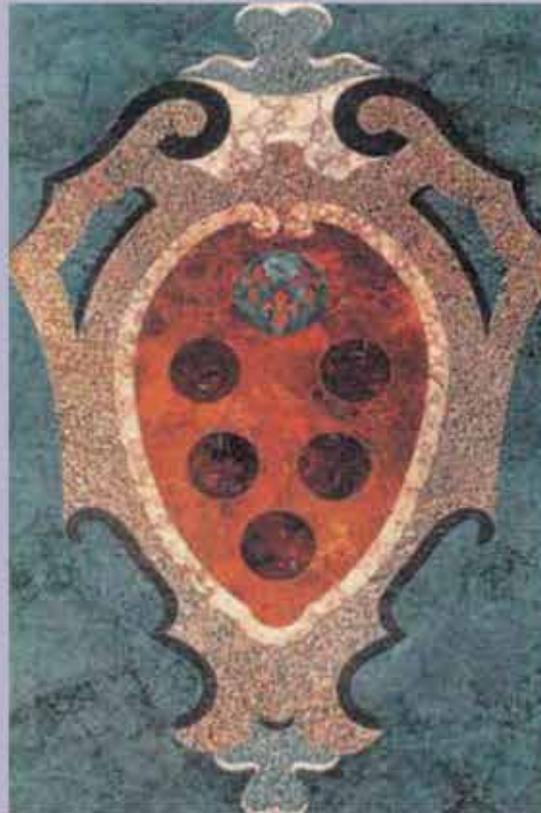
Spedra[®] 200 mg

compresse
avanafil



Manfredo Fanfani

**UN RADIOLOGO
IN CASA MEDICI**



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

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

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