

TOSCANA MEDICA

MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE

Mensile - Anno XXXV n. 5 maggio 2017 - Poste Italiane s.p.a. - Sped. Abb. Post. - 70% Firenze
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 45) art. 1, comma 1, DCB Fi - Aut. Trib. Fi. n. 3138 del 26/05/1983

MAGGIO 2017 **5**



IL BUON SECOLO DELLA PITTURA SENESE



Lo scempenso
di cuore

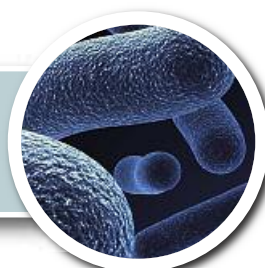


La sindrome
di fragilità



I limiti della
nostra mente

Antibiotico-resistenza:
l'impegno dell'OMS



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE







Anno XXXV - n. 5 Maggio 2017
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003 (conv. in 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DBC Firenze

Direttore Responsabile
Antonio Panti

Redattore Capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segreteria di redazione
Antonella Barresi

Direzione e Redazione
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 496522 - telefax 055 481045

<http://www.ordine-medici-firenze.it>

toscanamedica@ordine-medici-firenze.it

Editore
Edizioni Polistampa - Firenze
via Livorno 8/32 - 50142 Firenze

Pubblicità
Edizioni Polistampa - Firenze
tel. 055 737871 - fax 055 7378765

www.polistampa.com
redazione@polistampa.com

Stampa
Tipografia Editrice Polistampa
via Livorno 8/32 - 50142 Firenze

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", Lei ha 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:

toscanamedica@ordine-medici-firenze.it

Fondato da
Giovanni Turziani

In copertina
Giovanni Antonio
Bazzi detto
il Sodoma,
Sacra Famiglia
con *San Giovannino*,
Montepulciano,
Museo Civico
Pinacoteca Crociani
(particolare)

sommario

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

4 Siena e Val d'Orcia, un'unica mostra
Federico Napoli

EDITORIALE

5 110 nuovi colleghi
Antonio Panti

OPINIONI A CONFRONTO

6 Lo scopenso di cuore: novità terapeutiche e gestionali
*G. Casolo, D. Coletta, P. Francesconi
F. Lena, E. Messina, M. Milli, V. Verdiani*

12 Novità per il cuore
Antonio Panti

QUALITÀ E PROFESSIONE

13 Ricercare l'appropriatezza nella clinica
Gruppo di esperti del Consiglio Sanitario Regionale

15 Le demenze: percorso diagnostico-assistenziale

19 La fibrillazione atriale.

21 I tre killer

23 La sindrome di fragilità
Antonio Bavazzano

26 Gruppo psicoeducativo e gruppo di sostegno
*P. Panti, A. Barbanti, C. Borrello, L. Calviani, L. Cicatiello, S. Cocchi,
S. Falchini, M. Ginanneschi, E. Giuliani, M.C. Giugni, A. Tilli*

29 Oltre i limiti della nostra mente
Alessandra Bettiol, Alessandro Mugelli

35 La posteducazione nella postmedicina
Antonio Panti

FRAMMENTI DI STORIA

36 L'ospedale che non c'è più: il SS. Annunziata di Firenzuola
Esther Diana

SANITÀ NEL MONDO

38 Epatite C
Gavino Maciocco

POLITICHE PER L'EQUO ACCESSO ALLA SALUTE

41 Antibiotico-resistenza: l'impegno dell'OMS
Daniele Dionisio

24 - RICORDO

28-34 - LETTI PER VOI

44 - VITA DELL'ORDINE E NOTIZIARIO



Antonio Panti



Bruno Rimoldi



Simone Pancani



Antonella Barresi

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Inviare gli articoli a: toscanamedica@ordine-medici-firenze.it, con un abstract di 400 battute compresi gli spazi e 5 parole chiave
- Lunghezza max articoli: 6.000 battute spazi inclusi (2-3 cartelle), compresa iconografia
- Lunghezza max Lettere al Direttore: 3.000 battute spazi inclusi
- Taglio divulgativo e non classicamente scientifico

- No Bibliografia ma solo un indirizzo e-mail a cui richiederla
- Non utilizzare acronimi
- **Primo autore: inviare una foto e un curriculum di 400 battute (spazi inclusi) da inserire nel testo e per motivi redazionali un numero telefonico o un indirizzo postale**
- Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di appartenenza
- Criterio di pubblicazione: per data di ricevimento



Il buon Dalla secolo maniera della moderna pittura al lume senese caravaggesco

In una val d'Orcia che nei secoli si è dimostrata fedele terra di Siena fino alla scomparsa della repubblica (1559), una mostra conferma la stretta relazione fra il territorio e il suo capoluogo.

L'esposizione "Il buon secolo della pittura senese. Dalla Maniera moderna al lume caravaggesco" è allestita in tre sedi diverse – Montepulciano, San Quirico d'Orcia, Pienza – e propone in ciascuna sede espositiva una personalità artistica di spicco nell'arco di tempo compreso fra il Cinquecento e la prima metà del secolo successivo. Ma l'esposizione è ben più articolata, ed allestita secondo il principio seguente: un'opera (di abituale presenza nella sede espositiva), un artista (il suo autore), un ambiente (ceto culturale, stretto attorno al protagonista), un itinerario nella provincia di Siena (alla ricerca di altre ope-

Siena e Val d'Orcia, un'unica mostra



di Federico Napoli

re degli espositori). Ne nasce una mostra che parla il linguaggio del territorio, ne evidenzia la storia culturale (e non solo), mette in evidenza gli stretti legami artistici intercorrenti fra le varie personalità in esposizione, valorizza il patrimonio culturale di cui questo angolo di terra toscana è estremamente ricco (le altre destinazioni suggerite e correlate alle tre sedi principali sono: Buonconvento, Castiglion d'Orcia, Montalcino, Sinalunga, Asciano, Sarteano, Trequanda, Monte Oliveto, Torrita e naturalmente la Pinacoteca Nazionale di Siena).

Curata da Alessandro Angelini e Roberto Longi la sezione ospitata nel Museo civico di Montepulciano è dedicata a Domenico Beccafumi, di cui localmente si conserva l'opera giovanile (1507) "Sant'Agnesa Segni", forse un gonfalone civico dove la qualità dei particolari ritratti ci parla del livello artistico raggiunto in quel tempo in ambito senese: influenze nordiche nell'albero frondoso sul fondo, il gusto della miniatura nella città ritratta alle spalle della Santa, il brano di documentazione storica costituito dal modello della città di Montepulciano tra le mani della stessa, l'effetto leonardesco delle trasparenze ottiche sulle montagne nel fondo. Ma in altra opera – "Artemisia" – Beccafumi rivela influenze diverse, nel paesaggio dal Perugino e nella figura da Raffaello, così indicando in Siena un crocevia di influenze e novità artistiche del tempo.

È curata da Gabriele Fattorini e Laura Martini la sezione della mostra ordinata presso Palazzo Chigi Zondadari di San Quirico d'Orcia; "Dal Sodoma al Riccio" il titolo, quindi tra un autore che muore nel 1549 ed un altro di cui si hanno notizie fino al 1571. Pale d'altare, testate, co-



perle, tavole devozionali ruotano attorno all'opera presente a San Quirico "Madonna con Bambino e Santi Leonardo e Sebastiano" di Bartolomeo Neroni detto il Riccio, dipinta secondo una tendenza maggiormente classicista e che trova conferma in altre personalità che accompagnano l'esposizione, come Giorgio di Giovanni e Giano del Sodoma.

Infine, la sezione di Pienza è dedicata a Francesco Rustici detto il Rustichino (muore nel 1627) e curata da Marco Ciampolini e Roggero Roggeri. Ospitata nei locali dell'ex Conservatorio di San Carlo Borromeo nella cui chiesa è presente la tela "Madonna con Bambino e Santi", una delle ultime fatiche dello stesso Rustichino, fa nascerne echi naturalistico-caravaggeschi ben rappresentati in mostra anche dalle opere di Rutilio Manetti, Bernardino Mei, Cristoforo e Vincenzo Rustici, oltre a Orazio Gentileschi e Antiveduto Grammatica.

Una mostra, dunque, che ci accompagna dall'inquieta classicità del Sodoma, attraverso la maniera estrosa del Beccafumi – teatrale l'"Annunciazione" di Sarteano – fino al caravaggismo del Rustichino. Ma anche una mostra che ci invita alla scoperta dell'arte senese fra XVI e XVII secolo, nonché alla conoscenza di un territorio difficilmente eguagliabile nella bellezza.



Il buon secolo della pittura senese

Montepulciano, San Quirico d'Orcia, Pienza

Fino al 30 giugno 2017 - orario: 10,30 - 18,30; chiuso martedì

<https://ilbuonsecolodellapitturasenese.files.wordpress.com/2016/05/scarica-il-depliant.pdf>

110 nuovi colleghi

di Antonio Panti

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE



Dopo la prima sessione dell'esame di stato del 2017, con una simpatica cerimonia, abbiamo iscritto all'Ordine di Firenze 68 colleghe e 42 colleghi raggiungendo così quota 9.400 tra medici e odontoiatri. Qualche giorno prima i laureati nel 1967, riuniti nella sede dell'Ordine, avevano ricevuto una targa a ricordo di 50 anni di professione; mezzo secolo in cui la medicina è radicalmente cambiata. Negli anni Sessanta del secolo scorso gli antibiotici erano una recente conquista, il cortisone e la pillola contraccettiva in commercio da poco, l'unica arma era la radiografia, ciascuno di quei colleghi allora giovani è come se si fosse laureato più volte durante la propria vita professionale, tanti e tali sono stati i progressi scientifici e tecnologici. Negli stessi anni la società è profondamente mutata e si sono affermati i diritti civili mentre esplose il femminismo e con il Sessantotto entrava in crisi il principio di gerarchia. La sanità infine veniva profondamente mutata dall'istituzione del servizio sanitario nazionale e il paziente conquistava anche nella medicina il ruolo di cittadino consapevole da cui acquisire il consenso informato. Viviamo un'ulteriore epoca di travolgente sviluppo della medicina e di incombenti cambiamenti politici e sociali di cui non riusciamo neppure a prevedere le conseguenze.

Questo, più o meno, è il quadro che si prospetta di fronte ai nostri nuovi colleghi che aspettano la targa dei 50 anni di laurea nel 2067. Neppure la più ardita fantascienza potrebbe prefigurare quale medicina e che tipo di sanità vivranno i nostri giovani e speranzosi colleghi. E in quale assetto sociale? Di quale figura di medico ci sarà bisogno? Quanto rimarrà dei valori che hanno plasmato la civiltà occidentale e con essa le scoperte della scienza medica moderna? Eppure un filo logico di questo inevitabile passaggio di consegne lo dobbiamo pur trovare. Ai giovani colleghi auguriamo di cuore una vita serena, i migliori successi professionali e un avvenire di pace. Ma il futuro non è un posto dove si va, bensì la vita che ciascuna generazione costruisce con il proprio lavoro, l'onestà intellettuale, la fedeltà a valori morali. Allora pensiamo che una continuità debba esistere tra chi ha 50 anni di medicina alle spalle e chi si accinge ora a percorrere la lunga strada della professione. Tutta la vita davanti: "Andiamo a co-

mandare" come canta un rapper di moda. Ma andare a comandare, cosa ovvia per chi ha meno di trent'anni, è però assai complicato se non si hanno ben in mente gli antichi valori che ispirano la plurisecolare deontologia dei medici.

Certamente l'avvenire si prospetta entusiasmante. L'intreccio delle moderne tecnologie attraverso i *big data* può realizzare antichi sogni di una medicina personalizzata, capace di individuare la terapia giusta per ogni singolo paziente e di affrontare in modo completamente nuovo problemi finora irrisolti e perfino superare i limiti biologici dell'uomo. I nostri giovani colleghi dovranno essere dotati di grandissima curiosità intellettuale e capaci di studiare quotidianamente, di difendere la propria autonomia di pensiero e di giudizio, di ergersi a custodi della capacità di dubitare in tempi di postverità, di rispettare infine la libertà e la dignità di chi si affiderà alle loro cure.

Bellissimi intendimenti, ma che si caleranno in una sanità sempre più complessa e attenta alla spesa più che ai valori etici. Se proseguirà questo clima di esasperata mercificazione, di burocrazia sempre più invasiva, i nuovi colleghi saranno sempre più ristretti in una dimensione impiegatizia. Eppure, in un contrasto incredibile ma che già viviamo, essi saranno in grado di affrontare con armi efficaci malattie tuttora invincibili. Allora, se un consiglio vogliamo dare ai 110 neomedici, è quello di ribellarsi a questo stato di cose di fronte al quale finora siamo stati acquiescenti o sorpresi o travolti da false beghe.

Il vero problema è che la salvezza della medicina e della sanità, in una parola la salute della gente, è in mano ai medici, se sapranno difendere la relazione umana anteponeandola a ogni altro condizionamento. Taglieggiata dai tagli di bilancio e repressa dalla burocrazia, minacciata dagli sprechi e dall'avidità di chi vuol far prevalere l'anarchia di un mercato globale privo di vera concorrenza, solo i nostri giovani colleghi possono salvare la vera medicina che è ancora l'arte di venire in aiuto all'uomo che soffre. Rivendicare il tempo che ci manca e rinnovare un'alleanza con i pazienti, sempre armati della razionalità della scienza contro ogni tentazione antiscientifica. Questo è l'augurio per il prossimo mezzo secolo di professione.



Lo scompenso di cuore: novità terapeutiche e gestionali

a cura di Simone Pancani

✓ **TOSCANA MEDICA** - *Scompenso di cuore: qual è lo stato attuale dell'arte di una condizione patologica di grande rilevanza sia clinica che epidemiologica?*

VERDIANI - Un buon punto di partenza per rispondere alla domanda può essere la valutazione delle linee-guida elaborate dall'European Society of Cardiology nel 2016.

Nel documento si suggerisce di usare i diuretici allo scopo di alleviare i segni ed i sintomi legati alla congestione e si conferma la raccomandazione all'uso dei Beta-bloccanti e degli ACE-inibitori per ridurre mortalità e morbilità nei pazienti sintomatici con ridotta frazione di eiezione (raccomandazione di Classe I di livello A). Allo stesso scopo, in caso di intolleranza agli ACE-inibitori si possono usare i bloccanti dei recettori dell'angiotensina (raccomandazione di Classe I di livello B).

Qualora i sintomi persistano e la frazione di eiezione risulti uguale o inferiore al 35% viene raccomandato di aggiungere un antagonista dei mineralcorticoidi (raccomandazione di Classe I di livello A). Se il paziente non presenta miglioramenti del quadro clinico o strumentale le linee-guida dell'European Society of Cardiology propongono tre diverse opzioni che comunque non si escludono tra di loro. La prima opzione (raccomandazione di Classe I di livello B) propone di sostituire l'ACE-inibitore o il bloccante dei recettori dell'angiotensina con una nuova associazione terapeutica sacubitril/valsartan che rientra tra i cosiddetti farmaci ARNI, acronimo di *Angiotensin Receptor Neprilysin Inhibitor*.

La seconda opzione è una raccomandazione di Classe seconda di livello B, che

aggiunge ivabradina nei pazienti con ritmo sinusale e con frequenza uguale o superiore ai 70 bpm, mentre la terza si riferisce all'impianto di un *device* per la resincronizzazione ventricolare in casi selezionati con ritmo sinusale a QRS largo, uguale o maggiore cioè di 130 millisecondi.

MILLI - Oltre alle opzioni terapeutiche adesso ricordate le linee-guida 2016 dell'European Society of Cardiology riportano anche alcune novità per quanto riguarda la classificazione dello scompenso di cuore. Infatti, accanto ai tradizionali quadri di scompenso a funzione sistolica ridotta o preservata, viene oggi associata la forma cosiddetta "*mid range*" che comprende i pazienti con funzione sistolica compresa tra il 40% ed il 50%. Quest'ultima entità nosologica ha colmato un vuoto importante perché raccoglie un numero significativo di malati, anche se per il momento ben poche sono le evidenze disponibili relative alla loro gestione terapeutica.

Vorrei inoltre ricordare che le linee-guida europee del 2016 hanno sottolineato l'importanza delle comorbidità, associate nello stesso paziente allo scompenso di cuore, come fattore determinante della complessità gestionale dei singoli quadri clinici.

CASOLO - Un aspetto importante che ha trovato ampio spazio nelle linee-guida prima citate è quello relativo alla diagnosi di scompenso. Viene proposto un algoritmo probabilistico basato sulla clinica, l'ECG, l'ecocardiogramma ed il dosaggio dei peptidi natriuretici che serve ad identificare rapidamente il paziente con scompenso ed evitare di destinare fin da subito risorse a pazienti che non



GIANCARLO CASOLO
Direttore UOC Cardiologia, Ospedale "Versilia".



DAVID COLETTA
Medico di medicina generale. Dirigente medico ASL Toscana Centro.



PAOLO FRANCESCO
Dirigente Agenzia Regionale di Sanità toscana.

hanno lo scompenso. Il paziente privo di alcuni elementi non esegue, per esempio, neanche l'ecocardiogramma. Questo esame invece diventa centrale nel discriminare le varie forme di scompenso e cercare di identificare l'eziologia. Conoscere l'eziologia significa conoscere meglio il nemico e trattare il paziente al meglio, ad esempio riconoscendo le cause rimovibili. Inoltre molta importanza viene data anche alla prevenzione dello scompenso di cuore con le evidenze migliori che impediscono o almeno rallentano la progressione delle sue fasi iniziali al fine di non fare arrivare il paziente a manifestare la classica sindrome clinica. Un altro aspetto importante è la raccomandazione dell'arruolamento dei pazienti in team multidisciplinari che comprendano i medici di famiglia e tutti gli specialisti che a vario titolo sono coinvolti in questo tipo di assistenza.



FABIO LENA
Direttore del Dipartimento del
Farmaco della ASL Sud-Est.



EMANUELE MESSINA
Medico di medicina generale a Firenze.



MASSIMO MILLI
Direttore della Cardiologia
dell'Ospedale Santa Maria Nuova,
Firenze.



VALERIO VERDIANI
Direttore della Medicina Interna
dell'Ospedale di Grosseto.

COLETTA - Vorrei soffermarmi sugli aspetti epidemiologici di questa patologia che costituisce un importantissimo problema sanitario dei nostri tempi rappresentando, insieme alla fibrillazione atriale, le due nuove epidemie del nostro secolo. Tale dato è ampiamente confermato dall'Update 2016 dell'American Heart Association. Già oggi riguarda

l'1-2% della popolazione adulta e in Europa viene stimato il raddoppio della prevalenza di questa patologia dal 2000 al 2030. L'insufficienza cardiaca congestizia rappresenta in Italia la seconda causa di ricovero ospedaliero, dopo il parto naturale.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Come si struttura l'assistenza ai pazienti con scompenso di cuore all'interno del Chronic Care Model e quale è il ruolo della medicina generale in questo scenario?

FRANCESCO - Per vedere se il modello toscano funziona in questo campo dobbiamo ricorrere alla valutazione di un indicatore universalmente utilizzato per misurare le prestazioni di un determinato setting assistenziale, il cosiddetto AHRQ che misura il tasso di ricovero per scompenso senza procedure.

Questo tasso in Toscana è il più basso di tutta Italia con 9,5 ricoveri ogni 1000 residenti di età uguale o superiore a 65 anni, deponendo quindi per un sostanziale buon funzionamento del sistema. Sono certamente possibili dei margini di miglioramento, soprattutto per quanto riguarda l'adesione alle terapie raccomandate dalle linee guida.

Nella nostra Regione, dove ogni medico di famiglia segue in media almeno venti assistiti con scompenso di cuore, stimiamo che la percentuale di malati in terapia con ACE-inibitori o sartani con una pregressa storia di ricovero per questa diagnosi si attesti intorno al 54%, peraltro in lieve calo durante l'ultimo triennio. Più bassa ancora la percentuale di pazienti in terapia con Beta-bloccanti (circa il 50%) seppur in lieve aumento ma con persistenti differenze significative tra aree diverse della Regione.

Bisogna riconoscere che la Sanità di iniziativa ha offerto negli ultimi anni un contributo importante alla gestione della cronicità ed anche nel caso dello scompenso di cuore i dati delle nostre valutazioni vanno tutti in questa direzione. Abbiamo per esempio potuto dimostrare senza ombra di dubbio che nei pazienti seguiti da medici che hanno aderito alla Sanità di iniziativa è più alta rispetto ai controlli l'adesione sia alle raccomandazioni cliniche dei curanti che ai differenti passaggi del monitoraggio clinico della condizione patologica. È inoltre mag-

giore anche la farmacoutilizzazione di ACE-inibitori, sartani e Beta-bloccanti con una riduzione in termini di mortalità del 18% nel triennio 2011-2013.

Tutto ciò, bisogna dire, anche grazie a qualche ricovero in più, per lo più di tipo programmato e non in regime di urgenza.

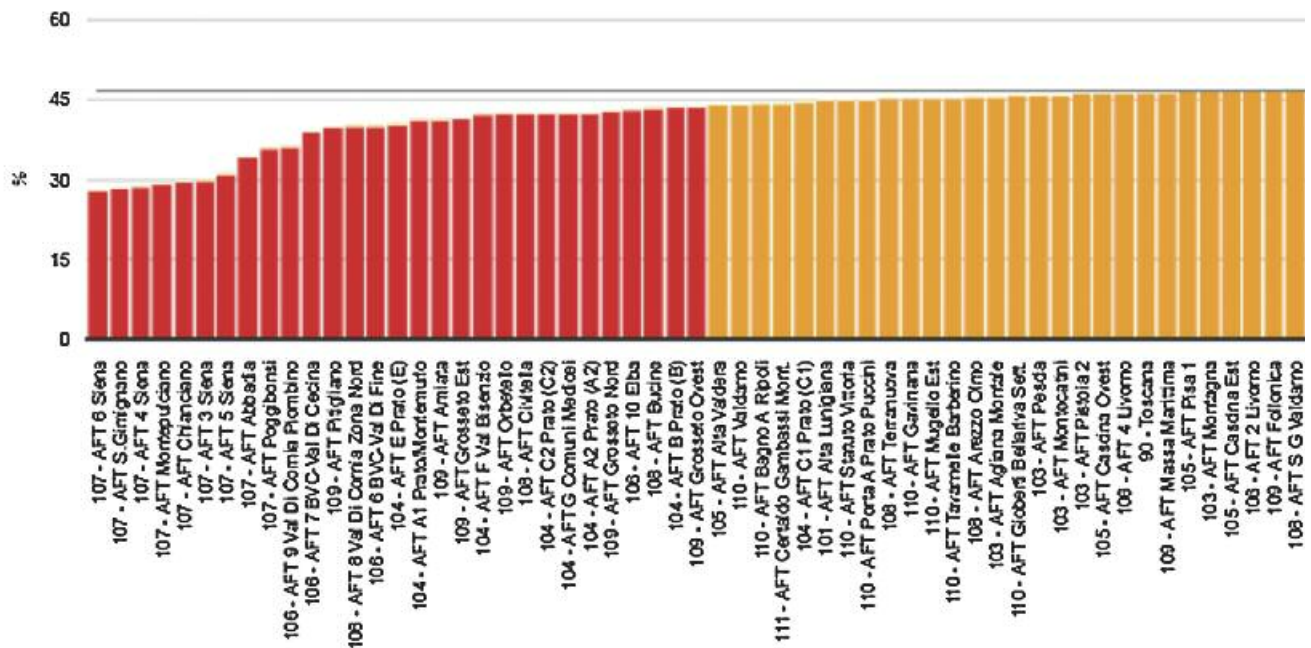
MESSINA - I dati riportati dal dottor Francesconi a mio parere trovano assoluta concordanza anche con le esperienze dei medici di famiglia che lavorano sul territorio.

Ovviamente i buoni risultati ottenuti dalla Sanità di iniziativa hanno dei costi legati alla migliore gestione complessiva dei malati con patologie croniche, anche se alcune cose sono certamente ancora da migliorare. Per esempio, nel caso dello scompenso cardiaco, un ampliamento della terapia farmacologica che ad oggi si attesta a circa il 74% per gli ACE-inibitori ed appare ancora più bassa quando si parla di Beta-bloccanti.

Altri miglioramenti potrebbero essere riservati agli interventi mirati all'abbattimento dei tassi di ospedalizzazione che ad oggi costituiscono ancora una voce di costo di notevole importanza.

CASOLO - In tema di gestione di una patologia cronica come lo scompenso cardiaco, vorrei ricordare che siamo di fronte ad una condizione in cui la mortalità a 5 anni si aggira intorno al 50%, rimanendo pertanto sempre molto alta seppure a fronte di una complessiva riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari a livello mondiale. Rimane pertanto una condizione ad elevata mortalità, paragonabile a quella di molti tumori assai comuni. Inoltre si tratta di una condizione che comporta nel corso della vita numerosi ricoveri in Ospedale. Pertanto per trattare al meglio i nostri pazienti occorre che se ne riducano i ricoveri e soprattutto occorre prevenire i reingressi. I costi dello scompenso cardiaco sono soprattutto legati a questi costi. Pertanto è molto importante ridurre il più possibile il tasso di ospedalizzazione, ed ancor più i ricoveri ripetuti considerando che dal 19% al 25% dei pazienti con scompenso di cuore necessitano di ricovero in ospedale entro un mese dalla diagnosi e ben il 50% entro un anno.

Assistiti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccanti



COLETTA - Penso che nella gestione della cronicità, ed ancor più dello scompenso cardiaco, sia importante il ruolo attivo del paziente e dei suoi familiari. Questo a mio parere è uno degli elementi essenziali per il successo di ogni modello di organizzazione sanitaria. I programmi di supporto all'autogestione promuovono la responsabilizzazione del paziente per una gestione consapevole della propria malattia, limitando le riacutizzazioni. Se pensiamo ai determinanti più comuni di instabilizzazione dello scompenso cardiaco, come la crisi ipertensiva e il sovraccarico di liquidi, possiamo facilmente immaginare come le visite periodiche a cadenza più o meno predeterminata siano inefficaci ad intercettare il bisogno rispetto alla responsabilizzazione all'autocura, ad esempio pesandosi e misurandosi la pressione arteriosa tutti i giorni, mantenendo un filo diretto con il medico curante in caso di parametri fuori *range*.

MILLI - Senza dubbio è necessario lavorare nell'ottica di diminuire i tassi di mortalità e di reingresso in ospedale. Un aiuto in questo senso può venire da una maggiore adesione ai trattamenti farmacologici consigliati dalle Linee Guida e dalle nuove molecole oggi disponibili.

Non si può però demandare tutto ai farmaci. È necessario prevedere programmi gestionali che permettano di seguire questi pazienti in un programma di follow-up dopo il ricovero ospedaliero. Purtroppo dai dati forniti dall'Agenzia Regionale di Sanità si evince che solo il 16% dei pazienti dimessi dall'ospedale viene inserito in un programma di controllo ambulatoriale protratto nel tempo, nonostante sia dimostrato che un follow-up strutturato sia in grado di ridurre del 35% i reingressi ospedalieri per scompenso cardiaco.

VERDIANI - Un altro aspetto da considerare è quello del progressivo invecchiamento della popolazione al quale inevitabilmente segue un aumento della comorbidità. Dati recenti ricavati dalle Medicine Interne della Toscana dimostrano che il 40% dei malati ricoverati per scompenso cardiaco presentano almeno altre 3 comorbidità.

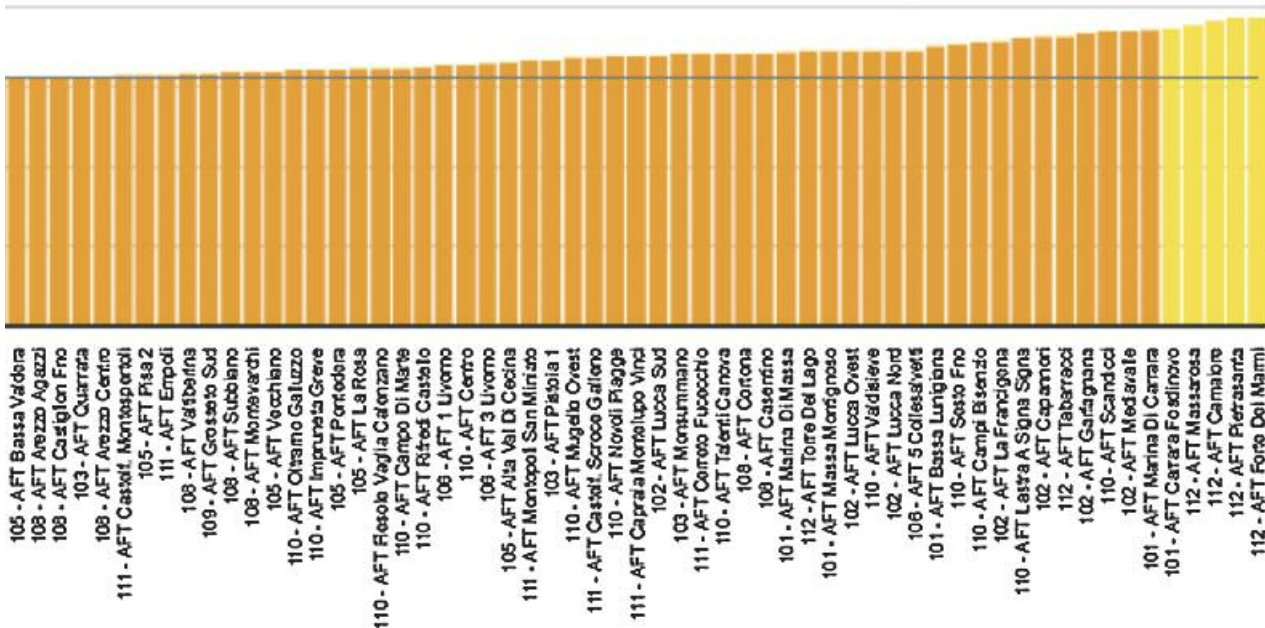
FRANCESCONI - La riammissione in ospedale a 30 giorni rappresenta un indicatore importante del Piano Nazionale Esiti e su questo argomento la situazione della nostra Regione non è eccellente: nel 2015 infatti la percentuale di questo indicatore è stata del 16%, lieve-

mente superiore alla media nazionale, che si è attestata intorno al 14.6%.

MESSINA - Sebbene il Chronic Care Model abbia degli innegabili vantaggi, credo che sia necessaria una maggiore integrazione tra le attività di tutti coloro che vi partecipano. Per fare un esempio, gli ambulatori per patologia sono certamente una bella iniziativa, ma se non viene garantito un approccio multidisciplinare e condiviso in questo *setting* i vantaggi non saranno poi così rilevanti.

LENA - Quello che ha detto adesso il dottor Messina è assolutamente condivisibile. A testimonianza della scarsa collaborazione tra specialisti e medici di famiglia, seppure all'interno di una medicina genericamente di iniziativa, abbiamo ancora oggi di fronte l'osservazione che il Beta-bloccante, prescritto magari in prima battuta dallo specialista e titolato poi in seguito dal curante, è sempre e comunque sottodosato.

✓ **TOSCANA MEDICA** - A livello di medicina generale quand'è che il medico arriva alla diagnosi di scompenso di cuore e mette in moto tutto il meccanismo dell'assistenza complessiva a questo paziente?



MESSINA - Oggettivamente dopo un infarto acuto del miocardio le cose appaiono più semplici rispetto magari a quei soggetti che, ipertesi da anni, non si fanno mai vedere nell'ambulatorio del proprio curante fino a quando la clinica non li costringe a cambiare idea. Per quanto poi riguarda il problema del dosaggio del Beta-bloccante, è ovvio che il paziente che esce dall'ospedale riceve una prescrizione a posologia ridotta che solo in seguito dovrà essere aumentata adattandola alla clinica e ai dati di laboratorio. Ovviamente in questo percorso la collaborazione tra medico curante e specialista dovrebbe essere il più stretta possibile, in maniera però efficace ed accessibile, anche soltanto per mezzo di una semplice telefonata di confronto.

MILLI - In tema di diagnosi di scompenso di cuore, ricordo che a Firenze è ormai da tempo attivo lo strumento del cosiddetto "fast track cardiologico" che permette ai curanti, tramite un numero verde del CUP aziendale, di prenotare in tempi brevissimi (24-72 ore al massimo) una consulenza specialistica completa per disturbi cardiologici di prima insorgenza.

Questo rappresenta a mio parere un ottimo esempio di collaborazione tra Me-

dicina Generale e Specialistica Ospedaliera/Territoriale.

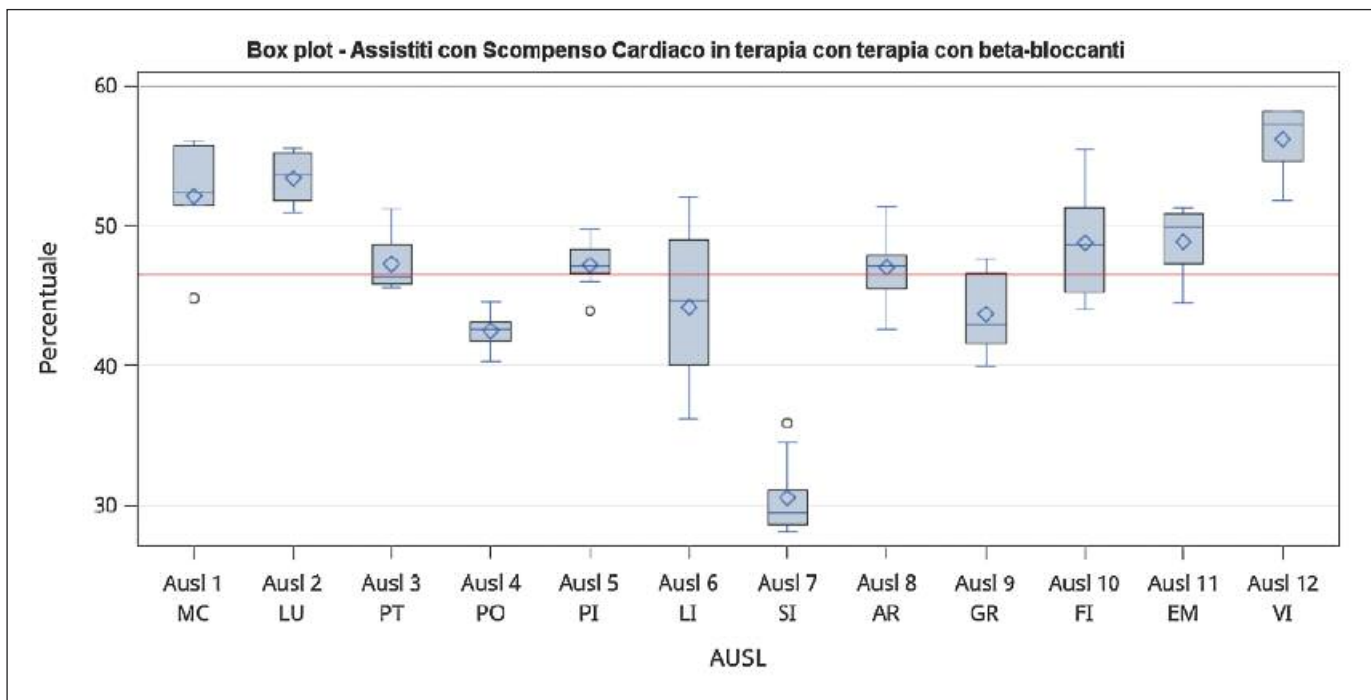
CASOLO - Nella mia esperienza di lavoro stiamo adesso percorrendo un'altra strada un po' diversa dal percorso appena descritto dal dottor Milli, vale a dire la collaborazione con le Case della Salute e con i medici che lavorano nelle Associazioni Funzionali Territoriali. Questa iniziativa ha portato in primo luogo ad un aumento assai significativo dell'aderenza alle terapie proposte, impostate ai dosaggi corretti per ogni singolo paziente con grande soddisfazione di tutti i professionisti coinvolti in questo setting assistenziale. Presso una Casa della Salute sono impegnato in prima persona. Con la collaborazione dei medici che vi operano l'attenzione è focalizzata sul riconoscimento precoce della malattia, sulla verifica dei segni di stabilizzazione prima che il paziente subisca un ricovero ed infine sul follow-up che può avvenire qui per i casi meno complessi lasciando all'ambulatorio ospedaliero i casi più gravi e complessi. La sfida è spostare tutti i pazienti ambulatoriali presso le Case della Salute.

COLETTA - Compito della Medicina Generale più che la diagnosi è il sospetto

della malattia ed il suo monitoraggio. Lo scompenso cardiaco non è sempre evidente. Nello stadio molto precoce della patologia, alcuni soggetti sono del tutto asintomatici. Altri sottovalutano la stanchezza e il respiro affannoso come semplici segni dell'età che avanza. La presenza di alcuni sintomi come la dispnea, l'edema degli arti inferiori, la necessità di dormire su più cuscini, l'aumento della minzione notturna, costituiscono "campanelli di allarme", che devono indirizzare verso l'approfondimento diagnostico specialistico.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Nella gestione dei pazienti con scompenso di cuore si sta oggi imponendo una novità di cura che sembra prevedere un approccio di nuova concezione a questa condizione.

VERDIANI - Solo un accenno alla fisiopatologia per ricordare che nello scompenso cardiaco, oltre all'attivazione neuroadrenergica, si ha anche quella di altri due sistemi: il sistema renina-angiotensina-aldosterone ed il sistema dei peptidi natriuretici, il cui componente principale è il BNP (Peptide natriuretico di tipo B). L'angiotensina, prodotta dal primo sistema, porta alla vasocostrizione e ad una serie di altri effetti che al-



la lunga peggiorano la situazione di scompenso, mentre i peptidi natriuretici hanno un effetto vasodilatatore ed inducono natriuresi.

Quest'ultimi effetti, che sono sostanzialmente favorevoli in caso di scompenso di cuore, sono però fisiologicamente ridotti dall'attività della neprisilina, un enzima che agisce sul BNP degradandolo in frammenti inattivi. Oggi questa situazione può essere affrontata e corretta grazie all'impiego di una nuova associazione farmacologica di sacubitril (inibitore della neprisilina) e valsartan (inibitore dei recettori dell'angiotensina).

CASOLO - Erano almeno 15 anni che non vedevamo novità terapeutiche in grado di modificare l'*outcome* dei nostri pazienti con scompenso cardiaco a ridotta funzione ventricolare sinistra. L'associazione sacubitril/valsartan è stata testata nello studio "Paradigm", condotto su oltre 8000 pazienti e pubblicato nel 2014 sul "New England Journal of Medicine". Lo studio ha confrontato la terapia medica abituale che comprendeva l'uso di enalapril e con il trattamento con l'associazione sacubitril/valsartan. Il dato più importante di questo studio è stata l'osservazione che i tassi di mortalità e di riospedalizzazione sono stati ridotti addirittura del 20% con la nuova associazione, risultato di grandissimo rilievo in una popolazione estremamente numerosa

sulla cui mortalità ben poco fino ad ora si era potuto fare da molti anni.

MILLI - Siamo di fronte certamente ad una novità terapeutica di enorme rilevanza visto che è stata "certificata" praticamente da un solo studio clinico, molto grande ed articolato, che ha arruolato ben 8400 pazienti con scompenso di cuore e che addirittura è stato interrotto prima della naturale scadenza a causa dell'evidente raggiungimento della significatività dei risultati ottenuti.

Ovviamente, come per tutti i grandi *trials*, non bisogna dimenticare che i risultati ottenuti sono da riferire ai pazienti con le caratteristiche cliniche previste nei criteri di arruolamento. Questo aspetto va valutato nel momento in cui, nella pratica clinica, scegliamo il paziente da trattare con questa nuova molecola: ad esempio i soggetti arruolati nello studio "Paradigm" sono in classe NYHA II e III, sintomatici ma stabili con il trattamento in atto, con importante disfunzione ventricolare sinistra (frazione di eiezione < 35%). Anche la tendenza all'ipotensione rappresenta una possibile criticità visto il potenziale effetto ipotensivante marcato della nuova associazione farmacologica di sacubitril e valsartan. Per quanto riguarda la funzionalità renale, non deve essere particolarmente compromessa. La scelta del paziente "tipo" da trattare con questo nuovo farmaco deve per-

tanto tenere conto di tutte queste osservazioni.

FRANCESCONI - Credo sia interessante notare che l'impatto sugli esiti di salute che potenzialmente può avere l'introduzione di questo nuovo farmaco è dello stesso ordine di grandezza di quello che è stato ottenuto con la sanità di iniziativa: ben vengano nuovi farmaci più efficaci ma non perdiamo di vista l'importanza della buona organizzazione delle cure.

VERDIANI - Volevo ricordare una particolare cautela nell'iniziare la terapia con la nuova associazione nei pazienti con ipercaliemia e in quelli a rischio di sviluppare un quadro clinico di angioedema; in questi casi sarebbe infatti opportuno iniziare la somministrazione solo dopo almeno 36 ore di sospensione dell'assunzione dell'ACE-inibitore.

LENA - Sebbene la nuova associazione terapeutica abbia senza dubbio dimostrato la propria efficacia, non bisogna tuttavia abbassare la guardia in tema di continuità della terapia per non perdere gli innegabili vantaggi della sua assunzione.

CASOLO - Siamo tutti d'accordo sull'efficacia del nuovo farmaco, però non bisogna dimenticare che si tratta comunque di una terza scelta di cura, con tut-

to quello che ne consegue in termini di continuità delle terapie all'interno di un sistema assistenziale caratterizzato essenzialmente dalla cronicità. La terapia si è dimostrata efficace nei pazienti in II-III Classe NYHA, con ridotta funzione sistolica ancora sintomatici dopo le terapie tradizionali con beta bloccanti, diuretici e ACEi o sartani.

✓ **TOSCANA MEDICA** - *Sono state descritte delle reazioni avverse particolarmente importanti?*

LENA - Direi che si tratta di un farmaco con un profilo di sicurezza assolutamente accettabile.

✓ **TOSCANA MEDICA** - *Trattandosi di un farmaco ad esclusiva prescrizione specialistica e con necessità di piano terapeutico, è ipotizzabile un ripensamento in senso organizzativo del sistema di erogazione delle cure all'interno del Chronic Care Model, soprattutto per quanto riguarda la gestione condivisa medico di base/specialista di una condizione patologica piuttosto diffusa?*

MILLI - Considerando le caratteristiche della nuova associazione e la necessità di identificare il più correttamente possibile i pazienti ai quali proporla, credo che, in un primo tempo, la gestione della cura dovrebbe essere demandata al solo specialista. Dopo questo periodo di "rodaggio", sono convinto che la gestione del farmaco debba essere assolutamente patrimonio anche dei colleghi della medicina di base, per continuare a tradurre nella realtà di tutti i giorni i reali vantaggi di questo innovativo strumento di cura.

LENA - Concordo perfettamente con il dottor Milli, sottolineando che in questo campo della Medicina non conviene in linea di massima essere sempre e co-

munque troppo schematici. Non per niente, per fare un esempio, la prescrizione di incretine inizialmente riservata al solo specialista adesso può essere prolungata per 6 mesi anche per intervento diretto del medico di famiglia che si assume la responsabilità di modificare il piano di cura.

CASOLO - Credo che il modo di organizzare il nostro lavoro con questi pazienti e questi nuovi farmaci non rappresenti onestamente un grande problema di carattere gestionale. Penso semmai che dovremmo tutti imparare a modificare qualche nostro comportamento ormai consolidato, come pensare di ridurre la posologia del diuretico al momento dell'impiego della nuova associazione.

MESSINA - La necessità almeno iniziale del piano terapeutico potrebbe essere giustificata dal fatto che i soggetti arruolati in "Paradigm" senza dubbio presentavano una ben maggiore aderenza alle indicazioni delle linee-guida internazionali rispetto a quanto possono fare gli assistiti dei nostri studi.

✓ **TOSCANA MEDICA** - *Anche se non abbiamo ancora a disposizione dati certi di farmacoeconomia, è ipotizzabile prevedere che l'impiego del nuovo farmaco in una popolazione di malati relativamente numerosa possa impattare in maniera significativa sulla sostenibilità dell'intero sistema?*

FRANCESCO - Alcuni dati per chiarire la problematica economica. In Toscana ad oggi per ogni assistito con scompenso di cuore spendiamo mediamente in un anno 117 euro per i farmaci erogati sul territorio e ben 1.363 per i ricoveri in ospedale!

MILLI - A seconda delle diverse casistiche, il 70-80% del costo gestionale di un

malato con scompenso di cuore è effettivamente legato ai ripetuti ricoveri in ospedale. Se la nuova associazione appare realmente in grado di intervenire efficacemente su questo aspetto, credo che in linea di massima il suo rapporto costo-beneficio potrebbe diventare davvero molto interessante.

In questo senso il decisore pubblico non deve limitarsi solo a prendere in considerazione i costi legati all'introduzione di un nuovo farmaco, ma valutare anche le sue potenziali ricadute positive su tutto il processo di cura, clinico, organizzativo e sociale, che prevede una stretta integrazione tra medicina del territorio e specialistica ospedaliera.

CASOLO - È bene sottolineare come nello studio "Paradigm" si sia osservata una minor progressione/comparsa di insufficienza renale grave nella popolazione trattata con l'associazione sacubitril/valsartan. Inoltre l'uso di questo farmaco sembra correlarsi anche ad una riduzione significativa dei casi di morte improvvisa e questo potrebbe in futuro portare ad una conseguente riduzione anche del numero di defibrillatori da impiantare in molti di questi malati, con conseguente risultato positivo anche in termini di appropriatezza delle cure. Ambedue queste prospettive possono portare anche ad un recupero di risorse oltre alla riduzione dei ricoveri che è già evidente nel Paradigm dopo un solo mese di terapia.

FRANCESCO - Voglio in questa sede confermare l'impegno dell'Agenzia Regionale di Sanità nel monitoraggio del PDTA del paziente con scompenso cardiaco, soprattutto a livello di farmaceutica territoriale, per garantire sempre un'assistenza di qualità elevata, ottenendo al tempo stesso esiti di salute importanti e con costi sostanzialmente sostenibili.



"Si ringrazia Novartis per aver contribuito alla pubblicazione".

Novità per il cuore

di Antonio Panti



ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

L'insufficienza cardiaca è patologia frequente e uno dei sex killer che provocano una buona percentuale di ricoveri ospedalieri e incidono fortemente sulla mortalità.

Come per tutte le cronicità, l'invecchiamento della popolazione ne favorisce sia la diffusione che la frequentissima associazione con altre patologie nel quadro della tipica comorbidità che ormai rappresenta il target più importante della medicina moderna. Ad oggi la terapia farmacologica è decisamente consolidata ed utile e si fonda sulla sinergia curativa degli ACE-inibitori, dei betabloccanti e degli antialdosteronici, cui quasi sempre si associano cardioaspirina e statine.

Purtroppo, hanno notato i nostri esperti, la *compliance* dei pazienti e l'atteggiamento curativo dei curanti fa sì che meno del 60% dei pazienti segua una terapia corretta. Tuttavia il quadro generale della nostra Regione è migliorato con l'attuazione della Medicina di Iniziativa nel quadro del Chronic Care Model. A distanza di due anni i dati dimostrano una diminuzione della mortalità e dei ricoveri di urgenza ed un aumento di ricoveri in elezione.

Forse la spesa è leggermente aumentata ma i risultati clinici sono evidenti. È importante notare che soltanto il 10% dell'onere complessivo sostenuto per questi pazienti deriva dai farmaci, circa il 20% è spesa specialistica e il 70% è riferito ai ricoveri ospedalieri.

È evidente come l'organizzazione della Sanità influisca notevolmente sull'andamento di queste patologie. Il modello toscano di medicina di iniziativa è sicuramente efficiente, per quanto sia i medici di famiglia che gli specialisti lamentino problemi di comunicazione e la consueta difficoltà dei collegamenti informatici. La conclusione complessiva che se ne può trarre è che l'organizzazione territoriale, che si sta sperimentando in Toscana, fondata sul lavoro associato dei medici generali, con l'assistenza di infermieri adeguati al nursing domiciliare e con il possibile confronto col team specialistico multidisciplinare, rappresenta sicuramente la via maestra per garantire i migliori risultati controllando la spesa.

Su questo quadro, già di per sé in evoluzione, si annuncia una nuova offerta terapeutica, sulla quale si è accentrata la massima parte della discussione. L'impatto del nuovo far-

maco sul sistema sembra importante in quanto, di fronte ad una notevole sicurezza di somministrazione, ha dimostrato una diminuzione intorno al 20% sia della mortalità che dei ricoveri non programmati. Un risultato importante che si rivolge però, ad oggi, ad un target molto specifico: pazienti in trattamento con la consueta terapia, in ragionevole stabilizzazione ma con una bassa frazione di elezione (inferiore al 35%). Ci si aspetta dunque un buon risultato per i pazienti mentre il modello organizzativo in uso non ha ragione di essere modificato.

Come ormai accade sempre, i nuovi strumenti terapeutici hanno un notevole costo. Questo farmaco interessa una considerevole platea di pazienti per cui l'impatto sui costi del servizio è innegabile. Tuttavia, se i risultati saranno mantenuti, il risparmio in ricoveri può essere realmente dirimente. Basti pensare che, in questi casi, in Toscana la spesa per farmaci è oggi intorno ai 118 euro l'anno e quella per i ricoveri è di circa 1365 euro l'anno. Aspettiamo quindi la prova dei fatti ma le promesse sono consistenti e realistiche.

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 applicazione smartphone



URL

Rimando link esterno



Sommario

Rimando alla pagina dell'interno



e-mail

Rimando al programma e-mail

Ricerca l'appropriatezza nella clinica: documenti del Consiglio Sanitario Regionale

Pubblichiamo volentieri gli ultimi lavori di un gruppo di esperti del Consiglio Sanitario Regionale, che ha cessato la sua attività nella primavera scorsa. Gli argomenti trattati mostrano come si può, attraverso il lavoro degli esperti, conciliare l'interesse del paziente (appropriatezza clinica) e quello della collettività (sostenibilità del servizio). Ci auguriamo con questa pubblicazione di fare cosa utile per i colleghi, fornendo indicazioni scientificamente corrette della loro attività quotidiana.

Responsabilizzare il prescrittore porta all'appropriatezza. Nella specialistica, che ha superato come spesa la farmaceutica, essa può ridurre le liste di attesa per visite ed esami, anziché continuare ad immettere risorse nel sistema. I dati mostrano che, mentre la farmaceutica territoriale va ascritta alla Medicina Generale, la specialistica va ascritta in parte maggiore agli specialisti.

Parole chiave:
appropriatezza, liste di attesa
farmaceutica, specialistica
responsabilizzazione

Nell'assistenza sanitaria il concetto di "appropriatezza" indica le soluzioni di diagnosi e cura che, nelle diverse situazioni di malattia, siano tali da massimizzare il beneficio e minimizzare il rischio. Al contrario, viene considerata inappropriata una procedura il cui rischio sia superiore ai benefici attesi.

Il problema è tanto noto, rilevante e sentito che nel dicembre 2015 il Ministero della Salute, con un decreto apposito, si è fatto carico di produrre un lungo elenco di coppie patologia-prestazione sanitaria da ritenersi inappropriate e come tali non rimborsabili dal Servizio Sanitario.

Molte sono state le critiche a questo decreto, relative tanto all'elevato grado di specificità di molte delle prestazioni prese in considerazione, tale da renderle delle vere rarità, quanto alla reale vastità delle indicazioni di altre, tale da non poter confinare le stes-



se in un numero finito. E in effetti il decreto ministeriale dopo un semestre di validità è stato abrogato senza peraltro essere sostituito da altri. Ma il rischio inappropriatezza era ed è reale e importante, tanto da motivare le Amministrazioni sanitarie regionali, quanto meno le più attente, a procedere comunque per proprio conto.

L'Amministrazione Sanitaria della Toscana, avvalendosi del Consiglio Sanitario Regionale, ha a suo tempo in-





trapreso una via diversa per fornire indicazioni utili a contenere le disconomie e i rischi clinici connessi a prestazioni indebite. Prendendo in considerazione malattie d'organo e sindromi di particolari frequenza e importanza, ha promosso e avviato la redazione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici e Assistenziali. Il lavoro, coordinato dal Prof. Giancarlo Berni e condiviso con le Società Scientifiche, è stato svolto da Professionisti delle differenti specialità operanti nell'ambito regionale ed ha condotto alla stesura di protocolli relativi a differenti argomenti clinici. La formulazione di questi protocolli è stata pensata per il rapido e appropriato utilizzo di metodiche e strumenti di diagnosi e cura attualmente disponibili nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, relativamente a condizioni cliniche di

alta incidenza e significativo impatto economico quali le nodulazioni tiroidee, le disfunzioni tiroidee, la fibrillazione atriale, il deterioramento mentale dell'anziano.

È stata anche avviata una seconda linea di definizione di protocolli, relativa a condizioni cliniche di difficile diagnosi ma per le quali è indispensabile grande tempestività di intervento. In questo ambito è stato individuato per il momento un solo percorso, quello relativo alla discriminazione delle possibili cause letali di dolore toracico, in particolare l'embolia polmonare, la dissecazione dell'aorta e l'infarto miocardico.

Tutti i documenti sono stati elaborati nell'ambito delle competenze del Consiglio Sanitario Regionale, su indicazione del Vice Presidente dello stesso, e Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze, Dr. Antonio Panti.



Gli argomenti proposti sintetizzano la più recente letteratura medica, integrata e rivista da considerazioni cliniche dei Professionisti sotto elencati:

PROF. GIANCARLO BERNI
(Coordinatore)

DR. ANTONIO BAVAZZANO
(Geriatra)

DR. FRANCESCO BELLOMO
(Medico di Salute Pubblica)

DR. GIANCARLO CASOLO
(Cardiologo)

PROF. GIANNI FORTI
(Endocrinologo)

DR. CESARE FRANCOIS
(Medico delle Emergenze)

DR. ALFONSO LAGI
(Internista)

DR.SSA LUISA PETRONE
(Endocrinologa)

DR. LUIGI TONELLI
(Epidemiologo)

DR. ALFREDO ZUPPIROLI
(Cardiologo)





Le demenze: percorso diagnostico-assistenziale

Questo percorso della Regione Toscana deriva dalle indicazioni delle “LG Demenza Diagnosi e Trattamento” di cui rappresenta un aggiornamento.

La demenza è un quadro patologico caratterizzato dall'interazione fra problemi cognitivi, disturbi psichiatrici e comportamentali, spesso in un quadro di comorbidità in precario equilibrio. È una patologia complessa, età correlata.

Per quanto riguarda l'epidemiologia e la definizione di demenza si rinvia ai contenuti del “Full text della Linea Guida originale” <http://www.regione.toscana.it/-/sindrome-demenza-diagnosi-e-trattamento-risorsa-elettronica-?redirect>.

L'estensione del problema è correlata con il fenomeno della transizione demografica, cioè con il passaggio da una popolazione con alti tassi di natalità e di mortalità a una popolazione con entrambi i tassi in progressiva riduzione.

Il governo clinico della malattia richiede un approccio sistematico, che integri le competenze della medicina generale e dei servizi specialistici per la cura delle demenze. Un progetto generale di cura della demenza deve necessariamente partire dagli aspetti propriamente clinici, quali la diagnosi e il trattamento farmacologico e non farmacologico. In parallelo, si rendono necessari specifici servizi dedicati alle diverse fasi della malattia, ai problemi familiari e ai luoghi delle cure.

In conseguenza dell'elevata varietà dei sintomi la demenza generalmente non viene diagnosticata con precocità.

Nello schema seguente (Figura 1) viene indicata una proposta di percor-

so finalizzato alla ricerca della massima autonomia possibile in persone con demenza, individuando anche modalità

di riorganizzazione dei servizi. La proposta è stata approvata dall'Assemblea del CSR con il parere n. 66/2015.

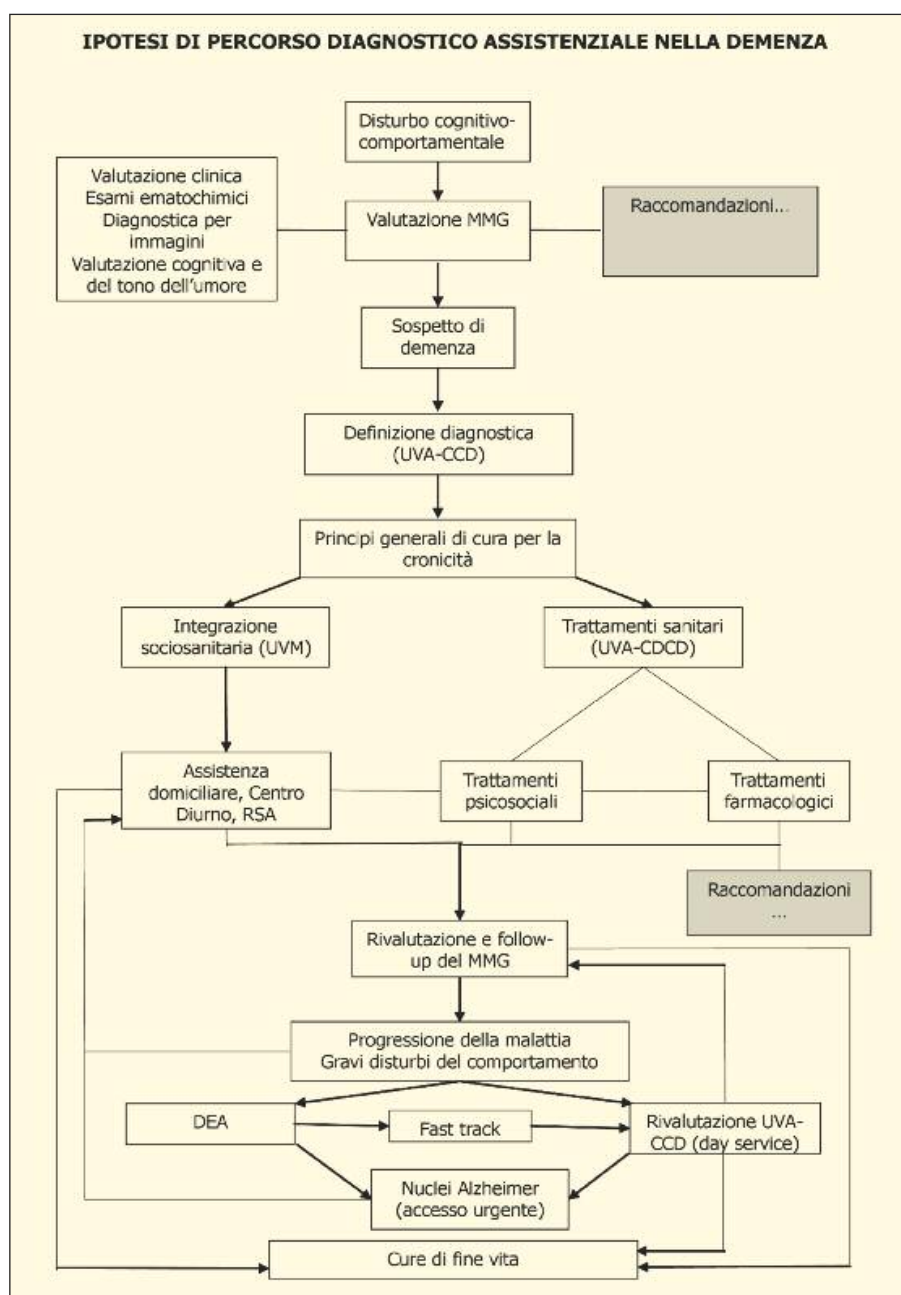


Figura 1



Alzheimer

FATTORI DI RISCHIO E PREVENZIONE

Fattori di rischio

Le persone anziane devono essere sorvegliate per la prevenzione dei fattori di rischio vascolari, con particolare riguardo all'abitudine al fumo e all'uso di sostanze alcoliche. Sono fattori di rischio patologie come il diabete, l'obesità, l'ipertensione e gli alti livelli di colesterolo.

Allo stato attuale delle conoscenze l'effettuazione di uno screening per la demenza nella popolazione generale non appare utile, in particolare anche per gli scarsi benefici e gli alti costi.

Consulenza genetica

Il "counseling" genetico è di regola offerto su base regionale da Istituti di riferimento ed è limitato ad alcuni tipi di demenza (Corea di Huntington, CADASIL...) e alla ricerca scientifica.

Prevenzione

Al momento attuale non esistono prove di efficacia per l'uso di trattamenti farmacologici capaci di prevenire le demenze non vascolari.

DIAGNOSI

Importante individuare il "Mild Cognitive Impairment", forma clinica caratterizzata da lieve deficit cognitivo e sintomi depressivi. Non configura un franco quadro di demenza, ma può evolvere in Demenza nel 5-10% dei soggetti, contro l'1% dei coetanei nella popolazione generale.

Un progetto generale di cura della demenza deve necessariamente partire dagli aspetti propriamente clinici, quali la diagnosi e dal trattamento farmacologico e non farmacologico.

La demenza va distinta dal delirium, pur potendo coesistere con questo (v. Linea Guida SIGN 2006).

Il delirium è generalmente conseguenza diretta di una condizione medica sistemica o della somministrazione o interruzione di farmaci. In particolare, deve essere sospettato in presenza di patologie infettive, recenti interventi chirurgici, traumi, scompensi metabolici, stati allucinatori acuti, sospensione o introduzione di trattamenti farmacologici.

La diagnosi differenziale con la demenza è importante, dal momento che il delirium è trattabile e potenzialmente reversibile (v. LG Regione Toscana Delirium).

Ai fini della diagnosi di malattia di Alzheimer sono oggi impiegati, in casi selezionati, biomarcatori da eseguire dopo una accurata valutazione neuropsicologica. I biomarcatori liquorali non sono considerati un test di routine.

Al fine di avvalorare una diagnosi precoce di malattia di Alzheimer, attraverso valutazioni per *imaging*, è possibile ricercare nelle sequenze T1 pesate della RNM pattern specifici di atrofia focale.

Secondo prove di letteratura, anche un'intervista strutturata iniziale condotta da infermieri può rilevare accuratamente i deficit cognitivi suggestivi di una demenza.

FORNIRE SOSTEGNO: INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

- È necessaria la disponibilità di operatori sociosanitari competenti sulla demenza che forniscano spiegazioni a persone preoccupate per sé o per familiari, in relazione alla comparsa di sintomi di natura cognitiva.
- Nella giornata della persona con declino cognitivo debbono essere organizzate iniziative ludiche basate sui suoi abituali interessi.
- Occorre che le persone con demenza conservino le loro tradizionali relazioni amicali e parentali.
- Le persone con demenza debbono conservare una "normale" attività fisica.
- È opportuno organizzare gli spazi domestici tenendo conto della disabilità cognitiva indotta dal progredire di una sindrome demenza.

Cure integrate e coordinate

Le competenze specialistiche dedicate alle demenze sono attualmente organizzate attraverso le UVA CDCD. L'intero percorso assistenziale è affidato all'Unità Valutativa Multidimensionale (UVM). Il loro intervento, condotto d'intesa con il medico di medicina generale, comprende la valutazione clinica, la testistica neuropsicologica, la valutazione laboratoristico-strumentale, gli eventuali esami per immagini necessari alla conferma della diagnosi. Inoltre le competono comunicazione della diagnosi, prescrizione terapeutica e *counseling* ai familiari relativo all'assistenza. Nella Figura 2 viene illustrata la modalità operativa finalizzata

ad organizzare la risposta per persone con disturbi cognitivo-comportamentali. Sebbene i pazienti con demenza iniziale possano essere trattati utilmente dal medico di medicina generale, può essere indicato il ricorso ai servizi specialistici per:

- la ricerca di un'eventuale causa trattabile
- la necessità di definire la diagnosi
- la necessità di studiare una possibile ipotesi genetica
- il deterioramento rapido nel paziente
- la presenza di una comorbilità psichiatrica o internistica
- l'insorgenza ad un'età inferiore a 60 anni
- la possibile esposizione professionale a metalli pesanti
- la presenza di disturbi del comportamento

Volendo rappresentare un percorso diagnostico terapeutico complessivo si riporta quanto esposto nel DGR 402 del 26/4/2004 (vedi Figura 2).

PROMUOVERE L'INDIPENDENZA INDIVIDUALE E MANTENERE LA FUNZIONE

Per rispondere a questo obiettivo diviene necessario strutturare "micro-reti" dove le competenze siano socio-

sanitarie. Gli aspetti essenziali dell'assistenza sociosanitaria sono:

- uno staff stabile dell'opportuna consistenza numerica
- il mantenimento del paziente nell'ambiente familiare
- minimi trasferimenti
- terapia occupazionale
- consigli per il mantenimento autonomo dell'igiene personale
- modifiche opportune dell'arredo domestico
- esercizio fisico, eventualmente assistito
- proseguire le attività ludiche consuete.

LE CURE FARMACOLOGICHE

Nel trattamento dei sintomi "core" della malattia di Alzheimer:

- Al momento della diagnosi (stadio lieve e moderato) deve essere valutata la possibilità di istituire un trattamento con inibitori delle acetilcolinesterasi, la cui efficacia è stata dimostrata sui sintomi core della malattia.
- È necessario discutere con paziente e caregiver i benefici realisticamente attesi e i potenziali effetti avversi della terapia.
- Esistono dati di efficacia degli inibitori dell'acetilcolinesterasi anche nella demenza a corpi di Lewy e nella

demenza associata a morbo di Parkinson.

- Nei pazienti con malattia di Alzheimer moderata-grave deve essere valutata la possibilità di istituire un trattamento con memantina per il trattamento dei sintomi core della malattia.
- Non ci sono prove in merito ai cosiddetti rimedi naturali.
- Nel trattamento di pazienti con demenza con sintomi depressivi può essere utile il ricorso a farmaci antidepressivi, preferibilmente SSRI.
- In caso di agitazione, può essere utile il trazodone.

Nel caso siano presenti disturbi del comportamento:

- Gli antipsicotici hanno parziale efficacia nel trattamento di psicosi e aggressività associate a demenza.
- In considerazione degli effetti collaterali potenzialmente gravi degli antipsicotici, il loro impiego deve essere ristretto a situazioni di rischio o di estrema sofferenza per il paziente o per chi lo assiste e possibilmente limitato nel tempo.
- Dovrebbero essere evitate le associazioni di antipsicotici.
- Attualmente non ci sono prove per consigliare l'impiego dei cosiddetti stabilizzatori dell'umore nei disturbi comportamentali delle persone con demenza.
- Non esistono prove di efficacia per l'utilizzazione delle benzodiazepine in corso di demenza.

LE "CURE" NON FARMACOLOGICHE

- Il trattamento di prima linea dei sintomi psicologici e comportamentali è non farmacologico, in considerazione degli eventi avversi potenzialmente gravi connessi al trattamento farmacologico.
- Al momento della diagnosi di demenza, deve essere valutata la possibilità di un trattamento non farmacologico dei sintomi cognitivi, anche se le prove di letteratura non sono ancora conclusive.
- È necessario discutere con paziente e caregiver i benefici realisticamente attesi e prevedere momenti e strumenti di formazione e supporto ai

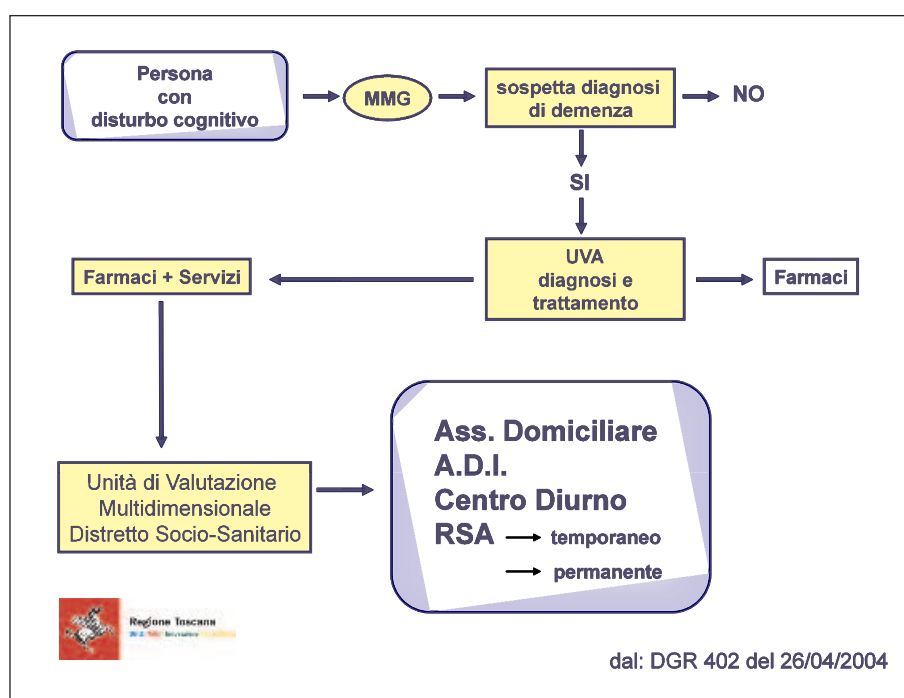


Figura 2

caregiver. Per queste finalità il medico di medicina generale si avvale dei servizi specialistici dedicati alla cura delle demenze.

CURE OSPEDALIERE E SCOMPENSO COMPORTAMENTALE

I disturbi comportamentali, che accompagnano spesso il percorso clinico della demenza, determinano una cronica situazione di stress familiare, con il ricorso anche a servizi impropri quali il Pronto Soccorso.

Dopo avere escluso altre patologie rispetto alla demenza, la persona con grave disturbo del comportamento viene spesso ricoverata in area medica con danni per se stessa e con gravi disagi per gli altri degenti.

Una possibile azione di cura potrebbe basarsi su consulenze specialistiche in Pronto Soccorso e sull'organizzazione di spazi di accoglienza temporanea per queste persone presso RSA che garantiscano posti letto riservati e presenza di personale infermieristico "esperto".

Organizzare la GAU

La popolazione anziana è il maggiore utilizzatore dei Servizi di Emergen-

**Dopo avere escluso
altre patologie
rispetto alla demenza,
la persona con grave
disturbo del
comportamento viene
spesso ricoverata
in area medica con
danni per se stessa
e con gravi disagi
per gli altri degenti**

za (38% degli accessi). Accade inoltre frequentemente che sia prestata minore attenzione alle specificità cliniche (polipatologia, politerapie, vulnerabilità latente ecc.) che rendono gli anziani più suscettibili agli eventi avversi. Per ovviare a tali inconvenienti in tutti gli ospedali del Quebec e in molti ospeda-

li francesi sono operative le "Geriatric Assessment Unit" (GAU), unità di cura che trattano con approccio interdisciplinare i problemi acuti o le riacutizzazioni di cronicità negli anziani, lasciando al Pronto Soccorso il trattamento dei problemi in emergenza.

INTEGRAZIONE CON IL SERVIZIO SOCIALE

- Fin dalle fasi iniziali di malattia l'assistente sociale dovrebbe aprire un fascicolo che tenga conto di tutte le modifiche socio ambientali indotte dalla malattia, dove venga descritta l'organizzazione degli spazi fisici, le relazioni fra i familiari, fino a individuare la possibilità di sviluppo di "microreti di sostegno".
- In parallelo, l'assistente sociale dovrebbe assumere anche compiti di agenzia per l'individuazione dei servizi e per tutti gli aspetti amministrativi della vita.

In sintesi, la persona con demenza deve essere accompagnata nell'evolversi della sua malattia da trattamenti di ordine farmacologico e da parallela "presa in carico" da parte del servizio sociale.

La fibrillazione atriale

Appropriatezza diagnostico-terapeutica

1. La Fibrillazione Atriale (FA) è una causa comune di stroke ischemico: riguarda circa un quarto di tutti gli infarti cerebrali ed oltre la metà di quelli di origine cardioembolica. Tra gli affetti da *stroke* ischemico, circa il 15% ha una storia di FA cronica o parossistica precedente l'episodio acuto.

2. Sono obiettivi di questo documento:

- Identificare correttamente e precocemente i soggetti con FA;
- Identificare e trattare le patologie sottostanti la FA;

- Trattare efficacemente i pazienti al fine di ridurre il rischio di morte, di ictus, di scompenso cardiaco e di ospedalizzazioni ripetute;
- Garantire il follow-up e la presa in carico.

3. Il perseguimento di questi obiettivi è di competenza di diversi attori, ciascuno nel suo ruolo; nello specifico:

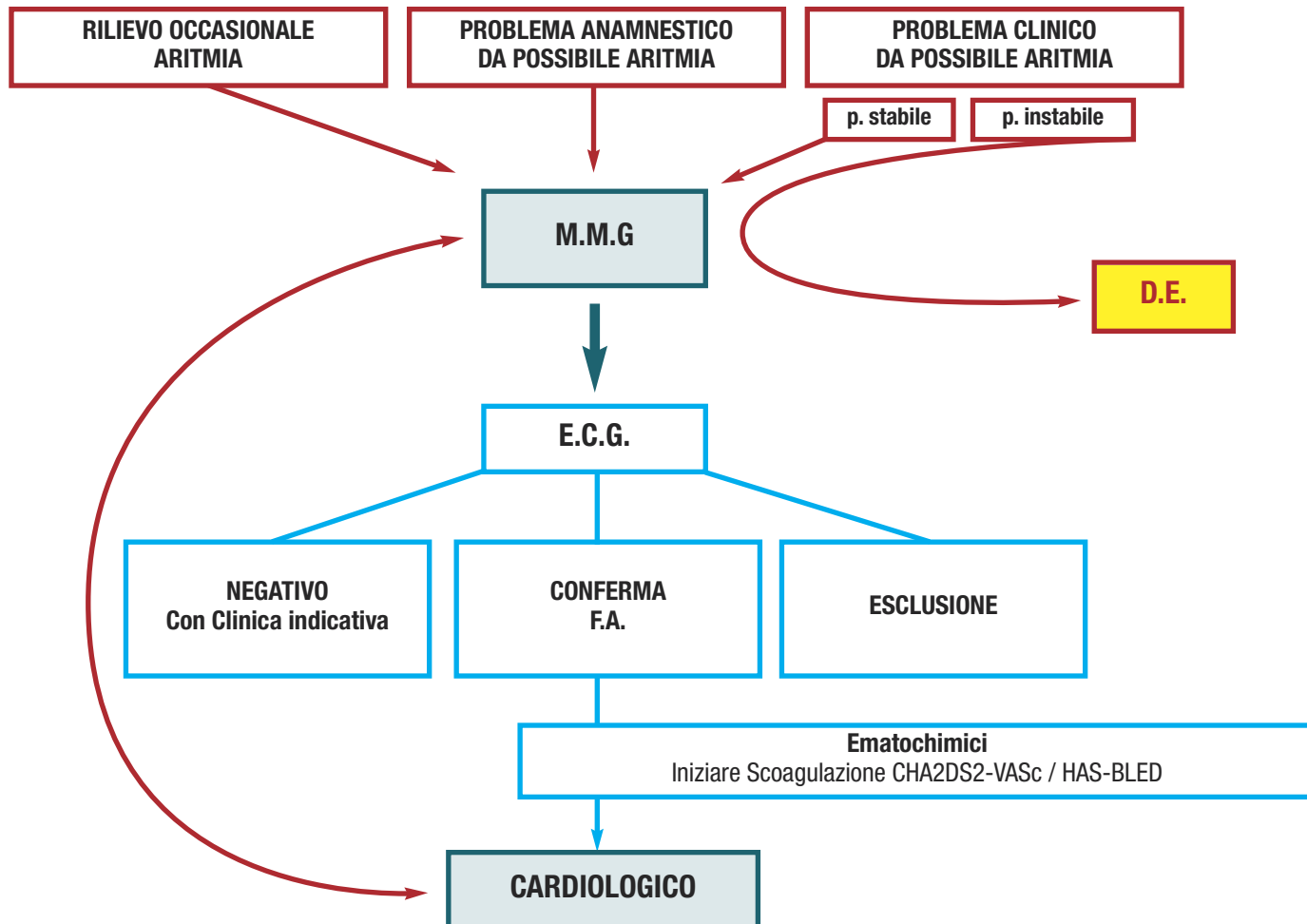
- Medici di Medicina Generale
- Infermieri (di Comunità, di AFT e Casa della Salute)
- Pazienti e Familiari

- Farmacie
- 118
- Medicine d'Urgenza Ospedaliera
- Specialisti Cardiologi

4. La diagnosi di FA può essere sospettata clinicamente ma richiede la sua dimostrazione elettrocardiografica. La finalità della diagnosi è la prevenzione degli eventi cardiovascolari, dello scompenso cardiaco, dello *stroke* e di ospedalizzazioni non pianificate.

5. Il riconoscimento della FA con paziente in condizioni emodinamicamen-

Fibrillazione Atriale. Percorso diagnostico



te stabili e senza significativi disturbi deve promuovere un trattamento immediato del rischio trombotico e del rischio di scompenso, se indicato.

6. Il rischio trombotico deve essere valutato con la scala CHA₂DS₂-VASc (v. appendice), nel sospetto di una FA non valvolare. Nella FA che accompagna una malattia valvolare è obbligatorio avviare subito il trattamento. Si deve anche tenere conto del rischio

emorragico con il punteggio della scala HAS-BLED (v. appendice).

7. La diagnosi di FA di prima insorgenza deve promuovere un approfondimento diagnostico rivolto al possibile riconoscimento dei fattori predisponenti o delle patologie sottostanti, e al loro trattamento.

8. Si intendono come esami di primo livello quelli di pertinenza del me-

dico di medicina generale e sono: la registrazione ECG e gli esami ematochimici. Gli esami di approfondimento – secondo livello – vanno indicati dal Medico Cardiologo.

9. Vi sono situazioni in cui il paziente deve essere inviato a procedure urgenti:

- pazienti con instabilità clinica;
- pazienti con FA sicuramente presente da meno di 48 ore.

CHA₂DS₂ - VASc

Lettera	Fattori di rischio	Punti
C	scompenso C ardiaco/disfunzione ventricolo sn	1
H	(H ypertension) ipertensione arteriosa	1
A	età A ≥ 75 anni	2
D	D iabete mellito	1
S	S troke/TIA/embolia sistemica	2
V	malattia V ascolare (pregresso IM, AOCP*, placca aortica) * Arteriopatia Obliterante Cronica Periferica	1
A	età A 65-74 anni	1
Sc	S esso categoria - femmina -	1

HAS-BLED

Lettera	Caratteristiche cliniche	Punti
H	(H ypertension) ipertensione arteriosa sistolica > 160mmHg	1
A	funzione renale e/o epatica A normali	1 o 2
S	S troke precedente	1
B	(B leeding) sanguinamento anamnestico o predisposizione (anemia)	1
L	INR L abile (< 60% del tempo in range terapeutico TTR)	1
E	E tà > 65 anni	1
D	uso concomitante di FANS (D rugs) o abuso di alcol (1 punto ognuno)	1 o 2

I tre killer



Embolia polmonare

Patologia acuta dell'aorta

Sindrome coronarica acuta

In Medicina d'urgenza, tra gli errori più gravi e pericolosi, vanno considerati la mancata diagnosi o la tardiva diagnosi di embolia polmonare, di patologia aneurismatica dissecativa dell'aorta e di infarto miocardico.

In queste situazioni cliniche la mancata diagnosi o la ritardata diagnosi sottraggono al paziente il tempo di cura per interventi salvavita. Trattandosi di urgenze cardio-vascolari, il più delle volte rapidamente evolutive, ogni ritardo diminuisce le probabilità di sopravvivenza. È necessario che il dispendio temporale sia ridotto al minimo. Per questo obiettivo è necessario che il paziente sia avviato a un percorso diagnostico che non escluda nessuna delle tre sindromi. Ci si può quindi trovare in condizioni di "certezza diagnostica", che dovrà seguire le Linee Guida idonee, oppure in condizioni di certa esclusione di ognuna delle tre sindromi, oppure in incertezza diagnostica. Questa ultima eventualità non si verifica frequentemente, ma se non è possibile un orientamento sicuro è raccomandata l'applicazione di una diagnostica strumentale che non consenta omissioni.

I 4 STEP DELLA DIAGNOSI

STEP 1

Pur nella variabilità del quadro sindromico di inizio, **dolore toracico, sincope, alterazioni del ritmo e/o della frequenza, dispnea acuta** sono tutte modalità di inizio di molte patologie, tra cui quelle dei tre killer.

STEP 2

In un paziente che si presenta in Emergenza Urgenza con dolore toracico, sincope, alterazione del ritmo cardiaco, dispnea acuta, si deve nel più breve tempo possibile:

cico, sincope, alterazione del ritmo cardiaco, dispnea acuta, si deve nel più breve tempo possibile:

- Valutare i Parametri Vitali
- Eseguire accurata Anamnesi
- Eseguire un accurato Esame Obiettivo
- Eseguire Elettrocardiogramma
- Eseguire Emogasanalisi
- Eseguire Ecocardiografia
- Eseguire Esami ematochimici

Si sottolinea che in questa fase è ineludibile l'esecuzione di Ecocardiografia ed Emogasanalisi, esami che devono essere fruibili in tutti i Pronto Soccorso 24 ore su 24.

STEP 3

L'osservazione clinica ed i risultati degli esami conducono a tre possibilità:

- A. Diagnosi certa**, che deve condurre all'utilizzo delle LG e dei percorsi diagnostico-terapeutici specifici per ogni sospetto diagnostico;
- B. Esclusione** documentata e certa dei tre quadri clinici indicati sopra;
- C. Incertezza**. Nonostante l'attenta valutazione, un gruppo di pazienti rimane privo di una diagnosi certa, ma la possibile presenza di uno dei tre quadri clinici impone un comportamento operativo. Per garantire quindi a questi pazienti una diagnosi che, sebbene difficile, NON PUÒ ESSERE IGNORATA, è ne-



cessaria l'applicazione dello **STEP 4**, anche in risposta alla probabilità pre-test secondo gli score riportati (alta probabilità, media/bassa probabilità delle tre sindromi, medio/bassa probabilità di sola sindrome coronarica acuta).

STEP 4

Nel gruppo "C. Incertezza" si deve prevedere l'esecuzione di una ANGIO TC che dimostri con chiarezza la presenza di una delle tre sindromi. L'ANGIO TC si prefigura in questo gruppo come esame "patognomonico" e salvavita.

Nello stesso gruppo, qualora residui comunque la sola bassa probabilità di sindrome coronarica acuta, si deve continuare l'osservazione clinica e strumentale e, in casi in cui la diagnosi sia supportata dall'esclusione di altri quadri clinici e dalla forte probabilità di coronaropatia, deve essere eseguito l'esame coronarografico.

Fattori utili per la stima della probabilità pre-test

EMBOLIA POLMONARE	
Fattori di rischio	Segni e sintomi
Precedente trombosi venosa periferica	Frequenza cardiaca elevata
Fratture o interventi chirurgici nell'ultimo mese	Emottisi
Neoplasie note	Dolore estremità inferiori
Età superiore a 65 anni	Gamba. Edema e dolore alla palpazione
Immobilità prolungata	Tosse
	Febbre
	Sincope
http://www.qxmd.com/calculate-online/hematology/wells-criteria-pulmonary-embolism	

ANEURISMA AORTA TORACICA	
Fattori di rischio	Segni e sintomi
S. di Marfan o altre Connettivopatie	Dolore improvviso dorso o addome
Familiarità	Deficit di perfusione periferico (polsi)
Patologia aortica già nota	Rumore Diastolico Aortico
Aneurisma Aorta Toracica già noto	Ipotensione e shock
Recente intervento cardiocirurgico	
http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/thoracic-aortic-aneurysm/symptoms-causes/dxc-20122022	

CORONAROPATIA ACUTA	
Fattori di rischio	Segni e sintomi
Storia di cardiopatia ischemica	Dolore torace e braccio sinistro
Sesso maschile	Ipotensione
Diabete	Segni di scompenso (dispnea)
Età >65 anni	
Uso di cocaina	
Arteriopatia extracardiaca	
http://www.zunis.org/Duke%20Chest%20Pain%20-%20CAD%20Predictor.htm	

Conclusioni

Il percorso clinico qui tracciato va ad integrare i percorsi e le Linee Guida tradizionali disponibili per la diagnosi dei tre quadri clinici in discussione. Sebbene la letteratura fornisca documenti adeguati allo scopo, si continuano a rilevare segnalazioni di errata e ritardata diagnosi di queste affezioni, cui sono legate alta mortalità e morbilità.

È necessario domandarsi la ragione di quanto si trova spesso segnalato sui quotidiani, che getta discredito sul Sistema Sanitario Toscano e causa perplessità nell'utenza.

Questo percorso ha la finalità di diminuire gli errori diagnostici in situazioni di difficile inquadramento, come indicato nei quattro "step". Risulta centrale attenersi in questi casi alla se-

guente triade: 1. **"pensarci sempre"**, 2. nei casi incerti **"valutare la probabilità clinica di tutte e tre le condizioni, contemporaneamente"**, 3. **"ricorrere ad un'indagine strumentale patognomonica"**. Solo così si può arrivare alla diagnosi in tempo utile per adire ad un trattamento salvavita, che per essere tale deve essere anche indilazionabile.

La sindrome di fragilità

di Antonio Bavazzano



ANTONIO BAVAZZANO, *Medico specialista in Cardiologia e Geriatria; dal 01/08/1988 al 30/09/2007 Direttore della U.O. di Geriatria della ASL 4 di Prato; dal 2007 Coordinatore della Rete assistenziale regionale delle persone con demenza.*

Con l'aumento dell'età tutte le funzioni si riducono progressivamente portando spesso ad una diminuzione dell'autostima a cui segue un disagio sanitario, fragilità, malattia. Tutto il percorso verso la longevità è dominato dalla costante ricerca di un compenso al progressivo declinare, curare la persona anziana significa riconoscere e favorire le sue strategie adattative finalizzate al mantenimento dell'autonomia personale e sociale.

Parole chiave: longevità, sopravvivenza senescenza, fenotipo fattori di rischio

Tutti gli esseri viventi, nessuno escluso, sarebbero affetti da una malattia ereditaria cronico degenerativa, che chiamiamo invecchiamento.

Con questa considerazione un illustre gerontologo apre un suo libro dedicato alla longevità (Bergamini E. 2012).

Longeva è la persona che sopravvive oltre il limite ritenuto medio per la sua specie. Riuscire a divenire longevi è, in larga parte, nelle nostre mani, i geni contano meno del 30%, mentre il 70% è legato allo stile di vita.

Il percorso verso la longevità si caratterizza per una progressiva riduzione o perdita di funzioni. A 75 anni i muscoli cadono mediamente del 15% della massa corporea, il grasso raddoppia, l'osso si riduce circa dell'8%, la forza massima di contrazione isometrica cala del 50% fra i 30 ed i 75 anni.

Con l'aumento dell'età tutte le funzioni si riducono progressivamente portando spesso ad un disagio nell'autostima a cui segue un disagio sanitario, fragilità, malattia.

Tutto il percorso verso la longevità è dominato dalla costante ricerca di un compenso al progressivo declinare, curare la persona anziana significa riconoscere e favorire le sue strategie adattative finalizzate al mantenimento dell'autonomia personale e sociale.

Nella Figura 1 viene proposto un modello della senescenza dove si sottolinea l'utilità di strategie positive per favorire un compenso al declinare della persona.

Ricercare costantemente un compenso ai progressivi deficit età correlati rappresenterebbe la modalità per una vecchietta sana.

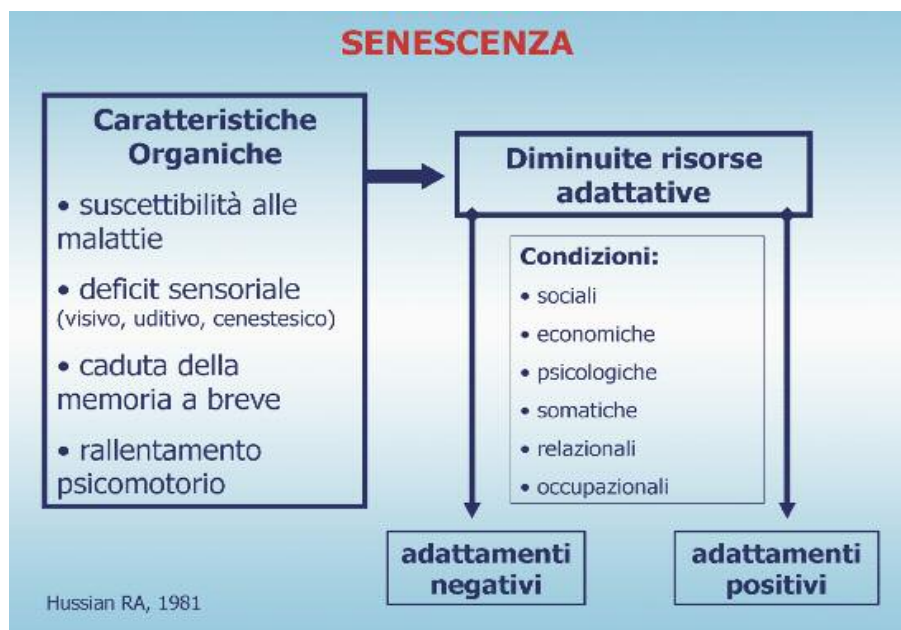


Figura 1

FENOTIPO FRAGILE

1. Perdita di peso (maggiore di 4,5 Kg. nell'ultimo anno)
2. Affaticamento (si sente affaticato per almeno 3 giorni/settimana)
3. Riduzione della forza muscolare (hand-grip) (m. =< 5,85 Kg; f. => 3,37 Kg)
4. Ridotta attività fisica (ev. questionario PASE)
5. Riduzione della velocità del cammino (su percorso noto > 7" per percorrere 5 m.)

(Fragilità = ≥ 3 item presenti)

Fried LP et al. for the Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journals of Gerontology. Series A: Biological and Medical Sciences* 56: M146-M157; 2001

Figura 2

Nel percorso verso la longevità, nel 14,3% delle persone di età superiore ai 65 anni, compare una vulnerabilità latente definita da molti Autori come “fi-

siologica” e caratterizzata da “riduzione delle riserve funzionali e da diminuita resistenza agli *stressors*. La sua causa sarebbe da ricercare nel declino

cumulativo di sistemi fisiologici multipli” (L. Fried 2004).

Quando, in una persona, parallelamente a questa situazione, sono presenti 5 specifici punti sotto elencati è possibile definirla persona fragile.

Diagnosticare la fragilità è un atto medico complesso, in quanto non esistono sintomi specifici di questa situazione fisiologica, il cui riconoscimento si basa sulla valutazione di 5 situazioni cliniche proprie anche di quadri patologici acuti o soprattutto cronici (Figura 2).

Ad esempio, una patologia depressiva presenta caratteristiche che, ad un esame superficiale, possono mostrare analogie con la fragilità, uguale considerazione per la riduzione della velocità del cammino, situazione comune in molte patologie organiche sia cardiache che respiratorie o dell'apparato locomotore.

Limitarsi al riconoscimento del fenotipo fragile significa spesso fare una diagnosi per esclusione.

ORDINE DEI MEDICI DI FIRENZE



ORDINE DEI
MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
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
segreteria.fi@pec.omceo.it - presidenza.fi@pec.omceo.it - amministrazione.fi@pec.omceo.it

RICORDO DI GABRIELE MANRICO, UNO DEI “PADRI” DELLA FIMMG

RICORDO

Il 22 aprile abbiamo salutato uno dei più grandi medici del nostro Ordine, il Dr. Gabriele Manrico, un uomo che ne ha segnato la storia, nei momenti più significativi e nelle fasi più decisive.

Uno dei padri fondatori della medicina di famiglia: quella del prendersi cura, dell'ascolto, della fiducia, del rispetto. Un maestro di vita per i suoi cari, per i suoi amici, per i suoi ammalati.

A noi adesso resta il suo ricordo vivo, ma soprattutto il compito di trasmetterlo ai giovani medici, per non disperdere questo patrimonio professionale ed umano della comunità medica toscana.

Da tutti noi un abbraccio alla sua famiglia e uno sguardo verso l'alto, da dove continuerà a seguirci con i suoi occhi color del cielo.

Ciao zio Manrico, mi mancherai...

Simona Dei



Gabriele Manrico è stato uno dei fondatori della FIMMG fiorentina. Medico condotto nel comune di Impruneta fin dal primo dopoguerra, aveva compreso presto quale dovesse essere il ruolo dei medici generali per la salute della popolazione e quanto fosse necessario garantire a tutti i cittadini un'assistenza universale e uguale. Ma, al di là di questi meriti, Manrico era un uomo di rara onestà intellettuale e di grande bontà d'animo. Irradiava serenità e amicizia. Un buon medico e un medico buono. Di quel gruppo di colleghi e di amici che ha contribuito a creare il servizio sanitario e a introdurre in Italia la medicina generale era ormai il decano e oggi lo piangiamo con affetto immutato. Un vero medico che ha indicato la strada dei valori perenni della medicina. Alla moglie e al figlio giunga il ricordo della Redazione di Toscana Medica.

La Valutazione Multidimensionale

VALUTAZIONE	TEST
Stato Funzionale	BADL (Katz et al. 1983), IADL (Lawton et al. 1969), AADL (Reuben et al. 1990, Rosow et al. 1996)
Psicologica	PHQ-9 o PHQ-2 (Spitzer et al. 1999), GDS -30 (Brink et al. 1982), GDS-15 (Sheik et al. 1986)
Cognitiva	MMSE (Folstein et al. 1975), Mini-Cog (Borson et al. 2000)
Sociale	Colloquio ± valutazione diretta dell' ambiente di vita
Economica	Raccolta di informazioni
Bisogno di Spiritualità	Colloquio
Stato Clinico	rischio di cadute: obiettività ± Test breve valutazione dell'udito: Obiettività ± Test breve valutazione della vista: tavole ottometriche continenza urinaria: questionario di screening stato nutrizionale: peso e BMI e/o test di autovalutazione farmaci assunti: questionario pre-visita

Figura 3

Negli U.S.A.

La metà dei decessi è legata a stili di vita errati

- 18,1% tabagismo
- 16,6% sedentarietà

I fumatori hanno valori di Pressione Arteriosa generalmente superiore ai non fumatori e non hanno il fisiologico carico notturno della pressione arteriosa.

Wikipedia, 2016

Figura 4

Il metodo più adeguato per riconoscere questa condizione clinica, organizzare misure sugli stili di vita e pro-

grammare il follow-up è rappresentato dalla valutazione multidimensionale, dove possono essere pesati anche i 5 punti con cui Linda Fried identifica il fenotipo fragile (Figura 3).

Tornando allo schema della senescenza (Figura 1) che abbiamo proposto, la cura della fragilità rappresenta uno dei più significativi adattamenti positivi per l'obiettivo longevità. La cura si basa su stili di vita corretti, anche se non esiste una indicazione uni-



voca. Ciascuno parte dalle proprie abitudini di vita, dalla sua situazione sociale e soprattutto dalla sua condizione di salute.

In modo sintetico si indicano le iniziative che hanno maggiore evidenza e significativo impatto clinico.

1° passo

Mangiare bene:
cambiare il proprio rapporto con il cibo. Una dieta funziona bene se si cambia ciò che si mangia e come lo si mangia.

2° passo

Muoversi di più:
90 minuti settimanali di attività fisica incrementano di tre anni la speranza di vita.

3° passo

Tenere alta la propria motivazione.

Come ultima considerazione riportiamo per la riflessione di ciascuno le conseguenze di uno stile di vita errato (Figura 4).

@ antoniobavazzano@gmail.com

Gruppo psicoeducativo e gruppo di sostegno

Per gli utenti del Servizio Alcolologico Territoriale dell'UFM Ser.D. B Firenze

P. Panti, A. Barbanti, C. Borrello, L. Calviani, L. Cicatiello, S. Cocchi S. Falchini, M. Ginanneschi, E. Giuliani, M.C. Giugni, A. Tilli



PATRIZIA PANTI, laureata in Medicina e Chirurgia e specializzata in Psichiatria presso l'Università degli Studi di Firenze. A partire dagli anni '90 si è occupata di dipendenze con particolare riguardo a disturbi alcolcorrelati. Oggi è responsabile del Servizio Alcolologico Territoriale dell'UFM Ser.D. B di Firenze.

Nel 2016 è stato effettuato uno studio sulle persone che hanno partecipato al Percorso S.A.T. (Gruppo psicoeducativo e di sostegno) organizzato dal Servizio Alcolologico Territoriale del Ser.D. B di Firenze. Emerge che ci sono pochi invii da parte di ospedali e medici e che la ritenzione in trattamento sembra essere favorita dal frequentare un gruppo per il sostegno all'astinenza sul territorio.

Parole chiave:
alcoldipendenza, servizio
ritenzione, trattamento, gruppi

L'Unità Funzionale Multidisciplinare (UFM) Ser.D. B Firenze, si rivolge ai cittadini residenti nei Quartiere 1 Oltrarno e Quartiere 3 che afferiscono al Presidio Piazza del Carmine e ai residenti nel Quartiere 4 che afferiscono al Presidio Lungarno S. Rosa. Presso questi Presidi sono attivi rispettivamente i seguenti Servizi: Servizio per le Dipendenze (SER.D. 2 e 3), Servizio Alcolologico Territoriale (S.A.T. 2 e 3), Ambulatorio Gioco d'Azzardo Patologico (G.A.P. 2 e 3), Centro Antifumo (presente solo presso il Presidio S. Rosa).

Nel febbraio 2011 è stato attivato, dal Servizio Alcolologico Territoriale (SAT) presso il Presidio Santa Rosa, un "Percorso SAT" articolato in un Gruppo Psicoeducativo e in un Gruppo di Sostegno con la finalità di informare gli utenti e le loro famiglie sulle problematiche connesse all'uso di alcol e di motivarle a prendersi cura della propria salute.

Il Percorso SAT

Dopo il primo colloquio di accoglienza, la discussione del caso in *équipe* e l'assegnazione degli operatori di riferimento, i pazienti sono inseriti nel Percorso, salvo diversa valutazione da parte degli operatori.

Le attività dei gruppi sono articolate in incontri settimanali della durata di circa 2,30 ore complessive e prevedono la partecipazione dei pazienti con problematiche alcolcorrelate, possibilmente accompagnati da almeno un familiare.

Nel *Gruppo Psicoeducativo* che si svolge durante la prima ora, a cicli di dieci incontri, sono trattati argomenti a tema con gli operatori del SAT (Medico, Psicologo, Educatore Professionale, Assistente Sociale) che si avvicendano in base all'argomento, mentre la seconda parte degli incontri (*Gruppo di Sostegno*) ha il carattere della discussione di gruppo, sempre alla presenza degli stessi due operatori SAT (uno psicologo e un medico).



Titolo di studio	Frequenza	Percentuale
missing	27	11,0
nessuno	2	0,8
licenza elementare	20	8,2
licenza media inferiore	107	43,7
licenza media superiore	49	20,0
diploma universitario / laurea breve	8	3,3
corso professionale	7	2,9
laurea	11	4,5
non noto	14	5,7
Totale	245	100,0

Tabella 1

È richiesta la partecipazione dei pazienti e delle loro famiglie a un ciclo di dieci incontri *psicoeducativi* e la frequenza regolare al *Gruppo di Sostegno* per un periodo di almeno un anno, durante il quale si lavora perché la famiglia sia inserita in un gruppo territoriale di sostegno alla sobrietà.

Con tale finalità agli ultimi incontri psicoeducativi partecipano anche rappresentanti degli Alcolisti Anonimi (AA) e dei Club degli Alcolisti in Trattamento (CAT).

Nel periodo di tempo in cui il paziente frequenta il *Percorso*, effettua la valutazione sanitaria con il medico di riferimento e gli interventi di urgenza che si rendano necessari. Segue un

Nel febbraio 2011 è stato attivato, dal Servizio Alcolologico Territoriale (SAT) presso il Presidio Santa Rosa, un “Percorso SAT” articolato in un gruppo psicoeducativo e in un gruppo di sostegno

progetto personalizzato, concordato con gli operatori di riferimento che potrà o meno comprendere l’inserimento in un CAT o in AA, tenendo conto anche del percorso fatto durante la frequenza ai Gruppi.

Una ricerca

Nel 2016 è stato effettuato uno studio sulle 245 persone che sono state in carico ai due servizi della UFM nel periodo dal 1 febbraio 2011 (momento di

attivazione del *Percorso*) al 1 febbraio 2016, al fine di analizzare la partecipazione al *Percorso* descritto.

I risultati mostrano che gli uomini sono 184 e le donne 61 con un rapporto maschi/femmine di 3,0.

L’età media degli utenti è di 49,3 anni. La fascia d’età più rappresentata è quella che va dai 50 ai 59 anni (Tabella 1).

Per quanto riguarda lo stato civile prevalgono i celibi/nubili con il 41,7% mentre i coniugati sono rappresentati dal 21,2% degli utenti, seguono separati (15,5%), conviventi (6,1%), divorziati (4,1%) e vedovi (1,6%).

La maggioranza ha conseguito la licenza media inferiore (43,7%) o superiore (20,0%).

Per quanto riguarda l’invio, il 51,4% del campione è giunto al Servizio su propria iniziativa (motivazione volontaria) oppure indotto dai familiari (4,5%) o da altre persone (0,8%), il 15,9% attraverso altri servizi della USL o un altro Ser.D. (2%) o da altri enti pubblici (5,7%), lo 0,4% è arrivato al Servizio tramite i servizi sociali territoriali o da strutture del privato sociale (0,8%), il 3,3% vi è stato inviato da strutture ospedaliere o da medici privati e

Canali di invio	Frequenza	Percentuale
VOLONTARIA	126	51,4
INVIATO PREFETTURA ART. 75	1	0,4
SEGNALATO PREFETTURA/MAGISTRATURA ART 121 COMMA 2	12	4,9
ALTERNATIVA AL CARCERE	10	4,1
INDIRIZZATO DA ALTRI SERVIZI DELLA USL	39	15,9
INDIRIZZATO DA ALTRI ENTI PUBBLICI	14	5,7
INVIATO DA STRUTTURE DEL PRIVATO SOCIALE	2	0,8
INDOTTO DAI FAMILIARI	11	4,5
INDOTTO DA ALTRE PERSONE	2	0,8
URGENZA TOSSICOLOGICA	1	0,4
INVIATO DA ALTRO SER.D.	5	2,0
SERVIZIO SOCIALE MINORILE	1	0,4
SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI	8	3,3
STRUTTURE OSPEDALIERE/MEDICO PRIVATO	8	3,3
MEDICO DI BASE	1	0,4
COMMISSIONI PATENTI	4	1,6
Totale	245	100,0

Tabella 2

La ritenzione in trattamento del 60% degli utenti per due o più anni può essere considerata un indicatore positivo della buona riuscita dei trattamenti

lo 0,4% dal medico di base, infine il 4,1% afferisce al Ser.D. come alternativa al carcere, 13 persone vi si sono rivolte su segnalazione della prefettura o magistratura (0,4% l'art.75 e 4,9% art.121 comma 2) e l'1,6% tramite la commissione patenti (Tabella 2).

66 persone hanno partecipato a tutto il Percorso SAT (26,9%) mentre 24 (il 9,8%) l'hanno interrotto prima della conclusione.

54 (22%) persone hanno frequentato un gruppo per problemi alcolcorrelati organizzato sul territorio (CAT, AA, altri).

La maggioranza degli utenti (60%) ha un'aderenza al trattamento di due anni e oltre.

La ritenzione in trattamento sembra avere un beneficio dal frequentare i gruppi territoriali: infatti, gli utenti che li hanno frequentati restano più spesso in carico al servizio per oltre due anni rispetto a chi non ha mai frequentato i gruppi (83,3% vs 53,0%).

Conclusioni

Gli operatori del Servizio si sono confrontati sui dati raccolti e hanno prodotto le seguenti riflessioni.

Il numero di persone che giunge al SAT in maniera volontaria o tramite familiari o altre persone sembra indicare una discreta visibilità del Servizio Alcollogico. Al contrario gli invii da parte di

ospedali e medici privati e ancora di più dai medici di medicina generale appaiono scarsi. Gli operatori devono dunque accrescere la collaborazione con questi canali d'invio soprattutto per la loro potenzialità di intercettare le problematiche alcolcorrelate al loro esordio. I medici di medicina generale, in quanto vicini alle famiglie del territorio e gli ospedali, tramite il pronto soccorso, rappresentano ambiti privilegiati per il raggiungimento di gran parte della popolazione e dei giovani che vi afferiscono soprattutto nei fine settimana.

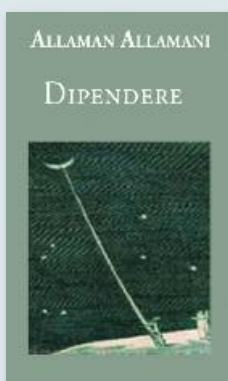
La ritenzione in trattamento del 60% degli utenti per due o più anni può essere considerata un indicatore positivo della buona riuscita dei trattamenti (AA.VV., 2001 e De Angeli e Serpelloni, 2003).

La ritenzione in trattamento sembra essere favorita dal frequentare un gruppo territoriale e, poiché uno degli obiettivi del Percorso SAT è anche quello di favorire l'inserimento in gruppi territoriali di sostegno all'astinenza, questo studio conferma l'importanza di cercare di perseguire quest'obiettivo e anche la necessità di potenziare quest'aspetto del lavoro.

@ patrizia.panti@uslcentro.toscana.it



LETTI PER VOI



Dipendere

ALLAMAN ALLAMANI
La Parola per strada Edizioni



Allaman Allamani ha una lunghissima esperienza nel campo delle dipendenze alcoliche e nelle situazioni umane caratterizzate da ogni tipo di disagio. La Parola per strada Edizioni ha pubblicato un suo piccolo volume in cui realizza una duplice operazione. Da un lato espone le sue riflessioni etiche e ideali sul fenomeno della dipendenza come caratteristica ineludibile dell'uomo e sul suo valore comunque euristico nel cammino della costruzione dell'io individuale nei confronti dell'altro. Nella seconda parte del testo raccoglie invece alcune testimonianze di

grande significato umano e morale di persone che hanno attraversato il tunnel della dipendenza da alcol e su questa hanno saputo costruire una nuova personalità e un rinnovato rapporto col mondo e con la società. Non è un libro di testo ma uno scritto da consigliare a chiunque si interessi dell'uomo cercando di unire in un ritrovato umanesimo pensieri filosofici e religiosi, ma anche strettamente medici. In epoca di trionfante tecnologia giova ricordare la natura profonda della medicina come professione di aiuto e consola che ancora vi siano medici che fanno di questo impegno la ragione della propria professione. In questo modo si riesce a trasformare l'empatia da retorica di scuola a vissuto concreto che definisce la continuità tra essere dipendente e non esserlo nella condivisione di una comune umanità.

Antonio Panti

Oltre i limiti della nostra mente

Le nuove frontiere farmacologiche del potenziamento cognitivo

di Alessandra Bettiol, Alessandro Mugelli

Stress lavorativi e sociali spingono oggi molte persone a ricorrere all'impiego di psicostimolanti per aumentare le prestazioni intellettuali. La facile reperibilità nel web di "smart drugs", vendute in alcuni casi senza che siano stati studiati nell'uomo, rappresenta un emergente problema sociale e di salute pubblica. Vengono presentate alcune problematiche etiche e di sicurezza.

Parole chiave:
potenziamento cognitivo
consolidamento della memoria
smart drugs, psiconauti, effetti avversi

Fin dalle sue origini, l'essere umano è ricorso all'impiego di sostanze, prima naturali e poi di sintesi, allo scopo di migliorare le proprie *performance* cognitive.

Le civiltà antiche utilizzavano comunemente sostanze allucinogene nel tentativo di espandere le proprie capacità sensoriali ed entrare in contatto con quelle che ritenevano essere le loro divinità. È noto inoltre come nell'antica Grecia gli studenti mettersero del rosmarino tra i capelli, perché erano certi che questa pianta aumentasse la memoria. Oggi, questo tentativo di potenziamento cognitivo è radicalmente cambiato nelle sue finalità, così come nelle tecniche impiegate che comprendono sia semplici esercizi di allenamento mnemonico, sia l'impiego di farmaci psicoattivi.

Indipendentemente dalle tecniche di potenziamento cognitivo utilizzate, permane come filo conduttore il bisogno, tipico dell'uomo, di un costante miglioramento delle proprie capacità psicofisiche, in un eterno tentativo di superamento dei propri limiti.

Propriamente, il potenziamento cognitivo è definito come l'amplificazione o l'estensione delle capacità centrali della mente, attraverso il miglioramento e il rinforzo dei sistemi di elaborazione delle informazioni interne ed esterne. Nello specifico, gli interventi di potenziamento cognitivo possono essere diretti ad una o più delle fasi chiave proprie di tali sistemi di elaborazione, ovvero le fasi di acquisizione (percezione), selezione (attenzione), rappresentazione (comprensione) e ritenzione (memoria) delle informazioni stesse.

Il potenziamento cognitivo propriamente detto fa riferimento ad interventi condotti da e su soggetti sani, con fi-



ALESSANDRA BETTIOL, laureata in *Biotechnologie Farmaceutiche*, ha svolto attività di ricerca in campo farmaco-epidemiologico presso l'Azienda ULSS di Treviso. Dottoranda in Scienze Farmacologiche presso l'Università di Padova. Assegnista di Ricerca dell'Università di Firenze, presso il Dipartimento di Neuroscienze, Psicologia, Area del Farmaco e Salute del Bambino (NEUROFARBA).



ALESSANDRO MUGELLI, Ordinario di Farmacologia (Università di Firenze), è Presidente del Comitato Etico Regionale Pediatrico, Coordinatore dell'Ufficio di Presidenza del CE Regionale Toscana e direttore della SOD complessa di Farmacologia dell'AOU Careggi. È Presidente eletto della Società Italiana di Farmacologia.

nalità quindi non curative bensì migliorative della *performance* intellettuale.

Tra le diverse forme di potenziamento cognitivo, quello farmacologico è di particolare interesse sia sociale che scientifico. In ambito sociale, infatti, il crescente impiego di psicostimolanti rappresenta un rilevante problema di salute pubblica, dati i potenziali rischi connessi all'assunzione di tali sostanze.

Recenti studi mostrano come la "cosmesi neurologica" farmaco-mediata sia una pratica attualmente diffusa principalmente in ambito scolastico e accademico. Esaminando le acque di scolo di un campus americano, uno studio condotto da Burgard e colleghi ha evidenziato negli anni 2011-2012 un significativo aumento delle concentrazioni di amfetamine e di metilfenidato nei periodi dell'anno accademico corrispondenti agli esami intermedi e finali, rispetto alle concentrazioni riscontrate nei periodi di



minore stress quali l'inizio dell'anno accademico. Risultati provenienti da vari sondaggi mostrano come queste sostanze siano di facile reperibilità tra gli studenti, che le ottengono da amici a cui effettivamente questi farmaci vengono prescritti per una particolare patologia (basti pensare che negli USA il 5% degli studenti viene diagnosticato con ADHD- *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*), o falsificando i sintomi per ottenere una diagnosi e una conseguente prescrizione medica.

Accanto all'impiego in ambito accademico, un uso non trascurabile di psicostimolanti è stato riportato in professioni che richiedono alti livelli di attenzione e di concentrazione, come i chirurghi. Da uno studio condotto nel 2011 in Germania analizzando dei questionari anonimi compilati da chirurghi, è emerso che il 9% dei medici in esame aveva fatto uso in almeno un'occasione di sostanze per il potenziamento cognitivo, principalmente allo scopo di contrastare fatica, deficit di concentrazione e potenziali sintomi depressivi derivanti da situazioni lavorative di intenso stress fisico e mentale e da privazione di sonno.

In particolare, i potenzianti cognitivi impiegati comprendono una vasta ed eterogenea gamma di sostanze, conosciute con il nome di *smart drugs*. Come definito dall'Istituto Superiore di Sanità, con il termine *smart drugs* "si intendono tutta una serie di composti sia di origine naturale (vegetale) che sintetica" che "promettono di aumentare le potenzialità cerebrali, la capacità di apprendimento e memoria nonché di migliorare le 'performance' fisiche di chi le assume ed anche di fornire effetti psichedelici di 'visioni sensoriali ed allucinogene' particolari, percezioni, sensazioni, emozioni e processi mentali in genere". In Italia, tali sostanze non sono attualmente inserite tra le sostanze stupefacenti e psicotrope vietate secondo la tabella I dell'art.14 del DPR n. 309/90; pertanto, non esistono attualmente divieti alla loro commercializzazione.

Come riportato in un articolo di Elena Meli sul «Corriere della Sera» ("La giungla di internet sugli 'estratti vegetali'" 22 giugno 2015), gran parte del successo dalle *smart drugs* sembra derivare proprio dal fatto che queste mo-

lecole, pur esercitando potenti effetti psicostimolanti, non rientrano tra le droghe d'abuso propriamente dette, e vengono quindi offerte legalmente sul mercato, millantando una maggior sicurezza d'uso (quasi mai supportata da studi clinici) rispetto alle normali droghe d'abuso. Numerosi sono i siti web e i negozi virtuali che offrono pronta reperibilità di queste sostanze, come gli "hemp shop" fisici e cibernetici (negozi che vendono articoli e prodotti riguardanti la canapa, compresa la rivendita di semi di varie specie per la coltivazione fai-da-te). Accanto a questi siti, spopolano nella rete i forum in cui gli psiconauti (ovvero coloro che ricercano e acquistano in rete *smart drugs*) si scambiano consigli ed esperienze sulle sostanze utilizzate.

Le informazioni contenute in questi blog rappresentano un interessante strumento per conoscere quali sostanze vengono impiegate come psicostimolanti e con che modalità vengono assunte.

Tra le sostanze maggiormente impiegate primeggiano farmaci psicostimolanti clinicamente impiegati nel trattamento dell'ADHD come il metilfenidato o il modafinil (o il suo enantiomero armodafinil o il pro-farmaco adrafinil) (Tabella 1 a pag. 32). L'uso di questi farmaci in soggetti sani, spesso ottenuti grazie alla prescrizione di medici compiacenti, esercita infatti effetti psicostimolanti a livello della corteccia prefrontale, con azione di potenziamento della memoria, della velocità di ragionamento, nonché di diminuzione del controllo inibitorio e aumento della veglia.

Una ricerca in corso in ambito universitario, condotta esaminando diversi forum online, ha riscontrato inoltre come anche farmaci tradizionalmente impiegati nella terapia antiepilettica e nel trattamento del dolore neuropatico, quali pregabalin e gabapentin, vengono ampiamente acquistati nel web in alternativa alle sostanze ad azione oppioide (secondo quanto riportato dagli utilizzatori stessi), in quanto sembrano dare minore tolleranza e assuefazione rispetto a queste ultime, pur fornendo potenti effetti psicostimolanti.

Accanto ai farmaci noti per i loro effetti a livello del sistema nervoso centrale (SNC), l'elenco delle principali sostanze usate come potenzianti cognitivi annovera anche il propranololo, un be-

ta-bloccante tradizionalmente impiegato nel trattamento dell'ipertensione e dei disturbi cardiovascolari in genere. In forza della sua lipofilia e della conseguente capacità di attraversare la barriera ematoencefalica, il propranololo esercita infatti effetti sul (ri)consolidamento della memoria emozionale a lungo termine, riducendo l'ansia e la paura e trovando pertanto impiego anche nel trattamento dei disordini da stress post-traumatico (*post-traumatic stress disorder- PTSD*).

Nonostante la consapevolezza di impiegare dei farmaci al di fuori delle loro indicazioni terapeutiche, molte persone scelgono comunque di ricorrere all'assunzione di queste sostanze per potenziare le proprie *performance* cognitive. Anche nel caso in cui tale consapevolezza agisca da deterrente verso un uso improprio di farmaci psicostimolanti, non va però dimenticato che anche numerosi integratori e sostanze di origine naturale come caffeina, melatonina e rodio- la sono capaci di esercitare potenti effetti nootropici (Tabella 1).

Tra le sostanze naturali più commercializzate nel web, degno di menzione è il kratom, una miscela di alcaloidi estratti dalla *Myragina speciosa* dalle potenti attività stimolanti-euforizzanti; tale sostanza al momento non è posta sotto controllo degli enti regolatori, anche se negli USA la DEA ha mosso numerose iniziative per la rivalutazione da parte dell'FDA, alla luce dei potenziali effetti avversi e di assuefazione di questa sostanza.

Consapevoli che l'etichetta di prodotto naturale rassicura spesso l'utilizzatore circa la sicurezza della sostanza, numerosi siti internet attribuiscono deliberatamente questa denominazione in maniera inappropriata e fuorviante a sostanze sintetizzate chimicamente a partire da prodotti naturali: è il caso ad esempio di preparazioni contenenti catinoni, sintetizzati a partire dalla pianta khat e commercializzati "camuffati" come sali da bagno, per poi essere in realtà assunti come psicostimolanti.

L'uso crescente di queste sostanze rappresenta un problema di salute pubblica assolutamente non trascurabile, data la totale assenza di studi clinici e di informazioni circa la loro sicurezza. Un esempio per tutti è quello di unifram e

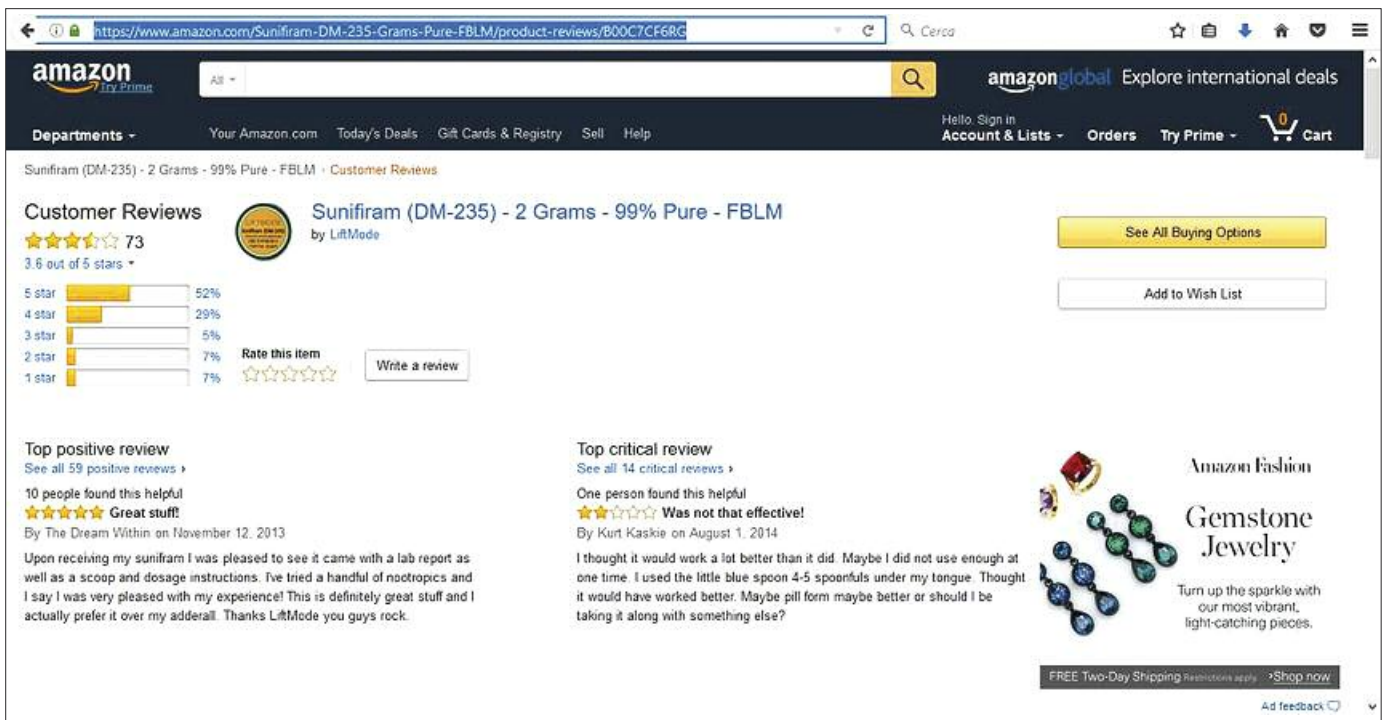


Figura 1 - Screenshot del sito internet www.amazon.com/Sunifiram-DM-235-Grams-Pure-FBLM/product-reviews/B00C7CF6RG (ultimo accesso del 28/02/2017).

sunifiram, due sostanze nootrope piracetam-simili sintetizzate nel 2000 dal gruppo di ricerca fiorentino coordinato dal prof. Gualtieri. Tali sostanze, non sottoposte a copertura brevettuale, sono attualmente reperibili online in una dozzina di siti tra cui il noto sito di acquisti Amazon che ne millantano le potenzialità come *enhancer* cognitivi, nonostante le sole informazioni valide disponibili derivino da studi pre-clinici condotti sui soli modelli animali, e nonostante la totale assenza di dati circa la tossicità a lungo termine di questi trattamenti (Figura 1).

Dati il potenziale impatto clinico connesso dell'uso e abuso di queste sostanze e la scarsità di informazioni scientifiche documentate e accurate, sono stati condotti o sono attualmente attivi vari progetti di ricerca volti a fornire evidenze scientifiche circa l'efficacia e la sicurezza di questi trattamenti. Uno studio inglese del 2003 condotto su 60 volontari sani randomizzati a placebo o a modafinil (100 o 200 mg), ha riportato significativi miglioramenti delle *performance* riguardanti il *digital span*, la *pattern recognition memory* visiva, la pianificazione spaziale e il tempo di reazione nei pazienti trattati con modafinil.

Recentemente è stato completato un ulteriore studio tedesco a cura della Cha-

rite University di Berlino, volto ad investigare "Gli effetti di modafinil, caffeina e metilfenidato in volontari sani"; i risultati di questo studio non sono però ancora disponibili.

Relativamente al metilfenidato, inoltre, una revisione di letteratura condotta nel 2014 da Linssen e colleghi ha fornito evidenze circa l'efficacia di questo trattamento, principalmente in riferimento al miglioramento della memoria lavorativa e della velocità di processazione delle informazioni.

Le conclusioni della suddetta revisione pongono inoltre particolare attenzione alle potenziali reazioni avverse e al rischio di dipendenza derivanti dall'impiego di potenzianti cognitivi.

Accanto agli studi sulle *smart drugs*, la ricerca si sta focalizzando anche sull'efficacia di tecniche non-farmacologiche di potenziamento cognitivo, quali la stimolazione con corrente diretta transcranica (*transcranial Direct Current Stimulation*- tDCS). Questa tecnica, in particolare, prevede una modificazione dell'attività neuronale attraverso l'applicazione di una debole corrente elettrica costante a livello dello scalpo. Risultati provenienti da vari studi sottolineano l'efficacia di questa tecnica nel migliorare le *performance* cognitive in patologie quali la depressione, il *deficit* cogni-

tivo, l'ADHD. Nei soggetti sani, inoltre, diversi studi hanno documentato l'efficacia della tDCS nell'aumento dell'attenzione, dell'apprendimento e della memoria, e del *problem solving*, specialmente quando combinata ad esercizi di allenamento mnemonico.

La crescente disponibilità di sostanze o tecniche per il potenziamento cognitivo apre però anche un dibattito etico e sociale assolutamente non trascurabile. In particolare, gli aspetti etici si articolano innanzitutto attorno alla problematica della coercizione, connessa alle possibili pressioni più o meno celate per l'assunzione di tali sostanze nell'ambito di competizioni lavorative o scolastiche. Ne derivano successive problematiche quali l'autenticità delle *performance* compiute sotto potenziamento cognitivo, specialmente nell'ambito di competizioni sportive a carattere agonistico.

Preso atto dell'inevitabile competitività degli ambienti lavorativi e sportivi, e considerata la difficoltà legislativa di classificazione e di regolamentazione dell'uso di queste molecole, risulta di primaria importanza la divulgazione di informazioni accurate e sempre aggiornate circa i possibili effetti avversi connessi al loro utilizzo nel potenziamento cognitivo.

PRINCIPIO ATTIVO	MECCANISMO D'AZIONE	INDICAZIONI TERAPEUTICHE APPROVATE	EFFETTI NEL POTENZIAMENTO COGNITIVO	POTENZIALI EFFETTI AVVERSI
FARMACI				
Acido acetilsalicilico	Farmaco antiinfiammatorio non steroideo.	Principalmente impiegato come antiinfiammatorio e analgesico.	Riduzione del rischio di Alzheimer. Aumento della memoria lavorativa.	Effetti avversi gastrointestinali (emorragie gastrointestinali) e cardiovascolari.
Anfetamine	Agonista indiretto del sistema catecolaminergico soprattutto a livello centrale; favorisce il rilascio di dopamina, noradrenalina e serotonina.	Regolazione dell'appetito e dell'intake di cibo in soggetti obesi. Trattamento di disturbi mentali e comportamentali compreso narcolessia e ADHD.	Stupefacente; aumento delle performance sia cognitive che fisiche.	Disturbi cardiaci (tachicardia, battito cardiaco irregolare), perdita di appetito, ipertensione, allucinazioni, insonnia e psicosi paranoide. Alto rischio di dipendenza.
Gabapentin	Interazione con i canali del calcio voltaggio dipendenti; riduce la concentrazione intracellulare dello ione calcio, diminuendo l'attività di neurotrasmettitori come glutammato, noradrenalina, e sostanza P, ed amplificando l'attività del neurotrasmettitore GABA.	Trattamento delle crisi convulsive parziali con o senza generalizzazione secondaria; trattamento del dolore neuropatico; trattamento di disordine bipolare, disturbi d'ansia, e come stabilizzatore dell'umore.	Impiegato in alternativa alle sostanze ad azione oppioide, in quanto sembra dare minore tolleranza e assuefazione.	Ideazione e comportamento suicidari; aumento della frequenza delle crisi epilettiche o l'insorgenza di nuovi tipi di crisi; capogiri, sonnolenza, perdita di coscienza, confusione, compromissione mentale.
Idrocortisone (cortisolo)	Ormone steroideo prodotto dalla zona fascicolata della corteccia adrenale; rilasciato in risposta a stress o a ipotensione.	Principalmente impiegato come antinfiammatorio e immunomodulante.	Effetti sull'attenzione selettiva e sulla memoria.	Insufficienza surrenalica, effetti avversi gastrointestinali, osteoporosi, iperglicemia, diminuzione della resistenza alle infezioni, effetti coagulanti del sangue.
Levodopa	Prodotto di biosintesi, precursore dei neurotrasmettitori dopamina, norepinefrina e epinefrina.	Indicata nel trattamento del morbo di Parkinson e nella distonia dopamino-responsiva.	Miglioramento delle capacità di codifica.	Wearing off, periodo on-off, nausea, vomito, inappetenza, anoressia, ipotensione ortostatica, aritmie, turbe psichiche e discinesie.
Metilfenidato	Inibizione del reuptake delle catecolamine; aumento dei livelli extracellulari di dopamina e norepinefrina.	Inizialmente impiegato per stati depressivi e psicosi associate a narcolessia. Attualmente è il farmaco più impiegato per l'Attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD).	Effetti su memoria di lavoro, memoria di consolidamento, velocità di ragionamento (speed of processing), controllo inibitorio. Aumento della veglia in soggetti deprivati del sonno.	Disturbi a livello del SNC (cefalea, sonnolenza, tremori...), nasofaringiti, disordini del metabolismo e della nutrizione, disordini cardiovascolari, disordini psichiatrici, reazioni anafilattiche, rash cutaneo, orticaria, anemia, pancitopenia, disordini gastrointestinali.

Tabella 1 - Le principali sostanze impiegate nel potenziamento cognitivo (*segue*).

PRINCIPIO ATTIVO	MECCANISMO D'AZIONE	INDICAZIONI TERAPEUTICHE APPROVATE	EFFETTI NEL POTENZIAMENTO COGNITIVO	POTENZIALI EFFETTI AVVERSI
Modafinil (o il suo enantiomero armodafinil o il pro-farmaco adrafinil)	Meccanismo non completamente noto. Presunta inibizione del reuptake delle catecolamine; aumento dei livelli extracellulari di dopamina nella regione fronto-striatale e di norepinefrina nelle regioni frontali. Potenziali effetti secondari su numerosi neurotrasmettitori (serotonina, glutammato, GABA).	Trattamento della narcolessia.	Aumento dell'attenzione, della veglia e della vigilanza.	Gli effetti avversi più comuni includono capogiri, sonnolenza, astenia, insomma, cardiopalma, dolori toracici, vampate di calore, secchezza mucosale, perdita dell'appetito, nausea, stitichezza o diarrea, intorpidimento degli arti, visione confusa, irritabilità.
Pregabalin	Interazione con i canali del calcio voltaggio dipendenti; riduce la concentrazione intracellulare dello ione calcio, diminuendo l'attività di neurotrasmettitori come glutammato, noradrenalina, e sostanza P.	Impiegato terapeuticamente contro il dolore neuropatico centrale e periferico, o come ansiolitico/ipnoinduttore.	Usato spesso in alternativa agli oppioidi, di cui è più economico, e inoltre sembra che dia minore tolleranza e assuefazione; utilizzato anche insieme a sostanze ad azione oppioide per ottenere un effetto sinergico.	Letargia, spasmi muscolari, visione periferica disturbata.
Propranololo	Beta-bloccante; antagonista competitivo ai siti recettoriali per le catecolamine endogene adrenalina e noradrenalina sui recettori beta adrenergici.	Indicato nel trattamento di ipertensione, angina pectoris, tachicardia, infarto del miocardio. Indicato nel trattamento del tremore essenziale e di disordini psichiatrici quali il post-traumatic stress disorder.	Riduzione dell'ansia e della paura.	Disturbi del sonno (insonnia e incubi), diabete mellito, ipertiroidismo, sindrome di Reynaud e disturbi vascolari periferici, peggioramento della miastenia gravis.
Tolcapone	Inibitore specifico della catecholamine-O-me-thyltransferase (COMT) a livello del sistema nervoso centrale.	Indicato nel trattamento del morbo di Parkinson.	Aumento significativo delle funzioni esecutive e della memoria episodica verbale.	Nausea, perdita dell'appetito, diarrea, discinesia, distonia, mal di testa, capogiro, disturbi del sonno, eccessiva attività onirica, sonnolenza, confusione, allucinazioni e problemi ortostatici.

Tabella 1 - Le principali sostanze impiegate nel potenziamento cognitivo (*segue*).

NUOVO SITO INTERNET DEDICATO A TOSCANA MEDICA

È attivo e online il nuovo sito internet che l'Ordine di Firenze dedica interamente a "Toscana Medica", la prestigiosa rivista fondata nel 1983 da Giovanni Turziani, che adesso si presenta ai lettori anche con questa nuova "veste": un sito tematico che raccoglie gli articoli pubblicati su ogni numero della rivista, organizzati in rubriche e facilmente consultabili, stampabili, linkabili e ricercabili per diverse chiavi di ricerca. Ovviamente non manca l'offerta della rivista "per intero", in formato PDF o sfogliabile, con la veste grafica identica all'originale cartaceo, che può essere consultata a video, salvata in locale o stampata. Tutti i nostri lettori sono invitati a consultare il sito www.toscanamedica.org del quale si auspica che verranno apprezzate la facile fruibilità (è ottimizzato anche per tablet e smartphone) e la chiarezza della struttura e dei contenuti. Naturalmente in attesa di suggerimenti e idee migliorative, che saranno le benvenute!

PRINCIPIO ATTIVO	MECCANISMO D'AZIONE	INDICAZIONI TERAPEUTICHE APPROVATE	EFFETTI NEL POTENZIAMENTO COGNITIVO	POTENZIALI EFFETTI AVVERSI
INTEGRATORI ALIMENTARI E SOSTANZE ERBORISTICHE				
Caffeina	Antagonista non selettivo dei recettori adenosinici A1 e A2a. Inibizione della fosfatidilsterasi e conseguente breakdown del secondo messaggero intracellulare cAMP. Aumento dell'emissione di noradrenalina.	Trattamento dell'apnea primaria nei neonati prematuri; impiegata in associazione al paracetamolo come analgesico.	Aumento dell'allerta e potenziamento dell'attenzione, della capacità di codifica e di percezione, e della velocità di risposta.	Insomnia, convulsioni, effetti avversi cardiovascolari (aumento della frequenza e della gittata cardiaca, aritmie).
Melatonina	Prodotta dalla ghiandola pineale umana.	Parafarmaco indicato nel trattamento dell'insonnia e della sindrome da jet-lag.	Favorisce il consolidamento della memoria, esercitando un'attività simile a quella del sonno.	Mal di testa, depressione transitoria, sonnolenza diurna, vertigini, irritabilità.
Rodiola	Azione antiossidante e di scambiatore delle specie reattive dell'ossigeno (ROS).	-	Riduzione della fatica e dello stress. Effetti ansiolitici, antidepressivi e neuroprotettivi.	Potenziali interazioni farmacocinetiche a livello del citocromo P450.
SOSTANZE NON APPROVATE PER USO TERAPEUTICO				
Kratom (Miscela di alcaloidi estratti dalla <i>Myragina speciosa</i> , fam. Rubiaceae)	Agonista dei recettori oppioidi μ e δ .	-	Impiegata come stimolante-euforizzante, o nel trattamento del dolore cronico.	Ansia, irritabilità, nausea, vomito; tachicardia, crisi epilettiche, danni epatici.
Unifiram e Sunifiram	Meccanismo d'azione non chiaro; azione piracetam-simile.	-	Potenzianti cognitivi; si riportano casi di impiego nel decadimento cognitivo precoce.	Mai testato nei trial clinici.

Tabella 1 - Le principali sostanze impiegate nel potenziamento cognitivo (*fine*).

La bibliografia è disponibile su richiesta, contattando gli autori al seguente indirizzo  alessandra.bettiol@unifi.it

LETTI PER VOI



La tutela della salute

LUCA BENCI - Imprimatur Editore



“Il diritto alla salute negato, privatizzato, mercificato”; questo è l'allarme politico e civile che Luca Benci lancia con autorevole passione morale dalle pagine della sua nuova fatica “La tutela della salute” pubblicato da Imprimatur Editore. Luca ha speso una vita a battersi per difendere le ragioni degli esclusi che sono quelle di tutti i cittadini quando si ammalano: in ciò consiste il rispetto del dettato della Costituzione della Repubblica. E lo fa ancora con questo libro che raccoglie una serie di considerazioni e di riflessioni sullo stato delle cose sanitarie e sulla perversa politica che ci può portare a perdere una delle più grandi conquiste della democrazia, il servizio sanitario nazionale. Benci affronta la questione da molteplici punti di osservazione, dall'uguaglianza delle prestazioni ai diritti bioetici fino all'universalità affermata a spesso negata. I diversi angoli da cui si affronta il problema sono meglio evidenziati nel capitolo in cui si denunciano le violenze in nome della salute, perpetrate dalle istituzioni. Un libro che rappresenta tutta l'indignazione di uno studioso appassionato non solo alle possibili soluzioni politiche ma al rispetto dei valori morali che sono il vero sostegno della sanità pubblica.

Bruno Rimoldi

La posteducazione nella postmedicina

di Antonio Panti



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 Nazionale degli Ordini, in particolare nella Commissione per le ultime stesure del Codice Deontologico. Membro di numerose Commissioni Ministeriali. È stato dal 1998 al 2016 Vicepresidente del Consiglio Sanitario Regionale.

In qualche momento della vita si decide di studiare medicina. Di solito si ha già in mente un "prototipo", un parente medico, l'immagine del chirurgo che taglia, la curiosità per come è fatto l'uomo, un ruolo di prestigio e ben retribuito, insomma una ragione che motiva ai lunghi studi universitari. Ma quel che dà la maggior spinta è l'immagine di un insieme di atteggiamenti, comportamenti, convinzioni che sottendono valori impliciti ed espliciti e che sostanziano l'archetipo antropologico del medico. Negli anni della formazione si impara tutto quel che serve per fare e saper fare il medico ma, nello stesso tempo, si introiettano una serie di *skills* professionali che rispondono alle attese della società e a quelle che i medici hanno su loro stessi. Accanto al curriculum formativo (la pedagogia) si svolge una sorta di curriculum nascosto (una *paideia*) che forma il medico non solo sul piano scientifico e relazionale ma anche su quello professionale, sulla scorta di un "modello inconsapevole" vivo da secoli nella letteratura, nel cinema, oggi nella TV, insomma nell'immaginario collettivo. Professionista è colui che non solo conosce e sa usare la medicina, ma tiene comportamenti attesi dalla società, dai pazienti e dai colleghi. La deontologia è anche questo, il modello valoriale che ispira le azioni del medico perché siano socialmente riconoscibili e rispondano a quel tipo di aiuto che da lui ci si attende.

Ciò significa che la formazione del medico ha un lato nascosto, ma concre-

to, che discende dal contesto sociale e antropologico in cui si svolgerà la professione. L'identità del medico non è questione da poco perché qui sta la differenza con le altre professioni di aiuto. Non c'è bisogno di cartellini sul camice con scritto "dottore medico" come vuole la Federazione; il medico è riconoscibile per il suo atteggiamento di leader nel complesso e altamente tecnologizzato ambiente delle cure. Vi è una grande discussione all'interno dei sindacati medici su come distinguere un medico da un altro professionista sanitario, su chi decide nei percorsi di cura. Siffatte questioni non si risolvono per legge. Il medico è riconoscibile perché si comporta da medico. Ha vissuto negli anni formativi quello che in America si chiama "hidden curriculum", cioè l'insieme dei messaggi "nascosti" che i vecchi professionisti mandano all'aspirante medico perché conformi il suo "essere" alle regole scritte (il codice deontologico) e non scritte della "corporazione" e che, è bene insistervi, la società ha sempre condiviso se non preteso.

Negli ultimi tempi sono sorte molte complicazioni. Il "linguaggio professionale", le regole implicite ed esplicite del loro agire pubblico e privato rispondono ancora alle attese dei pazienti? Il curriculum implicito di cui abbiamo parlato comprendeva anche aspetti quali la perdita di idealismo, la paura di sbagliare, la negazione dell'incertezza, il distacco emotivo, tutte cose che hanno un indubbio valore nell'esercizio della professione ma che possono essere affatto sfalsate rispetto alle domande sociali. Oggi non solo l'incertezza è un elemento costitutivo della realtà, ma viviamo in un mondo "fuzzy", dai confini sfumati, nel quale le antiche divisioni operative che distinguevano le diverse professionalità sanitarie appaiono assai labili e superabili. Chiunque però, anche il medico, vive l'anomia come perdita egoica. La trasmissione del vissuto delle precedenti

generazioni non è altro che la disseminazione dei valori allora dominanti che ora possono essere del tutto spiazzanti.

In conclusione, formare un nuovo medico significa trasmettere un'esperienza di vita. Un sistema di relazioni e modalità regolative del proprio pensiero che condizionano la prassi quotidiana. Il "medical professionalism" è centrato sull'idea che ognuno si forma di sé e i sistemi cognitivi agiscono in specifici contesti storici e sociali. Il *setting* in cui interagiscono docenti e studenti è quindi della massima importanza. Allora, alle attuali incrementali difficoltà occupazionali dei giovani colleghi, si aggiunge una problematicità di collocamento perché essi trovano una medicina diversa da quella che avevamo loro prefigurato. Da un lato vi è uno scollamento tra le conoscenze e le competenze acquisite e il modello operativo della sanità; dall'altro non sappiamo quanto i giovani siano preparati a una medicina e a un mercato in continua travolgente trasformazione.

L'ideale sarebbe formare alla libertà, alla tolleranza, all'incertezza, al rispetto, all'autonomia, a dar risposta alla ricerca di senso col servizio al cittadino. L'impressione è che, ancor più che in passato, le giovani generazioni debbano reagire con mezzi propri e adattarsi o vivere nel disagio. Per chi giovane non è, e quindi tenta di essere di esempio, il riferimento sono gli antichi valori che, ove venissero a mancare, i medici avrebbero davvero bisogno del cartellino per distinguersi.



L'ospedale che non c'è più: il SS. Annunziata di Firenzuola

di Esther Diana



ESTHER DIANA, architetto, è direttrice del Centro di Documentazione per la Storia dell'Assistenza e della Sanità e coordinatrice della Regione Toscana per i patrimoni storici delle aziende sanitarie. Si occupa di storia strutturale, patrimoniale e sociale degli ospedali tra XIV e XIX secolo. Ha curato mostre finalizzate alla valorizzazione del patrimonio artistico ospedaliero.

Il momento attuale di incisiva riorganizzazione territoriale del sistema sanitario toscano ci ha abituati alla modifica funzionale di molte strutture, sia che questa sia stata dettata da un ampliamento o viceversa da una contrazione dei servizi fino ad ora elargiti. In genere, comunque, queste nuove programmazioni hanno interessato strutture esistenti sul territorio alcune da lunga data, altre da poco più di un secolo. In sintesi non sono molti gli ospedali che, attivi fin quasi alle soglie del 2000, abbiano perduto del tutto la finalità sanitaria. In ambito fiorentino è questo il caso degli ospedali S. Francesco di Marradi, di Luco e di Firenzuola: strutture fondate tra la fine del Settecento (Marradi, 1795) e dell'Ottocento (Luco, 1855; Firenzuola, 1891) tra le quali, tuttavia, il SS. Annunziata di Firenzuola rappresenta

ancora un caso a parte. Infatti, se dei primi due permangono comunque gli edifici (non importa in quale stato di abbandono) e documentazione storica (per Marradi anche un interessante fondo librario) per il SS. Annunziata restano solo ricordi e una 'mancianta' di strumenti chirurgici faticosamente salvati dalle macerie dei bombardamenti della Seconda Guerra Mondiale che ne hanno cancellato completamente struttura ed arredi.

Un motivo, questo, per indugiare sulla sua storia.

L'asperità del paesaggio montano che avrebbe dovuto spronare ad una secolare autosufficienza sanitaria in realtà non generò in Firenzuola ospedali di una qualche importanza, tanto che i suoi ammalati dovevano faticosamente, ancora nel Settecento, essere condotti all'ospedale di Santa Maria

Nuova di Firenze, dopo un viaggio rocambolesco di giorni passati distesi su barelle di canniccio o corda caricate su calessi o sopra muli.

C'era stato nel corso del Quattrocento un ospedale destinato a poveri e viandanti che, forse, avrebbe potuto 'trasformarsi' in qualcosa di più che un ospizio. Era questo l'ospedale di S. Francesco (edificato nel 1450) che nel progredire del secolo era stato accorpato al convento dei Servi di Maria dedicato alla SS. Annunziata. In effetti, che qualche parvenza di medicalizzazione venisse elargita da questa istituzione emerge plausibile dando credito alla tradizione locale che da sempre associa il nome di Maria Assunta ad un servizio di cura.

Tuttavia, la fondazione di una prima struttura sanitaria dedita alla medicalizzazione la si deve all'epidemia colerosa del 1855, quando il medico Chiarino Chiarini (1820-1877), incaricato di sovrintendere all'emergenza nella zona, ordinava di destinare alcune stanze dell'ex convento presso la chiesa della SS. Annunziata a ospedale provvisorio. Questa fondazione non fu una semplice risposta alla contingenza sanitaria bensì fu un ennesimo presupposto per l'affermarsi di quella medicina sociale che il periodo ormai invocava confidando proprio nella 'voce' della classe medica. E Chiarino Chiarini ne fu un fulgido rappresentante. Stimato da Pietro Betti, medico volontario nella III Guerra di Indipendenza, Chiarini si prodigò per il miglioramento dell'igiene negli asili in-



L'ospedale in una cartolina dei primi del Novecento, da E. Armocida, *L'ospedale ritrovato. Fatti, luoghi e personaggi che hanno caratterizzato la storia dell'ospedale di Firenzuola*, Sesto Fiorentino, 2016



Si scava tra le macerie dell'ospedale dopo il bombardamento del 12 settembre 1944, da E. Armocida, *L'ospedale ritrovato. Fatti, luoghi e personaggi che hanno caratterizzato la storia dell'ospedale di Firenzuola*, Sesto Fiorentino, 2016

fantili e nelle carceri grazie anche all'esperienza maturata quale medico del penitenziario di Volterra tra 1852 e 1855, dove conobbe e collaborò con Carlo Morelli (1816-1879) che proprio nel '54 ispezionava quel carcere redigendo una relazione che costituirà palinsesto per la riforma del sistema carcerario toscano di fine secolo.

La criticità colerosa, ripresentatasi più volte nel Mugello, fu determinante per la pianificazione sanitaria dell'intero territorio le cui comunità lamentavano tutte carenze di strutture ospedaliere.

Un percorso che sarà contrastato ma che a Firenzuola si concretizzò con l'acquisto nel 1889 di un edificio provvisto di venti letti che due anni dopo venne inaugurato quale Ospedale della Pia Casa SS. Annunziata.

Nonostante fosse, insieme all'ospedale di Marradi, la struttura più decentrata dello Stato fiorentino, la qualità dell'assistenza elargita ne farà ospedale tutt'altro che di 'montagna', bensì servizio essenziale per un territorio molto vasto, ricco di piccoli borghi e case sparse. Infatti, sebbene in origine

fosse stato demandato al solo ricovero dei malati cronici del Paese, ben presto si correrà di reparti per ostetricia, malattie acute e acute chirurgiche senza, peraltro, rifiutare ricoveri ai malati mentali.

Lo sviluppo dell'attività chirurgica, in particolare, era iniziato nel 1913 in relazione alla nomina a direttore sanitario del chirurgo Mario Pruneti, di formazione senese, che si era impraticitato nell'ospedale di Marradi.

Sotto la sua direzione verrà allestito un nuovo blocco chirurgico e apportati molti adeguamenti sia di ambito medico-funzionale (ad esempio, le cartelle cliniche vennero dotate di que-

stionari più approfonditi, venne sancito l'uso di berretti-maschera in sala operatoria secondo la 'maniera fiorentina' del Santa Maria Nuova) che tecnico-impiantistico (riscaldamento centrale, impianto elettrico nelle corsie, ecc.). Sempre nel 1914 venne aperto il Gabinetto di Radioscopia e Radiografia che, insieme a quello attivo nell'ospedale di Luco di Mugello, rappresentò il primo apparecchio specialistico di settore per l'alta Toscana.

La storia sociale e sanitaria dell'ospedale della SS. Annunziata si interrompe con il bombardamento alleato del 12 settembre 1944. Completamente raso al suolo, oggi – come già detto – perpetuano la sua esistenza scarni documenti e la raccolta di ferri chirurgici attualmente di proprietà della Fondazione SS. Annunziata che ne ha curato l'inventariazione. Circa 175 pezzi che avvalorano una pratica chirurgica di pronto intervento con particolare attenzione alle branche ostetrica, ortopedica, urologica e odontoiatrica.

Questa raccolta potrà rappresentare – come si spera – un contributo alla costituzione di quella rete museale delle strutture sanitarie della Regione a cui attualmente si guarda con crescente interesse prendendo avvio dai percorsi museali realizzati e/o in corso di implementazione a Firenze (ospedale Santa Maria Nuova, antico S. Giovanni di Dio), Pistoia (ospedale del Ceppo), Prato (ospedale della Misericordia), Siena (ospedale Santa Maria della Scala) tanto per citare i principali.

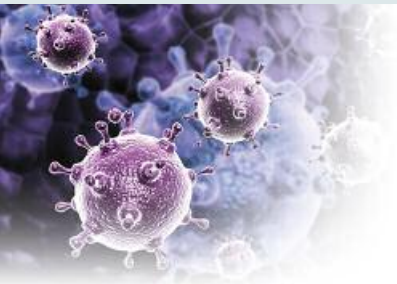
Non importa, dunque, se l'ospedale di Firenzuola 'non c'è più', se si è ancora in grado di perpetuarne validamente la memoria.

@ dianadionisio@tiscali.it



FONDAZIONE | RSA
SS. ANNUNZIATA





Epatite C

La Bioetica e il racket dei brevetti

di Gavino Maciocco



GAVINO MACIOCCO, *medico di sanità pubblica. Volontario civile in Africa, medico di famiglia, esperto di cooperazione sanitaria per il Ministero degli Esteri, dirigente di Asl. Attualmente insegna all'Università di Firenze, dove si occupa di cure primarie e di sistemi sanitari internazionali. Dal 2003 cura per "Toscana Medica" la rubrica "Sanità nel mondo". Direttore del sito web:*

www.saluteinternazionale.info

Dopo mesi e mesi di ostinato silenzio e di ingiustificato ritardo il Comitato Nazionale di Bioetica¹ ha espresso – con una mozione del 22 febbraio 2017 – il suo punto di vista sul caso epatite C e sull'inaudito razionamento di farmaci salvavita.

Di seguito alcuni brani della mozione:

“Il Comitato Nazionale per la Bioetica esprime forte preoccupazione per le condizioni di salute di centinaia di migliaia di pazienti in Italia affetti da gravi patologie, come l'epatite C e alcune malattie oncologiche, nonostante siano oggi a disposizione nuovi farmaci in grado di curarle o di modificarne la storia naturale in modo efficace. Molti pazienti non hanno accesso gratuito a questi farmaci perché il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non è in grado di erogarli in ragione del loro alto prezzo. Ciò comporta che nel caso di farmaci per la terapia dell'epatite C sono trattati solo i pazienti più gravi, mentre coloro che si trovano in fase iniziale devono, per poter ricevere la terapia, attendere un peggioramento delle proprie condizioni. Si tratta di una contraddizione rispetto sia ai principi etici della medicina, che dovrebbe essere sempre orientata alla prevenzione e alla cura di tutti i malati, sia allo stesso obiettivo di contenimento dei costi del SSN, poiché rinviare le cure alle fasi avanzate della patologia conduce a esiti di cronicizzazione e a prevedibili costi aggiuntivi per il SSN a lungo termine. La discriminazione fra pazienti, più

o meno gravi, risulta quindi inaccettabile, tanto più che la sproporzione del prezzo del farmaco in molti casi non deriva dai costi di ricerca e sviluppo dello stesso. (...) Il Comitato, dunque, ritiene che il principio etico dell'accesso equo e universale alle cure debba prevalere sui profitti, talvolta sproporzionati, delle singole case farmaceutiche. Il riconoscimento di tale principio etico, che tra l'altro valorizza l'azienda farmaceutica anche come produttore di



un “bene sociale”, deve far valere il diritto dei pazienti ad avere accesso gratuito ai farmaci necessari, secondo le indicazioni cliniche internazionali che ne definiscono l'appropriatezza d'impiego. (...) Per sanare le disuguaglianze di cui si è detto e per garantire l'accesso universale alle cure e ai farmaci, il Comitato sente il dovere di invitare le Istituzioni competenti del nostro Paese a elaborare ragionevoli scelte di politica sanitaria dirette ad un'equa allocazione delle risorse e rendere disponibili, il primo possibile, i farmaci innovativi di provata efficacia per i pa-

zienti affetti da patologie gravi, nel rispetto dei criteri clinici”.

Troppo poco e troppo tardi, si potrebbe dire, considerando che la timida mozione del Comitato Nazionale di

Bioetica arriva con sei mesi di ritardo rispetto alla decisa e coraggiosa presa di posizione della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici² (“Rendiamo i nuovi farmaci disponibili per tutti i malati. Il principio etico deve prevalere su ogni altro diritto, ancor più se commerciale. Lo Stato produca i farmaci generici”).

Da questa timidezza si smarca un membro del Comitato, Salvatore Amato – professore di Filosofia del Diritto presso l'Università di Catania – che pur approvando la

mozione aggiunge una postilla densa di significato:

“Si sa che di alcuni argomenti non si può discutere per via di «interessi particolari». Il caso più tristemente noto è il racket dei brevetti farmaceutici”. Lo stile giustamente controllato di un Comitato Nazionale per la Bioetica impedisce di scrivere frasi così nette. Anche se si tratta di un'opinione di George Orwell. Un'opinione del 1945 sulla libertà di stampa, formulata da uno degli scrittori che ha compreso meglio di qualsiasi altro gli incerti orizzonti del nostro futuro. Sono passati tanti anni,

ma il problema non è cambiato se un premio Nobel per l'economia, Joseph E. Stiglitz, ha rivolto un accorato appello a prendere radicali misure per evitare l'aumento ingiustificato del prezzo dei farmaci. Mi riferisco all'articolo apparso sul "New York Times" del 30 gennaio 2015: "Don't Trade Away Our Health". In Italia erano stati pubblicati, nel 2005, due *pamphlet* di successo come *Farma&Co* di Marcia Angell e *Farmacrazia* di Thomas S. Szasz.

Eppure la nostra mozione, per quanto tocchi un aspetto cruciale del diritto alla salute, ha dovuto "superare" due ostacoli cruciali: la tutela della proprietà intellettuale e il rispetto del mercato. Proprio su questi due problemi vorrei spendere qualche parola, che certamente non poteva essere contenuta nel breve spazio di una mozione.

La tutela della proprietà intellettuale è una grande conquista della nostra civiltà giuridica. Garantisce l'autonomia e la libertà della ricerca e costituisce uno dei maggiori impulsi agli sviluppi tecnologici. A mio avviso è anche un aspetto fondamentale di una società democratica, perché consente di "pensare tutti e pensare assieme", premiando il merito, ma favorendo nel contempo una distribuzione dei vantaggi dell'innovazione alla società nel suo complesso. Non possiamo però, come studiosi di bioetica e più semplicemente come cittadini che credono nelle premesse egualitarie di una società democratica, evitare di domandarci fino a che punto la conversione della proprietà intellettuale in proprietà industriale, cioè in una condizione di monopolio che condiziona la ricerca e preclude l'accesso ad alcuni beni fondamentali, sia così automatica e indiscussa come appare dall'attuale disciplina sui brevetti. Non è possibile trovare un diverso e più equo contemperamento tra il premio per le innovazioni intellettuali e le esigenze della società? È quanto, ad esempio, aveva proposto l'European Group on Ethics in Science and New Technology nel documento su Ethics of Synthetic Biology del 17.01.2009, n. 25.

Il mercato? Io penso che vada detto con estrema chiarezza che, in questo caso, il mercato e il rispetto delle regole dell'economia sulle quali si reg-

ge il nostro sistema sociale non c'entrano niente. Abbiamo un solo venditore (la società che detiene il brevetto) e un solo acquirente (lo Stato o le società di assicurazioni negli USA). Chi vende è perfettamente consapevole del fatto che il prezzo non dipende, come prevedono le regole del mercato, dalla capacità di spesa del paziente, ma dalla volontà dello Stato. Si costruisce un prezzo virtuale (nel senso che non corrisponde neppure lontanamente al costo di sviluppo, produzione e commercializzazione del farmaco), approfittando tanto del "ricatto" costituito dalla gravità delle patologie, quanto delle possibilità di spesa del sistema assistenziale.

Prendiamo ad esempio il caso dei farmaci anti-epatite C, uno di quelli che ha ispirato la mozione. Se la società avesse dovuto effettivamente operare sul mercato, vendendo direttamente ai pazienti, avrebbe dovuto prevedere un prezzo di gran lunga inferiore. Quanti sarebbero mai stati in grado di pagare 80.000 €, 50.000 € o anche solo 30.000 €? E che utili, di riflesso, avrebbe mai ricavato la società con un prezzo del genere? Il prezzo "virtuale" nasce proprio dallo sfruttamento di una posizione dominante e dalla sicurezza di poter far leva su una capacità di spesa "fuori mercato".

Le affermazioni di S. Amato riflettono esattamente quanto è avvenuto nella trattativa tra Gilead – proprietario del brevetto di Sovaldi, il nuovo farmaco contro l'epatite C – e il governo italiano, tramite AIFA (Agenzia Italiana per il Farmaco). Quest'ultimo si è piegato alle pretese del venditore, a tutto danno dei cittadini che – come spiega il prof. Amato – si sono visti ledere il proprio diritto alla salute due volte:



Agenzia Italiana del Farmaco

AIFA

“Una prima volta perché un prezzo così elevato impone inevitabili restrizioni nella distribuzione dei farmaci. Una seconda volta perché non possono provvedere direttamente all'acquisto del farmaco, come avverrebbe se effettivamente ci trovassimo in una situazione retta dalle regole del mercato”.

“AIFA non è disposta a sborsare più di 4 mila euro a trattamento”.

Quasi ci fosse dietro una sceneggiatura concordata, negli stessi giorni (22.02) in cui il Comitato Nazionale di Bioetica dava timidi segni di vita sul tema dei brevetti, si risvegliava anche l'AIFA con un'intervista alla "Stampa" (17.02) del suo direttore generale, Mario Melazzini, in cui si legge:

“Se non prevarrà l'etica del buon senso eradicHERemo il virus lo stesso, ricorrendo a tutte le soluzioni possibili. (...) Se non accetteranno di ridurre i prezzi potremmo arrivare a chiedere al governo come estrema ratio l'applicazione degli accordi internazionali Trips del 2006, che in caso di emergenze di salute pubblica consentono agli Stati il ricorso alla licenza obbligatoria. (...) Chiediamo alle aziende un prezzo etico perché intendiamo estendere anche ai pazienti meno gravi il diritto alla cura, altrimenti il virus continuerà ad infettare altre persone. E non dimentichiamo che l'Italia è uno dei Paesi con più alta presenza di Hcv”. Per questo “AIFA – si legge nell'intervista – non è disposta a sborsare più di 4 mila euro a trattamento”.

Qualche giorno più tardi (28.02) lo stesso Melazzini annuncia la revisione dei criteri di accesso alla terapia (che di fatto consente a tutti i pazienti di essere trattati) e un programma di trattamento per 240 mila pazienti in tre anni³.

Dopo tutto questo fuoco d'artificio di ripensamenti, di sconfessioni del passato, di annunci e di roboanti promesse, è improvvisamente calato il sipario e ai pazienti "impazienti" che bussano alle porte dei servizi per sapere quando sarà il loro turno viene risposto: "ancora non sappiamo".

Dietro il sipario sono in corso le trattative. La novità – rispetto al passato – è che gli attori che si confrontano con AIFA sono tre, con altrettanti farmaci innovativi: non solo Gilead che, messi da parte Sovaldi e Harvoni, propone Epclusa (sofosbuvir/velpatasvir), ma anche MSD con Zepatier (elbasvir/grazoprevir) e AbbVie con 3D (ombitasvir/paritaprevir/ritonavir). I prezzi di Zepatier e 3D sono intorno a 9 mila euro a trattamento, mentre Gilead non ha ancora scoperto le sue carte. Anche per questo la trattativa ristagna. Va notato che i tre farmaci non sono equivalenti: Epclusa è l'unico farmaco "pangenotipico", ovvero in grado di trattare tutti e 6 i genotipi dell'HCV, mentre Zepatier e 3D sono indicati per i genotipi GT1 e GT4 (i più diffusi in Europa).

Due considerazioni conclusive

La prima considerazione riguarda il prezzo. La legge di stabilità 2017 ha messo a disposizione per i farmaci innovativi non oncologici 500 milioni di euro annui, di cui circa 50 sono destinati al nuovo farmaco per la fibrosi cistica Ivacaftor (Kalydeco). Poiché l'obiettivo dichiarato è quello di tratta-

re 80 mila pazienti l'anno (240 mila in tre anni) è evidente che i prezzi che circolano – 9 mila euro a trattamento – sono assolutamente incompatibili con il budget a disposizione.

C'è da augurarsi che AIFA – conducendo le trattative alla luce del sole – mantenga fermo il suo obiettivo di non spendere più di 4 mila euro a trattamento (facendo pesare la possibile opzione per la licenza obbligatoria in caso di fallimento del negoziato): sarebbe la dimostrazione che il governo italiano non si piega così docilmente, come in passato, alle pretese di Big Pharma.

La seconda considerazione riguarda l'eradicazione dell'Epatite C. Ne parla AIFA, ne parla il Ministro della Salute ma un vero piano di eradicazione nessuno l'ha mai visto. Se questo è riposto in qualche cassetto del Ministero, ora è il momento di tirarlo fuori.

Cosa ci si aspetterebbe da un piano del genere?

In primo luogo il profilo epidemiologico nazionale dell'Epatite C. È evidente che i 240 mila casi da trattare nei prossimi tre anni (a cui sono da aggiungere i 70 mila già trattati dal 2014) sono solo una parte (molto meno del 50%) della popolazione affetta da HCV. Infatti lo studio sulla prevalenza di epatite HCV di Ansaldo del 2005 parla di 900 mila casi, un dato sostanzialmente confermato da una ricerca molto più recente della Regione Toscana. Quest'ultima include i casi noti di

Epatite C e la stima dei casi non noti, che rappresentano il 54% del totale dei casi⁴.

L'emersione dei casi non noti (*hidden cases*) è il passo successivo di un serio piano di eradicazione. È questa un'operazione complessa e delicata che richiede il coinvolgimento e la partecipazione dei medici di famiglia e dei gruppi di popolazione a maggiore rischio.

Punto terzo, *but not least*, la prevenzione.

Il tutto non può non avvenire che all'interno di una programmazione nazionale e regionale che stabilisca obiettivi a breve, medio e lungo termine e relative priorità e che prenda in carico tutti i soggetti HCV, per una parte dei quali sarà necessaria la terapia e per un'altra parte solo un attento monitoraggio nel tempo, in relazione al quadro clinico individuale. Come ogni intervento di eradicazione, tutto ciò richiede la costituzione di task force nazionali e regionali che si occupino con competenza e continuità di un programma che dovrebbe avere come minimo una gittata decennale.

Infine una notizia del 29 marzo: una circolare del ministro Lorenzin permette a chi non rientra nei criteri per ottenere il farmaco dal servizio sanitario italiano, o comunque non vuole aspettare a lungo per avere il trattamento, di andare a comprarlo in altri Stati o di farselo spedire⁵. (Un comportamento da Ponzio Pilato, grave per un Ministro. Ma un po' di coraggio e produrre in proprio i generici, senza costringere le persone ad andare a prenderli all'estero, no?)

@ gavino.maciocco@gmail.com

NOTE

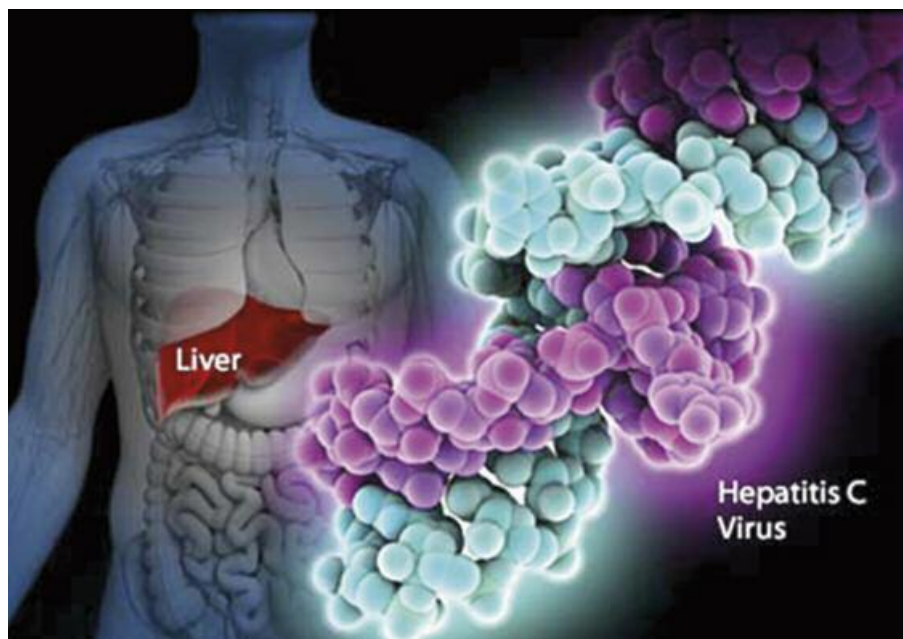
¹ Composizione del Comitato Nazionale di Bioetica http://presidenza.governo.it/bioetica/composizione_cnb/composizione_attuale.html

² <https://portale.fnomceo.it/fnomceo/showArticolo.2puntOT?id=151670>

³ http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=48554

⁴ <http://www.saluteinternazionale.info/2017/02/epatite-c-aifa-e-licenza-obbligatoria/>

⁵ http://www.repubblica.it/salute/2017/03/29/news/epatite_c_via_libera_all_acquisto_dei_generici_all_estero-161724239/?ref=RHP-PLF-BH-IO-C8-P1-S1.8-T1



Antibiotico-resistenza: l'impegno dell'OMS

di Daniele Dionisio



DANIELE DIONISIO, *membro dello European Parliament Working Group on Innovation, Access to Medicines and Poverty-Related Diseases. Responsabile del Progetto Policies for Equitable Access to Health - PEAH.*

<http://www.peah.it/>

“Antibiotic resistance is growing, and we are fast running out of treatment options. If we leave it to market forces alone, the new antibiotics we most urgently need are not going to be developed in time”.

MARIE-PAULE KIENY, WHO's Assistant Director-General for Health Systems and Innovation

Un problema multifattoriale

La resistenza dei batteri agli antibiotici è un fenomeno in rapida crescita, come confermato, su scala mondiale, dal Surveillance Report OMS del 2014.

Esposti a particolare rischio sono i pazienti ospedalizzati lungodegenti, soprattutto se richiedenti procedure invasive multiple o pluri-antibiotico terapie, inclusi gli ustionati gravi e gli immunodepressi in generale, per i quali è elevata la possibilità di sviluppare infezioni sistemiche da germi multi-resistenti.

E mentre i paesi ricchi, grazie a sistemi sanitari stabili e avanzati, possono meglio affrontare il problema, questo si preannuncia drammatico nei paesi poveri.

La criticità è ingigantita dal fatto che lo sviluppo industriale di nuove classi di antibiotici ha mostrato una preoccupante flessione negli ultimi decenni.

Non è un mistero che l'industria sia incentivata ad investire nello sviluppo di nuovi farmaci per patologie croniche piuttosto che per quelle infettive (solitamente di breve corso), in ordine ai ritorni economici di ben più lunga, spesso pluriennale, durata.

Ma l'antibiotico-resistenza affonda in molteplici cause che ne compongono la natura multifattoriale e favoriscono, attraverso la non necessaria esposizione a plurimi antibiotici, la selezione di ceppi batterici resistenti. Fra queste:

- Prescrizioni irrazionali o inutili da parte dei medici, ovvero impiego di antibiotici ad ampio spettro laddove basterebbe uno spettro ristretto e mirato.
- Vendita senza ricetta, soprattutto diffusa nei paesi in via di sviluppo, di antibiotici da banco presso farmacie e mercati, oltre che via internet.

- Trasmissione paziente-paziente intraospedaliera di patogeni multi-resistenti in carenza di adeguate misure igieniche e di controllo delle infezioni.
- Impossibilità di sorveglianza e monitoraggio delle resistenze in molte aree in via di sviluppo per la scarsità o assenza di laboratori in grado di testare campioni biologici di pazienti per saggiare la resistenza microbica ai farmaci.
- Diffuso e incontrollato impiego di antibiotici in agricoltura e nella filiera animale del commercio.

OMS in azione

Il 27 febbraio 2017 l'agenzia OMS pubblicava la “Global Priority List of Antibiotic-Resistant Bacteria” nell'intento di guidare e promuovere la ricerca e lo sviluppo (R&D) di nuovi antibiotici in linea con quanto dalla



World Health Organization

Priority 1: CRITICAL

1. *Acinetobacter baumannii*, carbapenem-resistant
2. *Pseudomonas aeruginosa*, carbapenem-resistant
3. *Enterobacteriaceae*, carbapenem-resistant, ESBL-producing

Priority 2: HIGH

1. *Enterococcus faecium*, vancomycin-resistant
2. *Staphylococcus aureus*, methicillin-resistant, vancomycin-intermediate and resistant
3. *Helicobacter pylori*, clarithromycin-resistant
4. *Campylobacter* spp., fluoroquinolone-resistant
5. *Salmonellae*, fluoroquinolone-resistant
6. *Neisseria gonorrhoeae*, cephalosporin-resistant, fluoroquinolone-resistant

Priority 3: MEDIUM

1. *Streptococcus pneumoniae*, penicillin-non-susceptible
2. *Haemophilus influenzae*, ampicillin-resistant
3. *Shigella* spp., fluoroquinolone-resistant

Figura 1 - Elenco OMS di patogeni prioritari per la R&S di nuovi antibiotici.

stessa e dalle Nazioni Unite già prodotto, inclusi la “Political Declaration on Antimicrobial Resistance” e il “Global Action Plan on Antimicrobial Resistance”.

La lista evidenzia in particolare la minaccia dei batteri gram-negativi multi-resistenti agli antibiotici e di cui è nota la capacità trasmissiva di materiale genetico ad altri batteri così da trasformarli in germi a loro volta antibioticoresistenti.

La lista è suddivisa in tre categorie in rapporto all'urgenza di nuovi antibiotici: critica, alta e media priorità.

Il gruppo a priorità critica comprende agenti antibiotico-resistenti

(inclusi a carbapenemi e cefalosporine di terza generazione) particolarmente temibili in ospedali, case di riposo, e in pazienti richiedenti ventilatori e cateteri endovenosi, quali responsabili di infezioni severe e potenzialmente letali del distretto circolatorio e respiratorio.

La tubercolosi, pur con nota resistenza in crescita ai farmaci tradizionali, è stata esclusa dalla lista perché oggetto di programmi specifici.

Di seguito i criteri di selezione dei patogeni inseriti: potenziale letalità delle infezioni correlate; necessità di ospedalizzazione dei pazienti colpiti; frequenza di resistenza agli antibiotici cor-

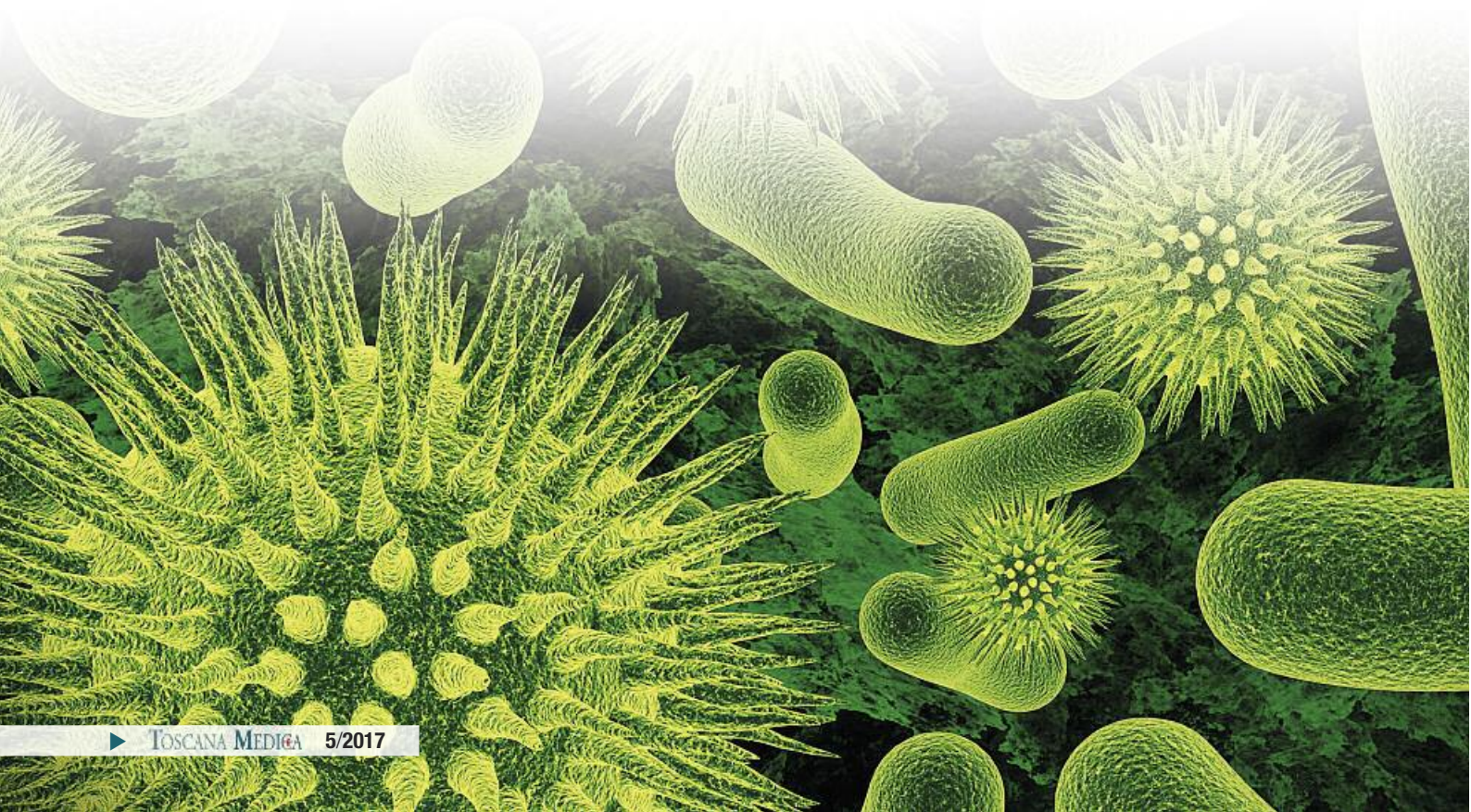
renti nel caso di pazienti ospiti di comunità; grado di diffusibilità tra animali, da animali a uomo, e da persona a persona; possibilità di prevenzione (es. mediante igiene adeguata e vaccinazione); opzioni residue; idonei nuovi antibiotici già in corso di ricerca e sviluppo.

La lista intende spronare i governi ad attuare politiche incentivanti la scienza di base e lo sviluppo di nuovi antibiotici tramite il coinvolgimento di agenzie a finanziamento pubblico e del settore privato. Da menzionare, quale esempio applicativo corrente, è il nuovo partenariato “WHO/Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi) Global Antibiotic R&D” mirato allo sviluppo “no profit” di nuovi antibiotici.

Un approccio allargato

Se una maggiore ricerca e sviluppo è vitale, da sola non può risolvere il problema. Allo scopo il ruolo proattivo di governi e istituzioni regolatorie è irrinunciabile, incluso per l'ottimale coordinamento fra le parti senza duplicazioni o sovrapposizioni di iniziative.

Non è dunque per caso che, in accordo con quanto previsto nella citata “Political Declaration”, le Nazioni Unite hanno annunciato il 17 marzo scorso l'insediamento del “Coordination Group on Antimicrobial Resi-



stances" incaricato di fornire una guida pratica agli approcci necessari per assicurare azione globale, sostenibile ed efficace contro l'antibiotico-resistenza, compresa ogni opzione per migliorare i livelli di coordinamento.

Il Gruppo, co-diretto dal vice-segretario generale delle Nazioni Unite e dal direttore generale OMS, è composto da rappresentanti delle agenzie correlate e di altre organizzazioni internazionali, oltre ad esperti di settore. Ovviamente, questo non può bastare. Per contrastare l'antibiotico-resistenza occorre migliore prevenzione delle infezioni, uso appropriato, in animali e uomo, degli antibiotici esistenti ed impiego razionale di ogni nuovo antibiotico.

In sintesi, oltre allo sviluppo di nuovi antibiotici, altre contemporanee azioni urgono:

- Migliore prevenzione e controllo delle infezioni, in particolare per i degenti ospedalieri;
- Migliore accesso a laboratori di microbiologia affidabili per incrementare la sorveglianza e tracciare lo spettro dell'antibiotico-resistenza in contesti definiti;



- Formazione degli operatori sanitarie dei medici sull'uso degli antibiotici al fine di pratiche prescrittive e di controllo antinfettivo adeguate e razionali;
- Attività di *advocacy* e correlata ricerca operativa;
- Collaborazione stretta con ministeri della salute e governi locali per ridurre la disponibilità da banco degli antibiotici a largo spettro, assicurando

do nel contempo che quanti in necessità di antibiotici li possano tempestivamente ricevere;

- Collaborazione stretta con ministeri della salute e governi locali per l'espansione della pratica vaccinale quale strategia di contrasto alle malattie che richiedono antibiotici.

@ d.dionisio@tiscali.it

PER APPROFONDIRE

- WHO: Global Priority List of Antibiotic-Resistant Bacteria

http://www.who.int/medicines/publications/WHO-PPL-Short_Summary_25Feb-ET_NM_WHO.pdf

- UN: Political Declaration on Antimicrobial Resistance

http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/71/3

- Antimicrobial resistance: translating political commitment into national action

<http://www.who.int/bulletin/volumes/95/4/17-191890/en/>

- Antimicrobial resistance: global WHO report on surveillance 2014

<http://www.who.int/drugresistance/documents/surveillancereport/en/>

- Global Antibiotic Research and Development Partnership (GARDP) garners key financial support for launch

<https://www.dndi.org/2016/media-centre/press-releases/gard-garners-key-support-for-launch/>

- WHO: Global Action Plan on Antimicrobial Resistance

http://www.wpro.who.int/entity/drug_resistance/resources/global_action_plan_eng.pdf

- MSF takes on antibiotic resistance

<https://www.msfacecess.org/content/msf-takes-antibiotic-resistance>



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE

POSIZIONE DEI MEDICI DI FAMIGLIA SUI VACCINI



In merito al documento sottoscritto dai medici di famiglia della ASL Toscana Centro sui vaccini, il Presidente e il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici di Firenze hanno espresso vivo apprezzamento per l'importante posizione deontologica, scientifica e professionale assunta sul fondamentale tema dei vaccini dai medici di famiglia, nella convinzione che il pacato e corretto colloquio con i singoli cittadini rappresenti la risposta più ferma ed efficace a qualsiasi antivaccinismo antiscientifico e costituisca lo strumento idoneo per la tutela della salute dei singoli e della collettività.

Le vaccinazioni sono una misura di medicina preventiva di assoluta importanza e comprovata efficacia. Secondo l'OMS sono seconde soltanto alla potabilizzazione dell'acqua in termini di morti evitate.

Purtroppo, all'aumentare delle prove scientifiche di efficacia e di scarsissimo rischio della pratica vaccinale, assistiamo sempre più frequentemente a voci assolutamente "fuori dal coro", che mettono in dubbio l'efficacia di tale pratica o ne millantano presunti effetti collaterali non supportati da alcuna prova scientifica. Tali atteggiamenti mettono a rischio la salute pubblica, causando un preoccupante calo delle coperture vaccinali.

Purtroppo anche alcuni operatori sanitari (medici e non) sembrano in qualche modo aderire a queste correnti di pensiero, assolutamente prive di alcun fondamento scientifico.

I coordinatori di AFT scriventi, visto il loro ruolo di coordinamento clinico nella Medicina Generale, sentono il dovere etico e professionale di raccomandare a tutti gli operatori sanitari, ed in particolare ai medici di medicina generale, di fornire agli utenti una informazione sulla pratica vaccinale corretta e supportata da prove scientifiche.

E' inoltre importante sottolineare come l'adesione totale degli operatori sanitari al piano vaccinale nazionale e regionale sia un obbligo etico imprescindibile. Infatti, nello specifico caso degli operatori sanitari, la mancata vaccinazione comporta non soltanto un rischio per il singolo e un nocimento nell'immunità di gregge (nei casi in cui questa sia applicabile), ma anche un grave rischio di trasmissione di malattie potenzialmente gravi o addirittura letali alla popolazione fragile con cui gli operatori vengono a contatto, data la peculiarità del loro lavoro.

Gli scriventi esprimono anche il loro parere assolutamente favorevole circa la possibilità di rendere obbligatorie le vaccinazioni per l'iscrizione alle scuole materne e agli asili nido e chiedono alla Regione di valutare la possibilità e l'opportunità di rendere obbligatorie le vaccinazioni anche per gli operatori sanitari.

Riteniamo infine molto utile implementare la formazione e il coinvolgimento dei medici di medicina generale sulle tematiche vaccinali, magari con un ruolo attivo delle AFT.

Con i più cordiali saluti.

I medici di famiglia della Azienda UsI Toscana Centro

"EUROMEDI": ATTENZIONE ALLA BUFALA!

In questi giorni stanno arrivando per posta a vari medici dei moduli spediti da un sedicente "EuroMedi - European Medical Directory" che sono simili in tutto e per tutto all'ingannevole iniziativa di qualche anno fa perpetrata dall'altrettanto famigerato "Registro Italiano Medici". Dietro l'apparenza di una innocua scheda di aggiornamento dei dati, in realtà il modulo nasconde un costoso abbonamento (ben 877 euro) ad un fantomatico servizio internet, del tutto inutile. Si raccomanda ai colleghi che dovessero ricevere la comunicazione di prestare la massima attenzione: non firmate e non rispedite il modulo!





APPROVATO IL BILANCIO ENPAM 2016

L'Assemblea nazionale dell'ENPAM, riunita a Roma lo scorso fine settimana, ha approvato il Bilancio consuntivo 2016. Il Bilancio attesta un utile record superiore a 1,3 miliardi di euro e un patrimonio netto che ha raggiunto quota 18,4 miliardi (con un valore di mercato che sfiora i 20), in crescita del 7,2% rispetto all'anno precedente. L'utile è aumentato di 307 milioni di euro rispetto all'anno precedente. Il miliardo e 328 milioni di euro in più a garanzia delle pensioni dei medici è dato dalla somma di 996 milioni di euro di avanzo previdenziale e di 745 milioni di euro di proventi lordi della gestione patrimoniale, sottratti 269 milioni di oneri e ben 144 milioni di euro di imposte pagate allo Stato. Gli iscritti contribuenti attivi sono saliti a 362.391 (+0,4%) mentre i pensionati sono diventati 105.721 (+4,45%). I numeri confermano la solidità dei conti dell'ENPAM che nel 2016 ha incrementato ancora la riserva legale, portando a 12,86 le annualità garantite dal rapporto tra patrimonio previdenziale e prestazioni erogate. Detto in altri termini, se per assurdo l'ENPAM non incamerasse più un euro di contributi, con il patrimonio che possiede potrebbe continuare a pagare le attuali pensioni per quasi 13 anni.



PREPARAZIONI MAGISTRALI DIMAGRANTI

Sulla Gazzetta Ufficiale è stato pubblicato il Decreto 31 marzo 2017 del Ministero della Salute sul divieto di prescrizione di preparazioni magistrali contenenti il principio attivo sertralina associato ad altri (come acido ursodesossicolico, pancreatina, d-fenilalanina, l-tiroxina, spironolattone, fluvoxamina) a scopo dimagrante. Il divieto al medico (e al farmacista) riguarda pure la prescrizione associata di due o più sostanze del sopracitato elenco. Inoltre il decreto sancisce per il medico l'obbligo di ottenere il consenso informato scritto dal paziente al trattamento medico e di specificare nella ricetta le esigenze particolari di trattamento che giustificano il ricorso alla prescrizione estemporanea e le indicazioni di uso, nonché trascrivere, senza riportare le generalità del paziente, un riferimento numerico o alfanumerico di collegamento a dati di archivio in proprio possesso che consenta, in caso di richiesta da parte dell'autorità sanitaria, di risalire all'identità del paziente trattato.

Pubblichiamo l'elenco delle sostanze vietate.

Art. 1, comma a - *È fatto divieto ai medici di prescrivere e ai farmacisti di eseguire preparazioni magistrali a scopo dimagrante contenenti le seguenti sostanze medicinali: sertralina - buspirone - acido ursodesossicolico - pancreatina - acido deidrocolico - d-fenilalanina - deanolo-p-acetamido benzoato - fenilefrina - spironolattone - l-tiroxina - triiodotironina - zonisamide - naltrexone - oxedrina - fluvoxamina - idrossizina.*



A CAREGGI IL PRIMO PRELIEVO MULTIORGANO A CUORE FERMO IN ITALIA

È stato eseguito nei giorni scorsi al Trauma Center di Careggi il primo prelievo multiorgano in Italia da donatore a cuore fermo. "La procedura – spiega il Dott. Adriano Peris, direttore delle cure intensive per il trauma e i supporti extracorporei – è particolarmente complessa perché permette il prelievo, non solo degli organi addominali grazie al sistema ECMO che mantiene l'ossigenazione dei tessuti in assenza di battito cardiaco, ma anche dei polmoni con una tecnica di perfusione a bassa temperatura che ne consente la conservazione in previsione del trapianto". "Il donatore, nonostante il tempestivo intervento del 118, del Pronto Soccorso e dell'ECMO team di Careggi, è deceduto per arresto cardiaco. Successivamente – prosegue Peris – il Coordinamento locale donazione e trapianti ha gestito le procedure di prelievo degli organi con l'intervento di équipe chirurgiche dei centri di Firenze, Pisa e Siena. Questi interventi, grazie alla generosità dei donatori e dei loro familiari, sono una conferma dell'efficienza del programma nazionale di donazione a cuore fermo avviato da circa due anni dal Centro Nazionale Trapianti (CNT) e dall'Organizzazione Toscana Trapianti (OTT) con il supporto della Regione presso l'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi".





TITOLO STRANIERO NON RICONOSCIUTO: ESERCIZIO ABUSIVO

La Corte di Appello di Palermo ha confermato la condanna comminata dal Tribunale a un odontoiatra reo di aver favorito l'esercizio abusivo della professione da parte di sua moglie. Invero la signora è risultata titolare della laurea in odontoiatria conseguita all'estero, ma non l'aveva sottoposta al prescritto riconoscimento ministeriale, per cui di fatto il titolo era da considerarsi privo di qualunque valore legale in Italia. I giudici hanno quindi concluso che la signora è colpevole di esercizio abusivo della professione odontoiatrica perché il titolo straniero non ha nessun valore se non è riconosciuto dal Ministero. E il marito, titolare dello studio, è colpevole di aver favorito la commissione del reato. La Corte di Appello ha rimarcato che il responsabile di uno studio medico o odontoiatrico, per la peculiarità della funzione posta a tutela di un bene primario com'è la salute, ha l'obbligo di verificare, in via prioritaria, il possesso dei titoli formali dei suoi collaboratori, curando che in relazione ai detti titoli essi svolgano l'attività per cui essi risultano abilitati. Sottovalutare questo aspetto è un comportamento non solo scorretto, ma addirittura doloso. Quindi da condanna penale.



LA CASSAZIONE "DEMOLISCE" LA CLAUSOLA "CLAIM'S MADE"



I contratti di assicurazione stipulati in ambito sanitario non possono essere a tempo determinato. Secondo la Corte di Cassazione (sentenza n. 10506/2017 della 3° sezione civile) l'inserimento nel contratto della clausola "claim's made" è illegittima perché tende a coprire l'assicurato solo per un periodo ben definito. Com'è noto, la clausola "claim's made" è uno dei due regimi a cui può essere assoggettata una polizza di responsabilità civile verso terzi e con tale clausola si assume che il sinistro venga "attivato" al momento della richiesta di risarcimento che l'assicurato riceve, indipendentemente dal momento della commissione dell'errore. In sanità è evidente che il danno può essere

manifesto anche dopo diversi anni dalla commissione del fatto e questo, secondo la Cassazione, lascia senza copertura il medico a vantaggio dell'assicuratore. Per questo motivo la Suprema Corte ha dichiarato che "la clausola cosiddetta 'claim's made', inserita in un contratto di assicurazione della responsabilità civile stipulato da un'azienda ospedaliera, per effetto della quale la copertura è prestata solo se tanto il danno causato dall'assicurato, quanto la richiesta di risarcimento formulata dal terzo, avvengono nel periodo di durata dell'assicurazione, è un patto atipico immeritevole di tutela ai sensi dell'art. 1322, comma secondo del Codice Civile, in quanto realizza un ingiusto e sproporzionato vantaggio dell'assicuratore, e pone l'assicurato in una condizione di indeterminata e non controllabile soggezione".

ALTERNANZA SCUOLA LAVORO E ORDINE DI FIRENZE

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze ha firmato una convenzione relativa al Progetto Alternanza Scuola Lavoro con il Liceo Scientifico Leonardo da Vinci di Firenze. Si ringrazia la studentessa Silvia Verdiani, che ha contribuito alla realizzazione di questo numero.



Manfredo Fanfani

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



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

*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