



ToscanaMedica

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



Un'importante svolta nella terapia anticoagulante orale

R. Abbate, G. Berni, T. Brocca, A. Conti,
P. Corradini, C. Manfredi, A. Zuppiroli

Federalismo Fiscale e Sanità Toscana

D.C. Scaramuccia

Chiarezza su un'importante sentenza

G.A. Norelli

L'appropriatezza prescrittiva

P. Tosi, T. Brocca, A.R. Marseglia,
A. Barchielli, D. Balzi, P. Batacchi

N° 6 GIUGNO 2011



R03AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato

Dep. Min. Sal. 26/10/2000



Menarini, salute senza confini

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- Etruschi di Francia: dal Louvre ritorno a Cortona
F. Napoli 4

EDITORIALE

- L'importanza della formazione, una difficilissima ovvietà
A. Panti 5

LE INTERVISTE DI TOSCANA MEDICA

- Federalismo Fiscale e Sanità Toscana 6

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- Un'importante svolta nella terapia anticoagulante orale
R. Abbate, G. Berni, T. Brocca, A. Conti, P. Corradini, C. Manfredi, A. Zuppiroli 8
- Una svolta nella terapia anticoagulante orale?
A. Panti 16

PROBLEMI DI MEDICINA LEGALE

- Chiarezza su un'importante sentenza
G.A. Norelli 17

QUALITÀ E PROFESSIONE

- L'appropriatezza prescrittiva
P. Tosi e coll. 19
- Trattamenti di sostegno e amministratori di sostegno
M. Barni 22
- Una migliore documentazione per una salute migliore
F. Ciraolo 31
- La riabilitazione del dolore cervicobrachiale persistente
F. Cecchi e coll. 32
- Una medaglia meritata: cinquant'anni di professione
A. Panti 34

- Accompagnare un Ospedale a diventare "Amico dei bambini per l'allattamento materno"
R. Prosperi Porta 36
- Il Meyer: 120 anni tra storia e futuro
A. Benedetti 39

REGIONE TOSCANA

- Il "contact center oncologico" per il percorso unico tumore al seno
G. Amunni, L. Piangiani, F. Bartolozzi 23
- Gli stili alimentari: dal mondo alla Toscana
S. Dei, F. Voller, G. Maciocco 25
- Il Bilancio Sociale del sistema trasfusionale toscano
S. Carli 27
- La Giornata Regionale della donazione del sangue
S. Carli 28
- Linee di indirizzo in riabilitazione Ministero della Salute
Consiglio Sanitario Regionale 30

SANITÀ NEL MONDO

- InFormAzione, per cambiare
G. Maciocco 41

LETTERE AL DIRETTORE

- Contraddizioni di una scienza troppo vasta
L. Zilletti 43

VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani 43

NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi 44

CORSI E SEMINARI 18/46

BACHECA 46

ToscanaMedica

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



Fondato da
Giovanni Turziani

Anno XXIX n. 6 - Giugno 2011
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta

Askòs a forma di anatra: figura di donna alata, terracotta Etruria, Chiusi - 320 av. J.C. ca. Parigi, Musée du Louvre

Prezzo € 0,52
Abbonamento per il 2011 € 2,73

Direttore Responsabile

Antonio Panti

Redattore capo

Bruno Rimoldi

Redattore

Simone Pancani

Segretaria di redazione

Antonella Barresi

Direzione e Redazione

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

Editore

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

Pubblicità

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

Stampa

Nuova Grafica Fiorentina
via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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



Etruschi di Francia: dal Louvre ritorno a Cortona

Fa piacere vedere un museo italiano riaffermare la propria identità presentando mostre in collaborazione con il resto d'Europa, anche in relazione alla qualità della cittadina che lo ospita, elegante e raffinata.

È il caso del MAEC – Museo dell'Accademia Etrusca e della città di Cortona – che da tre anni ha ripreso nuova vita dopo importanti restauri e riallestimenti. Così, nella Cortona gioiello d'arte e di passione antiquaria, sono state esposte opere provenienti dall'Ermitage e riferite alla lontana civiltà etrusca, seguite ora da una mostra di reperti dal Louvre e dalle sue collezioni archeologiche.

Gli Etruschi sono i signori anche di questa nuova esposizione, inquadrati sotto il titolo *Le collezioni del Louvre a Cortona. Gli Etruschi dall'Arno al Tevere* (fino al 3 luglio). La mostra guarda a Cortona come cerniera fra l'Etruria centro-settentrionale dell'entroterra e quella più a ridosso di Roma, comprendendo le aree di Chiusi, Perugia, Orvieto e di Falerii Novi antica città falisca (oggi Santa Maria di Falleri, vicino a Civita Castellana), ciascuna valorizzata in mostra da una specifica sezione, senza dimenticare aree diverse come quella fiesolana.

Ciò che proviene da Parigi ha il sapore, dunque, di un ritorno momentaneo nella sua terra d'origine, magari a suo tempo (seconda metà dell'Ottocento) passato in Francia sulla scia della vendita di collezioni quali quella della famiglia antiquaria Castellani e l'altra – qui vendita più forzata e drammatica, imposta al suo proprietario addirittura dal Papa per ripianare debiti pubblici – dovuta allo smembramento della collezione di Giovanni Pietro Campana fra Inghilterra, Ermitage e appunto Louvre.

Nella contenuta, ma preziosa mostra di Cortona – razionalmente e semplicemente esposta nella sale del MAEC – appaiono deliziosi reperti, quali un oinochoe (tipo di brocca) antropomorfo con motivi geometrici e animali proveniente dall'area di Falerii; il celebre kantharos (coppa) di Chiusi costituito da una duplice testa (menade e satiro) in terracotta; un askòs (vaso per liquidi) a forma di anatra con disegno di figura femminile alata; una coppia di raffinatissimi orecchini a pendente con figure del Carro solare e della Vittoria proveniente da Bolsena, che mostrano l'avanzata tecnica orafa e di fusione raggiunta dalla civiltà etrusca. Tutti oggetti che abbracciano un arco di tempo che va dal VIII al III secolo a C.

Ma a conferma di una tecnica raffinata, in mostra compare una testa, ritratto virile in bronzo proveniente da Fiesole (III a C), capace di riprodurre fedelmente, con volontà descrittiva e naturalistica, capelli, occhi e pieghe del volto.

FEDERICO NAPOLI

Accanto poi a canopi, vasi baccellati, urne cinerarie e bucheri, fa piacere vedere a Cortona una delle più importanti sculture etrusche in terracotta – rilevante anche per il suo stato di conservazione e per la dimensione stessa del frammento – conservata al Louvre dove forse non ha il risalto che merita: un busto di Arianna del III secolo a C. proveniente da Falerii Novi, che mostra come nel territorio etrusco a quella data fosse già conosciuto il mito di Dioniso e di sua moglie, con riferimento, dunque, ai riti dionisiaci e ai contatti con il mondo ellenizzante.

Contatti che pervenivano all'interno della regione direttamente anche dai porti sulla costa (in particolare Gravisca e Pyrgi) e che danno di un popolo mai divenuto nazione unitaria (tante città-stato, diverse nelle loro manifestazioni artistiche ed economiche) la misura di una vitalità attraverso la raffinatezza e l'amore per il bello.

Le collezioni del Louvre a Cortona. Gli Etruschi dall'Arno al Tevere

MAEC palazzo Casali
Piazza Signorelli, Cortona
fino al 3 luglio tutti i giorni 10,00 - 19,00



Coppia di orecchini pendenti decorati a motivi rappresentanti il Carro del Sole e la Vittoria. Oro e pasta di vetro - Etruria, prov. Bolsena, del III secolo a.C. Parigi, Musée du Louvre.



L'importanza della formazione, una difficilissima ovvietà

ANTONIO PANTI

B' pensabile un medico le cui conoscenze siano ferme a sette anni fa, il lasso di tempo che, si dice, rende obsolete oltre la metà delle cognizioni acquisite? I medici debbono aggiornarsi costantemente; la medicina ha il più alto tasso di innovazione mai conosciuto nella storia.

I medici tuttavia operano in un servizio pubblico che ha interesse a verificare che la formazione sia pertinente. La qualità delle prestazioni dipende dall'appropriatezza clinica e da quella gestionale. Perciò il servizio finanzia la formazione ma purtroppo i fondi sono scarsi e spesso maldestramente utilizzati. Altresì la formazione è un affare, sia per i costi che ha, sia perché attraverso questa si possono indurre comportamenti che favoriscono chi la finanzia, compreso il sistema pubblico.

Quindi il "metaproblema" della formazione è il conflitto di interesse. *"Il medico deve evitare ogni condizione nella quale il giudizio professionale riguardante l'interesse primario, quale è la salute dei cittadini, possa essere indebitamente influenzato da un interesse secondario. Il conflitto di interesse riguarda aspetti economici e non, e può manifestarsi nella ricerca scientifica, nella formazione e nell'aggiornamento professionale, nella prescrizione terapeutica e negli esami diagnostici, nei rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni, nonché con la pubblica amministrazione"*. L'articolo 30 del codice non dà adito a dubbi. Anche la pubblica amministrazione può tentare di far prevalere interessi economici sulla libertà di giudizio del medico, che deve aver per unico metro l'interesse del paziente.

Altresì la formazione, in particolare quella specialistica, costa perché non si può completare all'interno dell'azienda; i medici debbono muoversi per imparare. Il codice deontologico elenca minuziosamente le regole cui attenersi per limitare il conflitto di interesse e realizzare la cosiddetta trasparenza: dichiarare il possibile conflitto di interesse chiarisce il quadro all'uditorio.

Tuttavia resta il sottofinanziamento della formazione. Allora perché non reinvestire nella formazione i fondi ottenuti dalla razionalizzazione del sistema? Questo è il primo problema politico che dovrebbe trovare soluzioni condivise tra l'amministrazione e le organizzazioni mediche, altrimenti ogni altra questione rimane irrisolvibile.

Il servizio sanitario è un grande soggetto formativo, il modello cui adeguare la professionalità di ciascun operatore. A grandi linee la formazione si può suddividere in tre fasi, quella di base in cui si acquisiscono gli elementi cognitivi per la successiva professionalizza-

zione, sia la specializzazione che la formazione continua in medicina generale, infine l'educazione continua medica.

La formazione di base spetta all'università. Tuttavia il servizio è il maggior acquirente dei laureati della sanità e quanto più è professionalizzante la laurea, e lo sono in specie quelle triennali, tanto più i protocolli di intesa tra regione e università dovrebbero prevedere accordi relativi al tutoraggio, alla scelta delle sedi di insegnamento, alla selezione dei docenti e quant'altro sia necessario. Accordi a tre, perché gli Ordini e Collegi debbono garantire la qualità degli iscritti sulla cui formazione non hanno modo di intervenire.

Ma vi è una terza difficoltà. L'Italia è forse l'unico paese che assegna i corsi di specializzazione all'università senza preoccuparsi neppure delle possibilità formative delle facoltà. Se, per lo più, al termine della specializzazione c'è ancora molto da imparare sul piano pratico si pongono alcune domande. Di quanti specialisti ha bisogno il servizio, suddivisi per specialità? E dove si possono formare? E se il servizio contribuisce, e molto, sul piano economico perché non può utilizzare gli specializzandi anche come forza lavoro? E chi vigila in base ai requisiti previsti dalla legge? E si potrebbe pensare a assunzioni garantite per chi si è già formato nel servizio sanitario?

Infine la formazione è lunga e costosa per cui è importante non sbagliare le previsioni. La prima questione riguarda la prevista diminuzione del numero dei medici e la definizione del fabbisogno. Una previsione complessa ma la Toscana si è attrezzata con studi seri e attendibili. Ma vi è una seconda questione. Di quale medico vi sarà bisogno di fronte alle innovazioni tecnologiche e alle mutate esigenze della società e della sanità? Il calcolo del *turn over* non è sufficiente a correttamente prevedere il fabbisogno suddiviso per specialità.

Insomma chi deve formare, cioè qual è il reciproco impegno dell'università e del servizio; come formare, cioè con quali metodologie e contenuti; quando formare, cioè con quale cadenza rispettosa dei diritti di ognuno; dove formare, dalla formazione sul campo a quella tra pari, ai convegni internazionali; perché formare, cioè per quale professionista?

In conclusione occorre rendere efficace il protocollo di intesa tra università e servizio sanitario regionale con la partecipazione attiva delle professioni. E occorre un atto normativo regionale sulle metodologie e sui percorsi formativi interni al servizio, che riguardi il conflitto di interessi e risponda sul piano organizzativo e contenutistico alle precedenti domande.

È questione di volontà politica. Dove trovarla in questi tempi calamitosi?

TM



Daniela Caterina Scaramuccia, si è laureata in Ingegneria c/o il Politecnico di Torino, nel 1997. Dopo il dottorato ha lavorato per 10 anni in McKinsey & Company, una delle più note società di consulenza strategica e direzionale. È qui che, dopo esperienze in vari settori (tra cui energia, banche, trasporti e media) si è focalizzata soprattutto sulla sanità pubblica. In questo campo ha seguito progetti sull'analisi di sostenibilità economica, l'ottimizzazione dei percorsi intraospedalieri dei pazienti e il miglioramento della produttività degli ospedali. Ha studiato, fra le altre cose, metodologie per mettere a confronto le performance dei sistemi sanitari, regionali e nazionali, partecipando e seguendo progetti per il miglioramento dell'efficienza in sanità, ridisegnando modelli di cura, esaminando il grado di soddisfazione degli utenti, elaborando proposte per rendere più equo e sostenibile il sistema. Ha avuto un'importante esperienza diretta come paziente, a seguito di un grave incidente.

Federalismo Fiscale e Sanità Toscana

Un'intervista all'Assessore Daniela Scaramuccia

I mass media hanno dedicato ampio spazio al federalismo fiscale, che rappresenta il completamento di uno dei punti programmatici più importanti dell'attuale governo. Tutti ne parlano e diffuse sono le preoccupazioni, particolarmente nel mondo sanitario, per le possibili conseguenze di una diversa distribuzione delle risorse nazionali e per l'eventualità di maggiori prelievi fiscali locali.

Per questo abbiamo ritenuto di estremo interesse intervistare l'Assessore per i Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana, Ing. Daniela Scaramuccia, che ha accettato di buon grado di rispondere alle nostre domande.

Se ne evince un quadro complessivamente tranquillizzante per la nostra Regione, nei limiti delle gravi difficoltà economiche del momento, e la riaffermazione della rilevanza di un corretto rapporto tra medici e amministrazione al fine di mantenere il livello dei servizi in questa complessa congiuntura politica ed economica.

1) Che cos'è il federalismo fiscale in sanità?

È il settore più rilevante in cui si misurerà l'attuazione della legge sul federalismo fiscale che introduce un nuovo assetto del Paese, con maggiore autonomia e maggiore responsabilità delle Regioni per le materie già loro attribuite dalla riforma del titolo V della Costituzione.

In realtà la sanità è stata già da dieci anni terreno di sperimentazione del federalismo, perché i poteri regionali sono stati aumentati alla fine degli anni '90; per questo non dovrebbe cambiare molto.

Le due voci in cui va ad incidere la nuova legge sul federalismo sono: autonomia fiscale e risorse misurate sui fabbisogni e i costi standard.

Per quanto riguarda il secondo aspetto, la sanità già da 15 anni non è finanziata sulla base della spesa storica, ma di una valutazione del fabbisogno di servizi; per quanto riguarda il primo aspetto, verranno ridefiniti i criteri per attribuire alle Regioni maggiore autonomia di entrata.

L'importante in questo secondo caso è che non si voglia con questo semplicemente trasferire a livello regionale la necessità di un aumento della pressione fiscale sui cittadini.

In ogni caso, il federalismo costituirà una sfida per l'azione efficiente e controllata delle Istituzioni regionali, cioè per una classe politica cresciuta con i nuovi poteri assegnati e per una struttura tecnica regionale professionalmente valida e motivata. Saranno i cittadini a valutare e decidere democraticamente il giudizio da dare ai propri governanti locali.

Nella sanità tutto questo si è già verificato, e occorre dire che mentre in larga parte del Paese il decentramento dei poteri ha portato grandi miglioramenti dei servizi, in altre parti il miglioramento non c'è stato ed a livello locale si sono riprodotti o perpetuati i guasti già creati da una gestione centralistica poco attenta alla qualità dei servizi e alla soddisfazione dei cittadini.

2) Rispetto ai flussi finanziari da parte dello Stato, dal punto di vista sanitario e sociale la Toscana ci guadagna o ci rimette?

Questa è una domanda a cui è difficile oggi rispondere. Non si sa quale livello di finanziamento sarà definito a livello nazionale per l'erogazione dei livelli di assistenza. Non ci si può nascondere che dietro la partita dei fabbisogni e dei costi standard ci siano forti pressioni per operare tagli consistenti alla spesa sanitaria, anche attraverso modelli assistenziali alternativi o integrativi,

DANIELA CATERINA SCARAMUCCIA

Assessore per i Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana

quali quelli basati su forme assicurative di copertura.

La partita si gioca su due livelli: il primo è il livello del **finanziamento nazionale**; le Regioni hanno già ottenuto che comunque nessuno pensi di tornare indietro rispetto agli attuali livelli di finanziamento. Sui costi standard ancora non è chiara la metodologia di calcolo che verrà adottata, ma la Toscana non ha nessun timore in proposito. Il sistema sanitario toscano è tra i più efficienti in Italia e sarebbe paradossale che dovesse essere punito per astrusità tecnicistiche di calcolo dei costi standard.

Il secondo livello riguarda la **distribuzione del fabbisogno finanziario** in relazione al fabbisogno ottimale o standard. Anche qui non è ancora chiaro come ciò verrà realizzato ma ricordo che già oggi le risorse sono assegnate alle Regioni sulla base di parametri demografici che quantificano i differenti bisogni di differenti popolazioni.

Di fatto se il livello del finanziamento rimane costante in rapporto al PIL e quest'ultimo riprende a salire, non dovrebbero esserci grandi modificazioni rispetto alle attuali procedure e quindi la Toscana dovrebbe essere tranquilla.

3) La sanità toscana può continuare a far fronte e mantenere i servizi o si ritroverà tra quelle regioni costrette ai piani di rientro?

Sopra ho usato volutamente il condizionale perché effettivamente non si possono escludere problemi. Già in questi ultimi due anni il finanziamento della sanità in Italia ha registrato tagli consistenti per effetto delle necessità di contenimento della spesa pubblica. Se fino al 2009 si poteva dire che l'insieme delle Regioni mostrava un equilibrio finanziario sostanziale con l'eccezione di 4 o 5 realtà che già da 4 anni sono alle prese con piani di rientro e controllo governativo o addirittura commissariate, oggi il quadro è peggiorato.

Probabilmente non ci sarà un'estensione dell'esperienza dei piani di rientro ma sicuramente una maggiore difficoltà a mantenere l'equilibrio ci sarà. E questo vale anche per la Toscana. Il 2010 ed il 2011 si dimostrano anni cruciali. La disponibilità finanziaria ha registrato aumenti sull'anno precedente inferiori all'1% rispetto alla media degli anni 2006-2009, che si aggirava sul 3%. Queste cose che a livello centrale vengono definite come "tagli agli sprechi" sono in realtà ferite profonde alla possibilità di continuare ad erogare i livelli di assistenza.

Noi in Toscana pensiamo di aver fatto già il nostro dovere sul versante della riduzione degli sprechi. Ancora altro possiamo fare, ma sicuramente non abbiamo il problema strutturale di dover modificare radicalmente il nostro sistema sanitario come altre Regioni sono costrette a fare in tempi stretti.

Per cui i cittadini toscani possono stare tranquilli sul piano dei servizi offerti, agli amministratori ed alle strutture gestionali della sanità (aziende) è invece richiesto un ulteriore impegno verso il miglioramento continuo e la maggiore efficienza.

4) Comunque l'Assessore vuole mantenere i livelli di assistenza, e, se sì, con quali strategie?

Sì, vogliamo continuare a dare ai cittadini toscani la miglior assistenza possibile. Per la qualità di servizio che ha sempre erogato, la Toscana ha la responsabilità di dimostrare che una sanità universale si può fare. Non ci saranno tagli, ma una serie di misure che consentiranno di risparmiare, garantendo, e anzi migliorando, la tutela della salute dei cittadini.

Dobbiamo inventarci nuovi modelli che ci consentano di utilizzare meglio le risorse che abbiamo. Noi dobbiamo erogare salute, non prestazioni sanitarie. Appropriately è il concetto dominante. Un esempio: in due anni la Toscana ha raddoppiato le prestazioni erogate di diagnostica pesante.

È chiaro che non possiamo rincorrere questo aumento. Gli stessi radiologi sono consapevoli del fatto che spesso eroghiamo prestazioni inutili. Altro esempio, la farmaceutica. Ogni anno spendiamo 100 milioni di farmaci per ipertesi. Con il farmaco generico, a parità di efficacia abbiamo un risparmio di 30 milioni di euro. In Toscana gli acquisti avvengono attraverso gli Estav, e già questo ha consentito finora notevoli risparmi.

Ma c'è ancora un ampio margine di risparmio. Per questo stiamo cercando, con una serie di delibere, di indirizzare e monitorare le prescrizioni, sia di prestazioni che di farmaci. Ferma restando, è chiaro, la libertà del medico.

5) E come intende coinvolgere i professionisti nel mantenimento del livello dei servizi?

Uno degli aspetti che rendono il sistema toscano tra i migliori in Italia è proprio quello del coinvolgimento e della partecipazione del mondo professionale attraverso gli strumenti del governo clinico. In Toscana, questa è una prassi consolidata da tempo.

Per gli aspetti di cui ho parlato sopra – appropriatezza prescrittiva sia per le prestazioni diagnostiche che per i farmaci –, ma anche per tanti altri, come per esempio il buon funzionamento dell'ospedale per intensità di cure, l'integrazione tra ospedale e territorio, la medicina d'iniziativa, ecc., la partecipazione attiva e il coinvolgimento motivato delle professioni sanitarie sono fondamentali.

Quando vado in giro a conoscere le varie realtà della sanità toscana, vedo e sento la voglia di partecipare e l'entusiasmo dei professionisti. **TM**



Un'importante svolta nella terapia anticoagulante orale

TOSCANA MEDICA – Iniziamo con una panoramica sulla situazione attuale della Terapia Anticoagulante Orale (TAO), in particolare alla luce delle novità recentemente comparse sul mercato in questo settore.

BERNI – La TAO fino ad oggi è stata fatta solo con farmaci anti vit K. Le indicazioni all'impiego degli anti vit K sono sempre state le seguenti: fibrillazione atriale, valvolare e non valvolare, fase di stabilizzazione della malattia tromboembolica venosa dopo il superamento della fase acuta, miocardiopatie dilatative, valvulopatie mitraliche reumatiche, sostituzioni valvolari protesiche, profilassi del tromboembolismo venoso (oggi molto meno che in passato) in chirurgia ortopedica e chirurgia cosiddetta "maggiore".

Recentemente sul mercato sono comparse due nuove molecole, il dabigatran, inibitore diretto della trombina e il rivaroxaban, inibitore del Fattore X attivato, con indicazioni solo nella prevenzione della malattia trombo embolica venosa in interventi chirurgici di protesi di ginocchio (Studio RE-MODEL) e di anca (Studio RE-NOVATE).

Seppure esistano evidenze pubblicate in letteratura sull'efficacia di queste molecole anche nella prevenzione del tromboembolismo venoso e nella fibrillazione atriale, nel nostro Paese l'autorizzazione all'immissione in commercio non prevede il loro impiego per queste indicazioni.

CORRADINI – Ad oggi nel campo della TAO le alternative alle cumarine sono effettivamente piuttosto limitate, sia in Italia che in altri Paesi. Come ogni clinico ben sa, le cumarine tra l'altro presentano delle complessità di impiego assai rilevanti legate soprattutto al rapporto strettissimo tra dose tossica, dose inefficace e dose realmente terapeutica ed all'estrema variabilità di azione a livello sia di popolazione che di singolo paziente.

MANFREDI – La difficoltà nella gestione della TAO è condizionata dalla notevole variabilità interindividuale della risposta al warfarin la cui dose ottimale può va-

riare anche di 10 volte fra un paziente e l'altro. Tale variabilità è condizionata in parte dal polimorfismo genetico del citocromo epatico che metabolizza il warfarin che è implicato anche nelle interazioni farmacologiche. La frequente comorbilità presente nei soggetti

che fanno terapia anticoagulante comporta spesso polifarmacoterapie che favoriscono le interazioni farmacologiche. Anche la prescrizione di farmaci per patologie intercorrenti di breve durata può imporre una rivalutazione della TAO e deve essere valutata con attenzione.

BROCCA – Due parole sulle modalità di dispensazione delle molecole anticoagulanti per via orale. Il warfarin è prescrivibile

in fascia A e quindi si trova senza problemi a livello territoriale. Il dabigatran è in fascia A con regime di rimborsabilità da parte del Sistema Sanitario Nazionale, con limitazione dei prescrittori a ematologi e ortopedici.

TOSCANA MEDICA – Affrontiamo per un momento il discorso sul dicumarolo, farmaco concedibile in fascia A, poco costoso, però gravato di una notevole complessità di impiego e bisognoso di attenta valutazione clinico-laboratoristica nei soggetti ai quali viene prescritto. In tema di sostenibilità del sistema, quale è il ruolo del dicumarolo all'interno dei Servizi sanitari, anche alla luce delle recenti osservazioni in merito alla sua dispensazione avanzate da alcune Associazioni di persone in terapia con anticoagulanti orali?

ABBATE – Un risposta a questa domanda è stata tentata nella nostra Regione con l'attività, coordinata dal Comitato per il Rischio Clinico, del Gruppo di lavoro formato da esperti clinici del settore, Associazioni dei pazienti e Centri deputati alla sorveglianza della TAO che ha condotto in prima istanza alla realizzazione di una pubblicazione denominata "Farmamemo", al momento purtroppo ancora troppo scarsamente diffusa a livello regionale, anche secondo l'esperienza delle Associazioni che in Toscana raggruppano circa 40.000 persone sottoposte a TAO.

Tra l'altro proprio le Associazioni, sottolineando

ROSANNA ABBATE¹, GIANCARLO BERNI²,
TERESA BROCCA³, ALBERTO CONTI⁴,
PAOLO CORRADINI⁵, CARLO MANFREDI⁶,
ALFREDO ZUPPIROLI⁷

¹ Ordinario di Medicina Interna, Università degli Studi di Firenze

² Membro della Commissione Terapeutica Regionale

³ Direttore del Dipartimento del Farmaco della ASL di Firenze

⁴ Dirigente medico di Medicina d'Urgenza della AOU "Careggi" di Firenze

⁵ Direttore dell'UO di Medicina Interna dell'Ospedale di Castel del Piano, Grosseto

⁶ Medico di medicina generale a Massa, membro della Commissione Terapeutica Regionale

⁷ Direttore del Dipartimento di Cardiologia della ASL di Firenze

PARTECIPANO



Rosanna Abbate



Giancarlo Berni



Teresa Brocca



Alberto Conti



Paolo Corradini



Carlo Manfredi



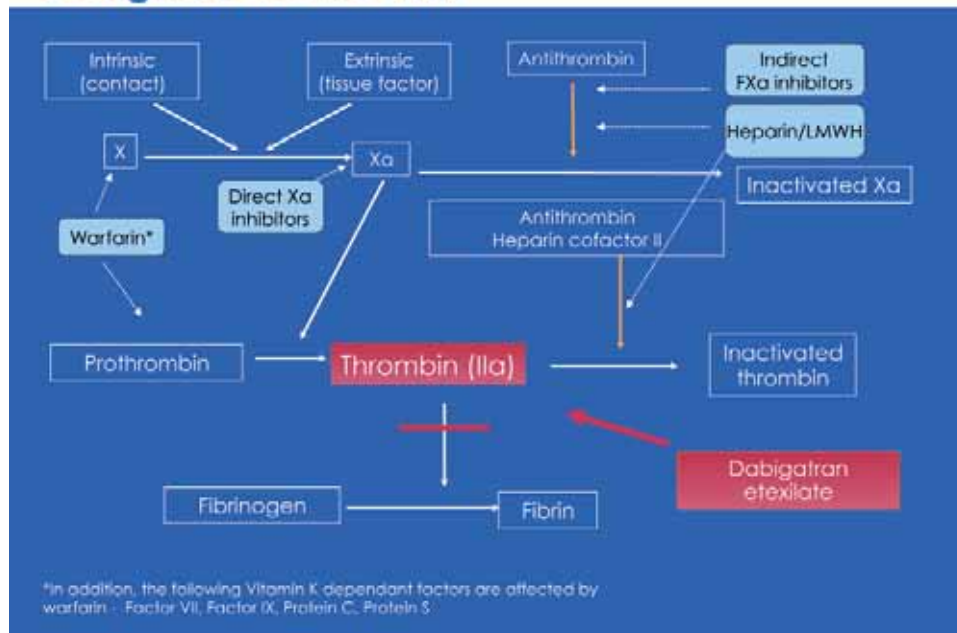
Alfredo Zuppiroli

il fatto che di questa popolazione di pazienti circa un quarto si autogestisce la terapia con tutto quello che ne può conseguire in termini di sicurezza, si lamentano della scarsa diffusione e della difficile reperibilità del "Farmamemo" che davvero potrebbe rappresentare un valido aiuto per questa classe di pazienti. La Regione, anche a seguito di queste sollecitazioni, si è impegnata a chiedere alle Aziende una più capillare distribuzione del libretto, soprattutto nelle aree più periferiche.

ZUPPIROLI – Faccio riferimento all'intervento della Prof.ssa Abbate per ricordare che nella gestione di patologie croniche quali molte di quelle che necessitano di TAO, gli outcome favorevoli dipendono più da un buon

modello organizzativo dell'assistenza, piuttosto che dal ricorso alle ultime novità terapeutiche comparse sul mercato. Ne è un esempio l'intervento proattivo della medicina di iniziativa nel caso dello scompenso di cuore. D'altra parte non bisogna dimenticare che la realtà dei fatti è molto diversa da quella asettica dei grandi trials della Letteratura e probabilmente gli anti vit k sono impiegati con molta meno frequenza rispetto a quello che sarebbe necessario in coorti di pazienti così estese. Tra l'altro molti di questi soggetti sono anziani in condizioni socio-assistenziali precarie, fattore che può rendere la TAO, se non attentamente gestita, estremamente pericolosa con l'annullamento della fascia di sicurezza tra il rischio trombotico e quello emorragico.

Coagulation cascade



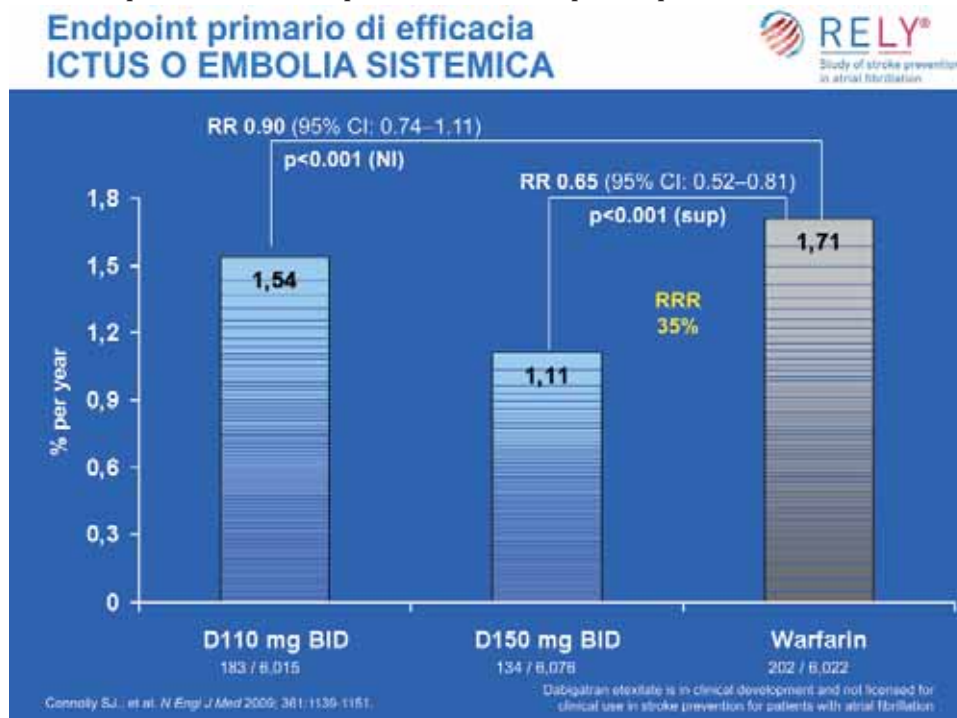
CONTI – È indubbio che parlando di TAO, le numerose indicazioni a questo tipo di terapia vengono molto spesso disattese nella pratica clinica quotidiana. In effetti molti pazienti preferiscono la sola terapia antiaggregante alla TAO sia per i pericoli di sanguinamento sia per la oggettiva difficoltà di sottoporsi al regime di controllo dell'INR; ciò induce anche alla precoce sospensione del trattamento entro il primo anno che in alcune casistiche arriva al 30%. Tali considerazioni sono state recentemente confermate da uno studio italiano (ATA-AF) pubblicato nel febbraio 2011 che ha raccolto i dati di circa 400 Centri ospedalieri (cardiologici ed internistici) distribuiti su tutto il territorio, arruolando in un mese un campione di circa 7.000 pazienti. In questo gruppo solo il 60% di quelli che realmente avevano un'indicazione corretta alla terapia anticoagulante ricevevano effettivamente quella per via orale. Il restante 40% era trattato con antiaggreganti ed anticoagulanti diversi (dal solo acido acetilsalicilico, all'eparina sottocute variamente associati), con conseguente assai scarsa azione preventiva nei confronti dell'ictus cerebrale e del tromboembolismo sistemico. Ciò vuole dire che in Italia appare necessario sostenere una costante azione educativa per indurre a seguire scrupolosamente le indicazioni alla TAO già esistenti e, in caso di rapporto costo-beneficio positivo, di ricorrere anche ai farmaci di nuova concezione, soprattutto in quei pazienti in cui esistano controindicazioni alla TAO o accettabili motivi di scelta personale che neghino all'assenso alla terapia.

CORRADINI – Nel campo della terapia anticoagulante orale il Modello Assistenziale (controlli di laboratorio e modifiche dei dosaggi nel tempo) è importante quanto il farmaco stesso. Bisogna ricordare inoltre che nella nostra Regione si è scelto di affidare la gestione del paziente scoagulato alla medicina di base, riservando l'intervento dei Centri specialistici ad interventi di II livello su pazienti instabili o particolari.

Quindi in Toscana, oltre agli aspetti clinici delle indicazioni alla terapia, della sua gestione complessiva e della compliance dei pazienti, è necessario occuparsi anche degli aspetti legati all'organizzazione dell'assistenza. In questo senso il "Farmamemo", strumento del Rischio Clinico ricordato in precedenza, potrebbe avere una sua reale valenza, secondo anche quanto richiesto dalle Associazioni dei pazienti.

MANFREDI – Nella pratica corrente non tutti i pazienti nei quali la TAO è indicata sono trattati come sarebbe auspicabile. L'intervento del medico di medicina generale dovrebbe servire anche ad ampliare il numero dei pazienti correttamente in trattamento per cercare di approssimarsi ai risultati ottenuti dal warfarin negli studi clinici. Il warfarin, infatti, evita un caso di tromboembolismo nei pazienti affetti da fibrillazione atriale su base annua ogni 37 e ogni 13 rispettivamente in prevenzione primaria e secondaria ai quali si contrappone un caso di sanguinamento maggiore ogni 334 e un ictus emorragico ogni 500. Quando si illustrano al paziente, specie se anziano, vantaggi e rischi della TAO, il rischio di sanguinamento rende spesso problematica l'adesione al trattamento, nonostante vari studi indichino che gli eventi emorragici sono simili per gravità, insorgenza, sede e valori di INR durante l'evento a quelli che avvengono nei soggetti più giovani.

BERNI – Per riassumere quanto emerso fino ad ora dalla discussione direi che, ben lungi dal volere disconoscere l'innegabile importanza delle anti vit k, non bisogna tuttavia dimenticare che una buona parte di pazienti che necessitano di terapia anticoagulante non è eleggibile per questo tipo di trattamento; inoltre quella popolazione che segue il trattamento non l'esegue con scrupolo e anche fra i pazienti seguiti opportunamente non raramente si registrano oscillazioni preoccupanti dei valori di INR che espongono il



paziente a rischi emorragici o a periodi di protezione antitrombotica inefficace. Per questo alternative farmacologiche che permettano di aumentare il numero dei soggetti in grado di beneficiare di terapie anti-coagulanti e garantiscano una più efficace sicurezza rispetto agli anti vit k non possono che sollecitare interesse nel mondo medico.

TOSCANA MEDICA – *Parlando sempre degli anti vit k, qual è la valutazione del rischio tra quello emorragico e la tutela di quello trombotico? Ed ancora, questo tipo di terapia dovrebbe essere gestita a livello specialistico oppure, escluso casi particolari, può trovare collocazione nel “Chronic Care Model”, magari affidata ad infermieri appositamente formati?*

ABBATE – Dopo tanti anni di esperienza con questo tipo di pazienti, sono convinta che la terapia anti-coagulante debba essere affidata ai medici di medicina generale, lasciando a quelli dei Centri di riferimento specialistico la gestione di alcuni particolari momenti del percorso assistenziale, come l'inizio e la fase di stabilizzazione della cura durante la quale è necessario l'intervento di personale specializzato visto che è stato dimostrato che la maggiore incidenza di problematiche sia di carattere emorragico che trombotico si verifica proprio in questo periodo. In seguito la terapia può essere tranquillamente gestita dal medico di famiglia che dovrà seguire accuratamente il paziente con periodiche rilevazioni dell'INR, garantire una buona comunicazione con il soggetto, momento fondamentale per ottenere la migliore compliance alla prescrizione e mantenere i contatti con gli specialisti in caso di comparsa di eventi avversi di qualsivoglia natura. Tutto questo ovviamente dovrà essere preso in considerazione anche quando si decida di usare i nuovi farmaci anticoagulanti, senza tuttavia dimenticare che in molte situazioni quali ad esempio i pazienti con protesi valvolari o portatori di patologie autoimmuni ancora non potremo fare a meno delle “vecchie” anti vit k.

TOSCANA MEDICA – *Seppure con indicazioni al momento estremamente limitate e con uso esclusivamente ospedaliero, come già detto è comparso sul mercato un nuovo farmaco con azione anticoagulante, il dabigatran.*

BERNI – Il dabigatran è un profarmaco che, una volta attivato, inibisce l'attività della trombina controllando la cascata coagulativa. Si tratta di una molecola estremamente maneggevole che nelle fasi iniziali di trattamento non richiede la somministrazione di eparina a basso peso molecolare, non necessita di controllo ematochimici né di restrizioni alimentari e, una volta identificato il dosaggio ottimale, richiede una somministrazione due volte al giorno per lunghi periodi senza bisogno di fastidiosi e pericolosi aggiustamenti della posologia. Presenta inoltre una efficacia anticoagulante stabile e protettiva nel tempo, non sempre garantita dagli anti vit k. La sua breve emivita garantisce un veloce ritorno alle preesistenti condizioni. Questo aspetto farmacodinamico facilita i comportamenti nei pazienti che dovessero avere la necessità di un intervento chirurgico di relativa urgenza con la semplice sospensione del farmaco

Dal punto di vista economico il dabigatran presenta un costo elevato e sembra non presentare effetti collaterali al di fuori delle complicanze emorragiche ad eccezione di un aumento della dispepsia acida. È necessario ricordare la sua possibile interferenza con la contemporanea assunzione di sostanze come il verapamile, l'amiodarone e la chinidina.

CORRADINI – Il dabigatran, approvato in Italia solo in ambito ortopedico ed attualmente in valutazione presso l'AIFA per l'impiego anche in caso di fibrillazione atriale, ben si presta ad alcune considerazioni di carattere farmacoeconomico. Anche in questo caso è a mio parere opportuno esaminare tre aspetti della questione che sono il costo del farmaco, quello della cura e quello della malattia.

Il costo del farmaco è quello di più facile valutazione, essendo ovviamente ben conosciuti in ogni contesto sociale o organizzativo i prezzi di vendita e di acquisto di una determinata molecola. Per quanto riguarda il costo di una cura, le cose si fanno dal punto di vista economico già più confuse, essendo oggettivamente difficile quantificare i costi, ad esempio, delle visite di controllo, degli esami ematici periodici per il monitoraggio della terapia, dei meccanismi di trasmissione dei dati tra il territorio, i Centri di riferimento e le strutture amministrative a livello sia locale che centrale.

Per finire, la malattia. Questa “costa” in termini di morti ed eventi avversi legati all'eventuale impiego di un determinato farmaco, considerando i ricoveri in ospedale, in fase sia acuta che postacuta, le terapie riabilitative di più o meno lunga durata, le giornate di lavoro perse e la ridotta produttività complessiva dei soggetti colpiti.

Queste considerazioni a mio parere devono servire per non limitarsi a considerare solo ed esclusivamente il costo di un farmaco di nuova concezione, soprattutto se messo a paragone con molecole ad azione analoga sul mercato ormai da più di cinquanta anni.

MANFREDI – Il dabigatran (110 mg x 2/die e 150 mg x 2/die) è stato confrontato con warfarin nello studio RE-LY di non inferiorità che ha arruolato pazienti affetti da fibrillazione atriale associata ad almeno una delle caratteristiche quali storia pregressa di ictus, attacco ischemico transitorio o embolia sistemica, frazione di eiezione <40%, scompenso cardiaco sintomatico, età pari o superiore a 75 anni oppure età superiore a 65 associata a diabete mellito, coronaropatia o ipertensione. La popolazione studiata aveva un'età media di 71 anni. La conclusione principale dello studio è che il dabigatran ad entrambe le dosi testate non è risultato inferiore al warfarin nei confronti dell'end point primario rappresentato dal tasso di ictus e di embolia sistemica. Il dabigatran alla dose di 150 mgx2/die si è dimostrato superiore sullo stesso end point al warfarin. Il tasso di sanguinamento maggiore è stato più basso con dabigatran alla dose inferiore e non differente da quella del warfarin alla dose maggiore. La tollerabilità epatica è stata buona, ma si è evidenziata una maggiore incidenza di casi di dispepsia e di dolore addominale. La possibilità di somministrare il farmaco a posologia fissa senza necessità di controllare l'INR

rende il dabigatran molto interessante nell'ambito delle cure primarie.

CONTI – La realtà economica della questione può essere affrontata considerando che una buona percentuale (40%) dei circa 100.000 soggetti che ogni anno ricorrono in Italia alle strutture del servizio sanitario per fibrillazione atriale non viene sottoposta ad un trattamento anticoagulante efficace. Un altro 10-20% dei pazienti trattati sospenderà precocemente la terapia e alcuni dati pubblicati sospettano che il range terapeutico ottimale venga mantenuto per circa metà o due-terzi del tempo in terapia. Ricordiamo che nella classe di pazienti non trattati, l'incidenza dell'embolismo sistemico e cerebrale arriva fino al 3-5% annuo. Possiamo stimare che sono circa 2.500 gli ictus evitabili in un anno con la terapia adeguata. Ma quale terapia? È possibile considerare l'uso di alternative alla TAO anche se più costose? Lo studio Re-Ly ha dimostrato una riduzione del 35% degli ictus nei pazienti trattati con dabigatran rispetto a warfarin. Sembra quindi di sì, considerando l'impegno finanziario e socio-assistenziale che deriva dal mancato trattamento anticoagulante rispetto a quello più oneroso del paziente affetto da ictus. Per entrare poi in un ambito maggiormente specialistico, vorrei ricordare che sottoporre un paziente con fibrillazione atriale non ben scagolato a cardioversione elettrica aumenta di ben il 7% il suo rischio embolico.

Queste considerazioni a mio parere rappresentano delle ottime giustificazioni non solo per non cambiare le indicazioni ed il ricorso alla TAO ma per adeguarla opportunamente alle nuove realtà terapeutiche oggi disponibili.

TOSCANA MEDICA – Il fatto però che non tutti i pazienti che ne avrebbero reale bisogno vengano trattati con TAO, inevitabilmente crea un outcome peggiore rispetto a quello che si avrebbe in caso contrario. Il numero dei

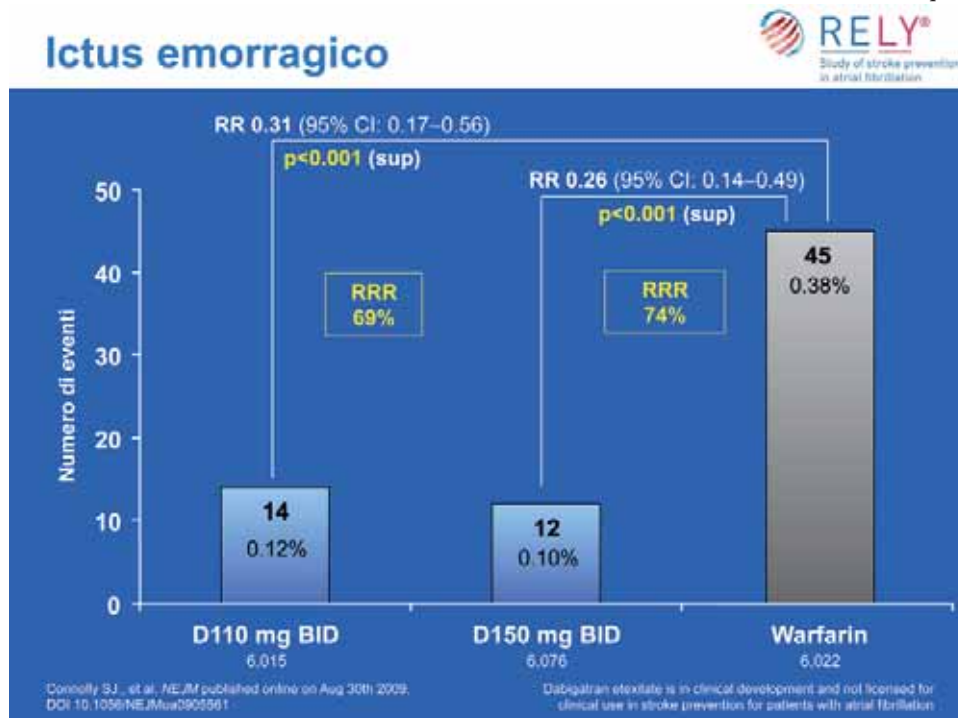
soggetti da trattare potrebbe ragionevolmente aumentare qualora si potesse disporre di molecole più maneggevoli degli anti vit k? Ed in caso di risposta affermativa, come si dovrebbe affrontare la questione dei costi?

ZUPPIROLI – È ovvio che nel caso di pazienti in TAO ben seguita e ben gestita e quindi con un eccellente controllo dell'INR, non c'è nessuna indicazione a sostituire farmaci "vecchi" ed efficaci come ad esempio il warfarin. Negli altri casi io penso che sarebbe molto utile anche in Italia avere l'approvazione per il dabigatran ed il rivaroxaban per la prevenzione dello stroke in soggetti con fibrillazione atriale per potere curare un numero molto maggiore di pazienti meglio di quanto non possiamo fare con gli anticoagulanti oggi disponibili in commercio.

BROCCA – Per quanto riguarda la questione dei costi, nella ASL di Firenze nel 2010 sono stati trattati con il warfarin 12.786 pazienti. Questi dati provengono dalla lettura ottica delle ricette per cui bisogna considerare che se un assistito ha avuto più prescrizioni nell'arco dell'anno viene in realtà considerato una sola volta e che in questo gruppo possono essere rientrati anche pazienti provenienti da ASL diverse da quella fiorentina. La spesa relativa a queste prescrizioni è comunque a livello aziendale del tutto insignificante.

ABBATE – I numeri adesso forniti non possono che farmi piacere visto che l'impressione generalizzata di coloro che si occupano in maniera specifica di questi pazienti è che la TAO non venga ancora oggi prescritta secondo le reali necessità di impiego, sia qualitative che quantitative.

TOSCANA MEDICA – Alla luce della comparsa sul mercato di nuovi anticoagulanti orali, per il momento di alto costo, riconosciuta efficacia e limitata prescrivibilità, sarebbero forse da rivedere i percorsi diagnostici



stici-terapeutico-assistenziali che a livello regionale regolano la gestione complessiva dei soggetti che necessitano di terapia anticoagulante?

BERNI – Io penso proprio di sì, visto il numero delle persone che per motivi diversi abbandonano la terapia, che non la ricevono in maniera adeguata e delle difficoltà che i medici hanno per tenere sotto controllo nel tempo un assetto coagulativo efficace in molti dei loro assistiti.

Se i nuovi farmaci offrono una maggiore facilità di somministrazione, la necessità di minori controlli clinici e laboratoristici ed una maggiore, riconosciuta efficacia terapeutica, a parità di rischi il loro impiego dovrebbe senza dubbio venire incoraggiato. Ovviamente i soggetti eleggibili per ottenere questa terapia devono essere attentamente selezionati per garantire la migliore appropriatezza possibile a trattamenti che comunque hanno un costo di non trascurabile entità.

CONTI – Secondo i pochissimi dati oggi disponibili il trattamento con anti vit k “costa” circa 2.300 dollari statunitensi all'anno per paziente trattato, senza ovviamente considerare i costi indiretti legati alla condizione patologica di base che ha richiesto questo tipo di terapia ed ai suoi eventuali effetti indesiderati. Inoltre nel computo non sono calcolati i costi sostenuti dai pazienti per recarsi ai controlli dell'INR. L'unico studio comparso ad oggi in Letteratura è stato condotto in Canada ed ha dimostrato che il costo della terapia con dabigatran 150 mg 2 volte al giorno (quindi 4 cp al giorno essendo per ora disponibili solo compresse da 75 mg) salirebbe invece a 7-9 mila dollari annui. Comunque, in questo caso non vanno aggiunti altri costi indiretti complessivi.

Il problema, oltre che puramente economico, è anche di carattere socio-assistenziale. In effetti appare prevedibile che la percentuale di persone trattate con

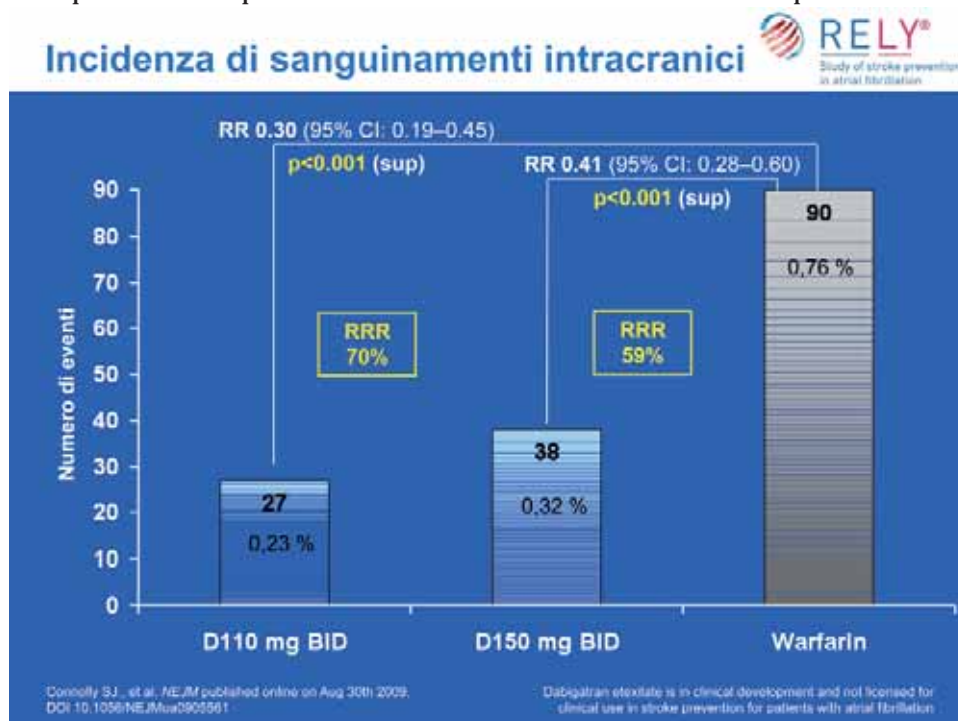
dabigatran, una volta disponibile per la prevenzione dell'ictus embolico, presto potrebbe diventare superiore rispetto a quella che continuerebbe a ricevere il warfarin, visti i vantaggi prima ricordati.

CORRADINI – Molti delle questioni che sono state fino ad ora affrontate perdono un po' del loro indiscutibile significato visto che ancora in Italia non sappiamo quanto in realtà il dabigatran verrà in pratica a costare. È ovvio che se le indicazioni verranno ampliate e non saranno più limitate alla sola chirurgia ortopedica maggiore e per un periodo di tempo molto limitato, anche nel nostro paese l'AIFA potrà ragionevolmente discutere con l'industria un prezzo più contenuto, evidentemente comunque sempre molto maggiore di quello dei anti vit k.

Mi sembra ovvio che nelle prime fasi di commercializzazione non potendo oggettivamente agire sulle indicazioni già molto ridotte, l'AIFA si muoverà nella direzione della maggior selezione possibile dei pazienti e del monitoraggio delle prescrizioni, secondo quanto già fatto anche in caso di altre molecole di stretta pertinenza specialistica.

Credo proprio che, essendo di fronte a quella che può essere considerata una vera e propria svolta epocale in un campo nel quale le ultime “novità” terapeutiche risalgono ormai a diversi decenni fa, accurate indagini di economia sanitaria siano davvero di fondamentale importanza per gestire al meglio quello che appare un eccezionale acquisto per l'armamentario terapeutico dei medici.

ZUPPIROLI – A me farebbe piacere che si arrivasse a ragionare in questo modo: il farmaco di nuova concezione non dovrebbe essere somministrato a quanti più pazienti possibile solo perché l'industria, colta da un improbabile impeto di generosità, ha deciso improvvisamente di abbassarne il costo, ma perché i dati provenienti dal mondo della professione sono stati capaci



di individuare quali sono i soggetti per i quali la novità terapeutica può ragionevolmente presentare dei vantaggi certi e validati.

Bisogna anche riconoscere che le cose non sono ancora proprio del tutto chiarite, almeno da quel poco che per il momento è comparso in Letteratura, soprattutto per quello che riguarda le posologie che saranno in Italia autorizzate all'immissione in commercio con indicazione cardiologica.

Un punto certamente importante è la constatazione che dosaggi di 150 mg 2 volte al giorno di dabigatran presentano un'efficacia maggiore del warfarin ma sono gravati dallo stesso rischio di complicanze, mentre 110 mg, sempre in 2 somministrazioni giornaliere, a parità di efficacia terapeutica, sono associati ad un rischio notevolmente minore rispetto a quello dalle molecole anticoagulanti "tradizionali".

Un'altra questione da non trascurare è quella poi legata al fatto che dopo due anni di terapia, il dabigatran è stato abbandonato da circa il 20% dei pazienti, anche a causa della comparsa di significativi effetti indesiderati di natura gastrointestinale.

Inoltre, come cardiologo, non posso non ricordare che molti soggetti che necessitano di TAO sono affetti da cardiopatia ischemica ed assumono anche acido acetilsalicilico, ed è crescente il numero dei pazienti in doppia terapia antiaggregante, per i quali ancora la Letteratura non ha dato risposte certe in merito alla sicurezza dell'uso dei nuovi farmaci anticoagulanti. Non dimentichiamo infine la possibile interazione del dabigatran con farmaci ampiamente impiegati in ambito cardiologico, quali l'amiodarone ed il verapamil.

A mio parere, in tema di future, impegnative scelte di economia sanitaria, la selezione dei pazienti rappresenta davvero un momento di fondamentale importanza.

ABBATE – Partendo dal presupposto che i farmaci anticoagulanti di nuova generazione rappresentano senza dubbio uno strumento di eccezionale valore, non vorrei però che il loro impiego finisse in qualche

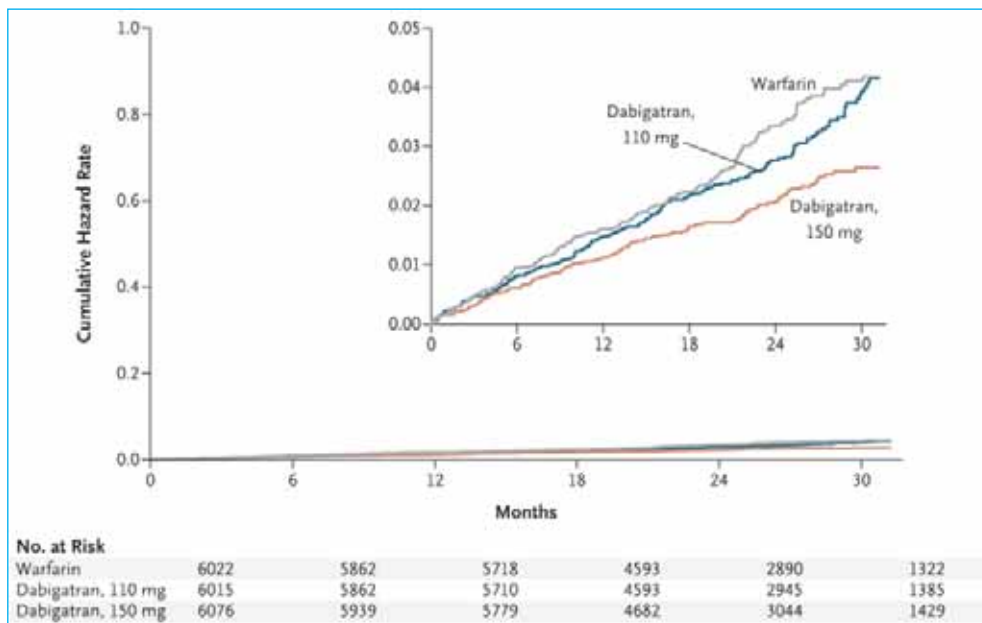
caso per fare perdere al medico il contatto stretto con i propri pazienti in TAO, cosa che invece oggi raramente accade con le molecole di più vecchia concezione. Voglio dire che venendo a mancare l'esigenza di un controllo pressante dell'assetto coagulativo, potrebbe esistere la possibilità che il medico finisca per perdere di vista la compliance del proprio assistito nei confronti della terapia e, cosa molto importante, non rivalutarne nel tempo le indicazioni. Questo potrebbe comportare un rischio di minore sorveglianza nei confronti della maggiore complicità delle terapie anticoagulanti, vale a dire il rischio emorragico a livello cerebrale.

TOSCANA MEDICA – *In attesa delle note AIFA e delle decisioni che verranno prese a livello regionale, quali valutazioni di carattere tecnico ed economico dovrebbero essere prodotte dalla Commissione Terapeutica della Regione Toscana?*

BROCCA – Penso che prima di tutto sarebbe di fondamentale importanza un periodo di congrua lunghezza durante il quale monitorare attentamente l'utilizzo del farmaco a livello di Centri di riferimento opportunamente individuati ai quali spetti anche la selezione dei pazienti, ognuno dei quali dovrebbe ricevere una sorta di "piano terapeutico" gestito dai Servizi farmaceutici aziendali. Dopo è necessario valutare i dati ottenuti da queste attività, elaborarli e presentare il risultato alla CTR che su queste basi dovrà esprimere il proprio parere.

TOSCANA MEDICA – *La Regione potrebbe limitare le indicazioni terapeutiche a determinate classi di pazienti?*

BERNI – In assenza di dati oggettivi provenienti dal territorio, come diceva prima la dott.ssa Brocca, mi sembra difficile potere dare una risposta definitiva in questo senso. È ovvio che appare del tutto inutile, in caso di soggetti in terapia con warfarin ben condotta, gestita ed efficace, proporre nuove e più costose op-



Cumulative Hazard Rates for the Primary Outcome of Stroke or Systemic Embolism, According to Treatment Group.

Modificato da RELY: Connolly et al NEJM 2009.

Discontinuation of the Study Drug, Adverse Events, and Liver Function According to Treatment Group.*			
Variable	Dabigatran, 110 mg (N=6015)	Dabigatran, 150 mg (N=6076) number of patients (percent)	Warfarin (N=6022)
Study-drug discontinuation			
Discontinued at 1 yr†	862 (15)	935 (16)	608 (10)
Discontinued at 2 yr†	1161 (21)	1211 (21)	902 (17)
Reason for discontinuation			
Patient's decision	440 (7.3)	474 (7.8)	375 (6.2)
Outcome event	192 (3.2)	164 (2.7)	130 (2.2)
Serious adverse event‡	163 (2.7)	166 (2.7)	105 (1.7)
Gastrointestinal symptoms§	134 (2.2)	130 (2.1)	38 (0.6)
Gastrointestinal bleeding	58 (1.0)	80 (1.3)	54 (0.9)
Adverse events¶			
Dyspepsia‡	707 (11.8)	688 (11.3)	348 (5.8)
Dizziness	486 (8.1)	506 (8.3)	568 (9.4)
Dyspnea	557 (9.3)	580 (9.5)	586 (9.7)
Peripheral edema	473 (7.9)	478 (7.9)	468 (7.8)
Fatigue	399 (6.6)	401 (6.6)	372 (6.2)
Cough	344 (5.7)	348 (5.7)	364 (6.0)
Chest pain	312 (5.2)	377 (6.2)	357 (5.9)
Back pain	316 (5.3)	314 (5.2)	337 (5.6)
Arthralgia	270 (4.5)	335 (5.5)	346 (5.7)
Nasopharyngitis	337 (5.6)	330 (5.4)	336 (5.6)
Diarrhea	377 (6.3)	397 (6.5)	346 (5.7)
Atrial fibrillation	330 (5.5)	357 (5.9)	349 (5.8)
Urinary tract infection	273 (4.5)	289 (4.8)	335 (5.6)
Upper respiratory tract infection	288 (4.8)	285 (4.7)	313 (5.2)
Liver function			
ALT or AST >3× ULN	124 (2.1)	117 (1.9)	132 (2.2)
ALT or AST >3× ULN with concurrent bilirubin >2× ULN	13 (0.2)	13 (0.2)	21 (0.3)
Hepatobiliary disorder**			
Serious adverse event	33 (0.5)	34 (0.6)	33 (0.5)
Non-serious adverse event	101 (1.7)	109 (1.8)	112 (1.9)

* ALT denotes alanine aminotransferase, AST aspartate aminotransferase, and ULN upper limit of the normal range.

† Rates of discontinuation at 1 and 2 years were higher with dabigatran than with warfarin ($P<0.001$). The rates are based on Kaplan–Meier estimates.

‡ $P<0.001$ for the comparison of either dose of dabigatran with warfarin.

§ Gastrointestinal disorders included pain, vomiting, and diarrhea.

¶ The adverse events listed are those that were reported in more than 5% of patients in any of the three treatment groups.

|| Dyspepsia was defined to include the coding terms abdominal pain upper, abdominal pain, abdominal discomfort, and dyspepsia.

** Hepatobiliary disorders were classified as serious adverse events if they consisted of clinical or biochemical liver dysfunction requiring hospitalization, most frequently cholelithiasis or cholecystitis. Hepatobiliary disorders classified as adverse events were most frequently cholelithiasis, cholecystitis, abnormal hepatic function, and jaundice.

Modificato da RELY: Connolly et al NEJM 2009.

zioni terapeutiche che invece possono essere utilizzate in quelle popolazioni di malati che per motivi diversi non riescono ad ottenere vantaggi significativi dalle “vecchie” molecole ad azione anticoagulante.

CORRADINI – Anche per me è assolutamente necessario un monitoraggio postmarketing per identificare al meglio quali sottopopolazioni di pazienti si sono giovate dei nuovi farmaci rispetto ai vecchi. Dopo un

periodo a mio parere non inferiore a cinque anni, si avranno dati oggettivi su eventi embolici ed eventi emorragici e si potrà meglio ragionare sui costi dei farmaci, della Cura e della Malattia rispetto alla terapia con anti vit k.

ABBATE – In Italia stiamo lavorando alla creazione di un Registro che raccolga le esperienze di tutti coloro che in ambiti diversi sono interessati alle problematiche della terapia anticoagulante, allo scopo di raccogliere, tra l'altro, dati epidemiologici, di selezionare i pazienti e di gestire al meglio quella che è stata ricordata prima come una delle più importanti complicanze delle vecchie terapie con anticoagulanti orali, cioè l'evento emorragico cerebrale.

MANFREDI – Limiterei la prescrivibilità ai pazienti simili a quelli arruolati nello studio RE-LY condotto con dabigatran in alternativa al warfarin, in pazienti

cioè con fibrillazione atriale parossistica o permanente in presenza di fattori di rischio per ictus o embolia. Il dabigatran dovrebbe essere permesso anche nei pazienti nei quali fattori culturali, emotivi o ambientali, non offrano sufficienti garanzie di un approccio mentale e pratico adeguato all'esecuzione corretta della TAO. Contestualmente attiverei un monitoraggio intensivo dei singoli pazienti e una valutazione sistematica dell'impatto sulle popolazioni reali per definire meglio efficacia pratica e tollerabilità.

ZUPPIROLI – Quando si tratterà di decidere sulle indicazioni all'uso del dabigatran non potranno certo essere ignorate le evidenze che hanno dimostrato la sua capacità, al dosaggio di 150 mg 2 volte al giorno, di ridurre del 70% i casi di emorragia intracranica rispetto al warfarin. Ancora una volta, credo che uno degli aspetti di maggiore importanza sia la selezione dei pazienti il più accurata possibile.

Una svolta nella terapia anticoagulante orale?

ANTONIO PANTI

Il Warfarin è un farmaco in uso da decenni, di cui sappiamo molto, che possiede ormai indicazioni validate. Tuttavia la percentuale di pazienti che, pur avendone bisogno, risultano effettivamente in terapia supera di poco la metà dei casi. Eppure esistono consolidate linee guida e un'organizzazione ben programmata. Ma, come lamentano le associazioni dei pazienti, in realtà le difficoltà applicative non mancano, l'informazione spesso è carente e così accade che la compliance dei pazienti sia scarsa e le reazioni avverse più numerose del previsto. Eppure quando la terapia è ben condotta, nei casi che rispondono, i risultati ci sono e i costi complessivi, pur comprendendovi gli accertamenti e le ore lavorative perse, sono ragionevoli.

Ad oggi risultano circa 40.000 i pazienti in TAO in Toscana, un quarto dei quali seguiti nei centri specialistici. Nel 2009 nella ASL fiorentina risultano in TAO 12.786 pazienti. Nei casi seguiti bene il frequente controllo del medico è comunque vantaggioso e il percorso corretto si inserisce a pieno titolo nel modello di assistenza ai cronici. Questo, insomma, è un tipico caso in cui la bontà dell'organizzazione sanitaria incide profondamente sui risultati della terapia.

Tuttavia, al di là delle cautele necessarie a causa del rapporto tra rischio emorragico e tutela dal rischio trombotico, resta il fatto che la TAO non è di semplice uso nella pratica quotidiana, un uso affidato al medico generale, mentre lo specialista dovrà avviare la terapia e controllare le eventuali reazioni avverse da questi segnalate.

In questo quadro comunque complesso si affaccia ora una reale novità. Il dabigatran è un farmaco che

oggi è in commercio soltanto con poche indicazioni molto settoriali, al momento è prescrivibile in fascia A solo dallo specialista ortopedico od ematologo con ricetta non ripetibile, ma che sta per ampliare il proprio raggio di azione grazie a un recente studio assai ampio. I vantaggi sono evidenti, più che altro per la facilità della somministrazione orale, che non richiede controlli ematologici, il che, al limite, potrebbe renderne più difficile il monitoraggio. Ma se il farmaco è assai costoso quanto si può risparmiare negli oneri del percorso terapeutico? Non è facile dirlo ma è giusto prevederne un uso ristretto.

Una posizione corretta potrebbe essere quella di riservare l'uso di dabigatran nei nuovi casi, purché abbiano comunque un rischio e nei casi in cui finora non era possibile sottoporli a trattamento anche per difficoltà nella compliance. In effetti è accattivante disporre di un farmaco ben tollerato, dalle scarse azioni avverse, che non necessita di controlli della coagulazione e che si mantiene costante nel tempo a seconda della dose.

Questa proposta, che i nostri esperti si sentono di avanzare alla Regione Toscana, non può prescindere da un monitoraggio prolungato nel tempo, meglio mediante l'istituzione di un registro dei farmaci innovativi per queste patologie. Una simile soluzione porterebbe anche a una maggior conoscenza di questi farmaci, dei loro concreti risultati e delle eventuali reazioni avverse.

La conclusione è che questo nuovo anticoagulante orale, un inibitore diretto della trombina, rappresenta, dopo anni, una reale novità da seguire con attenzione.

TM

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



Gian Aristide Norelli, Ordinario di Medicina Legale, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Firenze. Direttore dell'Istituto di Medicina Legale dell'Università di Firenze

Chiarezza su un'importante sentenza

Accade spesso che le voci, rincorrendosi e sovrapponendosi, confondano e modifichino l'oggetto di riferimento, magari generando dubbi e timori che solo una attenta considerazione dell'origine delle voci stesse potrebbe agevolmente evitare; e questo è ciò che sembra essere accaduto dopo l'emanazione della sentenza n. 1873/2010 della IV Sezione della Suprema Corte di Cassazione, notoriamente interessata a ricorrente casistica di responsabilità professionale medica. Il "grido di allarme" sorge, nella Categoria, per il timore che la Corte abbia inteso negare la validità delle linee guida o addirittura l'opportunità che il medico ricorra ad esse e le osservi o addirittura che possa sussistere colpa, adeguandosi ad esse derivandone perplessità e disorientamento in chi da sempre ha inteso ritenere le linee guida una sorta di positivo orientamento alla buona pratica professionale.

A ben guardare e interpretare il contenuto della sentenza, peraltro, niente vi è di tutto questo, propugnando, anzi, la sentenza medesima concetti non solo noti e costantemente riproposti all'interno della Categoria medica, ma soprattutto utili a salvaguardare la libertà del professionista, che solo nella propria "scienza e coscienza" (termini, invero, talora abusati) deve individuare i limiti e gli orientamenti della propria operatività.

Recita, dunque, la sentenza: *"Nel praticare la professione medica, dunque, il medico deve, con **scienza e coscienza**, perseguire un unico fine: la cura del malato utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui al tempo dispone la scienza medica, senza farsi condizionare da esigenze di diversa natura, da disposizioni, considerazioni, valutazioni, direttive che non siano pertinenti rispetto ai compiti affidatigli dalla legge ed alle conseguenti relative responsabilità"*. E non può esservi dubbio che le linee guida devono essere intese dal medico come utile ed opportuno indirizzo di condotta, ma non certo come elemento addirittura negativo di condizionamento ad intraprendere una determinata operatività. Ogni linea guida deve, correttamente, adattarsi alla singola fattispecie e se l'applicazione ed il rispetto della medesima sono controindicate nella circostanza di cui il professionista si occupa, indubbiamente egli deve discostarsene, segnalando, peraltro, la motivazione clinica che lo induce ad assumere una condotta

diversa da quello che "normalmente" si propone per una casistica apparentemente analoga.

Se ciò è vero, tuttavia, anche vero è che la "linea guida" deve rappresentare l'espressione della migliore scienza del momento, accreditata e validata dai migliori organismi scientifici e conno-

tarsi come espressione dell'"evidence"; deve rappresentare, in estrema sintesi, l'espressione ottimale della perizia medica, secondo quanto

definito dalla più accreditata, moderna e probatoria (l'*evidence*, appunto) espressione scientifica per il particolare settore.

Se attentamente si considera la sentenza, che si riferisce, giova ricordarlo, ad uno specifico caso, come è naturale per ogni espressione giurisprudenziale, si rileva che le "linee guida" di cui si tratta sembrano ben lontane da quelle di cui si è sopra definito la validità ed i contenuti: *"Nulla – recita la sentenza in riferimento al caso di specie – si conosce dei contenuti di tali "linee guida", né dell'autorità dalle quali provengono, né del loro livello di scientificità, né delle finalità che con esse si intende perseguire, né è dato di conoscere se le stesse rappresentino un'ulteriore garanzia per il paziente ovvero, come sembra di capire dalla lettura delle sentenze in atti, altro non siano che uno strumento per garantire l'economicità della gestione della struttura ospedaliera. In ogni caso, non risulta acquisito in atti alcun documento che le riproduca"*.

Il riferimento, dunque, sembra essere a "linee guida" (ma possono davvero definirsi tali?) sconosciute ai più, non citate negli atti del processo quanto a peculiarità scientifica ed origini, forse riferibili a circoscritti ambiti territoriali ed ispirate a logiche addirittura definite "mercantili".

Orbene: a prescindere dallo specifico caso, non sembra potersi evocare in dubbio che se un perito nominato cita non meglio precisate linee guida, senza riportarle nell'elaborato ed addirittura senza citarne le caratteristiche di scientificità e le origini, commette una evidente improprietà metodologica che solo ci si può stupire non sia stata rilevata ed evocata in alcuno dei giudizi di merito. Né può ritenersi men che condivisibile quanto osservato dalla Suprema Corte che, ad ulteriore chiarimento dei precedenti assunti, cita: *"Se le "linee guida" richiamate dai Giudici del gravame, adottate dall'imputato a giustificazione della*

GIAN ARISTIDE NORELLI

Direttore dell'Istituto di Medicina Legale
dell'Università di Firenze

decisione di dimettere... dovessero rispondere solo a logiche mercantili, il rispetto delle stesse a scapito dell'ammalato non potrebbe costituire per il medico una sorta di salvacondotto, capace di metterlo al riparo da qualsiasi responsabilità, penale e civile o anche solo morale, poiché sul rispetto di quelle logiche non può non innestarsi un comportamento virtuoso del medico che, secondo scienza e coscienza, assuma le decisioni più opportune a tutela della salute del paziente"; concetto sul quale non si può che oggettivamente convenire e da enfatizzare, addirittura, come forma di tutela della professionalità e della buona condotta; essendo ampiamente noto, infatti ed a più riprese invocato dalla Medicina Legale come dalla Giurisprudenza, che le "linee guida" dovrebbero rappresentare l'indicazione di operatività meglio rispondente in termini diagnostici e di trattamento e scientificamente validata, rispetto all'ambito di pertinenza, sostenuta da Società Scientifiche di riferimento a livello nazionale e/o internazionale.

Ciò che, in sostanza, sembra emergere dalla sentenza è che in un caso in cui (prescindendo dalla contingenza, posto che si ignora la casistica effettiva e gli atti processuali) si dimetta un assistito in ipotesi anticipatamente rispetto alle opportunità/necessità di cura e si invochi a motivazione della dimissione una "linea guida", di cui, perdipiù, si ignorino le caratteristiche di scientificità e la natura dell'organismo e/o istituzione che la abbia promulgata e che, addirittura, possano sembrare ispirate più a logiche di economia sanitaria, che non a presupposti clinici propri alla Medicina delle evidenze o del rigore scientifico e dalle dimissioni precoci derivi un danno all'assistito, sembra opportuno promuovere un approfondimento ulteriore (che ciò significa l'annullamento della sentenza con rinvio ad altra Corte d'Appello

od a diversa Sezione), posto che non può *tout court* escludersi l'errore medico causalmente rilevante nella produzione del danno medesimo.

Il che non significa, si badi, né la sentenza in alcuna parte lo propugna, che le linee guida (se debitamente ispirate a scientificità condivisa) non rappresentino un'importante indicazione per il medico, che solo necessita, come tutte le indicazioni, anche di una interpretazione critica, nel caso in cui la singola fattispecie lo richieda. Delle linee guida, anzi, indirettamente sembra ribadirsi la opportunità e la validità, sempre che, ovviamente, siano rispondenti alle caratteristiche che, sole, possano indurre a definirle tali.

Il problema, semmai, riguarda nella specie l'eventuale nuova perizia che potrà essere svolta, la quale dovrà indagare se le condizioni dell'assistito fossero o meno da ritenersi stabilizzate e non più tali da richiedere l'ospedalizzazione (e ciò a prescindere dal contenuto delle linee guida, che non possono certo discostarsi da quanto la migliore clinica insegna), astenendosi dal formulare ipotesi di valutazione *ex post*, quale potrebbe sembrare quella secondo cui, ove si fosse prolungata la degenza (di cui giova sottolinearlo, non sia dimostrata la necessità in concreto), la patologia successiva sarebbe stata meglio e più rapidamente curabile.

Fermo restando che ciò che soprattutto deve rilevare, nella valutazione della condotta del sanitario, oltre, ovviamente, alla eventuale sussistenza del rapporto causale/concausale con il danno, è che la condotta medesima risponda agli obblighi di garanzia che si devono assumere nei confronti della persona assistita, di cui le "linee guida", se debitamente istruite, non possono che rappresentare la prova di scientifica specularità. **TM**

CORSI E SEMINARI

VIII FLORENCE SUMMER COURSE TOWARD AN INDIVIDUALIZED THERAPY EVOLUTION OF PSYCHIATRY

Presso il Grand Hotel Baglioni (Piazza dell'Unità Italiana 6, 50123 Firenze) dal **9 all'11 Settembre 2011** si terrà l'ottava edizione del Florence Summer Course con orario 10:00-18:30 nei giorni 9 e 10 Settembre e 9:00-11:30 nel giorno 11 Settembre. Il corso è rivolto a Psichiatri, Neurologi, Neuropsichiatri Infantili e Neurofisiopatologi ed affronta temi quali: Disturbi d'Ansia con particolare attenzione al Disturbo Post-Traumatico da Stress, Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Psicosi Bipolare e Terapie di Stimolazione Cerebrale. Relatori: L. Bossini L, G.B. Cassano, P. Castrogiovanni, M. Cincotta, Denys D. (The Netherlands), L. Dell'Osso, A. Di Rollo, A. Fagiolini, C. Faravelli, N. Fineberg (UK), W. Fleischhacker (Austria), E. Hollander (USA), M. Mauri, S. Pallanti, G. Perugi, P. Pietrini, G. Placidi, V. Ricca, L. Roberts (USA), A. Rossi, W. Strik (Switzerland), J. Zohar (Israel). Info: Segr. Scientifica: cell:334-7904933, fax:055-581051, s.pallanti@cnsonus.org - ECM richiesta.

L'ECOGRAFIA IN EMERGENZA-URGENZA

Il corso di formazione avanzato avrà luogo presso la Sala conferenze V piano ospedale S.M. Annunziata via dell'Antella Bagno a Ripoli (FI). Direttore e Coordinatore Andrea Bribani, Vicedirettore Medicina d'Urgenza Osp.S.M. Annunziata Firenze, Dir. Scuola Ecografia Clinica in Emergenza-Urgenza SIMEU. Il corso è diviso in una parte teorica con lezioni frontali interattive in aula ed in una parte dimostrativa pratica a gruppi ed individuali. Calendario: **20-21-22-23 settembre 2011; 23-24-25-26 novembre 2011**. Le domande dovranno pervenire entro 30 giorni dall'inizio del corso e indirizzate per le richieste esterne: formazione. esterni@asf.toscana.it Dr.ssa Elena Gufoni tel. 055-2758418. Per le richieste dei medici della Asl Firenze: mariachiara.gori@asf.toscana.it Maria Chiara Gori. Docenti e tutors: A. Bribani, M. Capanni (Dir. Med. Urgenza osp. S.M. Annunziata), R. Camajori (Dir. Med. Urgenza Osp.S.M. Annunziata), G. Soldati (Dir. S.C. Med. Urg. Osp. Castelnuovo Garfagnana), V. Ponticelli (Dir. Med. Urgenza Osp. S.M.A.), G. Tota (Dir. Med. Urgenza Osp. S.M. Annunziata), M. Zanobetti (Dir. Med. Urgenza AOU Careggi). ECM richiesti



Pierluigi Tosi, già Dirigente di 2° liv. U.O. di Nefrologia e Dialisi dell'Az. ASL 10 di FI, Osp. del Nuovo San Giovanni di Dio. Consigliere dell'Ordine dei medici di Firenze; Direttore Sanitario ASF. Membro del Direttivo CSR.

L'appropriatezza prescrittiva

Proposta di un metodo di valutazione nel percorso ospedaliero e territoriale del paziente

Il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 della Toscana individua l'appropriatezza come la condizione indispensabile per un'adeguata programmazione sanitaria che tenga conto sia dei bisogni effettivi e della domanda di salute che dei criteri di sostenibilità economica del sistema sanitario. In questo ambito un elemento rilevante è rappresentato dall'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche a livello territoriale.

Questo aspetto, che vede coinvolti in primo luogo i medici di medicina generale come "prescrittori", è ritenuto dagli stessi essere, spesso, influenzato dalle prescrizioni alla dimissione dall'ospedale, rilasciate da specialisti e/o medici ospedalieri.

L'Azienda Sanitaria di Firenze (di seguito chiamata ASF), con delibera del Direttore Generale n° 318 del 26/11/2010, ha istituito due gruppi di lavoro multidisciplinari sulla "appropriatezza prescrittiva", uno territoriale ed uno ospedaliero, composti da rappresentanti della Direzione Sanitaria, del Dipartimento Cure Primarie, del Dipartimento del Farmaco, dei Dipartimenti Ospedalieri e dei medici di medicina generale / pediatri di libera scelta. I compiti dei gruppi di lavoro sono indicati nelle Tabella 1.

Come primo impegno, il gruppo "appropriatezza prescrittiva" ospedaliero ha analizzato, in quanto oggetto di specifiche indicazioni regionali e atti deliberativi (Delibere G.R. n° 802 del 6/9/2010, n° 986 del 22/11/2010 e n° 1019 del 23/11/2010) tre classi di farmaci (statine, inibitori di pompa, antipertensivi). A titolo esemplificativo riportiamo la valutazione delle statine.

Metodi

Il gruppo di lavoro, ha preso in esame le dimissioni ordinarie effettuate dai reparti di medicina e cardiologia nel primo semestre 2010 e le prescrizioni farmaceutiche territoriali del periodo ottobre 2009 - settembre 2010.

Da tempo è stata progressivamente implementata nei 5 ospedali della ASF una cartella clinica informatizzata, che prevede anche la registrazione della lettera di dimissione. Questa rende agevole la

valutazione delle indicazioni prescrittive date del medico ospedaliero alla dimissione del paziente. I criteri di valutazione delle relazioni di dimissione sono stati i seguenti:

PIERLUIGI TOSI¹, TERESA BROCCA²,
ANTONIA ROSA MARSEGLIA³,
ALESSANDRO BARCHIELLI⁴, DANIELA BALZI⁵,
PAOLO BATAACCHI⁶

¹ Direttore sanitario aziendale, Azienda Sanitaria 10, Firenze

² Dipartimento del farmaco, Azienda Sanitaria 10, Firenze

³ Staff Direzione Sanitaria Aziendale, Azienda Sanitaria 10 - Firenze

⁴ SS Epidemiologia, Azienda Sanitaria 10, Firenze

⁵ SS Epidemiologia, Azienda Sanitaria 10, Firenze

⁶ Dipartimento del farmaco, Azienda Sanitaria 10, Firenze

Completa identificazione del paziente
Nome, cognome, data di nascita, n° SDO
Corretta identificazione del reparto
Timbro del reparto e del medico prescrittore
Indicazione della fascia prescrittiva
Fascia a o nota AIFA corretta e coerente con l'indicazione per i farmaci a carico SSN
Fascia c per i farmaci a carico del paziente
Non "coerenze" di tipo prescrittivo
Non corretta identificazione della fascia prescrittiva;
Mancanza della nota AIFA, se prevista
Prescrizione farmaci
Verifica farmaci "off label"

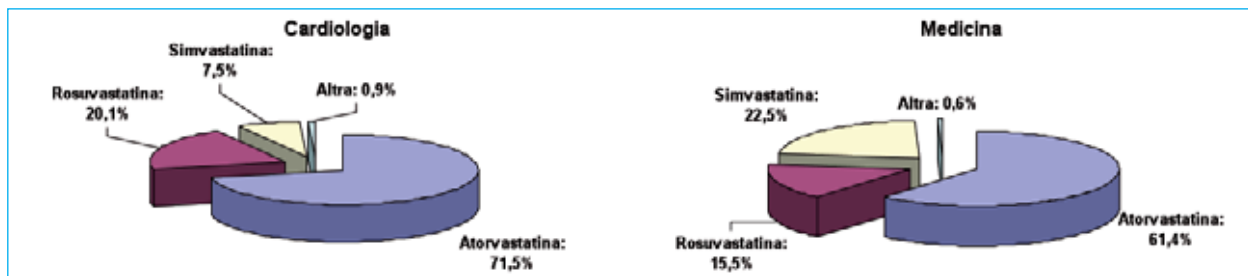


Figura 1 - Molecola prescritta (%) per tipologia di reparto di dimissione.

Per valutare l'utilizzo extraospedaliero di tali farmaci, sono stati identificati i prodotti commerciali relativi alla classe delle statine. Questi sono poi stati riaggregati per principio attivo e successivamente incrociati con i dati raccolti mediante la lettura ottica delle ricette presentate al pagamento dalle farmacie convenzionate con l'ASF (farmaci erogati a carico del SSN).

Sono stati, quindi, valutati i principi attivi prescritti ed utilizzati prima e dopo il ricovero ospedaliero e confrontato l'ultimo farmaco erogato prima del ricovero con il primo erogato dopo la dimissione.

Risultati

Il campione è costituito da 3.244 pazienti, di cui 519 (16%) dimessi dai reparti di cardiologia e 2.725 (84%) da quelli di medicina dei 5 ospedali della ASF. Questo rappresenta il 39% del totale dei ricoveri avvenuti nello stesso periodo nei due reparti studiati (37% per cardiologia, 40% per medicina). In tale campione la lettera di dimissione suggerisce l'uso di statine per il 23,0% dei pazienti con indicazione più elevata tra i dimessi dalla cardiologia rispetto a quelli dalla medicina (61,5% vs. 15,7%) (Tabella 2).

Si registra una variazione significativa sia tra i 2 reparti di cardiologia (67,0% e 54,9%) che tra i 4 reparti di medicina (dal 8,2% al 20,7%). In tutti i reparti la molecola più indicata è l'Atorvastatina (71,5% in cardiologia vs. 61,4% in medicina, Figura 1) con alcune variazioni:

- in cardiologia varia dal 53,8% all'83,6% del totale delle prescrizioni di statine;
- in medicina varia dal 48,0% al 73,6% (Tabella 2).

La Rosuvastatina (Figura 1) viene indicata maggiormente in cardiologia (20,1% vs. 15,5% in medicina), mentre la Simvastatina in medicina (22,5% vs. 7,5% in cardiologia) con considerevoli variazioni prescrittive tra i reparti di una stessa specialità (Tabella 2).

A 5 pazienti sono state prescritte altre statine (Fluvastatina e Pravastatina).

Dei 746 pazienti con indicazione al trattamento con statine il 57,2% (427 pz.) è stato dimesso da un reparto di medicina ed il 42,8% (319 pz.) da uno di cardiologia (Figura 2).

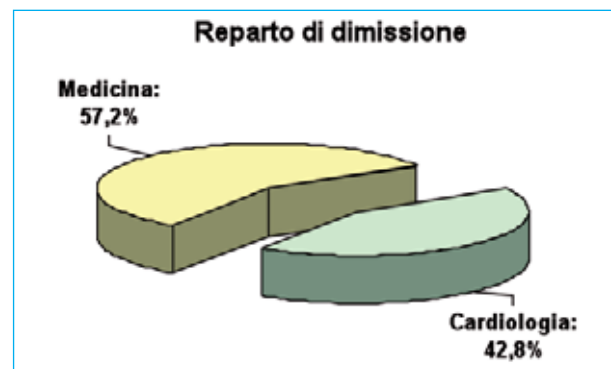


Figura 2 - Reparto di dimissione (%) dei pazienti con indicazione al trattamento con statine.

Tabella 1 - Compiti dei gruppi di lavoro multidisciplinari "Appropriatezza prescrittiva".

1. Verificare il grado di completezza e chiarezza delle informazioni contenute nella lettera di dimissione, necessarie ai medici di medicina generale per prescrivere correttamente i farmaci a carico del SSN.
2. Valutare il percorso prescrittivo durante la degenza.
3. Analizzare e confrontare i farmaci prescritti prima, durante ed in dimissione tramite l'incrocio dei dati delle cartelle cliniche, ricette alla dimissione e sul territorio.
4. Verificare la conformità ai protocolli aziendali e regionali.
5. Garantire l'adozione di feedback con tutti i reparti coinvolti.
6. Verificare l'appropriatezza prescrittiva.
7. Migliorare le relazioni tra specialisti ospedalieri e MMG/PLS.
8. Garantire il miglior impiego delle risorse umane ed economiche disponibili.

Tabella 2 - Campione studiato, suddiviso per reparto di dimissione e molecola prescritta alla dimissione.

Reparti	Pazienti	indicazione STATINE		Principi attivi indicati (% totale statine)		
	N°	n°	% pz.	ATORVASTATINA	ROSUVASTATINA	SIMVASTATINA
cardiologia A	282	189	67,0	83,6	10,6	5,8
cardiologia B	237	130	54,9	53,8	33,8	10,0
<i>cardiologia totale</i>	<i>519</i>	<i>319</i>	<i>61,5</i>	<i>71,5</i>	<i>20,1</i>	<i>7,5</i>
medicina A	480	87	18,1	73,6	1,1	25,3
medicina B	1.484	259	17,5	61,0	21,6	17,4
medicina C	150	31	20,7	51,6	22,6	22,6
medicina D	611	50	8,2	48,0	4,0	44,0
<i>medicina totale</i>	<i>2.725</i>	<i>427</i>	<i>15,7</i>	<i>61,4</i>	<i>15,5</i>	<i>22,5</i>
TOTALE	3.244	746	23,0	65,7	17,4	16,1

Per 444 pazienti, con indicazione all'uso di statine nella lettera di dimissione, è stato possibile confrontare la molecola utilizzata prima e dopo il ricovero (Tabella 2). Nei ricoverati in cardiologia la terapia è stata confermata nel 77% dei casi, in quelli in medicina nel 79% dei casi. Lo *shift* verso l'Atorvastatina si è osservato nel 18% dei ricoverati in cardiologia e nel 13% di quelli in medicina. Lo *shift* verso la Rosuvastatina è stato più modesto (5,4% complessivamente).

Lo studio ha avuto il limite di non includere i pazienti ricoverati nei reparti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, cui afferisce una quota rilevante dei pazienti residenti nella ASF.

Conclusioni

I risultati evidenziano che l'Atorvastatina è la molecola più frequentemente suggerita alla dimissione sia dalle cardiologie che dalle medicine e che, di norma, il ricovero non comporta modifiche nel trattamento terapeutico territoriale. Nella valutazione di tali risultati va tenuto conto del fatto che si riferiscono ad una casistica selezionata di pazienti ospedalizzati. Lo studio evidenzia inoltre che nell'indicazione alla prescrizione di statine hanno un ruolo rilevante non solo i cardiologi, ma

anche i medici dei reparti di medicina, che dimettono una quota consistente, anzi maggioritaria, dei pazienti con tale indicazione.

Lo studio dimostra come l'informatizzazione della cartella clinica e, nella fattispecie della lettera di dimissione, sia uno strumento che permette analisi rapide e complete delle prescrizioni prima, durante e dopo la dimissione. Allo stato attuale, infatti, senza informatizzazione sarebbe difficile avere a disposizione personale sufficiente per l'esame di una quantità di dati così elevata. I risultati sono stati oggetto di discussione con i direttori dei reparti esaminati nella rilevazione e con rappresentanti dei medici di medicina generale.

Questa fase dello studio aveva prevalentemente finalità descrittive, in quanto le informazioni disponibili non permettevano di valutare la coerenza con le linee guida regionali relative alla terapia farmacologica dell'ipercolesterolemia. Lo studio sarà completato dalla revisione di un campione delle cartelle cliniche, attualmente in corso di svolgimento. Questa seconda fase permetterà un'analisi più accurata dell'appropriatezza prescrittiva, consentendo di valutare la scelta della molecola in relazione alle caratteristiche cliniche del paziente. **TM**

Tabella 3 - Confronto terapia prima/dopo ricovero.

Reparto	Conferma terapia	Cambio terapia a:	
		Atorvastatina	Rosuvastatina
cardiologia A	77%	20%	5,4%
cardiologia B	78%	14%	
<i>cardiologia totale</i>	<i>77%</i>	<i>18%</i>	
medicina A	76%	21%	
medicina B	78%	14%	
medicina C	78%	13%	
medicina D	84%	4%	
<i>medicina totale</i>	<i>79%</i>	<i>13%</i>	
TOTALE	78%	15%	



Mauro Barni, già Vicepresidente del Comitato Nazionale di Bioetica. Ordinario di Medicina Legale dell'Univ. di Siena ed ex Sindaco di Siena.

Trattamenti di sostegno e amministratori di sostegno

Non sembra davvero casuale il fatto che nella giurisprudenza toscana si succedano messaggi di forte rilievo etico in tema di valori e di diritti della persona considerati in rapporto alla legislazione vigente e/o incombente. In armonia con questa tendenza, che, d'altronde, attinge a un *humus* culturale cui si sono ispirate le molteplici elaborazioni del Consiglio regionale di Sanità e della Commissione regionale di Bioetica, si è del tutto recentemente pronunciato il Giudice tutelare del Tribunale di Firenze, dottor Salvatore Palazzo, con il suo chiarissimo Decreto del 22 dicembre 2010 in tema di desistenza terapeutica alla fine della vita.

E qui piace considerare la tesi in esso sostenuta, non tanto come una ennesima critica tra le tante più o meno feroci suscitate dal *Disegno di legge sul testamento biologico* approvato alla camera dei Deputati un anno fa e sottoposto al Senato a tentativi di rianimazione, quanto come un valido contributo ad una serena riconsiderazione del tema. Il problema di cui il Giudice tutelare si è interessato, è stato proposto da un cittadino di Firenze, settantenne, acculturato e attivo, fortunatamente ancora in buona salute che ha richiesto la preventiva nomina di un *amministratore di sostegno*, al fine di far valere, se e quando dovesse occorrere una condizione di *sopravvenuta incapacità*, il suo *rifiuto di trattamento* di mero sostegno vitale. In particolare, il dissenso è espresso per l'eventualità di una «*malattia o una lesione traumatica cerebrale irreversibile e invalidante* che lo costringa a trattamenti permanenti con macchine e sistemi artificiali ...» ovvero a «*idratazione e alimentazione forzata e artificiale*».

Ebbene, uno dei punti di essenziale interesse per il medico sui quali il Giudice esprime un deciso indirizzo, riguarda (ancora una volta) l'*autonomia del paziente* che può essere fatta valere anche oltre il limite della diretta esprimibilità di un dissenso e pur sempre sul quadro di un reale rapporto con il medico, eventualmente e preferibilmente trasferibile sull'*amministratore di sostegno* di cui viene esemplarmente definita la sfera d'azione. Questa figura, introdotta nel Codice civile dalla legge n. 6 del 9 gennaio 2004, designabile «*dallo stesso interessato ... anche ... in previsione della propria eventuale futura incapacità, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata*» (art. 408 cc., comma II) è per la verità previsto nel disegno di legge sul testamento biologico, ma di sfuggita e insieme ad altri più o meno estemporanei mediatori; ma, quel

che devi considerare di originale interesse nella deliberazione del dottor Palazzo, è la *piena validità erga omnes* della nomina e dei "compiti" eventualmente fissati dal Giudice che, d'altronde può procedere lui stesso alla nomina anche d'urgenza con l'affidamento di un preciso mandato. Ne deriva la considerazione che può prescindersi da una specifica legge come del resto sostengono le Amministrazioni comunali che hanno promosso la registrazione preventiva dei *testamenti biologici*.

Si potrà ancora obiettare sulla *potestà* dello strumento in tema di sospensione di trattamenti di mero sostegno vitale; ma già adeguate risposte sono contenute in pronunce di Giudici tutelari (tra le quali spicca il Decreto del dr. Stanziani del Tribunale di Modena del 13 maggio 2008).

È in definitiva importante rilevare come, riferendosi esplicitamente anche all'articolo 35 del Codice di Deontologia medica, giudicato del tutto conforme alla Costituzione della Repubblica, il Giudice tutelare del Tribunale di Firenze abbia sostenuto che:

– *è precluso al medico di eseguire trattamenti sanitari se non acquisisca quel consenso libero e informato del paziente che è presupposto espressivo del suo diritto primario di accettazione, rifiuto e interruzione della terapia;*

– *nel caso dell'incapace che si trovi in una condizione vegetativa valutata clinicamente irreversibile, senza aver lasciato disposizioni scritte ma rispetto al quale, il Giudice, sulla base di elementi probatori si sia formato il convincimento che la complessiva personalità dell'individuo cosciente era orientata nel senso di ritenere lesiva della concezione stessa della sua dignità, la permanenza e la protrazione di uno stato vegetativo senza speranza di guarigione e, comunque, di miglioramento della qualità della vita, sussiste il diritto del medesimo a non essere trattenuto in vita mediante trattamenti;*

– *lo strumento giuridico per rendere possibile che la volontà del soggetto divenuto incapace sia esternata e portata a conoscenza dei medici può ben essere costituito dall'amministratore di sostegno.*

Ce n'è dunque abbastanza per garantire al medico quella legittimazione decisionale che la Deontologia fa emergere dalla raggiunta armonia tra l'autonomia del paziente e la dignità "del medico"; ma il dottor Palazzo aggiunge e riafferma che *ai fini dell'applicazione della norma costituzionale*, tale armonia solennemente postula, non v'è necessità *d'alcun intervento da parte del legislatore ordinario.*

TM

MAURO BARNI

Già Presidente della Commissione Regionale di Bioetica

Il “contact center oncologico” per il percorso unico tumore al seno

Il tumore della mammella rappresenta ancora oggi la forma di neoplasia più frequente e la causa di morte più significativa nel sesso femminile. Nell'area fiorentina vengono diagnosticati circa 900 nuovi casi l'anno, in tutta la Toscana circa 4.000 e, di questi, circa un terzo, vengono diagnosticati nell'ambito dello screening mammografico, percorso di prevenzione stabilito e strutturato regionalmente per le donne tra i 50 e i 69 anni di età.

Gli studi epidemiologici rivelano che sul territorio toscano 8,4 donne su 10 affette dal carcinoma alla mammella sopravvivono: il 4% in più rispetto alla media nazionale. Tale dato sembra essere possibile proprio grazie ai percorsi di prevenzione che, servendosi di strumenti sempre più sofisticati nella diagnostica, individuano la presenza di neoplasia mammaria con sempre maggior tempestività, e alle stesse strutture oncologiche che, là dove emerge un sintomo sospetto, intervengono in tempi sempre più brevi e con quella che rappresenta la terapia più adatta e appropriata per quel singolo caso. Proprio da queste premesse si può confermare la Toscana una regione all'avanguardia per ciò che riguarda la prevenzione e la cura dei tumori al seno; nella nostra regione negli ultimi anni la mortalità per i tumori alla mammella si è ridotta del 20% (rispetto a una riduzione nazionale del 13%) e per il futuro prossimo sembra essere anche attuabile la scelta da parte della Regione stessa, di estendere la fascia di età dello screening anche alle donne fra i 45-49 anni di età e alle donne over 70.

L'8 marzo 2011 ha preso avvio il progetto del nuovo percorso unico per il tumore al seno per l'area metropolitana fiorentina. Un progetto che coinvolge le tre aziende dell'area fiorentina, e abbraccia tutte le tappe del percorso: dalla fase dell'orientamento verso il tipo di controllo mammografico che la donna necessita effettuare, alle

eventuali indagini per sospette patologie, fino a garantire, attraverso lo stesso canale, l'eventuale trattamento chirurgico, ricostruttivo, curativo, riabilitativo e di follow up. I direttori generali di

Ispo, AOUC e Asl 10 di Firenze, hanno siglato un protocollo d'intesa, con l'obiettivo di offrire alle donne che risiedono nell'area metropolitana fiorentina un nuovo

percorso assistenziale che garantisca un'adeguata presa in carico anche in termini di tempi, di ricchezza delle prestazioni e di appropriatezza ed equità dei trattamenti.

Si tratta di un progetto ambizioso che si prefigge come obiettivo quello di voler affrontare l'intero percorso senologico con consapevolezza e determinazione, portando gli stessi criteri di integrazione professionale e di equità di accesso in tutte le fasi, anche nella fase della chirurgia, della terapia integrata, della ricostruzione chirurgica e della riabilitazione. In quest'ottica Ispo, AOUC e Asl 10, superando la logica della frammentazione, mettono in sinergia ed integrazione le loro peculiarità e i loro punti di forza offrendo un concreto valore aggiunto alla sanità Toscana.

Per la riuscita del progetto, si è ritenuto prioritaria la collaborazione e il supporto da parte del Centro di Counseling Oncologico Regionale (CCOR), Servizio che nasce ed è attivo dal Novembre 2009 grazie ad un numero verde - 800880101 - attivo 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20 e che offre orientamento, informazioni e supporto psicologico a tutte le persone che si trovano a dover affrontare una patologia oncologica. In 17 mesi di attività, gli operatori del Servizio hanno già risposto a circa 4000 chiamate accompagnando oltre 1600 utenti nel loro percorso di malattia, orientandoli nel percorso di cura e sostenendoli nella risoluzione di eventuali difficoltà di tipo organizzativo e psicologico.

Dall'8 marzo il Centro di Counseling Oncologico Regionale ha preso in carico circa 400 donne che richiedevano informazioni e supporto rispetto

GIANNI AMUNNI¹, LUCA PIANIGIANI²,
FRANCESCA BARTOLOZZI³

¹ Direttore operativo Istituto Toscano Tumori

² Coordinatore Centro di Counseling Oncologico Regionale

³ Psicologa, Centro di Counseling Oncologico Regionale

al proprio percorso mammografico, riorientando la domanda nel giusto cammino. Oltre il 50% delle donne è stato (re)inserito nel percorso screening non dovendo più preoccuparsi rispetto ai tempi e alle modalità di futura richiamata, considerando che sarà competenza di ISPO garantire continuità e adeguatezza rispetto alla presa in carico nell'ambito della prevenzione. Le donne che invece si sono rivolte al Centro di Counseling Oncologico Regionale perché necessitavano di un esame mammografico per una presunta sintomatologia hanno potuto, grazie alla preziosa collaborazione dei referenti aziendali, accedere e usufruire dell'esame in tempi brevi e attraverso modalità appropriate.

Le utenti, una volta registrati i dati al Centro di Counseling Oncologico Regionale, possono essere sostenute e accompagnate in ogni fase del percorso richiamando il centro di counseling e chiedendo all'operatore di accedere alla propria anagrafica.

Anche dai primi dati risulta evidente quanto, sia per le mammografie di screening che per le altre fasi del percorso, sia necessaria una più "razionale" ed integrata gestione dell'offerta sanitaria ritenendo sempre più opportuno un unico accesso a questa tipologia di percorso; un processo in grado di indirizzare l'utenza a seconda della tipologia della domanda e della fase del percorso in cui la stessa donna si trova (pazienti in screening, sintomatiche, in follow up, ad alto rischio di familiarità, ecc.), evitando sovrapposizioni e garantendo l'appropriatezza della risposta sanitaria.

Ogni utente, dopo essere stato orientato al percorso di indagine più appropriato, potrà quindi, proseguire senza interruzioni e con continuità il proprio processo diagnostico e terapeutico; se

dall'esito degli accertamenti, si ritenesse necessario un approfondimento clinico, o l'avvio di un percorso di cura, la donna verrà infatti direttamente introdotta alla consulenza specialistica ed al relativo iter terapeutico da intraprendere.

Grazie al Centro di Counseling Oncologico Regionale, per l'intero processo l'utente potrà inoltre usufruire di un servizio di sostegno psicologico, attivo ogni giorno dalle 8 alle 20, che si avvale di psicologi esperti e competenti sia sui percorsi sanitari che sulle patologie oncologiche. Gli psicologi si occuperanno di sostenere e supportare psicologicamente la donna ed il suo sistema familiare sia attraverso un ascolto telefonico, sia orientando e inoltrando la domanda ai servizi territoriali dedicati.

La collaborazione tra le Aziende Sanitarie ed il contact center regionale sembra rappresentare ad oggi la soluzione migliore per rispondere ai bisogni dei cittadini in un ambito così importante come quello della prevenzione e della cura del tumore alla mammella; un servizio estremamente utile non solo per il cittadino, ma anche per le Aziende stesse al fine di riuscire a monitorare i reali bisogni dell'utenza e le eventuali carenze dell'offerta sanitaria, anche solo a livello informativo. Ad oggi i cittadini che esprimono il loro elevato grado di soddisfazione per l'aiuto offerto dal Centro di Counseling sono molti; aspetto rilevato sia dai feedback degli utenti stessi, sia attraverso le indagini di soddisfazione, sia infine nella pagina facebook (Centro Counseling Oncologico Regionale).

Centro di Counseling Oncologico Regionale,
numero verde 800880101, 7 giorni su 7, dalle
8 alle 20.

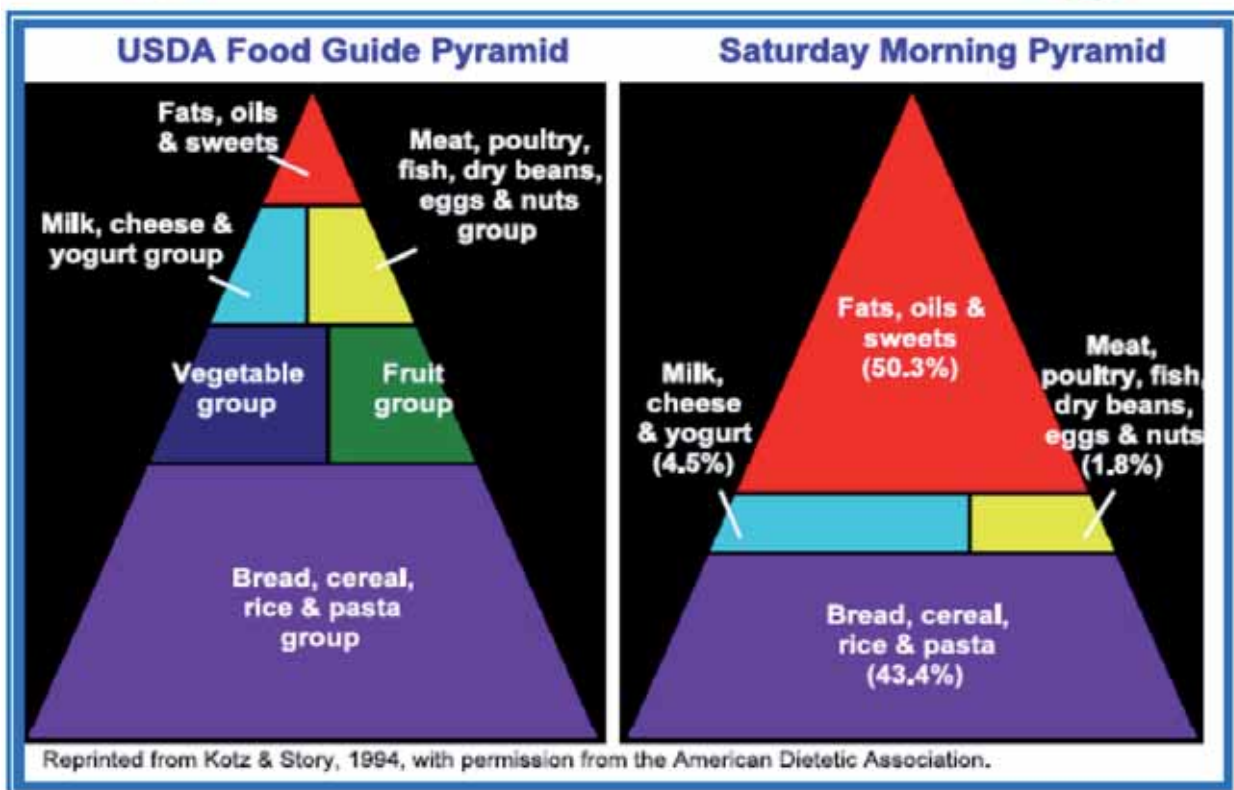
**SE IL TUMORE
BUTTA ALL'ARIA
LA TUA VITA,
NOI CI SIAMO.**



www.istitutotoscantumori.it

Tutti i giorni, dalle 8,00 alle 20,00, al numero verde 800 880101

Gli stili alimentari: dal mondo alla Toscana

SIMONA DEI¹, FABIO VOLLER², GAVINO MACIOCCO³Dieta raccomandata
dall'American Dietetic AssociationDieta pubblicizzata
dalla TV statunitense

Certo non mancano le evidenze scientifiche a dimostrare l'importanza del determinante alimentazione sulla nostra salute.

Ed altrettanto evidente è la crescita del peso corporeo e della percentuale di persone obese, ormai preoccupante in alcuni paesi come gli USA ma da valutare con attenzione anche in Europa.

Sono sempre gli USA che ci evidenziano la criticità in cui s'imbatte e naufraga ogni tentativo di educazione alimentare ad oggi organizzato dai servizi di prevenzione.

La pubblicità ha una pervasione ed una per-

suasione enormemente superiori e molto meno rispettosi delle campagne informative, ed è capace di deviare drasticamente la dieta delle persone rispetto alle più semplici raccomandazioni sugli stili

nutrizionali e di cancellare del tutto alcuni ingredienti fondamentali per la salute dalla tavola delle famiglie.

Ma la Toscana è la Toscana: con le sue vigne, i suoi olivi, le sue ricchezze naturali e le sue caratteristiche peculiari. Ricchezze e peculiarità che si trasformano in fattori determinanti per la salute attraverso gli studi scientifici, le evidenze della letteratura, ma soprattutto attraverso i risultati

¹ Direttore Dipartimento Territorio USL 11

² Agenzia Regionale Sanità, Firenze

³ Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

La dieta toscana



di benessere dei nostri concittadini.

Non è un caso che l'età media degli uomini toscani superi l'età media di qualsiasi altro uomo nel mondo e non è un caso che la percentuale delle malattie cardiovascolari sia nettamente inferiore rispetto ad altre regioni.

E da qui inizia la sfida che ogni giorno affronta un professionista della salute: dal benessere, per garantirlo e conservarlo nel miglior stato possibile più a lungo possibile.

Come da queste nozioni basilari di "SANO VIVERE" inizia l'abecedario medico e infermieristico, generalista e specialistico: dalla nostra peculiarità, ricchezza, unicità toscana.

1 FRUTTA e VERDURA

Consumare frutta e verdura più volte al giorno, soprattutto quella fresca dai bei colori vivaci, di stagione e di produzione locale. Cotta o cruda la verdura fa sempre bene. Evitare di cuocerla troppo a lungo. Moderarsi con la frutta zuccherina, come fichi e uva, per l'elevato contenuto calorico.

2 CEREALI

Pane, pasta e cereali in chicchi nel menù giornaliero, preferendo i tipi integrali, insieme a zuppe e minestre tradizionali. Olio extravergine d'oliva per condire e cucinare, ma con moderazione per l'alto contenuto in calorie.

3 LEGUMI, FRUTTA SECCA e LATTE

Latte e yogurt nella dieta di tutti i giorni, ottimi a colazione o come spuntino. Non abusarne per il contenuto in grassi e zuccheri. I legumi, ricchi di proteine e fibre, sono un'utile alternativa giornaliera alla carne rossa. Un po' di frutta secca in guscio arricchisce la dieta di grassi "buoni".

4 PESCE e POLLAME

Nella dieta settimanale non deve mancare il pesce, soprattutto quello azzurro. Fresco o surgelato piuttosto che sott'olio o affumicato. Tra la carne è da preferire quella di polli e tacchini rispetto a quella rossa. Ruspanti meglio che di allevamento.

5 FORMAGGIO, UOVA e PATATA

I formaggi sono un'ottima fonte di calcio, ma anche di troppi grassi, calorie e sale. Perciò consumarli saltuariamente. Lo stesso per le uova. Anche la patata da consumare con moderazione, perché ricca in amido e povera in fibre.

6 CARNE, SALUMI e DOLCI

Carne, salumi e dolci vanno trattati come le cose preziose: poche, ma di qualità. Ottimi cibi, ma troppo ricchi in calorie, grassi e zuccheri per entrare nella dieta di tutti i giorni. Perciò carne rossa e salumi solo occasionalmente e dolci solo alle feste, meglio se fatti in casa o artigianali. Le troppo dolci bibite commerciali da consumare ancora più raramente.



Muoversi
ogni giorno



Bere
tanta acqua



Vino ai pasti
con moderazione

Il Bilancio Sociale del sistema trasfusionale toscano

Il 12 maggio 2011 presso l'Aula Magna del Policlinico Careggi è stato presentato il **Bilancio Sociale 2010 del Sistema Trasfusionale toscano**. Questa esperienza, iniziata più di un anno fa è stata pensata e realizzata come momento di riflessione per tutti gli attori interni e per un lavoro sinergico con tutti gli stakeholder.

Il Bilancio Sociale è per definizione uno strumento che ha moltissime valenze e che per le sue caratteristiche di "rendicontazione" dà risposte alle necessità di informazione e trasparenza interne ed esterne all'organizzazione.

Secondo le Linee guida per la rendicontazione sociale negli Enti Locali il Bilancio Sociale è l'esito di un processo con il quale l'amministrazione rende conto delle scelte, delle attività, dei risultati e dell'impiego delle risorse in un dato periodo, in modo da consentire ai cittadini e ai diversi interlocutori di conoscere e formulare un proprio giudizio su come l'amministrazione interpreta e realizza la sua missione istituzionale e il suo mandato.

Il Sistema del Sangue è un network pubblico, le sue caratteristiche sono di avere una struttura formale, di essere finanziato con fondi pubblici, di coinvolgere diverse tipologie di attori pubblici e privati (profit e no profit), di essere finalizzato a creare valore pubblico a favore della comunità.

Con il primo Bilancio Sociale ci si è posti i seguenti obiettivi:

- 1) Rappresentare correttamente e in modo completo l'organizzazione e il funzionamento del Sistema Sangue.
- 2) Evidenziare la natura di rete del Sistema e individuare gli attori pubblici, privati e non profit che la compongono evidenziandone, dove possibile, ruolo e caratteristiche.
- 3) Definire in modo puntuale il concetto di vision del Sistema Sangue in ragione dell'importanza che riveste questo concetto: la vision rappresenta lo scopo ultimo verso cui devono tendere gli attori appartenenti alla rete, nel rispetto in ogni caso delle diverse mission.
- 4) Comunicare i dati oggi in possesso del sistema informativo e avviare un'azione sistemica e metodica per aumentarne la disponibilità e il loro collegamento agli obiettivi e alle attività del Sistema.
- 5) Sperimentare una forma innovativa di misurazione per individuare l'effettiva capacità del network, nel suo insieme, di produrre valore pubblico e capitale sociale e iniziare così un percorso che negli anni dovrà crescere in termini di adeguatezza e appropriatezza delle informazioni contenute e dei processi utilizzati.

Il Sistema Trasfusionale è stato affrontato a 360°, quindi rappresentando le principali questioni relative al sangue, al plasma, alle piastrine, ed anche al latte umano donato e alle cellule staminali emopoietiche che fanno parte del sistema trasfusionale ad esclusione della fase di allocazione e utilizzo.

Già dalla prima edizione il Bilancio Sociale del Sistema Trasfusionale regionale ha messo in luce gli elementi di comunicazione esterna ed interna,

di valutazione della coerenza dei risultati rispetto agli obiettivi dichiarati e di verifica sull'uso appropriato delle risorse umane ed economiche.

In questo contesto il percorso di realizzazione non è meno importante del documento finale in quanto l'iter di analisi, di conoscenza, di presa di coscienza della complessità e della interdipendenza del sistema assume particolare valore e diviene opportunità proprio nella fase di costruzione del nuovo Piano sanitario e sociale integrato.

Per questo motivo si è deciso di avviare il percorso di redazione in modo partecipato, coinvolgendo in luoghi diversi rappresentanti dei principali attori del Sistema: Centro Regionale Sangue, Strutture trasfusionali territoriali, Organizzazioni di Volontariato. Il processo di realizzazione ha coinvolto circa 50 persone con ruoli direttivi e operativi, medici, infermieri, tecnici, dirigenti associativi, in un percorso di discussione e confronto sui principali temi dell'autosufficienza. Proprio per il suo metodo di costruzione ci auguriamo che il Bilancio Sociale diventi uno strumento di lavoro per tutti gli attori del Sistema.

Molto spesso il Sistema Trasfusionale è stato paragonato ad un'orchestra che, qualunque sia il tipo di musica suonata, è il miglior esempio di ruolo dei singoli in un contesto complesso, articolato e condiviso in cui i virtuosismi dei singoli hanno senso se messi a disposizione del complesso e se armonici con un progetto comune, altrimenti se non contestualizzati possono anche essere di disturbo, invece che una risorsa.

Ma mai questo paragone è stato calzante come in questa occasione, con questa esperienza tutti i componenti dell'orchestra hanno provato a definire il loro ruolo e a contestualizzarlo nel sistema. Certamente è solo un primo passo, ma l'importante è stato iniziare con la consapevolezza che questo percorso una volta iniziato deve proseguire negli anni.

Il Bilancio Sociale 2010 del Sistema Trasfusionale Toscano è disponibile sul sito www.regione.toscana.it/donareilsangue e chi volesse averne copia cartacea può richiederlo a crs@regione.toscana.it

La Giornata Regionale della donazione del sangue

Lil 14 giugno è stato individuato dall'OMS come Giornata Mondiale del Donatore di Sangue (World Blood Donor Day) al fine di sensibilizzare i governi e le popolazioni sulla necessità di aumentare gli sforzi per ottenere, in tutto il mondo, il sangue necessario alle attività trasfusionali solo da donatori volontari e non retribuiti. Il Governo Italiano, analogamente, con il DPCM 13/04/06 ha istituito in Italia la "Giornata nazionale del donatore di sangue". La Regione Toscana al fine di contribuire in modo efficace alla promozione della donazione volontaria, anonima e periodica del sangue e del plasma organizza ogni anno il sabato successivo al 14 giugno una propria iniziativa di riflessione e di sensibilizzazione che vuole riunire istituzioni, trasfuzionisti ed associazioni di volontariato in una comune iniziativa che non sia solo momento di festa ma anzi una importante occasione di confronto, di elaborazione di strategie e di programmi.

Quest'anno la Giornata Regionale della Donazione si è svolta il 18 giugno a partire dalle ore 9 a Pontedera presso il Museo Piaggio in una cornice di grande interesse e carica di suggestioni per l'importanza che la Piaggio ha rappresentato non solo nell'economia del nostro paese ma anche per l'evoluzione del costume e degli stili di vita nell'Italia del boom economico.

Il Centro Regionale Sangue della Toscana, nel programmare l'edizione 2011, ha inteso sottolineare l'importanza dei temi dell'appropriatezza e del buon uso nel settore trasfusionale chiedendo a tecnici ed esperti del settore trasfusionale di affrontare il tema del buon uso sia in fase di prelievo sia in fase di utilizzazione del sangue e del plasma. Inoltre il CRS con l'edizione 2011 intende sottolineare come il percorso della donazione riguardi non solo il sangue e plasma ma anche le cellule staminali che si ottengono dalla donazione del sangue del cordone ombelicale e del midollo osseo e la donazione di latte materno.

Nelle precedenti edizioni l'attenzione era stata posta soprattutto sui temi della promozione della donazione, della programmazione della donazione ovvero su tutti gli aspetti organizzativi del prelievo. Quest'anno per decisione unanime della Regione, delle associazioni di volontariato e

dei trasfuzionisti si è deciso di affrontare un tema altrettanto strategico per l'autosufficienza ovvero l'appropriatezza ed il buon uso degli emocomponenti e degli emoderivati.

L'autosufficienza regionale di sangue e plasma, obiettivo principale del sistema trasfusionale, è perseguibile solo combinando l'incremento della raccolta, da un lato, e l'appropriatezza

dell'uso di sangue, dall'altro: è, cioè, praticamente impossibile ottenerla intervenendo singolarmente su uno dei due fattori.

Nel 2010 il CRS ha iniziato una collaborazione con il Consiglio sanitario Regionale su questi aspetti ed è stato attivato un Gruppo di lavoro sull'appropriatezza composto dai più illustri clinici delle varie specialità della Toscana. Questo lavoro di squadra sarà illustrato durante la manifestazione attraverso la relazione del prof. Giancarlo Berni.

I lavori della giornata inizieranno con la relazione introduttiva di Simona Carli, direttore del CRS Toscana, a cui farà seguito la relazione tenuta da Giancarlo Maria Liumbruno, UOC di Immunematologia e Medicina Trasfusionale, Ospedale Fatebenefratelli - Roma, che affronterà il tema "Sangue autologo e contenimento del fabbisogno trasfusionale allogeneo: attualità e prospettive"

L'ultima relazione, tenuta da Simonetta Pupella, Direttore sanitario del Centro Nazionale Sangue e Letizia Lombardini, Direttore sanitario del Centro Nazionale Trapianti tratterà di un altro aspetto dell'appropriatezza, cioè l'appropriatezza della raccolta e della conservazione del sangue del cordone ombelicale: donazione vs conservazione autologa.

A seguire ci sarà una tavola rotonda che approfondirà le diverse vie dell'appropriatezza con la presenza di un rappresentante delle associazioni di volontariato, del Direttore Generale della ASL 5 di Pisa dott. Rocco Damone, del Direttore sanitario della ASL 4 di Prato dott. D'Urso, del dott. Biancofiore anestesista rianimatore della AOU Pisana, del dott. Gabriele Graziani direttore SIMT dell'AOU di Careggi e del dott. Loredano Giorni dirigente del settore farmaceutica della Regione Toscana.

La giornata di lavoro si concluderà con l'intervento dell'Assessore Daniela Scaramuccia.

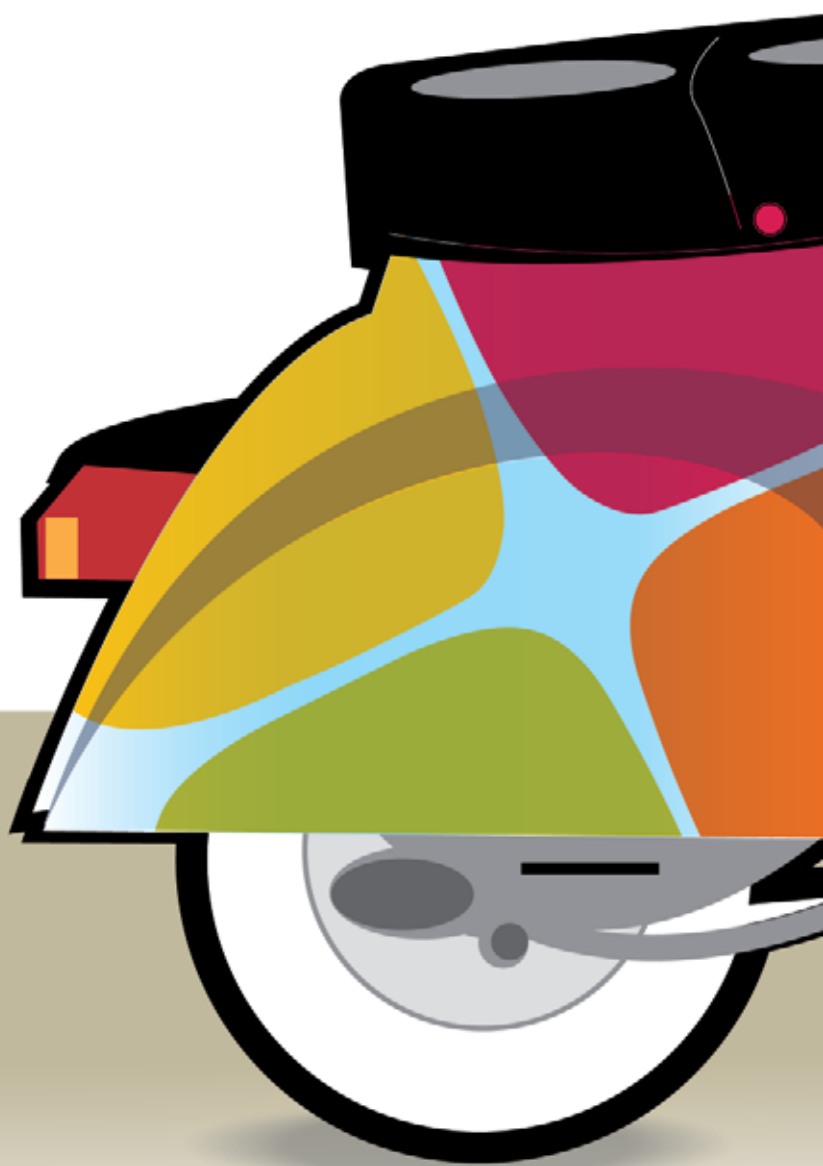
SIMONA CARLI

Direttore Centro Regionale Sangue

USO E BUON USO

GIORNATA REGIONALE
DELLA DONAZIONE
DEL SANGUE

PONTEDERA
18 GIUGNO 2011
MUSEO PIAGGIO



Consiglio Sanitario Regionale

Linee di indirizzo in riabilitazione Ministero della Salute

La Conferenza Stato Regioni ha recentemente approvato un importante documento sulle Linee guida per la riabilitazione per le più importanti patologie. Si tratta di un Piano di indirizzo utile per la definizione dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali di molte situazioni morbose gravi e impegnative. Il Consiglio Sanitario Regionale ha preso in esame questo testo e ha approvato il documento che pubblichiamo e che vuol favorire la contestualizzazione nella Regione Toscana di queste Linee guida ministeriali. In tal modo si auspica di migliorare ancora gli interventi riabilitativi a favore dei cittadini della nostra Regione.

Il Piano di indirizzo per la riabilitazione viene considerato positivamente dai partecipanti anche se necessita di alcune specifiche per essere adattato alla realtà toscana.

Si segnala che le linee guida nazionali riprendono molti aspetti delle linee guida in riabilitazione della Toscana dove però non sono ben delineate le attività, il mandato ed i criteri di appropriatezza per la riabilitazione cardiologica e pneumologica. A questo proposito si ritiene di dover costituire un gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare che delinea in maniera specifica le attività di riabilitazione cardiologica e pneumologica per le quali si sottolinea la necessità di un "collegamento funzionale" con terapie intensive e/o subintensive. Si intende che non è quindi indispensabile la collocazione in aziende ospedaliere dotate di DEA di II livello, ma è comunque necessario che ci siano collegamenti diretti con specifiche terapie intensive.

Si conviene che, come specificato nel capitolo sul governo clinico, è indispensabile che vengano indicate delle specifiche misure di outcome e di processo per le attività di riabilitazione anche attraverso l'attivazione di specifici registri regionali.

Viene inoltre chiarita e precisata la definizione di "medico della riabilitazione" che pone fine alla diatriba tra i vari specialisti di branca.

Nelle Linee di indirizzo nazionali una particolare attenzione viene dedicata alla formazione ed alla ricerca in riabilitazione. Anche in Regione Toscana si dovranno sviluppare questi temi nel rapporto tra i servizi del sistema sanitario regionale e le strutture universitarie e di ricerca presenti.

Si sottolinea la specificità della riabilitazione in età evolutiva per la quale andrebbe meglio specificato l'intero percorso. A questo proposito si ricorda che il documento nazionale non ha potuto affrontare, per le enormi diversità tra l'organizzazione delle varie regioni, gli aspetti relativi all'ex articolo 26.

Vengono segnalate alcune prassi in atto in alcune aziende ASL della Toscana. Si conviene che non è possibile adattare le linee di indirizzo alle singole esperienze, ma che è comunque necessario identificare le modalità organizzative virtuose da inserire nei percorsi regionali.

Viene affrontato il problema della responsabilità clinica e del coordinamento del team che viene individuata nel medico. La progettualità e l'azione in team nei processi assistenziali/riabilitativi deve comunque essere sostenuta da una effettiva condivisione professionale che è la condizione indispensabile per l'esercizio della responsabilità professionale diretta dei membri dell'équipe. Il Progetto Riabilitativo Individuale rappresenta lo strumento che sostanzia la condivisione fra i membri dell'équipe sanitaria sugli obiettivi terapeutico funzionali

Si precisa che il coordinamento del team da parte del medico non può in nessun modo interferire con la titolarità professionale dei singoli componenti del team nel

definire e pianificare le procedure professionali che metteranno in atto.

Si precisa che questo avviene quando c'è la necessità di avere un Progetto Riabilitativo Individuale e quindi tutte le volte nelle quali si prevede un'attività codificata come riabilitativa in ambito sanitario. Successivamente la persona con disabilità viene avviata a diverso livello di attività assistenziale non riabilitativo che può richiedere prestazioni dirette e consulenze da parte del personale sanitario della riabilitazione. Si prevede comunque un possibile reingresso in attività riabilitative quando necessario ed anche in relazione allo sviluppo della medicina di iniziativa.

Nell'attuazione dei Programmi di CCM gestiti dalla medicina generale, a meno che non sia necessario un nuovo avvio al percorso riabilitativo, le attività sanitarie orientate al counseling di competenze funzionali residue possono non richiedere l'attivazione di un Piano Riabilitativo Individuale (PRI).

Nonostante sia presente un capitolo sull'AFA (Attività fisica adattata), si precisa che questa resta al di fuori delle attività sanitarie e che comunque la decisione del passaggio all'AFA dopo un percorso riabilitativo spetta al team che ha gestito il progetto.

Resta aperto il problema dell'organizzazione dipartimentale delle attività di riabilitazione, in grado di garantire un governo clinico, per la quale c'è un forte accordo tra i professionisti, ma è necessario un approfondimento, in particolare sulla tipologia di dipartimento da attivare, per rendere questo tipo di organizzazione attuabile in Regione Toscana.

Appare inoltre necessario approfondire il ruolo della degenza riabilitativa ospedaliera all'interno degli ospedali per intensità di cure. Si segnala che le attività di riabilitazione ospedaliera in degenza, che richiedono organizzazioni assistenziali peculiari e sono remunerate a giornate di degenza, difficilmente possono essere inserite nell'intensità di cure così come concepita per i reparti per acuti.

Per quanto riguarda l'intervento riabilitativo nei reparti per acuti, i professionisti della riabilitazione vengono attivati sulla base di specifici protocolli, percorsi assistenziali o procedure. L'ultimo aspetto da considerare è quello delle attività di riabilitazione nelle cure intermedie e nella fasi finali del percorso, dove si ritiene comunque opportuno il coinvolgimento del team di riabilitazione tutte le volte che è necessario attivare un Progetto Riabilitativo Individuale, mentre ove non sia necessaria tale attivazione le prestazioni necessarie possono essere garantite direttamente dai professionisti sanitari della riabilitazione; il medico della riabilitazione è chiamato come consulente.

Una attenzione particolare deve essere posta affinché l'applicazione in Toscana delle Linee di indirizzo in riabilitazione del Ministero della Salute non producano appesantimenti organizzativi e duplicazione di atti/funzioni nell'avvio e svolgimento dei processi assistenziali riabilitativi.

Una migliore documentazione per una salute migliore



Francesca Ciruolo, è specialista in Igiene e Medicina Preventiva e lavora dal 2000 presso l'Azienda Sanitaria di Firenze. Dal 2008 lavora presso la Direzione Sanitaria dell'Ospedale di Santa Maria Nuova e si occupa prevalentemente di documentazione sanitaria, flussi informativi e rischio clinico. È facilitatore di audit. È inoltre vice coordinatore locale donazioni e trapianti.

Con questo titolo, *Better Information for Better Health*, si è svolto a Milano, il 16° convegno dell'International Federation of Health Records Organizations, un'organizzazione che si occupa di documentazione sanitaria, affiliata alla Organizzazione Mondiale della Sanità. Si tratta di un evento a cadenza triennale, per la prima volta in Italia, che ha visto riuniti esperti di documentazione sanitaria e *stakeholders* del settore *Information and Computer Technology* di più di trenta paesi del mondo.

Il convegno ha rappresentato un importante momento di discussione e condivisione dello stato dell'arte e delle prospettive dei sistemi informativi sanitari mondiali, alla luce delle innovazioni legate alla *e-health*, alla digitalizzazione ed informatizzazione in sanità.

La base culturale su cui il convegno è stato costruito fa riferimento agli assunti del *Global Health information forum* di Bangkok organizzato dalla OMS del gennaio 2010, nel cui *call for action* è ribadito il ruolo fondamentale dei sistemi informativi sanitari nel migliorare la salute della popolazione e l'efficienza dei sistemi sanitari. I sistemi informativi sanitari sono tuttavia ancora inadeguati a soddisfare i livelli decisionali, sia in ambito globale, che nazionale e locale, e questo è evidente in tutta la sua gravità soprattutto in situazioni di emergenza sanitaria.

Gli investimenti in sanità sono in grado di migliorare drammaticamente anche i sistemi informativi. Colmare il *gap* informativo è importante quanto il raggiungimento degli obiettivi di salute generali, anche in termini di equità, ed i governi locali sono responsabili delle strategie di sviluppo dei sistemi informativi sanitari.

Il convegno ha analizzato il ruolo della gestione della documentazione sanitaria e lo sviluppo della formazione per l'acquisizione di competenze in questo ambito; molti paesi stanno lavorando ad una maggiore professionalizzazione del settore, con la creazione di figure chiamate *health information manager*, il "gestore dell'informazione sanitaria", con competenze multidisciplinari e trasversali a molti ambiti.

Condividere protocolli di comunicazione nell'ambito di una rete di operatori, strutture e servizi sanitari consente ai professionisti della sanità di consultare e scambiare informazioni per la diagnosi e cura dei pazienti. Molto ricca di contributi è stata la discussione sul fascicolo sanitario elettronico, definito come l'insieme dei documenti informatici sanitari del cittadino creati nella storia dei suoi contatti con i diversi attori del Sistema Sanitario Nazionale. Il fascicolo e la sua variante "personale", centrata sul paziente e di sua proprietà, rappresentano una sfida attuale del sistema

informativi sanitari, anche di alcuni sistemi sanitari regionali italiani. Il progetto Carta Sanitaria Elettronica (CSE) recentemente avviato nella nostra regione ne è un esempio.

Il *patient summary*, una delle possibili applicazioni del fascicolo elettronico, è uno strumento fondamentale per l'inquadramento dello stato di salute di un paziente, utilizzabile in contesti diversi (geografici, temporali, per livelli di assistenza). Nel progetto CSE è un documento di sintesi clinica del paziente, compilato a cura del medico di medicina generale, che potrà essere consultato, senza autorizzazione da parte del paziente, dai medici del pronto soccorso, solo in caso di assistenza a pazienti in pericolo di vita e non coscienti.

La qualità della documentazione sanitaria è un prerequisito per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico, si pensi agli errori derivanti da un'errata prescrizione, trascrizione o somministrazione di farmaci per errata interpretazione della calligrafia del prescrittore: la possibilità di attingere a prontuari farmaceutici in formato digitale ed i controlli sulla prescrizione e la somministrazione contribuiscono a diminuire la probabilità di alcuni fra i rischi più diffusi in ambito sanitario.

La continuità delle cure ed i cambiamenti dei modelli organizzativi ospedalieri, sempre più orientati verso il trattamento dei casi acuti, saranno sicuramente favoriti dalla possibilità di condividere informazioni sanitarie in formato digitale tra l'ospedale ed il territorio.

FRANCESCA CIRAOLO

Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero Firenze Centro,
Azienda Sanitaria di Firenze

La base dati fondamentale in ambito sanitario, la cartella clinica, è stata affrontata soprattutto attraverso lo scambio di esperienze legate alla sua informatizzazione ed al miglioramento della qualità dei dati e delle codifiche secondo i sistemi internazionali in uso.

Manca un'armonizzazione generale sui criteri e standard di una buona cartella digitale e le esperienze si moltiplicano a livello locale, con grande dispersione di competenze e risorse economiche. La digitalizzazione e la dematerializzazione dei processi comporterà una fase di investimenti consistente, ma i vantaggi avranno ripercussioni positive sulla riduzione degli errori e delle contestazioni, sulla semplificazione dei percorsi amministrativi e sui costi totali.

Molta discussione è stata fatta sul problema della privacy e della sicurezza e violabilità dei sistemi informatici di raccolta ed immagazzinamento dei dati. La difesa del diritto alla privacy si scontra con i potenziali vantaggi derivanti dalla disponibilità di dati sanitari consultabili in tempi immediati in condizione di emergenza.

Ampio spazio è stato dato al dibattito su documentazione sanitaria e ricerca. I dati reperibili sui sistemi informatizzati rappresentano una fon-

te potenzialmente utile alla ricerca, in moltissimi ambiti, che spaziano dalla clinica, alla genomica, alla ricerca sui tumori, al bancaggio biologico.

La documentazione sanitaria è un contesto trasversale e di cornice a tutti gli ambiti che si occupano di salute, ed il convegno ha rispecchiato questa trasversalità, presentando una estrema varietà di esperienze e contributi sia da parte di piccole realtà, ospedaliere e territoriali che da parte di enti e soggetti regionali, nazionali ed internazionali.

I temi trattati nel corso del convegno non si prestano a conclusioni univoche ed omogenee, piuttosto, con lo svilupparsi della e-health, è necessario un approccio più coordinato, strutturato e professionale, oltre che ad un cambiamento culturale.

I vantaggi di questo cambiamento sono già evidenti e dimostrabili: miglioramento della qualità dell'assistenza socio-sanitaria, anche in termini di vite salvate.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: francesca.ciraolo@asf.toscana.it

TM



Francesca Cecchi, fisiatra e geriatra. Responsabile di Branca del Presidio Ambulatoriale della Fondazione Don Gnocchi.

La riabilitazione del dolore cervicobrachiale persistente

Il percorso assistenziale di medicina fisica nell'esperienza della Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS-IRCCS Firenze

Il dolore cervicale è un problema diffuso nella popolazione generale, con alti costi umani, sociali e sanitari. Per implementare politiche sanitarie più efficienti per i servizi di riabilitazione ambulatoriale, dal 2005, in accordo con le Linee Guida basate sull'evidenza, la Regione Toscana ha definito con delibera della Giunta Regionale (DGR 595/2005 e DGR 1082/2005 e 86/2006) i Percorsi assistenziali specialistici di Medicina fisica e di Riabilitazione. Nello specifico, la delibera prevede che i

pazienti con diagnosi di cervicobrachialgia meccanica con limitazione algofunzionale persistente, effettuata dal loro medico di medicina generale o da

uno specialista del servizio pubblico, abbiano accesso ad un pacchetto di cure, che prevede 5 sedute di fisioterapia basata sull'esercizio terapeutico, erogato direttamente o da strutture private accreditate, previa valuta-

zione fisioterapica (Percorso 2).

La Fondazione Don Carlo Gnocchi è una ONLUS che eroga servizi di riabilitazione in for-

FRANCESCA CECCHI*, RAFFAELE MOLINO-LOVA*, ANITA PAPERINI*, ROBERTA BONI*, CHIARA CASTAGNOLI*, GUIDO PASQUINI*, CLAUDIO MACCHI*

* Fondazione Don Gnocchi, ONLUS IRCCS, Firenze

° Dipartimento di Area Critica Medico-chirurgica, Università degli Studi di Firenze

ma accreditata e in forma privata in molte regioni italiane, con una lunga tradizione nel trattamento della patologia vertebrale; il Centro di Milano ha ricevuto nel 1991 il riconoscimento di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, esteso dal 2000 anche al Centro di Firenze.

Presso il Presidio ambulatoriale di Firenze, è stato ridefinito un protocollo specifico, con una valutazione semi-strutturata preliminare, un range codificato di esercizi propriocettivi, di rinforzo e di mobilizzazione da inserire in questo pacchetto di cure e una valutazione finale: 4 pazienti vengono prima valutati e poi seguiti da 2 operatori con un approccio educativo che prevede il coinvolgimento attivo del paziente e la condivisione degli obiettivi terapeutici ed un programma di esercizi individualizzato.

Dal Gennaio 2006, tutti i pazienti inviati con diagnosi di cervicotalgia/cervicobrachialgia meccanica persistente (codice 723.3), per la maggior parte provenienti dalla ASL 10 Firenze, sono stati inseriti in questo percorso. Lo studio ne descrive il decorso clinico e ricerca eventuali fattori predittivi di mancato recupero alla dimissione e al follow-up a un anno.

La misura principale scelta è il Northwick Neck Pain Questionnaire (NPQ, punteggio 0-100), che misura il dolore e la disabilità relative alla cervicotalgia. Il mancato recupero è stato definito come un recupero inferiore a una differenza minima clinicamente significativa, stabilita in letteratura come un miglioramento di almeno il 30% del punteggio iniziale di NPQ. Come potenziali fattori predittivi sono stati considerati dati demografici, condizioni cliniche generali, fattori psicologici, storia e caratteristiche del dolore.

Dal 1° gennaio 2008 al 30 Giugno 2009, 212 pazienti sono stati indirizzati al Presidio per questo trattamento; 178 sono stati arruolati e 162 hanno completato il follow-up a 1 anno (età media 65.3 anni; 73% donne; 100% con frequenti episodi di cervicotalgia da almeno 6 mesi). Il punteggio medio NPQ preliminare (40.7±17.1) era migliorato in misura clinicamente significativa sia alla dimissione (26.1±16.3) che dopo un anno (28.4±17.3%).

Un mancato recupero si è evidenziato nel 45% dei pazienti alla dimissione, e nel 56% al follow-up. Nell'analisi multivariata, l'assunzione di farmaci per il dolore era l'unico fattore predittivo di mancato recupero alla dimissione ($p=0.001$), mentre sia l'uso di farmaci ($p=0.017$) che la presenza di catastrofismo ($p=0.009$), espresso come sensazione che

il proprio dolore fosse terribile e che non sarebbe mai guarito, erano fattori predittivi indipendenti di mancato recupero a lungo termine.

Questo studio non prevedeva per sua natura alcun gruppo di controllo. Così, se abbiamo verificato la fattibilità e la sicurezza del programma, non possiamo affermare di averne direttamente dimostrato l'efficacia. Tuttavia, il miglioramento medio dei nostri pazienti ha raggiunto la soglia considerata clinicamente significativa, anche dopo un anno, mentre la letteratura riporta come la maggior parte dei pazienti con caratteristiche simili ai nostri riferisca una persistenza o un aggravarsi dei sintomi nella loro storia naturale, e miglioramenti analoghi o inferiori in studi clinici randomizzati.

Nel nostro come in altri lavori, la maggior parte dei fattori noti per influenzare il decorso della cervicotalgia, inclusa l'età, il sesso, le condizioni di lavoro, così come l'intensità del dolore iniziale, la disabilità e i precedenti trattamenti, non erano correlati alla probabilità di rispondere al trattamento. Questo suggerisce una riflessione sulle aspettative del paziente e degli operatori riguardo al trattamento, ad esempio modificando lo stereotipo che i pazienti anziani rispondano peggio dei giovani.

L'assunzione di farmaci per il dolore era invece un fattore predittivo di mancato recupero a breve e lungo termine. La fisioterapia basata sull'esercizio pone il paziente al centro della cura, ma richiede consapevolezza, impegno, collaborazione e tempo da parte del paziente stesso; è possibile che chi assumeva farmaci durante il programma avesse minori aspettative o maggiori timori riguardo al trattamento, ma questa è un'ipotesi su cui la ricerca prosegue.

Infine, il catastrofismo, definito "una concezione eccessivamente negativa e non realistica della propria condizione rispetto al dolore", era l'unico altro fattore predittivo di mancato recupero a lungo termine. Nella complessa relazione tra dolore cronico e fattori psicologici, il modello bio-psico-sociale considera il catastrofismo una variabile centrale nel ciclo dolore-paura-evitamento, che porta alla cronicizzazione del dolore e alla disabilità.

Possibili implicazioni in ambito di politica sanitaria includono una valutazione del rapporto costo-beneficio di un approccio multidisciplinare, che, come suggerito dalla letteratura, affianchi alla fisioterapia un intervento psicologico, ad esempio di tipo cognitivo-comportamentale, in particolare per pazienti con pensiero catastrofico.

TM

CONVENZIONI COMMERCIALI PER MEDICI (vedi anche il sito www.ordine-medici-firenze.it)

INFORMATICA PERSONALE COMPUTERS VENDITA E ASSISTENZA

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

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

B.D.A. Computer & Software

Via Bassa 31/a - 50018 Scandicci FI - Tel. 055 735 1467 - Fax 055 754 931

info@bda.it - www.bda.it - www.computeria.net

Una medaglia meritata: cinquant'anni di professione

Intervento del Presidente dell'Ordine in occasione della consegna della medaglia celebrativa ai laureati nel 1960

ANTONIO PANTI

Quest'anno mi trovo in imbarazzo. Parlo a chi si è laureato quando frequentavo il sesto anno, con cui ho seguito i corsi biennali, da anatomia a clinica medica. Un elogio alla nostra generazione. Vedo tanti amici con cui ho condiviso i primi passi nella professione, pieni di speranze e anche di delusioni, storie di vita.

Prima di iniziare questo breve discorso consentitemi di adempiere all'obbligo graditissimo di ringraziare il Consiglio, il tesoriere il vicepresidente e il segretario, i revisori e, infine, il direttore e tutto il personale. Avvertiamo un clima di apprezzamento che ci aiuta a operare in un'epoca così complessa per la professione e la sanità.

Ma torniamo all'occasione di oggi. Giunti ormai all'età della cosiddetta saggezza, siamo qui a celebrare cinquant'anni di professione. E, di fronte alle tante crisi della sanità moderna penso a quanto ciascuno di noi ha dovuto lavorare, studiare, aggiornarsi, insegnare, faticare.

Abbiamo vissuto una delle epoche più tumultuose dell'umanità. Siamo nati prima della guerra e ricordiamo il mondo di allora, le sue certezze e i suoi valori, ma anche le crudeltà, le persecuzioni, le sofferenze. Dobbiamo rinunciare al vezzo di rimpiangere il passato per dare un giudizio sereno che poi è un valutare disincantato la nostra vita di uomini e di medici.

Celebriamo i cinquanta anni di laurea. Un tempo breve e lunghissimo affrontato e vissuto bene, per quanto ci sembri impossibile che tanto ne sia trascorso. Ci siamo lasciati da poco, giovani speranzosi, e ci ritroviamo nonni. Ma quante cose sono successe nell'intreccio inestricabile di storia politica, di trasformazioni sociali, di progressi della medicina e di mutamenti della sanità!

In questi anni è cambiato, quasi stravolto, quel concetto di autorità su cui è stata impostata la nostra educazione ma non quella dei nostri figli e dei nostri nipoti. Il sessantotto e la rivoluzione del femminismo ci hanno condizionato come uomini e donne. L'autonomia è aumentata anche nei pazienti; quando ci siamo laureati nessuno pensava al consenso informato. Il nostro agire di medici era di per sé giustificato, ora deve coincidere con la volontà del paziente. La ricchezza è aumen-

tata tanto che oggi, purtroppo, decresce durante questa grave crisi economica, quasi a smentire il trionfalismo di un progresso scarsamente attento alla giustizia.

L'uomo ha posto piede sulla Luna ma viviamo la crisi ambientalista timorosi di lasciare ai nostri figli un mondo meno vivibile. La contraccezione ha sconvolto le antiche regole sessuali con la sensazione di essere nati troppo presto. In nessuna epoca siamo progrediti tanto sul piano tecnologico e mai come ora gli uomini si sentono incerti e insicuri. I valori di riferimento non si sono adeguati alla trasformazione della società.

Ma nello stesso tempo la medicina è progredita più che in ogni precedente periodo della sua storia millenaria e la sanità si è trasformata da rapporto individuale, il paradigma delle libere professioni, a impresa sociale e a procedura interprofessionale. La sanità è diventata, realizzando la Costituzione, un bene sociale da difendere garantendo a tutti uguale accesso ai servizi e un'assistenza universale. Ma oggi è anche una grande impresa economica fonte di ricchezza e di progresso, sia per le vite che restituisce all'attività sia per gli investimenti che attrae, che ne fanno un bene pubblico su cui lo Stato dovrebbe impegnarsi maggiormente, finanziando la ricerca e la didattica che sono le migliori garanzie per lo sviluppo civile della società.

Potremmo fare un elenco di quel che è successo nella medicina da quando ci siamo laureati. Gli incredibili progressi della scienza, dalla genetica, all'immunologia, alla farmacologia, come se avessimo dovuto laurearci più volte in questi decenni. Lo sviluppo della tecnica, dalla diagnostica per immagini, all'anestesiologia, ai trapianti, alle tecniche chirurgiche, alla diagnostica laboratoristica, quante volte ci è capitato di sentirci quasi laureati di fresco. Viviamo il tempo della rivoluzione informatica, fonte di innovazioni che cambiano alla radice il modo di fare il medico. Inoltre l'invecchiamento della popolazione, dovuto in gran parte ai successi della medicina, ha cambiato la patologia e l'approccio della sanità sempre più attento alla medicina di iniziativa e alla promozione della salute.

Oggi il paziente si sente sempre più cliente esigente e decisionista. Il paternalismo è finito non

per gentile concessione ma perché travolto dai fatti. E comunque dovrebbe trasformarsi in una sorta di "maternalismo", perché ormai la professione si è femminilizzata e ogni anno si laureano più donne che uomini in tutte le università italiane.

La medicina sempre di più condiziona i confini della vita, la nascita e la morte. E vediamo pericolosi interventi della politica e il prevalere di un dibattito ideologico proprio laddove dovrebbe regnare in assoluto silenzio l'umanità del rapporto tra medico e paziente.

Abbiamo iniziato la professione all'epoca delle mutue, della condotta e degli ospedali istituiti di beneficenza e seguito il percorso del servizio sanitario nazionale, ora regionale. Un enorme cambiamento nei compiti e nelle responsabilità dei medici. E con interventi della politica non solo nelle nomine o nell'assegnazione delle risorse ma anche sul nostro stesso operare e basti pensare alla legge sulla denuncia dei clandestini o alla gazzarra sul caso Englaro.

Viviamo l'epoca della cosiddetta *malpractice* e i medici sono sottoposti a pressioni quasi intollerabili che giustificano il crescere del *burn out*. Contro questo attacco alla professione l'Ordine reagisce e non intende sottrarsi, anzi vuol mettere a disposizione la nostra esperienza ai colleghi più giovani per difendere quella medicina che per mezzo secolo ci ha visti protagonisti.

Abbiamo preso parte, vivendo gli ultimi cinquanta anni della medicina, a una delle più grandi imprese della storia dell'umanità. E abbiamo dato il nostro contributo con serenità e serietà,

quale che sia la posizione professionale che ciascuno di noi ha occupato. Siamo stati protagonisti e sentiamo questa medaglia non come un "premio aziendale" alla fedeltà ma come il riconoscimento di un lavoro ben fatto in aiuto dei pazienti, cui abbiamo saputo offrire conoscenze sempre adeguate, nel solco dei valori fondanti della professione.

Ecco, la libertà e l'indipendenza della professione di medico. Vedo i giovani colleghi quasi perplessi di fronte a questo sentire che la nostra generazione ha sempre saputo tenere alto. E' proprio la nostra generazione che ha scritto i codici deontologici degli ultimi decenni. I doveri del medico ma anche la sua libertà, l'efficacia delle cure, il rispetto dell'autonomia delle persone, l'attenzione all'equità e all'appropriatezza.

La nostra generazione ha espresso medici motivati ad aiutare la gente, a studiare, a inserirsi nella società come uno dei fondamentali pilastri della convivenza civile. Non spetta a me assegnare meriti, ma ritengo che questo riconoscimento vi spetti per aver saputo trasmettere ai giovani non solo l'insegnamento della medicina ma il rispetto dei valori della professione. E sono certo che i giovani medici sapranno mantenere il prestigio e la considerazione che la professione di medico merita e che la nostra generazione ha saputo fermamente difendere.

Quindi possiamo guardare questi cinquanta anni dall'alto del dovere compiuto e, chiedendo all'Ordine di istituire la medaglia anche per i sessanta anni di laurea, auguriamoci di essere ancora tutti qui a riceverla e a onorarla. **TM**

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

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

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Consulenze e informazioni:

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

AMMI - e-mail: ammifirenze@virgilio.it - sito: ammifirenze.altervista.org

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

Newsletter:

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

~ ~ ~

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

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



Romana Prosperi Porta, specialista in Ostetricia e Ginecologia, docente II facoltà della Università di Roma "Sapienza". Presidente della Associazione "Il Melograno" di Roma. Valutatore UNICEF per il progetto OMS/UNICEF "Ospedale Amico dei Bambini" per l'allattamento materno, ha svolto attività di tutoraggio finalizzato a tale riconoscimento alla Asl 1 di Massa-Carrara.

Accompagnare un Ospedale a diventare "Amico dei bambini per l'allattamento materno"

In data 24 Novembre 2010, l'Ospedale Pediatrico delle Apuane (OPA) di Massa ha superato la valutazione del team dell'UNICEF ed è di-

ventato un "Ospedale amico dei Bambini"

per l'allattamento materno, entrando così a far

parte della Rete degli ospedali italiani certificati dall'UNICEF come centri di eccellenza per la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento materno. L'OPA rappresenta il 22° ospedale Ita-

liano certificato ed il 7° Ospedale Toscano.

Ma cos'è questo riconoscimento? Nel 1989 a Ginevra, l'Organizzazione Mondiale della Sanità congiuntamente all'Unicef, preoccupati della sempre più bassa percentuale di donne che allattavano al seno il proprio bambino, lanciano una iniziativa Internazionale "Ospedale amico dei bambini" (*Baby Friendly Hospital Initiative*). Questo progetto fu poi definitivamente codificato ed approvato nel 1990 a Firenze con la Dichiarazione degli Innocenti. Nascono così i 10 passi che una struttura

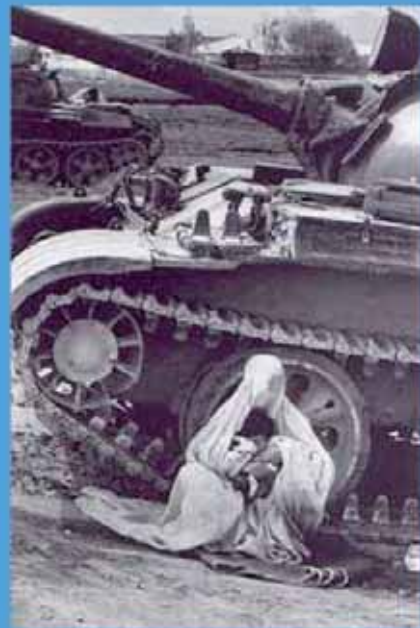
ROMANA PROSPERI PORTA

*Docente Universitario,
Ricercatore presso l'Università "Sapienza" di Roma*

Una comunità in pace e per la pace

"L'allattamento al seno è a favore della pace e della giustizia. E' la via naturale, universale e pacifica per nutrire i nostri bambini. In un mondo spesso infestato da ingiustizia, violenze e guerre, l'allattamento al seno può essere una speranza di pace – pace interiore, pace con le altre persone e pace con l'ambiente."

Anwar Fazal
(WABA)



UNICEF Italia - Task Force BFHI

Figura 1

ospedaliera deve seguire per poter far sì che una mamma allatti con successo. La struttura sanitaria deve tra l'altro garantire il rispetto del Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno del 1981 e le successive risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità che in particolare non consentono di accettare forniture gratuite o a basso costo di latte artificiale, biberon e tettarelle. Nel 2002 inoltre sempre ad opera dell'OMS e dell'Unicef, viene redatta la *Strategia globale per l'alimentazione dei neonati e dei bambini* per un sostegno rinnovato all'allattamento esclusivo al seno per i primi 6 mesi e per un proseguimento dell'allattamento materno per 2 anni ed oltre, secondo il desiderio del bambino e della madre. Oggi nel mondo si contano circa 20.000 ospedali certificati in più di 150 paesi che adottano gli stessi strumenti di valutazione. Studi controllati e revisioni sistematiche della letteratura internazionale dimostrano con grande evidenza, l'efficacia di tale progetto. Il BFHI è un progetto di cambiamento istituzionale molto duro e profondo che richiede dedizione, tempo, pazienza e tanto, tanto lavoro. È noto a tutti, quanto sia difficile per gli operatori cambiare la loro routine, adottare come modello di lavoro il *team* allargato e collaborare con operatori sanitari di differenti reparti o con differenti qualifiche dalle loro, condividendo un forte senso di appartenenza e di collabo-

razione. Questo progetto prevede che gli operatori passino da un modello centrato sulla struttura ad uno sulla persona, favorendo l'*empowerment* della coppia madre-bambino, sostenendola senza sostituirsi e favorendo la creazione di gruppi di auto-aiuto tra mamme.

Sebbene gli ospedali italiani che hanno superato la valutazione dell'UNICEF siano solo 22, molti stanno lavorando ormai da anni al fine di ottenere questa prestigiosissima certificazione internazionale OMS/UNICEF e pochi sono gli ospedali che sono riusciti a superarla al primo tentativo. Perché un così impegnativo progetto risulta così attrattivo e voluto da molte istituzioni ospedaliere mondiali? La medicina basata sulle evidenze ha dimostrato l'importanza dell'allattamento materno nella promozione della salute con ricadute positive sul benessere fisico, psicologico, sociale nonché economico, per i singoli, le famiglie e la comunità.

L'esperienza maturata all'interno di questo progetto, mi fa ritenere che "L'Ospedale amico dei bambini" sia un'occasione unica e perfetta per fare maturare all'interno degli ospedali e consolidare il concetto di *team* allargato. Tale modalità mira infatti a creare una integrazione all'interno dell'ospedale tra reparti diversi e tra figure e professionalità diverse e non ultimo la loro integrazione con la realtà territoriale in modo che l'espe-

uniti per
i bambini

unicef 

Iniziativa Ospedale Amico dei Bambini per l'Allattamento Materno

Per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno nei servizi per la maternità

1. Definire una politica aziendale e dei protocolli scritti per l'allattamento al seno e farla conoscere a tutto il personale sanitario
2. Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo
3. Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno
4. Mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto per poppare, offrendo aiuto se necessario.
5. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati
6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica
7. Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (*rooming-in*), in modo che trascorrono insieme ventiquattr'ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale
8. Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento
9. Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento
10. Promuovere la collaborazione tra il personale della struttura, il territorio, i gruppi di sostegno e la comunità locale per creare reti di sostegno a cui indirizzare le madri alla dimissione dall'ospedale.

Iniziativa Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento Materno

Per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno nelle strutture socio-sanitarie territoriali

1. Definire una politica aziendale per l'allattamento al seno e farla conoscere a tutto il personale
2. Formare tutto il personale per attuare la politica aziendale
3. Informare tutte le donne in gravidanza e le loro famiglie sui benefici e sulla pratica dell'allattamento al seno
4. Sostenere le madri e proteggere l'avvio e il mantenimento dell'allattamento al seno
5. Promuovere l'allattamento al seno esclusivo fino ai 6 mesi compiuti, l'introduzione di adeguati alimenti complementari oltre i 6 mesi e l'allattamento al seno prolungato
6. Creare ambienti accoglienti per favorire la pratica dell'allattamento al seno
7. Promuovere la collaborazione tra il personale sanitario, i gruppi di sostegno e la comunità locale

In tutte e due le iniziative le Strutture devono inoltre garantire il rispetto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e le successive pertinenti Risoluzioni della Assemblea Mondiale della Sanità.

Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus
Via Palestro, 68 - 00185 ROMA
Tel. 06/478091 - Fax 06/4780927
www.unicef.it

rienza ospedaliera non rimanga una realtà isolata e poco condivisa dal territorio in cui è inserita. Si tratta quindi di un vero e profondo cambiamento culturale che coinvolge non solo l'organizzazione ma singolarmente gli operatori sanitari per ciò che viene loro richiesto e per le emozioni provocate. La difficoltà principale nel raggiungere tale obiettivo deriva dalla naturale resistenza degli operatori al cambiamento. Tale resistenza infatti non appare proporzionale alla difficoltà intrinseca degli obiettivi, peraltro complessi da raggiungere. Operare in modo che tutti gli operatori diventino esperti e consapevoli delle novità introdotte è il passo essenziale per vincere tale resistenza. Tutto questo deve essere inoltre contestualizzato nelle singole realtà Aziendali.

La Direzione Aziendale deve farsi autorevole punto di riferimento per tutti gli operatori nella volontà di perseguirlo, sostenerlo e supportarlo attraverso la definizione di un'inequivocabile Politica aziendale sull'allattamento materno che contempra tutti e 10 i passi del progetto. L'identificazione di un referente aziendale del progetto, cioè di un operatore sanitario dedicato a tenere i contatti con il team dell'UNICEF ed effettuare l'analisi degli scostamenti dagli standard OMS/UNICEF è un altro punto chiave per il successo del progetto. A questo seguirà l'analisi dello specifico "bisogno formativo" delle singole strutture e successiva attuazione di un percorso formativo coerente con le indicazioni OMS/UNICEF per un minimo di 20 ore.

È fondamentale la condivisione del progetto e il suo coordinamento in particolare tra i responsabili delle U.O. di ostetricia e pediatria, nonché l'istituzione di un "Comitato Ospedale/Comunità amica del bambino per l'allattamento materno"

comprendente anche le diverse professionalità coinvolte dei servizi territoriali.

Data la complessità del progetto, sempre più ASL stanno utilizzando un consulente esterno alla struttura con competenze specifiche, estraneo alle dinamiche della struttura stessa, avente una legittimazione istituzionale e una sua credibilità e autorevolezza. Il consulente esterno ha più facilmente una visione globale del progetto, sa che deve lavorare sul lungo termine, pensando anche a modelli organizzativi che devono durare nel tempo, nonostante il turnover del personale sanitario e le poche risorse a disposizione.

Il consulente deve avere cura che il progetto non dipenda ne' dalla sua persona ne' da qualsiasi altra, motivare più personale possibile, anche quelli meno convinti perché tutti possono dare il loro contributo e assicurare quindi una continuità operatore indipendente del progetto. Il confronto con ospedali già certificati può essere utile strumento per la risoluzione di problemi e di contrasti che inevitabilmente si verranno a creare lungo il percorso.

Infine "L'ospedale amico dei bambini" è un'ottima occasione per le Aziende di misurarsi col cambiamento e l'innovazione, accettando che l'apprendimento è un processo cumulativo di conoscenze dalle più semplici alle più complesse, la cui velocità è fortemente dipendente dalla motivazione degli operatori e che comunque i cambiamenti, soprattutto quelli istituzionali richiedono tempo, dedizione, determinazione, passione e pazienza.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: prosperiporta@alice.it

TM



CAREGGI

VIA DELLE PANCHE

VENDESI

UFFICI PERFETTI PER STUDI MEDICI,
PROFESSIONALI, SHOW-ROOM
A PARTIRE DA 200 MQ.
AMPIA DISPONIBILITÀ DI POSTI AUTO.

Info 055 582772

www.giudicicostruzioni.it

giudicicostruzioni
CONSTRUTTORI DI FIDUCIA.

Il Meyer: 120 anni tra storia e futuro

“**D**a bambino è diventato gigante”, già così più di un secolo fa il Commendatore Giovanni Meyer definiva l'Ospedale Pediatrico Meyer, chiamato allora “Ospedalino” ed oggi “adulto” e pronto per le nuove sfide del nuovo secolo.

C'è molta storia e molto affetto intorno al Meyer e non è un caso che la donazione faccia parte integrante del DNA dell'ospedale sorto proprio con una donazione che Giovanni Meyer fece alla città di Firenze ad un patto: che fosse sempre destinato alla cura dei bambini e che portasse il nome della moglie Anna Meyer. Molto tempo è dunque passato da quel lontano 19 febbraio 1891 quando il “Consiglio d'Amministrazione del Luogo pio” invitava le famiglie “a compiacersi d'intervenire all'apertura e visita del nuovo Spedale”. Siamo arrivati al 19 febbraio 2011 e quale migliore occasione di rinnovare, dopo 120 anni, l'invito alle famiglie e ai bambini per celebrare insieme il *compleanno* del Meyer?

L'operazione è riuscita pienamente perché circa 5.200 persone, di cui almeno 2.400 bambini hanno partecipato a “Il Meyer per Amico”, una giornata di porte aperte dell'Ospedale organizzata dalla Fondazione dell'Ospedale Pediatrico Meyer. Una vera e propria festa a cui hanno voluto partecipare come testimonial Carlo Conti e la squadra di calcio Fiorentina, con i suoi giocatori Alberto Gilardino, Riccardo Montolivo, Marco Donadel e con l'Amministratore Delegato Sandro Mencucci.

Sorrisi e allegria hanno accompagnato le note della *Bandita*, l'allegria *street band* che accoglieva all'ingresso dell'ospedale, insieme al gazebo della Fondazione Meyer, tutte le famiglie ed i bambini ai quali sono stati regalati, in tutta la giornata: 3.000 palloncini colorati, 2.000 spillette con il simbolo della giornata e dell'ospedale - “L'Ospeda-

le con l'amore dentro”, 2.400 gelati Sammontana, 1.400 Smuthie e 700 coppette di panna Mukki ed ancora più di 2.500 tra cioccolate calde, zucchero filato e pane con l'Olio DOP Extravergine d'oliva del Consorzio Olio DOP Chianti Classico.

La festa è stata anche l'occasione per far conoscere l'attività dell'Ospedale e questo è stato realizzato attraverso visite guidate effettuate dalla Direzione Infermieristica del Meyer, che fin dalla mattina hanno accompagnato più di 500 persone all'interno della struttura raccontandone sia l'attività svolta

che i progetti futuri. Sono state organizzate anche due visite gioco, “Esploriamo il Meyer”, riservate ai bambini e

curate dalla Ludoteca dell'Ospedale. Una visita, tenuta dalla Dr.ssa Monica Frassinetti, Direttore Sanitario del Meyer, è stata riservata agli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze.

Per tutta la giornata sono stati presenti i clown, i musicisti ed i cani della *Pet Therapy* del Meyer e negli spazi esteri i bambini hanno potuto vedere da vicino sia alcuni rapaci (gufi e poiane) che provare l'ebbrezza del trasporto in calesse trainato da



Alessandro Benedetti ricopre dal novembre 2000 l'incarico di Segretario della Fondazione dell'Ospedale Meyer di Firenze, istituzione di cui ha seguito e curato la nascita e la sua ideazione. Ha la delega operativa per le attività di Fund-raising e coordina quelle di Comunicazione e Marketing affiancando l'incarico di consulenza per la Direzione Aziendale del Meyer relativamente alla Comunicazione aziendale.

ALESSANDRO BENEDETTI

Segretario della Fondazione dell'Ospedale Pediatrico Meyer, Firenze





dolcissimi asinelli.

Nel corridoio d'ingresso all'Ospedale è stata allestita, in collaborazione con l'Archivio Storico Foto Locchi, una mostra fotografica che ripercorre in 35 immagini i 120 anni di storia del Meyer. Immagini lontane nel tempo, visite illustri e momenti di vita quotidiana dell'ospedale, ma tutte accompagnate dallo stesso sentimento di affetto e cura per i nostri bambini.

Ci sono stati laboratori per ragazzi tenuti dal museo della Preistoria (creazioni in argilla), dai musicisti del Meyer (costruzione strumenti musicali)



e di disegno (con l'autore e disegnatore Simone Frasca). C'è stato spazio alla cultura con la presenza, grazie a Centrica, di "Uffizi Touch", uno schermo interattivo che permette la navigazione ad alta risoluzione di tutte le opere esposte agli Uffizi. Altro evento importante è stata la parteci-

pazione della Fondazione Palazzo Strozzi che ha portato al Meyer, con il teatro Kamishibai, l'anteprima della mostra "Picasso, Mirò e Dali, giovani ed arrabbiati".

Nel pomeriggio è stato presentato anche "Batticuore ed altre emozioni", l'ultimo volume della collana editoriale "Io Sto bene", realizzata dalla Regione Toscana, insieme a Fondazione Meyer e Giunti Progetti Educativi. Presente l'autore Roberto Piumini che ha coinvolto i tantissimi bambini presenti, nelle sue filastrocche musicate e costruite come vere e proprie ballate.

E poi gli spettacoli con il balletto di Fiabesque/Axe Ballet e dei For Jumps, l'anteprima dello spettacolo "Sogni" di Beppe Dati, le canzoni dei Banana Split e di Luca Maris, la storia di Cappuccetto Rosso con i burattini dei Pupi di Stac e le fantastiche canzoni degli anni 60 interpretate dai deliziosi componenti il Piccolo Coro Melograno.

La giornata, presentata da Bruno Santini, ha visto anche presente l'aspetto sanitario e di informazione con le "pillole di Educazione sanitaria" dove i professionisti del Meyer hanno illustrato alle famiglie gli elementi di prevenzione da trauma (in casa e nella strada) e la manovra "salvavita" contro il soffocamento da corpi estranei inalati dai bambini.

Una bella festa, difficile da dimenticare, ma che si propone come appuntamento annuale e che aspetta tutti sabato 18 febbraio 2012!

TM





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

InFormAzione, per cambiare

4° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale

Edizioni ETS, 2011

Parafasando Giulio Cesare, si potrebbe dire che il mondo tutto è diviso in *partes tres*.

Nella prima parte stanno i paesi a capitalismo avanzato, anzi maturo, forse un po' marcio, dove la finanza la fa da padrone, con le conseguenze che conosciamo. Gli abitanti di questi paesi vivono, in media, al di sopra delle proprie possibilità, consumando tutte le loro risorse, e anche quelle degli altri. Che l'ambiente ne soffra, e ne soffrano anche gli esseri, umani e non, che in quell'ambiente vivono, non c'importa molto, come dimostra la nostra resistenza a cambiare. Questo sovrasfruttamento di ambiente e di esseri umani ha permesso di accumulare ricchezza e di migliorare lo standard di vita (alimentazione, casa, lavoro, istruzione, eccetera), e quindi di salute. Beh, non è stato poi così facile e diretto; ci son volute delle belle e lunghe lotte per incamminare una parte delle ricchezze accumulate da pochi verso il bene di tutti. Ma è bastato allentare la presa sui beni comuni faticosamente conquistati per vederseli scappare da maghi della finanza e cavalieri del lavoro che a una scuola e a un centro di salute preferiscono un paradiso fiscale.

Lo scippo procede in un'indifferenza quasi totale. Ogni tanto qualche governante, colpito più duramente del solito da una delle periodiche crisi, ha un sussulto e cerca di cambiare strada, senza limitarsi a coprire i buchi col sangue dei più deboli. Angela Merkel vorrebbe imporre delle regole alla finanza selvaggia. Barack Obama ha tentato di rendere un po' più pubblica la sanità privata del suo paese. Episodi isolati che non troveranno imi-

tatori e seguaci? O segnali di speranza per uscire dalla crisi e, forse, superare il dogma del libero mercato che ha marcato la fine del XX e l'inizio del XXI secolo?

Nel frattempo, i paesi della seconda parte, Cina, India e Brasile in testa, cercano di imitare quelli della prima e vorrebbero raggiungere gli stessi risultati. Usando politiche protezionistiche simili a quelle usate dai paesi della prima parte secoli o decenni fa, ma per qualche prodotto anche ora,

e sfruttando allo stesso modo uomini e ambiente, hanno superato la soglia critica di povertà che li teneva ancora-

ti al cosiddetto sottosviluppo ed esibiscono tassi di crescita economica da rivoluzione industriale. Nel giro di pochi anni o decenni arriveranno ad avere livelli di salute simili a quelli della prima parte del mondo. Ma a che prezzo per l'equità e l'ambiente? E ci riusciranno tutti, o qualche paese resterà indietro per raggiunti limiti ambientali?

E i paesi che non ce la faranno, resteranno nella seconda parte, o scivoleranno nella terza? Questa comprende i disperati, quelli che continueremo a chiamare paesi del terzo o anche quarto mondo. L'Africa Subsahariana, quasi tutta, è in questa parte, ma non mancano rappresentanti di altri continenti, da Haiti all'Afghanistan. In questa parte potrebbero precipitare anche paesi che si considerano "in via di sviluppo", cioè con tassi di crescita dell'economia in aumento e relativi miglioramenti degli standard medi di vita e di salute, ma che, a causa di disastri naturali o causati dall'uomo, o per gli stessi "limiti dello sviluppo", potrebbero non farcela a mantenersi a galla. Per la maggior parte di questi paesi il raggiungimento dei cosiddetti Obiettivi del Millennio resta un mi-

GAVINO MACIOCCO

Dipartimento di Sanità pubblica, Università di Firenze



raggio. Due recenti articoli del *Lancet* sembrano suggerire qualche speranza: le morti materne non sarebbero oltre 500.000 all'anno, come stimato per almeno due decenni dalle agenzie internazionali, ma circa 343.000, con riduzioni sostanziose anche in qualche paese dell'Africa Subsahariana; anche i decessi nei minori di 5 anni potrebbero essere diminuiti da 11,9 milioni nel 1990 a 7,7 nel 2010, anche in questo caso con miglioramenti nei paesi più poveri.

Sarà vero? Illustri ricercatori stanno già discutendo sull'affidabilità di questi nuovi dati. A parere di chi scrive vale la pena notare, anche, che il finanziamento per queste nuove stime di mortalità arriva dalla Fondazione Bill e Melinda Gates, che ha tutto l'interesse a dimostrare che i miliardi di dollari che inietta annualmente nel cosiddetto aiuto filantropico stanno dando dei risultati.

L'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG) continua a essere critico sugli aiuti allo sviluppo, tema al quale sono dedicati alcuni capitoli anche in questo quarto rapporto. Non siamo convinti che l'aiuto allo sviluppo, da solo e così com'è ora strutturato e realizzato, possa contribuire a ridurre lo scarto, in termini di reddito e condizioni di vita, tra primo e terzo mondo. Non lo può fare né per la quantità di aiuto corrisposto, nettamente inferiore ai bisogni, né per la qualità dell'aiuto stesso, troppo spesso legata agli interessi dei paesi

donatori rispetto alle priorità e alle politiche dei riceventi. Ma non lo può fare, soprattutto, perché non tocca i meccanismi di scambio ineguale che stanno alla base delle disuguaglianze di reddito nei paesi e tra paesi. E crediamo che l'aiuto allo sviluppo per la salute non costituisca un'eccezione positiva. Anche in questo campo perché le risorse dedicate alla salute sono inadeguate rispetto ai bisogni, ma soprattutto perché solo in piccola proporzione sono dedicate alla priorità di quasi tutti i paesi a basso reddito: il rafforzamento dei sistemi sanitari. Per non parlare dell'estrema frammentazione degli aiuti e del dominio delle cosiddette alleanze tra pubblico e privato, la cui efficacia in termini di risultati è tutta da dimostrare.

Che fare, allora? Lavorare, ovviamente, per far aumentare gli aiuti e, soprattutto, per renderli più efficaci. Come? Facendo pressione su chi ci governa e può prendere decisioni in questo senso, ma anche dialogando con la società civile, dalla quale nascono molte iniziative grandi e piccole per la pace, la giustizia e la solidarietà. E a questo proposito, ci sembra giusto investire di più in informazione, formazione e azione per la salute globale, nella speranza di allargare la base di cittadini coscienti e informati. Per questo abbiamo dedicato questo quarto rapporto all'**InFormAzione**. Quella che fanno i media. Quella che si fa nelle scuole e nelle università, per operatori sanitari e non. Quella che si fa nella società civile. Un grosso impulso a dialogare su questi temi ci è venuto da un progetto coordinato da Medici con l'Africa CUAMM, cui l'OISG ha partecipato. Il progetto ha permesso di raddoppiare il numero di facoltà di medicina e scienze della salute nelle università italiane che offrono corsi di salute globale. Ha anche permesso ai responsabili di questi corsi di incontrarsi, discutere strategie comuni, condividere materiali didattici, formarsi assieme. Ha infine contribuito a creare una Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG) il cui obiettivo è promuovere attività volte a diffondere in diversi contesti un nuovo paradigma di salute, strettamente connesso a un'etica di responsabilità sociale, per generare reali cambiamenti nella comunità. Tale obiettivo si concretizzerà nella progettazione e realizzazione di attività a diversi livelli, dalla formazione (universitaria e non), alla ricerca e al diretto coinvolgimento dell'intera società. L'OISG fa parte della RIISG e ha intenzione di restarvi, come dimostra l'attenzione che questo rapporto dedica al tema.

Dalla prefazione del volume, a cura di Adriano Cattaneo, Presidente OISG.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: gavino.maciocco@alice.it

TM



Contraddizioni di una scienza troppo vasta

Caro Direttore,

ho avuto modo di leggere il MANUALE DELLA PROFESSIONE MEDICA. DEONTOLOGIA, ETICA, NORMATIVA, pubblicato nel novembre dello scorso anno ed ho, da farmacologa, riflettuto su alcuni aspetti delle regole che riguardano la terapia che si pratica ai nostri giorni.

Se mi mettessi nei panni di un giovane medico che si accinge oggi a iniziare la professione e che si deve districare tra farmaci originali brevettati e farmaci copie, farmaci *on-label* e *off-label*, farmaci equivalenti, rimedi della fitoterapia, rimedi dell'omeopatia e di altre medicine non convenzionali, penso che mi troverei in imbarazzo di fronte a una situazione così confusa.

Ma ciò che rende più complicata la realtà operativa è che nel Manuale, a parer mio, ci sono alcune contraddizioni del comportamento cui aderire per quanto riguarda la prescrizione dei farmaci. Gli articoli n. 4 e n. 13 richiamano il medico nell'esercizio della professione ad "attenersi alle conoscenze scientifiche" ed al fatto che "Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche tenuto conto dell'uso appropriato delle risorse..." ed ancora che "Sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie e di presidi diagnostici non provati scientificamente o non supportati da adeguata sperimentazione e documentazione clinico scientifica, nonché di terapie segrete". Sembra, perciò, del tutto chiaro che i rimedi che non rientrano nei limiti sopra detti, non debbano essere prescritti. L'articolo 15, tuttavia, pur con le dovute cautele, ammette l'esercizio delle pratiche non convenzionali ed infatti recita così: "Il ricorso a pratiche non convenzionali non può prescindere dal rispetto del decoro e della dignità della professione e

si esprime nell'esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale del medico. Il ricorso a pratiche non convenzionali non deve comunque sottrarre il cittadino a trattamenti specifici e scientificamente consolidati e richiede sempre circostanziata informazione e acquisizione del consenso. È vietato al medico di collaborare a qualsiasi titolo o di favorire l'esercizio di terzi non medici nel settore delle cosiddette pratiche non convenzionali." Fino ad oggi, tuttavia, tra le pratiche non convenzionali più diffuse non ce n'è alcuna, con la possibile eccezione della fitoterapia, che si fonda su basi scientifiche ed il comportamento del medico nel praticarle non può essere completamente "in scienza e coscienza", come recita l'ultimo capoverso del giuramento professionale, a meno che egli non spieghi ai pazienti che si tratti di pratiche che non hanno avallo scientifico. In caso contrario egli agirebbe in deroga ai principi di scienza ed anche a quelli di obiettiva informazione sulle terapie come indicato dal Codice Deontologico negli articoli n. 4 e n. 13 su menzionati e nell'articolo 33. È vero che la realtà della medicina comprende oggi anche le pratiche non convenzionali per il fatto che sono molto popolari e che alcune di loro sono entrate nelle terapie ufficiali di qualche Regione compresa la Regione Toscana, ma è altrettanto vero che esse, fino ad oggi, non hanno avuto dimostrazione scientifica della loro efficacia a differenza di quelle della medicina convenzionale.

Tutto ciò rimane un bel *busillis* professionale ed è sperabile che venga chiarito con il contributo e nell'interesse di tutti.

Lucilla Zilletti

Professore Emerito di Farmacologia nell'Università degli Studi di Firenze



"Progetto Giovani" ENPAM

Venerdì 6 Maggio, presso la sede dell'Ordine dei Medici di Firenze, si è tenuto un interessante incontro sul futuro pensionistico dei giovani medici, al quale hanno partecipato molti colleghi, desiderosi di informazioni e approfondimenti sul tema previdenziale. Tema di capitale importanza, in quanto dalle politiche previdenziali e dalle scelte individuali derivano conseguenze molto significative per l'avvenire di ciascuno. I relatori (Alberto Olive-

ti, Vice Presidente vicario dell'ENPAM, Giampiero Malagnino, Vice Presidente dell'ENPAM, Mario Daleffe, Presidente di FondoSanità e Claudio Testuzza, esperto di previdenza INPDAP) hanno analiticamente rappresentato i dati statistici ed economici, attuali e indicativamente futuri, della tutela previdenziale dei medici e degli odontoiatri ed inoltre hanno messo a disposizione dei partecipanti i loro consigli, suggerimenti e indica-

zioni per permettere una maggiore consapevolezza sulla materia e una miglior pianificazione della previdenza individuale. In particolare è stato ricordato che sul sito internet dell'ENPAM www.enpam.it è presente una apposita sezione denominata "Progetto Giovani" nella quale i giovani colleghi possono trovare ulteriori informazioni, comprese indicazioni per la previdenza complementare di "FondoSanità". Info: www.fondosanità.it



Medici, non fumate!

È accaduto che i Carabinieri del NAS abbiano sorpreso medici a fumare nei reparti ospedalieri o negli studi medici, con ciò incorrendo nella sanzione amministrativa prevista dalla legge. Il fatto è particolarmente disdicevole in quanto commesso da professionisti che, prima di ogni altra cosa, dovrebbero avere a cuore la salute propria e dei pazienti, per cui l'Ordine invita pressantemente i colleghi ad evitare nel modo più as-

soluto il verificarsi di questi episodi, che oltre ad essere dannosi per chi li compie e chi li subisce, causano discredito alla categoria. Con l'occasione si informa che la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori LILT, Sezione di Firenze, promuove gruppi per la disassuefazione dal fumo, composti da 15/18 persone e da uno psicologo che lo conduce. Il corso si articola in tre fasi, la prima comprende le motivazioni personali e

l'autosservazione, la seconda lo stop al fumo, la terza il mantenimento e il sostegno all'ex-fumatore. Le sedute sono 9, di un'ora e mezza ciascuna, due volte alla settimana. Potrebbe essere una buona opportunità anche per i medici fumatori! Per maggiori informazioni e per iscriversi contattare la sede LILT all'indirizzo e-mail: info@legatumorifirenze.it.

Conciliazione: la riflessione nazionale

La "due giorni" che a fine Aprile a Como su "Mediazione e responsabilità medica", organizzata dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, con il contributo del Consiglio Nazionale Forense, è stata un importante momento di riflessione e di approfondimento sul tema "caldo" della conciliazione che dal 21 marzo scorso è diventata obbligatoria nelle azioni di risarcimento danni. Il convegno ha ospitato una interessante simulazione di un tentativo di conciliazione, condotto dal-

la Prof.ssa Ilaria Pagni, ordinario di procedura civile presso l'Università di Firenze, che ha efficacemente dato l'idea di cosa voglia dire svolgere in concreto la funzione di mediatore: un ruolo nient'affatto banale, ma anzi carico di significato e di responsabilità. Le relazioni, fra le altre, di Amedeo Bianco, Presidente della FNOMCeO, di Gabriele Peperoni, Segretario della FNOMCeO, di Raffaele Zinno, Segretario nazionale dei medici legali, hanno evidenziato gli aspetti positivi ma anche le criticità

della materia, attualmente al vaglio della Corte Costituzionale per alcuni rilievi mossi dal TAR del Lazio nei confronti della legge che l'ha istituita. Insomma, un percorso che ancora non è perfettamente delineato, ma del quale si possono già intuire le ricadute. I lavori si sono conclusi con un proponimento: un accordo fra la FNOMCeO e il Consiglio Forense per la definizione dei requisiti e degli standard formativi dei mediatori in materia di responsabilità medica, siano essi giuristi o medici.

Medicina del lavoro: responsabilità penale del medico

Il Tribunale di Pisa ha condannato ad un mese di arresto il medico del lavoro di una azienda di costruzioni, per negligenza nella redazione del documento di valutazione del rischio. In particolare al medico è stato contestato di non aver esattamente individuato il grado di rischio connesso alla movimentazione dei carichi e all'esposizione dei dipendenti al rumore e alle

vibrazioni. Tali lacune erano state rilevate in sede di accertamento effettuato dagli organi competenti della ASL e poi erano state colmate con una nuova valutazione, questa volta completa. Ma la negligenza constatata, secondo il Tribunale, è sufficiente per giustificare l'irrogazione della pena prevista, in questi casi, dal Decreto Legislativo 81/2008, anche se non si

è verificato alcun episodio realmente critico per i lavoratori. Come a dire: non è necessario che si verifichi un evento dannoso perché emerga la responsabilità del medico del lavoro; basta che gli atti documentali non siano "a regola d'arte" perché ci sia responsabilità penale. La vicenda mette in luce come siano ampie e gravose le responsabilità per il medico del lavoro.

Al Forum P.A. premi per la sanità toscana

Pioggia di premi per la sanità toscana al Forum P.A., la ventiduesima edizione del Forum della Pubblica Amministrazione che si è concluso a Roma. Tre aziende sanitarie toscane hanno ricevuto quattro riconoscimenti per buone pratiche nella gestione della sanità. Sono l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, la ASL 10 di Firenze e la ASL 4 di Prato. Questi i riconoscimenti assegnati alle aziende toscane: a Careggi è andato il premio "Call 10/10 - Dieci storie di qualità", per il progetto DIPINT (Dipartimento Interistituzionale Integrato), un esempio di integrazione tra

Università e Regione. Obiettivo del progetto, l'integrazione dei processi di didattica, ricerca e assistenza e anche dei processi tecnico-amministrativi di supporto. All'Azienda Sanitaria 10 di Firenze sono andati ben due premi. Il premio "Meno carta più valore", dedicato all'eliminazione dell'uso della carta negli enti pubblici, per il progetto "Care Path": l'individuazione di percorsi standardizzati per i pazienti degli ospedali dell'Azienda fiorentina attraverso il modello delle Clinical Pathway (CP). Nella stessa categoria è risultato finalista il progetto, anch'esso della ASL 10, "La distinta

base applicata all'Azienda Sanitaria di Firenze": l'applicazione alla realtà sanitaria, in particolare ospedaliera, di uno strumento tipico della contabilità industriale come la distinta base. Sul podio, infine, anche la ASL 4 di Prato, che si è aggiudicata il premio "Sussidiarietà all'opera. Premio per i migliori casi di sussidiarietà orizzontale" per il progetto "Mamma segreta": una rete di servizi pubblici, associazioni e cittadini avviata a Prato nel 1999, che tutela le donne che prima, durante e dopo il parto intendono avvalersi del diritto al parto in anonimato.

Concorso letterario per medici

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Savona, in collaborazione con la sezione savonese dell'Associazione Medici Cattolici Italiani, organizza la IV edizione

del concorso letterario "J.A. Cronin" di narrativa e poesia riservato a medici e odontoiatri. Gli elaborati, composizioni inedite per entrambi le sezioni, dovranno pervenire entro il

20 Agosto 2011 all'Ordine di Savona, Via San Lorenzo 3/6 17100 Savona. Per informazioni: tel. n. 019.826427, email: omceosv@omceosv.it.



Un armadietto razionale

Per aiutare i colleghi a rispondere in modo articolato, ma semplice e chiaro, alla frequente domanda dei loro pazienti circa un eventuale armadietto dei medicinali da tenere in casa, forniamo in questa sede un possibile schema pratico.

Dove collocarlo

SÌ

- Nella camera da letto degli adulti (lontano dunque dai bambini).
- In un ripostiglio.

NO

- In bagno e in cucina (qui la luce, il calore e l'umidità possono accelerare il deterioramento dei medicinali).
- Nella camera dei bambini.

Come deve essere

- Chiuso a chiave (un armadietto e non un cassetto o una scatola a portata di mano di chi non vi deve accedere: bambini, anziani, psicopatici, eventuali tossicodipendenti...).
- Fornito di ripiani o scomparti in cui dividere il materiale:
 - Secondo l'età (per adulti e per bambini).
 - Secondo l'uso (farmaci di consumo attuale e farmaci di riserva).

Che cosa deve contenere

- Materiale di primo soccorso (disinfettanti, antisettici, cerotti, bende, termometro, cotone emostatico, ghiaccio spray...).
- Solo i farmaci prescritti dal

medico (e non "importati" da parenti, amici e vicini di casa).

Pochi prodotti da banco:

- Un antiacido per i bruciori di stomaco.
- Una pomata per arrossamenti e/o ustioni, prurito e punture d'insetto.
- Una crema o gel per dolori muscolari lievi.

Come conservare i farmaci

- Devono restare nella confezione originale col foglietto illustrativo all'interno.
- Devono avere indicata a penna sulla confezione l'esatta dose indicata dal medico (per quel problema in quella data).
- Deve essere controllata periodicamente la scadenza:
 - se scaduti vanno considerati come rifiuti speciali: i medicinali andranno nell'apposito contenitore in farmacia, gli imballaggi nel cassonetto della carta;
 - la scadenza varia da uno a cinque anni a confezione chiusa (diminuisce se si apre la confezione);
 - le soluzioni liquide (sciroppi, gocce orali) vanno utilizzate entro sei mesi dall'apertura; i

colliri scadono invece entro due settimane (conservarli in frigo e segnare sulla confezione la data di apertura).

Precauzioni per alcuni gruppi di farmaci

- Se non prescritti di recente, è bene eliminare gli antibiotici, che rischiano di accumularsi in casa e di essere utilizzati in futuro in modo improprio.
- Gli antinfiammatori (cortisonici e FANS) non vanno usati in modo sconsiderato, perché possono danneggiare lo stomaco (gastriti, ulcere, emorragie); nei ragazzi al di sotto dei 16 anni possono provocare la sindrome di Reye (con danni a cervello e fegato).
- Il paracetamolo non deve essere dato in grandi quantità (e comunque non oltre i 4 g al dì) per più di tre o quattro giorni (danneggia il fegato).
- Sbarazzarsi dei farmaci combinati (con più principi attivi), una volta utilizzati dietro prescrizione medica, spesso per situazioni non gravi (come raffreddori o modeste influenze).

“Registro Italiano Medici”: attenzione a non farsi truffare!

In questi giorni stanno pervenendo ai medici, via email o per posta, dei moduli provenienti da un fantomatico “Registro Italiano Medici” che chiede ai professionisti di restituire tale modulo compilato con i propri dati. Attenzione! Può sembrare una richiesta innocua, ma in realtà nasconde un abbonamento per l'inserimento in non si

sa bene quale database, che costa 1057 euro l'anno. L'Ordine, quindi, raccomanda ai propri iscritti di non compilare e di non sottoscrivere questi moduli, perché altrimenti si vedranno recapitare richieste di pagamento indesiderate e fastidiose. L'Ordine, infatti, ricorda che per legge l'unico Albo a cui il medico e l'odontoiatra è tenuto ad esse-

re iscritto è l'Albo professionale gestito dall'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri. Ogni altro “registro”, “elenco” o quant'altro, da chiunque proposto, non è ad adesione obbligatoria e, anzi, a volte (come in questo caso) sembra sia addirittura un pretesto per far quattrini. Massima attenzione, quindi!

Esenzioni per reddito: l'accertamento partirà ad ottobre

In Toscana il nuovo sistema per l'accertamento dell'esenzione dal ticket per reddito prenderà il via a ottobre. E non sarà compito dei medici di famiglia né dei pediatri di libera scelta ma delle ASL che dovranno certificare il diritto all'esenzione del cittadino, che poi dovrà esibire l'attestato al proprio medico curante. Lo rende noto in un comunicato la Regione Tosca-

na, che ricorda che dal 1° maggio è entrato in vigore il Decreto ministeriale che modifica le modalità di verifica delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (finora basata sulla autocertificazione resa dal cittadino al momento della fruizione della prestazione), ma prevede tempi differenti di attuazione da parte delle diverse Regioni. In Toscana il

nuovo sistema andrà a regime da ottobre prossimo e, per il momento, la nuova modalità viene sperimentata, in accordo con il Ministero, nella ASL 3 di Pistoia. I cittadini esenti dovranno fare richiesta dell'attestato di esenzione agli sportelli dell'Azienda e presentare poi l'attestato al proprio medico al momento di ogni prescrizione specialistica.

Pubblicità sanitaria su internet

Prendendo atto della segnalata presenza di annunci pubblicitari di medici e di odontoiatri su siti internet, nei quali si propongono prestazioni sanitarie a prezzi scontati,

l'Ordine ricorda che, ferma restando la “liberalizzazione” in materia pubblicitaria per i professionisti operata dalla Legge 133/2008, ogni medico e odontoiatra è tenuto al rispetto di

quanto previsto dal Codice Deontologico e dalle linee-guida ad esso allegate, con particolare riferimento alla veridicità e trasparenza del messaggio pubblicitario.



Accordo Stato-Regioni sul trattamento degli stati vegetativi

È stato sancito, con il via libera definitivo della Conferenza Unificata, l'accordo fra il Ministero della Salute e le Regioni sulle linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza. Un accordo per eliminare ogni sorta di disomogeneità nei criteri diagnostici, nelle procedure diagnostico-terapeutiche e nei requisiti strutturali per ogni fase di assistenza, per rendere più trasparenti,

chiare e certe le azioni compiute per i pazienti in stato vegetativo e in stato di minima coscienza. Il documento prevede la realizzazione di un sistema integrato ospedale-territorio per costruire un percorso di "dimissione protetta" riducendo al minimo, per quanto consentito dalle condizioni cliniche del paziente, la permanenza nei reparti di rianimazione e intensivi e favorendo il trasferimento il più immediato possibile in ambienti

adeguati a fornire ai pazienti un'assistenza più attenta agli aspetti funzionali e riabilitativi e al benessere delle loro famiglie. L'accordo prevede che tali percorsi vengano definiti da ciascuna Regione, trasferiti poi nelle carte dei servizi e comunicati con chiarezza alle famiglie, in modo da accompagnarle e supportarle durante tutte le fasi dell'assistenza e presa in carico del paziente. Per ulteriori informazioni: www.salute.gov.it.

CORSI E SEMINARI

RITROVARE LA SPERANZA

Il corso di formazione in Psicologia (3.a edizione) si terrà presso la AOU Meyer, Aula Vetrata I Piano, in Viale Pieraccini 24 a Firenze, nei giorni **7 ottobre - 19 novembre 2011**. L'esperienza maturata dal gruppo operante da anni al Meyer in Oncematologia Pediatrica ha permesso l'elaborazione e la programmazione di un percorso formativo in psicologia particolarmente utile per chi desidera comprendere le complesse implicazioni della presa in carico del paziente e della sua famiglia in tale ambito. Docenti: Domenico Campanacci, ortopedico Cto, Simona Caprilli, Psicologa-Psicoterapeuta Meyer, Desirée Caselli, Medico Meyer, Margherita Cerboneschi Fisioterapista Meyer, Lorenzo Genitori, Neurochirurgo Meyer. Laura Mori, assistente sociale Meyer, Donatella Paggetti, Psicologa-Psicoterapeuta Meyer, Puccioni Sara infermiera Meyer, Susi Scassolini Psicologa Meyer, Angela Tamburini, Medico Meyer, Pasquale Tulimiero, Presidente FIAGOP. Coordinatore del Corso: Donatella Paggetti. Le domande dovranno pervenire: entro il 30 settembre 2011 per fax o e-mail. Segr. Org.va: Roberta Latragna, AO Meyer Fax 055 5662613, e-mail: r.latragna@meyer.it

BACHECA

Pubblichiamo solo alcuni dei numerosi annunci consultabili sul sito dell'ordine: www.ordine-medici-firenze.it pagina BACHECA già suddivisi nelle seguenti categorie: Affitti professionali, Cessione attività, Collaborazioni non mediche, Iniziative tempo libero, Offerte lavoro, Offerte strumenti, Sostituzioni, Sostituzioni odontoiatri. I colleghi hanno spontaneamente fornito i loro recapiti telefonici ed e-mail per questa pubblicazione.

MEDICI DISPOIBILIBILI PER SOSTITUZIONI, GUARDIE MEDICHE IN STRUTTURE PRIVATE

Servizi sportivi, servizi di assistenza domiciliare, servizi in strutture assistenziali e turistiche, prelievi e giornate di donazione di sangue

- **Alessia Metozzi**, è disponibile per le zone di FI e PO. Cell. 347.4839927 Mail: a.metozzi@gmail.com.
- **Mario Alberto Rossetti** spec in urologia. Cell. 349.8051631 email: rossettimarioalberto@yahoo.it.
- **Catherina Urena**, spec. chirurgia generale. Cell. 331.9882922 email: catherinaurena@hotmail.it.
- **Domenico Bruno Pagano**, con lunga esperienza di tirocinio presso il DEA-Careggi, è disponibile per FI e prov. Cell. 342.1295271.
- **Ariele Fabris**, appassionato di Medicina Interna, Farmacologia, problematiche ortopediche in riabilitazione, è disponibile per sostituzioni e/o allo svolgimento di mansioni congruenti al percorso formativo compiuto. Cell. 339.3789314.
- Medico specializzando, è disponibile per il mese di agosto preferibilmente zona Sesto Fiorentino. Cell. 348.7640344.
- **Rocio Monserrat Martinez** è disponibile per FI e in prov. Cell. 327.8511441.
- **Susanna Arcabasso**, è disponibile per a FI e in prov. Cell. 333.8661536.
- **Michele Mercuri**, abilitato alla professione di medico chirurgo, Master universitario in medicina estetica presso l'Università "Tor Vergata" comunica la propria è disponibile per FI e prov. Cell. 347.2117469.
- **Soumaya Douar**, laureata e abilitata, è disponibile per PO/FI/PT e prov. Cell. 388.6549631.
- **Chiara Masotti**, abilitata alla professione è disponibile per FI e PO. Cell. 339.3631140.
- **Silvia Kurpanik**, abilitata alla professione ad Hannover, iscritta a FI, con esperienza lavorativa con bambini (Chirurgia Generale incl. Chirurgia Pediatrica, Traumatica e Cardiotoracica incl. Chirurgia Cardiaca Pediatrica, Pneumologia), anche pronto soccorso, è disponibile per sostituzioni a pediatri. Parla tedesco, inglese, spagnolo e polacco. Cell: 331.8257330.
- **Sofia Bigiarini** laureata e abilitata è disponibile per FI e nel Valdarno.
- **Giuditta Serni**, laureata e abilitata è disponibile per la prov. di FI. Cell. 338.1343012.
- **Lara Bertieri**, laureata e abilitata è disponibile per FI e in prov. Cell. 320.8521505.
- **Francesca Rizzi**, laureata e abilitata, è disponibile per la prov. di FI e nel Valdarno. Cell. 392.4133778.
- **Barbara Rita Porchia**, laureata e abilitata, è disponibile per FI e zone limitrofe. Cell. 340.2664915.
- **Giulia Paladini**, laureata e abilitata, con esperienza lavorativa sul territorio è disponibile per FI, PO e prov. Cell. 333.4969758 - Abitazione 055.8428274.
- A breve specialista in Reumatologia, **Giulia Carnesecchi**, laureata e abilitata è disponibile per FI e prov. e PO e prov. Cell: 338.8934684.
- **Mariapia Macchiarulo**, laureata ed abilitata, è disponibile per Firenze e zone limitrofe.
- Medico con esperienza pluriennale cerca sostituzioni o attività di guardia medica nell'ambito di case di cura ecc. Cell. 335.307467.
- Medico specialista in anestesia e rianimazione con esperienza è anche come medico in terme o villaggi sportivi, per il mese di luglio. E-mail: sara.micheli@gmail.com.
- **Martina Moneglia** laureata è disponibile per sostituzioni e guardie in case di cura. Cell. 328.6976438.
- **Sandra Angileri**, laureata ed abilitata, specializzanda in anestesia, con esperienza in guardia medica e sostituzioni (anche pediatri), è disponibile per tutto il territorio toscano Cell. 349.8315793.
- **Imma Savarese**, laureata ed abilitata è disponibile per FI e zone limitrofe. Cell. 335.5804694.
- **Lorenzo Muratori**, laureato e abilitato è disponibile per FI e prov. Cell. 349.2932738.
- **Giulio Ciullini**, laureato ed abilitato è disponibilità per FI e prov. Cell. 339.6010815.
- **Francesco Tola**, laureato e abilitato, specializzato in Medicina Interna, è disponibilità per FI e prov. e PO e prov. Cell: 333.4691594.

COMBISARTAN[®] 160 mg / 25 mg
C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

COMBISARTAN[®] 160 mg / 12,5 mg
C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

deposittato presso AIFA il 30/09/05

VALPRESSION[®] 160 mg
C09CA03

valsartan

VACO 05-05



Menarini, salute senza confini

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



Certificato Nr
50 100 4785



Edizione del
centocinquantesimo
dell'Unità d'Italia

MANFREDO FANFANI

PIAZZA DELLA INDIPENDENZA A FIRENZE

Le origini, gli aneddoti, le storie di vita

Il 27 aprile 1859, con una pacifica e civile rivoluzione,
fu avviato il processo di unità nazionale. Sventola in Piazza la bandiera tricolore.



*Il 27 aprile 1859 il popolo di Firenze si riuniva in piazza della Indipendenza (allora "Maria Antonia",
ma per i fiorentini ancora "piazza di Barbano") per quella manifestazione patriottica che avrebbe allontanato
il Granduca Leopoldo II di Lorena ed innestato in modo irreversibile il processo di unità nazionale.*

In quel giorno, in quella piazza nacque l'unità d'Italia.

*Manfredo Fanfani ha ricostruito con intelletto d'amore le vicende dei luoghi e dei protagonisti a lui familiari
in questo fascicolo denso di notizie e curiosità, destinato a richiamare l'attenzione dei giovani sul significato profondo per le sorti
del nostro paese di quella pagina di storia, richiamata dalla intitolazione spesso "misteriosa" delle vie circostanti:*

*Dofli, Salvagnoli, Poggi, Bartolommei, Ridolfi, idealmente stretti intorno alle statue di Bettino Ricasoli e di Ubaldino Peruzzi.
Firenze, l'Italia, l'Europa: una lezione di libertà e di civiltà.*



Eugenio Fiumi

Enrico Leoni

