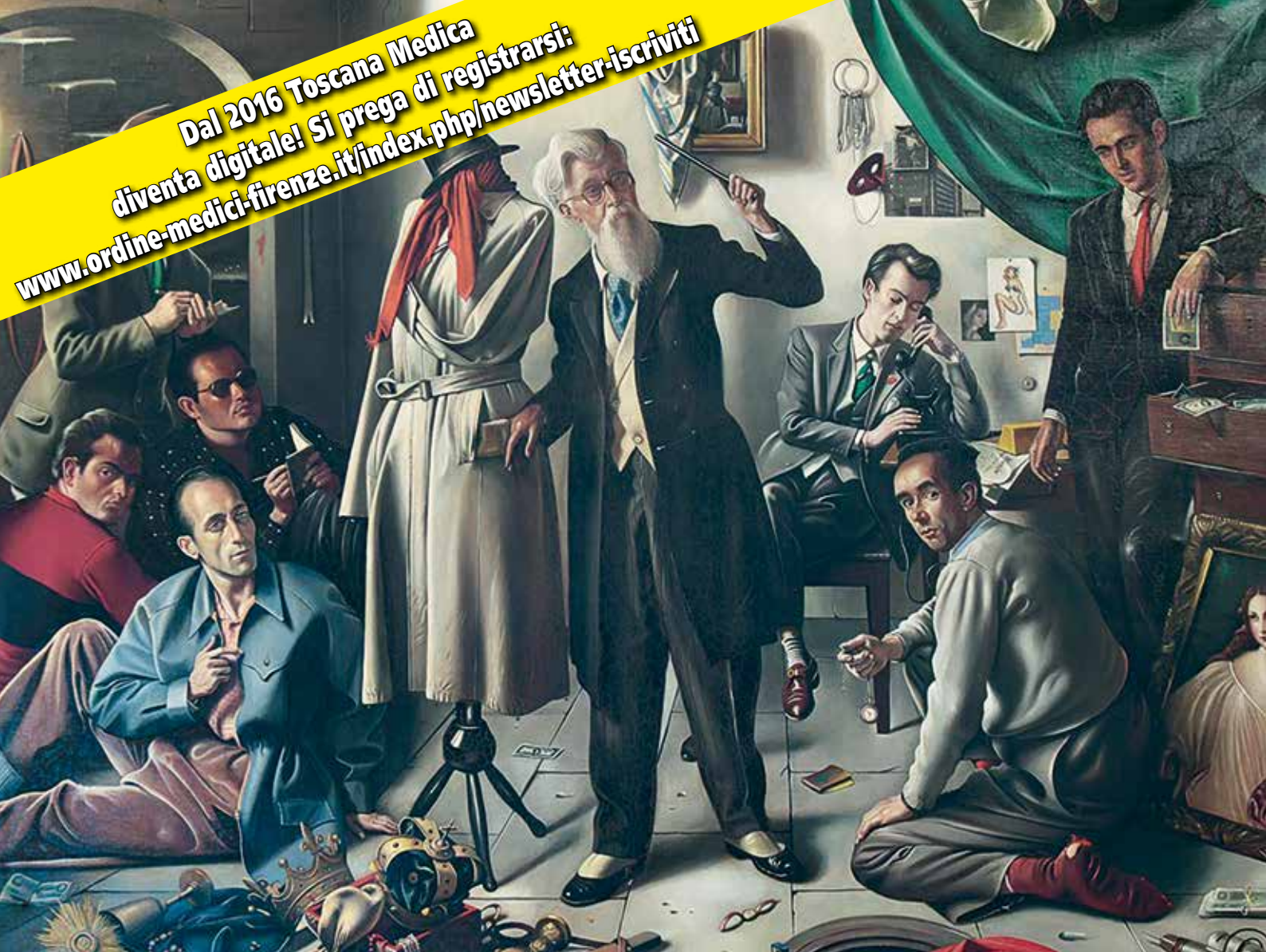


Dal 2016 Toscana Medica
diventa digitale! Si prega di registrarsi:
www.ordine-medici-firenze.it/index.php/newsletter-iscriviti



Toscana Medica

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



**Proposte e richieste di immediata applicazione
per lo svolgimento del Concorso Nazionale
2014/2015 per l'accesso alle scuole
di specializzazione di medicina**

E. Armienti, T. Barnini, A. Bonci, A. Cocci

ECM: alcune cose importanti da sapere

V. Galeotti

**La sperimentazione dell'Open Access
per le visite specialistiche di primo accesso**

C. Campaiola, F. Casalini, M. Nerattini, S. Pagliantini, A. Puppato,
R. Dell'Anna, F. Franzoni, M.R. Fontanelli, L. Pardini, S. Pullia,
C. Rizzuti, F. Gemmi

**Un successo della sanità toscana.
Il programma di eradicazione dell'HCV**

Regione Toscana

N° 6 GIUGNO 2015

Mensile - Anno XXXIII - n. 6 Giugno 2015 - Poste Italiane s.p.a. - Sped. Abb. Post.
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 45) art. 1, comma 1, DCB FI - Prezzo € 0,52 - Aut. Trib. Fi. n. 3.138 del 26/05/1983

postatarget creative

CENTRO 1/04780/05.2015

Posteitaliane



REVINTY[®] ELLIPTA[®]

92/22

fluticasone furoato/vilanterolo

92 microgrammi/22 microgrammi

polvere per inalazione, pre-dosata



REVINTY[®] ELLIPTA[®]

184/22

fluticasone furoato/vilanterolo

184 microgrammi/22 microgrammi

polvere per inalazione, pre-dosata

REVI 15 25 - Dep. in AIFA in data 05/05/2015





Fondato da
Giovanni Turziani

In coperta
Gregorio Sciltian, La scuola dei ladri
1954-1955

Anno XXXIII n. 6 - Giugno 2015

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

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

art. 1, comma 1, DCB Firenze

Prezzo € 0,52

Abbonamento per il 2015 € 2,73



Antonio Panti

Direttore Responsabile
Antonio Panti

Redattore capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segretaria di redazione
Antonella Barresi



Bruno Rimoldi

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



Simone Pancani

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



Antonella Barresi

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

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

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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



LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 Sciltian e l'illusione della realtà
F. Napoli

EDITORIALE

- 5 Disporre i valori in ordine di importanza
A. Panti

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 6 Proposte e richieste di immediata applicazione per lo svolgimento del Concorso Nazionale 2014/2015 per l'accesso alle scuole di specializzazione di medicina
E. Armienti, T. Barnini, A. Bonci, A. Cocci
- 9 La flessibilità delle Cure Primarie nella "emergenza meningo"
P. Salvadori
- 11 Degenza breve in cardiocirurgia
A. Dolara
- 13 La sperimentazione dell'Open Access per visite specialistiche di primo accesso
C. Campaiola, F. Casalini, M. Nerattini, S. Pagliantini, A. Puppato, R. Dell'Anna, F. Franzoni, M.R. Fontanelli, L. Pardini, S. Pullia, C. Rizzuti, F. Gemmi
- 16 I percorsi di cura del mal di schiena in Toscana - Parte II
F. Profili, L. Vannini, S. Giovannoni, G. Guizzardi, A. Suman, G. Poggesi, G. Barneschi, P.M. Martellucci, P. Francesconi
- 18 Esercizio abusivo... da parte del medico!!
A. Panti
- 31 L'accompagnamento alla nascita
P. Fistesmaire, R. Franco, R. Domenici, P. Scarsini, G.L. Bracco, L. Giardina, M.P. Belluomini, G. Fantoni
- 33 Presagi, profezie, premonizioni
A. Panti

REGIONE TOSCANA

La Salute prima di tutto: a EXPO 2015

- 19 Le medicine complementari a Expo 2015
Rete toscana di medicina integrata
- 21 Alimentazione e stili di vita a Expo 2015
V. Corridori, A. Giannoni
- 22 La sinergia tra farmaceutica e nutrizione a EXPO 2015
A. Frosini, D. Tanini
- 25 Salute globale e cooperazione a Expo 2015
M.J. Caldes Pinilla, N. Mascia
- 28 Un successo della sanità toscana.
Il programma di eradicazione dell'HCV
Regione Toscana

RICERCA E CLINICA

- 34 Evoluzione della salute mentale dei disturbi dello sviluppo intellettivo e dello spettro autistico
M.O. Bertelli, M. Piva Merli, N. Varrucchi
- 36 Impatto delle iponatremie nella pratica clinica
A. Peri

NOTIZIE DALL'ORDINE

- 39 ECM: Alcune cose importanti da sapere - parte II
V. Galeotti

MEDICINA LEGALE

- 42 Riflessioni sulla responsabilità medica nei trattamenti non convenzionali
G.A. Norelli, C. Riviello, F. Cracolici
- 46 Periti e Magistrati
M.S. Pignotti
- 49 La perizia medico-legale tra evidenze scientifiche e supponenze tradizionali
M. Barni

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

- 51 Un radiologo in casa Medici
M. Fanfani

SANITÀ NEL MONDO

- 55 Un programma di governo della sanità in 4 punti
G. Maciocco

LETTERE AL DIRETTORE

- 59 "Basagliani di seconda generazione" alla continua ricerca di un manicomio da abbattere!
L. Galli

58 LETTI PER VOI

59 BACHECA

61 NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi



FEDERICO NAPOLI

Sciltian e l'illusione della realtà

Quasi cento anni fa, in un mondo in sommovimento – la prima guerra mondiale, il tracollo della Belle Epoque e di un'intera società, la Rivoluzione d'ottobre –, l'Italia con il trascorso della sua classicità appare agli occhi di un fuggitivo, Gregorio Sciltian, come un approdo sicuro, il luogo ove potere riallacciare il difficile presente ad un tranquillizzante passato.

Proveniente da una famiglia armena russa (nasce a Rostov sul Don nel 1898), già con alle spalle una giovanile produzione di sapore cubo-futurista, fuggito dopo la Rivoluzione (1919) e trasferitosi prima a Costantinopoli, poi a Berlino dove si sposa,

<http://www.bardinipeyron.it/blog/illusione-di-sciltian-inganni-pittorici-alla-prova-della-modernita/>

Gregorio Sciltian, I vagabondi, 1943

Sciltian giunge infine in Italia nel 1923 e qui ritrova un'ispirazione formale classica.

Una selezione di quanto il pittore realizzerà successivamente fino alla morte, avvenuta a Roma nel 1985, trova ora ospitalità a Villa Bardini di Firenze nella mostra intitolata "L'illusione di Sciltian".

Inganni pittorici alla prova della modernità".

Personaggio isolato, anche se in parallelo alla produzione di altri artisti, come Giorgio De Chirico, oppure in contrasto contenutistico, ma formalmente simile a certe opere corali di Renato Guttuso – tali accostamenti qui suggeriti si ritrovano nella mostra fiorentina –, il pittore russo naturalizzato italiano trova certe affinità con il gruppo dei *Pittori moderni della realtà*, fra i quali Annigoni, i fratelli Bueno, Alfredo Serri: tutti riuniti da un preciso atteggiamento di "ritorno all'oggettività", per altro concepito in modi anche molto diversi fra loro.

Fondamentale per Sciltian appare il recupero del passato, incominciando da una rigorosa tecnica ad olio, proseguendo nei soggetti – nature morte, ritratti, nudi –, finendo alle suggestioni ispirative, fra tutte la pittura fiamminga e Caravaggio.

Della prima coglie la precisione meticolosa dei particolari – la sua è una pittura molto descrittiva, ai limiti della stessa possibile realtà –, da Michelangelo Merisi trae la drammaticità che è sottesa in tutte le sue opere.

Infatti, il grande affollamento di oggetti, di particolari, di figure che si ritrova nei quadri di Sciltian rimanda ad una sorta di "confusione" imputabile al passare del tempo che stratifica fatti e cose, come pure alla complessità della vita umana; è anche ascrivibile ad una volontà di riunione del molteplice nell'uno, ma è un procedimento talmente impossibile nella sua realizzazione pratica da risultare assurdo.

Di conseguenza, nasce l'aspetto metafisico delle opere di Sciltian, essendo l'ambiente stesso posto oltre il reale ed in esso l'uomo è presenza interrogativa fors'anche disarmata.

Da qui, il forte ascendente che sull'artista esercita il passato classico, apparendo questo come rassicurante e capace di porre ordine.

Ma nei tanti gruppi umani distribuiti nello spazio pittorico secondo un dialogo silenzioso, vi è un senso di allestimento teatrale – la distribuzione sulla scena del quotidiano, la presenza di tendaggi o le particolari acconciature –: ed il teatro è ancora la metafora di una illusoria realtà.

Che è poi il concetto scolpito sulla sepoltura di Gregorio Sciltian nel cimitero acattolico di Roma, presso la piramide di Caio Cestio.

La mostra, curata da Stefano Sbarbaro, è promossa dalla Fondazione Parchi Monumentali Bardini e Peyron e dall'Ente Cassa di Risparmio, con il patrocinio del Comune di Firenze e la collaborazione della Fondazione Il Vittoriale degli Italiani di Gardone Riviera e di Unicoop Firenze.

L'illusione di Sciltian. Inganni pittorici alla prova della modernità

Villa Bardini, Costa San Giorgio 2

Fino al 6 settembre 2015

or. 10,00-19,00 (martedì-domenica)



Dal 2016 Toscana Medica diventa digitale!

La rivista sarà disponibile in formato elettronico e sfogliabile su **computer, tablet e smartphone**.

Per rimanere aggiornati sull'uscita dei nuovi numeri digitali e ricevere ulteriori news, segnala fin da ora la tua email sul sito dell'Ordine dei Medici di Firenze: www.ordine-medici-firenze.it/index.php/newsletter-iscriviti

Buona lettura!

ANTONIO PANTI

Disporre i valori in ordine di importanza

Una proposta

Con recentissima sentenza (n. 8937 del 27/02/2015) la Cassazione Penale condannava un medico *"perché, venuto a conoscenza per ragioni di servizio di una sospetta violenza sessuale ai danni di un terzo minore, ometteva di adempiere il dovere che gravava su di lui, in quanto medico esercente un pubblico servizio, di comunicare tale notizia alla autorità competente"*. Il medico, uno psichiatra, si è difeso adducendo che la sua paziente, possibile e verosimile autrice del reato di abuso sessuale su minore, era stata prosciolta in via definitiva *"perché il fatto non sussiste"*. Per la Suprema Corte *"non è indispensabile che la notizia di reato si riveli fondata nel successivo sviluppo procedimentale"*; se vi sono elementi, prosegue la Cassazione, *"che appaiono sufficientemente affidabili e capaci di indurre una persona ragionevole a concludere che vi sono apprezzabili probabilità che un reato sia stato commesso"*, questo va denunciato, essendo competenza esclusiva della Magistratura il conseguente accertamento.

Non è infrequente che consimili richieste di chiarimento siano poste all'Ordine. Il secondo comma dell'articolo 32 del Codice Deontologico (*Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili*) sostiene che *"il medico segnala all'autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale"*. Il Codice dei medici ha recepito la Dichiarazione di Istanbul, impostando il problema della segnalazione all'Autorità (in questo caso il Tribunale dei Minori e la Procura della Repubblica) non tanto in base alla vecchia norma riferita al segreto professionale, cioè la giusta causa di rivelazione prevista dall'ordinamento, ma seguendo il criterio etico del "peso" attribuibile a valori ugualmente rilevanti, in questo caso il segreto professionale, il più antico e fondante dei valori professionali, rispetto alla tutela dei soggetti fragili. La difesa del più fragile, anche in applicazione dell'articolo 3

della Costituzione, inerisce il ruolo moderno del medico, quale garante dell'autodeterminazione del paziente e di esercente una consistente tutela nei confronti dei soggetti in condizione di vulnerabilità o di fragilità psichica e/o fisica, soggetti a abusi o violenze, minori, anziani o, purtroppo e di frequente, donne, anche nella nostra società contemporanea che consideriamo così avanzata. È facile dimenticare quanto poco tempo ci separa dall'epoca dell'indulgenza verso il "delitto d'onore" e quanto i femminicidi siano ancora frequenti!

A questo punto si impongono due considerazioni. I medici in realtà sono in imbarazzo. Il segreto professionale è, da millenni, norma fondante della medicina. Violarlo, sia pur per un fine elevato quale la tutela dei deboli, non potrebbe diminuire quella fiducia nel medico che è alla base di ogni rapporto di cura e fondamentale per il successo della terapia? Non è un problema da poco. Forse occorrerà sintonizzarsi con la società che accetta criticità nel rapporto di fiducia solo se legate a un bene collettivo più alto quale la salute dei minori o delle donne, comunque dei soggetti fragili. Sarebbero utili inchieste ben fatte per capire il pensiero della collettività.

L'altra questione riguarda il fatto che la violenza è un fatto degno di valutazione morale, politica e sociale, ma anche e soprattutto sanitario. E come tale va affrontato. In Toscana esistono molte iniziative pubbliche e private, tutte pregevoli e degne di ammirazione e rispetto. Manca un coordinamento, al contrario di quel che avviene per altre patologie, una rete con nodi centrali di elevata specializzazione, un riferimento regionale e un solido accordo di collaborazione con tutte le forze impegnate nella lotta alla violenza, dall'assistenza sociale alla polizia giudiziaria. Insomma perché non istituire nelle ASL un dipartimento della tutela per dare maggior concretezza alla difesa dei diritti nella sanità pubblica? **TM**

Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica

Istanbul, 11 maggio 2011

Articolo 28 - Segnalazioni da parte delle figure professionali

Le Parti adottano le misure necessarie per garantire che le norme sulla riservatezza imposte dalla loro legislazione nazionale a certe figure professionali non costituiscano un ostacolo alla loro possibilità, in opportune condizioni, di fare una segnalazione alle organizzazioni o autorità competenti, qualora abbiano ragionevoli motivi per ritenere che sia stato commesso un grave atto di violenza che rientra nel campo di applicazione della presente Convenzione o che si possano temere nuovi gravi atti di violenza.

Il testo è stato ratificato dal Senato in data 19.6.2013.

<http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/convention-violence/convention/Convention%20210%20Italian.pdf>



ENRICA ARMIENTI, TOMMASO BARNINI, ALESSANDRO BONCI, ANDREA COCCI

Proposte e richieste di immediata applicazione per lo svolgimento del Concorso Nazionale 2014/2015 per l'accesso alle scuole di specializzazione di medicina

Si ringrazia per la collaborazione i componenti delle Commissioni Giovani degli Ordini di Firenze, Grosseto, Pisa e Prato.

L'adozione del concorso nazionale per l'accesso alle scuole di specializzazione ha rappresentato una grande innovazione nel senso della trasparenza e della valorizzazione del merito. Nonostante queste buone premesse si sono registrate delle gravissime criticità organizzative: sia a monte che durante lo svolgimento delle prove stesse, prima tra tutte una importante disparità rispetto alle condizioni ambientali e di sorveglianza.

Il MIUR, in seguito a tali gravi disservizi, dovrebbe fare tesoro degli errori commessi e investire adeguate risorse organizzative, umane e strutturali per la realizzazione di un concorso nazionale efficiente, al pari di quanto avviene da anni in altri Paesi dell'Unione Europea.

Purtroppo le aspettative di migliaia di aspiranti specializzandi, nonostante la continua disponibilità al confronto, l'operativa collaborazione con suggerimenti ed analisi costruttiva delle criticità, continuano ad essere disattese su gran parte dei fronti.

In primis riguardo alle tempistiche: a fronte delle rassicurazioni, in merito al rispetto all'avvio delle procedure concorsuali, offerte nel corso dell'audizione del Ministro presso la Commissione Affari Sociali della Camera in data 27 gennaio 2015, il MIUR, in data 28 febbraio 2015, ha diramato un comunicato stampa in cui annunciava l'avvio dell'iter di modifica del Regolamento concernente le modalità per l'accesso alle scuole di specializzazione di area sanitaria con lo slittamento del termine di uscita del bando entro il 30 Aprile 2015, quindi dello svolgimento delle prove entro il 31 luglio 2015.

Il 30 Aprile ha visto la luce in Gazzetta Ufficiale l'annunciato Regolamento modificato il quale, nell'art.1, fa suoi alcuni articoli del decreto legislativo 17 agosto 1999 n.368:

"Art. 36. - 1. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo, con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica sono determinati le modalità per l'ammissione alle scuole di specializzazione, i contenuti e le modalità delle prove, nonché i criteri per la valutazione dei titoli e per la composizione della commissione (...)".

Seguito dal riferimento sulle tempistiche organizzative, rispetto al bando, dell'articolo 2 secondo comma:

"2. La prova d'esame, per ogni tipologia di scuola, si svolge non prima di sessanta giorni dalla data di pubblicazione del bando."

Questo sembra disattendere già, e di molti mesi, le rassicurazioni che ci sono state offerte. Aspettare altri otto mesi per il concorso significa aver saltato (nuovamente) quasi un intero anno accademico con prevedibile accumulo di concorrenti che rende ancora più esplosivo e drammatico il gap tra borse disponibili ed aspiranti specializzandi.

In secondo luogo, il regolamento non sembra aver recepito l'importanza di ridurre il numero di sedi a garanzia di condizioni di svolgimento delle prove più uniformi ed eque, argomento che è stato fortemente sollevato da tutti gli enti che hanno ascoltato le istanze dei partecipanti al concorso passato e che è stato utilizzato anche in sede di ricorso.

Nei fatti l'articolo 3 del Regolamento non offre nessuna garanzia di modifica in merito a questo punto:

"2. Ai sensi del articolo 36, comma 1, lettera a) del decreto legislativo n. 368/1999 le prove di ammissione si svolgono a livello locale, in una o più sedi, nella stessa data ed allo stesso orario per tutte le tipologie di scuola appartenenti alla medesima area."



Enrica Armienti, Neolaureata "aspirante" specializzanda, revisore dei conti all'Ordine di Pisa, responsabile della Commissione Giovani OmceoPi



Tommaso Barnini, Medico con attestato di formazione specifica in MG, componente Commissione Formazione OmceoFI



Alessandro Bonci, medico di medicina generale ASL 11 Empoli, Segretario Provinciale Fimmg CA Firenze, Revisore dei conti omceoFI, componente Commissione Formazione OmceoFI



Andrea Cocci, componente Commissione Formazione OmceoFi, rappresentante locale SIGM (segretariato italiano giovani medici), specializzando Urologia Unifi (Prof. Carini/Nicita)

L'organizzazione delle prove a livello locale compete alle Istituzioni universitarie presenti sul territorio. Tenuto anche conto di quanto specificato all'articolo 2, comma 3, in ordine all'utilizzo dei contributi di iscrizione versati dai candidati per la partecipazione al concorso, il rimborso agli Atenei delle spese sostenute per le attività inerenti lo svolgimento in sede locale delle prove di ammissione è effettuato in rapporto al numero di candidati assegnati all'Ateneo per lo svolgimento della prova d'esame."

In calce a queste osservazioni che concernono gli aspetti organizzativi, continuiamo a sostenere che debba essere prevista una sostanziale revisione della proporzione dei punteggi attribuiti, in graduatoria, tra il curriculum di studi e la prova di esame, il quale rapporto continua a discriminare tra Atenei di provenienza e non tra candidati e, come già si è verificato nella scorsa edizione del concorso, stronca candidati con migliore vocazione, e preparazione, specialistica (fa fede il punteggio delle prove) in favore di un criterio che è impari nei fatti. L'autonomia universitaria rende i parametri computati, in graduatoria, dei punteggi del curriculum non comparabili: dalla distribuzione degli SSD fondamentali e caratterizzanti nella rosa degli esami da inserire nel curriculum, all'attribuzione del voto di laurea. Solo diminuendo i 15 punti attribuiti al curriculum e/o modificandone i criteri di assegnazione, il Concorso Nazionale riuscirà a raggiungere al meglio lo scopo di valorizzazione della meritocrazia che si prefigge.

Chiediamo, quindi, l'adozione immediata, per ciò che potrà essere regolamentato nel bando, di tutti quei provvedimenti utili e necessari a garantire l'ottimale svolgimento delle selezioni per l'anno accademico 2014/2015.

Riteniamo opportuno elencare *nuovamente*, in maniera schematica, alcune delle criticità gestionali riportate dai candidati nel primo Concorso nazionale (2013-2014), al netto delle ricostruzioni non comprovate da riscontri oggettivi:

- eccessiva parcellizzazione delle sedi di svolgimento delle selezioni;
- sedi e strumenti non adeguati al corretto svolgimento della prova: postazioni vicine e senza separatori;
- non ottimale preparazione di molti dei commissari vigilanti, con conseguenti incertezze e difformità nella gestione delle situazioni critiche che si è tradotta, in molte sedi, in:
 - a) una distribuzione dei candidati nelle postazioni legata alla libera scelta individuale;
 - b) l'uscita ed il rientro nell'aula, durante lo svolgimento delle prove;

- c) la mancata rilevazione e/o punizione, con l'annullamento della prova, della collaborazioni tra candidati;
- d) la mancata rilevazione della presenza di dispositivi elettronici all'ingresso delle aule;
- e) la ripetizione delle prove in caso di dis-servizio tecnico informatico lasciata al libero arbitrio dei commissari d'aula e non prevista dal software d'esame (*do-vuto alla grave mancanza, da parte di chi ha organizzato le prove, di non avere previsto analoghe situazioni di emergenza e conseguente adeguato codice di comportamento*);
 - presenza di commissari vigilanti spesso non afferenti al MIUR e frequentemente interni all'amministrazione delle sedi ospitanti le selezioni, venendo meno alle stesse indicazioni all'art. 5 del DM n.105 del 30 giugno 2014 n. 105;
 - distribuzione dei candidati su base regionale in funzione della residenza che, in aggiunta al criterio della distribuzione per età anagrafica, ha in talune occasioni favorito eventuali collaborazioni durante lo svolgimento delle prove;
 - l'errore gravissimo e inescusabile del Cinea, con l'inversione delle domande di Area clinica e dei servizi;
 - tardiva assunzione della comunicazione delle informazioni relative alle sedi di svolgimento delle prove, alla distribuzione dei candidati nelle sedi e di ogni altra scadenza organizzativa;
 - quesiti in buona parte meramente nozionistici basati sul triennio preclinico e con ambiguità delle risposte.

In relazione alle criticità sopra descritte, che potrebbero esitare, laddove trovassero riscontro oggettivo in sede di giustizia amministrativa, in un'invalidazione dell'intera selezione aprendo un contenzioso infinito, **vorremmo sollecitare il MIUR a considerare e recepire le seguenti proposte:**

- creazione di una *task-force* ministeriale dedicata alle procedure organizzative del concorso nazionale;
- aggregazione delle sedi concorsuali in poche e grandi aule, in modo da garantire un adeguato controllo ed omogeneità delle condizioni ambientali per lo svolgimento delle selezioni;
- utilizzo di sistemi di rilevazione di eventuali dispositivi elettronici in possesso dei candidati posizionati all'ingresso delle aule;
- assegnazione dei candidati fra le aule in maniera casuale destinando, se possibile, i candidati fra le aule secondo la Regione di domicilio o nelle Regioni limitrofe;
- distribuzione dei candidati nelle singole postazioni all'interno di ogni aula secondo un

sorteggio o comunque in modo casuale e cambiando la disposizione ogni giorno;

- adeguata distanza tra le postazioni dei candidati pari ad almeno 1-2 metri, con ricorso all'utilizzo di separatori tra le postazioni informatiche per evitare che un candidato possa visionare la prova dei colleghi sui PC vicini;
- impossibilità per tutti i candidati di uscire dalle aule durante lo svolgimento dell'esame, pena il deperimento dalle selezioni;
- presenza di almeno un commissario vigilante esterno in ogni aula, ovvero di commissari vigilanti Ministeriali, coadiuvati dai rappresentanti delle Forze dell'Ordine, al fine di garantire il rispetto delle procedure concorsuali da parte dei candidati;
- adeguata formazione di tutti i commissari vigilanti;
- adeguato rapporto candidati/commissari al fine di garantire un'adeguata vigilanza (almeno un commissario ogni 15 candidati);

Inoltre, si ritiene opportuno presentare di seguito **ulteriori proposte** che nascono dall'esigenza di migliorare le capacità selettive delle prove e segnatamente:

- maggiore o esclusiva presenza di domande di carattere clinico generalista nella prima parte della prova (parte generale);
- pubblicazione, nel bando di concorso, dell'elenco delle materie oggetto delle varie prove e del relativo programma di studio o, in alternativa, della bibliografia dei testi di riferimento per la preparazione alle selezioni;
- evitare di porre quesiti con formulazioni e risposte controverse o ambigue per evitare di dare adito a possibili ricorsi. Quesiti basati, in ogni caso, su dati certi e sulle ultime linee guida e pubblicazioni scientifiche internazionali di comprovata e riconosciuta validità;
- qualora la tipologia dei quesiti rimanesse la medesima del concorso passato, sarebbe utile una riduzione dei tempi di tutte le prove (risultati eccessivamente lunghi), di circa il 30% rispetto all'attuale, così da limitare ulteriormente le possibilità di collaborazione tra candidati;
- istituzione di una soglia di punteggio minimo finale necessario per l'immissione in graduatoria, punteggio minimo valutato singolarmente in ognuna delle tre sezioni della prova;
- assegnazione dei contratti aggiuntivi, finanziati dalle Regioni, seguendo esclusivamente la graduatoria nazionale della singola tipologia di Scuola di Specializzazione, con eccezione delle sole Regioni bilingue. Saremmo invece favorevoli all'inserimento di una clausola che impegni i vincitori delle borse finanziate dalle Regioni a lavorare, per qualche anno dopo la Specializzazione, presso le strutture della Regione finanziatrice;

- in caso di Scuole di Specializzazione aggregate dovrebbe essere garantita la scelta della sede di frequenza da parte dei vincitori secondo l'ordine di graduatoria, rispettando il criterio di meritocrazia alla base del concorso;
- verifica della veridicità delle autocertificazioni inerenti i titoli di studio di tutti i candidati prima della diffusione delle graduatorie nazionali;
- prevedere nel bando di concorso la possibilità di partecipazione alle selezioni soltanto per i medici già in possesso di Abilitazione alla Professione Medica;
- per i candidati stranieri e laureati presso Facoltà di Medicina e Chirurgia non italofone reputiamo sia necessario, come prerequisito di ammissione al concorso, attestato di conoscenza della lingua Italiana con livello di competenza pari o superiore al C1 del Quadro comune europeo di riferimento per la conoscenza delle lingue;
- la pubblicazione dei risultati del Concorso di accesso alle Specializzazioni mediche 2013/2014, nella fattispecie:
 - a) del numero di preferenze per sede per ciascuna Scuola di Specializzazione;
 - b) dei punteggi ottenuti per ciascuna sede e Scuola, con indicazione del punteggio minimo utile ai fini dell'accesso;
 - c) di ogni altro ulteriore dato o statistica che possa orientare le scelte dei medici per il prossimo concorso;
- in fase di scorrimento delle graduatorie, dare la possibilità anche ai prenotati di iscriversi al fine di sveltire la procedura.

Con l'occasione riaffermiamo inoltre la **necessità di:**

- adottare un piano triennale di rientro, di concerto con il Ministero della Salute e le Regioni, per recuperare le risorse utili ad abbattere il gap attuale e futuro tra numero di laureati e contratti di formazione specialistica, garantendo il diritto alla formazione *post lauream* dei medici neoabilitati, innanzitutto riducendo il contingente di accessi al corso di laurea in Medicina e Chirurgia a partire dal prossimo anno accademico;
- effettuare, di concerto con il Ministero della Salute e le Regioni, un'adeguata programmazione del fabbisogno di medici generalisti e specialisti da formare, in funzione della previsione del reale bisogno di salute espresso dalla popolazione e dunque delle concrete possibilità lavorative, rifuggendo dagli errori che in passato hanno portato alla pleora di medici e specialisti.

TM

Info: alessandro.bonci@gmail.com



Piero Salvadori, medico di comunità presso l'Azienda USL 11 di Empoli dove dirige dal 1999 la UOC Organizzazione Servizi Sanitari Territoriali. Specializzato in oncologia presso l'Università di Genova nel 1987, specializzato in igiene e sanità pubblica presso l'Università di Firenze nel 1991. Dirigente settore Servizi alla Persona sul Territorio, Regione Toscana 2012/13

PIERO SALVADORI

La flessibilità delle Cure Primarie nella "emergenza meningococcica"

Introduzione

Recentemente nell'area empolesse della Azienda USL 11 si sono verificati diversi casi di meningite meningococcica esitati in sepsi meningococcica, tre dei quali mortali. Tale fenomeno si è poi allargato, quasi a macchia d'olio, ad alcune Aziende AUSL limitrofe tale da costituire un cluster epidemico.

Il numero di casi infatti è stato 8 volte superiore rispetto a quelli dell'anno precedente, con una letalità di oltre il 30%. Quasi tutti casi del sierotipo "C".

Questa nuova evenienza epidemiologica si è presto trasformata in emergenza sanitaria con alta attenzione mediatica (mass media) ed emozionale (psicosi collettiva).

Si è verificata quindi la necessità di una pronta risposta da parte dei servizi e degli operatori. Profilassi generale, inchiesta epidemiologica, individuazione dei contatti, chemio-profilassi... tutte operazioni svolte prontamente dal Dipartimento della Prevenzione. Parallelamente si è delineata la necessità di una vaccinazione di massa, almeno nelle aree geografiche dove si sono verificati i casi.

A supporto delle attività ora descritte, al fine di riuscire a vaccinare in poco tempo (1 mese!) tutti i possibili soggetti a rischio si sono attivati i servizi afferenti alle cure primarie, essenzialmente i medici di medicina generale (MMG), pediatri di famiglia (PDF), medici di comunità e infermieri del territorio.

Tale "chiamata alle armi" non è stata affatto indolore, in quanto gli operatori hanno, in occasione di questa emergenza sanitaria, dovuto lasciare le attività in corso per dedicarsi alla campagna vaccinale, in uno scenario di risorse economiche e di personale, già contingentato.

Le cure primarie nell'emergenza meningococcica

Il sistema della medicina generale è stato prontamente allertato attraverso la rete dei Coordinatori di AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale) che ha funzionato egregiamente. Essi venivano costantemente tenuti informati con

un sistema veloce di SMS e di e-mail, sull'evolversi della situazione e sulle istruzioni epidemiologiche e procedurali. Oltre ai frequenti incontri con i medici di medicina generale coordinatori di Aggregazione Funzionale Territoriale, si sono tenute assemblee con tutti i medici di medicina generale e pediatri di famiglia al fine di omogeneizzare comportamenti ed organizzare la risposta del territorio. Anche i pediatri di famiglia erano allertati attraverso il comitato aziendale per la pediatria.

A seguito di questo, all'interno di uno scenario estremamente mutevole, che mostrava variazioni epidemiologiche e procedurali, anche giornaliera è iniziata la distribuzione dei vaccini ai medici di medicina generale, previo accordo aziendale in Comitato MG. Al 30 aprile 2015 le dosi distribuite per altrettante vaccinazioni sono state 20.500.

Parallelamente, mentre la macchina della campagna vaccinale anti meningococco stava partendo, vi era la necessità impellente di vaccinare in pochissimo tempo la popolazione nella seconda decade di vita. Ciò oltre ad una esigenza di sanità pubblica era testimoniato dalla pressione mediatica e della popolazione, per la quale le famiglie richiedevano la vaccinazione "subito!" e senza ulteriori liste di attesa.

In questo scenario di "chiamata alle armi emergenziale" la medicina di comunità insieme alla parte infermieristica si è attivata al fine di eseguire 5.000 vaccinazioni in 3 settimane, con l'obiettivo di azzerare le eventuali liste di attesa.

L'organizzazione

La prima opzione è stata quella di mobilitare i distretti socio-sanitari come sedi vaccinali aggiuntive ed integrative alle azioni svolte dai medici di medicina generale e pediatri di famiglia. Essa è stata però scartata perché ritenuta troppo dispersiva anche se avrebbe permesso una maggiore capillarità, che però, del resto, era assicurata dai medici di medicina generale/pediatri di famiglia. La scelta è quindi caduta sul solo Distretto Socio Sanitario di Empoli (edificio

ex INAM) dove un ambiente che ogni mattina ospita circa 250 persone per altrettanti prelievi ematici poteva garantire alcuni parametri che coniugassero la velocità di esecuzione con i requisiti minimi per la sicurezza della pratica vaccinale.

Pertanto è stato creato un numero di telefono dedicato alla emergenza meningo estremamente pubblicizzato alla popolazione, gestito dal CUP. Ogni giorno venivano effettuate almeno 300 vaccinazioni suddivise in 5 liste CUP. Il servizio era aperto tutti i pomeriggi dal lunedì al venerdì dalle 13.30 fino a tarda sera. La Figura 1 mostra l'organizzazione del "percorso vaccinale" e la suddivisione degli spazi ambientali.

Il team organizzativo vaccinale era composto da personale di accoglienza (sanitario e/o amministrativo), 5 medici di comunità in altrettante postazioni con computer per registrazioni online dell'evento, 5 infermieri vaccinatori, 1-2 infermieri in sala per controllo ragazzi, verifica eventuali reazioni ecc. A disposizione due ambulatori per visita pre-vaccinale di cui uno dotato di tutti i presidi necessari a fronteggiare eventuali reazioni post vaccinali anche gravi. Nessuna reazione grave si è verificata sul momento.

Conclusioni

A ben pensarci l'attivazione di questi servizi, così come descritta, può a pieno titolo essere inserita nella sanità di iniziativa (SDI) (quella che

non aspetta il cittadino (sanità di attesa), ma gli "va incontro" prima che le patologie insorgano o si aggravino. Piano sanitario regionale 2008-2010).

Infatti una nuova visione più ampia può distinguere la sanità di iniziativa con l'offerta attiva di servizi in tre fasi basate sulla tipologia del target di popolazione:

1. sanità di iniziativa rivolta alla **popolazione sana**: offerta attiva degli interventi vaccinali e modifica di stili di vita;
2. sanità di iniziativa rivolta alla **popolazione presunta sana**, ma con fattori di rischio per età o abitudini: screening oncologici, prevenzione cardiovascolare ecc.;
3. sanità di iniziativa rivolta alla **popolazione con malattia** (parte alta piramide chronic care model).

Per queste attività dirette all'individuo ed alla comunità è opportuna ed auspicabile una unica regia sul territorio, che riesca, mettendo insieme medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medicina di comunità, oltre alla indispensabile parte infermieristica, ad omogeneizzare e sistematizzare gli interventi necessari, permettendo al contempo una economia di scala. La nuova legge di riassetto della sanità toscana sembra procedere in questa direzione.

TM

Info: p.salvadori@usl11.toscana.it

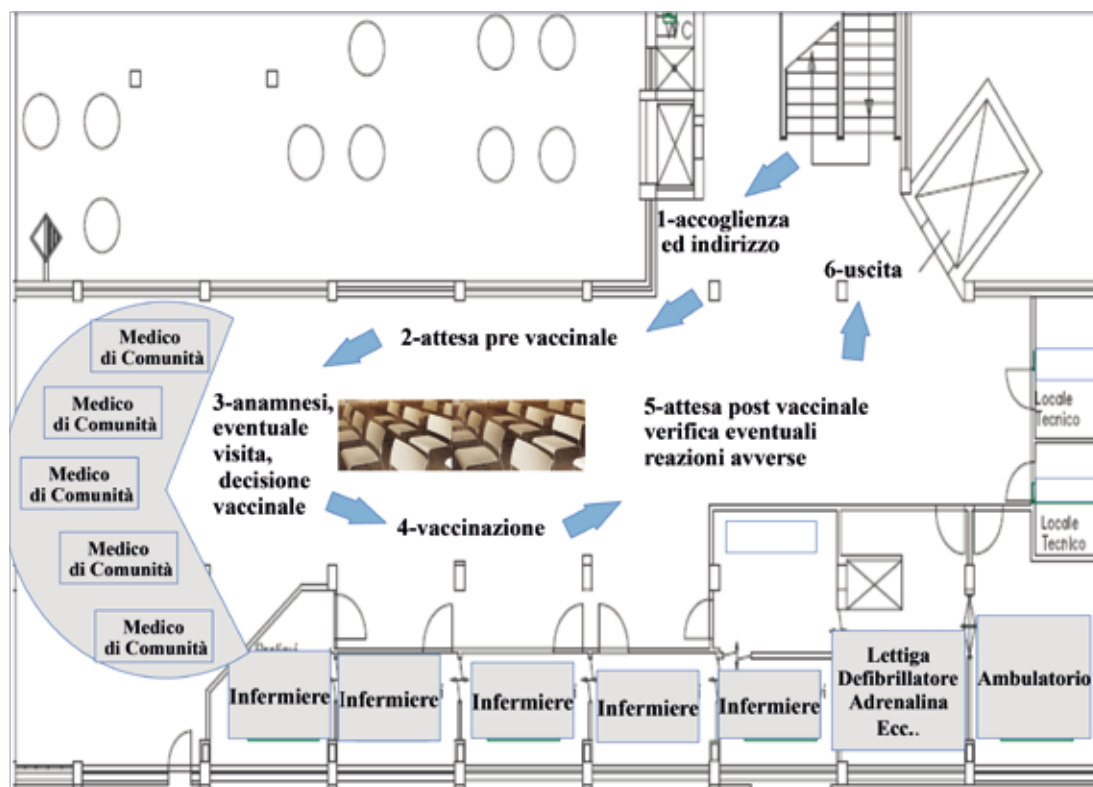


Figure 1 - Percorso vaccinale e suddivisione spazi.



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

ALBERTO DOLARA

Degenza breve in cardiocirurgia

La durata media della degenza in ospedale è di solito considerata un indicatore di efficienza ospedaliera ed una sua riduzione si è verificata in tutti i Paesi industrializzati sia per affezioni acute che croniche: una degenza breve dopo la fase acuta può infatti spostare le cure di un paziente ricoverato a sistemazioni meno costose e più idonee per il paziente stesso. Gli effetti della riduzione presentano tuttavia alcuni aspetti tuttora controversi dal punto di vista sanitario, economico e psicologico. Essendo la durata variabile, per esempio massima nelle affezioni croniche e minima in condizioni fisiologiche come la gravidanza, è opportuno esaminare in modo specifico quanto avviene nelle varie situazioni di ricovero. Verrà di seguito presa in considerazione l'attività cardiocirurgica, attività che riveste una notevole importanza in termini quantitativi e qualitativi nell'ambito delle prestazioni sanitarie.

La ricerca su Internet

I motori di ricerca su Internet offrono oggi possibilità prima impensabili a chi vuole approfondire un determinato argomento fornendo una massa enorme d'informazioni; per esempio cliccando su Google "*degenza breve in cardiocirurgia*" si ottengono oltre 40mila risultati, mentre mediante Medline sono soltanto (!) 965 le pubblicazioni scientifiche, peer review riguardanti "*cardiac surgery, short hospital stay*". È evidente la necessità di un adeguato filtro di lettura rappresentato dall'esperienza e dalle motivazioni della ricerca.

Durata della degenza in cardiocirurgia

Negli Stati Uniti la riduzione della durata media della degenza per interventi di bypass aorto-coronarico è diminuita da 11 giorni nel periodo

1988-1993, a 8 giorni nel periodo 1994-1999 ed a 7 giorni nel periodo 2000-2005. Applicando il metodo "fast track", introdotto nel 1990 nell'ospedale del Buon Samaritano di Los Angeles, è riportata una durata ancora minore, di 4-5 giorni. Il metodo consiste in una serie di accorgimenti elencati nella Tabella 1. Tuttavia Zhue et al esaminando nel 2012 tutti i trials randomizzati di pazienti adulti cardiopatici sottoposti ad interventi chirurgici (bypass aorto-coronarico, sostituzioni valvolari mitraliche ed aortiche) sia col metodo fast track sia col metodo tradizionale, hanno trovato che mentre il tempo di degenza in terapia intensiva risultava ridotto col metodo fast track, la durata totale della degenza rimaneva invariata. Nel nostro Paese la durata media della degenza per interventi cardiocirurgici è in controtendenza: nel 2007 era di 13.4 giorni per le aziende ospedaliere, 14.0 giorni nelle aziende ospedaliere-universitarie e nel 2009 variava tra 9.4 giorni e 17.6 giorni per i vari tipi d'intervento (Tabella 2); è molto più breve, 5,7 giorni, per le case di cura accreditate. In Toscana nel periodo 1994-95 era di 9.8 giorni e nel periodo 2000-2001 di 10.5 giorni.

Effetti medici della riduzione della durata dopo interventi cardiocirurgici

Da un esame dei trials randomizzati di pazienti estubati secondo la normale routine e quelli sottoposti ad estubazione precoce effettuato nel 2003 risultava che quest'ultima riduceva la permanenza in terapia intensiva e la durata della degenza in ospedale rispettivamente di 7 ore e di 1 giorno; non vi erano tuttavia differenze in termini di morbilità e mortalità tra i due gruppi. Una nuova rassegna pubblicata nel 2012 di tutti i trials randomizzati di pazienti adulti cardiopatici operati con i due metodi non

Tabella 1 - "Fast tracking" approach in CCH

- Ammissione il giorno dell'intervento
- Educazione preoperatoria pazienti e familiari sulla durata della degenza
- Manipolazione postoperatoria farmacologica specifica
- Estubazione rapida postintervento
- Mobilizzazione precoce "aggressiva"
- Supporto di follow-up dopo la dimissione da parte di infermieri e medici

Sono in rosso le modificazioni introdotte da parte di altri operatori dopo il 1990.

evidenziava differenze nella morbilità e mortalità, confermava la riduzione della degenza in terapia intensiva ottenuta con l'estubazione precoce, ma la durata totale della degenza risultava invariata. Nel nostro Paese non vi sono dati che permettano una correlazione tra durata della degenza, tra l'altro in controtendenza rispetto agli altri Paesi industrializzati, e gli effetti medici. Lo stesso può dirsi per l'attività delle case di cura accreditate; per quest'ultima si può ritenere che la ridotta durata sia dovuta a molteplici fattori essendo probabilmente quello principale la selezione di pazienti con minori complicazioni rispetto a quelli afferenti alle strutture pubbliche.

Effetti economici

L'impatto economico della riduzione della durata della degenza sulla spesa sanitaria è ancora oggetto di valutazione: per quanto riguarda l'attività cardiocirurgica voci autorevoli di oltre Atlantico si sono chieste se la dimissione precoce sia un risparmio o uno "spostamento" di spesa. Nel 2013 sono stati pubblicati i risultati di un riesame accurato delle spese sostenute per interventi di bypass aortocoronarico effettuati negli Stati Uniti dal 1994 al 2005, riesame che dimostra una crescente utilizzazione delle risorse sanitarie al di fuori dell'ospedale. È indispensabile quindi secondo gli Autori di questo studio valutare questi costi rispetto a quelli ottenuti con la riduzione della degenza. Anche i dati sulle riammissioni in ospedale dopo una degenza breve sono contrastanti: alcuni hanno osservato che un quinto dei loro pazienti andava incontro ad un nuovo ricovero dopo l'intervento, che per metà di essi la riammissione avveniva in altri ospedali e l'incidenza delle riammissioni aumentava con l'aumentare dell'età. Altri hanno sottolineato che le riammissioni in ospedale non si verificano se la dimissione precoce viene effettuata in modo controllato. Un recente studio pubblicato su JAMA nel 2013 mostra infine un rapporto *intrigante* tra partecipazione dei pazienti ospedalizzati alle decisioni, durata della degenza e costi economici: la partecipazione aumenterebbe sia la durata che i costi! Gli stessi Autori sottolineano la necessità di ulteriori approfondimenti sull'argomento.

La soddisfazione dei pazienti

In un articolo pubblicato su Toscana Medica nel 2005 "Degenza breve e soddisfazione del paziente" il grado di soddisfazione espressa dai pazienti e dalle loro famiglie per la riduzione del tempo di degenza risultava generalmente un parametro poco valutato, e spesso non elevato. Per quanto riguarda l'attività cardiocirurgica i dati riferiti alla soddisfazione rispetto alla durata della degenza sono scarsi e provenienti da studi stranieri: alcuni Autori riferiscono che più del 50% dei pazienti e dei loro familiari esprimevano un certo grado d'insoddisfazione per la durata breve, altri sono riusciti ad evitarla con adeguate misure peri- e post-operatorie.

Conclusioni

È impossibile, e sarebbe certamente dannoso per ovvi motivi tornare alle degenze prolungate del passato. In cardiocirurgia una indicazione precisa sul modo di procedere rispetto alla degenza breve proviene dagli stessi pazienti che testualmente "chiedono a medici ed infermieri (che) venga assicurato un passaggio tranquillo (dall'ospedale) a casa, di essere riconosciuti come individui, preparati onestamente con una specifica informazione a quello che andranno incontro e come trattare sia il dolore ed il sonno". Anche l'American Heart Association sostiene nel 2013 che il metodo "fast track" intraospedaliero dovrebbe essere integrato con un "tracking system" extra-ospedaliero. Il rapporto dell'ospedale con le istituzioni sanitarie territoriali (medico di famiglia, specialista, struttura riabilitativa, ecc.) è pertanto fondamentale, ma non facile e comunque attualmente inadeguato data anche la direzione "ospedalocentrica" su cui si è mossa finora la politica sanitaria. Esistono tuttavia iniziative in controtendenza nel nostro Paese come l'organizzazione delle Case della Salute, strutture polivalenti territoriali che potrebbero permettere un rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale ed una migliore integrazione con le funzioni ospedaliere. Case della Salute funzionanti esistono nella Regione Toscana e con la delibera del maggio 2013 sono ben 90 quelle previste con finanziamenti adeguati. **TM**

Info: elisa.dolara@tin.it

Tabella 2 - Ricovero per acuti in regime ordinario in Italia per la cardiocirurgia. Attività per DRG (versione 24). Rapporto Annuale-Ministero della Salute. Dati SDO 2009.

Diagnosi	Durata degenza (giorni)
Bypass aorto coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	14.5
Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	11.9
Interventi sulle valvole cardiache ed altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	14.7
Bypass coronarico con PTCA	17.6
Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza cateterismo cardiaco	9.4



Cristiana Campaiola, Dirigente medico igienista. Dal 2004 al 2009 presso direzione medica presidio intermedio S.M.di Loreto Crispi ASL Na1. Dal 2009 al 2014 presso direzione medica presidio ospedaliero della Versilia ASL 12 di Viareggio. Dal 2014 al 2015 presso direzione medica A.O.U. pisana, referente medico per l'attività ambulatoriale.

CRISTIANA CAMPAIOLA, FRANCESCA CASALINI¹, MARCO NERATTINI¹, SILVIA PAGLIANTINI¹, ALESSIO PUPPATO¹, RITA DELL'ANNA¹, FERDINANDO FRANZONI¹, MARIA ROSA FONTANELLI¹, LUIGINA PARDINI¹, SANDRO PULLIA¹, CARLA RIZZUTI², FABRIZIO GEMMI¹

La sperimentazione dell'Open Access per visite specialistiche di primo accesso

La gestione delle liste di attesa ed il relativo abbattimento dei tempi rappresentano una delle criticità maggiori nelle organizzazioni sanitarie e, pertanto, ne costituiscono un obiettivo prioritario. La Regione Toscana ha recentemente deliberato un atto di Giunta (n. 694/14) con cui dava delle linee di indirizzo per una ridefinizione delle modalità di accesso e dell'organizzazione dell'offerta clinico-diagnostica territoriale, nonché indicazione a ciascuna azienda sanitaria di definire un piano straordinario per la riduzione delle liste di attesa.

Aumentare progressivamente l'offerta con progetti incentivanti rappresenta una soluzione solo temporanea; un'alternativa può essere rappresentata da una diversa metodologia che consenta un riassetto organizzativo isorisorse.

L'attuale paradigma di funzionamento delle prestazioni sanitarie ambulatoriali nella maggior parte delle organizzazioni è di tipo tradizionale, in *batch*, ovvero basato proprio sulle liste di attesa. Effetto collaterale di tale modello è suddividere la domanda in base ad un criterio di priorità, andando generalmente a peggiorare il gap temporale tra domanda ed offerta: in sostanza si visitano i pazienti la cui esigenza di cura risale a settimane precedenti.

Esistono, invece, sperimentazioni che, mutando principi e tecniche dall'ambito dell'ingegneria industriale, hanno implementato il metodo Just In Time (JIT) nella programmazione delle visite ambulatoriali, cercando quindi di ridurre al minimo l'intervallo temporale tra domanda ed offerta.

Un modello che si basa su tali principi è l'Open Access, ideato nel 1994 da Murray, medico presso l'organizzazione sanitaria Kaiser Permanente (USA), per ridurre i tempi di attesa negli studi dei medici di cure primarie.

Il principio di base è offrire la prestazione in tempo reale (JIT- fare oggi quello che viene richiesto oggi) senza creare code che comportino lavorare per un bisogno che si è generato molto tempo prima. Per garantire l'efficacia del modello è assolutamente necessario che il primo accesso sia controllato e gestito dall'organizzazione, mentre il secondo accesso sia direttamente gestito dagli specialisti che decidono quando rivedere il paziente prenotando lo stesso; inoltre, che il servizio open access sia riservato al bacino d'utenza su cui insiste la struttura sanitaria, mentre per i residenti fuori zona sia prevista una modalità di accesso differenziata ovvero tradizionale.

I principi base del modello sono rappresentati sinteticamente nel Box 1.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana ha, quindi, scelto di sperimentare il modello organizzativo "Open Access" sul bacino d'utenza pisano, elaborando un progetto isorisorse nell'ambito cardiologico all'interno di un piano di riorganizzazione dell'intera area cardiologica: un paziente che accede ad un punto CUP, richiedendo una prima visita cardiologica, ottiene un appuntamento entro tre giorni. Tale sperimentazione è stata pensata come "apripista" per la revisione completa di tutta l'offerta.

Il primo passo per arrivare a tale risultato è stato quello di effettuare una stima della domanda di prime visite cardiologiche nel bacino naturale di utenza dell'AOUPI ovvero la Zona Pisana dell'ASL 5 di Pisa, tramite un'analisi dell'andamento delle prescrizioni elettroniche: è risultata una media piuttosto stabile di 40 prestazioni/die.

Contemporaneamente si è analizzata l'offerta attualmente esistente all'interno dell'Azienda e si è evinto che la somma delle visite ed

¹ Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

² Regione Toscana, DG Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale

Open access: i principi

- ✓ Analizzare, misurare e ottenere un equilibrio fra domanda ed offerta
- ✓ Ricalibrare il sistema riducendo la lista di attesa preesistente, o farla andare in parallelo ad esaurimento
- ✓ Ridurre il numero delle file riducendo il numero di tipo visita o della loro lunghezza
- ✓ Preparare dei piani alternativi per i tempi di aumento della domanda o di riduzione della stessa
- ✓ Influenzare la domanda (es ripensando gli intervalli di controllo o, meglio, affidando il secondo accesso ai medici su agende diverse)
- ✓ Gestire i vincoli o i colli di bottiglia tipici (levare ai medici ogni tipo di lavoro che può essere fatto da qualcun altro)

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA



Box 1 - Principi base Open Access

eco cuore erogate dai diversi ambulatori attivi è pressoché equivalente alla domanda: ciò dimostra che la lista d'attesa non deriverebbe da un deficit di capacità, ma dal modello organizzativo in *batch* e cioè in code differenziate per priorità.

Si è notato, inoltre, come l'offerta risulti frammentata tra diversi ambulatori e differenti distribuzioni temporali: è emersa quindi l'esigenza di creare un'unica agenda su cui far lavorare più professionisti in contemporanea, su tutti i giorni della settimana, mattina e pomeriggio, per un totale di ore di apertura sufficienti a coprire la domanda stimata.

Fin dall'inizio del progetto, la Direzione Sanitaria ha provveduto ad un coinvolgimento dei professionisti interessati: gli specialisti afferenti alle unità di Cardiologia e Medicina dello sport, il settore HTA, la direzione infermieristica, l'area amministrativa, tecnica ed informatica.

La sperimentazione, con durata di tre mesi, ha avuto inizio a metà febbraio 2015 e riguarda le prestazioni di visita cardiologica, l'elettrocardiogramma e l'ecocardiogramma: l'attività si svolge su due ambulatori medici, dal lunedì al venerdì con orario 8.00-16.00.

La stanza degli ecg è stata collocata a fianco a quelle dei due ambulatori e l'afflusso dei

Open access Cardiologico Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana

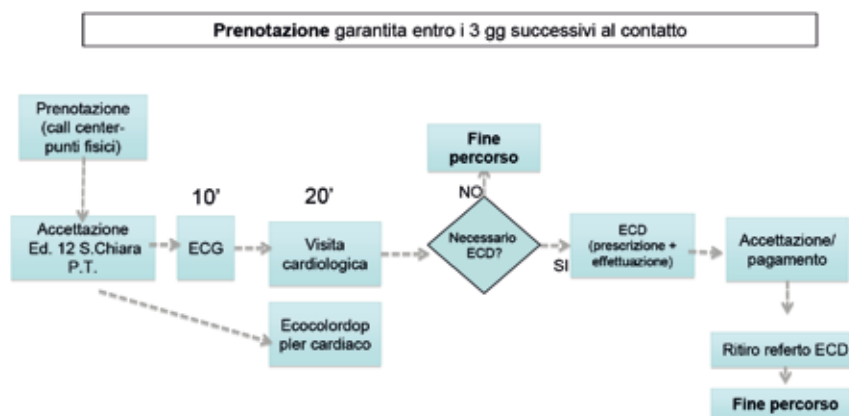


Figura 1 - Diagramma di flusso Open Access Cardiologico

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA



pazienti è stato programmato in fascia oraria, ogni ora 6 pazienti (quindi 3 pazienti/ora per ambulatorio): questo al fine di creare un flusso regolare dove si ottimizzano i tempi e si riducono gli sprechi.

Al momento della visita, ove il professionista lo ritenga opportuno, può essere effettuato un approfondimento ecografico, previa informazione all'utente: ciò comporta una riduzione della domanda interna aggiuntiva di prestazioni e una riduzione ulteriore dei tempi di attesa per gli approfondimenti specialistici.

Il paziente al termine della visita viene invitato alla regolarizzazione del pagamento dovuto ed al ritiro del referto (Figura 1).

Un monitoraggio costante dell'andamento delle prenotazioni (Figura 2) si rende necessario per far fronte ad eventuali aumenti o diminuzioni della domanda (prescrizioni), ma anche per governare il flusso delle stesse prenotazioni, scollegato dalla prescrizione in quanto a totale discrezione dell'utente: al momento della rilevazione, che viene da noi effettuata a fine giornata, la distribuzione rispecchia il fatto che le prenotazioni sono quelle che esitano dai tre giorni precedenti.

Il processo della prenotazione effettuata dal cittadino è di per sé, infatti, un processo discontinuo per compensare il quale si offre un periodo di tre giorni di disponibilità. Metaforicamente l'andamento è come quello di un'ondata generata dal prescrittore che si riflette con le prenotazioni sul riempimento dell'agenda.

Il risultato finale, per il cittadino, è che in

qualsiasi giorno si rechi dal proprio medico di medicina generale, uscendo con la prescrizione, avrà la sicurezza di un posto disponibile a partire dal giorno successivo. Per l'Azienda erogatrice vi è invece la sicurezza che ogni giorno lavorerà verosimilmente con tutta la capacità offerta a saturazione, senza vuoti e sfruttando quindi tutta la sua operatività. Questo esempio dimostra la sintesi che cercavamo: fare oggi (o meglio domani) ciò che è richiesto oggi.

I primi risultati confermano quanto sopra esposto e quindi sono molto incoraggianti: dalla Figura 2 si nota che, il giorno immediatamente successivo alla rilevazione, tutti gli slot di prenotazione sono completi, mentre i due giorni seguenti sono riempiti circa al 65% ed al 25%, ad eccezione dei periodi in prossimità delle festività dove si osserva un fisiologico calo. Il numero di prestazioni aggiuntive (ecocardiogramma) è risultato basso (media di 3 prestazione/die).

L'esperienza del modello di Open Access nell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana dimostra come sia possibile lavorare in tempo reale sulle visite ambulatoriali di primo accesso, con risultati che, a parità di risorse impiegate, potevano sembrare inimmaginabili. Per l'estensione completa a tutta l'offerta specialistica, e per la sua riuscita, è necessaria comunque la completa sinergia, operativa e di offerta, di tutti gli erogatori, pubblici e convenzionati, presenti su un dato territorio. **TM**

Info: c.campaiola@ao-pisa.toscana.it

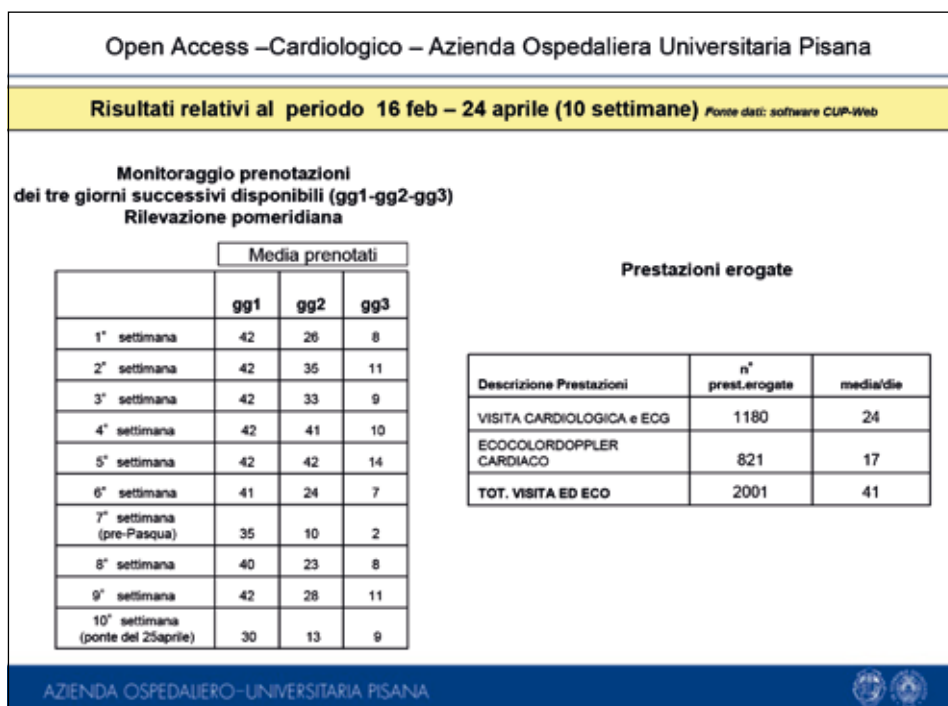


Figura 2 - Risultati monitoraggio

FRANCESCO PROFILI¹, LORENZO VANNINI¹, STEFANO GIOVANNONI², GIANCARLO GUIZZARDI³, ANNALISA SUMAN⁴, GIULIA POGGESI², GUIDO BARNESCHI⁵, PIETRO MARIO MARTELLUCCI⁶, PAOLO FRANCESCONI⁷

I percorsi di cura del mal di schiena in Toscana

Parte II

Introduzione

Il gruppo di lavoro regionale toscano per la costituzione delle linee guida (LG) sul mal di schiena ha recentemente lavorato ad un aggiornamento, per ampliare il progetto originario al mal di schiena persistente o cronico, nei quali sono coinvolti fattori più psicosociali che biologici.

Nel 2009 era stato effettuato un primo studio pilota finalizzato a valutare il grado di penetrazione delle raccomandazioni sulla lombalgia acuta nella pratica corrente e a definire standard assistenziali ottenibili con l'adeguamento a ciascuna di queste. Le LG contenevano 9 raccomandazioni principali, il testo completo è reperibile online sul sito web della Regione Toscana (<http://www.regione.toscana.it/consiglio-sanitario-regionale/linee-guida>).

Lo studio ha coinvolto un campione di medici di medicina generale delle Ausl di Firenze e Prato che, per 2 mesi, si sono strettamente attenuti alle nove raccomandazioni delle LG. Gli indicatori di aderenza hanno rilevato che:

- nel 92% dei casi un esame clinico consente di escludere malattie gravi;
- nel 67% dei casi il dolore è limitato alla regione lombare;
- segni clinici di interessamento radicolare sono presenti nel 19% dei casi;
- nel 73% dei casi la sintomatologia si risolve in 6 settimane;
- una causa traumatica è ipotizzabile nel 15% dei casi;
- la radiografia della colonna lombare si è resa necessaria nel 23% dei casi, TC o RM nel 12%;
- il riposo è consigliato nel 15% dei casi;
- la prescrizione media è inferiore ad un farmaco per ogni visita;
- le cure fisiche sono consigliate nel 7% dei casi.

Lo studio ha evidenziato l'efficacia delle raccomandazioni nella pratica clinica, confermando il valore, ma, prima di elaborarne l'aggiornamento, il gruppo di lavoro ha ritenuto utile condurre un'indagine epidemiologica per conoscere l'attuale assistenza al paziente con mal di schiena in Toscana, per rilevare criticità, bisogni organizzativi e bisogni formativi degli operatori. Realizzata a fine 2013 dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, tramite un questionario

telefonico, l'indagine ha coinvolto un campione di circa 2 mila persone 18-74enni (tasso di risposta del 26%).

I risultati riportati fanno riferimento alle persone che hanno sofferto di mal di schiena nell'ultimo mese.

Visite mediche

A seguito dell'insorgenza del mal di schiena, il 4% si è recato al Pronto Soccorso (PS), i casi aumentano con l'intensità del dolore, dall'1% tra chi ha un dolore lieve al 7% tra chi sostiene di provare un dolore intenso. Coloro che si sono recati dal medico di famiglia sono il 37%, tre su quattro entro la prima settimana dall'insorgenza del dolore. In generale, il ricorso al medico di famiglia aumenta con età, intensità del dolore e al diminuire del livello di istruzione. Il 18% si è recato da uno specialista, principalmente da un ortopedico (nel 77% dei casi), le visite aumentano con l'intensità del dolore. Chi si è recato da uno specialista è stato anche, o soltanto, in una struttura privata (58%), su prescrizione del medico di famiglia (58%), entro un mese dall'insorgenza del dolore (59%).

Esami diagnostici

Gli esami eseguiti più frequentemente sono radiografia (17%) e RMN (12%). Il 23% ha svolto almeno un esame, l'11% almeno due, il 4% tre o più. Per TC e RMN il ricorso cresce significativamente con l'intensità del dolore.

Il 70% di TC e RMN e l'85% delle radiografie sono stati eseguiti in una struttura pubblica. Principalmente gli utenti accedono all'esame su prescrizione del medico di medicina generale o, in misura lievemente minore per la diagnostica pesante (RM e TC), di uno specialista. L'esame avviene solitamente entro un mese dall'insorgenza del dolore. Non è possibile verificare quante delle prescrizioni del medico di medicina generale siano in realtà indotte da specialisti in regime di libera professione o da specialisti convenzionati che non assolvono gli obblighi prescrittivi come da DGRT n.1038 del 2005.

Farmaci, trattamenti e interventi chirurgici

Il 55% assume farmaci per il dolore. L'uso di farmaci aumenta con l'intensità del dolore, con le difficoltà economiche e con la presenza



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

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

² Medico di Medicina Generale - Firenze

³ Neurochirurgia, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi - Firenze

⁴ Psicologa - Firenze

⁵ Ortopedia, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi - Firenze

⁶ Dipartimento Salute Mentale adulti, Ausl 7 - Siena

⁷ Medico, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana - Firenze

di sciatica. Tra questi il 65% ha assunto FANS, il 9% paracetamolo, sempre il 9% altri analgesici. I farmaci sono prescritti nel 70% dei casi dal medico di famiglia. Il 17% ha fatto specifici trattamenti fisioterapici. Negli uomini, la prevalenza del ricorso a trattamenti fisioterapici aumenta con l'età (dall'8% tra i 18-44enni al 20% tra i 65-74enni), in generale aumenta con l'intensità del dolore. Il 63% dei trattamenti vengono svolti esclusivamente in una struttura privata su prescrizione dello specialista (49%). Il 13% ha svolto almeno un trattamento (ad es. yoga, tecniche di rilassamento), il 2% almeno due. Il 5% degli uomini e il 3% delle donne hanno dichiarato di aver effettuato un intervento chirurgico a causa del mal di schiena.

Conclusioni

L'Auto-gestione del mal di schiena è in accordo con i dati di letteratura internazionale e con l'obiettivo di de-medicalizzare portato avanti dalle LG regionali. Emerge che un cittadino su due non richiede intervento medico durante l'episodio di mal di schiena, probabile segno di buona capacità di gestire la condizione dolorosa ricorrente (anche con l'auto-somministrazione di farmaci per quasi il 20% dei casi).

Le persone che si recano dal medico di famiglia sono mediamente più anziane, con dolore

importante e, tre su quattro, hanno accesso entro la settimana.

La prescrizione di radiografie e diagnostica pesante è molto elevata. Se l'indagine strumentale pesante è appropriata in coloro che presentano sciatica che non recede dopo 4-6 settimane, per supporto ad eventuale decisione chirurgica, spesso non è giustificabile nella quasi totalità di casi di lombalgia non specifica.

Non è stato possibile indagare le cause dell'alto ricorso all'ortopedico, che non trova accordo con le LG nazionali e internazionali, probabilmente frutto di abitudini consolidate nel tempo nella cultura italiana e nel modello organizzativo sanitario.

In generale, c'è accordo con le LG per la prescrizione farmaceutica da parte del medico di famiglia per controllare il dolore, anche se troppo sbilanciata nell'uso di FANS rispetto agli analgesici, meglio tollerati e appropriati da un punto di vista fisiopatologico.

Se non c'è risoluzione della sintomatologia in poche settimane, si ritiene appropriato che il 17% di persone acceda a trattamenti fisioterapici riabilitativi, in particolare se anziani e con dolore più intenso. **TM**

Info: francesco.profilo@ars.toscana.it

Tabella 1 - Ricorso ai servizi per genere e classe d'età, intensità del dolore, presenza di sciatica, titolo di studio e difficoltà economiche.

	PS	MMG	V. Spec.che	TC	RMN	Radiografia	Elettromiografia	Farmaci	Tratt. Fisioterapici	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Totale	3,9	37,2	17,8	6,9	12,2	16,8	3,0	55,3	17,4	
Genere e classe d'età										
M	18-44	4,2	29,2	4,2	8,3	8,3	0	50,0	8,3	20,8
	45-64	5,2	34,5	8,6	15,5	17,2	3,4	62,1	10,3	15,5
	65-74	5,4	49,1	10,9	12,7	14,5	1,8	52,7	20,0	18,2
	Tot	5,1	39,4	8,7	13,1	14,6	2,2	56,2	13,9	17,5
F	18-44	6,4	34,5	7,5	12,9	11,8	3,2	49,5	18,3	18,3
	45-64	2,8	32,7	5,6	11,2	19,6	4,7	58,9	22,4	19,6
	65-74	1,6	40,6	5,5	11,7	20,3	2,3	55,5	16,4	16,4
	Tot	3,3	36,3	6,1	11,9	17,7	3,4	54,9	18,9	18,0
Intensità del dolore										
Lieve	1,3	22,5	9,3	3,3	7,3	10,6	1,3	40,4	9,9	
Moderato	4,0	40,0*	18,0*	6,0	9,5	20,0	3,0	60,6*	20,5*	
Intenso	7,0*	50,9*	28,9*	13,1*	23,7*	19,3	5,3	66,7*	21,9*	
Presenza sciatica										
Sì	3,0	32,4	19,5	4,5	11,3	13,5	1,5	63,1	17,3	
No	4,2	40,1	17,2	7,8	12,6	18,1	3,6	52,1	17,5	
Titolo di studio										
Elementari	4,2	53,3	22,9	12,4	15,2	25,7	2,9	60,0	18,1	
Medie Inf	5,6	35,2	18,3	5,6	10,6	14,1	1,4	58,5	16,9	
Medie Sup	3,0	31,9*	15,1	3,6*	12,0	14,5	4,2	53,0	17,5	
Laurea	1,9	26,9*	15,4	9,6	11,5	13,5	3,8	44,2	19,1	
Difficoltà economiche nell'arrivare a fine mese										
Nessuna	1,4	40,1	17,7	6,1	12,2	16,3	4,1	44,2*	21,1	
Alcune	5,6	34,2	16,5	7,8	12,1	17,3	2,6	55,8*	14,3	
Molte	3,4	40,2	21,8	5,7	12,6	16,1	2,3	72,4	19,5	

*: p<0,05

ANTONIO PANTI

Esercizio abusivo... da parte del medico!!

La Corte di Cassazione, con sentenza n. 5080 del 13.3.2015, *"ha ritenuto che il possesso da parte del lavoratore della laurea in medicina non fosse sufficiente per l'esercizio di attività riabilitativa per la quale occorre apposito diploma universitario, sebbene (sic!) il lavoratore in questione fosse abilitato a svolgere funzioni ausiliarie"*. In conclusione, ribadisce la Cassazione, *"la laurea in medicina consente l'espletamento di attività ausiliarie ma non anche di attività, quale la terapia riabilitativa, che non hanno tale carattere e il cui svolgimento postula uno specifico diploma"*. Il Consiglio di Stato altresì ha consentito ai laureati in psicologia di concorrere al posto di dirigente di unità complessa di salute mentale, affermando che i compiti direzionali gestionali non abbiano implicazioni cliniche tali da presupporre la laurea in medicina. Ma cosa si intende per gestione di attività sanitarie? Allora, per la mera gestione di un qualsiasi processo produttivo, meglio un infermiere esperto oppure, perché no?, il cosiddetto ingegnere clinico.

Qualche anno fa in Toscana fu inventato il *"see and treat"*, strumento utile per smaltire l'affollamento dei Pronti Soccorso, nel quale tuttavia il medico concordava con gli infermieri quali prestazioni questi potessero svolgere in autonomia e le insegnava. L'infermiere poi avrebbe risposto in prima persona dei suoi atti. Allora chi ebbe questa pensata, tra cui l'autore di questo articolo, fu penalmente denunciato da altri presidenti di Ordine con l'accusa di lesa maestà professionale e costretto a giustificarsi dai carabinieri che però furono più intelligenti dei colleghi. Adesso tutti piangono sul comma 566 e sul Patto della salute che lascia agli infermieri autonomia didattica e di scelta dell'ambito delle prestazioni da svolgere senza chiarire i confini della responsabilità. Adesso tutti invocano un sistema quale quello a suo tempo inventato in Toscana perché si rendono conto che la professione sopravvive se è autoreferenziale sul piano formativo e la medicina sta cessando di esserlo.

Ma mentre i medici litigano come i celebri capponi di Renzo, la magistratura sentenzia e così supplisce alle carenze della politica. E allora i medici (in particolare i giovani) si trovano stret-

ti tra due fronti. La pernicioso mania dei medici di voler definire l'atto medico in un mondo di professioni emergenti, tutte fondate come quella medica sulla protezione del titolo, espone i laureati in medicina, una volta definiti gli ambiti delle altre professioni sanitarie, al rischio di esercitare abusivamente ove svolgessero, come può succedere, una prestazione tipica di altri iscritti ad altro albo. I medici hanno sempre pensato che, in caso di mancanza di lavoro (cosa sempre più verosimile), potessero svolgere altre mansioni professionali all'interno della sanità. La Cassazione ci risveglia da un sonno beatamente autoreferenziale.

Nello stesso tempo i medici hanno sempre pensato che le funzioni dirigenziali all'interno delle strutture sanitarie non potessero essere svolte altro che da laureati in medicina. Ovvio e logico. Ma i magistrati e le amministrazioni non sono affatto d'accordo. Insomma il lavoro medico è stretto da ogni parte; inoltre, grazie ai vistosi errori di programmazione, è minacciato da una strisciante sottoccupazione. Non vi è dubbio che spetta al medico la *leadership* del processo di cura, compresa la parte assistenziale. Il medico effettua la diagnosi differenziale e prescrive la terapia; mancano però norme precise che esplicitino i limiti di questa controversa affermazione (si pensi al parto naturale o al triage). Non dovremmo parlare di atto medico ma di atto *del* medico che non può aver alcun limite se non quelli imposti dalla scienza e dalla deontologia. Il mondo ormai si orienta a valutare le competenze e dà rilievo al titolo solo per l'esercizio di particolari compiti. La scienza e la tecnica si evolvono con troppa rapidità per lasciare diritti perfetti a chi si è laureato magari qualche decennio or sono e nel frattempo ha fatto un altro mestiere.

Il periodo che attraversiamo non è particolarmente felice per i medici, dopo i trionfi sociali e professionali del secolo scorso. E neppure è facile proporre soluzioni. Ecco perché è essenziale che qualcuno prosegua questo dibattito, sperando che i giovani partecipino con idee innovative.



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

TM



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

La Salute prima di tutto: a EXPO 2015

Dal 4 al 9 agosto nei Chiostrì dell'Umanitaria, detti anche di San Barnaba, a pochi passi dal Duomo di Milano, la sanità toscana sarà presente nella più importante vetrina internazionale degli ultimi anni: expo 2015.

Gli orientamenti e le politiche del sistema sanitario toscano hanno, ormai da decenni, posto al centro della sua azione la solidarietà, i corretti stili di vita, la visione olistica dell'individuo e la ricerca quali pilastri essenziali su cui erigere il modello del "sistema salute".

Il *Buon Vivere* è quindi al centro della presenza regionale a *Expo 2015*, e si inserisce nella programmazione di Toscana Fuori Expo con la propria declinazione di alcuni temi connessi e coerenti con il titolo della manifestazione "*Nutrire il pianeta, Energia per la vita*".

L'allestimento e il percorso conoscitivo e informativo sarà dedicato a:

- **medicines complementari**, con la loro visione di approccio olistico e integrato alla cura e al benessere delle persone;
- **alimentazione e stili di vita**, con esperienze di alleanze tra sistema sanitario, soggetti della comunità locale, scuole, associazionismo, e imprese per facilitare le scelte salutari e sostenibili dei cittadini;
- **nutraceutica**, quando la ricerca farmaceutica incontra l'alimento;
- **cooperazione sanitaria internazionale**, per favorire lo sviluppo nel segno della globalità e dei principi di responsabilità sociale e ambientale.

Questi temi e le progettualità che li alimentano testimoniano, infatti, la volontà e l'impegno del sistema sanitario toscano di puntare sulle risorse naturali del proprio territorio e su una concezione olistica della salute delle persone inserita in un contesto di responsabilità globale e di rispetto del Pianeta Terra.

RETE TOSCANA DI MEDICINA INTEGRATA

Le medicine complementari a Expo 2015

Da oltre 15 anni la Regione Toscana porta avanti un percorso di integrazione delle medicine complementari (MC) nel Servizio Sanitario Regionale che ha permesso l'inserimento di agopuntura, fitoterapia, omeopatia e medicina manuale nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) regionali, l'apertura di circa 100 ambulatori pubblici, ai quali i pazienti accedono direttamente con il pagamento di un ticket e che erogano mediamente 35.000 prestazioni l'anno, l'istituzione della Rete Toscana di Medicina Integrata (RTMI), struttura del governo clinico presso l'Assessorato alla Salute regionale, e di 3 strutture di riferimento regionale per MTC/agopuntura, fitoterapia e omeopatia.

La presenza di questo settore fra le esperienze più rilevanti del sistema di salute toscano in "Toscana Fuori Expo", nelle giornate del 4 e del 5 agosto, è in piena sintonia con l'approccio che

caratterizza queste medicine. Le medicine complementari si fondano, infatti, su una visione olistica della salute, nella quale corpo e mente sono integrati in un insieme complesso, e guardano alla salute come uno stato di benessere globale, dell'individuo nella sua totalità e in rapporto all'ambiente in cui vive, al quale concorre un insieme di fattori.

Il rilievo di una corretta alimentazione per la salute è un concetto che sta entrando progressivamente anche nella cultura medica occidentale, a fronte del fatto che numerose pubblicazioni hanno dimostrato che una dieta corretta, da sola, è in grado di ridurre il rischio di molte patologie, anche importanti come quelle cardiovascolari e tumorali.

L'alimentazione, al centro di Expo 2015, è d'altra parte una tematica fondamentale nell'approccio alla salute delle terapie complementari e

tradizionali. Secondo la medicina tradizionale cinese, ad esempio, "l'alimentazione e la medicina possono essere usate in ugual modo" poiché hanno lo stesso valore terapeutico. "Cura con i farmaci, guarisci con i cibi", è il principio riportato nel *Huang Di Nei Jing*, uno dei testi fondamentali di questo sistema terapeutico.

Un'analoga importanza è attribuita all'alimentazione dalla medicina omeopatica, e più in generale dalla medicina naturale e fitoterapica, che ad esempio sconsiglia il consumo di cibi con conservanti, derivati da coltivazioni OGM e che hanno subito un'accelerazione artificiale nella crescita, considerando che alimentarsi secondo i ritmi stagionali e ambientali con cibi biologici, biodinamici e di filiera corta, sia una condizione favorevole per l'intero organismo. Le piante officinali e aromatiche sono poi utilizzate in tutte le culture culinarie anche a fini terapeutici. Alle dietetiche della medicina cinese, omeopatica e ayurvedica, l'antico sistema di cura indiano, è dedicata una tavola rotonda (5 agosto), cui seguirà una dimostrazione pratica di ricette per la salute. In un incontro che si terrà il 4 agosto, si parlerà dell'impiego in cucina delle piante aromatiche e officinali con un focus sulle specie autoctone della Toscana e sarà seguito da uno show cooking, una dimostrazione pratica di cucina.

Oltre all'alimentazione sono essenziali per la salute della popolazione gli stili di vita, anche in considerazione del fatto che nei paesi industrializzati la spesa sanitaria è in costante aumento e che sono necessari nuovi modelli di gestione per affrontare problemi cronici diffusi quali obesità, malattie cardiovascolari, consumo di alcool e tabacco e consumo eccessivo di farmaci.

Le medicine complementari contribuiscono ad affermare uno stile di vita salutare e un ruolo attivo dei cittadini in materia di prevenzione svolgendo un ruolo decisivo per non dire unico, per affermare una nuova visione della salute che si basa sull'acquisizione di stili di vita sani (dieta, attività fisica, minor consumo di tabacco, alcool, sostanze psicoattive ecc.), la sobrietà nella domanda sanitaria, e una maggiore consapevolezza nella tutela della salute personale, di familiari, amici e animali, la promozione di sistemi di autocura.

Proprio per queste ragioni uno degli incontri verterà sulla correlazione fra medicine complementari e stili di vita: saranno presentati i risultati di un'indagine regionale realizzata in collaborazione con l'Agenzia Regionale di Sanità, tramite un questionario che è stato distribuito negli ambulatori pubblici degli ospedali della Toscana.

Agopuntura, fitoterapia e omeopatia, le medicine complementari integrate nel SSR toscano, possono offrire un sostegno, con la propria specificità di approccio, anche in caso di patologie importanti come il tumore. Numerose indagini italiane, europee e internazionali hanno mostrato che una buona percentuale di malati di tumore si rivolge anche a queste terapie e comunque esprime una domanda in questa direzione. D'altra parte il tumore è una patologia sistemica e mul-

tifattoriale e in quanto tale può trarre beneficio dall'impiego sinergico di più terapie.

Uno degli studi più recenti (Bonacchi et al. 2014), realizzato in sei Dipartimenti oncologici toscani, ha rilevato che il 37,9% dei malati di tumore utilizza una o più tipologie di MC, il 66,3% informa il medico di questa scelta e l'89,6% ne sperimenta i benefici. Recentemente la Giunta Regionale Toscana ha infatti approvato una Delibera che sostiene i principi dell'"oncologia integrata". L'integrazione fra le terapie è la scelta più ragionevole e giusta, per evitare che i pazienti facciano ricorso ai trattamenti non "ufficiali" come forma di auto-medicazione, indipendentemente dalle verifiche scientifiche e dai necessari requisiti di qualità e sicurezza, esponendosi al rischio di potenziali interazioni con i farmaci o di ridotta *compliance* nei confronti dei protocolli antitumorali. L'integrazione rappresenta inoltre un elemento di forte garanzia per la salute del cittadino, poiché le medicine complementari sono sottoposte alle stesse regole della medicina ufficiale e devono rispondere ai criteri di qualità e di appropriatezza delle prestazioni.

Per questo, in Toscana, è stato sviluppato un percorso "evidence based" al trattamento antitumorale integrato e sono state elaborate delle revisioni della letteratura in materia, la principale all'interno di una Joint Action europea (EPAAC), allo scopo di chiarire se le terapie complementari abbiano un impatto sulla sopravvivenza dei pazienti oncologici e contribuiscano a migliorarne il benessere e la qualità della vita. Da questo lavoro è emerso come le medicine complementari possano essere utilizzate sul paziente oncologico in alcune situazioni cliniche sulla base di prove di efficacia e con un buon profilo di sicurezza. Ciò all'interno di un approccio multidisciplinare finalizzato a selezionare sempre la migliore terapia per ciascun paziente e di attuare una reale "comprehensive cancer care".

Questo tema sarà al centro della tavola rotonda del 4 agosto "Oncologia integrata: vivere con il tumore, le terapie sostenibili", a cui parteciperanno i massimi esperti italiani su questo tema e i rappresentanti del mondo dell'oncologia, sarà riportata in questo contesto anche l'esperienza del Centro di medicina integrata dell'ospedale di Pitigliano. Seguirà la presentazione del volume "*Le medicine complementari per il paziente oncologico - Sviluppo e opportunità dell'oncologia integrata*", che raccoglie ed espone i principali studi di letteratura riguardanti l'utilizzo delle medicine complementari in oncologia.

Le medicine complementari possono inoltre dare un contributo importante al radicamento e allo sviluppo della medicina di genere, per tutelare con equità la salute di donne e uomini, influenzata come sappiamo non solo dalle caratteristiche biologiche ma anche da quelle socio culturali. Filosofia, temi e proposte di queste terapie sono molto affini ai bisogni delle donne, che occupandosi di "cura" in senso lato, svolgono un ruolo decisivo nell'affermare una nuova visione di salute, benessere, malattia.



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

In sintonia con l'orientamento dell'OMS, del Centro regionale di coordinamento della salute e medicina di genere istituito in Regione Toscana, la Rete toscana di medicina integrata ha sviluppato molte iniziative rivolte alle donne: la promozione del parto fisiologico nei Punti nascita regionali, il supporto alle madri nel Centro omeopatico materno infantile di Pontedera, l'ambulatorio di omeopatia ginecologica della ASL 2 di Lucca, il trattamento dei disturbi alimentari delle adolescenti e della menopausa presso il Centro Fior di Prugna.

Per favorire un contatto diretto fra cittadini utenti e il mondo delle medicine complementari,

alcuni esperti degli ambulatori della RTMI saranno presenti a "Toscana fuori Expo", e a disposizione degli ospiti dell'evento per descrivere le attività e le esperienze in corso in Toscana, documentare le iniziative realizzate negli ultimi anni nell'ambito della "medicina di genere" e rispondere alle domande dei visitatori sull'apporto della nutrizione e della medicina naturale in fasi importanti della vita della donna come gravidanza, puerperio, menopausa.

Infine, ci saranno dimostrazioni pratiche aperte al pubblico di tecniche per il benessere come il massaggio cinese, l'auricoloterapia, la coppettazione, il Qi Gong ecc.

VALENTINA CORRIDORI¹, ANNAMARIA GIANNONI¹

Alimentazione e stili di vita a Expo 2015

La salute è il risultato di una serie di determinanti individuali, sociali, ambientali, di contesto ed economici.

Nella società contemporanea i problemi di salute, secondo l'organizzazione Mondiale della Sanità OMS, sono riconducibili per il 10% a malattie acute, per il 15% a traumi e per il 75% a malattie croniche. I dati OMS sottolineano che l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa ed in Italia sono provocate da problemi di salute che hanno in comune fra gli elementi eziologici fattori di rischio modificabili quali: obesità e sovrappeso e quindi cattiva alimentazione, scarso consumo di frutta e verdura e sedentarietà, oltre a fumo e abuso di alcool.

Tra quelli che vengono definiti "determinanti di salute" rivestono grande rilevanza le abitudini e gli stili di vita individuali. I comportamenti dei singoli sono largamente influenzati da una molteplicità di fattori che riguardano il contesto socio-economico, il sistema produttivo, gli stili di consumo, l'organizzazione dei tempi di vita, il sistema di trasporti, il contesto urbanistico, ed altri ancora.

Le abitudini, sono determinate sia dalle scelte e responsabilità individuali che dalla possibilità e facilità per la persona di poter fare nel proprio ambiente scelte salutari.

Promuovere la sana alimentazione e l'attività fisica diviene fondamentale nella società contemporanea dove l'organizzazione dei tempi, i processi produttivi e di lavoro e gli stili di consumo tendono invece ad incrementare abitudini alimentari scorrette e sedentarietà.

In primo piano nella partecipazione toscana

ad Expo 2015 sono i temi dell'alimentazione e dell'agricoltura, con una attenzione a promuovere la qualità agroalimentare toscana che non è solo produttiva e "di gusto", ma ha anche un alto valore nutrizionale. La salute e il vivere in salute fanno parte a pieno titolo del "Buon Vivere Toscana" promosso nell'ambito di Expo.

Al fine di promuovere stili di vita salutari e ridurre le disuguaglianze causate da condizioni sociali ed economiche che influiscono sullo stato di salute, è necessario un approccio intersettoriale che consideri l'ambiente e il contesto parti di un processo globale. La collaborazione intersettoriale (politiche educative, sociali, dell'agricoltura, delle attività produttive, ecc) permette lo sviluppo di azioni sui determinanti di salute secondo modalità più efficaci, efficienti e sostenibili rispetto a quelle che potrebbero essere intraprese dal solo settore sanitario.

La strategia europea *Health in All Policies*, sottolinea il ruolo fondamentale di tale approccio così come *Gaining health: the European Strategy for the Prevention and Control of NCD – Non communicable diseases-* (OMS 2006), recepito in Italia nell'ambito del programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari" (DPCM 4 maggio 2007) e in Toscana nell'ambito dell'omonimo programma "Guadagnare Salute in Toscana: rendere facili le scelte salutari" DGRT 800/2008.

In Toscana, nell'ottica descritta, vengono promossi interventi volti sia a modificare i comportamenti individuali non salutari, in particolare alimentazione non corretta e sedentarietà, sia a creare condizioni ambientali atte a favorire l'adozione di corretti stili di vita attraverso un programma finalizzato da un lato a creare maggiore

¹ Regione Toscana

conoscenza e consapevolezza nella popolazione rispetto alle proprie scelte, dall'altro a orientare le istituzioni e gli stakeholder a creare ambienti favorevoli alla salute. L'approccio adottato è multi componente, per ciclo di vita (life course) e per setting (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario). Evidenze di letteratura e buone pratiche testimoniano l'efficacia di tale impostazione per promuovere l'adozione di stili di vita rendendo "facili" le scelte salutari, in particolare il setting "Ambienti scolastici", "Ambiente di lavoro" e "Comunità". Tale approccio è alla base degli obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, le cui azioni sono promosse e realizzate attraverso le Aziende Usl.

Fondamentale come già detto è l'intersectorialità ed il coinvolgimento di tutti i livelli interessati, dai policy makers alle communities, anche in coerenza con quanto affermato nel documento OMS Health 2020, presentato alla Conferenza ministeriale europea di Vienna del 4-5 luglio 2013 sulla nutrizione e le malattie non trasmissibili, in cui si invita a promuovere e favorire una sana alimentazione, il consumo di frutta e verdura e ad incoraggiare l'attività fisica in tutte le fasce di età, ma soprattutto si ribadisce l'importanza di riconoscere e sostenere alleanze e reti attivate con attori della comunità locale impegnati in azioni di prevenzione e di promozione di stili alimentari e di vita salutari.

Gli attori della comunità locale, in particolare afferenti al volontariato e al terzo settore sono partner fondamentali nei percorsi di prevenzione e promozione di sani stili di vita; sono portavoce delle istanze e dei bisogni del territorio e rappresentano patrimoni culturali ed educativi fondamentali che possono essere messi a disposizione della comunità stessa, della scuola e delle istituzioni locali per tutti i target, dai bambini, ai ragazzi agli anziani e alle persone con difficoltà (si pensi alle azioni realizzate da UISP e AUSER). In quest'ottica è fondamentale l'unione dei concetti di solidarietà e coesione sociale.

Molti sono comunque i partner, che possono essere alleati eccellenti nelle azioni per favorire l'adozione di stili alimentari e di vita nei cittadini, soprattutto nella società contemporanea. La modificazione dello stile alimentare rispetto al passato, determinata dai cambiamenti sociali e nell'organizzazione dei tempi di vita e di lavoro e dunque dall'accelerazione dei ritmi giornalieri, vede una riduzione del tempo da dedicare al pasto e determina un aumento dei soggetti che per motivi di lavoro e studio consuma il pasto fuori casa, dovendo spesso scegliere tra piatti calorici, poveri in vitamine e minerali, ovvero con uno scarso valore nutritivo, ma eccessivamente ricchi in sodio e grassi.

E' da sottolineare inoltre l'allontanamento da quella che è la tradizione alimentare e culinaria dei territori, con offerte e consumi alimentari che non valorizzano la freschezza e tipicità degli alimenti e delle produzioni. I cambiamenti negli stili alimentari osservati soprattutto nei contesti urbani, delineano un possibile nuovo ruolo sociale

per gli operatori della ristorazione professionale, che possono infatti divenire attori fondamentali per promuovere l'acquisizione da parte dei consumatori, di comportamenti alimentari corretti, attraverso l'offerta ai clienti di proposte culinarie sane e varie.

In questa direzione sono orientati due importanti progetti regionali: "Pranzo sano fuori casa" realizzato in collaborazione con le Ausl della Toscana, Confcommercio e Confesercenti e Centro Tecnico per il Consumo, che coinvolge una rete di ristoratori toscani impegnati nel rispetto di linee guida per la sana alimentazione e il progetto "Gli Istituti alberghieri ed agrari per la salute", promosso dalla Ausl di Arezzo e volto a sensibilizzare gli studenti come futuri produttori ed esercenti nel campo dell'alimentazione, con un'attenzione particolare anche al consumo consapevole dell'alcol e alla sostenibilità delle produzioni e dei consumi.

La sostenibilità del consumo e la cultura del non spreco alimentare sono anche alla base del progetto "MA.RI.SA mangio e risparmio in salute", promosso dalla Ausl di Empoli.

Si segnala l'esperienza del "Laboratorio per Guadagnare salute in 4 mosse", promosso dalla Ausl di Viareggio per promuovere i sani stili di vita nei bambini e negli adulti. Non meno importante è la collaborazione con la scuola, anche attraverso il raccordo con l'Ufficio Scolastico Regionale. La collaborazione è volta a favorire e radicare nel percorso scolastico, di tutti gli ordini e gradi, gli stili di vita salutari.

L'Expo è stata occasione per alcuni territori, ad esempio quello dei Comuni pratesi, in collaborazione con la Ausl di Prato, per coinvolgere molto proficuamente le scuole in un percorso di scoperta delle produzioni alimentari sane e di filiera corta. Le abitudini apprese da piccoli e da giovani risultano nell'adulto radicate e difficilmente modificabili, la volontà regionale è quindi quella di andare ad incidere sui comportamenti dei bambini e dei ragazzi in modo da orientarli verso scelte positive e si sviluppa nella direzione della promozione di stili di vita sani e consapevoli e nel favorire il loro benessere.

In questo contesto si inserisce inoltre la strategia regionale "Toscana da Ragazzi", una lettura integrata delle attività promosse dai diversi settori regionali (sanità, turismo, agricoltura, ambiente ecc.) che è rivolta alla popolazione dai 6 ai 18 anni. "Toscana da Ragazzi", inserita nel Documento di Programmazione Economica e Finanziaria (DPEF) 2014 e nel Documento annuale di Programmazione (DAP) 2015 sviluppa azioni che favoriscono il benessere dei bambini e dei ragazzi tramite esperienze scolastiche ed extrascolastiche che promuovono i corretti stili di vita, in particolare la sana alimentazione e l'attività fisica, la conoscenza e fruizione del territorio toscano, che promuovono attività artistiche e culturali e che favoriscono l'integrazione sociale e la diffusione della cultura della legalità. Si ricordano le esperienze sulla Via Francigena Toscana, nei Parchi e Aree verdi toscani (progetti "E... state nei Parchi" e "Ragazzinsieme").



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

ANDREA FROSINI, DONATELLA TANINI

La sinergia tra farmaceutica e nutrizione a EXPO 2015

Expo Milano 2015 che ha come tema "Nutrire il pianeta, energia per la vita", è per la Regione Toscana un'occasione perfetta per riaffermarsi come una regione che sostiene la propria tradizione, avvalorandone il potenziale con metodologie innovative.

Il termine nutraceutica, nato dalla contrazione fra "nutrizione" e "farmaceutica", si occupa di approfondire gli effetti benefici che alcuni alimenti, in forza delle loro proprietà funzionali, possono avere per la salute, in termini di prevenzione e cura.

Quello della nutrizione è un tema in cui la nostra regione ha molte carte da giocare: uno dei settori portanti del sistema produttivo toscano è proprio quello della produzione di alimenti tipici di elevata qualità. L'industria del settore rappresenta ad oggi un'eccellenza riconosciuta a livello globale, primeggiando sia sul piano della qualità e della sicurezza alimentare, che su quello della salute e del benessere ad esse associati.

La nutraceutica può rappresentare un ulteriore valore strategico per la valorizzazione della filiera corta e del Made in Tuscany, e più in generale del "Buon Vivere Toscano", essendo un punto d'unione tra il mondo della ricerca scientifica e quello della produzione e trasformazione agroalimentare.

Le relazioni tra alimentazione e salute dell'uomo rappresentano un aspetto cardine attorno al quale possono ruotare politiche di prevenzione e cura. Un'adeguata informazione sull'elevato standard qualitativo di questi prodotti, potrà aumentare la richiesta di mercato con una conseguente ricaduta occupazionale nel settore, oltre che concorrere a formare una coscienza critica nei consumatori nei confronti di alimenti con un dimostrato ruolo preventivo e protettivo per la salute.

Da qui l'interesse della Regione Toscana nel sostenere la ricerca e lo sviluppo anche in questo specifico campo.

Raccogliendo la sfida lanciata da EXPO 2015 e anche grazie alla fattiva collaborazione con il Distretto regionale Scienze della Vita, sono stati elaborati documenti di contesto ed orientamento in merito alle opportunità della nutraceutica per la Regione Toscana, con particolare attenzione ai possibili sviluppi verso Expo 2015.

Con uno specifico bando, rivolto agli enti del Servizio Sanitario Regionale, delle Università e degli enti di ricerca operanti in Toscana, con la partecipazione delle imprese del territorio, la Regione Toscana ha messo a disposizione 1,6 milioni di euro di fondi regionali e provenienti dal 5 per mille, con l'obiettivo di spronare enti di ricerca ed

imprese a lavorare in sinergia, in un'ottica di filiera, per approfondire la tematica nutraceutica ed il rapporto fra alimentazione e salute.

I 14 progetti finanziati, che concorrono al duplice fine di sviluppare e rinnovare la produzione agroalimentare toscana e di contribuire alla prevenzione e cura di malattie correlate alla alimentazione, verranno presentati nell'ambito del Fuori Expo della Toscana nella settimana dal 4 al 9 agosto.

Di seguito i progetti finanziati:

Beerbone

Il Silicio è essenziale per il metabolismo del tessuto connettivo ed osseo. La birra è l'alimento che maggiormente contribuisce all'assunzione del Silicio nella forma prontamente biodisponibile e bioassorbibile. Il progetto si propone di valutare gli effetti benefici del Silicio contenuto nelle birre prodotte in Val d'Orcia e si propone come nuovo trattamento preventivo per patologie croniche degli anziani legate anche a condizioni di malnutrizione, osteoporosi e osteoartrite.

Cardio.MiR.San.To - Cardioprotezione con MiRNA di Sangiovese Toscano

Non esistono ad oggi approcci efficaci a prevenire l'insorgenza dello scompenso cardiaco cronico che insorge dopo un infarto acuto del miocardio. Il progetto vuole caratterizzare e valorizzare le proprietà cardioprotettive su base epigenetica di succo d'uva cardiofunzionale, derivato dal vitigno Sangiovese, le cui bacche sono ricche di microRNA anti-apoptotici, utili a prevenire lo scompenso cardiaco cronico in chi ha già subito un infarto.

F.A.T.E.Pre.Sco. - Frumento Antico Toscano Epigeneticamente attivo per la Prevenzione dello Scompenso cardiaco

Il progetto vuole caratterizzare e valorizzare le proprietà cardioprotettive su base epigenetica di una nuova farina, derivata da genotipi antichi di frumento tenero ricchi di acido alfa-lipoico e biofortificati con Fe e Zn, per la produzione di un pane toscano funzionale utile a prevenire lo scompenso cardiaco post-infarto, patologia drammaticamente in aumento in tutto il mondo per la quale ad oggi non esistono approcci preventivi efficaci.

L.A.B.A.Pro.V.

Il latte materno è l'alimentazione esclusiva o prevalente nei primi mesi di vita dei neonati ma nei casi in cui non sia disponibile è essenziale ricercare un'adeguata alternativa. Il latte bovino è

largamente utilizzato come sostituto del latte materno ma dal 2 al 7,5% della popolazione infantile manifesta allergia alle proteine del latte vaccino.

La finalità principale del progetto è quella di valutare in bambini affetti da allergia alle proteine del latte vaccino, l'impiego di latte d'asina Amiatina, razza autoctona allevata sul territorio Toscano, come prima scelta rispetto ad ogni formula alternativa, valutandone le peculiarità nutrizionali.

Nutra-Fish

L'obiettivo globale del progetto è quello di testare un ampio compendio di sostanze naturali sul modello zebrafish di distrofia muscolare (modelli di un piccolo vertebrato) al fine di verificare se tali bioelementi possano avere sufficiente valenza preclinica, anche attraverso un approccio "omico" atto a valutare quali fattori (a livello di Rna e di proteina) si modifichino in seguito al miglioramento indotto dalla sostanza/e bioattiva e nutraceutica selezionata. Le distrofie muscolari rappresentano una causa frequente di malattia neuromuscolare nell'età dello sviluppo. La distrofia muscolare di Duchenne colpisce circa 1 su 3.500 maschi mentre le distrofie muscolari congenite colpiscono circa 1 su 100.000 bambini.

Nutra-Toscafrica

Il progetto si propone di sviluppare nuovi alimenti fermentati dall'elevato valore nutraceutico e con potenziale effetto prebiotico. Verranno sviluppati nuovi alimenti fermentati a partire da grani antichi ancora coltivati in Toscana e legumi quali la Fagiola della Garfagnana. Il progetto, inoltre, ha come obiettivo lo sviluppo e la caratterizzazione di alimenti funzionali di origine vegetale dalle elevate proprietà nutraceutiche a partire da prodotti agroalimentari dell'Africa sub sahariana. Nell'ambito del progetto verrà valutata la composizione della dieta di popolazioni che vivono in ambienti diversi: villaggi rurali e piccoli agglomerati urbani, con particolare riferimento al consumo di cereali e legumi (varietà di miglio e fagioli Niebè).

Oliva Plus

Gli obiettivi del progetto sono la formulazione e lo sviluppo di un olio di oliva a parametri nutraceutici e organolettici controllati, nonché la messa a punto di processi innovativi di separazione delle componenti nutraceutiche (componenti fenoliche) dai sottoprodotti della frangitura delle olive (sanse, acque di vegetazione ecc.). L'olio extravergine di oliva ha straordinarie proprietà nutraceutiche, riconducibili alla sua composizione in termini di macro e microcomponenti. La raffinazione dell'olio di oliva se da un lato permette di ottenere prodotti con caratteristiche qualitative e organolettiche controllate, anche a partire da materie prime non edibili, dall'altro comporta la perdita di molti degli elementi nutraceutici.

Vita

Il progetto si propone di valutare una nuova terapia, basata sulla supplementazione dietetica

con vitamina A, capace di promuovere la regressione delle malattie renali croniche stimolando la funzione dei progenitori renali. Le malattie renali croniche sono considerate come uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo e rappresentano un'importante causa di morte e disabilità nella popolazione e uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare, suggerendo che nel rene esistono meccanismi di riparazione. Dati preliminari suggeriscono che la supplementazione cronica della dieta con vitamina A migliori effettivamente la funzione renale, riduca la proteinuria e il processo di invecchiamento renale.

Pofcadt

Il dolore infiammatorio, neuropatico e emicranico affliggono circa il 30% e varie forme di tosse cronica circa il 10% della popolazione adulta e infantile. I farmaci oggi disponibili per il trattamento del dolore cronico non sempre sono efficaci e ben tollerati e il trattamento della tosse cronica è particolarmente insoddisfacente.

Il progetto si prefigge di identificare uno/più polifenoli/flavonoidi che inibiscono canali TRP espressi da neuroni sensitivi primari. I polifenoli/flavonoidi contenenti in nutraceutici derivati da questa ricerca possono produrre concentrazioni sufficienti a inibire i canali TRP e in tal modo ridurre dolore e la tosse.

Tagidisfru

L'aumento della prevalenza del diabete di tipo 2 porterà inevitabilmente ad un aumento della comorbidità di questa malattia e le complicanze cardiache e renali rimangono una delle principali cause di morbilità e mortalità nei soggetti con diabete.

Ci sono prove convincenti che diete ricche di fruttosio possano produrre nell'animale alterazioni metaboliche associabili alla sindrome metabolica cardio-renale (aumento della glicemia a digiuno, dei livelli di trigliceridi, intolleranza al glucosio, insulinoresistenza).

Una strategia nutraceutica per ridurre l'insulino-resistenza, l'espressione e l'attività dei RAGE potrebbe essere la sostituzione del fruttosio nella dieta con tagatosio, sviluppato come sostituto ipocalorico dello zucchero. Il progetto si prefigge di chiarire e sviluppare l'uso del tagatosio per i suoi benefici su iperglicemia e iperinsulemia, suggerendo così un ruolo come nuovo farmaco anti-diabete-obesità.

carRYR

L'estratto di riso rosso fermentato è utilizzato come "erba medicamentosa" in Cina già dai tempi della dinastia Tang (800AD). La monacolina K, principio attivo e maggior componente dell'estratto di riso rosso fermentato, appartiene alla stessa specie chimica della lovastatina, sostanza isolata dall'*Aspergillus terreus*, già approvata per il trattamento delle dislipidemie, una condizione clinica nella quale si riscontrano elevate concentrazioni di lipidi nel sangue.

Il presente progetto intende sviluppare nuovi



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

veicoli polisaccaridici e lipidici per il trasporto e rilascio controllato di estratti di riso rosso fermentato (RYR) come trattamenti ipocolesterolemizzanti.

Idara

L'aldoso reduttasi (AR) è un enzima che, convertendo il glucosio in sorbitolo, è coinvolto nell'insorgenza delle complicanze del diabete. Al tempo stesso l'AR svolge una azione detossificante riducendo aldeidi citotossiche derivanti dalla perossidazione lipidica. Obiettivo del presente progetto è quello di individuare tra le molecole presenti in specie vegetali legate al territorio regionale (fagiolo zolfino, cavolo nero e pomodoro costoluto fiorentino), quelle molecole inibitorie differenziali di AR, che possano cioè agire selettivamente sulla conversione del glucosio lasciando inalterati i meccanismi detossificanti propri dell'AR.

Il progetto di ricerca si propone da una parte, l'individuazione negli alimenti di molecole utilizzabili per lo sviluppo di farmaci in grado di prevenire o attenuare le complicanze del diabete; dall'altra l'individuazione di una nuova classe di componenti di diete calibrate e/o integratori particolarmente adatte a soggetti diabetici.

Insect Card

L'entomofagia, in varie zone del mondo (Africa, Asia, Sud America e Australia) è parte integrante della dieta umana. Nel mondo Occidentale l'impiego degli insetti come fonte di nutrimento è avversato per motivi puramente culturali.

Studi recenti hanno evidenziato che gli insetti sono, in generale, delle ottime fonti di proteine e di aminoacidi essenziali, di acidi grassi mono e

polinsaturi soprattutto di acido linoleico e linolenico, di sali minerali, e vitamine del gruppo B ed E, oltre a fornire un valore energetico comparabile se non superiore a quello della carne.

Il progetto si propone di investigare le potenzialità nutraceutiche di due specie di insetti di facile allevamento (Galleria mellonella e Tenebrio molitor), con l'obiettivo primario di valutare la possibilità di impiego delle loro componenti nutraceutiche nella prevenzione di malattie cardiovascolari attraverso la messa a punto di formulati dall'azione anticolesterolemica ed antipertensiva.

PANACEA - PANE NutrACEutico bioAttivo

Il lievito madre o impasto acido è una miscela di acqua e farina fermentata da batteri lattici (BL) e lieviti, i primi responsabili dell'acidificazione, i secondi della lievitazione. In Toscana molti prodotti lievitati da forno sono ancora ottenuti secondo la tradizionale procedura del rinfresco che consiste nel rinnovare giornalmente il lievito madre. Questa tecnica consente di selezionare un microbiota stabile e caratteristico di ogni impasto acido capace di mantenere costanti le proprietà sensoriali, strutturali, di durabilità, ma soprattutto nutrizionali. Recenti studi hanno dimostrato come gli impasti acidi possano essere in grado di diminuire nei prodotti da forno l'indice glicemico e di incrementare la biodisponibilità di nutrienti. I BL che compongono il microbiota impasto possono anche produrre molecole bioattive con capacità nutraceutiche. Lo scopo del presente progetto è quello di selezionare, da impasti acidi Toscani, BL capaci di produrre peptidi bioattivi in modo tale da arrivare ad ottenere un pane con capacità nutraceutiche.

MARIA JOSÉ CALDÉS PINILLA, NICOLE MASCIA

Salute globale e cooperazione a Expo 2015

La salute, nell'odierno scenario, è un complesso elemento dove si intersecano fattori diversi e decisivi nella vita delle persone: educazione, ambiente, lavoro, capacità di accesso alle cure e la qualità delle stesse, discriminazioni di genere e razziali, sistemi di protezione sociali, ecc. Elementi fondamentali e necessari a garantire dignità e rispetto delle persone in tutti i contesti, dal locale al globale¹.

La salute è un elemento chiave dello sviluppo umano e godere del più elevato standard sanitario è un diritto umano fondamentale. Investire nella salute migliora lo sviluppo economico,

umentando la produttività e riducendo i costi delle cure e dell'assistenza. Milioni di persone, in particolare nei paesi a basso reddito, soffrono o muoiono per malattie e disturbi evitabili o curabili, tra cui l'HIV/AIDS, le infezioni polmonari, la tubercolosi, la dissenteria, la malaria e le complicazioni della gravidanza e del parto. La povertà è una delle cause principali che determinano le cattive condizioni di salute, in quanto le fasce più svantaggiate non dispongono di acqua pulita, servizi igienici, cibo di qualità, un lavoro dignitoso e l'accesso alle informazioni, ai servizi sanitari e alla medicina².

Tra questi determinanti di salute, occupa sicuramente un posto di rilievo l'alimentazione, nelle sue varie sfaccettature: l'accesso al cibo, l'accesso all'acqua, l'educazione alimentare, la lotta alla malnutrizione e all'obesità. Da sempre esiste un forte legame tra cibo e salute, e questa correlazione assume sempre più rilevanza di fronte all'aumento globale delle malattie non trasmissibili, come diabete e ipertensione, legate a stili di vita e a numerosi fattori, in primis l'alimentazione. Questo elemento nei paesi in via di Sviluppo ha come conseguenza l'esistenza di un *double burden of diseases* (malattie infettive e malattie croniche).

Nel 2015, anno Europeo per lo sviluppo, le Nazioni Unite lanceranno il nuovo disegno strategico per l'agenda post 2015 con l'approvazione degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, che andranno a riorientare gli sforzi internazionali. I nuovi obiettivi hanno di fronte un mondo intorpidito da vari anni di crisi finanziaria ed economica globale, con il conseguente aumento delle disuguaglianze tra Paesi e all'interno degli stessi, dove aumentano i problemi ambientali legati ai cambiamenti climatici in atto e cresce l'epidemia delle malattie croniche. Scenario non troppo roseo ma che ci chiama a riflettere al fine di evitare gli errori commessi in passato e proporre strategie innovative verso un futuro più equo e sostenibile. Uno di questi obiettivi è interamente dedicato al tema dell'alimentazione, che è esattamente il motore di EXPO 2015.

È in questo scenario che si collocano le attività del Centro di Salute Globale (CSG), struttura di riferimento della Regione Toscana - che afferisce organizzativamente all'AOU Meyer - per quanto riguarda le tematiche della cooperazione sanitaria internazionale, delle politiche sanitarie, delle malattie dimenticate e della salute dei migranti.

Da anni la nostra Regione è impegnata in attività di cooperazione sanitaria internazionale, attraverso il sostegno a iniziative implementate dalle Aziende Sanitarie Toscane, dagli Enti Locali e dai soggetti del terzo settore, costituendo una vera e propria rete, uno spazio di condivisione e di sviluppo di progettualità in un'ottica multidisciplinare e intersettoriale, il cui l'obiettivo è quello di contribuire a creare modelli di sviluppo sostenibili e replicabili, dove venga garantito il diritto alla salute.

Il centro di salute globale a fuori EXPO 2015

Il CSG presenterà la cooperazione sanitaria internazionale della Regione Toscana a Fuori Expo 2015, attraverso un percorso di riflessione dove le testimonianze dei nostri operatori ci parleranno di storie in paesi lontani diventati vicini dopo anni di lavoro e condivisione. Il supporto

documentale audio e video, i laboratori, le esperienze gastronomiche, musicali e sensoriali racconteranno la nostra cooperazione a chi non la conosce o la conosce per sentito dire.

Questo viaggio multisensoriale partirà dal continente americano, precisamente in Nicaragua. Si tratta del paese più povero dell'America Latina dopo Haiti. In termini di PIL pro-capite si trova al 130° posto a livello mondiale (BM, 2010), mentre per quanto figura l'indice di sviluppo umano figura al 132° posto (UNDP 2014). In questo paese l'insufficienza renale cronica (IRC) rappresenta una grave emergenza sanitaria con tassi di incidenza e prevalenza che nei Dipartimenti di León e Chinandega - dove viene attuato il progetto - sono ancora più alti. Le cause possono essere molteplici e tra queste hanno certamente un ruolo predominante la contaminazione, la scarsità o il cattivo uso dell'acqua per il consumo umano.

Molte sono le ricerche epidemiologiche condotte in questo territorio, ma nessuna ancora è stata in grado di accertare la presenza e il peso effettivo di vari fattori di contaminazione dell'acqua sulla diffusione dell'IRC. Il progetto della RT, il cui soggetto attuatore è l'ASL di Livorno, in partenariato con le Università di Leon e di Elche (Spagna), sta approfondendo gli aspetti della ricerca e contemporaneamente sta realizzando alcune attività quali:

- la predisposizione di un piano d'intervento a livello municipale per ridurre tutti i fattori di contaminazione dell'acqua per il consumo umano;
- il rafforzamento delle istituzioni locali in termini di attrezzature e competenze per la gestione della risorsa acqua e la prevenzione delle patologie correlate;
- il miglioramento dell'accessibilità all'acqua e a servizi igienico-sanitari adeguati, promuovendo l'uso corretto tra la popolazione.

La seconda tappa del viaggio sarà la Palestina, un contesto sociale particolarmente complesso e una delle costanti storiche della cooperazione nella nostra Regione, sia a livello istituzionale che a livello di associazionismo ed Enti Locali, in particolare nell'ambito della *capacity building* e del diritto alla salute.

I dati della letteratura evidenziano la critica situazione in cui si trova il sistema sanitario palestinese: la mortalità infantile è sei volte superiore a quella di Israele mentre la mortalità materna è nove volte più alta. È elemento di ulteriore preoccupazione il dato che evidenzia come la diminuzione della mortalità infantile sia stata progressiva e continua tra il 1967 ed il 1987 per poi arrestarsi nel periodo 2000-2006, a dimostrazione di un arresto del miglioramento delle condizioni globali di salute. Il tasso di crescita ri-



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

² Marika Lerch *La promozione e il sostegno a favore di un accesso equo alle cure sanitarie sono al centro della cooperazione allo sviluppo dell'UE*, 2015, UE - Parlamento Europeo).



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

dotta (*stunting*) tra i bambini minori di 5 anni nei TOP è incrementato dal 7,2% nel 1996 al 10,2% nel 2006.³ Questa crescita ridotta nell'infanzia è un indicatore della malnutrizione cronica ed è associata a una maggiore mortalità e ad un aumentato carico di malattie, compresi un compromesso sviluppo cognitivo ed un decadimento delle performance scolastiche.

Il progetto che verrà presentato durante la giornata vede impegnati gli operatori sanitari palestinesi ed israeliani dell'Associazione *Physicians for Human Rights*, attori che possono giocare un ruolo importante come cittadini attivi che si impegnano per un futuro migliore di pace, dialogo e collaborazione.

Ci sposteremo poi in Burkina Faso, più concretamente dall'ospedale di Nanoro, villaggio situato a 100 km dalla capitale Ouagadougou.

La sfavorevole situazione geografica, l'estrema povertà del suolo, le avverse condizioni climatiche e l'eccessiva crescita demografica fanno del Burkina Faso uno dei paesi più poveri del mondo con un indice di sviluppo umano che lo colloca al 181° posto (UNDP 2014)⁴. L'elevato tasso di natalità (43,59‰) è in gran parte dovuto al consistente tasso di mortalità infantile (81,4‰) che induce le famiglie ad incrementare il numero di figli per aumentare la forza lavoro. Il grande numero di nascite determina un'eccessiva pressione demografica su un territorio già povero di risorse e rende l'approvvigionamento di cibo il problema cruciale per la maggior parte della popolazione. Questo, aggravato dall'effettiva mancanza di adeguate risorse alimentari per le sfavorevoli condizioni climatiche e la scarsità di acqua, rende la malnutrizione una delle prime concause della mortalità infantile.

Il progetto prevede vari ambiti di intervento, in particolare la gestione del reparto di pediatria dove vengono ricoverati anche i bambini malnutriti severi che non presentano comorbidità; i malnutriti lievi/moderati senza comorbidità sono seguiti invece in regime ambulatoriale presso l'ambulatorio del CREN (Centro di Recupero ed Educazione Nutrizionale). La fascia di età più colpita va dai 6 mesi ai 5 anni. L'attività clinica in pediatria viene portata avanti da infermieri dedicati, affiancati dai medici espatriati (senior e specialisti in formazione).

Un'altra importante componente del progetto è l'*empowerment* delle donne, a cui viene insegnata la corretta preparazione di farine arricchite partendo da ingredienti locali (miglio, mais, soia, arachidi, zucchero e sale iodato) che hanno l'obiettivo di combattere la malnutrizione e creare una piccola fonte di reddito attraverso la

vendita delle stesse presso la comunità.

L'ultima del viaggio nella cooperazione sanitaria toscana sarà il Senegal, dove la nostra Regione, attraverso il supporto delle Aziende Sanitarie, è impegnata da anni in varie iniziative che hanno come obiettivo il rafforzamento del sistema sanitario pubblico senegalese, in particolare in ambito materno-infantile. Il Senegal è classificato tra i Paesi Meno Avanzati (PMA) e nel Rapporto Mondiale sullo Sviluppo Umano occupa il 163° posto su 187. La mortalità infantile è di 65 su 1000 nati vivi. Tra le cause più comuni malaria e polmonite. La mortalità materna è di 370 su 100mila nati vivi, più del triplo dell'obiettivo del Millennio per il 2015. Esiste un grave problema di accessibilità delle prestazioni: le donne che hanno difficoltà ad accedere alle cure sono il 60%. Ma anche gli aspetti culturali pesano: il 17% delle donne non ha il "permesso" per andare a curarsi. La situazione è aggravata da mutilazioni genitali, matrimoni precoci, molteplici gravidanze ravvicinate, aborti clandestini.

Il progetto prevede svariate attività che comprendono la costruzione e l'equipaggiamento del reparto di maternità e la ristrutturazione della farmacia dell'Ospedale regionale di Thies, il lavoro di integrazione tra medicina occidentale e guaritori tradizionali nell'area di Louga, la promozione della *primary health care* nella Comunità di Touba.

In un momento storico di crisi economica, sempre più spesso ci si interroga sul significato e il valore dell'investimento in iniziative che il Centro di Salute Globale implementa, supporta, affianca e sostiene. Ci si pone delle domande circa l'opportunità di occuparsi delle problematiche di paesi lontani e di fasce marginali della popolazione, in particolare stranieri, quando vi sono sempre più problemi sociali e di salute che affliggono i cittadini toscani. Come spiegare alla cittadinanza che le risorse investite in attività che appaiono lontane dalla propria quotidianità hanno in realtà una ricaduta sulle nostre vite, sulle nostre coscienze, sulla responsabilità che abbiamo verso le generazioni future?

Adottare uno sguardo "globale" verso la salute significa dare importanza ad una maggiore equità nella distribuzione delle risorse e dei servizi; significa guardare alla salute come un fattore correlato ad un'infinità di elementi che la condizionano; significa aprire lo sguardo a nuove culture che sono ormai qui, vicino a noi, e che rappresentano la sfida per ripensare i nostri servizi, per renderli più accessibili, più funzionali, in definitiva più umani.

³ Report of the Special Rapporteur on the situation of human rights in the Palestinian territories occupied since 1967, John Dugard, UN Human Rights Council, 2007..

⁴ http://it.wikipedia.org/wiki/Stati_per_indice_di_sviluppo_umano#Africa.

Un successo della sanità toscana. Il programma di eradicazione dell'HCV

Delibera n. 647 del 18 maggio 2015

Programma per l'eradicazione del virus dell'epatite cronica C nella popolazione toscana

LA GIUNTA REGIONALE

...Omissis...

Preso atto che nella popolazione Toscana il numero dei pazienti con infezione da virus della epatite "C" potenzialmente trattabili con farmaci ad azione diretta antivirale (DAA) così come rilevato nel database regionale dell'esenzioni, flusso SEA consolidato al maggio 2015 con codice di esenzione 016 "Epatite Cronica attiva" è 26.224, pari allo 0,7% della popolazione residente in Toscana;

Considerato che il progetto nazionale di trattamento farmacologico dell'epatite "C" cronica ha ammesso alla rimborsabilità i farmaci ad azione diretta antivirale (DAA) nel regime interferon-free per i pazienti appartenenti a categorie cliniche caratterizzate da particolari gravità della malattia di fegato o delle manifestazioni extra epatiche o in soggetti trapiantati;

Considerato che i pazienti infettati dal virus HCV ai quali, secondo le indicazioni del progetto nazionale, non è consentito l'accesso gratuito alla terapia rappresentano circa il 70-80% del totale della popolazione con infezione da virus dell'epatite "C";

Visto il documento "Razionale per la pianificazione di un programma per il controllo dell'Epatite Cronica C in Toscana" approvato dalla Commissione Terapeutica Regionale, convocata con nota prot. A00GRT/104745/Q.30.110 del 30 aprile 2015 a cui sono stati invitati a partecipare i responsabili dei centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci per l'epatite C di cui alla delibera GRT 33/2013, nella riunione del 4 maggio 2015;

Preso atto che nel predetto documento, fra l'al-

tro, si comprova che:

a) I nuovi farmaci ad azione antivirale diretta (DAA) sono capaci di eradicare l'infezione in oltre il 90% dei pazienti trattati;

b) Gli effetti collaterali derivanti dall'impiego di detti farmaci è scarso o nullo;

c) Il tasso di risposta alla terapia è inferiore nei pazienti cirrotici;

d) La terapia deve essere iniziata il più presto possibile in quanto il trattamento tardivo, quando la malattia è già evoluta in cirrosi epatica, riduce ma non annulla alcune complicanze, tra le quali il tumore al fegato;

e) I pazienti che rispondono alla terapia guariscono completamente, il medico non dovrà più prendersi cura del malato evitando così tutte le spese derivanti dal trattamento della malattia;

Ritenuto, pertanto, che la tempestività e non differibilità dell'intervento, di cui alla presente delibera, si rende necessaria, al fine di garantire esigenze primarie di salute pubblica;

Preso atto pertanto che bloccare la progressione del danno epatico in uno stadio più precoce (epatite) evita l'insorgenza della fibrosi avanzata/cirrosi e risolve definitivamente la malattia di fegato con impatto positivo sulla morbilità e la mortalità associate alla infezione da HCV e riduce il rischio di diffusione della malattia;

Preso atto, altresì, che l'intervento, di cui alla presente delibera, come risulta dalle analisi conservate agli atti d'ufficio, riduce sino ad annullarli i costi sanitari derivanti dall'evoluzione della malattia stessa e dalle co-morbilità associate, costi generati



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Tabella 1

1) Genotipo 1 - Epatite cronica senza cirrosi	
Schedula di trattamento	Periodo di trattamento
Sofosbuvir + Ledispavir Paritaprevir+Ombitasvir+Dasabuvir+ Ritonavir Sofosbuvir+Simeprevir Sofosbuvir+Daclatasvir	12 settimane
2) Genotipo 2 - Epatite cronica senza cirrosi	
Schedula di trattamento	Periodo di trattamento
Sofosbuvir Sofosbuvir+ Daclatasvir	12 settimane
3) Genotipo 3 - Epatite cronica senza cirrosi	
Schedula di trattamento	Periodo di trattamento
Sofosbuvir Sofosbuvir+ Daclatasvir	24 settimane 12 settimane
4) Genotipo 4 - Epatite cronica senza cirrosi	
Schedula di trattamento	Periodo di trattamento
Sofosbuvir+ Ledispavir Paritaprevir+Ombitasvir+Ritonavir Sofosbuvir+Simeprevir Sofosbuvir+ Daclatasvir	12 settimane



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

dalle necessità di diagnosi e cura nei livelli assistenziali ospedaliero, ambulatoriale e farmaceutico.

Preso atto che, in conformità alle Determine AIFA di Autorizzazione alla Immissione in commercio e agli schemi suggeriti dall'European Association for the Study of the Liver (EASL)", presentate in occasione della 50a riunione annuale dell'Associazione (Vienna 22-26 Aprile 2015) e pubblicate on line sul sito della rivista dell'Associazione, Journal of Hepatology, sono stati individuati i seguenti schemi di trattamento farmacologico con farmaci ad azione diretta antivirale (DAA) nel regime interferone-free (Tabella 1).

Ritenuto necessario garantire a tutti gli assistiti toscani l'accesso gratuito alla terapia farmacologica per la cura dell'Epatite "C" a prescindere dal grado di gravità della malattia;

...*Omissis*...

Delibera

A) Di recepire il documento "Razionale per la pianificazione di un programma per il controllo dell'Epatite Cronica C in Toscana" approvato dalla Commissione Terapeutica Regionale (CTR) nella riunione del 4 maggio 2015, riportato nell'allegato A della presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale della stessa;

B) Di dare incarico ad ESTAR di mettere in atto, immediatamente, le necessarie procedure pubbliche di affidamento delle terapie farmacologiche;

...*Omissis*...

C) Di incaricare la Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale a definire tempi e modi dell'attuazione del piano triennale per l'eradicazione del virus dell'epatite cronica "C" nella popolazione toscana secondo gli indirizzi contenuti nel presente atto anche attraverso strumenti di gestione, monitoraggio e valutazione degli esiti del progetto stesso sia a fini sanitari che economici;

...*Omissis*...

Allegato A

Razionale per la Pianificazione di un Programma per il Controllo dell'Epatite Cronica C in Toscana Epidemiologia HCV in Italia e in Toscana

La stima della prevalenza dei portatori d'infezione da HCV in Italia (2-2.5%) è piuttosto approssimativa e viziata da studi non recenti (mediamente di 10 anni fa) e su piccole coorti. Nonostante questi limiti, gli studi hanno dimostrato come la prevalenza risenta di:

1. un effetto coorte legato all'età (maggiore prevalenza in età > 55 anni);
2. un gradiente Nord-Sud con maggiore prevalenza in meridione.

...*Omissis*...

Infezione da HCV, malattia di fegato e patologie extra-epatiche

Nella maggior parte dei casi l'infezione da Virus dell'Epatite C (HCV) decorre silente per decenni in quanto l'epatite cronica, ma anche la cirrosi epatica, sono del tutto asintomatiche nelle fasi iniziali di malattia. Il fegato che una grande riserva funzionale non causa problemi clinici e l'unico indizio di malattia è in oltre l'80% dei casi un'elevazione del livello sierico delle transaminasi.

Quando la cirrosi progredisce compaiono le complicanze cliniche conseguenti all'insufficienza funzionale, all'ipertensione portale e allo sviluppo di tumore primitivo di fegato. A questo punto il costo di gestione della malattia di fegato diventa molto elevato, il paziente necessita di un'intensiva assistenza sanitaria da attuare con frequenti visite o ricoveri in ospedale e conseguenti costi diretti e indiretti. Solo in una percentuale molto limitata di casi, il trapianto di fegato diventa l'opzione terapeutica ottimale e in tal caso il costo gestionale si impenna ulteriormente.

A differenza di altre infezioni da virus epatitici (es. virus dell'epatite B) l'infezione da HCV comporta oltre alla malattia di fegato anche un impegno sistemico molto maggiore: molti pazienti sviluppano manifestazioni/malattie immuno-reumatologi-

che (dalla crioglobulinemia fino al linfoma). Numerose evidenze scientifiche dimostrano come HCV agisca anche da co-fattore di malattie metaboliche (diabete), cardio-vascolari, renali e tiroidee (1) e che l'eradicazione di HCV migliori la sopravvivenza globale e non solo quella fegato-correlata (2).

Terapia antivirale

Background

Da circa 12 mesi si sono resi disponibili nuovi farmaci ad azione antivirale diretta (DAA), che agendo in modo altamente specifico in momenti critici del ciclo replicativo virale si sono dimostrati (studi di fase II e III) capaci di eradicare l'infezione in oltre il 90% dei pazienti. I cicli terapeutici con i nuovi farmaci sono brevi (8-24 settimane) con scarsi/nulli effetti collaterali grazie alla possibilità di evitare Peg-Interferone (Peg-IFN) e, in molti casi, anche della Ribavirina (RBV).

I DAA non sono efficaci in monoterapia e il numero/tipo di farmaci, la durata complessiva della terapia e la percentuale di successo terapeutico (SVR) dipendono:

- a) dal genotipo virale infettante (e nel genotipo 1 anche dal sottotipo);
- b) dallo stadio della malattia epatica (presenza o meno di cirrosi);
- c) dal fatto che pazienti siano già stati trattati e dalla risposta a precedenti trattamenti (in particolare nel caso di cirrosi).

Il tasso di risposta alla terapia è inferiore nei pazienti con cirrosi e se infettati da genotipo 3: in queste gruppi di pazienti la risposta sostenuta varia fra il 60 e il 90%.

Approccio culturale e un nuovo paradigma di cura.

La costo-efficacia di una cura va valutata almeno a tre livelli: soddisfazione del malato, impegno del personale sanitario, costo a carico del sistema

sanitario.

I DAA costituiscono un'innovazione assoluta in ambito medico perché garantiscono il massimo beneficio della cura:

- il malato guarisce completamente della malattia di fegato (se il trattamento è intrapreso prima dell'insorgenza della cirrosi) con una terapia breve e senza effetti collaterali significativi;
- il medico non dovrà più prendersi cura del malato (perché se il paziente non ha ancora sviluppato la cirrosi, si ha la regressione completa del malattia di fegato);
- il sistema sanitario non dovrà più spendere risorse per la malattia di fegato guarita.

Se con A indichiamo il valore massimo di efficacia per ciascun livello di valutazione per la prima volta nella storia della medicina una cura medica raggiunge la tripla AAA.

Una cura di questo tipo è più efficace di un vaccino perché, a differenza di quest'ultimo, non richiede di intervenire su tutta la popolazione per arginare, prevenire e eliminare l'infezione/malattia, ma permette di trattare e guarire chi è già portatore della malattia senza intervenire sui soggetti sani. Il trattamento di tutti i malati è quindi scientificamente l'approccio più adeguato essendo questa terapia un'alternativa al vaccino anti-HCV. Tanto è vero che le maggiori industrie farmaceutiche che avevano il progetto vaccino lo hanno abbandonato.

La cura va però iniziata il più presto possibile per garantire il massimo beneficio, in quanto il trattamento tardivo, quando la malattia è già evoluta in cirrosi epatica riduce, ma non annulla alcune complicanze, tra cui il tumore di fegato.

...*Omissis*...

Pianificazione di un Programma per il controllo dell'epatite cronica C in Toscana

Sulla base delle suddette premesse la pianificazione di un programma per il controllo globale dell'epatite cronica C ha un razionale sia scientifico che di salute pubblica.

Il progetto è finalizzato al trattamento di tutti i soggetti con epatite cronica C residenti in Toscana (compresi i casi incidenti di infezione recentemente cronicizzata a seguito di infezione primaria) con malattia di fegato meno avanzata mentre i pazienti che soddisfano i 6 criteri recentemente identificati dall'AIFA (pazienti con Cirrosi; Fibrosi avanzata, F3; con severe manifestazioni extraepatiche; in lista di attesa per trapianto di fegato o trapiantati di fegato o di altri organi) continueranno ad essere trattati nell'ambito del programma nazionale.

L'intervento terapeutico sarà articolato nell'arco di 3 anni e con la stima di trattamento di 5-7000 pazienti anno: inizialmente saranno trattati i pazienti con malattia epatica più evolutiva o a maggior rischio di progressione (co-infetti HIV e HBV) o con manifestazioni extraepatiche più significative (pur non rientrando nel criterio III di AIFA) e soggetti maggiormente a rischio di contribuire alla diffusione dell'infezione (donne che vogliano iniziare gravidanza, emodializzati, tossicodipendenti, omosessuali con attività sessuale promiscua, carcerati).

Lo sviluppo del progetto verrà monitorizzato attraverso un data base on line che permetta di avere un costante aggiornamento del numero

dei pazienti in trattamento/trattati e la raccolta dei dati relativi a efficacia e sicurezza del trattamento. Verranno inoltre monitorati gli esiti a breve, medio e lungo termine (con adeguata rimodulazione e semplificazione potrebbe essere utilizzato il data base di ARCA, che è stato costruito per monitorare i trattamenti antivirali in termini sia clinici, virologici che farmaco-economici nei pazienti HIV).

Per i pazienti con recidiva o non risposta al trattamento verrà previsto un trattamento di salvataggio in base alle ragioni di non risposta (evidenza di scarsa risposta in corso di terapia, selezione di varianti resistenti) attuato secondo i tempi e le modalità più appropriate.

Parallelamente al progetto clinico verranno condotti:

- studi finalizzati a valutare il patient reported outcome, che permetteranno anche di valutare non solo la ricaduta in termini di percezione del paziente, ma anche di beneficio in ambito sociale e lavorativo.
- studi di modelling epidemiologico per valutare l'impatto del trattamento in termini di morbilità e mortalità fegato correlata e non e in termini di prevalenza dell'infezione

Aspetti gestionali-organizzativi

Sarà opportuno nominare una Cabina di Regia con il compito di coordinare e monitorizzare il lavoro degli specialisti dei centri prescrittori per uniformarne i comportamenti e organizzare incontri periodici di aggiornamento e discussione di linee guida e buone pratiche operative verificate sui dati del data base gestionale Regionale dove sono registrati i dati di diagnosi e cura utilizzando un comune modello gestionale verificato e certificato.

L'attuazione del progetto comporterà il trattamento di un numero estremamente elevato di pazienti, con il rischio di ingorgo a livello dei centri specialistici.

Diventa quindi necessario prevedere una pianificazione dei trattamenti che potrebbe prevedere l'identificazione di centri (1 per Area Vasta) ad elevata attività (700-1000 pazienti/anno) e di centri a bassa prescrizione (100 pazienti/anno) con allargamento degli attuali centri prescrittori (coinvolgimento delle UO di Malattie Infettive, Gastro e Med Interna attualmente escluse) per portare ad almeno 35 i centri prescrittori.

...*Omissis*...

Potrebbe essere opportuno creare una "task force regionale dedicata al progetto" che preveda un supporto medico costante per i centri ad alto flusso e personale "in mobilità" Regionale in grado di coprire temporanee criticità (ferie, malattia etc) dei centri a basso flusso.

Potrebbe essere inoltre utile istituire un Numero Verde Regionale H24 per informazioni sul progetto e indirizzo degli utenti ai Centri di Riferimento e Prescrittori Locali. Il Numero Verde è gestito da personale non medico (formato ad hoc) che in caso di necessità di parere medico contatti telefonicamente un medico specialista reperibile per consulenze telefoniche. Tutti i medici dei centri di riferimento e prescrittori possono turnare per la copertura della reperibilità telefonica H24 e sono remunerati a gettone (es. piccolo gettone base + per risposta a chiamata).



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



Patrizia Fistesmaire,
Psicologa Psicoterapeuta
S.P.C. Psicologia Ausl 2
Lucca

PATRIZIA FISTESMAIRE, ROBERTA FRANCO¹, RAFFAELE DOMENICI², PATRIZIA SCARSINI³,
GIAN LUCA BRACCO⁴, LAURA GIARDINA⁵, MARIA PAOLA BELLUOMINI⁶, GIULIA FANTONI⁶

L'accompagnamento alla nascita

Una fotografia della dimensione psicologica

Scopo dello studio

La presente ricerca nasce dall'esperienza condotta come psicologa all'interno del percorso di accompagnamento alla nascita.

Il tentativo è quello di analizzare i vissuti personali delle donne gravide al fine di offrire uno spazio in cui il confronto, il supporto emotivo e cognitivo facciano vivere l'esperienza della maternità pienamente e serenamente.

È stata infine considerata la possibilità di estrapolare dai risultati dell'indagine indicatori per la creazione di servizi e la realizzazione di interventi sempre maggiormente efficaci.

Materiali e metodi

I soggetti

Il campione della ricerca ha una numerosità di 104 soggetti afferenti al CAN (corso di accompagnamento alla nascita), organizzato dal Dipartimento Materno Infantile della Ausl 2 di Lucca.

Lo strumento

Al termine dei due incontri con la psicologa, all'interno del CAN, sono state somministrate delle **interviste semi-strutturate** create ad hoc per analizzare: dati epidemiologici (età, sesso e numero di figli dei partecipanti), percezioni e emozioni legati al periodo della gestazione, attribuzioni di significati al costrutto di genitorialità e rappresentazioni mentali del ruolo materno, grado di soddisfazione per il servizio erogato, tipologia di bisogni e di intervento percepiti durante il periodo della gestazione e aspettative di bisogni e di intervento legate al puerperio.

Lo strumento si è composto di 4 parti: domande demografiche, domande a scelta multipla, domande a scala di valutazione e domande aperte.

L'analisi dati

Prima analisi quantitativa degli output ottenuti sono stati identificati alcuni cluster di classificazione delle risposte, sulla base della letteratura di riferimento, ai quali assegnare un valore per le risposte alle domande a scelta multipla e alle risposte alle domande aperte.

Per quanto riguarda gli output delle domande a scelta multipla, per non perdere la rappresentatività del dato, è stato scelto di esprimere i risultati in valori percentuali laddove la percentuale è stata calcolata sul totale dei soggetti e non sul totale delle risposte date.

I risultati

Gli output socio-demografici

La partecipazione al corso e quindi anche la rappresentatività del campione (n=104) è stata esclusivamente del genere femminile.

L'indagine è stata condotta all'epoca gestazionale corrispondente alla 34[°] settimana di gravidanza, errore st.=0,27, e l'età media delle partecipanti al gruppo è 34 anni, errore st.=0,49, con una significativa prevalenza di primipare, pari all'81% del campione, sulle non primipare.

Gli output sui tipi di processi emotivi e cognitivi

Sulla ri-definizione del senso di sé, posta nei termini di quali cambiamenti avvertono le donne in questo periodo, il 65% delle intervistate risponde di percepire un cambiamento nella scala dei propri valori.

Il 56%, delle intervistate avverte anche un forte nucleo di inadeguatezza espresso in forma di paura (paura di non riuscire a sviluppare un attaccamento con il bambino; paura di non diventare una "buona madre", paura di non tornare ad essere quella di prima, paura di ingrassare e trasformarsi fisicamente, senso di competizione con la propria madre).

Infine un'ulteriore quota di cambiamento percepito, a cui risponde il 52% delle intervistate, viene spiegato dalla percezione di vivere un discontrollo emotivo (minor controllo dell'aggressività, paura di danneggiare il feto con i propri sbalzi d'umore e timore di soffrire di depressione post parto).

Gli output sugli indicatori di bisogni

Per quanto riguarda la tipologia di servizio psicologico desiderato dalle donne del campione durante la gravidanza (Figura 1) è emerso come prevalente il bisogno di sostegno psico-

¹ Psicologa Psicoterapeuta Tirocinante S.P.C.

Psicologia Ausl 2 Lucca

² Direttore Dipartimento Materno Infantile Ausl 2 Lucca

³ Direttore S.P.C. Psicologia Ausl 2 Lucca

⁴ Direttore S.C. Ginecologia e Ostetricia Ausl 2 Lucca

⁵ Responsabile U.F. Consultoriale Ausl 2 Lucca

⁶ Ostetriche Dipartimento Materno Infantile Ausl 2 Lucca

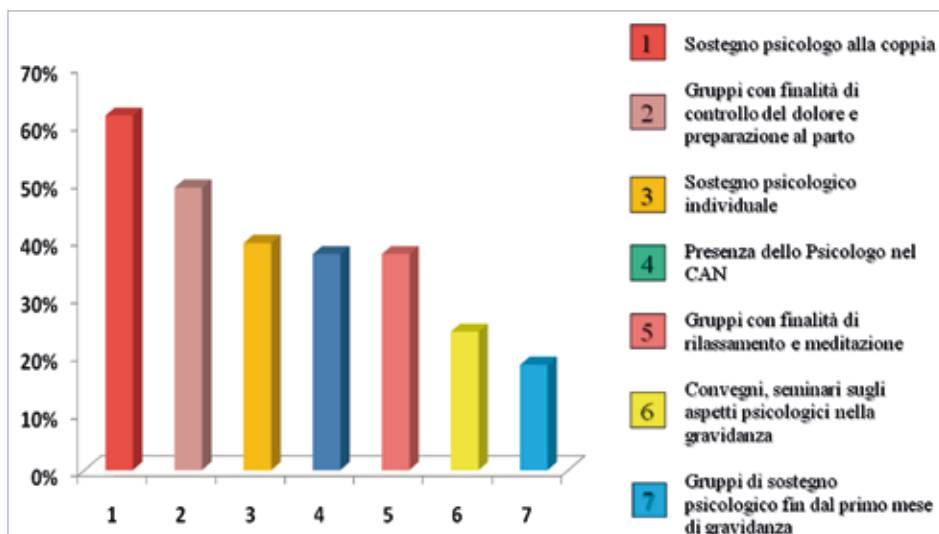


Figura 1 - Tipologie di bisogni percepiti durante la gravidanza relativi ai servizi.

logico alla coppia (63%), a cui seguono: gruppi con finalità di controllo del dolore (54%), il bisogno di sostegno individuale (41%), la presenza dello psicologo nel CAN (38%), gruppi con finalità di rilassamento e meditazione (34%), e i bisogni, in minor misura, di convegni e seminari su aspetti psicologici della gravidanza (29%) e gruppi di sostegno psicologico dal primo mese di gravidanza (29%).

Per quanto riguarda infine le aspettative che le donne hanno sui servizi di cui vorrebbero poter usufruire dopo il parto (Figura 2) è emerso in modo prevalente, coerentemente con i desideri espressi anche per il periodo della gestazione, che il 63% del campione di riferimento anticipa avrà bisogno di un sostegno psicologico alla coppia. Per il 54% delle donne rilevante appare anche la possibilità di partecipare a gruppi di sostegno psicologico per i genitori su temi legati

all'educazione e per il 41% a gruppi di sostegno post partum. Il bisogno di partecipare a gruppi sull'allattamento al seno viene espresso dal 38% delle intervistate e quello di sostegno psicologico individuale dal 34%. Infine il 29% del campione di donne esaminato userebbe di visite domiciliari con finalità di counseling e sostegno e della possibilità di partecipare a convegni e seminari su temi educativi.

Conclusioni

Sarà importante raccogliere i bisogni espressi dalle donne come istanze legittime per progettare spazi di contenimento più ampi che includano la figura paterna lasciando spazio alla condivisione della coppia oltre che alla riflessione materna.

TM

Info: p.fistesmaire@gmail.com

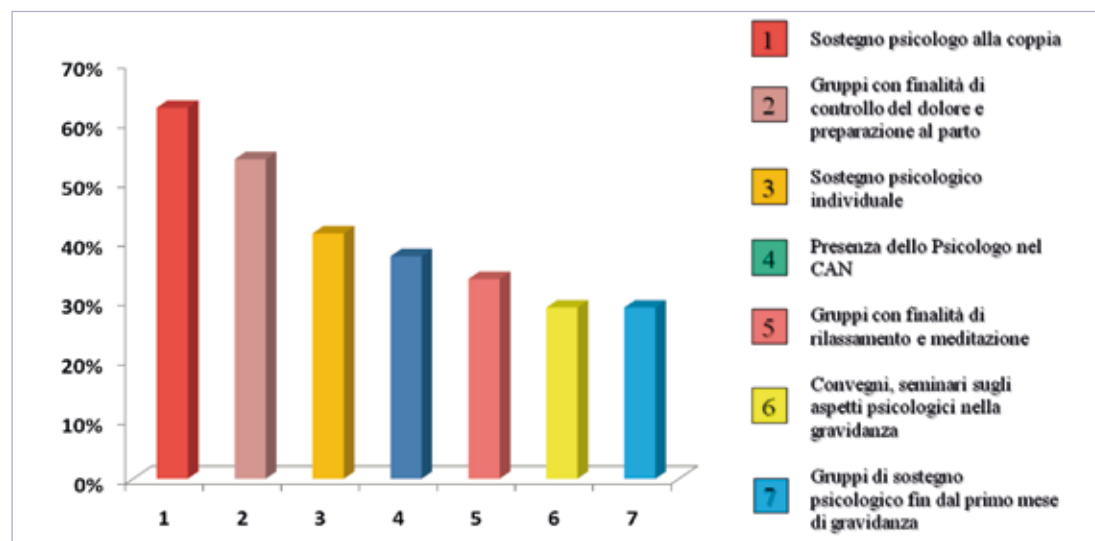


Figura 2 - Tipologie di bisogni anticipati per il post-partum relativi ai servizi.



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

ANTONIO PANTI

Presagi, profezie, premonizioni

I fatti costringono a pensare: l'eccessivo numero di medici mette in crisi la normativa di accesso alla Facoltà, bellamente ignorata da una magistratura onnipotente, la follia programmatica postlaurea mostra la supponenza del sistema scolastico, le regole di ingaggio del servizio sanitario vivono nell'empireo delle ideologie, lontane dalle esigenze concrete dei giovani colleghi. Su tutto incombe l'avanzata delle professioni sanitarie e la difficoltà di conciliare un'antica e libera professione con il modello operativo di un'immane impresa produttiva quale è oggi la sanità. Si disputa sul comma 566 e sul Patto sulla Salute in termini veterosindacali, guardando al passato in un mondo che si trasforma con velocità incredibile.

Il futuro dei medici deriva dall'evoluzione della medicina. E questa dove si dirige? La relazione col paziente, fulcro della professione, come cambia in tempi di "connettività virtuale"? La genomica, l'ICT, le nanotecnologie, le neuroscienze, la robotica, la farmacogenetica e via enumerando, non sono fantasie ma prototipi industriali. Oggi la riflessione metodologica si orienta alla complessità, all'epigenetica, alla medicina della precisione, in un continuo *feed back* tra rischi individuali e collettivi, tra attenzione al presente e precauzione rispetto alle future generazioni. La tecnica provoca una nuova antropologia?

I medici dispongono dei dati del paziente sul cellulare per monitorarli continuamente e, consultando la bibliografia, comunicare via app, insomma curare "in remoto". Fino a che punto è possibile una medicina virtuale? La relazione terapeutica non è astratta bensì concretissima e il *setting* e la visita sono fatti fisici. E i social media come influenzeranno i comportamenti dei cittadini? Il medico sarà stretto tra il network dei cittadini, il cui sharing potrebbe essere indotto dall'industria chimica, una nuova forma di marketing, mentre sempre di più si potrebbe sentire la mancanza della relazione dialogante. Il medico dovrebbe svolgere un ruolo di "mediatore culturale" per cui non è preparato.

La prevenzione e la cura si apprestano a vivere la stagione della *precision medicine*; i progressi della genetica porteranno a intervenire

sui geni, prevenendo e curando con una sorta di chirurgia cellulare. Una medicina che innova radicalmente gli strumenti di cura. E richiede professionalità diverse e *skill* comportamentali adattativi per interferire con i normali processi biologici, potenziandone alcuni, riprogrammandone altri. Il tutto in una medicina generale "a banda larga" e in un ospedale immerso nel "cloud". Gli ospedali saranno destinati ai casi acuti e il resto delle cure sarà sempre più virtualizzato. Joseph Schumpeter parlava di distruzione creatrice del capitalismo, capace di demolire il vecchio per trarre vantaggio dal nuovo in termini di guadagni e di lavoro. Però in sanità l'incremento degli strumenti di cura determina maggiori oneri e l'innovazione aumenta i costi e spesso diminuisce i posti di lavoro. Nonostante le promesse, la scienza non fa intravedere nuovi mercati e la società non sembra interessata a spendere di più in sanità.

E il futuro dei medici? Ancora vi è troppa distanza tra i costi delle tecnologie innovative, i progressi della scienza e la certezza dei medici nella stabilità del loro titolo professionale. Se vuole mantenere il proprio ruolo il medico dovrà costituire un baluardo di fronte alla ciarlataneria e difendere il metodo scientifico dall'irrazionalità dominante; il medico dovrà modificare sul piano epistemologico il suo approccio alla clinica, sintetizzando le evidenze con la personalizzazione delle cure; dovrà essere capace di *leadership* autorevole dei percorsi assistenziali e della comunicazione con i cittadini. Un intreccio di saperi adeguato alle esigenze della scienza e della società. Di quanti medici allora ci sarà bisogno? Come rispondere alla incipiente disoccupazione tecnologica? Come affrontare la crisi del titolo acquisito di fronte alle competenze emergenti? E come affrontare la crisi professionale all'interno delle trasformazioni politiche dei sistemi assistenziali? Non certamente tentando di definire l'atto medico che non è una prestazione ma la conclusione di un percorso intellettuale a favore della salute individuale o collettiva. È il momento di cambiare paradigma prima di trovarsi inermi di fronte ai cambiamenti.

TM

MARCO O. BERTELLI, MICAELA PIVA MERLI¹, NICCOLÒ VARRUCCI²

Evoluzione della salute mentale dei disturbi dello sviluppo intellettivo e dello spettro autistico



Marco O. Bertelli, Psichiatra e psicoterapeuta, Direttore CREA - Centro di Ricerca e Ambulatori - Fondazione San Sebastiano della Misericordia di Firenze, Presidente European Association for Mental Health in Intellectual Disabilities - EAMH-ID

Nel nuovo manuale diagnostico e statistico americano dei disturbi mentali (DSM-5) il ritardo mentale è stato ridefinito col termine "disabilità intellettiva/Disturbo dello Sviluppo Intellettivo (DSI)" e collocato in un raggruppamento meta-sindromico, o meta-strutturale, denominato "disturbi del neurosviluppo". Il gruppo include condizioni con insorgenza in età evolutiva, tipicamente precoci, spesso precedenti l'ingresso a scuola e caratterizzate da deficit di sviluppo che producono compromissioni del funzionamento personale, sociale, scolastico o occupazionale. Il deficit spazia da limitazioni molto specifiche dell'apprendimento e del controllo delle funzioni esecutive a una compromissione globale delle abilità sociali o dell'intelligenza.

Nella popolazione con Disturbo dello Sviluppo Intellettivo la prevalenza di disturbi psichiatrici è circa 4 volte più alta di quella della popolazione generale. Anche le condizioni sub e paracliniche, quali problemi emotivi, comportamentali, interpersonali o d'adattamento sono estremamente frequenti e possono giovare di un intervento specialistico. Nonostante tali evidenze gli individui con Disturbo dello Sviluppo Intellettivo che ricevono una precisa diagnosi di disturbo psichiatrico o entrano in percorsi di supporto psicologico rappresentano solo una piccola parte di tutti quelli che vengono in contatto con un servizio di psichiatria o di psicologia clinica.

La diagnosi psichiatrica, già complessa nella popolazione generale, diviene di ancor più difficile attuazione nella persona con Disturbo dello Sviluppo Intellettivo, soprattutto nei gradi grave e gravissimo, dove le normali capacità comunicative sono fortemente limitate o assenti. La valutazione s'incentra spesso sull'osservazione diretta dei comportamenti e sulle modalità d'interazione con l'esterno, attraverso la conoscenza contestualizzata delle variazioni del funzionamento di base e delle modalità espressive abituali.

In molti psichiatri o in medici di altra specialità l'incertezza diagnostica sulle alterazioni psico-comportamentali viene frequentemente

risolta con un'attribuzione di causalità al Disturbo dello Sviluppo Intellettivo, e induce a prescrizioni farmacologiche improprie o aspecifiche, con prevalente valore ansiolitico. Di fronte a un inquadramento diagnostico ambiguo la persona malata e i suoi familiari sviluppano ulteriori difficoltà psicologiche, le problematiche burocratiche aumentano e lo staff di cura, privo di un razionale d'intervento, perde d'efficacia nel suo operare quotidiano.

Una delle cause, o forse delle conseguenze, di tale misconoscenza della psichiatria è la carenza di personale sanitario con formazione specifica. A oggi soltanto un paio di decine di specialisti sul territorio nazionale sembra aver acquisito quelle conoscenze fondamentali alla correttezza delle pratiche quotidiane, come l'esistenza di strumenti di screening diagnostico, di linee guida per la gestione farmacologica dei comportamenti problema o addirittura di adattamenti dei manuali diagnostici per la popolazione generale. L'adattamento dell'ICD-10, denominato DC-LD (Diagnostic Criteria for Learning Disabilities), è stato prodotto dal Royal College of Psychiatrists nel 2001 e quello del DSM-IV-TR, denominato DM-ID (Diagnostic Manual for Intellectual Disability) è stato prodotto dalla National (Stati Uniti d'America) Association for Dual Diagnosis nel 2007.

Oltre alla rilevazione della compresenza di problemi psichiatrici, una difficoltà rilevante per il clinico del Disturbo dello Sviluppo Intellettivo è la valutazione della differenziazione o co-occorrenza con gli altri disturbi del neurosviluppo, che infatti si presentano spesso insieme. Ciò è particolarmente vero per i Disturbi dello Spettro Autistico (DSA), che rappresentano il disturbo comorbide più frequente.

La prevalenza dei Disturbi dello Spettro Autistico ha raggiunto oggi tassi paragonabili a quelli di vere e proprie epidemie, superando addirittura, in un recente studio dell'Università di Yale, il 2%. La crescita esponenziale di questi disturbi è almeno in parte attribuibile alla nuova classificazione DSM-5, dove anche le forme atipiche o Non Altrimenti Specificate (NAS), sia

¹ Psichiatra e psicoterapeuta, ricercatore CREA - Centro di Ricerca E Ambulatori - Fondazione San Sebastiano della Misericordia di Firenze e L'Agorà D'Italia (Arezzo), Dottorando in Neuroscienze - Università degli Studi di Firenze

² Psicologo, ricercatore CREA - Centro di Ricerca E Ambulatori - Fondazione San Sebastiano della Misericordia di Firenze.

per sintomatologia che per età d'insorgenza, hanno la stessa rilevanza clinica delle forme di Kanner.

Nelle persone con Disturbo dello Sviluppo Intellettivo, la compresenza di Disturbo dello Spettro Autistico rappresenta inoltre un ulteriore fattore significativo di vulnerabilità all'insorgenza di altri disturbi psichiatrici: i disturbi dell'umore e i disturbi della condotta alimentare ad esempio sono rispettivamente circa 7 e 3 volte più frequenti nelle persone con Disturbo dello Sviluppo Intellettivo e Disturbo dello Spettro Autistico rispetto a quelle con solo Disturbo dello Sviluppo Intellettivo.

Questi e altri temi fondamentali inerenti la salute mentale dei disturbi del neurosviluppo saranno il filo rosso del 10° congresso internazionale dell'Associazione Europea per la Salute Mentale nella Disabilità Intellettiva (European Association for Mental Health in Intellectual Disabilities - EAMHID). L'evento celebrativo si terrà a Firenze dal 9 all'11 settembre 2015 presso il suggestivo Palazzo dei Congressi, in piazza Adua 1. Lo scopo principale dell'EAMHID è la cooperazione e lo scambio di conoscenze ed esperienze fra i membri della comunità scientifica internazionale e i professionisti operanti nel campo dei disturbi del neurosviluppo. Presidente del congresso è il Dott. Marco Bertelli, psichiatra e psicoterapeuta, Direttore del CREA (Centro di Ricerca E Ambulatori) della Fondazione San Sebastiano della Misericordia di Firenze, che dal 2013 è anche Presidente dell'EAMHID. Nell'organizzazione dell'evento CREA e la Misericordia di Firenze si avvalgono della collaborazione della Fondazione Opera Diocesana Assistenza Onlus (ODA) di Firenze, rappresentata dal Dott. Stefano Lassi, psichiatra e psicoterapeuta, responsabile dei servizi psichiatrici ODA, che infatti è anche Vice-presidente del congresso e dell'EAMHID.

Nel mondo la prevalenza del Disturbo dello Sviluppo Intellettivo, ex Ritardo Mentale, è stimata fra il 2 e il 4,5%, mentre quella nazionale ed Europea si aggira intorno al 1,5-2%. Non esistono dati di prevalenza ufficiali per il nostro Paese, si estrapola che gli italiani con Disturbo dello Sviluppo Intellettivo siano circa 1 milione. Quelli con funzionamento intellettivo al limite fra la normalità e il Disturbo dello Sviluppo Intellettivo, valutati cioè con un QI compreso fra 70 e 85 punti, sarebbero invece oltre 7 milioni. Anche quest'ultimi mostrano una prevalenza di disturbi psichiatrici, soprattutto d'ansia, di personalità e correlati all'abuso di sostanze psicotrope, significativamente superiore alla media della popolazione.

Le persone con Disturbo dello Sviluppo Intellettivo hanno anche un'aspettativa di vita più bassa e una maggiore vulnerabilità somatica rispetto alla popolazione generale.

Contrariamente all'idea ancora diffusa che il Disturbo dello Sviluppo Intellettivo implichi una compromissione generale del funzionamento mentale, come indicato nel vecchio termine "ritardo mentale", le persone con questa condi-

zione hanno potenzialità variabili da individuo a individuo di raggiungere numerosi adattamenti, abilità e traguardi di vita, soprattutto in funzione dei supporti ricevuti. Questa eterogeneità è spesso non adeguatamente compresa e la qualità dei servizi riabilitativi e terapeutici risulta frequentemente appiattita verso il basso, con una soddisfazione dei bisogni inferiore a un quarto di quella riportata per la popolazione generale.

La crescita dell'interesse per i disturbi del neurosviluppo da parte della comunità neuroscientifica internazionale ha toccato solo marginalmente la psicopatologia dell'adulto. Invece, per gli alti costi sostenuti dal sistema sanitario nazionale, per l'elevato numero di professionalità coinvolte e per il carico sulle famiglie il Disturbo dello Sviluppo Intellettivo, i Disturbi dello Spettro Autistico, gli altri disturbi del neurosviluppo e le frequenti comorbidità psichiatriche dell'adulto rappresentano un problema di salute pubblica di estrema rilevanza e dovrebbero costituire un'area prioritaria di ricerca e sviluppo.

Per incontrare la complessità dei bisogni di salute mentale delle persone con Disturbo dello Sviluppo Intellettivo dovrebbero essere sviluppati nuovi modelli d'intervento sanitario multidisciplinare, volti alla conoscenza della caratterizzazione cognitiva individuale, della fenomenologia specifica dei disturbi psichiatrici e alla promozione della salute intesa come qualità di vita, ovvero come miglioramento della relazione fra importanza e soddisfazione nei vari ambiti di vita. La realizzazione di questi obiettivi permetterebbe al nostro Paese di avvicinarsi a quanto enunciato nella convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, emanata nel 2006 e sottoscritta dall'Italia nel 2009.

L'evento fiorentino, ultimo della serie di congressi biennali iniziata dall'EAMHID nel 1997, vedrà la partecipazione di molti dei massimi esperti internazionali dei problemi di salute mentale dei disturbi del neurosviluppo, così come di molti studenti e giovani ricercatori. Offrirà un'ampia differenziazione delle sessioni scientifiche, includendo plenarie, comunicazioni a tema, dibattiti con gli esperti, simposi a tema, simposi articolati e workshop. Ampio risalto sarà dato anche ai poster: per gli autori interessati a condividere i loro risultati sono stati previsti incontri con i ricercatori esperti, data blitz e un concorso-premio.

L'evento ha già ottenuto il supporto della National Organization for Dual Diagnosis (NADD) americana, della Sezione Disabilità Intellettiva dell'Associazione Mondiale di Psichiatria (WPA-SPID) e dell'Associazione Europea per la Ricerca e la Formazione sull'Integrazione in Europa, nonché i patrocini della Società Italiana per i Disturbi del Neurosviluppo (SIDiN), dell'Associazione Italiana per lo studio delle Disabilità Intellettive ed Evolutive (AIRiM), della Società Italiana di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) e della Società Italiana di Psichiatria (SIP).

TM

Bibliografia: info@crea-sansebastiano.org

Impatto delle iponatremie nella pratica clinica



Alessandro Peri, Professore Associato di Endocrinologia. Resp. della Sez. Fisiopatologia Clinica del Dip. di Scienze Biomediche Sperimentali e Cliniche "Mario Serio", Univ. di Firenze. Attività assistenziale presso la SOD Endocrinologia, DAI Medico-Geriatico, AOU Careggi. Membro dello Steering Committee dell'European Hyponatraemia Network. Vincitore del premio alla carriera "Aldo Pinchera" della Soc. Italiana di Endocrinologia nel 2014.

Inquadramento

Le iponatremie (natremia < 136 mEq/L) rappresentano il più comune disordine elettrolitico riscontrabile nei pazienti ospedalizzati, con una prevalenza che arriva fino al 25-30% per le forme lievi (natremia tra 130 e 135 mEq/L). L'elevata prevalenza non sorprende, se si pensa che numerose sono le condizioni morbose che possono accompagnarsi a questa alterazione. Le iponatremie, salvo rare eccezioni, sono associate ad uno stato di *ipotonìa sierica*. In base allo stato volumico, più precisamente sulla base della valutazione del volume extracellulare, si possono poi suddividere le iponatremie in forme con *ridotto*, *normale*, o *aumentato volume extracellulare*. A sua volta, ognuna di queste forme è associata a condizioni morbose diverse (Figura 1).

Aspetti clinici

Le manifestazioni cliniche dell'iponatremia sono fondamentalmente riferibili all'ingresso di acqua all'interno delle cellule per effetto della ridotta osmolalità sierica. A livello delle cellule nervose questa situazione può condurre ad edema cerebrale. Pertanto i segni/sintomi secondari ad iponatremia sono rappresentati in particolare da disturbi di tipo neurologico, che possono

comprendere cefalea, irritabilità, nausea/vomito, rallentamento mentale, disorientamento, fino al delirio, coma, convulsioni ed anche arresto respiratorio, causato da erniazione cerebrale. I fattori che influenzano la gravità della sintomatologia sono la severità dell'iponatremia, ma ancor di più la rapidità con cui essa si è instaurata. Le manifestazioni cliniche sono in principio più severe in caso di iponatremia acuta (cioè insorta da non più di 48 ore).

Oltre a queste note manifestazioni cliniche dell'iponatremia, in anni recenti sono state associate a questa alterazione elettrolitica altre manifestazioni, sia neurologiche che extraneurologiche. È stato ad esempio dimostrato che l'iponatremia, anche lieve e cronica, può associarsi ad alterazione del senso dell'equilibrio con conseguente maggior facilità di cadute a terra. Vi sono poi evidenze, sia sperimentali che cliniche, a supporto del fatto che l'iponatremia può portare ad un'alterazione della qualità/densità del tessuto osseo con aumentato rischio di osteoporosi e di fratture da fragilità. Tale dato assume particolare rilievo se si pensa che le iponatremie sono particolarmente frequenti nella popolazione anziana. Dati della letteratura indicano che le iponatremie non correttamente gestite aumentano i tempi di

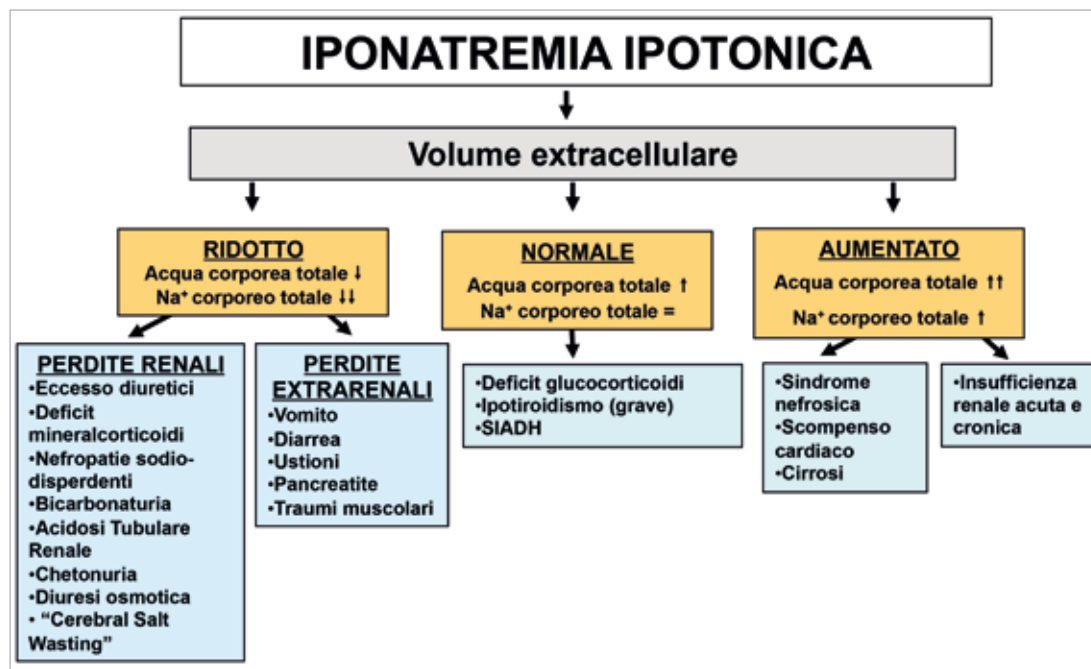


Figura 1 - Classificazione delle iponatremie.

degenza ospedaliera e di conseguenza le spese sanitarie. L'iponatremia è stata inoltre associata ad aumentata mortalità in pazienti ricoverati per patologie comuni (es. infarto del miocardio, scompenso cardiaco, infezioni polmonari, cirrosi epatica), come abbiamo confermato di recente con una meta-analisi, comprendente circa 148000 pazienti iponatremici su un totale di 850000 pazienti ricoverati per le suddette patologie. La nostra analisi ha inoltre dimostrato che un aumentato rischio di morte è già evidente in presenza di una riduzione contenuta della natremia (4.8 mEq/L). Una successiva nostra meta-analisi ha viceversa indicato che il miglioramento della natremia annulla questo effetto.

Diagnosi e trattamento

Un'accurata anamnesi, anche farmacologica (Tabella 1), e l'esecuzione di uno scrupoloso esame obiettivo, con la ricerca di elementi suggestivi di disidratazione o al contrario l'individuazione di edemi, rappresentano presupposti imprescindibili per l'inquadramento di un paziente con iponatremia. La diagnosi eziologica si dovrà avvalere poi di alcuni fondamentali indici biochimici, come mostrato nell'algoritmo riportato nella Figura 2.

Il trattamento delle iponatremie deve necessariamente tenere conto dell'eziopatogenesi. Nelle forme con ridotto volume extracellulare la terapia si basa sulla reidratazione del paziente con

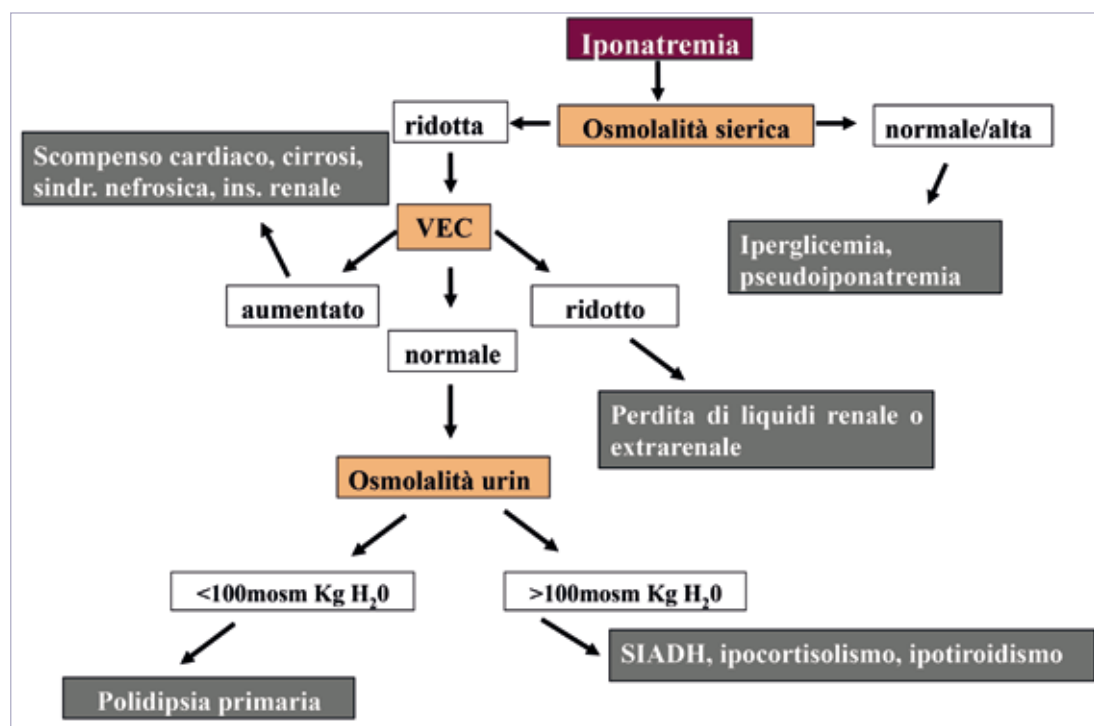


Figura 2 - Algoritmo diagnostico delle iponatremie. VEC = Volume ExtraCellulare

Tabella 1 - Elenco dei farmaci che più comunemente possono causare iponatremia.

Principali farmaci associati ad iponatremia		
Farmaci con azione sull'omeostasi del sodio e dell'acqua	Diuretici	Tiazidici, indapamide, amiloride, diuretici dell'ansa
Farmaci con azione sull'omeostasi dell'acqua	Antidepressivi	Triciclici (es. amitriptilina, protriptilina, desipramina), inibitori del reuptake della serotonina, IMAO
	Antipsicotici	Fenotiazine, butirrofenoni (aloperidolo)
	Antiepilettici	Carbamazepina, oxcarbazepina, valproato di sodio
<i>A) Aumentata produzione di AVP</i>	Antitumorali	Alcaloidi della vinca (vincristina, vinblastina), Composti del platino (cisplatino, carboplatino) Agenti alchilanti (ciclofosfamida e.v., melfalan, ifosfamida) Miscelanea (metotrexate, interferone, levamisolo, pentostatina, Ab monoclonali)
<i>B) Potenziazione dell'effetto dell'AVP</i>	Antiepilettici	Carbamazepina, lamotrigina
	Antidiabetici	Clorpropamide, tolbutamide
	Antitumorali	Agenti alchilanti (ciclofosfamida e.v.)
		Anti-infiammatori non steroidei

utilizzo di norma di soluzione salina isotonica. Nelle forme con normale o aumentato volume extracellulare si farà ricorso invece a restrizione idrica, nel caso di iponatremie asintomatiche o paucisintomatiche. Nelle forme più francamente sintomatiche è indicata l'infusione di soluzione salina ipertonica (di norma al 3% di NaCl) (Figura 3). La furosemide induce diuresi ipotonica e quindi può essere utilizzata per favorire l'incremento della natremia.

Occorre ricordare che la correzione della natremia deve essere effettuata gradualmente, non superando in principio gli 8-10 mEq/L nell'arco delle 24 ore, per evitare il rischio di severe complicanze, fino alla drammatica evenienza della sindrome da demielinizzazione osmotica. È quindi necessario seguire i protocolli di trattamento validati, per calcolare l'aumento atteso della natremia, e monitorizzare frequentemente il quadro elettrolitico del paziente.

La novità degli ultimi anni per il trattamento delle iponatremie è rappresentata dagli antagonisti recettoriali dell'ADH, i cosiddetti vaptani. Ad oggi, EMA ed AIFA hanno approvato una sola molecola appartenente a questa nuova categoria di farmaci, il tolvaptan, che è un antagonista selettivo del recettore V2 dell'ADH, localizzato sulle cellule dei tubuli distali renali. Il tolvaptan favorisce quindi l'eliminazione renale di acqua libera, da cui deriva il suo effetto "acquaretico". Questo farmaco è indicato specificamente per la terapia delle iponatremie secondarie a Sindo-

me da Inappropriata Secrezione di ADH (SIADH) (causa del 30/40% di tutte le iponatremie) ed in particolare per le forme da asintomatiche a moderatamente sintomatiche; per le forme più severamente sintomatiche permane invece l'indicazione all'infusione di salina ipertonica (Figura 3). Il tolvaptan si è dimostrato uno strumento terapeutico efficace (in particolare rispetto alla restrizione idrica) e sostanzialmente sicuro (i dati della letteratura sembrano indicare ad esempio un minor rischio di eccesso di correzione rispetto alla salina ipertonica).

Conclusioni

Le evidenze degli anni recenti hanno messo maggiormente in luce l'impatto, non solo clinico, ma anche sociale ed economico, che le iponatremie possono avere nella pratica clinica. Pertanto, è raccomandabile che questa alterazione elettrolitica, anche quando di limitata entità, sia oggetto di attenta valutazione da parte del personale medico e che le opportune terapie siano prese in considerazione. Insieme ad altri colleghi della SOD Endocrinologia dell'AOU Careggi, diretta dal Prof. Gianni Forti (in particolare Dr. Gabriele Parenti, Dr.ssa Corinna Giuliani, Dr.ssa Letizia Vannucci), sono state promosse negli ultimi anni iniziative di informazione e formazione destinata al personale sanitario, varie attività di ricerca, ed è stato reso disponibile un servizio di consulenza specifico. **TM**

Info: alessandro.peri@unifi.it

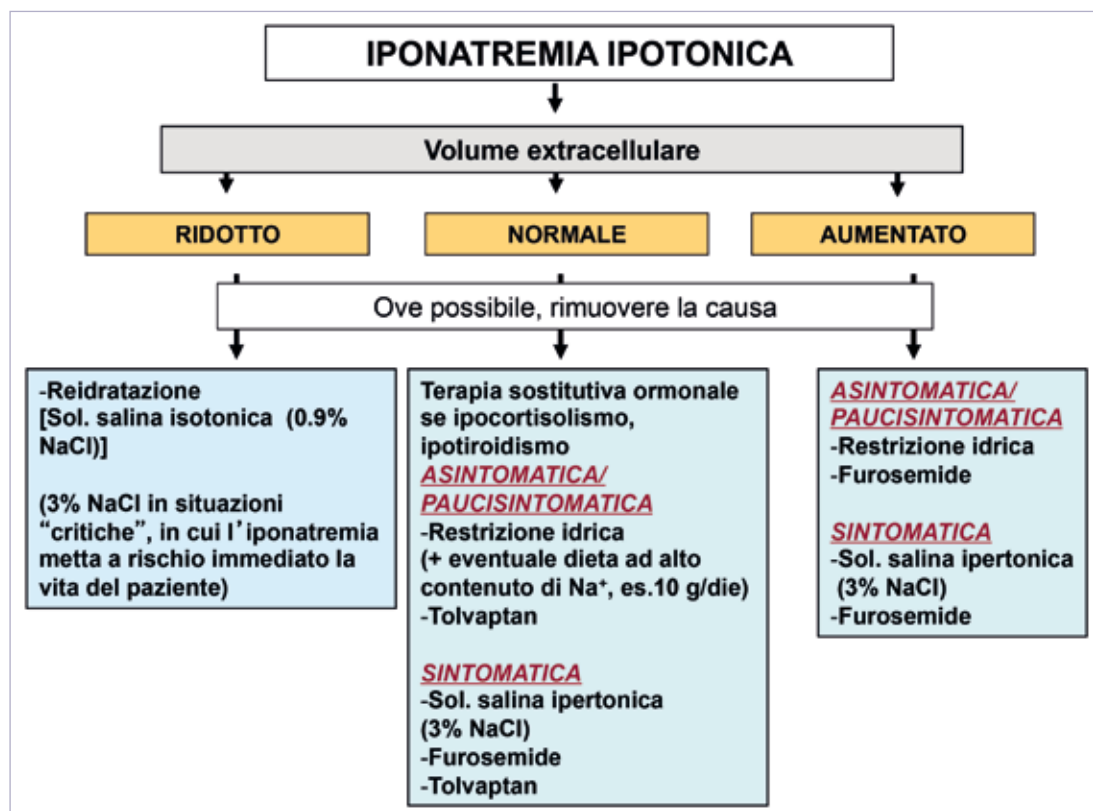


Figura 3 - Principi di trattamento delle iponatremie.



Valentina Galeotti, Laureata in Scienze della Formazione, è responsabile dei servizi informatici ed ECM dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

VALENTINA GALEOTTI

ECM: alcune cose importanti da sapere

Seconda parte

Attività del COGEAPS

Come già detto nella prima parte di questo articolo, pubblicata sul n. 4/2015 di "Toscana Medica", il COGEAPS è il Consorzio fra tutte le professioni sanitarie coinvolte nel sistema ECM (medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, infermieri, ecc.) che ha il compito istituzionale di gestire la banca-dati dei crediti ECM conseguiti dai professionisti sanitari italiani.

In pratica si tratta di un organismo di supporto per gli Ordini e Collegi sanitari per la gestione della formazione ECM.

In quest'ottica, il COGEAPS centralizza sui propri sistemi informatici tutte le attività istruttorie indispensabili per poter arrivare all'emissione del certificato di regolarità ECM, il cui rilascio spetta all'Ordine o Collegio ove il professionista è iscritto.

Il COGEAPS è dotato di una struttura di *back office* che, in aderenza alla normativa vigente e secondo le indicazioni della Commissione Nazionale ECM, è in grado di acquisire al sistema informatico alcune informazioni sulla formazione individuale ECM quali:

- crediti per formazione effettuata all'estero;
- crediti per pubblicazioni scientifiche;
- crediti per autoformazione (solo per i liberi professionisti);
- crediti per tutoraggio;
- crediti per partecipazione ad eventi accreditati, ma non trasmessi al COGEAPS dall'organizzatore dell'evento;
- rettifiche per errori/difformità nei dati trasmessi al COGEAPS dall'organizzatore dell'evento.

In tutti questi casi, il professionista può segnalare al COGEAPS la propria situazione e chiederne l'acquisizione al sistema informatico nazionale. Ciò può essere fatto per fax al n. 06.36001796 o per email all'indirizzo info@cogeaps.it.

Una volta ricevuta la segnalazione e/o documentazione da parte del professionista, il COGEAPS valuterà il materiale ricevuto e, se conforme alle prescrizioni della normativa vigente, provvederà ad integrare la posizione del professionista con i dati segnalati. Conseguen-

temente sarà possibile per l'Ordine, una volta soddisfatto l'obbligo formativo, il rilascio del relativo certificato.

Differenza fra specializzazione e disciplina

Un medico può ben essere specialista in una certa branca, ma esercitare concretamente la professione in un'altra disciplina. Ad esempio, il medico di medicina generale può ben essere anche specialista in una determinata branca, ma se di fatto il suo lavoro consiste nella medicina generale, ecco che quando si iscrive ad un evento formativo ECM deve dichiarare la disciplina esercitata (ossia, in questo caso "Medicina Generale") essendo irrilevante l'eventuale specializzazione non esercitata.

Allo stesso modo, il medico che è in possesso di più specializzazioni, ma di fatto esercita una ben determinata disciplina, quando si iscrive ad un evento formativo ECM deve dichiarare la disciplina esercitata, non potendosi riconoscere crediti contemporaneamente per due diverse discipline per lo stesso evento formativo.

In buona sostanza: la specializzazione è il titolo accademico; la disciplina è il settore della medicina nel quale concretamente si lavora. Queste due cose possono coincidere (e allora non sorgono problemi) o possono differire (e allora, ai fini del dossier formativo, ciò che conta è la disciplina concreta e non la specializzazione posseduta).

Svolgimento di due diverse discipline mediche

Può anche accadere che il medico eserciti contemporaneamente due diverse discipline mediche. Ad esempio essere medico di medicina generale e lavorare come cardiologo libero professionista. Oppure essere specialista anestesista e lavorare come medico agopuntore libero professionista.

Ebbene in questi casi vale il principio di "attività prevalente" nel senso che deve essere individuata l'attività, fra le due, che impegna maggiormente l'attività professionale. Il medico, quindi, dovrà orientare la propria formazione

principalmente e prevalentemente verso l'attività principale esercitata e quindi, se si esercitano due diverse discipline mediche, la formazione ECM dovrà riguardare entrambe le discipline, nel rispetto del principio di prevalenza.

Specificità per i medici del lavoro

Quando detto sopra trova un limite per i medici competenti in medicina del lavoro. Come già detto sul n. 4/2015 di "Toscana Medica", per costoro è il Decreto 81/2008 che fissa il limite minimo del 70% dell'obbligo formativo nella disciplina "Sicurezza nei luoghi di lavoro".

Pertanto, se ad esempio l'obbligo formativo standard è di 150 crediti nel triennio, il Decreto 81 impone ai medici del lavoro di conseguire almeno 105 crediti (pari al 70%) nella disciplina "Sicurezza nei luoghi di lavoro".

Se il medico, oltre alla medicina del lavoro, esercita anche una diversa disciplina medica, dovrà fare formazione anche in quest'ultima, fermo restando l'obbligo (seguendo l'esempio precedente) di 105 crediti in medicina del lavoro.

Eventi regionali ed eventi nazionali

I crediti ECM attribuiti da un provider accreditato a livello regionale (per esempio le ASL) hanno valore a livello nazionale e quindi contribuiscono a pieno titolo all'anagrafica dei crediti ECM del professionista.

Se il provider accreditato a livello regionale eroga formazione a distanza (FAD), oppure è accreditato a livello nazionale ma per una sola regione, i relativi crediti ECM potranno essere riconosciuti solo ai professionisti che effettivamente esercitano nella regione di competenza.

Iscrizione all'albo e crediti ECM

I medici e gli odontoiatri, essendo obbligati a essere iscritti al relativo Albo professionale, sono tenuti ad acquisire i crediti ECM a decorrere dall'anno solare successivo a quello di iscrizione all'Albo. Pertanto, fino al 31 dicembre dell'anno di iscrizione all'Albo, non sussiste l'obbligo di acquisire crediti ECM e se, in tale anno, vengono frequentati corsi accreditati, i relativi crediti ECM non saranno valorizzati.

L'obbligo ECM prosegue ininterrottamente (salvo i casi di esonero o esenzione) fino a che si rimane iscritti all'Albo professionale. Pertanto anche dopo il pensionamento il medico e l'odontoiatra che rimane iscritto all'Albo è tenuto ad acquisire i crediti ECM, come già detto nel n. 4/2015 di questa rivista.

Formazione all'estero

Ai professionisti che frequentano corsi di formazione individuale all'estero sono riconosciuti crediti ECM nella misura del 50% dei crediti attribuiti dal singolo evento accreditato all'estero.

Per "estero" s'intendono i Paesi della UE, la Svizzera, gli Stati Uniti d'America e il Canada. Eventuali attività formative svolte in Paesi diversi, attualmente non possono essere oggetto di riconoscimento.

I crediti acquisibili tramite formazione individuale all'estero non possono superare il 50% dell'obbligo formativo triennale. Pertanto nel caso standard di 150 crediti ECM triennali, non più di 75 potranno essere conseguiti all'estero.

Nel caso in cui un singolo evento frequentato all'estero superi i 50 crediti formativi, sono riconosciuti al massimo 25 crediti ECM.

Nel caso in cui nella documentazione prodotta dal professionista sia indicato il numero dei crediti, si applica il criterio della riduzione del 50% fino ad un massimo di n. 25 crediti (come detto sopra), mentre nel caso in cui non sia indicato il numero dei crediti ma siano indicate le ore di formazione, si applica il criterio di 1 credito ECM per ora di formazione, per poi riconoscere il 50% dei crediti risultanti fino ad un massimo di n. 25 crediti. Infine, nel caso in cui siano riportate entrambe le informazioni (numero dei crediti e numero delle ore di formazione), si applica il criterio più restrittivo (per esempio, se l'attestato riporta 20 crediti per 12 ore di formazione, saranno riconosciuti 6 crediti ECM).

Il professionista, ultimata la frequenza all'estero, dovrà inoltrare la documentazione relativa all'evento (programma, contenuti, ecc.) e quella attestante la frequenza e il superamento del test di apprendimento al COGEAPS che, valutata la documentazione prodotta dal professionista, provvederà ad inserire i crediti in anagrafica, secondo i criteri sopra descritti.

Auto-formazione e auto-apprendimento

Per i soli liberi professionisti è prevista la possibilità di acquisire crediti ECM anche per attività di auto-formazione e auto-apprendimento. Con tali termini si intende:

- l'utilizzazione individuale di materiali durevoli e sistemi di supporto per la formazione continua predisposti e distribuiti da provider accreditati;
- la lettura di riviste scientifiche, capitoli di libri, monografie non predisposti e distribuiti da provider accreditati.

Nel primo caso (materiale formativo approntato da provider accreditati), deve essere prevista una verifica dell'apprendimento, superata la quale al professionista vengono riconosciuti i crediti ECM cui ha diritto, che il provider provvede a comunicare al COGEAPS.

Nel secondo caso spetta al professionista autocertificare al COGEAPS le letture effettuate. In questo caso i crediti ECM per auto-formazione non potranno superare il 10% dell'obbligo formativo del triennio.

Attività di tutoraggio

Ai tutor che svolgono formazione pre e post laurea disciplinata dalla normativa vigente (tirocinio di internato per gli studenti in Medicina, tutoraggio per l'esame di abilitazione, tutoraggio per il corso di formazione in medicina generale), sono riconosciuti 4 crediti ECM per ogni mese di tutoraggio (per mese si intende un periodo non inferiore a 16 giorni e non superiore a 31 giorni).

Il professionista deve trasmettere al COGEAPS la documentazione attestante la sua attività di tutoraggio affinché possa essere valutata ed inserita in anagrafica.

In ogni caso, i crediti ECM riconosciuti per attività di tutoraggio, unitamente ad eventuali crediti ECM riconosciuti per docenze, pubblicazioni scientifiche o ricerche (vedasi oltre), non possono superare, tutti insieme, il 60% del debito formativo triennale del professionista. Nel caso standard in cui il debito formativo triennale sia di 150 crediti, tale percentuale corrisponde ad un massimo di 90 crediti.

Non possono ottenere crediti per tutoraggio coloro che svolgono istituzionalmente attività di insegnamento, anche eventualmente a titolo gratuito.

Attività di docenza

I relatori e/o docenti e/o formatori che prendono parte ad eventi accreditati ECM hanno diritto al riconoscimento di 1 credito ogni mezz'ora di lezione e, quindi, di 2 crediti ogni ora di lezione.

Spetta al provider organizzatore dell'evento accreditato comunicare ad AGENAS/COGEAPS i nominativi, oltre che dei partecipanti all'evento in qualità di discenti, anche dei relatori e/o docenti e/o formatori. Il COGEAPS renderà visibili i crediti ECM nell'anagrafica del professionista, nel rispetto dei criteri sopra descritti.

È opportuno ricordare che per "docenza" non s'intende l'insegnamento universitario istituzionale, che di per sé non dà diritto a crediti ECM. Infatti anche i professori universitari, come ogni altro medico, sono tenuti ad acquisire i crediti ECM.

Attività di ricerca

La partecipazione a studi ed attività di ricerca, per essere rilevante ai fini ECM, deve essere promossa da un provider accreditato, il cui responsabile deve valutare la partecipazione e l'apprendimento dei partecipanti alla ricerca e redigere una relazione scritta sugli esiti della ricerca.

Ai partecipanti possono essere riconosciuti

da 1 a 3 crediti per ogni iniziativa di ricerca, in funzione dell'impegno previsto e della rilevanza dell'esito.

Anche in questo caso, come per le attività di docenza, spetta al provider accreditato comunicare ad AGENAS/COGEAPS i nominativi dei partecipanti alla ricerca, per l'attribuzione dei crediti ECM, che poi saranno visibili nell'anagrafica del professionista del COGEAPS.

Gruppi di miglioramento

In questa categoria rientrano le attività in cui l'apprendimento avviene attraverso la interazione con un gruppo di pari e la partecipazione a iniziative mirate al miglioramento di un processo, di una situazione, di una procedura.

Qualche esempio:

- gruppi di lavoro/studio finalizzati al miglioramento della qualità, alla promozione della salute, all'organizzazione dei servizi sanitari;
- comitati permanenti di ASL o AOU quali i comitati etici, il comitato per il controllo delle infezioni, il comitato per il prontuario farmaceutico, il comitato HACCP, ecc.;
- gruppi o network professionali con l'obiettivo di generare conoscenza organizzata e di qualità.

Affinché sia possibile riconoscerne la valenza formativa ai fini del rilascio dei crediti ECM è necessario che le attività di miglioramento/studio siano identificate da un provider accreditato con un atto formale (ad esempio, l'atto aziendale della ASL) in cui sia specificato l'obiettivo del progetto, il responsabile del progetto, il numero di partecipanti, la durata e il numero degli incontri previsti. La valutazione di partecipazione attiva e di apprendimento spetta al responsabile del progetto.

Ai fini del riconoscimento dei crediti ECM è inoltre previsto che il gruppo di miglioramento svolga almeno 4 incontri e che sia strutturato con un numero massimo di partecipanti di 20 soggetti.

Ad ogni partecipante al gruppo di miglioramento spetta 1 credito ECM per ogni due ore di partecipazione. Al responsabile del progetto spetta un incremento del 50% (ossia 1,5 crediti ECM per ogni due ore di partecipazione).

Anche in questo caso, come per le attività di docenza e di ricerca, spetta al provider accreditato comunicare ad AGENAS/COGEAPS i nominativi dei partecipanti al gruppo di miglioramento, per l'attribuzione dei crediti ECM, che poi saranno visibili nell'anagrafica del professionista del COGEAPS.

TM

Per info: gestionealbi@ordine-medici-firenze.it

GIAN ARISTIDE NORELLI, CHIARA RIVIELLO¹, FRANCO CRACOLICI²

Riflessioni sulla responsabilità medica nei trattamenti non convenzionali



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

Nell'arco degli ultimi dieci anni, in molte realtà italiane, si è verificata, con notevole ritardo rispetto alle esperienze europee e statunitensi, un'apertura della medicina ufficiale ai trattamenti non convenzionali, anticipandosi di molti anni il ricorso a tali terapie, rispetto ad una letteratura scientifica che ne validasse l'uso, ancorché in determinate condizioni e patologie. In particolare, per quanto attiene la Medicina Orientale, entità validamente da ritenere autonoma rispetto alla Medicina Occidentale e diversa da altre forme di intervento meglio definibili come "trattamento", piuttosto che come "medicina" alternativa o complementare o integrata, si registrano livelli molto elevati di utilizzazione (tra il 30 e il 40% della popolazione) in Australia, Francia, Germania, Gran Bretagna¹. In ambito italiano, una ricerca ISTAT², parte integrante del Progetto Nazionale "terapie non convenzionali" realizzato per stabilire una base scientifica sulla quale discutere e legiferare, ha quantificato la portata del fenomeno evidenziando che 9 milioni di italiani, (cioè il 15,6% della popolazione) si è accostato ad almeno una delle pratiche mediche non convenzionali, verso il 25% della media europea.

A livello della comunità Europea nel 2004 è stato costituito a Vienna la "European Research Initiative on Complementary and Alternative Medicine" per promuovere l'inserimento delle medicine non convenzionali nel futuro Settimo Programma Quadro dell'Unione Europea³.

In Italia, il processo di integrazione dei trattamenti complementari è stato molto lento e ha incontrato notevoli resistenze da parte degli operatori sanitari e delle istituzioni; il Sistema Sanitario Regionale Toscano, peraltro, per primo ha incentivato e promosso l'integrazione dei trattamenti non convenzionali istituendo centri

pubblici di Medicina Tradizionale Cinese, Centri di trattamento integrativo e favorendo ricerca e formazione degli operatori sanitari⁴.

Parallelamente a questo fenomeno di crescente ricorso all'utilizzo di trattamenti non convenzionali e alla ricerca dell'integrazione tra le due Medicine, si è mossa la legislazione e conseguentemente la giurisprudenza; quest'ultima è stata interessata da due temi principali e cioè quello dell'abusivismo nella pratica dei trattamenti complementari e quello della responsabilità medica in casi riguardanti, ad esempio, il mancato ricorso alle terapie convenzionali con conseguente danno al paziente per non aver beneficiato delle ordinarie cure indicate dalla medicina allopatrica.

Nel presente articolo, si intende affrontare il tema da una diversa prospettiva e cioè esaminando se possa ritenersi quantomeno opportuno per un medico allopatrico, proporre il ricorso ad una terapia non convenzionale, qualora se ne profili una corretta e prudente indicazione. Se sia corretto il ragionamento per il quale, come un medico, abilitato all'esercizio della professione, cultore della Medicina Orientale, debba obbligatoriamente rivolgersi a trattamenti di carattere Occidentale per i casi in cui esse trovino le migliori indicazioni per l'interesse dell'assistito, così il medico Occidentale, nei casi (numericamente assai più contenuti), in cui il trattamento alternativo trovi indicazione più favorevole rispetto a quello convenzionale, debba quantomeno informare l'assistito della esistenza di possibili e scientificamente valide alternative.

Nell'affrontare questa problematica si possono considerare diverse ipotesi, in relazione alla cura di determinate patologie:

Il trattamento alternativo non è adatto alla cura di una determinata patologia, ed il suo uti-

¹ Franco Cracolici, Elio Rossi, Sonia Baccetti: *Medicine Complementari e discipline del benessere in Toscana: verso una formazione qualificata degli operatori* Luglio 2010.

² Statistiche in breve del 18 aprile 2001. *Le terapie non convenzionali in Italia dal Settembre al dicembre 1999.*

³ P. Roberti di Sarsina. *"Le medicine non convenzionali nel programma d'azione dell'Unione Europea in materia di salute: il consorzio CAMbrella"*. La Medicina Biologica. Aprile-Giugno 2010.

⁴ *Notiziario regionale delle medicine complementari*. A cura di: Centri di riferimento regionale, Rete toscana di Medicina integrata, Azienda USL 2 di Lucca Sommario dell'ultimo numero Anno XI - n. 29 - luglio 2014.

¹ *Sezione Scienze Medico Forensi del Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze*

² *Direttore della Scuola di Agopuntura Tradizionale della Città di Firenze*

lizzo con conseguente mancato ricorso al trattamento allopatico potrebbe arrecare seri danni all'assistito fino al decesso (ad esempio diabete, patologie infettive ecc.).

Il trattamento alternativo di per sé non è idoneo a curare la patologia, ma può alleviarne i sintomi o ridurre gli effetti collaterali della medicina occidentale migliorando la compliance del paziente, ad esempio riducendo l'ansia e lo stress legati alla diagnosi e alla cura (nel campo oncologico, citiamo gli effetti collaterali della chemioterapia quali nausea e vomito, ansia e depressione reattive alla notizia di diagnosi negative o di prognosi infauste).

Il trattamento alternativo presenta una efficacia quanto meno equivalente a quello occidentale, con il vantaggio della minore invasività, della riduzione dell'utilizzo di farmaci e degli effetti collaterali del paziente (dismenorrea, alterazioni del ciclo mestruale, sindrome menopausale, sindrome del tunnel carpale, asma).

Il trattamento alternativo presenta una efficacia maggiore rispetto a quello occidentale nel curare la patologia (cefalea, lombalgia).

A titolo esemplificativo, si considerino le linee guida del RCOG circa il dolore pelvico⁵, nelle cui conclusioni si afferma che, pur non essendovi evidenze definitive, l'agopuntura e la fitoterapia cinese, potrebbero avere un ruolo nel trattamento della dismenorrea, nel dolore da endometriosi e da infiammazione pelvica. Si conclude inoltre che le donne devono essere avvisate della presenza di tali evidenze non ancora definitiva a supporto della scelta degli approcci alternativi.

L'ACOG⁶ sostiene che la vulvodinia, condizione di difficile trattamento per la quale vengono proposti farmaci antidepressivi, con evidenti effetti collaterali soprattutto in ragazze giovani, potrebbe beneficiare dell'agopuntura in associazione ad un cambiamento del comportamento alimentare.

Riguardo alla nausea e vomito in gravidanza, sempre le linee guida dell'ACOG⁷ così si esprimono: *"Alternative remedies such as ginger and acupuncture may be tried at any time"*. Ad indicare che, quantomeno, esistono concrete possibilità di giovamento connesse al loro im-

piego, che non dovrebbero essere taciute a chi potrebbe non fruirne.

Per quanto riguarda l'emicrania, invece, relativamente al cui trattamento, la Cochrane⁸ che nel 2001 si era espressa in termini di non sufficiente evidenza dell'agopuntura, dopo l'analisi di successivi trials clinici randomizzati ha concluso che *"l'agopuntura potrebbe essere una valida arma non farmacologica per trattare pazienti con episodi frequenti di cefalea o con cefalea muscolo tensiva cronica"*. Successivamente la stessa Cochrane⁹ è stata ancora più perentoria, affermando che vi sono consistenti evidenze che l'agopuntura abbia notevoli benefici sia nella cura dell'emicrania, che nella prevenzione degli attacchi. Per quanto non si sia ben chiarito il ruolo di difficile interpretazione della vera agopuntura rispetto all'agopuntura placebo, gli studi hanno dimostrato una efficacia dell'agopuntura addirittura superiore rispetto al trattamento farmacologico con minori effetti collaterali. Il trattamento alternativo dovrebbe pertanto essere considerato di prima scelta nei pazienti che intendono sottoporvisi.

Ancora nell'ambito della Medicina Tradizionale Cinese, si cita una review¹⁰ di studi clinici, che ha analizzato il ruolo del QiGong (ginnastica respiratoria) nel migliorare la pressione arteriosa, dimostrando che vi sono evidenze incoraggianti per quanto non conclusive su tale pratica.

Nell'ambito della fertilità maschile vi sono prove di efficacia sul miglioramento della qualità e della motilità spermatica in seguito a trattamenti con agopuntura^{11,12}. In questo campo è ben evidente come la scelta di una alternativa terapeutica non necessariamente escluda l'altra. Nell'ambito della fertilità maschile, ad esempio, laddove non sia presente un varicocele che necessiti di una terapia chirurgica, peraltro, non necessariamente risolutiva, le possibilità terapeutiche sono costituite da integratori a base di zinco, arginina ed antiossidanti, con limitati effetti sui parametri spermatici. L'aggiunta dell'agopuntura non risulta interferente con la terapia farmacologica, mentre vi sono studi clinici che ne rilevano risultati positivi in assenza di controindicazioni o di effetti collaterali.

Ciò che in definitiva risulta è che ormai esi-

⁵ The initial management of Chronic pelvic pain, RCOG green top 41 May 2012.

⁶ ACOG and ASCCP Issue Joint Opinion on Vulvodynia September 29, 2006.

⁷ ACOG practice bulletin; no. 52 Guidelines for Treating Nausea and Vomiting in Pregnant Women. 2004 Apr.

⁸ Linde K1, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuncture for tension-type headache. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21;(1).

⁹ Klaus Linde, Gianni Allais, Benno Brinkhaus. Acupuncture for migraine prophylaxis. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21;(1)

¹⁰ QiGong on Hypertension. A Systematic review on randomized clinical trials. Myeong Son Lee. Journal of Hypertension 2007, 25: 1525-1532.

¹¹ Pei et al. Quantitative evaluation of spermatozoa ultrastructure after acupuncture treatment for idiopathic male infertility. Fertility and Sterility, 2005.

¹² Cracolici F, Riviello C. - Infertilità di Coppia e Procreazione Assitita. Tecniche di agopuntura e medicina cinese. CEA ed. 2014.

stono ampi spazi per i trattamenti complementari, separatamente e/o in integrazione con la medicina allopatrica. La validazione dei trattamenti non convenzionali, peraltro, è effettuata secondo modalità tipicamente occidentale (metodologia statistica occidentale) e pubblicata su riviste di Medicina Occidentale; il che, se da un lato rappresenta il limite della evidenza scientifica di molti aspetti dei trattamenti alternativi, ove tale evidenza sussista, dall'altro, pone certezze sulla necessità che ogni medico sia debitamente edotto della loro esistenza e delle loro possibilità terapeutiche. Se il medico allopatrico, infatti, non necessariamente deve avere ampia conoscenza nell'ambito dei trattamenti complementari, certamente deve conoscere e saper interpretare il miglior modello di trattamento per l'assistito e quindi, ove questo sia rappresentato dal ricorso ai trattamenti non convenzionali, non può esimersi dal fornire debitamente informazioni sul tema.

In altri termini, l'approccio diagnostico-terapeutico alla patologia, per il medico, non può che essere unico, pur nelle diversità della scelta metodologica relativa al tipo di trattamento. L'unicità ineludibile dell'approccio risiede, anzitutto, nella formulazione della diagnosi (che può, notoriamente risultare sintomatica od eziologica) e nella scelta del trattamento sul piano della progressione operativa. A parità di attesa di risposta, infatti, occorre privilegiare, in progressione, il trattamento secondo i canoni di: maggiore o minore dannosità, maggiore o minore rischiosità, irreversibilità delle scelte e delle sue conseguenze, maggiore o minore invasività, maggiore o minore tollerabilità anche soggettiva, migliore economicità, maggiore o minore durata del trattamento e dei suoi effetti. Tale modello operativo, indubbiamente, si richiama ad una sorta di tipologia comune che è e deve essere propria a ciascun medico, a prescindere, giova sottolinearlo, dalle caratteristiche del trattamento che si intende privilegiare. Se ciò è vero, dunque, per la gestione di ogni trattamento di carattere allopatrico, altrettanto deve esserlo per il trattamento alternativo nei confronti di quello occidentale, a parità di condizioni di risultato, essendo il primo indubbiamente meglio tollerato, più facilmente somministrabile, meno dannoso e pericoloso ed economicamente sostenibile, ove, almeno se ne sia previsto l'inserimento all'interno delle prestazioni del SSR. Ciò, peraltro, risulta nel nostro Paese di non agevole applicazione, posto che, se è ovviamente ben conosciuta dal medico che sia pratico di trattamenti complementari, la medicina tradizionale in ogni suo aspetto, non è vero il contrario, neppure in termini di vaga percezione conoscitiva, almeno utile a fornire all'assistito una informazione adeguata.

È ben noto, infatti, che in Italia, ad oggi non

è previsto alcun insegnamento a livello universitario della Medicina e dei trattamenti non convenzionali, integrativo della Medicina Occidentale e che la formazione in questo ambito avviene esclusivamente in forma privata e volontaria da parte dei medici che ne sono interessati. Questo determina una diversità non solo di conoscenza, ma addirittura di approccio mentale tra i medici: coloro che "ci credono" e che quindi per loro interesse hanno una formazione specifica in riferimento a formule non convenzionali (ad esempio Medicina Cinese, Omeopatia) e coloro che "non ci credono" e quindi non solo non hanno una formazione specifica, ma sono spesso fidelisticamente alieni dal proporre un trattamento alternativo, anche nel caso in cui la letteratura scientifica, seppur autorevole, ne suggerisca il ricorso addirittura come prima scelta, ignorandone ed addirittura azzerandone in modo aprioristico, l'utilizzabilità.

Appare evidente, infatti, che ove persista a mancare, come è oggi, un assoluto difetto di conoscenza (oltre che una aprioristica ostilità) da parte della Medicina Occidentale, sui trattamenti non convenzionali pur di provata validità scientifica, risulta impossibile che il medico possa anche semplicemente proporli, quali ipotesi percorribili, a fini di informazione e consenso, oltre al fatto che si deve sconsolatamente ammettere che si privilegia una inaccettabile scelta di non conoscenza su argomenti di cui si dovrebbe, al contrario, essere edotti.

Le conseguenze, sul piano giuridico, appaiono ovvie, sol che ci si ponga in una situazione opposta a quella che tipicamente si è verificata in questi anni; se, infatti, un medico praticasse esclusivamente trattamenti alternativi non idonei alla specie (se tentasse, ad esempio, di curare una polmonite solo con trattamento alternativo), privando il malato della possibilità di accedere alle cure validate, dovrebbe certamente rispondere per atto incongruo sul piano penalistico e civilistico.

Quid iuris? però nell'opposta circostanza, in cui il medico si ostinasse ad escludere, in casi selezionati, trattamenti alternativi la cui validità fosse scientificamente dimostrata e da tale omissione derivasse all'assistito, per il persistente ricorso a farmaci non privi di effetti collaterali, un danno dimostrabile in termini di peggioramento del suo stato di salute o comunque di non miglioramento ovvero di mancata risoluzione di problemi anche rilevanti? Appare indubbio che secondo un ragionamento consequenziale sul piano della correttezza della condotta, non si potrebbe che ritenere omissivo un comportamento siffatto, perseguibile secondo i classici criteri della Giurisprudenza e della Medicina Legale.

Ad esempio se un soggetto cefalalgico o con lombalgia, venisse trattato solo con i trat-

tamenti convenzionali e non venisse informato circa la possibilità di riferirsi a una Medicina non convenzionale come ad esempio l'Agopuntura, per taluni aspetti definita superiore, rispetto alla Medicina convenzionale, sia in termini di risultato che in termini di ridotti/nulli effetti collaterali, potrebbe avanzare una qualche pretesa di danno?

È richiesto a un qualsiasi medico, anche non interessato od esperto di trattamenti non convenzionali, di informare il paziente su tutte le possibilità terapeutiche che vengono riportate dall'autorevole letteratura scientifica internazionale? Qualora il medico "non creda" nei trattamenti non convenzionali, o non abbia interesse a proporli in quanto, ad esempio, non facenti parte del suo bagaglio professionale, si potrebbe profilare una responsabilità medica per mancata informazione e conseguente perdita di chances?

Le domande non possono che dimostrarsi retoriche, essendo implicita l'unicità delle risposte nel senso dell'esistenza di un difetto di condotta del medico, con lesione del diritto dell'assistito alla integrale tutela della propria salute ed alla propria autodeterminazione. Si potrà comprensibilmente obiettare l'impossibilità ad ammettere la colpa per grave difficoltà a dimostrare il nesso causale tra la condotta omissiva e il danno, nella direzione del "più probabile che non", ma, si converrà, anche che il recente trend dimostrato dalla sentenza di Cassazione, in termini di "perdita di chances", oltre alla, pur embrionale, possibilità di riconoscere la risarcibilità di un evento, per l'esistenza della sola violazione del diritto (a prescindere, dunque, le conseguenze di danno), apre scenari quantomeno interessanti, la cui evoluzione è ben difficile prevedere con certezza^{13,14}.

Alla luce delle richiamate premesse, semmai, vien da chiedersi, risalendo a ritroso la catena delle responsabilità individuali nel difetto di co-

noscenza, se davvero in circostanze siffatte sia da imputare al singolo, il mancato aggiornamento e, di conseguenza, la negligenza e l'imperizia che potrebbero connotarne la condotta. A nostro avviso, la lacuna comportamentale non dovrebbe pesare sul singolo operatore, indubbiamente, quantomeno, rassegnato e poco attento cultore della propria responsabilità, ma soprattutto sulle istituzioni che, per obbligo, dovrebbero adoperarsi nella preparazione, nella formazione e nell'aggiornamento del Professionista. Il riferimento è d'obbligo, all'Università e all'Ordine professionale, che ancora non sembrano affrontare l'argomento, con la dovuta e attenta premura. Appare strano, ad esempio, che in Regioni come la Toscana, ove i trattamenti complementari sono regolamentati all'interno della struttura del SSR, non si siano organizzati corsi ufficiali all'interno delle Scuole di Medicina e corsi post laurea dedicati alla acquisizione di specifiche competenze. Come appare inaccettabile che i medici di medicina generale e i pediatri di base non siano ancora puntualmente edotti, quantomeno, sullo stato dell'Arte di trattamenti complementari, mostrando il convincimento, errato, di erogare, ciononostante, una informazione sempre corretta ed esaustiva ai propri assistiti.

L'intervento, come si potrà notare, è intenzionalmente provocatorio; ma l'intento è del tutto positivo segnatamente volendosi richiamare le Istituzioni ai compiti precipi e preventivi che competono loro. Abbandonando, finalmente, l'errata metodologia secondo cui nel rifiuto di affrontare i problemi per il timore, forse, di non riuscire a dominare gli eventi, si privilegia una sorta di scelta agnostica che costringerà, prima o poi, la Magistratura ad occupare doverosamente il vuoto prodotto dalla latitanza istituzionale, trovandosi il medico, ancora, solo a rispondere di colpe che non sono o non dovrebbero essergli proprie. **TM**

¹³ GA. Norelli, La perdita di chance di guarigione come danno conseguente alla condotta medica omissiva. Rivista Italiana di Medicina Legale, Vol. 26, pp. 798-803, 2004.

¹⁴ GA. Norelli op cit., Buzzi F., Il Medico tra Scilla (La "Perdita Di Chances") e Cariddi (Gli "Interventi Compassionevoli), con l'incombente naufragio dell'accertamento Medico-Legale del nesso di causalità e della valorizzazione delle Linee Guida Riv. it. Medicina Legale (dal 2012 Riv. it. medicina legale e dir. sanitario), fasc.3, 2011, pag. 563.

LEGENDA

**SI RICORDA CHE È POSSIBILE ATTIVARE I LINK TRAMITE CODICE QR.
NELLA VERSIONE PDF, SCARICABILE DAL SITO DELL'ORDINE DI FIRENZE
O DALL'APP: ATTIVARE I LINK DOVE SONO PRESENTI I SEGUENTI SIMBOLI**



Codice QR - Rimando Link esterno con cellulare



URL - Rimando Link esterno



Sommarrio - Rimando pagina interno



E-mail - Rimando programma e-mail

MARIA SERENELLA PIGNOTTI

Periti e Magistrati

L'antitesi tra medicina forense e clinica!

Nel corso della mia attività medico-legale ho potuto rendermi conto di alcuni aspetti che ritengo pericolosi per le persone e la società e che si pongono, forse e addirittura, come vere e proprie "ingerenze" verso l'arte medica.

È invalso infatti il malcostume, a mio parere, nelle aule dei nostri Tribunali di *confondere l'ambito forense con quello clinico*, dimenticando le profonde differenze tra i due approcci e, soprattutto, il diverso fine delle due attività.

È essenziale ricordare che nel primo caso abbiamo un paziente che si rivolge a un medico, di sua libera scelta e col quale ha, evidentemente, un rapporto di assoluta fiducia. La volontarietà del ricorso alla valutazione medica ed al trattamento, che ha basi costituzionali, è garanzia della genuinità dei comportamenti, della sincerità della relazione che porta all'alleanza terapeutica fino ad obblighi ed impegni del tutto peculiari per il medico, quali ad esempio l'obbligo al segreto professionale con le sue brave esimenti dal dovere di rendere testimonianza in Tribunale.

Il paziente si sceglie il medico, si reca da lui spontaneamente, ha tutto l'interesse a essere sincero e ad aiutarlo a fare una corretta diagnosi ed una appropriata terapia.

Il successo darà soddisfazione ad entrambi. Tutto ciò vale anche in ambito pediatrico con la peculiarità che il pediatra si interfaccia anche coi genitori, ugualmente desiderosi della migliore alleanza possibile.

Completamente diversa la situazione della valutazione in ambito forense!

In Tribunale non si arriva per propria volontà ma per alterne e spesso difficili vicende. L'ambito valutativo ha il fine di far conoscere al Giudice la verità. I valutatori sono scelti dal Giudice e non dall'esaminato, che non è un paziente ma un cliente di qualcuno. Spesso l'esaminato ha tutto l'interesse ad apparire bene anche a spese della coerenza con la realtà e, quindi, diventa un mistificatore, anche bugiardo ed attore. Ambisce ad apparire al meglio forzando verità parziali, bugie e mistificazioni. Ciò che ritiene controproducente a se stesso, non verrà riferito. Il buono, enfatizzato.

Tutto ciò dovrebbe bastare a comprendere come non ci si dovrebbe mai basare su valutazioni ordinate dal Tribunale per prescrivere terapie e trattamenti per l'enorme potenziale di errore che tali valutazioni portano con sé. I CTU sono alleati della Giustizia, non del paziente.

La difficoltà per il Tecnico del Tribunale è infinita, se veramente vuole fare il suo lavoro!

Ma tale lavoro, che può essere peculiare nell'ambito penale dinanzi ad assassini, malviventi ecc., viene applicato con molta spavalderia nel diritto di famiglia, laddove i problemi sono di tipo molto diverso e spesso coinvolgono bambini.

In sostanza, a mio parere, il Tribunale ed i suoi periti stanno ponendosi *in antitesi col lavoro dei medici e con il sistema di assistenza sanitaria* che procede per percorsi diagnostico-terapeutici studiati e validati.

In particolare, la insensibilità di periti, consulenti ed anche magistrati verso questo aspetto del problema, ha portato ad esporre bambini a situazioni che io ritengo gravi e degne di approfondimento.

Ecco di seguito alcuni esempi.

- Ragazzo che, dopo una separazione dei genitori all'età di 3 anni, giunge, addirittura a 14 anni durante la 3° CTU, alla *diagnosi di disturbo dello spettro autistico*. E, dietro mia pressante istanza, si riesce a far suggerire al Giudice di riferirlo al centro apposito per la diagnosi, cura e assistenza a questi soggetti della sua zona, come da Linee guida nazionali. In sostanza, il bambino rimbalzava da assistente sociale, ad educatore, a CT con le solite superficiali ed inesistenti diagnosi di "conflittualità genitoriale", "madre iperprotettiva" ecc. sorvolando totalmente sul capitolo in questione, che lo affliggeva.

- Bambino di 4 anni e 1/2 che il padre rifiuta di sottoporre a visita specialistica nonostante le richieste pressanti del pediatra, di una neuropsichiatra infantile che lo ha visto incidentalmente e di un ennesimo neuropsichiatra che ne ha visto i disegni e raccolto la storia. Tutti, ed io pure come consulente tecnico, prospettano il medesimo disturbo (*spettro autistico*). Conclusione: otteniamo la visita medica ma da un ennesimo perito iscritto all'albo che giura in Tribunale e vede il bambino per poi riferire al Giudice. Non siamo riusciti in alcun modo ad inviarlo al servizio di Neuropsichiatria Infantile (NPI) del suo territorio. A tutt'oggi è chiuso nel suo mutismo elettivo e non si è arrivati ad alcuna diagnosi.

- In un preciso caso la CTU, una psicologa, in piene operazioni peritali suggerisce al padre di denunciare la Neuropsichiatria Infantile che ha visto (in urgenza) sua figlia ed il padre, che si oppone alle visite mediche della figlia, lo fa immediatamente. (la Neuropsichiatria Infantile poi è stata sottoposta a giudizio dal suo Ordine ed assolta).

- La stessa CTU, stesso caso, scrive in perizia a



Maria Serenella Pignotti. spec. in Pediatria e Med. Legale Master di II livello in Bioetica. Perfezionata in Terapia Intensiva Neonatale e Neurologia Neonatale. Neonatologo c/o AOU Meyer, Careggi, Ospedale Torregalli, Empoli. Commissione Ministeriale Salute delle Donne. Insegnamento presso Univ. di Firenze.

chiare lettere che **la pediatra è incompetente e non può esprimere valutazioni sullo stato di salute psichica della bambina.**

- Bambino di 8 anni sottoposto a ben 4 CTU (tre psicologi ed una laureata in filosofia, con corsi privati successivi...) che in visita da me racconta con dovizia di particolari le botte e gli abusi del padre ed, al quale, al solito, il padre nega il consenso alla visita medica. La pediatra, da ANNI chiede una valutazione NPI ed anche un dermatologo ed i medici del pronto soccorso. Mai ascoltati!

- Bambino di 4 anni la cui madre fotografa lesioni cutanee con buona probabilità da percosse: ematomi sottoungueali, dermatite escoriata bilaterale alle natiche, lesioni perfettamente rettangolari alla faccia laterale delle gambe ecc. la perizia affidata ad un psicologa che dichiara che tali reperti *"non sono di sua competenza ma medico-legale e pertanto non li esaminerà"*. Il consulente tecnico conclude per un disturbo dell'attaccamento madre/figlio (la madre è iperprotettiva). Nè la psicologa, nè il Pubblico Ministero ritengono di affidare l'incarico ad un medico legale o in alternativa ad un pediatra esperto in abusi. Archiviazione del procedimento, nonostante il bambino raccontasse a tutti delle continue percosse paterne.

- Bambino di 8 anni, sovrappeso. Il pediatra non è preoccupato: la mamma è brava, nonostante le 3 CTU nessuno ha mai messo in discussione la genitorialità materna e quindi la custodia alla madre. Il pediatra dà consigli ma non propone interventi, tanto meno la invia a gradini più alti di assistenza. Una zelante assistente sociale invia, comunque, il bambino in ospedale da un endocrinologo pediatra, evidentemente ritenendo l'agito materno non sufficiente ed il pediatra non competente. L'endocrinologo *ulteriormente tranquillizza* madre ed assistente sociale e conferma quanto detto dal pediatra. Chiede alla madre un diario alimentare, effettua esami ematici. Un mese dopo, nelle conclusioni consiglia il medesimo diario alimentare, attività fisica e rimanda ad un controllo a tre mesi! La assistente sociale non attende neanche il referto e, sostenendo che il bambino è a grave rischio di diabete, chiede, **in urgenza l'allontanamento dalla madre.** Ella viene, purtroppo, ascoltata dal Giudice. Dal padre, dove il bambino NON vuole stare, ma le volontà dei bambini non vengono neanche prese in considerazione, il piccolo perde 6 kg in 6 mesi e, addirittura 8 in un anno, contro tutte le raccomandazioni della Pediatria, ma l'assistente sociale è soddisfatta. Si consideri che il bambino è depresso, ha pensieri suicidari gravi. È in psicoterapia e sotto valutazione di fiumi di "educatori", ordinate dagli svariati Giudici, su istanza di 4 CTU di volta in volta interpellati. Ne ho chiesto, in urgenza, il riferimento al servizio di Neuropsichiatria Infantile del territorio ... richiesta inascoltata!

- Stesso bambino. Si legge nella relazione dei servizi sociali che il bambino essendo sovrappeso è a gravissimo rischio di diabete... "infatti il padre ha più volte detto che il bambino beve tanto e fa tanta pipì" mentre la madre sottovaluta il problema (come del resto pediatra e endocrinologo).

L'evidente confusione tra diabete tipo 1 e tipo 2 con la banalissima variabile della perdita di peso nel tipo 1, rende ragione dell'incompetenza e della ignoranza culturale di molti personaggi cui si lascia possibilità di parola e, purtroppo, di azione.

- Due bambini di 5 ed 8 anni, portati via, all'improvviso, alla madre due giorni prima di Natale, inseriti in un istituto, con sintomi di tutti i tipi, somatici e psichici, vengono visti in urgenza dal pediatra di famiglia che *ne certifica lo stato di estremo malessere e di sofferenza.* Il Giudice, su istanza del servizio sociale, mantiene i bambini in comunità, ordinando che non siano più visti dal **loro pediatra!** Ed impone il cambio di medico, senza neanche averlo sentito.

Questa è la situazione, e solo per fare degli esempi!

A mio parere, nelle storie di questi bambini è evidente la volontà di tenere la medicina al di fuori della vicenda. Volontà evidente nei fatti, ma anche nelle parole.

Ma del resto tale posizione era evidente anche nella fase di lavoro per le Linee Guida sull'abuso sessuale nell'infanzia, nelle Linee Guida per l'ascolto del minore, nelle Linee Guida, per la redazione delle quali non risulta siano stati MAI coinvolti nè FNOMCeO nè Società Italiana di Pediatria.

Il problema è grave, probabilmente anche nell'ambito dell'adulto, ma mi preme qui sottolineare che questi bambini, una volta entrati nelle maglie di un sistema così strutturato, perdono il diritto alla valutazione e la continuità delle cure del loro pediatra. Non hanno più diritto all'assistenza medica visto che spesso genitori (soprattutto padri) e Giudici negano loro l'accesso alle cure del sistema sanitario nazionale e per anni preferendo riferirli ai loro periti, molti dei quali ben lontani dal SSN.

Perdono l'assistenza graduale ed a livelli che, con tanto lavoro, è stata organizzata per accedere invece, nei modi più imprevedibili ed impensabili, a livelli diversi di assistenza **con danno non solo loro, ma dell'intero sistema sanitario nazionale.**

Questi bambini, presentano segni e sintomi riconducibili a quadri nosografici neanche conosciuti dai professionisti che lavorano nei Tribunali e che confondono diabete tipo 1 con diabete tipo 2 o l'autismo con una sindrome da stress legato al divorzio dei genitori. Nè sono a conoscenza che esistono Linee Guida e protocolli nazionali per la cura e la abilitazione di particolari tipi di bambini, ad esempio quelli affetti da disturbi dello spettro autistico.

Vengono sottoposti ad una quantità infinita di valutazioni da parte di operatori diversi ognuno dei quali lavora per sè, sottoposti a test psicodiagnostici interminabili e sulla cui valutazione etica ci sarebbe molto da dire. Per venire anche, forzati a suon di minacce a soggiacere a schedule e terapie: *"se non fai così non rivedrai più la mamma"*, *"se ti opponi, il Giudice chiama la polizia"*, *"se continui a dire queste cose finirai in comunità"*, creando di

fatto una vera e propria, incredibile violenza psicologica che avrà come esiti gli stessi del maltrattamento.

Tutto ciò mette anche a serio rischio i ragazzi più grandi che rispondono, alla fine, con violenza ed aggressività scappando dai luoghi dove possono venire rinchiusi. Sono notizie frequenti le fughe dalle case famiglia o dal genitore con cui non vogliono stare, e purtroppo, le notizie riportano anche decessi.

Sono bambini che non hanno più il loro "avvocato" come il Prof Bartolozzi intendeva i pediatri. In cui i segni del maltrattamento vengono scambiati per "parla male del padre".

Io *ravvedo veramente la volontà di tenere i bambini lontani dai pediatri*; di costruire una sorta di medicina parallela, che va per la sua strada come *ravvedo anche un evidente abuso di professione da parte di psicologi, assistenti sociali e persino magistrati* che continuano ad imporre terapie psichiche, mal definite, senza senso ed anche, a volte, controindicate, con costi gravissimi, economici e umani, senza averne la competenza che, invece, per istituto sociale appartiene al medico.

Tutto ciò va, inoltre, fuori dalle Linee Guida e dai Percorsi Assistenziali, che, con tanta fatica, abbiamo progettato e cerchiamo di diffondere e seguire a tutto beneficio del paziente e del sistema sanitario nazionale.

In sostanza ritengo che occorra aprire un mo-

mento di dialogo e confronto ribadendo il ruolo del medico e, nello specifico del pediatra, i confini di azione degli altri operatori, psicologi in prima linea, assistenti sociali a seguire e, non per ultimi Magistrati che devono comprendere che la medicina si fa negli ambulatori e negli ospedali, non nei Tribunali. Che la base del buon esito della terapia è, innanzitutto, un corretto iter diagnostico che non può essere quello svolto nelle aule di udienza ma costruito su una corretta relazione medico/paziente, sull'ausilio del laboratorio, delle indagini diagnostiche e sul conforto dei colleghi. Che la terapia non si inventa, nè esiste una panacea che vada bene per tutti ma essa deve essere indicata, appropriata, approvata, seguita e discussa tra colleghi oltre che basata su una sana e corretta compliance che non può certo essere quella di chi è obbligato, per decreto di un Giudice, a subire un trattamento!

Un tale tipo di impostazione fa bene solo al portafoglio di consulenti e professionisti privati e priva i bambini e gli adulti del loro, costituzionalmente garantito, diritto alla salute, alla cure della migliore medicina possibile ed allo specialissimo rapporto col proprio medico, nel caso dei bambini, col loro pediatra.

TM

Info: maria.pignotti@meyer.it

ORDINE DI FIRENZE

E-mail e PEC:

presidenza@ordine-medici-firenze.it - informazioni@ordine-medici-firenze.it
 amministrazione@ordine-medici-firenze.it - toscanamedita@ordine-medici-firenze.it
 relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it
 segreteria.fi@pec.omceo.it - presidenza.fi@pec.omceo.it - amministrazione.fi@pec.omceo.it

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Commissione Odontoiatri:

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

Consulenze e informazioni:

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

Newsletter:

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

Info: Via Giulio Cesare Vanini 15 - 50129 Firenze - Tel. 055 496 522 - Fax 055 481 045
 Sito Internet: www.ordine-medici-firenze.it

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



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

MAURO BARNI

La perizia medico-legale tra evidenze scientifiche e supponenze tradizionali

Nel tormentato percorso della dialettica giudiziaria verso la necessaria affermazione di una acquietante (?) verità processuale (o, meglio, verso una verità processuale "certa" se resistente ad ogni ragionevole dubbio), è ormai ritenuto anche in Italia sempre meno affidabile il ricorso alla autorevolezza accademica, alla esperienza, alla saggezza del Giudice che riassume e valorizza l'acquisito repertorio delle apparenze fattuali, sottraendolo a visioni spesso nebulose, talora fuorvianti e purtroppo esposte non eccezionalmente a ottiche "partigiane" e mediatiche.

Dalle riforme procedurali dell'ultima stagione del novecento, che portarono ad un coraggioso ma azzardato viraggio verso il rigore sostanziale dominante nel *trial di common law*, abbandonando (non solo a parole) il culto della suggestione e del "buon senso" e il comodo primato del prestigio (e della facondia) degli interpreti, è trascorso ormai il ragionevole tempo di una attesa che doveva tradursi nella adozione di nuove mentalità e di metodologie condivise e trasparenti: il che avrebbe positivamente influito soprattutto sul vasto repertorio *medico-legale* dei procedimenti, paradossalmente e quasi emblematicamente coinvolgenti *tutta* la professione medica nei molteplici ruoli di consulenza o di coinvolgimento giudiziario diretto.

Quella che più è mancata è la crescita del concetto di *prova* tecnica specificatamente biologica, già confidata alla sola capacità interpretativa, culturale ed esperienziale e a una criteriologia di bassa lega pigramente utilizzata dal perito medico-legale (e conseguentemente dal Giudice, per definizione equanime e saggio in quanto *peritus peritorum*) ed ormai è da assegnare alla forza e alla maieutica delle *evidenze*. Già il grande penalista Giuliano Vassalli riconosceva il significato di prova alle oggettività scientifiche, quasi sempre attingibili, che presuppongono peraltro una eccellente *dimostrazione* prima che una soggettiva interpretazione e, naturalmente, una capacità tecnica ed una vera penetranza analitica, come è occorso in tutti gli ambiti della medicina diagnostica con il conforto ormai imprescindibile di linee-guida, quanto più conformi al progresso delle

conoscenze. Se in campo curativo, dunque, il ricorso alle guide di percorrenza nella gestione clinica ne esige una logica armonizzazione tanto con la sapienza e la coscienza del professionista quanto con l'autonomia della persona, in campo medico-legale si impone invece, come immediato e traente, il rapporto tra atto "diagnostico" e suo riferimento al fatto di interesse giuridico, guidato *necessariamente*, anche se non passivamente, dall'indicatore scientifico neutrale che apra la strada verso le evidenze, fermo restando che non si debbono tralasciare i classici legami tra scienza e diritti della persona proprio in un ambito ove bioetica e deontologia non hanno rinnegato (né lo potevano) la "coltura" di una dottrina e di una prassi risalente a Zacchia, se non addirittura a Ippocrate. È essenziale, soprattutto che nei processi a contenuto biologico e in quelli «*contra medicos*» non prevalgano le "convinzioni" apodittiche, le clausole di coscienza, le suggestioni mediatiche (ormai dispensate "porta a porta") e tanto meno il contingente squallore dei riti cartacei e la resistenza di arcaici saperi e di presunti valori.

In pratica, ben poco è avvenuto per garantire, ad esempio, l'affidamento di consulenze complesse a medici realmente esperti e sicuri, anche per dotazione e accesso agli essenziali presidi tecnico-scientifici. Eppure se ne discute da molti decenni! E ancor meno si è fatto per convincere non solo i magistrati sulla essenza e la dominanza probativa del dato evidenziale e per esigere una corretta produzione e una leggibile rivelazione delle evidenze scientifiche rese comprensibili e non certo dirette a favorire un chimerico "tribunale della scienza" bensì ad assicurare epifanie di dati tecnici tenuti alla stregua di parametri d'equità.

È ben vero che qualche atto di buona volontà è intervenuto nell'ultimo decennio anche nel settore che in questa sede più interessa, quello cioè correlato all'*errore medico*:

- a) la legge Balduzzi di due anni fa (ormai pressoché disattesa) che attenua la colpa del medico indagato allorché abbia fatto ricorso a non meglio definite *linee guida* scientificamente accreditate;

b) l'inserimento nel Codice di Deontologia Medica del dovere (art. 64) di conoscenza specifica del medico legale prescelto come consulente, che deve richiedere, se necessario, la collaborazione di altro medico (o biologo, o clinico, ecc.) peculiaramente esperto nelle tecniche e nelle valutazioni necessarie per la ricerca e la soluzione di specifiche indagini.

Da qualche anno, del resto, la dottrina medico-legale ha prodotto studi e insegnamenti sulla esperibilità di un connubio coerente e severo della valutazione medico-legale con la prova scientifica, un connubio che, se tradito o disatteso, non può sorreggere una vera giustizia. E ciò appare molto grave se si pensa che altrove la valutazione presuppone anche un apprezzamento scalare delle evidenze e se ben si ascolta la voce del giurista, non solo anglosassone, che reclama una nuova attenzione del Giudice nella preliminare scelta del perito e nella costruzione documentata della certezza processuale.

Non potrà comunque sfuggire, all'estensore della programmata riforma del nostro processo e, in particolare, della nostra procedura il fatto che l'attuale incertezza sul ruolo della scienza e della formazione scientifica del medico legale da arruolare nel procedimento nuoce allo svolgersi severo delle vicende forensi (come i delitti di sangue e la "colpa" medica) e, in definitiva, al prestigio giudiziario.

Per superare quest'insieme di carenze e di rinunce, particolarmente apprezzabile è pertanto il fervore scientifico di una fertile scuola medico-legale italiana¹ che ritiene «improcrastinabile nell'interno dell'area medicolegale, un'operazione di decostruzione d'una scienza basata sulla esperienza personale, su pigre adesioni

ad obsolete teorie, su diagnosi di esclusione, per introdurre la logica delle *evidenze*, ottenute con metodo scientifico», la sola risorsa che potrà esser funzionale al contrasto processuale «offrendo ancoraggi certi alla relativa dialettica, sensibile ma non succube alle insidie del dibattito». Naturalmente, si raccomanda «la sistematica valutazione del peso delle evidenze» nel quadro di un accreditamento scientifico, *a monte condiviso*. E già esistono autorevoli scale di *rating*.

Quando la medicina legale auspicava (e cito fra tutti il maestro fiorentino Vittorio Chiodi) la *specializzazione* del Giudice per la corretta lettura ed interpretazione dei dati offerti dalla medicina legale e per la buona misurazione del grado di attendibilità processuale delle oggettivazioni spesso sommarie e delle aggettivazioni immerse in un linguaggio descrittivo non sempre eccellente, tutto era molto più semplice per una attività peritale che non conosceva l'umiltà.

Oggi la *specializzazione* si impone invece ad ogni livello e la prassi è auspicabilmente scandita da parametri che impongono "scalarità" dimensionale e significatività dei prodotti destinati ad «un Giudice peraltro consapevole di aver assimilato indirizzi corretti (scelta del perito, formulazione dei quesiti), ispirati a razionalità scientifica e sorretti da metodologia operativa «generalmente e modernamente accettata».

Non sarà semplice arrivare a tanto; ma già la consapevolezza del percorso da seguire potrà rafforzare la collaborazione tra operatori della scienza e del diritto, che convince e appassiona se offre risultati pregevoli e coerenti, quali, ad esempio, quelli relativi alla oncogenesi professionale e alla genetica forense. **TM**

Info: topcopysnc@virgilio.it

¹ Cfr. il recente contributo di Fineschi e Coll. sulla *Rivista Italiana di Medicina legale: Patologia forense, ricerca scientifica ed esplicitazione delle evidenze: affinità elettive o connubio tradito?*, che riassume il lento prevalere delle ragioni della scienza nella gestione del processo e segnala, in proposito la più autorevole dottrina di livello internazionale e il contributo di un grande impegno e di un fertile magistero.



EDIZIONI TASSINARI

STAMPA DA NOI IL TUO LIBRO

L'EDITORE DI TOSCANA MEDICA OFFRE PREZZI OTTIMI PER I MEDICI
Inviare le caratteristiche, il numero di pagine e copie, riceverete il preventivo / Stampiamo anche ricettari, carta da lettere e biglietti da visita

ULTIME NOVITA!

RILEGATURE
ARTIGIANALI
IN CARTONATO



STAMPA SU TESSUTO

NOVITÀ EDITORIALI

Trattato di podologia
Suddiviso in due volumi

È un'opera originale che consente di cogliere, nella sua estensione, lo spazio affidato alla responsabilità del moderno Podologo garantendo, con una rigorosa competenza, la soluzione dei casi anche complessi.



Manfredo Fanfani Un radiologo in casa Medici

*Seconda Parte
(Prima Parte nel numero precedente)*

LORENZO IL MAGNIFICO: "VASO DI OGNI VIRTÙ". (1449-1492) Giorgio Vasari (1511-1574); Firenze, Galleria degli Uffizi

Le prime notizie di "doglie" ad un piede di Lorenzo si hanno nel 1485, aveva 36 anni. Si parlò subito di gotta, che avrebbe poi interessato anche le articolazioni delle mani secondo un quadro di reumatismo deformante. I disturbi di Lorenzo ebbero un inizio assai più precoce se nel 1474, a soli 25 anni, le cronache lo danno già assiduo frequentatore dei bagni termali. La malattia di Lorenzo, che spingeva a consigliare quelle acque, era verosimilmente legata ai precoci segni del male di famiglia: l'uricemia. Nel 1488, all'età di 39

anni, Lorenzo si scusava con il pontefice Innocenzo VIII di non potergli scrivere di persona perché "impedito in una mano dalla gotta". Doveva trattarsi proprio di quella mano destra, rappresentata già alcuni anni prima con aspetto sofferente nel fedele ritratto del Ghirlandaio, nell'affresco "La conferma della regola". All'esame radiografico la testa omerale appare sovrastata dal trochite, aumentato di volume, con sporgenze ossee di aspetto osteofitico. Sembra che, in vita, i movimenti dovessero essere ridotti.



Radiografia dell'omero di Lorenzo il Magnifico aumento di volume del trochite, che sovrasta la testa omerale e presenta sporgenze ossee di tipo osteofitico, assai pronunciate.



In questa immagine postuma di Lorenzo, il Vasari non descrive alterazioni delle mani, che rappresenta esili e snelle. Mette viceversa in risalto che Lorenzo era "nelle spalle largo", ovvero aveva "omeri ampi", collo corto e naso depresso, secondo quanto riferito dai cronisti dell'epoca.

Basilica di San Lorenzo, La sagrestia Nuova, sarcofago di Michelangelo con i resti di Lorenzo il Magnifico e di Giuliano de' Medici.

Sopra la tomba di Lorenzo il Magnifico e del fratello Giuliano, ucciso durante la congiura de' Pazzi, è posta la statua della Vergine con bambino, di Michelangelo.

Ai lati i Santi Cosma e Damiano, patroni di Casa Medici. I due santi sembrano supplicare la Madonna, raffigurata con espressione di pena e di tristezza profonda.



Radiografia delle ossa del piede con immagini di osteoartrite erosiva.





Domenico Ghirlandaio (1449-1494):
 La conferma della regola francescana, Cappella Sassetti,
 Firenze, Chiesa di S. Trinita.
 La scena è ambientata in Piazza della Signoria, S. Francesco
 riceve l'Ordine francescano da Papa Onorio III.
 La scelta di Firenze per la cerimonia ha un significato
 promozionale per Casa Medici.

Di Lorenzo il Magnifico ci è pervenuto un solo ritratto contemporaneo autentico e databile, quello del Ghirlandaio nell'affresco "La conferma della regola", presentata a grandezza naturale. Il ritratto sembra anticipare quell'infermità della mano destra che i cronisti renderanno poi di pubblico dominio. Tutte le altre immagini di Lorenzo sono ricostruzioni postume, comprese quelle bellissime del Bronzino e del Vasari nella Galleria degli Uffizi. L'opera del Ghirlandaio ebbe inizio nel 1482, terminò nel 1485, in questo ritratto, il suo migliore, Lorenzo aveva fra i 33 e i 36 anni. L'Artista pone grande attenzione nella

descrizione di ogni minimo particolare somatico dei suoi personaggi, dalla sua opera emergono così caratteristiche dell'aspetto poliedrico della personalità del Magnifico: fu di "omeri ampi", ovvero "nelle spalle largo"; corpo solido e robusto, collo corto, naso depresso. La faccia era di colore olivastro e piena di umana dignità che, a chi lo guardava, induceva reverenza. A confermare l'attenzione ritrattistica del Ghirlandaio sta la fedele riproduzione, ricca di particolari, dell'immagine di Francesco Sassetti, alla sinistra di Lorenzo. Il Sassetti è raffigurato nel consueto gesto del dito indice della mano destra proteso nell'indicare i tre figli maggiori, in piedi di fronte a lui, sul lato opposto della scena. Non è privo di significato che Lorenzo indichi, viceversa, i personaggi che stanno salendo la scala con la mano sinistra aperta, un gesto meno consueto; questa mano, raffigurata in primo piano, appare esile e snella. La mano destra, viceversa, è raccolta sul petto, e mostra evidenti segni di sofferenza.



Matteo Franco
(Maestro)

Luigi Pulci
(Poeta)

Giovanni
(Futuro Papa Leone X)

Piero
(Il fatuo)

Agnolo Poliziano
(Istitutore)

Giuliano
(Futuro duca di Nemours)

Nel particolare sono raffigurati, mentre salgono le scale, i figli di Lorenzo: il primo, Giuliano, futuro Duca di Nemours, di soli 5 anni, rivolge verso lo spettatore i suoi occhi curiosi ed il viso fresco, fedele alle descrizioni che ne venivano date: "vivolino e freschellino com'una rosa, lieto e tutto contemplativo". Accanto a lui l'istitutore Agnolo Poliziano. Alle spalle di Giuliano il fratello maggiore Piero, detto "il fatuo", con fare distratto ed aria di sufficienza, compreso

nel suo ruolo di primogenito. Segue il piccolo Giovanni, futuro Papa Leone X, raffigurato ancora con i biondi e lunghi capelli che di lì a poco, il 1° Giugno 1483, all'età di 7 anni e mezzo, riceveranno la "tonsura", segno tangibile di quella dignità che lo avrebbe avviato alla carriera prelatizia. Concludono il corteo altri due personaggi intimi del Magnifico, il maestro Matteo Franco ed il poeta Luigi Pulci.



Antonio Pucci Lorenzo il Magnifico Francesco Sasseti Tommaso Sasseti

Il Sasseti è raffigurato nel consueto gesto del dito indice della mano destra proteso ad indicare i figli maggiori di fronte a lui. Lorenzo, viceversa, accenna ai personaggi che salgono le scale con la mano sinistra aperta, gesto indicativo meno abituale; la mano, raffigurata in primo piano, appare normalmente conformata. La mano destra, raccolta sul petto, si presenta viceversa tozza, con nocche sporgenti e tumefatte. Si tratta di una realistica anticipazione di quella infermità "ad una delle mani" che i cronisti renderanno poi di pubblico dominio e che, come sottolineava con rammarico lo stesso Lorenzo, gli aveva impedito di scrivere con mano propria a Papa Innocenzo VIII. Raccontano i cronisti: "uscito da Palazzo della Signoria un mattino del gennaio 1489, quattro giorni dopo il suo 40° compleanno, Lorenzo fa un cenno con il suo ormai gottoso braccio per far tacere la folla".



L'opera del Ghirlandaio è ricca di particolari somatici e non trasalaccia la descrizione del cranio di Francesco Sasseti, bombato e con i capelli rasati, perfettamente aderente al modello reale. Sono altresì riprodotti fedelmente una grossa verruca, che sporge sulla fronte, e piccoli nei in prossimità del naso, sulla guancia e sul margine superiore del lobo dell'orecchio.



Le alterazioni della mano destra di Lorenzo sono rese ancora più evidenti dal confronto con la sua mano sinistra, esile e snella, e con le vicine mani dell'ormai anziano Antonio Pucci, alla sua destra; ben cinque mani sono raffigurate in un ristretto spazio, quasi un invito alla comparazione.

GIULIANO DE' MEDICI DUCA DI NEMOURS (1479-1516)
Alessandro Allori (detto il Bronzino) (1535 – 1607): Firenze, Galleria degli Uffizzi



Nel ritratto la mano sinistra di Giuliano appare più rigida della mano destra, l'ultima falange del dito indice sembra tagliata.

Le mani sono disegnate con cura, pertanto non si può trattare di una semplice "offesa al disegno" ma di una realistica descrizione di una permanente deformità fisica di cui i cronisti dell'epoca avevano già parlato. Tale deformità poteva consistere nella mancanza dell'ultima falange o in una sua permanente flessione, conseguente ad una lesione ossea. Le radiografie della mano sinistra mostrano l'esistenza di fratture consolidate del II e III metacarpo con anchilosi fra IV metacarpo e I falange del dito anulare.

La mano sinistra di Giuliano era stata pertanto oggetto di importanti lesioni ossee ed articolari, con conseguenti alterazioni funzionali permanenti anche se, a dire dei familiari, avrebbero portato deformità ma solo "poco impedimento". Forse intenzionalmente l'Artista ha voluto sottolineare, con il delicato atteggiamento della presa di una lettera con la mano destra, la perfetta funzionalità di questa mano. Cardinali e nobili famiglie chiedevano con insistenza notizie sullo stato funzionale di quella mano.



RADIOGRAFIA DELLA MANO SINISTRA



- I^a falange del dito indice
- II metatarso con esiti di frattura
- III metatarso con esiti di frattura
- IV metatarso anchilosato col I^a falange dell'anulare
- V metatarso

Michelangelo (1475 – 1564):
Sepolcro di Giuliano de' Medici duca di Nemours, con le sculture allegoriche della Notte e del Giorno, Sagrestia Nuova, Basilica di San Lorenzo, Firenze.

La scultura sovrastante il sepolcro raffigura Giuliano de' Medici. È suggestivo il risalto dato da Michelangelo a quel discusso dito indice della mano sinistra di Giuliano, raffigurato nella sua integrità, e nel delicato atteggiamento di stringere una moneta fra pollice e indice, si è detto a voler simboleggiare la generosità, ma realisticamente era un modo per voler ignorare anche

quel "poco impedimento", riferito dai cronisti. In realtà Michelangelo non si è mai curato di modellare fattezze autentiche dei suoi personaggi. Nei ritratti dell'epoca, sia Giuliano che Lorenzo duca di Urbino, avevano infatti altra fisionomia ed erano barbuti, amava tuttavia le simbologie e le allegorie, verosimilmente, un omaggio postumo all'amico Giuliano e alla funzionalità di quella mano che tanto aveva preoccupato le famiglie e l'opinione pubblica. Michelangelo viveva come un figlio in casa di Lorenzo il Magnifico ed aveva vissuto in prima persona le preoccupazioni e gli stati d'animo della famiglia per quell'incidente.

Continua nel prossimo numero...



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". Dipartimento di medicina sperimentale e clinica, Università di Firenze. Direttore del sito web "www.saluteinternazionale.info".

GAVINO MACIOCCO

Un programma di governo della sanità in 4 punti

L'Italia è uno dei paesi dell'OCSE che ha maggiormente subito la riduzione della spesa sanitaria. È da quattro anni che la spesa sanitaria pubblica italiana rimane bloccata o arretra. Il 2015 doveva essere l'anno del rilancio per la sanità italiana: il Patto per la salute siglato tra Governo e Regioni lo scorso luglio prevedeva infatti per il 2015 un incremento del fondo sanitario nazionale di circa 2 miliardi e un incremento ancora maggiore per il 2016. Ma la legge di stabilità ha gelato le aspettative imponendo alle Regioni un taglio di oltre 4 miliardi di euro. Il presidente del Piemonte Sergio Chiamparino parlò allora di una misura insostenibile e della rottura di un patto d'onore¹.

I tagli di oltre due miliardi di euro a carico della sanità che si aggiungono a una serie di provvedimenti che negli ultimi anni hanno gravemente impoverito il sistema sanitario italiano: *"Occorre ricordare che il settore sanitario ha subito tagli cumulati per circa 31,7 mld e che ove il Governo non avesse dato corso alla Sentenza Costituzionale n. 187/2012 (in materia di misure di compartecipazione alla spesa sanitaria) i tagli sarebbero stati maggiori fino a arrivare "solo" a circa 35,7 mld"*: questo si legge nel parere espresso dalla Conferenza delle Regioni lo scorso 10 dicembre.

Ciò che colpisce in questa vicenda non è solo l'entità e la persistenza della riduzione delle risorse a disposizione del bilancio pubblico della sanità, è anche il silenzio, quasi l'indifferenza, con cui il governo e le stesse regioni (a parte qualche protesta di facciata) accompagnano questi provvedimenti. Si adotta senza battere ciglio la politica dei ticket, dei tagli e degli esuberanti, la stessa raccomandata dalla Troika (Fondo Monetario Internazionale, Unione Europea, Banca Centrale Europea), di cui si paventa continuamente l'intervento. In Spagna e Inghilterra le politiche di austerità sono state accompagnate da riforme radicali del sistema sanitario: nel primo paese il sistema universalistico è stato sostituito con uno assicurativo (ritorno alle mutue), nel secondo è stata smantellata l'intera infrastruttura pubblica del NHS (come se da noi si abolissero ASL e Regioni). In Italia non si procede in riforme così radicali e regressivo perché nessuno avrebbe la forza politica di sostenerle, e insieme si assiste all'incapacità di aggiungere alle misure di austerità un qualche ragionamento sensato di politica sanitaria. Esiste invece un'agenda neanche

tanto nascosta per allontanare dal Servizio sanitario nazionale fasce crescenti di utenza (causa ticket sempre più elevati e sempre più lunghe liste di attesa), per trasferire l'offerta dal settore pubblico a quello privato e per creare, alla fine, le condizioni per un ampio ricorso alle assicurazioni sanitarie. E solo quando lo smottamento si sarà trasformato in una frana rovinosa si farà anche la riforma di sistema. Basta continuare con i tagli, e aspettare.

Secondo l'indagine conoscitiva del Senato della Repubblica, Commissione Igiene e Sanità, sulla sostenibilità del SSN, presentata a fine febbraio dai relatori D'Ambrosio Lettieri e Dirindin, il finanziamento del SSN ha subito rilevanti tagli e non è in grado di sopportare ulteriori restrizioni finanziarie, pena un ulteriore peggioramento della risposta ai bisogni di salute dei cittadini e un deterioramento delle condizioni di lavoro degli operatori. Ciò non significa che il sistema non presenti inefficienze e sprechi su cui intervenire con decisione: si può anche spendere meno spendendo meglio, effettuando un'attenta revisione delle prestazioni erogate, acquistando solo ciò che produce salute, ovvero ciò che rappresenta la soluzione terapeutica e tecnologica più appropriata e che garantisce maggiore sicurezza per il paziente².

Un programma in quattro punti per combattere la crisi

La mancanza di un programma del governo su come gestire le ormai croniche misure di austerità rende ancora più grave e caotica la situazione nelle singole regioni, ognuna con le sue soluzioni o pseudosoluzioni (vedi megafusioni delle asl), ma alla fine si cadrà sempre lì: aumento dei ticket, tagli del personale, riduzione indiscriminata dei servizi. Eppure, se vi fosse la volontà politica, non sarebbe difficile proporsi l'obiettivo di tenersi stretto un servizio sanitario nazionale equo e di qualità, pur in presenza di risorse scarse.

Quello che proponiamo in questo articolo è un programma in quattro punti. Quattro punti rigorosamente *evidence based*. Tra le varie fonti da cui attingere utili informazioni segnaliamo un documento molto istruttivo dal titolo *"Reforming health systems in times of austerity"* pubblicato dall'*European Public Health Alliance*³.

Il suggerimento dei primi due punti proviene paradossalmente dal programma elettorale del



¹ <http://www.saluteinternazionale.info/2014/10/il-patto-stracciato-e-lidea-shock-di-rossi/>

² <http://www.saluteinternazionale.info/2015/03/lindagine-parlamentare-sulla-sostenibilita-del-servizio-sanitario-nazionale/>

³ <http://www.eph.org/a/5694>

governo conservatore inglese che – dopo aver giudicato un enorme errore la riforma da poco introdotta – cerca di correre ai ripari.

La priorità alla prevenzione

“Se la nazione fallisce nell'affrontare seriamente la prevenzione allora i recenti progressi nella speranza di vita sana si arresteranno, le disegualianze nella salute si allargheranno e la nostra capacità di finanziare terapie innovative sarà annullata dalla necessità di spendere milioni di sterline in malattie completamente evitabili”, quindi afferma il documento del governo inglese: *“La salute futura di milioni di bambini, la sostenibilità del NHS, e la prosperità economica dei cittadini britannici dipende ora da un radicale potenziamento della prevenzione e della sanità pubblica”.*

Segue un elenco di proposte: dalla lotta all'obesità, al fumo, all'alcol alle misure per migliorare la salute nei luoghi di lavoro e di contrasto alla disoccupazione (causa di disagio mentale e di malattie)⁴.

“Le malattie croniche – in particolare le malattie cardiovascolari, diabete, cancro e malattie respiratorie croniche ostruttive – sono globalmente trascurate, nonostante la crescente consapevolezza del peso sulla salute che esse provocano. Le politiche nazionali e globali hanno fallito nel contrastarle e in molti casi hanno contribuito a diffonderle. Esistono soluzioni molto efficaci e a basso costo per la prevenzione delle malattie croniche; l'incapacità di adottarle è oggi un problema politico, piuttosto che tecnico”. Questo si legge in un articolo di Lancet del 2010⁵, che apre una nuova serie di contributi dedicati a *“Chronic Diseases and Development”*. Uno di questi⁶ s'incarica di esaminare quali misure sono risultate più efficaci, anche in termini di costo-efficacia, per contrastare la diffusione dell'epidemia di obesità: in capo alla lista ci sono gli interventi per proibire/restringere il consumo e il marketing di *“unhealthy food products”* e per imporre l'etichettatura dei cibi riguardo alle indicazioni nutrizionali e agli effetti sulla salute (come viene fatto per il tabacco), interventi fiscali per aumentare il prezzo di *“unhealthy food products”* e per ridurre il prezzo di frutta e verdura, strategie di comunicazione che aumentano la consapevolezza sui benefici del cibo sano e dell'attività fisica.

Certamente per fare tutto ciò ci vuole una volontà politica che finora il nostro governo non ha dimostrato. Un esempio: l'OMS, per contrastare il dilagare del diabete, ha recentemente approvato nuove linee guida sull'alimentazione che abbas-

sano dal 10% al 5% la componente di zuccheri nella dieta⁷ ma il ministero della salute italiano si è opposto⁸.

Rafforzare le cure primarie e l'integrazione socio-sanitaria

Il secondo fondamentale obiettivo – contenuto nel documento del governo inglese – è quello di distruggere le barriere (The Lancet le chiama *“confini tribali”*⁹) che separano i medici di famiglia dagli ospedali, la salute fisica da quella mentale, l'assistenza sanitaria da quella sociale. Barriere che erano diventate sempre più alte e insormontabili dopo l'applicazione della riforma del 2013 che riceve così, dopo la riscoperta della prevenzione, un'altra sonora picconata. Al centro della proposta c'è la riorganizzazione e il potenziamento delle cure primarie, con la creazione di un nuovo modello organizzativo denominato *“Multispecialty Community Providers”* (MCPs), dove le *“practices”*, il luogo dove lavorano in gruppo i medici di famiglia (*General Practitioners*, GPs) si allargano ad altri professionisti: specialisti di varie branche (dai pediatri ai geriatri, agli psichiatri), infermieri, fisioterapisti, psicologi, farmacisti, operatori sociali. Principale compito: quello di svolgere ciò che noi chiameremmo *“sanità d'iniziativa”*: *“i servizi dovranno essere proattivamente indirizzati verso pazienti registrati, con bisogni complessi come gli anziani fragili o quelli con malattie croniche, sfruttando al massimo le potenzialità offerte dalle tecnologie digitali”.*

Il *Chronic Care Model* (CCM), il modello su cui si basa l'innovativa gestione delle malattie croniche, richiede una profonda e impegnativa riorganizzazione delle cure primarie, richiede la distruzione delle barriere di cui sopra, ma soprattutto richiede di *“sollevare l'orizzonte del sistema sanitario dalla malattia alla persona e alla popolazione”*¹⁰.

Dopo 15 anni di esperienze in vari paesi il bilancio dell'applicazione di questo modello è estremamente positivo, come dimostra l'ampia letteratura sull'argomento¹¹. Di particolare interesse sono i risultati conseguiti in Germania, dove il CCM è stato attivato fin dal 2003 e dove tra i pazienti arruolati (rispetto a quelli non arruolati) si è registrata una riduzione della mortalità, delle complicanze, delle ospedalizzazioni e, infine, dei costi¹².

Scegliere saggiamente

Il peso economico delle prestazioni futili, quelle cioè che non danno nessun beneficio ai pazienti, rappresenta secondo l'OMS tra il 20 e il 40% della spesa sanitaria. Di ciò si sta sviluppando un'am-

⁴ <http://www.saluteinternazionale.info/2014/11/nhs-si-cambia-in-meglio-si-spera/>

⁵ Geneau R et Al. Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process. Lancet 2010; 376: 1689-98.

⁶ Cecchini M et Al, Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness, Lancet 2010; 376: 1775-84.

⁷ <http://www.cbsnews.com/news/world-health-organization-lowers-sugar-intake-recommendations/>

⁸ http://www.adnkronos.com/salute/2014/11/19/lorenzini-alla-riduzione-degli-zuccheri-modello-dieta-mediterranea_P5hDMFujzhBiUXwdhIEgdM.html

⁹ Editorial. Future plans for the NHS. Lancet 2014; 384:1549.

¹⁰ <http://www.saluteinternazionale.info/2011/06/assistere-le-persone-con-condizioni-croniche/>

¹¹ Ham C., The ten characteristics of the high-performing chronic care system, Health Economics, Policy and Law; Vol. 5, Issue 1, January 2010, pp. 71-90.

¹² <http://www.saluteinternazionale.info/2014/09/chronic-care-model-in-salsa-tedesca/>



pia consapevolezza come dimostra la campagna "Choosing wisely"¹³, lanciata negli USA nel 2012 dalle principali società scientifiche americane di fronte alla constatazione dell'inutilità di tanta parte di accertamenti diagnostici e di trattamenti clinici e anche l'iniziativa italiana "Slow medicine"¹⁴ che si prefigge di ridurre le pratiche mediche ad alto rischio di inappropriata e di condividerle con i pazienti e i cittadini.

Tuttavia non è affatto semplice tradurre una constatazione così evidente e un appello così (apparentemente) ovvio – "scegliere saggiamente" – nella pratica quotidiana dei medici. Ne spiega il motivo molto bene Iona Heath in un articolo sul BMJ. "I medici tutti i giorni temono di sbagliare una seria diagnosi e di far precipitare un loro paziente in una tragedia evitabile. Nelle nostre società sempre più punitive i medici temono di essere lapidati pubblicamente. Soprattutto i medici più giovani hanno paura dell'incertezza. Noi ordiniamo sempre più test per cercare, spesso invano, di essere sicuri di ciò che vediamo. E siccome temiamo che coloro che si trovano nel regno dei sani si trovino forse nel regno dei malati, noi continuamente deviamo le risorse dai malati ai sani, cosicché la sovradiagnosi è inevitabilmente legata al sottotrattamento di quelli già malati. La sovradiagnosi dei sani e il sottotrattamento dei malati sono le due facce della moderna medicina.

La paura dei pazienti alimenta la paura dei medici e viceversa; specialmente nei sistemi sanitari frammentati che non presidiano la continuità delle cure. È solo all'interno di relazioni di fiducia che queste paure possono essere contenute".¹⁵

Iona Heath ha individuato chiaramente le parole chiave per contrastare sovradiagnosi e inappropriata, che sono "continuità delle cure" e "relazioni di fiducia". Ciò si realizza in un contesto in cui cadono le barriere tra i vari attori dell'assistenza, e c'è quindi la presa in carico di un paziente da parte di un team multidisciplinare, è facilitato il dialogo tra medico di famiglia e specialisti, e c'è condivisione tra diversi professionisti negli orientamenti diagnostici, terapeutici e assistenziali. In un contesto del genere si realizzano più facilmente anche le relazioni di fiducia col paziente, soprattutto se questo viene attivamente coinvolto nel processo di cura.

La lotta alla corruzione

Si stima che il 10-25% della spesa sanitaria pubblica globale sia persa in corruzione¹⁶. Secondo un documento dell'Unione Europea (*Study on Corruption in the Healthcare Sector*¹⁷) la corruzione in sanità può assumere varie forme: le

"tangenti" (*kickbacks*) sono in testa nell'elenco. Seguono poi: l'appropriazione indebita, gli appalti truccati, le truffe alle assicurazioni, i conflitti d'interessi, *trading in influence*, che si verifica quando una persona abusa della sua influenza nei processi decisionali di una istituzione o di un governo per ottenere vantaggi materiali o anche immateriali, *revolving door corruption*, quando pubblico e privato si mettono d'accordo a detrimento dell'interesse di una nazione (vista clamorosamente all'opera in occasione dell'epidemia influenzale H1N1 nel 2009), clientelismi, favoritismi e nepotismi. Il documento dell'UE individua anche i paesi maggiormente esposti al fenomeno della corruzione in campo sanitario e non poteva mancare il nostro (unico tra quelli dell'Europa occidentale), in compagnia di Repubblica Ceca, Slovacchia, Lituania, Croazia, Romania, Bulgaria e Grecia.

È evidente che se il fenomeno della corruzione invade, come da noi, tutte le pieghe della società, anche il settore sanitario ne sia investito in pieno, come testimoniano i continui episodi, grandi e piccoli, di malaffare e di conflitto d'interessi, che non risparmiano nessuno: politici, amministratori, medici, imprese. Contro la corruzione in generale si fa ben poco, come spiega chiaramente Gianrico Carofiglio in un recente articolo su Repubblica¹⁸. E ben poco si fa contro la corruzione nel settore sanitario.

Per la gravità morale e la dimensione economica del fenomeno la lotta alla corruzione dovrebbe entrare a pieno titolo nei programmi di controllo della spesa sanitaria, a livello nazionale e regionale. L'associazione Libera ha lanciato al riguardo l'iniziativa "Illuminiamo la salute"¹⁹, dove – tra l'altro – si segnala che la sola perdita erariale dovuta all'illegalità per il triennio 2010/2012 assomma a 1,6 miliardi di euro.

Ben poco si fa contro la corruzione, anche da parte delle istituzioni mediche (Ordini dei medici e Federazione degli Ordini), e non solo in Italia. "I medici hanno consentito ai loro cani di dormire troppo a lungo per paura, letargia o complicità" scrive il BMJ in un recente articolo dedicato alla corruzione in sanità²⁰. "È tempo di riflettere e di rendere responsabili se stessi e i propri pari. Standard professionali di condotta devono essere instillati il più presto possibile, in forma di training etici fin dalla formazione universitaria. Questi standard etici devono poi essere rafforzati nel corso dell'intera carriera medica per influenzare i colleghi e l'intera comunità".

TM

Info: gavino.maciocco@alice.it



¹³ <http://www.saluteinternazionale.info/2012/07/da-spending-review-a-choosing-wisely/>

¹⁴ <http://www.saluteinternazionale.info/2013/05/fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/>

¹⁵ Heath I., Role of fear in overdiagnosis and overtreatment, BMJ 2014, 349: 19-21.

¹⁶ <http://www.transparency.org.uk/our-work/pharmaceutical-corruption>

¹⁷ http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-is-new/news/news/docs/20131219_study_on_corruption_in_the_healthcare_sector_en.pdf

¹⁸ <http://giacomosalerno.com/2014/12/20/il-gioco-facile-del-corruttore-gianrico-carofiglio/>

¹⁹ <http://www.libera.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/8398>

²⁰ Jain A, Nundy S, Abbasi K. Corruption: medicine's dirty open secret. BMJ 2014; 348:g4184.

LETTI PER VOI

La formazione nelle medicine tradizionali e non convenzionali in Italia

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

Franco Angeli Editore, 2015

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

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

Bruno Rimoldi

La formazione in psicoterapia relazionale

CORRADO BOGLIOLO, ANNA MARIA BACHERINI

Franco Angeli Editore

Corrado Bogliolo e Anna Maria Bacherini pubblicano per l'Editore Franco Angeli un ulteriore testo nella collana dedicata alla psicoterapia della famiglia. Si tratta di un libro dai contenuti particolarmente tecnici perché riguarda la preparazione di coloro che si accingono ad affrontare le complesse problematiche della psicologia umana all'interno del nucleo familiare. Lo studente deve essere preparato attraverso vari strumenti didattici moderni ad accogliere il vissuto emozionale del paziente e del suo nucleo familiare formandosi alle relazioni attraverso un lungo percorso di lavoro individuale e di gruppo.

Per questo occorrono elevati standard comportamentali e una qual disposizione naturale alla comprensione e alla tolleranza.

Bruno Rimoldi

Cannabis. "Erba" medica

FABIO FIRENZUOLI, FRANCESCO EPIFANI E IDALBA LOIACONO

Edra Masson Editore

Cannabis ad uso medico? L'argomento è caldo sia dal punto di vista sociale che politico, scientifico che professionale, nonché sanitario. Già, perché la Regione Toscana anche su questo tema si è dimostrata attenta ai bisogni dei pazienti, sapendo tradurre in realtà le indicazioni del Consiglio Sanitario Regionale. Ecco allora il libro giusto al momento giusto: Cannabis. "Erba" medica, di Fabio Firenzuoli, Francesco Epifani e Idalba Loiacono. Ecco lo strumento ideale per rispondere nella pratica, alle esigenze di aggiornamento del medico e del farmacista, con tutte le indispensabili informazioni di carattere scientifico e normativo, e con una dettagliata iconografia a colori relativa alle preparazioni galeniche. La Cannabis, benché erba medicinale, è appena diventata così una vera e propria medicina "convenzionale", il cui uso, codificato, entra a pieno titolo nell'armamentario terapeutico di ogni medico.

Bruno Rimoldi

LETIZIA GALLI

“Basagliani di seconda generazione” alla continua ricerca di un manicomio da abbattere!

Il Servizio di Salute Mentale di Pistoia dove lavoro da anni è di nuovo agli onori della cronaca per essere stato citato nell'articolo dal titolo "I manicomi ora si chiamano psicofarmaci" pubblicato nella pagina cultura del quotidiano Repubblica del 10/4/15. Lo scritto, che conclude con un giusto richiamo ad una prescrizione psicofarmacologica più attenta circa un utilizzo "cosmetico" del farmaco, nella prima parte critica l'uso di terapie psicofarmacologiche utilizzando con disinvoltura termini quali "tortura" o frasi del tipo "le terapia psicofarmacologiche spesso vengono somministrate per ridurre il paziente in uno stato agonico". Per fortuna Pistoia è stata allineata tra i pochissimi servizi virtuosi insieme a Trieste, Merano e Novara dove "vengono svolte visite domiciliari oltre alla prevenzione e a colloqui frequenti" secondo principi "basagliani di seconda generazione". Si conclude con l'affermazione "il paziente non ha bisogno solo di molecole, ma di casa, di lavoro, di relazioni".

Vorrei ringraziare l'autore che, senza aver mai avuto riscontri diretti presso il servizio di Pistoia, gli attribuisce valori condivisi con realtà così distanti per tessuto sociale, cultura e storia.

Il nostro modello operativo, vivacemente confrontato con altri servizi toscani, opera secondo il modello bio-psico-sociale basato principalmente sulla relazione; si attribuisce centralità alla persona i cui bisogni, non a valore universale di stampo facilmente demagogico (casa, lavoro, relazioni), vengono analizzati secondo necessità individuali. La cura farmacologica ha la funzione di ripristinare un equilibrio sufficien-

te da permettere l'attuazione di programmi riabilitativi, ben consapevoli dei rischi di mettere in pratica progetti risocializzanti in assenza di un adeguato controllo psichico. I gravi scompensi psicopatologici vengono trattati in Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cure ben integrati con il territorio e con pochi posti letto dove, secondo necessità, i farmaci vengono utilizzati seguendo indicazioni scientifiche e ministeriali. Quando necessario, all'interno del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cure viene messo in atto quel contenimento psicologico e ambientale che, oltre a detendere situazioni di crisi, è volto a instaurare o consolidare una relazione di per sé terapeutica. "Parlare fino allo sfinimento" con un paziente psicotico provoca soltanto l'inutile sfinimento dello psichiatra; il delirio è per definizione (criteri psicopatologici di Jaspers) incorreggibile di fronte a qualsiasi ragionamento logico. Meglio un ascolto partecipe se non addirittura un rispettoso silenzio.

È fondamentale ricordare che sono stati i primi psicofarmaci, con il loro placare gli eccessi della patologia mentale, a rendere possibile un diverso approccio alla malattia e l'abbattimento delle mura manicomiali. È evidente che la valorizzazione di principi e ideologie vetero-basagliane volte alla negazione di processi patologici che sottendono la malattia determini l'esclusiva valorizzazione di aspetti sociali e la negazione della necessità di un progetto di cura con evidenti rischi e ripercussioni talvolta drammatiche. **TM**

Info: leti.galli@yahoo.it

BACHECA

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

Astrazeneca



Un futuro che viene da lontano.

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

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

www.astrazeneca.it

Il Collega Sandro Boccadoro e il 750° anniversario della nascita di Dante



In occasione dei festeggiamenti per i 750 anni dalla nascita di Dante, il Comune di Firenze ha approntato un sito informativo, in cui è possibile vedere anche il calendario delle iniziative (<http://dante750.comune.fi.it>). Nella pagina *Firenze Medievale* si ricorda

che il nostro esimio Collega Sandro Boccadoro, già collaboratore per anni del nostro giornale, ha messo a disposizione la sua email (sandro.boccadoro@virgilio.it) per poter richiedere la visione di 3 documentari, da lui realizzati sull'argomento, dal titolo: *Firenze*

za medievale, *Camminando con Dante* nella sua Firenze, *La carta bambagina all'epoca di Dante*. Immaginiamo che la presentazione dei tre documentari possa essere particolarmente interessante per scuole e associazioni.

Il decalogo sull'Aderenza terapeutica

- 1) riconoscimento **di diritti e doveri** del paziente cronico;
- 2) informazione e **formazione** del paziente sul programma di terapia;
- 3) implementazione del monitoraggio dell'aderenza sul territorio;
- 4) semplificazione delle terapie (farmaco e device) e impatto sull'aderenza delle combinazioni farmacologiche fisse **rispetto alle associazioni**;
- 5) creazione dei chronic team tra medici di medicina generale, special-

sti e farmacisti per l'implementazione dell'aderenza;

6) gestione **proattiva** dell'agenda del paziente da parte di medici di medicina generale in funzione del piano terapeutico individuale;

7) forte integrazione tra paziente, medico di medicina generale, specialista e farmacista per il counselling del paziente e il monitoraggio dell'aderenza;

8) formazione **specificata** del medi-

co di medicina generale per la presa in carico del paziente cronico;

9) norme dedicate alla continuità terapeutica del paziente cronico;

10) PDTA unico nazionale.

Fonte: Speciale **Aderenza terapeutica**. **FederAnziani**: "Un malato cronico su due non la segue. Possibili 19 mld di risparmi". In sito <http://www.quotidianosanita.it/>



Cose non scoperte "ieri" ... [by s@ffidoc]

Le cause della scarsa aderenza alla terapia da parte del paziente sono numerose e occorre modularle una serie di interventi e personalizzarli su ogni paziente.

«Specie nel paziente anziano e fragile, la difficoltà dipende anche dall'alto numero di somministrazioni giornaliere, fino a 8 molecole assunte 12 volte. È allora necessario fare una lista di priorità, che il medico di medicina generale deve concordare con gli specialisti e con il malato, e poi scegliere solo i farmaci veramente indispensabili, evitando di rincorrere ogni sintomo con un farmaco».

Nel formulare il regime farmacologico per ogni paziente è poi essenziale valutare il rischio di interazioni: «talvolta fanno sì che il paziente smetta di prendere un farmaco importante quindi, prima di aggiungerne uno nuovo, occorre valutare il rischio di interazione con quelli già assunti e anche con gli alimenti; mai iniziare con dosaggi molto alti, specie nei pazienti fragili o complessi».

È infine molto utile rivedere periodicamente la terapia; anche nei pazienti cronici le condizioni cliniche possono cambiare e magari certi farmaci si possono togliere».

Consideriamo che i fattori che portano alla **non aderenza** si possono riassumere in:

- Presenza di problemi psicologici,

in particolare la depressione.

- Presenza di disturbi cognitivi.
- Trattamento di malattie asintomatiche.
- Effetti collaterali del farmaco.
- Mancanza di convinzione da parte del paziente sui benefici del trattamento.
- Mancanza di conoscenze sulla malattia da parte del paziente.
- Scarsa relazione fra medico e paziente.
- Presenza di barriere per il trattamento
- Complessità del trattamento.
- Eventuale pagamento del medicamento.

E i metodi che possono essere usati **per migliorare l'aderenza** possono essere raggruppati in 4 categorie:

- L'educazione del paziente: non vi è dubbio che gli interventi educativi/informativi sulla famiglia e sul paziente possono avere un effetto favorevole sull'aderenza alla prescrizione.
- Il miglioramento della comunicazione fra medico e paziente: l'aumento della comunicazione fra paziente e medico è la chiave di un'efficace strategia nel potenziare la capacità del paziente e della famiglia nel seguire il regime terapeutico.

• Il miglioramento dello schema di trattamento: si basa sull'uso di contenitori di compresse, divisi in scomparti, nei quali suddividere i farmaci a se-

conda dell'ora di somministrazione. Il miglioramento prevede inoltre l'uso di farmaci a lento assorbimento, che riducono la somministrazione di più dosi nell'arco delle 24 ore.

• L'aumento delle ore nelle quali il medico è a disposizione del paziente: ritardare l'appuntamento con un paziente può avere come conseguenza diretta quella di una sospensione o di un diradamento della somministrazione di un farmaco, in attesa della visita.

Inerzia, compliance, aderenza

- Non tutti i pazienti sono trattati
- Dei pazienti trattati pochi raggiungono i target
- Dei pazienti trattati non tutti hanno una buona compliance o aderenza
- Esiste una buona dose di inerzia terapeutica
- Perché non si cambia?
- Vantaggio marginale per il paziente
- Rifiuto del paziente
- Dimenticanza
- Ci si "accontenta"
- Pigrizia (si evitano grane e lavoro in più)
- Problemi di "budget"

Da Vobis Newsletter Anno IV - n. 55 marzo 2015 - a cura di Paola Mandelli, Saffi Giustini, "Gino" Santoiemma, Umberto Alecci. Redazione Paolo Giustini

I nuovi anticoagulanti orali (NAO) rappresentano una vera novità terapeutica nel campo della fibrillazione atriale ed offrono degli indubbi vantaggi, soprattutto per quella popolazione che assume numerosi altri farmaci per comorbidità.

Il piano terapeutico prima riservato ai soli medici "specialisti" poi ad un esiguo e ristrettissimo numero di medici di medicina generale è il vero fattore limitante creando difficoltà di ordine burocratico e gestionale. È certo che queste molecole rappresentano un aggravio di spesa non vantaggioso per il Sistema Sanitario Nazionale, se si guarda al breve periodo e alla relativa spesa.

Ma quali pazienti dovrebbero essere fin da subito trattati con nuovi farmaci anticoagulanti orali (NAO):

- tutti i pazienti con caratteristiche simili a quelli arruolati negli studi clinici di Fase III (Grado A);
- i pazienti con pregressa emorragia intracranica (Grado A);
- pazienti ad alto rischio di ictus (Grado A);
- pazienti che desiderano ricevere il nuovo farmaco;
- pazienti con problemi logistici che rendono difficile il monitoraggio laboratoristico, come quelli allestiti per altre patologie.

E in quali pazienti i NAO dovrebbero rimpiazzare i farmaci VKA?

- Pazienti trattati con AVK che

Spigolando qua e là ...

presentano un TTR (time spent in therapeutic range) inferiore al 50-55%. (Grado A).

- Pazienti con importanti problemi logistici o lavorativi.
- Pazienti con pregressa emorragia cerebrale (Grado A).

• Pazienti che utilizzano farmaci che interferiscono con gli VKA, provocando continue oscillazioni dell'INR.

- Pazienti che preferiscono i nuovi farmaci anticoagulanti o che non vogliono più fare i prelievi di controllo.

Saffi Giustini

Characteristics of randomized patients				
Risk factors	Dabigatran 110mg N= 6015	Dabigatran 150mg N=6076	Rivaroxaban 20mg N=7131	Apixaban 5 mg N=9120
Age (years)	71.4 ± 8.6	71.5 ± 8.8	73 (65-78)**	70 (63-76)**
Female sex (%)	35.7	35.8	39.7	35.5
Weight (Kg)	82.9 ± 19.9	82.5 ± 19.4	28.3 (25.2-32.1)**§	82 (70-96)**
Prior stroke or embolism %	19.9	20.3	54.9	19.2
Heart failure %	32.2	31.8	62.6	35.5
Diabetes %	23.1	23.4	40.4	25.0
Hypertension %	78.8	78.9	91.3	87.3
CHADS2 score (mean)	2.1 ± 1.1	2.2 ± 1.2	3.48 ± 0.94	2.1 ± 1.1

Tratto da V. Pengo Padova

Proviamo a fare un self audit fra i ns pazienti che usano il warfarin e vediamo quanti sarebbero elegibili ai NAO?

[s@ffidoc: nessun conflitto di interesse nel settore]

Associazione Medici Scandicci

Si ricordano le cariche statutarie dell'Associazione Medici Scandicci. Presidente dell'Associazione il Dr. Gianni Taccetti, dirigente medico presso l'ospedale Nuovo San Giovanni di Dio di Firenze, da molti anni presente nel consiglio direttivo dell'AMeS; il consiglio

direttivo è composto da medici di varia estrazione: medici di medicina generale dell'area fiorentina, medici specialisti dirigenti dell'Ospedale Nuovo San Giovanni di Dio, medici dirigenti dell'Azienda Sanitaria di Firenze.

Scopo dell'Associazione è quello di

unire professionisti di diversa estrazione e professionalità, desiderosi di confrontarsi e di partecipare ad eventi culturali per approfondire, insieme ai propri familiari, i rapporti umani tra i colleghi.

Consigliere AMeS
Dr. Franco Fenu

O.N.A.O.S.I. Centri Estivi

La Fondazione O.N.O.A.S.I., nell'ampliare l'offerta dedicata ai Sanitari e alle loro famiglie per le vacanze ed il turismo di qualità ha aperto due Centri Estivi situati in due comprensori noti a livello internazionale: le Dolomiti, con la Casa Vacanze di Nevegal e il cuore dell'Umbria, con il Centro Vacanze di Montebello di Perugia. La nuova offerta ONAOSI di Case Vacanze si affianca a

quella già disponibile di Pré Saint Didier in Val d'Aosta e Misano Adriatico sulla Riviera Romagnola, con l'intento di ampliare non solo la capacità ricettiva, ma anche la varietà con residenze situate in località montane, marittime e collinari tra cui i Sanitari potranno scegliere. Le quattro opportunità messe a disposizione dalla Fondazione con le Case Vacanze rappresentano mete turistiche di

grande interesse storico-artistico, ambientale ed eno-gastronomico, ma possono essere considerate anche delle interessanti basi logistiche per spostarsi e raggiungere le più importanti città d'arte di tutto il Centro Nord, nonché aree naturalistiche di grande pregio. Per informazioni e costi rivolti esclusivamente agli aventi diritto consultare il sito web della Fondazione: www.onaosi.it.

Finanziati 6.000 posti per le specializzazioni mediche

È stato pubblicato il decreto con il quale il Ministero dell'Università ha assegnato agli Atenei 6.000 posti, finanziati con risorse statali, per la formazio-

ne specialistica dei medici, nell'Anno Accademico 2014-2015. In arrivo a breve il decreto che fisserà il numero delle borse aggiuntive finanziate dal-

le Regioni. Per approfondire: <http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/web/universita/dettaglio-news/-/dettaglioNews/viewDettaglio/34272/11216>.



Spedra[®] 100 mg

compresse
avanafil



Spedra[®] 200 mg

compresse
avanafil



Manfredo Fanfani

UN RADIOLOGO IN CASA MEDICI



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

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

Continuazione dell'articolo all'interno della rivista

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