

# ToscanaMedica

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



## Appropriatezza dei medici e compliance dei pazienti

T. Corona, L. Degli Esposti,  
S. Giustini, S. Nuti, S. Taddei, P. Tosi

## Proposta di nuova carriera del medico

R. Cassi

## Sicurezza e rischio clinico in Medicina Trasfusionale

G. Curciarello

## Piede diabetico. L'urgenza di amputare?

L. Ricci, A. Scatena, F. Liistro, G. Bellandi,  
D. Tacconi, L. Bolognese

# N° 7 LUGLIO/AGOSTO 2014



**Priligy**<sup>®</sup>  
Dapoxetina

Depositato presso AIFA in data 06/05/2013





Fondato da  
**Giovanni Turziani**

In coperta  
Jacopo Ligozzi.  
*Tavole Naturalistiche - I Pesci - Cernia (Epinephelus guazza), 1577-1587 ca.*  
Pietra nera naturale, pigmenti policromi di natura organica e inorganica, su carta con imprimitura a bianco di piombo. Firenze, Gabinetto Disegni e Stampe degli Uffizi.

Anno XXXII n. 7 - Luglio/Agosto 2014

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 2014 € 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](mailto:toscanaмедica@ordine-medici-firenze.it)



Simone Pancani

**Editore**  
Edizioni Tassinari  
viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze  
e-mail: [pre.stampa@edizionitassinari.it](mailto:pre.stampa@edizionitassinari.it)



Antonella Barresi

**Pubblicità**  
Edizioni Tassinari  
tel. 055 570323 fax 055 582789  
e-mail: [riccardo@edizionitassinari.it](mailto:riccardo@edizionitassinari.it)  
<http://www.edizionitassinari.it>

**Stampa**  
Nuova Grafica Fiorentina  
via Traversari - Firenze

## COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- ◆ Inviare gli articoli a: [toscanaмедica@ordine-medici-firenze.it](mailto: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.

## S O M M A R I O

### LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 Artisti alla Corte del Graduca. Jacopo Ligozzi  
F. Napoli

### EDITORIALE

- 5 Il futuro della medicina sono i medici  
A. Panti

### OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- 6 Appropriattezza dei medici e compliance dei pazienti  
T. Corona, L. Degli Esposti, S. Giustini,  
S. Nuti, S. Taddei, P. Tosi
- 13 I problemi non finiscono mai  
A. Panti

### QUALITÀ E PROFESSIONE

- 14 Proposta di nuova carriera del medico  
R. Cassi
- 18 Il Medico di Riferimento tra vecchio e nuovo ospedale  
F. Risaliti, M. Di Natale
- 19 Sicurezza e rischio clinico in Medicina Trasfusionale  
G. Curciarello
- 29 La medicina potenziativa e il transumanesimo  
A. Pagni
- 31 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e variabilità prescrittiva in Medicina Generale  
P. Salvadori, E. Pavone, N. Mennuti, L. Fanciullacci

### REGIONE TOSCANA

- 21 Il Centro di Counseling Oncologico Regionale  
L. Pianigiani, F. Bartolozzi, F. Biancucci, S. Bonini, P. Cortini,  
C. Dell'Olio, F. Grandi, F. Maffei, L. Mazzei, O. Stanzani, G. Spalla
- 26 Trattamenti sbiancanti per denti in centro estetico  
Consiglio Sanitario Regionale
- 26 Percorso diagnostico della coppia infertile  
Consiglio Sanitario Regionale

### RICORDO

- 32 Armando Bonelli: ricordo di un caro collega  
D. Grisillo

### RICERCA E CLINICA

- 33 Piede diabetico. L'urgenza di amputare?  
L. Ricci, A. Scatena, F. Liistro, G. Bellandi, D. Tacconi, L. Bolognese

### SANITÀ NEL MONDO

- 35 Le cure intermedie  
G. Maciocco

### STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

- 38 La forchetta di Caterina De' Medici  
M. Fanfani

### ALIMENTAZIONE E TUMORI

- 42 Sovrappeso e prodotti industriali  
G. Masala, D. Palli

### 45 VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

### 46 NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

### 30 CONVEGNI E SEMINARI

### 43 LETTI PER VOI

### 46 CONVEGNI E CONGRESSI



FEDERICO NAPOLI

## Artisti alla Corte del Granduca. Jacopo Ligozzi

Assecondando un clima di passione scientifica, spesso sconfinante nel misterioso e nell'esoterico, intorno al 1577 arriva a Firenze il veneto (dell'entroterra) Jacopo Ligozzi.

A questo versatile interprete del clima culturale posto a cavallo fra fine Cinquecento e primi Seicento è dedicata ora una mostra monografica presso la Galleria Palatina a Firenze, avvalendosi di prestiti provenienti anche da New York, Parigi o Londra e curata da Alessandro Cecchi, Lucilla Conigliello e Marsia Faietti, nell'ambito delle iniziative *Un anno ad arte*.

Componente di una famiglia veronese dedita al lavoro di ricamo come all'arazzeria o alla decorazione delle armi, il giovane Jacopo porta nella Corte medicea la voce di un autore capace di realizzare attente tavole scientifiche su piante e animali, in una città ove già da tempo questo genere di collezionismo è salito alla ribalta come spiegazione (ma anche interpretazione) del mondo quotidiano – 44 tavole sono attualmente esposte al Gabinetto Disegni e Stampe degli Uffizi –.

Certo, il pittore si avvale di una abilità grafica di influenza nordica, lui che nato a Verona in qualche modo l'aria d'oltralpe l'ha respirata anche solo per nascita in famiglia, in quanto alcuni componenti di quest'ultima hanno operato alla Corte di Innsbruck.

Con questi primi lavori realizzati in Firenze entro l'inizio degli Anni Novanta, certo avvalendosi anche di una fonte ispirativa qual è l'Orto botanico, Ligozzi tende a soddisfare il gusto e gli interessi di Francesco I, operando all'interno di una sorta di laboratorio di idee e di sorprese com'è il Casino mediceo in quegli anni.

Ma il veronese rivela anche una tendenza all'illustrazione, realizzando disegni per opere in pietre dure, stoffe, ricami e apparati (ad esempio, per il matrimonio di Cristina di Lorena con Ferdinando I).

La sua è un'operazione artistica chiara e diretta, precisa, che il pittore manterrà in tutto l'arco della

sua vita, esistendo protrattasi a lungo nel tempo essendo nato nel 1547 ca. e morendo a Firenze nel 1627. Nel proseguo della permanenza alla Corte medicea, si rivela anche un buon ritrattista – *Ritratto di Maria Gonzaga*, conservato a Lisbona –, con soggetti di personaggi aristocratici, che inevitabilmente frequenta e che ritrae secondo un fine celebrativo e cortigiano.

Verso la fine della sua lunga vita (ottant'anni), Ligozzi si allinea al clima della Controriforma e propone immagini sacre, anche di grandi dimensioni, non di rado affollate di presenze, quindi teatralizzate – *Il sacrificio di Isacco*, Uffizi –, ma pur sempre ricche di notazioni naturalistiche, con la caratteristica di sapere declinare l'attenzione per il particolare e la passione per i gruppi di figure.

Tali composizioni, poi, possono assumere valenze morali – come l'opera *Allegoria dell'Avarizia*, conservata al Met di New York – con uno spirito che pone il pittore veronese all'interno di un clima decisamente devoto e riformato, che forse lo allontana dalla realtà quotidiana in cambiamento, portandolo a ignorare le novità apportate dai nuovi arrivati presso la Corte medicea, come Jacques Callot e Artemisia Gentileschi.

La mostra di Firenze si titola *Jacopo Ligozzi pittore universalissimo*: allestita alla Palatina, propone una sezione di disegni presso gli Uffizi ed è promossa dalla Soprintendenza al Patrimonio Storico e Artistico e dal Polo Museale Fiorentino.

Allestita in modo chiaro e quasi didascalico sul pittore, tra le righe dà corpo a quel connubio fra arte e scienza che dalla fine del Cinquecento e per due secoli connota il clima culturale del Granducato, mediceo prima, lorenesse poi. **TM**

**Jacopo Ligozzi pittore universalissimo**

Galleria Palatina, Pitti

fino al 28 settembre

orario 8,15-18,50 (lunedì chiuso)

Jacopo Ligozzi.  
Tavole naturalistiche  
- I Mammiferi e i Rettili -  
Topo quercino (*Eliomys quercinus*)  
e talpa (*Talpa sp.*),  
1577-1587 ca.  
Pietra nera naturale,  
pigmenti policromi  
di natura organica e  
inorganica, su carta  
con imprimitura a  
bianco di piombo.  
Firenze, Gabinetto  
Disegni e Stampe  
degli Uffizi.

ANTONIO PANTI

# Il futuro della medicina sono i medici

## (Arlecchino servitore di tre padroni)

Recenti inchieste svolte in vari paesi, in particolare nel mondo anglosassone, confermano che i medici vivono il loro lavoro con disagio che spesso supera le pur evidenti soddisfazioni. I motivi sono molteplici: l'eccesso di burocrazia e i cambiamenti imposti dall'amministrazione, i difficili rapporti con i pazienti, la minor considerazione sociale, infine il problematico districarsi tra nuove domande e continue innovazioni e la sempre maggior complessità delle procedure decisionali. Il medico, un tempo professionista autonomo, quasi solo giudice di se stesso, agisce oggi come se fosse invece sottoposto a tre diversi condizionamenti, Arlecchino servo di tre padroni.

Il primo è il paziente, divenuto un cittadino esigente, consapevole dei suoi inalienabili diritti, sanciti dalla teoria del consenso informato e portatore di domande sempre più specifiche e aggiornate, tese non solo alla cura o alla prevenzione ma al mantenimento, se non al superamento, dei limiti biologici della natura umana. Ma la scienza che il medico offre ha costi immensi, troppo grandi per affidarli ai soli medici, e quindi la politica, l'economia, l'amministrazione, la giustizia, finiscono per voler imporre non un modo di curare ma, fornendo mezzi e strumenti per la cura, e mettendo in campo forme di controllo e regole di comportamento, di fatto condizionano l'autonomia di giudizio del medico. La medicina infine vive un lungo periodo di travolgente sviluppo tecnologico e scientifico. E il medico non può più affidarsi alla professionalità, all'esperienza, alla solidità di quanto ha appreso; nonostante linee guida, protocolli, percorsi assistenziali, la densità informativa è tale da porre in difficoltà chiunque. Ma nessuna anarchia di pensiero è consentita né di fronte al magistrato, né tra pari, né nel confronto con gli standard professionali.

In conclusione è complicato definire il campo di azione della medicina moderna. Ne consegue che ugualmente arduo è vivere oggi la professione. Si descrive la medicina moderna come una scienza "predittiva, personalizzata, preven-

tiva, partecipativa", che deve garantire "continuità, comunicazione, collaborazione, confidenzialità". Tutti gli slogan contengono parti di verità. Il problema è che tutti questi paletti definitivi si calano in uno spazio illimitato perché privo di confini certi. Sembrano emergere due questioni. Chi può tenere il filo dei valori e della scienza medica di fronte a prospettive siffatte quando quasi trenta professioni sono abilitate a "prendersi cura" e stanno emergendo miriadi di tecnici teoricamente abili nel risolvere i problemi derivanti dalla tecnologia e dall'organizzazione, ingegneri clinici, fisici sanitari, informatici, matematici, filosofi, oltre ai giuristi, i bioeticisti, e via contando? Abbiamo tuttavia il ragionevole sospetto che per guidare i cittadini nelle acque turbinate della scienza medica occorran solo e soltanto i medici.

Il che pone altri problemi. Rinnovare la formazione, adeguare il corso di studi, rivedere la metodologia di base, sintonizzarsi con le trasformazioni antropologiche, ricordando che la funzione principale del medico è la relazione col paziente. Pensare un professionista leader sia del rapporto umano sia del processo di cura sia nelle decisioni che supportano la sostenibilità dell'assistenza. Tuttavia c'è da porsi un'altra domanda: il medico oggi, che l'esercizio individuale è retaggio del passato, non è né un libero professionista (un dirigente autonomo) secondo i classici canoni, né un dipendente pubblico, ugualmente secondo l'ordinamento vigente. Entrambe le posizioni gli stanno strette, sono disallineate rispetto a ciò che può e a ciò che deve agire, a ciò che gli viene chiesto.

Anche i medici dovrebbero godere di un riconoscimento di autonoma responsabilità, al di là della posizione giuridica, esattamente come i magistrati, compreso un autorevole organo di autogestione diverso dall'attuale Ordine professionale, oggi quasi inservibile. È una proposta provocatoria ma non tanto. Tra scienza e diritto, tra sanità e medicina, tra professione e amministrazione occorre trovare una misura nell'interesse dei cittadini.

TM

TIBERIO CORONA<sup>1</sup>, LUCA DEGLI ESPOSTI<sup>2</sup>, SAFFI GIUSTINI<sup>3</sup>,  
SABINA NUTI<sup>4</sup>, STEFANO TADDEI<sup>5</sup>, PIERLUIGI TOSI<sup>6</sup>

# Appropriatezza dei medici e compliance dei pazienti

## Un pilastro della sostenibilità

**TOSCANA MEDICA** – *La prescrizione di un farmaco rappresenta un momento molto importante del lavoro del medico. I dati quantitativi relativi a questa attività vengono forniti dal Ministero della Salute, dalle Asl e da altri organismi sia pubblici che privati e periodicamente inviati ai medici stessi: questo sistema si può oggi considerare attendibile ed efficace per valutare effettivamente la loro appropriatezza prescrittiva?*

**DEGLI ESPOSTI** – Secondo quanto riportato da AIFA all'interno del Rapporto OsMed simili valutazioni possono essere effettuate utilizzando due principali metodiche, l'una quantitativa, l'analisi della variabilità prescrittiva, basata essenzialmente sullo scostamento dei consumi e della spesa pro capite per specifiche categorie di farmaci rispetto ad un valore medio di riferimento (e.g., la media nazionale), l'altra qualitativa, l'analisi dell'aderenza al trattamento, finalizzata a misurare lo scostamento tra modalità prescrittive applicate in pratica clinica e standard terapeutici predefiniti.

Gli indicatori della prima metodica, quelli cioè che misurano il consumo di una specifica categoria di farmaci e la sua variabilità in eccesso o difetto rispetto alla media, dovrebbero essere essenzialmente dei "campanelli di allarme" cui necessariamente devono seguire ulteriori valutazioni, qualitative, per verificare la reale appropriatezza della prescrizione. Va' sottolineato, infatti, che se la variabilità prescrittiva (in eccesso o in difetto rispetto alla media di riferimento) non spiegata indica potenziali problemi di appropriatezza, una maggiore omogeneità rispetto alla media non è di per sé sinonimo di appropriatezza.

Questa attività di valutazione qualitativa può rappresentare un ottimo strumento di auto-audit per i medici, dando un'indicazione specifica su eventuali scostamenti della pratica clinica rispetto alle raccomandazioni terapeutiche ed offrendo, di conseguenza, un chiaro indirizzo rispetto alle attività per cui è necessario operare cambiamenti.

**GIUSTINI** – La variabilità dei comportamenti dei professionisti sanitari rappresenta una questione di fondamentale importanza alla quale fin dagli Anni Novanta del secolo scorso si è tentato di dare almeno in parte risposta con l'introduzione della Medicina basata sulle evidenze.

I dati quantitativi possono servire per confrontare ad esempio la situazione di ASL o Regioni diverse che però, calati nella realtà dei medici o gruppi di medici della medicina generale, spesso non riescono a spiegare in maniera convincente il perché di certi comportamenti prescrittivi.

Gli indicatori di qualità certamente offrono migliori potenzialità in questo senso, anche se necessitano di un periodo di tempo relativamente lungo per dare risposte attendibili nel campo, ad esempio, di malattie croniche come il diabete o la cardiopatia ischemica.

I dati che in ultima analisi vengono forniti ai medici a poco servono se non vengono integrati con tutta una serie di altre informazioni relative ai pazienti quali ad esempio l'età, la diagnosi e soprattutto l'eventuale comorbidità associata.

**TOSI** – I dati quantitativi servono però alle Asl per monitorare i comportamenti prescrittivi dei medici basandosi sulle variazioni in eccesso o difetto dalla media prima ricordata. Oggi le Asl possono sapere quali tipologie di pazienti seguono i singoli medici e quali sono le patologie, soprattutto croniche, che giustificano le loro prescrizioni. In caso di comportamenti francamente difformi è evidente che in questo modo è possibile instaurare con il professionista un dialogo franco e protratto nel tempo per chiarire la situazione da entrambe le parti.

**TOSCANA MEDICA** – *Quale è l'attendibilità dei dati quantitativi che vengono forniti ai medici e come vengono raccolti?*

**NUTI** – L'attendibilità dei dati dipende moltissimo dall'uso che ne viene fatto. Anche nell'esperienza della Regione Toscana vediamo che tutti



Tiberio Corona



Luca Degli Esposti



Saffi Giustini

<sup>1</sup> Direttore del Dipartimento Farmaceutico della Asl di Pisa

<sup>2</sup> Economista Aziendale, Direttore CliCon S.r.l. - Health, Economics & Outcomes Research

<sup>3</sup> Medico di medicina generale a Pistoia; comitato AIFA Cure Primarie



Sabina Nuti

i flussi al loro primo utilizzo appaiono inevitabilmente imprecisi, tuttavia la loro attendibilità aumenta nella misura in cui il professionista riconosce la propria attività correttamente rappresentata nelle informazioni che gli vengono fornite. Proprio in questa continua relazione di feed-back tra fornitore ed utilizzatore di dati si sostanzia l'affidabilità delle informazioni trasmesse.

Alcune osservazioni sulla questione della variabilità che ad oggi rappresenta un problema trasversale di ogni sistema sanitario ed in particolare di quelli a copertura universale.

È evidente che una variabilità in qualche modo evitabile finisce per generare all'interno di un sistema delle disuguaglianze, visto che si risponde con modalità differenti ad un medesimo problema. Penso pertanto che le strutture operanti nel sistema sanitario debbano ad ogni livello cercare di governare al meglio questa variabilità, mantenendola se è risposta a bisogni differenziali dell'utenza e possibilmente riducendola se è fonte di disuguaglianze.

È ovvio che un simile metodologia di intervento richiede la massima trasparenza dei dati diffusi ed un dialogo continuo tra tutte le figure coinvolte in questi processi.

**DEGLI ESPOSTI** – Per quanto riguarda l'attendibilità dei dati in possesso delle Asl, i flussi amministrativi correnti (i cosiddetti "database amministrativi") possono certamente essere perfettibili visto che, ad esempio, qualche paziente potrebbe non avere richiesto alcuna esenzione o potrebbe acquisire a proprie spese i farmaci con le ricette cosiddette "bianche". Tuttavia, tali dati rappresentano comunque un capitale assai importante che, opportunamente integrati, possono realmente aiutare i medici e gli amministratori nel processo decisionale. Si ricorda che tali flussi sono a copertura dell'intera popolazione, generalmente ben codificati e storicizzati, accessibili senza particolari oneri in termini di risorse (diversamente dai database clinici che, per quanto potenzialmente più completi, sono assai più difficili da sviluppare e mantenere aggiornati).

**TOSCANA MEDICA** – *La variabilità, abbiamo sentito, va dunque in qualche modo governata. Come si può raggiungere questo obiettivo in caso di una catena di prescrizioni che, ad esempio, coinvolge il medico di medicina generale e tutti gli specialisti chiamati a gestire una importante comorbilità in un medesimo paziente?*

**TOSI** – Qualsiasi attività di governo in ambito sanitario, essendo i professionisti coinvolti ovvia-

mente dotati di propria autonomia decisionale, non può che essere basato sul coinvolgimento e sul colloquio, avendo a mio parere le Direzioni aziendali scarsissima possibilità di azione ed intervento in questo campo. Altra cosa è invece la verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei medici, situazione complessa, in qualche maniera quantizzabile anche se certamente perfettibile, grazie alle tecnologie oggi disponibili.

**CORONA** – A Pisa, allo scopo di governare al meglio il processo di continuità terapeutica, è stato costituito dalla Asl 5 e dell'AOU Pisana un Dipartimento interaziendale del farmaco che raccoglie le informazioni sulle prescrizioni dei medici, sia di medicina generale che specialisti, contatta i singoli professionisti in caso di dubbi o discrepanze dalle medie attese e fornisce a tutti gli interessati i dati di ritorno per potere eventualmente modificare scelte e comportamenti. In questa maniera abbiamo la possibilità di ottenere un vero e proprio profilo prescrittivo di tutti i pazienti la cui gestione complessiva a mio parere dovrebbe essere in primo luogo demandata ai medici di base.

I risultati di una simile metodologia di intervento sono stati più che soddisfacenti ed il frequente contatto con le componenti specialistiche del sistema ha permesso di limitare il cosiddetto "effetto di trascinamento" a livello territoriale, razionalizzando l'impiego di farmaci importanti ad esempio in campo cardiovascolare e respiratorio.

Comunque anche io concordo sul fatto che qualsiasi attività di governo dell'attività prescrittiva non può assolutamente prescindere dal colloquio frequente e partecipato con i diretti protagonisti.

**TOSCANA MEDICA** – *Prof. Taddei, appropriatezza prescrittiva, linee-guida, carte di rischio, protocolli ed EBM.*

**TADDEI** – Le linee Guida derivano da un lavoro di esperti i quali in molti casi devono giungere a compromessi. La medicina infatti non è la matematica e su molte problematiche le evidenze scientifiche non sono tali da poter giustificare in modo inequivocabile una determinata scelta clinica. Per esempio, i più recenti documenti relativi alla terapia dell'ipertensione arteriosa prodotti da prestigiose Società scientifiche internazionali presentano importanti e significative differenze soprattutto su molti aspetti terapeutici: allora quale è quella veramente da seguire?

In casi simili a mio parere il medico dovrebbe essere in grado di riappropriarsi della professio-

<sup>4</sup> Docente di Economia e Gestione delle Imprese della Scuola Superiore S. Anna di Pisa

<sup>5</sup> Ordinario di Medicina Interna dell'Università di Pisa

<sup>6</sup> Direttore Generale dell'AOU di Siena

ne, venendo in questo supportato attivamente da una governance di sistema che, come succede in Gran Bretagna, valuti in maniera indipendente i risultati riportati in Letteratura proponendoli ai professionisti nella maniera più "asettica" possibile.

**GIUSTINI** – Io credo che con il passare del tempo si sia andati in qualche modo ad enfatizzare in maniera eccessiva la reale valenza delle linee-guida ed infatti oggi l'aderenza dai parte dei medici, sia di base che specialisti, alle loro indicazioni a volere essere molto ottimisti raggiunge a stento il 70%.

Quando la questione della valutazione dell'appropriatezza terapeutica ha iniziato ad essere presa in seria considerazione, i dati ricavati dai report allora disponibili erano solo di carattere quantitativo e ben poco servivano ai medici per provvedere ad eventuali modifiche dei propri atteggiamenti di scelta terapeutica. Poi le cose sono migliorate e le informazioni di cui oggi disponiamo, ricavate dall'incrocio di dati provenienti da più database, riescono a disegnare con relativa accuratezza quello che prima era stato definito il "profilo prescrittivo" di un paziente, fornendo in più anche importantissimi dati circa gli indicatori di risultato di un determinato trattamento.

È ovvio che il dialogo tra i professionisti deve comunque rappresentare un momento di capitale importanza, altrimenti difficilmente potrebbero venire risolti problemi come, ad esempio, quello della impossibilità da parte dei medici di base di prescrivere i nuovi anticoagulanti orali. I dati cioè dovrebbero essere raccolti trasversalmente anche in setting diversi, come appunto quello della medicina generale e, nell'esempio ora ricordato della terapia anticoagulante orale, dell'intervento specialistico cardiologico/internistico.

**CORONA** – Effettivamente la qualità dei dati forniti ai medici rappresenta una questione di fondamentale importanza. Le informazioni che possiamo ottenere dai database oggi accessibili

riguardano per lo più gli aspetti "farmaceutici". Gli indicatori farmaceutici dovrebbero in sostanza venire integrati anche da altri dati di carattere amministrativo che permetterebbero di valutare i risultati ottenuti, indirizzando opportunamente budget e scelte economiche.

**NUTI** – Le cose comunque sono oggi davvero migliorate e le Regioni hanno la possibilità di incrociare i propri database, permettendo di seguire al meglio i singoli pazienti durante tutte le fasi della loro storia medica, in termini quindi non solo di prescrizioni farmaceutiche ma anche di accesso ai servizi diagnostici ed ai ricoveri ospedalieri: gli indicatori che in questo modo possono essere ottenuti sono davvero tanti e di importanza veramente significativa.

I dati di cui i medici oggi dispongono in qualche modo li spingono a confrontarsi tra di loro, all'interno del medesimo setting assistenziale (ad esempio quello della medicina generale) o trasversalmente in ambiti diversi (ad esempio nell'approccio polispecialistico ad un unico paziente). I professionisti in questo modo sono facilitati a superare la tendenza che storicamente hanno sempre presentato di lavorare da soli a favore di un approccio più integrato con altri professionisti e multidisciplinare. È stato infatti dimostrato che l'aumento dei momenti di auditing e confronto tra professionisti, riduce sensibilmente la variabilità dei loro comportamenti prescrittivi, riducendo l'ansia ed il senso di responsabilità che vengono in questo modo valutati insieme e condivisi.

La "second opinion" molto spesso ricercata dai pazienti prima di intraprendere un percorso di cura dovrebbe secondo me essere utilmente proposta anche ai medici che senza dubbio non potrebbero che trarre vantaggio dal confronto paritario con l'esperienza di altri colleghi.

In ultima analisi non bisogna dimenticare in questo scenario la figura del paziente al quale i medici riservano per lo più una comunicazione spesso frettolosa e di natura quasi esclusivamente verbale: un coinvolgimento partecipato dei pazienti nel proprio percorso assistenziale, sul-

- Un anziano su due, oltre i 65 anni, assume dai 5 ai 9 farmaci al giorno;
- Quasi il 60% della popolazione ultra-65enne manifesta scarsa aderenza alle terapie per malattie come depressione, ipertensione, diabete e osteoporosi;
- 36.000 anziani sono esposti a possibili rischi per assunzione di 2 o più farmaci aritmogenici;
- 22.000 sono esposti a pericoli di sanguinamento per uso contemporaneo di 3 farmaci pro-emorragici;
- 85.000 anziani sono a rischio di insufficienza renale per uso contemporaneo di 3 farmaci dannosi per i reni.

Tratto da studio Working Group geriatrico AIFA su appropriatezza prescrittiva negli anziani. Disponibile al sito <http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/risultati-studio-working-group-geriatrico-aifa-su-appropriatezza-prescrittiva-negli-anziani>.



la scorta di numerose esperienze pubblicate in Letteratura, potrebbe migliorare sensibilmente la qualità delle prestazioni proposte ed erogate.

**TOSCANA MEDICA** – Prof.ssa Nuti, i vincoli di natura fiscale ed economica che spesso vengono imposti in molti campi della attività medica come vengono vissuti dai medici, strumenti vessatori o in grado realmente di essere utili al proprio miglioramento professionale?

**NUTI** – I dati in nostro possesso dimostrano chiaramente che le UO che ricevono e valutano i dati relativi alla propria attività riescono a migliorare significativamente le proprie performances, con conseguente soddisfazione anche dei pazienti che riferiscono un indubbio aumento del livello di comunicazione con i professionisti che li hanno in carico. Questo significa che la trasmissione dei dati ai diretti interessati rappresenta una necessità ineludibile, rappresentando la buona qualità del rapporto con i pazienti uno degli in-

dicatori di risultato ai quali in futuro dovremmo sempre più spesso rivolgere la nostra attenzione.

**TOSCANA MEDICA** – Il sistema attuale di valutazione dell'appropriatezza permette oggi di quantificare l'aderenza alle terapie da parte dei pazienti?

**GIUSTINI** – Sulla scorta di quanto detto ora dalla prof.ssa Nuti devo riconoscere che in Toscana la sanità di iniziativa a livello di assistenza primaria e cure territoriali sta registrando dei risultati veramente incoraggianti nel senso che le nuove modalità di organizzazione del lavoro stanno portando i medici a lavorare veramente insieme tra di loro e, soprattutto, con i propri assistiti. Per esempio gli audit di gruppo che sempre più spesso entrano a fare parte della nostra attività di lavoro ci hanno fatto capire in determinati casi l'inutilità di molti accertamenti diagnostici che vengono quindi richiesti con maggiore appropriatezza a tutto vantaggio sia dei pazienti

**Tabella 1** – Numero di pazienti trattati con farmaci antiipertensivi aderenti al trattamento (numeratore), sul totale dei pazienti trattati con antiipertensivi (denominatore).

	2011 N = 1.570.414		2010 N = 1.530.827		2009 N = 1.486.251	
	%	Var. %	%	Var. %	%	Var. %
<b>TOTALE</b>	<b>53,7</b>	<b>2,1</b>	<b>52,6</b>	<b>0,9</b>	<b>52,2</b>	<b>/</b>
<b>Area geografica</b>						
Nord	54,2	-0,8	54,7	0,1	54,6	/
Centro	55,3	4,0	53,2	5,7	50,3	/
Sud	50,8	5,3	48,2	-3,7	50,1	/
<b>Genere</b>						
Maschio	55,5	1,4	54,7	0,4	54,5	/
Femmina	52,3	2,6	51,0	1,2	50,4	/
<b>Classi di età</b>						
≤ 45	29,9	1,4	29,4	-0,5	29,6	/
46-65	49,4	1,7	48,5	0,1	48,5	/
66-75	59,3	2,1	58,0	0,8	57,6	/
> 75	58,6	2,0	57,5	1,6	56,5	/
<b>Progresso trattamento §</b>						
Nuovi trattati	20,5	-0,5	20,6	/	/	/
Già in trattamento	58,6	1,8	57,5	/	/	/
<b>Comorbidità</b>						
Senza progresso evento CV o diabete	51,2	2,1	50,1	/	/	/
Con progresso evento CV o diabete	65,1	1,2	64,3	/	/	/
<b>TOTALE senza occasionali *</b>	<b>57,9</b>	<b>2,3</b>	<b>56,6</b>	<b>0,9</b>	<b>56,1</b>	

Indicatore non calcolato per le Aziende Sanitarie per le quali non è stato possibile gestire la mobilità extra Asl. Poiché i dati erano disponibili fino al 31 dicembre 2012, l'ultimo anno di riferimento è stato il 2011 (per ottenere anche per gli inclusi a dicembre 2011 un intero anno di osservazione). L'aderenza al trattamento con antiipertensivi è stata valutata nei 365 giorni successivi alla data della prima prescrizione nell'anno di riferimento (data indice). Aderenti al trattamento sono stati definiti i pazienti con una proporzione di giorni coperti uguale o superiore all'80%.

N: si riferisce al numero di pazienti trattati con antiipertensivi di età ≥ 18 anni.

§ Nuovi trattati: pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione nell'anno di riferimento, non trattati nell'anno precedente la data indice. Già trattati: pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione nell'anno di riferimento, e che avevano già ricevuto prescrizioni nell'anno precedente la data indice.

\* Indicatore calcolato escludendo dal denominatore i pazienti occasionali al trattamento.

che dell'intero sistema. Lo stesso discorso può essere fatto a proposito della eventuale diminuzione di qualche farmaco nella complessità assistenziale della plurimorbilità di molti anziani: se i medici disponessero di strumenti adeguati per intervenire su questo importantissimo aspetto (per esempio utilizzando apposite griglie basate su evidenze certe e condivise per aiutare nelle scelte terapeutiche in soggetti complessi) i vantaggi sarebbero senza dubbio evidenti e sostanziali.

**TADDEI** – I moderni strumenti informatici, abbinando un paziente ad un determinato schema di terapia, permettono in maniera relativamente attendibile di monitorare la compliance degli assistiti, valutando ad esempio quante confezioni di un determinato farmaco vengono prescritte e quante in realtà ne vengono acquistate. Questi dati forniti ai medici possono essere utili per chiarire scelte e comportamenti da parte sia dei professionisti che degli stessi assistiti.

Bisogna comunque non dimenticare che la compliance dei pazienti verso una certa terapia rappresenta un fenomeno estremamente complesso e molto spesso di difficile comprensione. Se infatti si capisce come sia possibile dimenticare la "pillola" giornaliera antiipertensiva o contro il colesterolo, soprattutto in caso di periodi di cura di lunga o lunghissima durata, più difficile appare la non aderenza terapeutica in caso di situazioni di difficile gestione clinica quale ad esempio la BPCO. Ad oggi si può dire che l'unica terapia che viene assunta con una accuratezza pressoché totale è quella anticoncezionale!

Ovviamente un buon rapporto medico-paziente non può che aiutare nell'aumentare la compliance nei confronti delle cure prescritte, così come potrebbe accadere con il sempre maggiore livello di comunicazione tra medici di base e specialisti nella gestione dei pazienti anziani con comorbilità associata costretti ad assumere tutti i giorni un numero enorme di farmaci diversi.

**Tabella 2** – Numero di pazienti trattati aderenti al trattamento con statine (numeratore) sul totale dei pazienti trattati con statine (denominatore).

	2011 N = 1.570.414		2010 N = 1.530.827		2009 N = 1.486.251	
	%	Var. %	%	Var. %	%	Var. %
<b>TOTALE</b>	<b>39,5</b>	<b>3,2</b>	<b>38,3</b>	<b>5,0</b>	<b>36,5</b>	<b>/</b>
<b>Area geografica</b>						
Nord	45,3	1,7	44,6	5,9	42,1	/
Centro	36,8	0,1	36,8	10,6	33,2	/
Sud	34,1	10,2	31,0	-2,9	31,9	/
<b>Genere</b>						
Maschio	42,9	2,8	41,8	4,2	40,1	/
Femmina	36,3	3,7	35,0	5,9	33,1	/
<b>Classi di età</b>						
≤ 45	22,5	2,2	22,0	2,1	21,5	/
46-65	37,7	2,1	36,9	3,9	35,6	/
66-75	42,7	3,5	41,3	5,3	39,2	/
> 75	40,3	4,0	38,7	6,1	36,5	/
<b>Progresso trattamento §</b>						
Nuovi trattati	22,1	-0,6	22,3	/	/	/
Già in trattamento	44,3	2,7	43,1	/	/	/
<b>Comorbilità</b>						
Senza pregresso evento CV o diabete	37,9	2,9	36,8	/	/	/
Con pregresso evento CV o diabete	45,2	3,4	43,8	/	/	/
<b>TOTALE senza occasionali *</b>	<b>44,2</b>	<b>3,0</b>	<b>42,9</b>	<b>4,3</b>	<b>41,2</b>	<b>/</b>

Indicatore non calcolato per le Aziende sanitarie per le quali non è stato possibile gestire la mobilità extra Asl. Poiché i dati erano disponibili fino al 31 dicembre 2012, l'ultimo anno di riferimento è stato il 2011 (per ottenere anche per gli inclusi a dicembre 2011 un intero anno di osservazione).

L'aderenza al trattamento con statine è stata valutata nei 365 giorni successivi alla data della prima prescrizione nell'anno di riferimento (data indice). Aderenti al trattamento sono stati definiti i pazienti con una proporzione di giorni coperti uguale o superiore all'80%.

N: si riferisce al numero di pazienti trattati con statine di età ≥ 18 anni.

§ Nuovi trattati: pazienti che anno ricevuto almeno una prescrizione nell'anno di riferimento, non trattati nell'anno precedente la data indice. Già trattati: pazienti che hanno ricevuto almeno una prescrizione nell'anno di riferimento, e che avevano già ricevuto prescrizioni nell'anno precedente la data indice.

\* indicatore calcolato escludendo dal denominatore i pazienti occasionali al trattamento.

**DEGLI ESPOSTI** – Per quanto riguarda i trattamenti cronici, i dati oggi disponibili parlano di percentuali di aderenza sicuramente migliorabili, ad esempio del 55% in caso di terapia antiipertensiva (Tabella 1, Fonte Rapporto OsMed 2012) e solo del 40% per quanto riguarda quella con statine (Tabella 2, Fonte Rapporto OsMed 2012). A questa situazione di base bisogna poi aggiungere il numero di coloro che questi farmaci li assumono in maniera saltuaria oppure al di fuori di qualsiasi schema prescrittivo. Questi ultimi comportamenti, costosi ed ovviamente del tutto inutili dal punto di vista dell'efficacia di cura, dovrebbero essere il più possibile riconosciuti e corretti.

**NUTI** – Per superare i problemi segnalati dal dottor Degli Esposti possiamo operare oggi molto di più, grazie alle tecnologie informatiche a nostra disposizione che ci permettono di incrociare i dati di database diversi, mediante indicatori in grado di tracciare il percorso di ogni singolo paziente.

I medici devono essere consapevoli che questi indicatori applicati alla loro attività non rappresentano un qualcosa di "imposto dall'alto", ma devono essere il frutto di un percorso condiviso. Se un professionista non si riconosce in un'indicazione monitorata con un parametro di valutazione e, nell'autonomia professionale ritiene per il bene del paziente necessario assumere decisioni differenti, deve avere la possibilità di farlo, ma assumendosi in modo chiaro e trasparente le responsabilità anche e soprattutto di fronte ai propri colleghi.

Una simile metodologia di intervento senza dubbio aumenta la comunicazione tra i professionisti e responsabilizza il medico che deve in certo qual modo assumersi l'onere della prova riguardo i propri comportamenti di fronte ai colleghi ed all'amministrazione.

**GIUSTINI** – La metodologia illustrata ora dalla prof.ssa Nuti è certamente condivisibile anche se mi sembra che a livello territoriale sia di più complessa realizzazione rispetto a quanto succede nelle aziende ospedaliere.

**TOSI** – Il dottor Giustini ha senza dubbio ragione, visto che a livello ospedaliero la comunicazione è in qualche modo strutturata e le Direzioni aziendali si confrontano con soggetti facilmente identificabili quali i Capi Dipartimento ed i responsabili delle strutture assistenziali. A livello territoriale questo non si può realizzare e, in assenza di figure apicali di riferimento, le Direzioni delle Asl devono per forza contattare i singoli medici per raccogliergli istanze e proposte. Forse con le nuove forme di lavoro associative tra medi-

ci le cose potrebbero almeno in parte migliorare.

**TOSCANA MEDICA** – *In tempi di ristrettezze economiche e spending review è possibile calcolare quanto l'appropriatezza delle scelte dei medici e la compliance dei pazienti influenzino la sostenibilità dei sistemi sanitari?*

**DEGLI ESPOSTI** – A mio parere per prima cosa sarebbe necessario cercare di capire come un sistema che tende all'appropriatezza prescrittiva finisce realmente per impattare sulla spesa farmaceutica. Infatti, se, da un lato, è fuori discussione che un sistema che tende all'appropriatezza prescrittiva ha un impatto migliorativo sull'attesa e sulla qualità di vita, dall'altro lato, va esattamente compreso quale sia il fabbisogno necessario per l'implementazione di tale appropriatezza prescrittiva.

A titolo di esempio, se si riuscisse ad aumentare l'aderenza al trattamento nella terapia antiipertensiva, spostandola dal 55% prima ricordato al 70-80%, è ragionevole attendersi un miglioramento sull'attesa e sulla qualità di vita ma è altrettanto ragionevole attendersi un incremento della spesa farmaceutica di breve periodo. Diventa, quindi, opportuno, ai fini della pianificazione degli interventi, prevedere gli adeguati fabbisogni finanziari.

In questa prospettiva, allo scopo di recuperare risorse nel breve termine da allocarsi su obiettivi di medio-lungo termine, appare fondamentale dotarsi di indicatori qualitativi per comprendere i margini di inappropriata e porre in essere l'insieme delle azioni necessarie alla loro correzione. In altre parole, tali indicatori qualitativi ci saranno utili per identificare sia le aree di attuale sottospesa, dove abbiamo bisogno di aumentare gli investimenti (tipicamente l'aderenza al trattamento) sia le aree di attuale sovra-spesa, dove, al contrario, potremmo ridurre gli investimenti senza peggiorare la salute del paziente ed, anzi, in alcuni casi, tutelandola visti i rischi associati all'uso inappropriato dei farmaci.

**NUTI** – Il concetto di sostenibilità di un sistema sanitario è relativo nel senso che la quantità di fondi destinati alla sanità dipende anche e soprattutto da come vengono distribuite le risorse disponibili tra tutti gli altri settori del sistema pubblico, considerando che per definizione i bisogni sanitari sono di per sé praticamente infiniti.

A questo punto appare pertanto necessario identificare delle priorità di intervento a medio e lungo termine per affrontare il tema dell'equità ed universalità delle prestazioni erogate, oltre che della riduzione della loro disuguaglianza. Oltre a questo esiste oggi il rischio reale di indiriz-

zare scelte e comportamenti soprattutto verso le fasce più anziane della popolazione, oggi sempre più numerose e con carichi assistenziali via via crescenti, a scapito delle generazioni più giovani sulle quali comunque continua a gravare il peso complessivo di quelle più vecchie.

**TADDEI** – Qualsiasi sistema va comunque governato in maniera efficiente e possibilmente a livello centrale per evitare delle incongruenze quali la diversa valenza che viene generalmente data alle terapie delle malattie cardiovascolari (prima causa di mortalità a livello mondiale), rispetto a quelle antineoplastiche dove spesso sembra che le scelte ed i comportamenti siano quasi più influenzati dall'empatia verso questo tipo di pazienti che da reali evidenze scientifiche, anche se morire per le conseguenze di uno scompenso cronico di cuore non è poi tanto diverso dal farlo a causa di una qualche forma tumorale.

È pertanto necessario fare delle scelte chiare di allocazione delle risorse ed altrettanto chiaramente spiegarle alla gente, in questo certamente non aiutati in Italia da una situazione legislativa a dire poco confusa che ad esempio permette ad una sola molecola di una certa classi di farmaci, giocando sul meccanismo delle coperture brevettuali, di "costare" più di tutte le altre della medesima categoria.

Sempre continuando a parlare di governo di sistema pensiamo poi a quanto costa assistere in maniera adeguata un anziano nelle ultime fasi della vita, quando molto spesso i bisogni assistenziali sono più di carattere infermieristiche che realmente medico. I medici di base non possono essere lasciati soli, come da più parti postulato, nella gestione di questa attività, delicatissima ed estremamente complessa. Sarebbe necessario per non gravare gli ospedali di un carico per lo più a loro non destinato creare delle strutture residenziali a bassa intensità di cure dove seguire questi pazienti nel caso non fosse possibile il mantenimento presso il proprio domicilio: ovviamente anche in questo caso si parla di spese, interventi strutturali complessi e scelte allocative di risorse che necessariamente devono essere regolamentate a livello di governance di sistema.

**GIUSTINI** – In termini di governo clinico credo che non sia più rimandabile anche in Italia una seria attività di Health Technology Assessment mirata sul monitoraggio dei farmaci che senza dubbio rappresentano una risorsa anche per i sistemi industriali in termini di ricerca e sviluppo economico. Una simile attività di monitoraggio, soprattutto per i farmaci di più recente introduzione come i nuovi anticoagulanti orali, dovrebbe necessariamente comprendere anche la me-

dicina generale, ad oggi però sistematicamente esclusa al contrario della specialistica da qualsiasi possibilità di intervento in questo settore.

**CORONA** – Il fatto che molti dei nuovi, costosissimi farmaci siano riservati solo alla prescrizione specialistica e non possano essere consigliati dal medico di base neppure in regime di attività libero-professionale, contrasta con la tendenza sempre più pressante di curare per quanto possibile i pazienti sul territorio per cercare di limitare gli accessi ai Pronto Soccorso ed ai reparti degli ospedali. Anche in questo campo sono pertanto necessarie delle scelte mirate e condivise.

**TOSI** – Fatto salvo il concetto che l'aderenza dei pazienti alle terapie aumenta la spesa che invece viene ridotta dall'appropriatezza delle scelte prescrittive dei medici, è indubbio che qualsiasi sistema sanitario si deve confrontare con scelte di governo clinico spesso impopolari. Basta ad esempio pensare a quante risorse potrebbero essere recuperate se non si sottoponessero negli ultimi quindici giorni di vita pazienti ormai sicuramente condannati a costose terapie antineoplastiche purtroppo del tutto incapaci di modificare la storia naturale della malattia, oppure se non si operassero gli anziani con polipatologia fratturati di femore che, a distanza di sei mesi dall'intervento, presentano gli stessi tassi di mortalità dei soggetti della medesima classe che però non avevano avuto alcun evento traumatico.

I margini di risparmio in un sistema sanitario ben governato sono davvero tanti e non riguardano soltanto i farmaci o gli interventi chirurgici, ma anche i presidi, gli ausili e le prestazioni diagnostiche sia di laboratorio che strumentali.

**GIUSTINI** – Dato ormai noto e consolidato nella nostra pratica quotidiana è che la popolazione generale sia sempre più anziana, affetta da comorbilità e quindi soggetta a politrattamenti; meno chiaro, al contrario, è che la politerapia nell'anziano rischia di essere pericolosa se non addirittura fatale. La prescrizione di farmaci nel cittadino anziano è un processo estremamente complesso: l'uso di numerosi farmaci può migliorare i sintomi, migliorare la qualità della vita ed aumentare la sopravvivenza, ma, in mani non troppo esperte o non adeguatamente formate, può diventare anche un importante fattore di rischio per problemi di aderenza e compliance, per effetti avversi da farmaci e può determinare esiti negativi per la salute del paziente stesso.

Nei pazienti ultra 65enni è fondamentale minimizzare i rischi conseguenti a prescrizioni farmacologiche non appropriate, considerando sia le regole di appropriatezza prescrittiva, sia le

raccomandazioni della polifarmacoterapia negli anziani. Le evidenze scientifiche documentano infatti che questa è una priorità rilevante per ridurre il rischio clinico.

La terapia farmacologica è parte integrante del processo di presa in carico del paziente anziano e ne costituisce un momento anche relazionale

complesso in quanto la variabilità individuale dello stato di salute, della malattia e della disabilità aumenta con l'età. Lo stato di salute dei nostri pazienti anziani varia da quelli che sono in buona salute a quelli fragili, rendendo difficile per i medici (e non solo quelli di medicina generale) la decisione delle scelte prescrittive.

ANTONIO PANTI

## I problemi non finiscono mai

Finora i dati sulla spesa farmaceutica erano meramente quantitativi. Utili per verificare una variabilità prescrittiva spesso inspiegabile rispetto a medie considerate come una proxy abbastanza significativa di comportamento clinico. Oggi sono disponibili dati disaggregati per singolo paziente e riferibili a linee guida condivise. Si evidenzia che alcuni medici prescrivono farmaci di più alto costo e in quantità diversa da tutti gli altri colleghi. Perché? Il colloquio interprofessionale è senz'altro la miglior governance possibile ma non basta a dare ragione di problematiche complesse e inaspettate: talora i farmaci non sono utilizzati dai pazienti né prescritti dai medici secondo le regole della farmacologia.

Esiste un eccesso di variabilità che, tuttavia, si attenua nel lavoro di gruppo quasi che l'anarchia prescrittiva si coniughi con l'individualismo dei medici. Comunque il dato quantitativo è sufficiente per aprire una discussione tra colleghi e su questo si costruisce il budget aziendale. In verità, come hanno fatto notare i nostri esperti, l'attendibilità dei dati dipende anche dall'uso che se ne fa, cioè dal confronto che si stabilisce con professionisti. Il dato deve essere riconosciuto come proprio dal medico per poterne sostenere la validità clinica. Altresì è vero che curare diversamente identiche patologie offre il fianco all'iniquinà. Insomma bisogna governare la variabilità e quindi tentare di comprendere la poca appropriatezza dei medici (che è foriera di maggiori oneri) e la scarsa aderenza dei pazienti, anch'essa portatrice di spese inutili. A ciò si aggiunge il difficile rapporto tra medici generali e specialisti, di cui il vero danneggiato è il paziente.

Ma ormai i sistemi di verifica si sono affinati e si possono individuare le distorsioni sia della prescrizione che della compliance. Man-

cano però i dati di outcomes, i risultati della cura, il che fa vivere i report della prescrizione come una vessazione burocratica, un vincolo fiscale che si aggiunge alla farraginosità delle norme legislative. I dati sul disagio dei medici mostrano tuttavia che il lavoro di gruppo facilita l'accettazione della valutazione dei risultati e l'abitudine alla discussione tra colleghi. Si sente anche la mancanza di un facilitatore nelle decisioni mediche, un esperto che spieghi bene i problemi in campo.

Infine il monitoraggio dell'aderenza dei pazienti pone il problema di individuarne le cause, psicologiche, sociali, di pessima comunicazione, di ricorso a troppi specialisti. La politerapia è un vero dramma della medicina moderna. E anche la legge che consente ai farmacisti di cambiare la prescrizione del medico, peggiora la compliance del paziente. Le questioni sono tante ma, migliorando l'appropriatezza e l'aderenza, si rende più sostenibile il sistema? Questi sono i veri problemi della medicina moderna. Occorrono indicatori qualitativi per capire dove si devono incrementare gli investimenti e dove si possono contrarre senza influire sulla prognosi. Quanto si spende in inibitori di pompa, quanto in farmaci cardiovascolari, quanto in terapie oncologiche che non variano la prognosi né migliorano la qualità della vita?

In conclusione dobbiamo ragionare sulle priorità e sull'equità intergenerazionale. Quanto spendere per gli anziani e quanto in investimenti per le future generazioni, quanto in accanimento terapeutico, quanto in accertamenti discutibili. Il problema dell'appropriatezza e dell'aderenza non riguarda soltanto i farmaci e alcune decisioni non sono rinviabili. La discussione ha aperto più problemi di quanti ne potesse risolvere, ma queste sono le vere incognite della medicina oggi. **TM**

Si ringrazia 

per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione

RICCARDO CASSI

# Proposta di nuova carriera del medico



Riccardo Cassi, già Dirigente Medico di Chirurgia Generale presso l'Azienda Sanitaria 10 di Firenze. Membro Consiglio Ordine Medici Firenze, Presidente Nazionale CIMO-ASMD.

## Contesto normativo

Con il D. Lgs. 502/92 i medici acquisiscono la qualifica dirigenziale, anche a prescindere dalla titolarità di poteri direttivi in senso proprio, perché è il possesso dei requisiti professionali (certificati dal percorso di formazione e richiesti in sede di selezione per l'accesso al rapporto di dipendenza) la condizione costitutiva per l'attribuzione e l'esercizio delle funzioni dirigenziali.

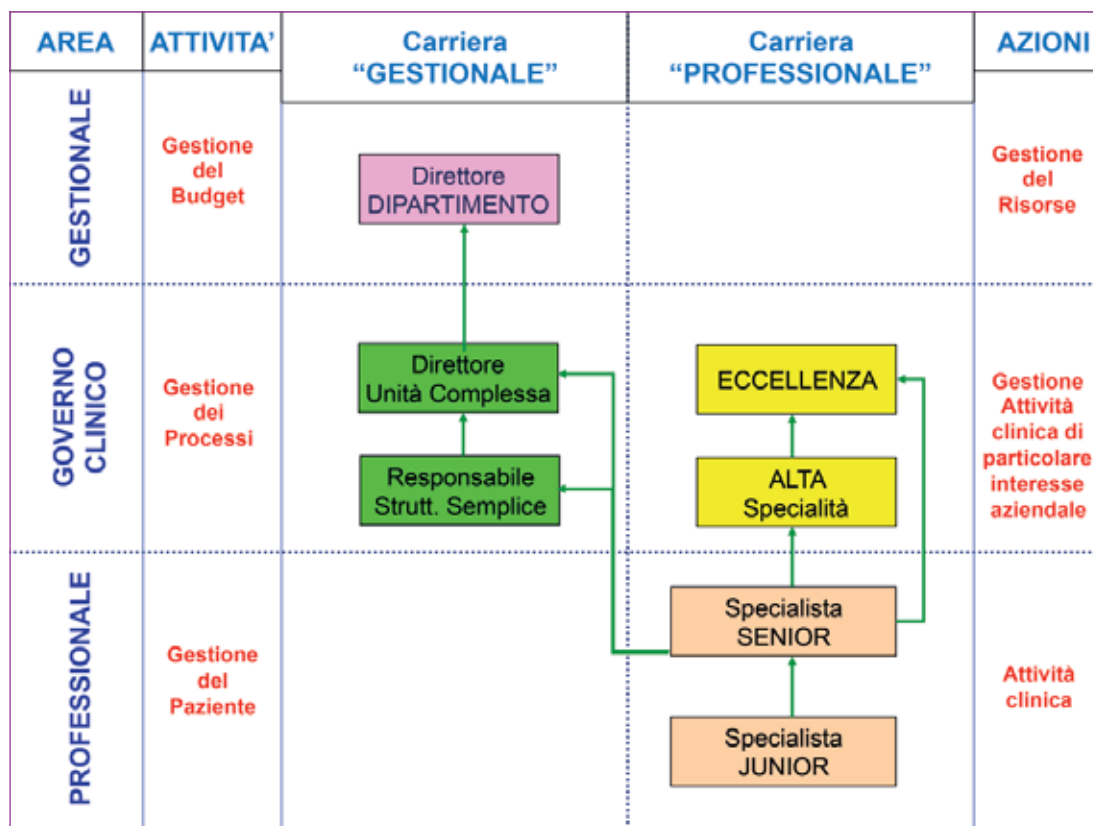
Le funzioni mediche sono, infatti, repute "dirigenziali" a prescindere dal fatto se siano di direzione di struttura oppure di studio e ricerca; si riconosce quindi al medico uno status di dirigente pubblico che tuttavia è atipico rispetto ad un contesto, quello della dirigenza pubblica, dove la componente professionale è talvolta presente, ma mai preponderante, e dove prevalgono logiche gestionali ed economiche, piuttosto che obiettivi di efficienza clinica ed efficacia delle cure.

In sintesi, il medico avverte, oggi, una condizione di profondo disagio perché, da un lato, deve ottemperare ai propri doveri deontologici e

professionali che richiedono una forte autonomia tecnico-professionale nella diagnosi e terapia e, dall'altro, in qualità di dirigente dello Stato, deve ottemperare alle disposizioni di una P.A. che, per ovi motivi, basa le proprie necessità su esclusivi aspetti di natura burocratico-amministrativa. Il prevalere di questa seconda condizione ha, di fatto, fortemente condizionato sia la carriera sia la valutazione del medico che non è di natura professionale, come in passato, ma, soprattutto, ha ridimensionato quella necessaria autonomia professionale, condizione indispensabile per garantire la salute dei cittadini.

La mancata chiarezza, da parte del legislatore, su quale status prevalga nel medico del SSN, dirigente o professionista, ha espresso i suoi effetti negativi sulla carriera, dove è stato imposto un sistema di "incarichi dirigenziali" che raramente prende in considerazione le modalità di lavoro attraverso le quali il medico tutela la salute dei cittadini.

Il meccanismo degli incarichi è mutuato, in-



fatti, da altri modelli organizzativi, dove ai singoli dirigenti sono effettivamente affidati specifici settori di competenza, mentre il lavoro di un'équipe medica prevede comunanza di saperi ed interscambiabilità di compiti.

Inoltre quella parte della normativa che riconosce al dirigente medico una progressione economica collegata agli aspetti professionali è stata ignorata dalle Aziende che non fanno né un'effettiva graduazione degli incarichi, né la prevista ve-

rifica triennale; risultato finale l'assenza assoluta di effetti positivi o negativi in termini di carriera.

Di conseguenza abbiamo assistito ad un percorso di carriera nel quale il livello di direzione gestionale ha rappresentato e rappresenta l'unica concreta possibilità di progressione economica. Oggi, con le drastiche riduzioni imposte al numero delle strutture, assistiamo ad un appiattimento della retribuzione e della carriera, a quotidiane difficoltà nella gestione delle dinamiche interne e

INCARICO	GESTIONAL	GOVERNANCE	PROFESSIONAL
<b>DIRETTORE DIPARTIMENTO</b>	Direzione del Dipartimento con affidamento di un budget economico		
<b>DIRETTORE Unità Complessa</b>		<b>Direzione del Governo Clinico Struttura:</b> - Organizzazione del lavoro - Gestione risorse umane e strumentali - Formazione del personale - Valutazione delle tecnologie (HTA) - Implementazione linee guida, protocolli, EBM	
<b>RESPONS. Struttura Semplice</b>			
<b>ECCELLENZA</b>		Profilo professionale di assoluta valenza strategica aziendale con competenze specifiche in settori di eccellenza aziendale	
<b>ALTA SPECIALITA'</b>		Profilo di specialista con funzioni di formazione e tutoraggio che utilizza procedure e tecnologie innovative	
<b>SPECIALISTA SENIOR</b>		Profilo di specialista autonomo	
<b>SPECIALISTA JUNIOR</b>		Profilo di specialista autonomo	

INCARICO	GESTIONAL	GOVERNANCE	PROFESSIONAL
<b>DIRETTORE DIPARTIM.</b>	Rispetto obiettivi di budget (efficienza, efficacia, economicità) Efficienza ed efficacia organizzazione del lavoro		
<b>DIRETTORE UOC</b>	Rispetto obiettivi di Governo Clinico Gestione delle risorse assegnate Efficienza clinica ed efficacia delle cure		
<b>RESPONS. STR. SEMPL.</b>	Attuazione formazione del personale Implementazione prevenzione rischio clinico Valutazione HTA		
<b>ECCELLENZA</b>	Valutazione della complessità dei casi trattati Utilizzo procedure e tecnologie sanitarie innovative Complessità dei casi trattati, tasso di mobilità attiva, ecc.		
<b>ALTA SPECIALITA'</b>	Valutazione complessiva dei casi trattati Utilizzo di metodiche e procedure di elevata specialità Valutazione complessiva dell'attività specialistica		
<b>SPECIALISTA SENIOR</b>	Casistica clinica e/o chirurgica Indicatori di outcome		
<b>SPECIALISTA JUNIOR</b>	Attività di formazione sul campo Attuazione linee guida e protocolli diagnostico - terapeutici		

nell'identificazione delle responsabilità decisionali e tutto ciò porta ad una demotivazione diffusa dei colleghi.

**Tutti i medici pubblici dipendenti sono dei professionisti**, perché professionale è la loro formazione e cultura, perché professionali sono i titoli richiesti per l'accesso al rapporto di lavoro (diploma di laurea, diploma di specializzazione, iscrizione all'Albo professionale), perché sulla base dell'esperienza e qualificazione professionale è modulata la loro evoluzione in carriera.

È vero tuttavia che *solo ad alcuni di essi* è attribuita la responsabilità di direzione di strutture (complesse o semplici), ma comunque mai i medici dipendenti, neppure ai più alti livelli di responsabilità, possono dire, oggi, di avere potere autonomo di decisione e spesa, seppur a nome e per conto del datore pubblico di lavoro.

A riprova di ciò valgono le seguenti considerazioni, a dimostrazione che la figura del medico-manager è un'astrazione piena di contraddizioni e priva di concreta attuazione:

- manca sostanzialmente una formazione manageriale dei medici;
- manca una chiara definizione di ruoli e percorsi di carriera per i *medical manager*;
- mancano adeguati sistemi di verifica e responsabilizzazione a supporto dei processi di controllo dell'attività dei clinici;
- **l'oggetto dell'attività del medico è centrato sulla persona; il manager invece deve focalizzare prevalentemente il suo interesse sulla struttura e sulle risorse;**
- **al medico si chiede un'alta specializzazione tecnica, dimensione dominante del ruolo e strumento di carriera;** al manager si chiede invece un certo grado di despecializzazione, cioè la capacità di non concentrarsi su singoli

aspetti ma di avere una visione sistemica e lungimirante del tutto.

Questa unica figura (medico-manager) dovrebbe: fare la diagnosi; scegliere la cura; organizzare il personale in corsia; fare formazione, studio e ricerca; parlare con i malati; studiare e fornire dati sull'attività complessiva dell'ospedale e della struttura di propria responsabilità; gestire un budget; fare le ordinazioni del materiale per dodici mesi; controllare le entrate e le uscite del reparto, ecc., ecc.

In conclusione il medico del SSN si trova oggi costretto in un ruolo disegnato per una figura con caratteristiche lavorative ben diverse dalla sua formazione universitaria, un ruolo che non ha compreso bene fino in fondo, come non l'hanno compreso le Aziende. Da qui la necessità di un radicale cambiamento della carriera del medico dipendente del SSN.

### Proposta per il recupero di una carriera professionale

È stato un errore enorme aver appiattito tutti i medici dipendenti in un unico livello giuridico, per giunta senza riconoscerne le peculiarità rispetto alle altre figure dirigenziali. È un dato di fatto che il medico "dirigente" sia stato trasformato in una sorta di burocrate censore dei bisogni e delle richieste di salute degli assistiti, schierato dalla parte degli interessi economici dell'azienda di appartenenza, o ancora in freddo esecutore di protocolli clinici, diagnostici o terapeutici.

Da qui la necessità di un radicale cambiamento della figura e della carriera del medico dipendente del SSN, a partire dalla formazione, trasformando le attuali borse di studio degli specializzandi in contratti a tempo determinato con il servizio sanitario, prevedendo il progressivo inserimento del medico nelle attività assistenziali territoriali e

Denominazione		Accesso	Valutazione	Perdita Incarico	Retribuzione di Posizione
Specialista	Specialista Junior	Concorso titoli ed esami	Periodica Professionale	Valutazione negativa ripetuta o Provvedimento disciplinare	Minima determinata Contrattualmente + Graduazione Aziendale struttura + Graduazione Individuale di merito (progressione orizzontale)
	Specialista Senior				
	Alta Professionalità	Percorso professionale con verifiche			
	Eccellenza Professionale				
Clinical Governance	Responsabile Struttura Semplice	Selezione per titoli	Periodica Professionale e Gestionale su strumenti Governo Clinico		
	Direttore Unità Complessa	Selezione titoli avviso pubblico			
Gestionale	Direttore Dipartimento	Nomina del D.G.	Annuale Gestionale	Revoca motivata del DG	



nelle strutture ospedaliere con una verifica finale per consentire il passaggio ad un contratto a tempo indeterminato.

Per trovare soluzioni più adeguate occorrerebbe una riforma che parta dal riconoscimento di una **“categoria speciale professionale”**, sola in grado di soddisfare pienamente le esigenze della professione medica, che includa l'area della dipendenza e quella della convenzionata.

Se questa non fosse attuabile in tempi brevi, mantenendo quindi il medico la qualifica dirigenziale, occorre comunque introdurre modifiche significative tese a differenziare una dirigenza prevalentemente **“professionale”** dalle altre tipologie di dirigenza pubblica.

L'organizzazione delle Aziende sanitarie va sempre più verso il modello dipartimentale con una condivisione di risorse ed attrezzature, in cui il Capo Dipartimento assume prevalentemente funzioni organizzative-gestionali, mentre per garantire la funzionalità di un reparto o di un servizio sanitario è necessario che **l'attuale Direttore di struttura riassuma una leadership dell'équipe medica anche di natura professionale**.

La carriera del dirigente medico deve, infatti, tener conto delle effettive peculiarità del professionista che derivano, non solo, da un percorso formativo di elevata specialità ma, soprattutto, da un'attività che richiede elevate competenze tecniche con dirette responsabilità di natura gestionale strettamente legate ai processi decisionali di natura clinico-assistenziale.

In particolare vista la specificità dell'attività del medico ed i relativi livelli di responsabilità, il medico dipendente, quale dirigente, deve riacquisire la piena autonomia decisionale nei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie fisiche e psichiche della persona, attività che può svolgere direttamente ovvero con la collaborazione di altro personale sanitario, laureato o non, attraverso **la definizione dell'atto medico**, obiettivo strategico che l'attribuzione della qualifica dirigenziale ha finito per porre in ombra.

Ne consegue la necessità di avere norme nazionali (CCNL, Patto per la Salute, ecc.) chiare ed organiche, indicanti i livelli di carriera, i requisiti e le modalità di verifica, senza lasciarli alla cosiddetta trattativa aziendale, attraverso le quali Regioni ed Aziende modulano la propria organizzazione interna; ma soprattutto occorre abbandonare il tentativo di applicare meccanismi di incarico, non in grado di valutare le specificità della professione medica, **passando ad un sistema che premia quello che il medico è in termini di impegno, competenza e capacità individuale**.

La proposta rappresenta **un superamento dell'attuale sistema di incarichi**, sostituiti per i profili non gestionali, da una progressione verticale, condizionata dalla disponibilità di posizioni in Azienda, e da una progressione orizzontale che prevede dopo una valutazione positiva comunque un incremento economico percentuale, definito contrattualmente, pur mantenendo lo stesso profilo.

## A) Due profili gestionali (clinical governance)

Differenziati sulla base delle dimensioni e della rilevanza aziendale della struttura che viene diretta.

Caratterizzazione della Direzione di struttura in senso di Governo clinico della struttura stessa con responsabilità di organizzazione delle risorse (umane e strumentali assegnate) mirate all'efficienza clinica ed all'efficacia delle cure; responsabilità nella formazione del personale e nell'implementazione di linee guida, protocolli e procedure.

Incarico quinquennale, attribuito dopo una selezione effettuata con una valutazione del curriculum professionale da una commissione esterna.

Verifica annuale sul raggiungimento degli obiettivi di *Clinical Governance*

Verifica alla scadenza dell'incarico sull'attività professionale individuale e complessiva dell'équipe, con riferimento a standard nazionali (PNE) e regionali.

### Giudizio positivo

Conferma nell'incarico, con eventuale incremento della variabile.

### Giudizio negativo

Rinnovo biennale. Se permane giudizio negativo: perdita incarico gestionale

## B) Quattro profili professionali non gestionali

Accesso per pubblico concorso al primo profilo di durata quinquennale.

Attribuzione dei successivi profili, con incarico triennale, motivata previa comparazione curriculum.

Posizione personalizzata costituita da:

- 1) posizione minima per ogni profilo definita contrattualmente;
- 2) peso aziendale struttura;
- 3) eventuale retribuzione personale di merito (in prima applicazione: la variabile aziendale in essere).

### Verifica al termine:

a) Valutazione individuale di performance predisposta annualmente dal capo équipe, nella quale deve risultare l'effettivo contributo al raggiungimento degli obiettivi quali-quantitativi di équipe.

b) Valutazione delle competenze professionali documentate acquisite nel triennio.

c) Valutazione quali-quantitativa dell'attività professionale svolta con riferimento a standard nazionali (PNE) e regionali specifici.

### Giudizio positivo

Passaggio al profilo superiore o incremento percentuale (sub-profilo).

### Giudizio negativo

Rinnovo biennale. Se permane giudizio negativo: retrocessione.

TM

FILIPPO RISALITI, MASSIMO DI NATALE<sup>1</sup>

Filippo Risaliti, specialista in Medicina Interna presso l'Università di Firenze, dal 2010 Dirigente Medico Medicina Generale 2 - AUSL 4 Prato.

# Il Medico di Riferimento tra vecchio e nuovo ospedale

## Premessa

L'orientamento assistenziale ospedaliero verso l'intensità di cure, dettato dalle direttive regionali, rappresenta una complessa sfida concettuale, professionale ed organizzativa. L'apertura del Nuovo Ospedale di Prato, orientato in tale direzione anche dal punto di vista strutturale, ha rappresentato l'opportunità per anticipare e sperimentare questo modello assistenziale attraverso un ampio e profondo rinnovamento dell'organizzazione e dei processi produttivi.

Questa scelta è stata ampiamente discussa e condivisa con il comparto infermieristico, le cui funzioni peraltro hanno conosciuto una rapida e qualificante evoluzione. L'obiettivo comune era quello di verificare quanto tale cambiamento fosse in grado di migliorare i livelli qualitativi e quantitativi di assistenza ed il grado di soddisfazione di utenti ed operatori, registrando e monitorando al contempo le inevitabili criticità legate al cambiamento.

La Medicina Interna per le sue caratteristiche intrinseche (casistica numerosa, complessa e differenziata, elevato turnover, multiprofessionalità e multidisciplinarietà) rappresentava un banco di prova al tempo stesso privilegiato e difficoltoso per raccogliere la sfida.

Un'ulteriore spinta al cambiamento è stato l'articolato evento formativo, promosso dalle Aziende USL 3 di Pistoia e USL 4 di Prato in collaborazione e con la guida del Laboratorio M&S della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, sviluppatosi intorno alla figura professionale del Medico di Riferimento (MdR).

## Metodo

Nel settembre 2012, dopo un approfondito e lungo lavoro preparatorio di gruppo multiprofessionale, in considerazione delle risorse umane disponibili, della numerosità e complessità della casistica trattata, nonché della logistica del reparto (67 pazienti divisi su due piani), abbiamo riorganizzato l'attività assistenziale in quattro équipe medico-infermieristiche di riferimento:

- 14 pazienti con 2 MdR + 1 inf TL + 1 inf diT + 2 OSS
- 19 pazienti con 3 MdR + 1 inf TL + 1 inf diT + 1 inf diS + 1 OSS
- 16 pazienti con 2 MdR + 1 inf TL + 1 inf diT + 2 OSS
- 19 pazienti con 2 MdR + 1 inf TL + 1 inf diT + 1 inf diS + 1 OSS

**MdR:** Medico di Riferimento; **inf TL:** infermiere Team Leader; **inf diT:** infermiere di Team; **inf diS:** infermiere di Setting; **OSS:** operatore socio sanitario.

Il turno medico, vero momento qualificante dell'attività quotidiana, veniva svolto con la collaborazione dell'infermiere Team Leader e fatto precedere dal *briefing* mattutino, preparatorio, di almeno 15 minuti, al quale partecipavano anche l'infermiere di T e l'OSS, "turnisti", che avevano lavorato il pomeriggio precedente.

Al Direttore della UO ed alle Coordinatrici infermieristiche il compito di supervisionare l'intero processo assistenziale e di armonizzare il lavoro delle quattro équipe secondo adeguati standard clinici ed assistenziali.

Erano state inoltre istituite riunioni permanenti di UO a cadenza quindicinale ed accreditate ECM che coinvolgevano tutto il personale ed avevano carattere formativo-organizzativo.

## Obiettivi

Abbiamo monitorato l'attività assistenziale attraverso i seguenti indicatori di tipo qualitativo e quantitativo, confrontati con quelli dell'anno precedente:

- numero di pazienti trattati;
- giorni di degenza media;
- consumo di risorse;
- numero di eventi avversi critici/sentinella.

Gli ultimi tre punti coincidevano con obiettivi di budget dell'Unità Operativa.

## Risultati

Nel periodo dal 1 settembre 2011 al 1 settembre 2013 abbiamo registrato:

	09/2011 - 09/2012	09/2012 - 09/2013
<b>Numero Ricoveri</b>	2022	2336
<b>Degenza media</b>	8,2	7,2

Inoltre: il consumo delle risorse per paziente per DRG è rimasto entro gli obiettivi di budget.

Abbiamo assistito ad un netto miglioramento nelle relazioni intra ed interprofessionale e ad un significativo sviluppo dei rapporti di collaborazione con il medico di medicina generale.

Ma al di là degli indicatori, abbiamo potuto constatare un ritrovato entusiasmo e calore verso la nostra professione; un nuovo e sorprendente spirito di collaborazione che si è progressivamente instaurato fra tutti i componenti del gruppo di lavoro, a tutto vantaggio del climax interno e, sia direttamente che indirettamente, dell'assistenza al paziente: più alte erano infatti la motivazione degli operatori, la soglia di attenzione e controllo delle procedure, la capacità di intervento e correzione sulle disfunzioni.

<sup>1</sup> Direttore f.f. UO Medicina Interna 2, Nuovo Ospedale di Prato AUSL 4 Prato

Inoltre questo tipo di organizzazione ha consentito agli operatori di poter dedicare più tempo, più attenzione e più importanza al contatto diretto con il paziente ed al suo *entourage*, aumentando soprattutto gli spazi dedicati al colloquio ed al confronto personale.

Infine questa ritrovata collaborazione interprofessionale ha consentito di sviluppare, adottare ed implementare protocolli assistenziali e percorsi diagnostico terapeutici mirati a problematiche specifiche, come ad esempio riguardo al rischio tromboembolico, al rischio di cadute, al monitoraggio delle ingestie ed alla disfagia, al trattamento delle pancreatiti, alla gestione del controllo glicemico nei diabetici.

### Criticità

È un lavoro più faticoso che impegna le stesse risorse ben al di là degli obblighi di istituto e che mette in gioco anche un meccanismo di competizione che va governato. Riteniamo che l'applicazione del modello per "piccole équipes mediche" abbia rappresentato un'esperienza sicuramente positiva, che ci ha consentito di aumentare la quantità ma anche la qualità dell'offerta assistenziale; ha promosso la nascita e la crescita di un nuovo tipo di collaborazione intra ed interprofessionale, sostenuta dal consolidamento dei rapporti umani sia tra professionisti, che tra operatori e pazienti-familiari.

È sembrata molto efficace la coincidenza tra piccola équipe medica di riferimento e team infermieristico che ha consentito di garantire un'ef-

ficiente continuità assistenziale; inoltre questo tipo di organizzazione ha comunque permesso lo svolgimento di un adeguato numero di turni di guardia medica attiva (indice notti-mesi 1.6; 1 pomeriggio\settimana).

### Conclusioni

La bontà dei risultati di questa sperimentazione nel vecchio ospedale ci ha indotto a trasferirla nel NOP (Nuovo Ospedale di Prato) recentemente aperto. Nella nuova realtà la nostra UO ha il compito di assistere 56 pazienti allocati in un unico settore (degenza medica, terzo piano, settore 2). L'attuale organizzazione è articolata in tre piccole équipes mediche di riferimento (3 medici ciascuna) cui corrispondono per la parte infermieristica tre *team leaders* con la sovrapposizione parziale di quattro infermieri di team più numero due infermieri di *setting* più quattro OSS.

Crediamo fermamente che l'attività assistenziale per Piccole équipes mediche di riferimento sia in grado non solo di caratterizzare, ma anche di potenziare il modello organizzativo per intensità di cure su cui è strutturato il NOP.

Riteniamo inoltre che il valore aggiunto della nostra esperienza sia stato rappresentato dalla sincronia tra i gruppi di lavoro medici e quelli infermieristici ed auspichiamo per questo la prosecuzione di un percorso di crescita professionale parallelo e collaborativo. **TM**

**Info:** [frisaliti@usl4.toscana.it](mailto:frisaliti@usl4.toscana.it)



Giuseppe Curciarello, Spec. in Ematologia (Clinica e Laboratorio) a FI, Resp. Amb. di Ematol. e Med. Trasmfusionale Asl 10. Delegato regionale SIMTI, Incaricato di Docenza dall'aa 2009/2010 fino a tutt'oggi. Immunoematologia presso l'Università degli Studi di Firenze; Facoltà di Medicina e Chirurgia; Corso di Laurea in Tecnico sanitario di laboratorio biomedico.

GIUSEPPE CURCIARELLO

## Sicurezza e rischio clinico in Medicina Trasmfusionale



Gli incidenti trasfusionali occorsi in Italia e nella vicina Grosseto nell'estate scorsa hanno stimolato molto i sistemi regionali e sanitari in tema di Sicurezza Trasmfusionale e Rischio Clinico e Medici-

na Trasmfusionale. Gli eventi avversi di Cosenza e di Grosseto hanno anche colpito tutto il mondo trasfusionale italiano. L'UO di Immunoematologia e Medicina Trasmfusionale, fra le strutture ospedaliere, è quella che possiede di più, nel suo DNA, l'attenzione alla sicurezza, alla tracciabilità e all'evitare l'errore di distrazione. È quindi logico che quando si verificano errori si generi, in tutti noi operatori, una preoccupazione che diviene apprensione e a volte si trasforma in rabbia nel rendersi conto che da sempre abbiamo sollecitato attenzione, denunciato non conformità, richiesto partecipazione alle riunioni del Buon Uso del Sangue (spesso disertate o viste come una sorta di riunione amministrativa e non sanitaria) senza ottenere un *feedback* positivo. Quando riusciremo finalmente a far capire al mondo sanitario che non vendiamo sacchi di farina?

Tuttavia gli eventi calabresi e toscani sono serviti per animare un dibattito interessante in tema di sicurezza trasfusionale stimolando i sistemi regionali ad una visione, speriamo globale, del processo trasfusionale, per una azione di miglioramento continuo.

Lo studio in corso in Toscana sulla terapia della reazione emolitica acuta da incompatibilità ABO è senza dubbio rilevante ma deve essere visto come di complemento ai necessari aggiustamenti in tema di procedure trasfusionali nei reparti clinici e ad una creazione o implementazione dei sistemi barriera. È necessario infatti concentrare l'attenzione sulla ricerca e la rimozione delle cause che generano gli errori, piuttosto che sulle terapie da utilizzare ad incidente avvenuto, per quanto utili. Se vogliamo fare un parallelo in ambito di sicurezza stradale, ha poco senso e sicuramente non è prioritario, andare alla ricerca di nuove terapie per gli effetti delle cadute causate dalle buche nel manto stradale, quello che serve è ripararle o evitare che si formino.

Vorrei proporvi questa frase:

*«It may seem a strange principle to enunciate as the very first requirement in a hospital that it should do the sick no harm».*

«Può sembrare strano affermare il principio che "il primissimo" requisito di un ospedale è che non deve danneggiare il malato» (Florence Nightingale, *Notes on Hospitals*, 1863).

Con questa frase Florence Nightingale, infermiera, nel 1863 dava il via alla "scoperta" del Rischio in campo sanitario. La Nightingale, durante la guerra di Crimea (1853-1855) in relazione all'elevata mortalità dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico, applicò per prima i metodi di analisi dell'Audit e riuscì a far introdurre misure di prevenzione che ridussero la mortalità dal 40% al 2%.

È dovuto passare molto tempo prima che il Rischio Clinico in campo sanitario fosse considerato nel mondo e anche in Italia.

Il Ministero della Salute in una survey del 2003, rilevava che in Italia solo il 17% delle Aziende Sanitarie disponeva di una struttura o di una funzione dedicata alla gestione del rischio clinico. Ma già nell'ultima survey del 2009 del Comitato Tecnico delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza del Paziente, in collaborazione con il Ministero della Salute, risulta che strutture e personale dedicato alla gestione del rischio sono presenti in più del 90% delle strutture pubbliche del territorio nazionale.

Ora, cari colleghi, dobbiamo considerare, fra una discussione di budget e l'altra, e negli ambienti del Rischio Clinico delle nostre Regioni, che la tera-

pia trasfusionale deve essere considerata come un vero e proprio trapianto allogenico, poiché il sangue è un tessuto e che esistono vari rischi legati alla trasfusione da quello biologico (diversità antigenica fra donatore e ricevente) al rischio di trasmissione di patogeni, al rischio di errore medico, al rischio dell'errore tecnico-amministrativo (*clerical error*).

Attualmente la maggior parte degli eventi avversi in medicina trasfusionale è dovuta ad errore umano ovvero ad errore amministrativo (*clerical error*) per errore d'identificazione del paziente da trasfondere. Gli sforzi attuali devono essere proprio diretti a ridurre al massimo questa tipologia di eventi anche se un azzeramento è statisticamente impossibile. Dobbiamo anche comprendere che il Laboratorio di Immunoematologia è l'unico tra i servizi di laboratorio clinico che rilascia, oltre che i risultati di indagini immunoematologiche, anche un prodotto destinato al singolo paziente che ancora oggi costituisce una terapia insostituibile, salvavita. L'errata preparazione o somministrazione di questo prodotto può produrre conseguenze gravissime fino anche alla morte del paziente. La catena trasfusionale che parte dalla selezione del donatore fino alle prove di compatibilità pretrasfusionali, vede numerosi attori in differenti aree dell'Ospedale.

Gli errori possono avvenire in qualsiasi punto di questa catena e l'obiettivo è quello di prevenire questi errori o individuarli prima della terapia trasfusionale. L'analisi, lo studio e gli interventi volti alla prevenzione di questi errori, sono definiti con il termine di *Risk Management* (gestione del rischio).

Il *clerical error*, l'errore "amministrativo", di distrazione, che comprende l'errore di identificazione del paziente al momento dei prelievi (per la tipizzazione eritrocitaria e le prove di compatibilità), al momento dell'esecuzione dei tests pre-trasfusionali o al momento dell'infusione dell'unità di concentrati eritrocitari, può essere ridotto grazie all'adozione di precise procedure che devono coinvolgere tutti gli attori implicati nella terapia trasfusionale. C'è da aggiungere che il miglioramento della performance trasfusionale, atto ad evitare gli errori di identificazione, passa necessariamente dal riconoscimento degli stessi e da una cultura della denuncia dell'errore che non è purtroppo sviluppata in molti paesi tra cui l'Italia. Tutto quello che conosciamo in tema di errori in campo trasfusionale è dovuto ai report del Regno Unito che ormai da decenni vengono pubblicati da *SHOT (Serious Hazards of Transfusions)*. La denuncia dell'evento avverso (qualunque esso sia) permette l'agire sulla procedura per modificarla alla luce dell'errore. Essa deve riguardare non solo l'evento avvenuto (evento sentinella) ma anche i "quasi eventi", i *near miss*, ovvero gli eventi che non si sono verificati grazie ad una loro intercettazione un attimo prima dell'evento stesso o grazie al caso fortuito. Quando in tutto il mondo ci saranno queste denunce, ecco che allora potremo sperare in una riduzione radicale di tutti gli eventi avversi. Occorre inoltre considerare che la seconda vittima dell'errore umano (dopo il paziente) è l'operatore che lo ha determinato. E quindi necessario evitare la colpevolizzazione dell'operatore e pensare che qualunque errore, al di là della persona che lo ha determinato fattivamente, è frutto di un'errata procedura e di un'organizzazione o di una pianificazione deficitaria. **TM**



**Info:** giuseppe.curciarello@unifi.it



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

L. PIANIGIANI\*, F. BARTOLOZZI\*, F. BIANCUCCI\*, S. BONINI\*, P. CORTINI\*,  
C. DELL'OLIO\*, F. GRANDI\*, F. MAFFEI\*, L. MAZZEI\*, O. STANZANI\*, G. SPALLA

# Il Centro di Counseling Oncologico Regionale

## Stato dell'arte a 4 anni di attività

### Introduzione

La rete di rapporti dell'organizzazione sanitaria attuale è estremamente complessa e il suo funzionamento è spesso garantito dalla capacità dei vari operatori di gestire gli scambi comunicativi e le relazioni interpersonali.

In questo sistema si colloca il paziente che, negli ultimi anni, ha assunto un ruolo sempre più attivo, ponendosi nella relazione con il medico non più come bisognoso e passivo di cure e prescrizioni, ma come soggetto "che conosce" e che entra nel percorso di cura richiedendo informazioni chiare e competenti.

Il Sistema Sanitario, attraverso azioni di orientamento, informazione e comunicazione, cerca di rendere la persona che affronta un percorso di cura responsabile delle proprie scelte e quest'ultimo assume sempre più spesso l'aspetto di cliente consapevole dell'offerta rispetto ai servizi a cui affidarsi.

Inoltre i cambiamenti che stanno caratterizzando la nostra società a livello demografico, economico e sociale (crisi economica, aumento delle aspettative di vita, invecchiamento della popolazione, contrazione dei nuclei familiari con riduzione delle risorse parentali, esiguità della rete sociale nei centri urbani...) hanno favorito l'emergere di bisogni sempre più articolati e complessi.

Alla luce di tutti questi cambiamenti il Sistema Socio-Sanitario necessita di un arricchimento dei modelli assistenziali, più in linea con bisogni e aspettative emergenti nei pazienti che sempre più ricorrono alle tecnologie legate all'informazione come strumento per gestire al meglio la propria salute e il proprio benessere.

Le Istituzioni Sanitarie rivolgono difatti un continuo interesse verso lo sviluppo di nuovi modelli di lavoro in Sanità, finalizzati alla promozione della salute ed al sostegno dei pazienti e dei loro familiari durante il percorso di prevenzione, diagnosi e cura. L'UE afferma, infatti, che l'eHealth ha le potenzialità per garantire sistemi sanitari sostenibili, equità di accesso e un'assistenza sanitaria più personalizzata e centrata sull'utenza, migliorando il rapporto costo-efficacia dei servizi per la salute.

### Metodo

All'interno di questa cornice di riferimento nasce, nel 2009, il Centro di Counseling Oncologico (CCOR) della Regione Toscana in collaborazione con l'Istituto Toscano Tumori (ITT) ed il Laboratorio di Management e Sanità (MeSLab) della Università di Pisa, quale "contact center specializzato" sui bisogni di pazienti oncologici, familiari ed operatori.

Il modello organizzativo del Centro mira a decifrare e sostenere i bisogni espliciti ed impliciti dell'utente attraverso una modalità di erogazione/fruizione delle attività e una relazione interpersonale che è in grado di massimizzare la rete dei servizi presenti sul territorio toscano. Il CCOR, cui ogni cittadino può accedere gratuitamente attraverso un numero verde dedicato (800880101) e email: ascolto.oncologico@regione.toscana.it, costituisce un importante ed innovativo strumento di integrazione fra servizi presenti sul territorio toscano e professionisti e fra questi ultimi ed i cittadini, offrendo un'ulteriore modalità di gestione e trasmissione delle informazioni e promuovendo un'adeguata presa in carico.

\* Centro di Ascolto  
Oncologico Regionale,  
Regione Toscana.

La modalità del contact center prevede un sistema di gestione della comunicazione multicanale (telefono, fax-server individuale, SMS, web e-mail, ecc.) sia con i cittadini che con le Aziende Sanitarie. Le richieste sono processate attraverso una rete di comunicazione in-bound/out-bound. Le attività di in-bound sono finalizzate alla ricezione e gestione delle chiamate in ingresso; le attività di out-bound prevedono, invece, il contatto con i referenti aziendali (nodi della rete) e il ri-contatto dell'utente durante il processo di risoluzione e/o verifica dell'efficacia dell'intervento. Per ogni domanda di aiuto vengono aperte una scheda nominativa e una pratica del caso all'interno di un software gestionale.

I dati presenti all'interno delle pratica possono essere condivisi con i referenti attraverso una piattaforma informatica ad accesso riservato.

Ogni fase del processo attivato per la risoluzione della problematica, dal primo contatto con l'utente alla chiusura della pratica, aderisce alle Procedure Interne del Centro condivise tra operatori e referenti aziendali. Ciò consente di gestire con continuità il processo, di avere un monitoraggio globale dei bisogni rilevati, di esaminare le criticità e le modalità di risoluzione della problematica e infine di valutare possibili azioni di miglioramento per i percorsi socio-assistenziali in questione. Al numero verde, (aperto tutti i giorni dalle 8.00 alle 20.00), rispondono psicologi che, in attività "front-line", svolgono la funzione di accoglienza, presa in carico e analisi della domanda, valutazione dei bisogni (espliciti ed impliciti), counseling informativo, orientamento al percorso di prevenzione diagnosi e cura, attraverso attività di problem solving o, laddove necessario, il raccordo con i referenti delle Aziende Sanitarie. Quando emerge la necessità o la richiesta diretta di un supporto psicologico, il front-line effettua il passaggio della telefonata agli psicologi-psicoterapeuti del CCOR deputati ad una valutazione più approfondita e ad una presa in carico di natura psicologica.

In alcuni casi l'intervento può esaurirsi all'interno di alcuni colloqui telefonici, grazie al contenimento delle emozioni sperimentate in momenti critici del percorso di malattia

e ad una ridefinizione della problematica, in altri invece, può proseguire per un periodo di tempo più lungo e con obiettivi concordati con l'utente, e se emerge l'esigenza e la richiesta da parte dell'utente, il percorso avviato prosegue con l'invio agli psicologi aziendali.

Il facile accesso e la disponibilità telefonica permette al paziente e al familiare di ricevere nel momento del reale bisogno un ascolto ed un supporto attivo e competente, grazie al quale poter esprimere e condividere dubbi e vissuti emotivi legati alla malattia e al conseguente sconvolgimento che questa genera nella vita del paziente e della sua "famiglia".

## Risultati

In quattro anni di attività, il servizio ha risposto a 8500 chiamate. Un numero di chiamate così elevato, sopra ogni aspettativa iniziale, connota quest'esperienza, inizialmente sperimentale ed innovativa, definendo così il Centro come una realtà condivisa e un punto di riferimento stabile per i cittadini toscani.

Al Centro chiamano prevalentemente pazienti (42%) e familiari (43%) di età compresa fra i 25 e 75 anni. Il 4% è rappresentato da operatori del Sistema socio-sanitario toscano, dato che conferma la significatività del servizio e la percezione dello stesso come punto di riferimento informativo e di scambio in un'ottica di rete. Gli utenti, nel 75% dei casi, necessitano di attività di orientamento all'interno del proprio percorso assistenziale richiedendo informazioni su attività di screening e su strutture di diagnosi e cura presenti sul territorio toscano. Il restante 25% richiede un supporto psicologico telefonico, di cui solo un 5% viene successivamente inviato sul territorio.

I dati a nostra disposizione consentono di analizzare le principali fasi di malattia in cui gli utenti esprimono i loro bisogni; in particolare nella fase di prevenzione (22%), durante i trattamenti medici (chemioterapia o radioterapia) nel 17% dei casi e, nel 14% dei casi, durante la fase del follow-up. Oltre il 9% degli utenti contattano il centro in attesa di diagnosi e trattamenti (7%) e nel 6% dei casi nella fase diagnostica. Il Centro rappresenta



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

un punto di riferimento anche nella fase finale della vita; oltre il 7% degli utenti, spesso i familiari, ci contatta nella fase della terminalità, per avere informazioni dettagliate sulle cure palliative e un supporto psicologico in cui poter condividere i vissuti di sofferenza, rabbia e solitudine legati a questo momento così intenso.

Il tipo di intervento effettuato è definibile nel 95% dei casi come una consulenza psicologica per la gestione di una "crisi emotiva" dovuta a specifici eventi relativi al percorso di cura. La maggior parte degli utenti chiama dopo la comunicazione della diagnosi, durante i trattamenti, o nella fase dei controlli, in uno stato critico di "smarrimento emotivo", con ansie legate all'incertezza del futuro, paura di morire o di potersi riammalare. Solitamente, attraverso un primo intervento è possibile gestire il momento dell'urgenza, aiutando l'utente a verbalizzare le paure e le preoccupazioni che la condizione di malattia ha determinato, concedendosi il tempo necessario per esprimerle ed elaborarle, ma anche per sviluppare una capacità di lettura degli eventi e di problem-solving più efficace.

Un intervento breve è stato funzionale anche per quegli utenti che si sono rivolti al Servizio per difficoltà familiari a condividere e a comunicare sulla malattia. In questo caso, l'intervento ha avuto come finalità quello di interrompere dinamiche, spesso frequenti, di silenzi, segreti, esclusione e profonda solitudine che la malattia stessa genera, favorendo il dialogo, la condivisione, l'esplicitazione dei bisogni e, soprattutto, un processo di deresponsabilizzazione del paziente o del familiare.

### Conclusioni

Le potenzialità di un servizio come questo, sono molteplici. La modalità telefonica permette di raggiungere utenti che per difficoltà varie (personali o logistiche) non accedono direttamente ai servizi presenti nelle aziende.

La forte rete creata con il Sistema Sanitario Regionale (attraverso i focal point e i referenti psicologi) consente una vicinanza

diretta fra operatore ed utente garantendo quest'ultimo nei propri bisogni; aspetto che promuove centralità ed autonomia decisionale del paziente all'interno dei percorsi oncologici. Tutto ciò contribuisce a migliorare l'equità d'accesso, la continuità assistenziale e la qualità dell'assistenza della rete oncologica su tutto il territorio toscano, sostenendo e accompagnando la persona per l'intero percorso di malattia. È possibile così riuscire anche a recuperare quegli utenti che, disorientati dall'impatto con la malattia, hanno difficoltà a muoversi in modo efficace all'interno degli stessi percorsi di cura. In tale ottica, l'obiettivo primario del Servizio è quello di promuovere un atteggiamento autonomo e responsabile rispetto al proprio percorso di cura sostenendolo o rendendolo capace di fare scelte consapevoli per la sua salute, grazie all'attivazione-riattivazione di risorse personali interne ed esterne.

Infine la modalità di registrazione dei dati raccolti dal Servizio, permettendo una rilettura quantitativa e qualitativa degli stessi, si rileva estremamente funzionale per azioni di feedback informativo per i servizi aziendali, per far emergere punti di forza ed eventuali criticità al fine di promuovere e sostenere l'appropriatezza e l'efficacia dell'offerta assistenziale e dei percorsi di cura, in linea con le linee guida redatte dalla Rete Oncologica Toscana.

Concludendo il Centro rappresenta un nodo importante per il Sistema sanitario regionale in termini sia di efficienza che di efficacia. Un paziente informato, competente e responsabile ha un miglior risultato rispetto alla gestione del proprio stato di malattia e di soddisfazione nelle cure. Un sistema in grado di ascoltare e prendersi in carico i bisogni dei cittadini in modo tempestivo previene la possibilità che si verifichino criticità nel percorso socio-assistenziale (evitando migrazioni da un percorso all'altro con ulteriori spese sanitarie) e favorisce risultati in termini di compliance del paziente). Inoltre la tempestiva presa in carico telefonica riduce il livello di sofferenza e disagio dei pazienti e loro familiari nelle diverse fasi di malattia e favorisce un processo di adattamento.



## Indicazioni e consigli per difenderti dalle ondate di calore.

*Gli effetti delle ondate di calore possono provocare danni alla salute, in particolare alle persone della terza età, più esposte ai disturbi provocati dalle temperature elevate.*

*Segui una serie di piccoli accorgimenti e consigli per star bene.*



### In casa

- scegli le prime ore del mattino per rinfrescare i locali dell'abitazione;
- impedisci l'ingresso dei raggi solari con tende alle finestre, persiane, veneziane e scuri per controllare la temperatura delle stanze;
- soggiorna nelle zone più fresche della casa e preferisci gli ambienti ventilati;
- cerca di trascorrere poco tempo ai piani alti delle abitazioni con tetti e solai non bene isolati e nelle zone esposte al sole: non ricevono la giusta areazione;
- limita l'uso dei fornelli e del forno che tendono a riscaldare l'ambiente domestico;
- lavati con acqua tiepida: rinfresca e dà una sensazione di benessere;
- privilegia l'uso di un condizionatore d'aria, ma è buona regola non abbassare eccessivamente la temperatura rispetto all'esterno per evitare bruschi sbalzi termici;
- se usi ventilatori meccanici non indirizzarli direttamente sulle persone e regolali in modo che l'aria circoli in tutto l'ambiente;
- bevi molti liquidi e preferisci bevande non alcoliche e senza caffeina. Adotta un'alimentazione leggera a base di frutta, verdura, pesce e conserva al fresco gli alimenti;
- a letto evita coperte e pigiami aderenti, meglio un lenzuolo.



### Fuori casa

- evita di uscire nelle ore calde della giornata (dalle 11 alle 17) ed evita l'esposizione diretta al sole;
- preferisci i vestiti di colore chiaro, non aderenti e possibilmente di cotone e lino (evita fibre sintetiche). Non dimenticare occhiali da sole e cappello;
- se svolgi attività fisica, programmalà al mattino presto o dopo il tramonto;
- trascorri più tempo possibile in ambienti climatizzati (negozi o altri luoghi pubblici).



### In auto

- se l'auto non ha climatizzatore, evita di viaggiare nelle ore più calde della giornata;
- se hai parcheggiato l'auto al sole, prima di iniziare il viaggio, ventila l'abitacolo per abbassare la temperatura interna;
- se devi fare un lungo viaggio porta dell'acqua con te, potrà essere utile soprattutto nel caso di code o rallentamenti;
- non lasciare persone o animali, nemmeno per brevi periodi, nell'auto parcheggiata al sole;
- se l'auto è climatizzata, prima di fermarsi per la sosta, regola la temperatura su valori di circa 5°C inferiori a quella esterna;
- usa tendine parasole;
- evita di orientare le bocchette della climatizzazione verso il conducente e i passeggeri.



### Uso dei farmaci

- leggi attentamente le modalità di conservazione riportate sulle confezioni dei farmaci.
- Qualora non fossero esplicitate, conserva i farmaci nella loro confezione, lontano da fonti di calore e da irradiazione solare diretta e, comunque, a temperatura inferiore ai 30°C;
- il caldo può potenziare l'effetto di molti farmaci utilizzati per la cura dell'ipertensione e di molte malattie cardiovascolari. E' opportuno quindi effettuare un controllo più assiduo della pressione arteriosa ed eventualmente richiedere il parere del medico curante.
- Ogni decisione sulla terapia deve essere presa sempre in accordo con il medico alla luce di ogni singola situazione clinica.







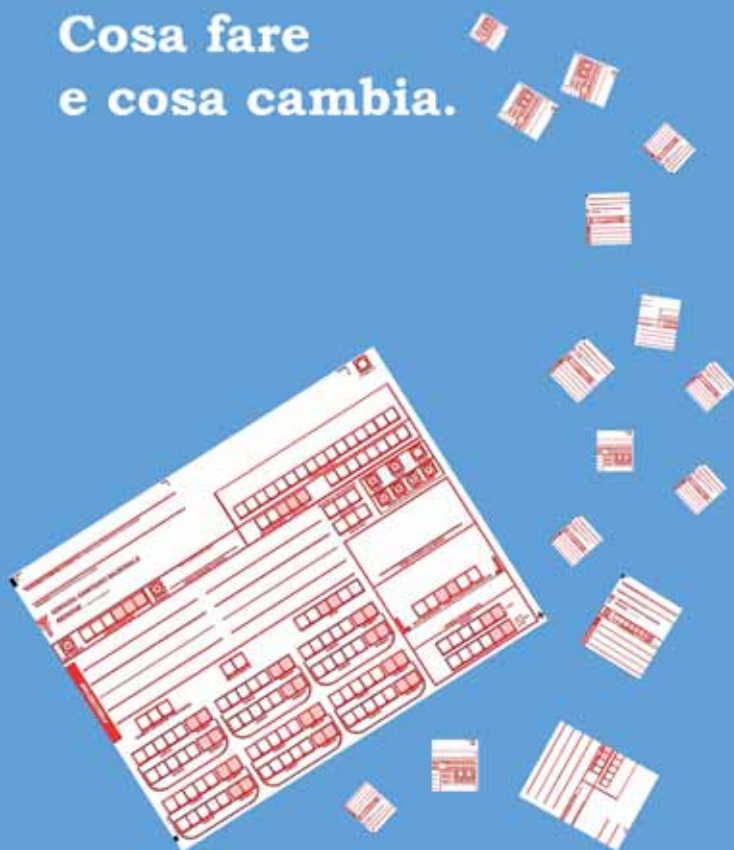
Regione Toscana



Servizio  
Sanitario  
della  
Toscana

# La ricetta medica elettronica

Cosa fare  
e cosa cambia.



## CHE COSA SUCCEDA

La tradizionale "ricetta rossa" verrà sostituita dalla ricetta elettronica a partire dalle prescrizioni farmaceutiche.

Il medico stamperà un promemoria cartaceo con il quale recarsi in farmacia per il ritiro del farmaco.

## LA RICETTA ROSSA NON SCOMPARE DEL TUTTO

Rimane, per adesso, nel caso di prescrizioni diagnostiche e specialistiche. Rimane anche per le prescrizioni farmaceutiche nel caso in cui il medico non abbia a disposizione il collegamento telematico (per esempio durante le visite a domicilio).

## IL PROMEMORIA

È un semplice foglio di carta con le stesse informazioni della ricetta tradizionale, compreso il codice della fascia economica, necessario per la determinazione del ticket aggiuntivo.

## FASCIA ECONOMICA

Verifica fin da subito, nei modi sotto indicati, che il codice della tua fascia economica risultante dalla banca dati dell'Agenzia delle Entrate e dell'Inps, sia corretto o se eventualmente risulti assente. È giusto che non sia presente solo se la tua fascia economica è superiore a 100.000 euro. Se il codice è sbagliato o non appare, dovrai fare l'autocertificazione.

Dal medico non sarà possibile cambiare un codice errato e a breve in farmacia non potrai più autocertificarlo come fatto fino ad oggi.

## VERIFICA E AUTOCERTIFICAZIONE

Puoi farlo con la Carta Sanitaria Elettronica attivata, direttamente online su [www.regione.toscana.it/servizi-online](http://www.regione.toscana.it/servizi-online) oppure ai Totem "Punto Si". In ogni caso puoi recarti agli sportelli dell'Azienda Usi.

## Per saperne di più

Numero Verde 800 556060  
[www.regione.toscana.it/salute](http://www.regione.toscana.it/salute)  
[ticket.sanita@regione.toscana.it](mailto:ticket.sanita@regione.toscana.it)  
Urp delle Aziende Sanitarie



Attivala alla Asl  
o in farmacia

## Consiglio Sanitario Regionale

### Trattamenti sbiancanti per denti in centro estetico

In relazione al quesito del Comando Carabinieri per la Tutela della Salute - NAS di Livorno, con il quale si richiede quanto segue:

- la compatibilità del trattamento sbiancante per denti con l'attività di estetica, in quanto, secondo quanto disposto dalla LR 28/2004, l'attività di estetica è intesa come prestazioni e trattamenti eseguiti sulla "superficie del corpo umano";
- se la lampada a led Blu "Seduct 55" della InSmile srl, possa essere ricompresa nell'elenco delle attrezzature utilizzate per l'esercizio dell'attività estetica;
- una valutazione in relazione all'opportunità che la pratica, in oggetto, possa essere svolta da un estetista.

#### Il CSR esprime il seguente Parere:

La responsabilità dei trattamenti sbiancanti rientra in quella dell'odontoiatra dato atto che: la lampada a led Blu usata per i Trattamenti sbiancanti non è tra le attrezzature che un centro estetico può avere, che i denti sono organo interno a una cavità naturale e che i centri estetici possono operare solo sulla superficie corporea.

Infatti il quesito posto dai NAS di Livorno si fonda su un trattamento di sbiancamento den-

tario effettuato da un Centro Estetico tramite un kit della società "Insmile srl" comprendente un gel sbiancante al perossido di idrogenato alla concentrazione dello 0,1%, una lampada a led blu che attiva il gel stesso che viene inserito in un bite presente nella confezione.

La lampada non è compresa tra le attrezzature utilizzabili per l'attività di estetista; è da sottolineare che tale lampada è necessaria per un esito positivo dello sbiancamento come si legge nel sito della "Insmile srl".

Per quanto riguarda il perossido di idrogeno, il regolamento (UE) n. 344/2013 stabilisce che i prodotti con concentrazione inferiore allo 0,1% possono essere venduti in farmacia al pubblico, quindi il prodotto utilizzato dal Centro Estetico di Livorno rientra nei parametri di legge.

Ma la valutazione medico-odontoiatrica è sempre opportuna: infatti dal punto di vista odontoiatrico lo sbiancamento non è consigliabile a pazienti che presentano otturazioni o corone nei denti da trattare per evitare probabili inestetismi, inoltre il trattamento sbiancante può provocare dolorose alterazioni della sensibilità in denti che presentino delle lesioni cariose o semplicemente delle alterazioni dello smalto.



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

## Percorso diagnostico della coppia infertile

### Allegato A al Parere 36/2014 del Consiglio Sanitario

#### LO STILE DI VITA

Una valutazione dello stile di vita della donna e dell'uomo, con la indicazione dei correttivi necessari, deve essere fatta 'a prescindere', cioè in modo indipendente dalla ricerca di un figlio, e perciò anche e soprattutto dal Medico di Medicina Generale (se non dal Pediatra) e nei consultori.

In particolare, si dovrà valutare:

#### 1. Massa corporea

*Donna:*

Poiché la fertilità femminile è ottimale quando il BMI è compreso tra 20 e 25, ma non presenta problemi seri finché il BMI resta compreso tra 19 e 29; e poiché oltre che sulla fertilità la massa corporea interferisce notevolmente sia sull'andamento di una gravidanza che, più in generale, sulla salute (vedi ad esempio la relazione stretta tra obesità, insulinoresistenza e sindrome metabolica): occorre suggerire alla donna comportamenti alimentari e di stile di vita adeguati a che il BMI resti compreso nei valori predetti.

*Uomo:*

In contrasto tra la chiara relazione tra obesità e sindrome metabolica e funzione riproduttiva nella donna, i dati sull'uomo sono più contrastanti. È sicuro che un dismetabolismo si associ ad un ipogonadismo ma la funzione spermatogenetica del testicolo risulta solo parzialmente compromessa. Un BMI > 30 è stato recentemente dimostrato come fattore di rischio significativo per oligozoospermia pertanto occorre suggerire comportamenti alimentari congrui e stile di vita adeguati anche nel maschio.

#### 2. Fumo

*Donna:*

La donna deve essere informata che fumo attivo e fumo passivo producono gli stessi effetti, rappresentati in lei da: riduzione della fertilità, aumento della probabilità di invecchiamento precoce a carico delle ovaie, anticipo di 1-4 anni della età di insorgenza della menopausa.



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

*Uomo:*

I dati sui danni del tabagismo sui parametri seminali sono contrastanti ma esiste una letteratura chiara che dimostra un effetto negativo del fumo sulla capacità fertilizzante degli spermatozoi. Inoltre, dati epidemiologici dimostrano un maggior rischio per malattie oncologiche del futuro nascituro dei padri fumatori. Pertanto, considerando l'effetto deleterio del fumo sul genoma del gamete maschile è consigliato l'astinenza dal fumo.

### 3. Alcool

Non ci sono evidenze che l'alcool possa interferire con la fertilità della donna. La raccomandazione del Nice 2013 è che le donne che sono in gravidanza, o che cercano una gravidanza, bevano al massimo 1-2 unità alcoliche (1 unità alcolica = 2 bicchieri di vino, o 1 boccale di birra, o 1 dose di superalcolico) 1-2 volte alla settimana. Non ci sono dati solidi per quanto concerne l'effetto dell'alcool sulla funzione riproduttiva maschile.

### 4. Uso di droghe.

*Donna:*

Occorre informare la donna che l'uso dei cannabinoidi ha importanti riflessi negativi su gametogenesi, impianto embrionario e andamento della gravidanza. Effetti più rilevanti sono accreditati agli oppioidi.

*Uomo:*

Gli oppioidi possono causare un grave ipogonadismo nell'uomo con le ovvie ripercussioni sulla potenza sessuale e la fertilità. Non ci sono dati sull'uso di cannabinoidi.

### 5. Uso di farmaci

*Donna:*

Farmaci anti-infiammatori non-steroidi, anti-depressivi o ansiolitici sono possibili responsabili di sterilità anovulatoria. La maggior parte dei trattamenti chemioterapici riducono la fertilità della donna, per cui è consigliato un *counselling* presso una struttura dove siano operative procedure di conservazione della fertilità (crioconservazione di ovociti e di tessuto ovarico) prima di iniziare il trattamento.

*Uomo:*

La maggior parte delle chemio/radioterapie possono compromettere parzialmente o definitivamente la fertilità maschile. Pertanto è consigliata la crioconservazione del liquido seminale prima dell'inizio di qualsiasi protocollo oncologico. In molti casi è presente una ripresa della spermatogenesi dopo 1-2 anni, è prudenziale astenersi dalla ricerca di una gravidanza prima di 2 anni dalla fine della terapia oncologica a causa di maggiori rischi di alterazioni genetiche del gamete maschile. Alcuni antibiotici così come le cause che hanno determinato il loro uso (stati infettivi) possono compromettere temporaneamente la spermatogenesi. In questi casi è consigliabile ripetere lo spermogramma dopo 2-3 mesi dalla sospensione della terapia. L'utilizzo di lunga durata di farmaci anti-androgeni e antidopaminergici possono indurre uno stato di ipogonadismo transitorio.

L'uso ed abuso di anabolizzanti steroidei deter-

mina conseguenze dannose sulla spermatogenesi e deve essere accuratamente ricercato nell'anamnesi, perché molto spesso tali prodotti sono presenti in preparati da banco anche se non segnalati. I dati sui immunosoppressivi in letteratura sono scarsi e indicano un effetto negativo sui parametri spermatici principali (numero, motilità e morfologia) ma sono necessari ulteriori studi.

### 6. Tipo di ambiente di lavoro

Più di 104.000 agenti chimici o fisici sono stati identificati nei luoghi di lavoro ma l'effetto sulla riproduzione del 95% di loro non è noto. Un effetto negativo sulla riproduzione è stato riconosciuto solo per raggi X, alte temperature (specialmente nel maschio), metalli e pesticidi.

### 7. Esercizio fisico

*Donna:*

In studi epidemiologici, più di sette ore settimanali di esercizio aerobico sono state associate a infertilità anovulatoria.

*Uomo:*

Un'attività fisica di grado moderato ha effetti positivi sulla salute riproduttiva maschile. Alcuni sport come il ciclismo, se attuato in maniera intensa, possono avere conseguenze meccaniche sfavorevoli sulla spermatogenesi.

### 8. Tipo di alimentazione

Mancano dati certi sulla relazione tra tipo di alimentazione e fertilità. L'unica certezza è che la assunzione preconcezionale di acido folico da parte della donna riduce il rischio di difetti del tubo neurale per il bambino. La dose suggerita di acido folico è di 0,4 mg/die; o di 5 mg/die nei casi in cui la donna abbia avuto un bambino con difetti del tubo neurale, o assuma farmaci antiepilettici, oppure sia diabetica (Nice 2013).

## QUANDO INIZIARE GLI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Un corretto approccio al problema di **quando** iniziare l'iter diagnostico è chiaramente indicato nel Nice 2013 (raccomandazioni 39 e 41):

**39** Una donna in età riproduttiva che non ha concepito dopo 1 anno di rapporti sessuali vaginali non protetti, in assenza di cause note di infertilità, deve essere sottoposta ad ulteriori accertamenti assieme al suo partner.

**41** Inviare la coppia ad una più precoce consulenza specialistica nei seguenti casi:

- donna di età superiore a 35 anni (35 anni + 1 giorno);
- presenza di una causa nota di infertilità, o presenza di fattori predisponenti.

Una esplicitazione dei contenuti del secondo paragrafo della raccomandazione 41 del Nice potrebbe essere la seguente:

#### A) Fattori di rischio per la donna:

**A1.** Anamnesi familiare positiva per POF/MP o/e per abortività;

**A2.** Patologie ginecologiche note (fibromi, endometriosi);

**A3.** Ritmo mestruale alterato (<26 giorni; >36 giorni);

A4. Dismenorrea/disporeunia di notevole grado (+++);

A5. Pregressi interventi chirurgici addominali o pelvici, laparotomici o laparoscopici; soprattutto ma non esclusivamente se hanno compreso una resezione ovarica.

#### B) Fattori di rischio per l'uomo:

- B1. Criptorchidismo;
- B2. Ritardo puberale;
- B3. Pregressi interventi chirurgici in sede inguinale;
- B4. Varicocele;
- B5. Anamnesi familiare positiva per infertilità o malformazioni.

### SALUTE RIPRODUTTIVA

Donna:

#### ANAMNESI E ACCERTAMENTI PRELIMINARI

##### 1. Anamnesi:

- **familiare** (abortività, menopausa precoce, malformazioni, positività per rischio cardiovascolare metabolico oncologico);
- **personale** (malattie, interventi chirurgici addomino-pelvici);
- **ginecologica** (con particolare riferimento alla storia mestruale, al dolore pelvico cronico, alla dismenorrea e alla disporeunia).

##### 2. Esami:

- **preconcezionali** (MOO):
  - gruppo sanguigno e fattore RH
  - Emocromo
  - HIV
  - Anticorpi IgG-IgM anti-Rosolia (\*) e anti-Toxo VDRL-TPHA
- **utili per la salute riproduttiva:**
  - **completamento degli esami infettivi:** marker epatite virale B (HBsAg, Ab anti-HBc, Ab anti-HBs) - vaccinare la donna se non-protetta HCV
  - **PAP test** (MOO) nei tempi e modi previsti dello screening
  - **visita senologica o ecografia al seno** (in relazione ad un accertato fattore di rischio ove non effettuata nei 6 mesi precedenti)
- **utili per la diagnostica di infertilità:**
  - **dosaggi ormonali 'day3':**
    - FSH – LH – Estadiolo
    - TSH
    - Prolattina
  - **ecografia trans vaginale**, da eseguire in fase follicolare precoce (<7° giorno)

### ULTERIORI ACCERTAMENTI DI NATURA SPECIALISTICA

In un'ottica di un percorso di procreazione medicalmente assistita, è consigliato che gli ulteriori accertamenti siano effettuati presso strutture specialistiche. Queste dovranno indagare:

- funzionalità tubarica - sonoisterosalpingografia (SIS), isterosalpingografia, laparoscopia;
- funzionalità ovulatoria - dosaggi ormonali, monitoraggi ecografici;
- funzionalità uterina - isteroscopia.

Uomo

**Anamnesi e accertamenti preliminari** (in tutti i

partner di coppia infertile)

**1. Anamnesi** (breve storia familiare medica e riproduttiva con particolare attenzione ai fattori di rischio: criptorchidismo, ritardo puberale, pregressi interventi chirurgici in sede inguinale, varicocele, anamnesi familiare positiva per infertilità o malformazioni)

**2. Esame dei genitali esterni:** sede, consistenza e volume dei testicoli (da parte di personale sanitario competente)

**3. Spermioγραμμα** (in laboratorio che partecipi a VEQ)

Se a,b,c risultano nella norma: **STOP**

**In caso di** alterazioni dello spermioγραμμα (numero e/o motilità progressiva e/o morfologia secondo WHO 2010) o dell'obiettività testicolare (assenza o riduzione del volume testicolare < 15 mL)

**In caso di** coppia con infertilità inspiegata o con fattore femminile trattato e persistenza dell'infertilità:

### ULTERIORI ACCERTAMENTI DI NATURA SPECIALISTICA

Obiettivo della visita specialistica è l'individuazione di:

- condizioni potenzialmente correggibili;
- condizioni non medicalmente correggibili ma che siano riconducibili a tecniche di PMA;
- condizioni a rischio vita o salute che possano sottostare all'infertilità e richiedere attenzione medica – anomalie genetiche che possano influenzare la salute della progenie in caso di utilizzo di PMA –.
  - a. Secondo spermioγραμμα (in laboratorio che partecipi a VEQ, eventuale terzo se discordanza tra i primi due).
  - b. Visita specialistica andrologica:
    - anamnesi dettagliata (uso di intervista strutturata allegata);
    - obiettività genitale (gonadi, funicoli e, eventualmente, prostata).

A giudizio dello specialista e in base ai riscontri anamnestici seminali e di obiettività genitale:

- ecografia (ecocolorDoppler) scrotale e transrettale per valutazione del tratto urogenitale distale;
- microbiologia (spermiocoltura, tempone uretrale o urinocultura);
- profilo ormonale (FSH, LH, T, SHBG) e profilo metabolico (glicemia, colesterolo totale e HDL, trigliceridi);
- seminologia di II livello (test immunologici, capacitazione, urine post eiaculazione, etc);
- consulenza Genetica (cariotipo, mutazioni Y, ricerca mutazioni del gene CFTR come già previsto dalla delibera Regionale).

**In caso di** impossibilità di determinare l'eziologia sulla base degli esami suddetti.

– III LIVELLO –

- Seminologia avanzata (frammentazione DNA, FISH etc)



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale



Aldo Pagni, specialista in medicina interna, è stato Vice Presidente dell'Ordine di Firenze e dal 1996 al 2000, Presidente nazionale della FNOMCeO.

ALDO PAGNI

## La medicina potenziativa e il transumanesimo

L'articolo 76 del Codice Deontologico 2014 dedicato alla medicina "potenziativa" si colloca nel dibattito sul futuro dell'umanità e sul confronto tra post - o trans - umanisti, sostenitori della tesi che la tecnologia ci renderà "più che umani", e i bioconservatori per i quali le tecnologie migliorative potrebbero essere "deumanizzanti" e minacciare la dignità umana.

Un argomento di grande interesse per i medici che, nella loro storia, mai si erano trovati di fronte a una rivoluzione tecnologica, come quella in atto, in grado di turbare e sconvolgere, a seconda delle visioni sul significato della vita umana, la continuità del ciclo naturale o l'ordine creaturale voluto da Dio.

"Il termine "medicina", aveva osservato Maurizio Benato in un saggio dedicato all'argomento, ha per molto tempo designato soltanto la scienza e le pratiche rivolte a ripristinare e a tutelare la salute, cioè la forma migliore di quel bene inalienabile che è il costituente fondamentale della vita umana. Un concetto abbastanza chiaro nei suoi fini, anche se il dibattito tra i filosofi della scienza si radica sul considerare la medicina solo un sapere scientifico oppure semplicemente una modalità artistica o ermeneutica. Oggi sicuramente siamo di fronte a qualcosa di nuovo e assistiamo allo smarrimento della medicina nel suo scopo storico: non esiste più una concezione univoca di quale esso sia perchè il concetto di "malattia" e, per converso, quello di "salute" non appaiono così ovvi come nel passato".

Anche l'OMS, ha dovuto rinunciare alla trionfale definizione, utopica e astratta, della salute come "completo benessere", vanamente promesso a tutti nel 2000 e, con la Carta di Ottawa, l'ha derubricata a un più modesto e realistico: "processo che consente alle persone di aumentare il controllo di sé".

Magari si possono avanzare alcune riserve sul ricorso al termine "potenziamento" che nella nostra lingua è inteso come "il conferimento o il mantenimento di un livello notevolmente più elevato, specialmente in relazione all'efficienza e alla produttività".

Questo termine, infatti, può far dubitare che si voglia legittimare una sorta di doping destinato ai cittadini, in analogia con quello, che con l'utilizzo di farmaci, tecnologie e altre sostanze non alimentari, altera, *potenziandole*, le performance fisiologiche naturali di un atleta.

Oppure, potrebbe far credere che i medici siano favorevoli a un Superuomo, introdotto da Goethe nel Faust e reso popolare da Nietzsche, come un tipo futuro di personalità superiore, di una specie umana meglio dotata di quella attuale per imporsi sulla folla.

Ma, aldilà dei sottili, ma non inutili, distinguo lessicali, rimane la realtà di un vorticoso sviluppo della medicina tecnologica che, intervenendo e modificando la natura umana sta sconvolgendo i parametri etici tradizionali dell'esercizio della professione, e insieme la nostra autonomia e responsabilità etica e giuridica.

Oggi, infatti, siamo immersi con sempre maggiore frequenza in una realtà tecnologica che, sotto molti aspetti, può considerarsi post-umana, perchè "la tecnica non è l'Uomo, ma l'astrazione e la combinazione delle ideazioni e delle azioni umane a un livello di artificialità tale che nessun uomo e nessun gruppo umano, per quanto specializzato, o forse proprio per effetto della sua specializzazione, è in grado di controllare nella sua totalità. A differenza dell'uomo, inoltre, la tecnica non si propone *fini*, perchè il suo incedere è un crescere sui propri risultati che non hanno in vista alcuna meta da raggiungere se non il proprio *potenziamento*. La tecnica non redime, non salva, semplicemente *cresce* (...). L'egemonia e l'emancipazione della tecnica dall'ordine della *pura strumentalità*, e l'autonomia da essa raggiunta le consentono di preoccuparsi solo dello *stato dei risultati raggiunti*.

Basta pensare alla biologia sintetica che si occupa di implementare nuove funzioni biologiche molecolari ricorrendo alla riprogrammazione genetica delle cellule viventi, alle terapie personalizzate, alla individuazione di strategie biomediche di lotta contro il cancro, alla clonazione, alla stessa fecondazione assistita in assenza di un rapporto sessuale, e alle tecniche di sostegno vitale che hanno reso sempre meno naturale "come si muore", per indurci a riflettere sui concetti di vita e di specie.

Senza dimenticare i robot, in chirurgia e nell'assistenza agli anziani e ai disabili la telemedicina, l'auto check della salute a domicilio, l'ecografo palmare, il gigantesco computer capace di archiviare in poco tempo miliardi di informazioni e di restituirle sotto forma di diagnosi e terapia, le nanotecnologie che si propongono di ricostruire i nostri tessuti biologici, come i nanotubi

di carbonio che serviranno a riparare i neuroni danneggiati.

E infine, l'installazione sulle persone di arti artificiali, in grado di interfacciarsi con il sistema nervoso centrale e di garantire una sostituzione perfetta sia sul piano della motilità che della sensibilità.

Una rivoluzione antropologica nella relazione tra medico e malato, dovuta, oltre che alle connessioni planetarie e alla diffusione delle informazioni, ai successi della tecnologia, che hanno messo in crisi la figura tradizionale del medico fino a farne decretare la "scomparsa".

Il transumanesimo, è un movimento che, sviluppato negli ultimi vent'anni come diramazione dell'Umanesimo e dell'Illuminismo ha abbracciato il progetto tecnologico (*la padronanza tecnologica della natura*). e, insieme, difende vigorosamente i diritti umani e il diritto di scelta "morfologica" e "riproduttiva" dell'individuo.

"Il corpo è obsoleto" era scritto nel manifesto artistico del Post Human degli anni '90, a sostegno della tesi che la natura umana è migliorabile con l'applicazione della scienza e con altri metodi razionali che potrebbero permetterci di rifiutare una natura "matrigna", di aumentare la durata della vita umana in piena salute, di incrementare le nostre capacità fisiche e intellettuali e di controllare il nostro stato mentale e il nostro umore.

I transumanisti, pur riconoscendo l'esistenza di rischi che debbono essere identificati ed evitati, ritengono che le tecnologie possano offrire importanti e benefiche applicazioni per la razza umana e che nel lungo periodo ci rendano, o rendano i nostri discendenti "postumani" con aspettative di vita, facoltà intellettuali più ampie, nonché la capacità di controllare le emozioni.

In netta opposizione a questo approccio, i bioconservatori, con motivazioni religiose, criptoreligiose, o anche laiche, sono invece preoccupati che le tecnologie minaccino la dignità umana (come condizione morale, il diritto inalienabile a essere trattati con rispetto, e sia come l'essere degno o onorato, valore, nobiltà, merito) o, inavvertitamente, corrompano qualche aspetto di fondamentale importanza per un essere umano più sano e più longevo, ma con facoltà intellettuali.

emotive, morali e spirituali quasi inesistenti.

L'approccio migliore, secondo i bioconservatori, è di implementare una serie di divieti globali su aree di ricerca che appaiono promettenti per quanto riguarda la possibilità di applicazioni nel miglioramento della natura umana, in modo da prevenire uno slittamento verso una condizione postumana e degradante.

I bioconservatori temono la prospettiva della postumanità per tre diverse ragioni: la prima è legata all'idea che la condizione postumana sia, in sé, degradante e che, divenendo postumani nuoceremmo a noi stessi, la seconda che la comparsa di una nuova categoria di persone "modificate" sia un pericolo per le persone "normali" e una discriminazione tra persone abbienti e non, la terza possibile e che lo sviluppo dei postumani possa offendere qualche essere soprannaturale.

Tra postumanisti, entusiasti delle prospettive tecnologiche, e bioconservatori preoccupati dei rischi e dei danni provocati all'umanità da una tecnologia imperante e incontrollata, dobbiamo, tuttavia, porci il problema di come e quale debba e possa essere il medico di oggi, e soprattutto, di domani.

Avendo comunque la consapevolezza che "Il mondo della tecnica instaura il primato delle competenze sugli individui, e non sono gli individui che, nel ventaglio delle loro possibili azioni, esprimono azioni competenti, ma è il mondo della competenza a generare le azioni degli individui e gli individui stessi come suoi funzionari, come semplici personificazioni delle competenze tecniche".

Giorgio Cosmacini ha auspicato che intanto il medico si riappropri della triplice identità, proposta da Galeno, di un medico *amicus, gratus e philosophus*, dotato di un'etica matura, che ha fatto dire a Norberto Bobbio: "Mentre il progresso medico scientifico non cessa di suscitare la nostra meraviglia e il nostro entusiasmo (...) continuiamo a interrogarci come duemila anni fa".

Il Codice Deontologico 2014 ha fatto proprio quel messaggio!

Info: [aldopagni@mdtech.it](mailto:aldopagni@mdtech.it)

TM

## CONVEGNI E SEMINARI

### La Toscana ospita il Sepsis Day 2014

Il prossimo **13 settembre**, una cittadina toscana, Montepulciano, ospiterà il terzo World Sepsis Day, una giornata internazionale sostenuta dalla Società Italiana di terapia Intensiva e promossa dalla Global Sepsis Alliance.

L'obiettivo della giornata è sensibilizzare i medici a muoversi per ridurre l'incidenza e la mortalità della sepsi del 20 per cento entro il 2020.

Le ragioni? Soprattutto di ordine statistico:

1. ogni anno si verificano nel mondo 20-30 milioni di casi: il tasso di incidenza sta crescendo fra l'8 e il 13 per cento;
2. la sepsi è responsabile del 60-80 per cento dei decessi nei paesi in via di sviluppo (soprattutto: 100.000 morti materne e oltre 6 milioni di morti fra i bambini);
3. ogni anno si verifica in Europa un caso ogni 1.000 abitanti;
4. la sindrome è subdola e la diagnosi è spesso tardiva;
5. le terapie in atto per combatterla sono sempre più esigue, a motivo della diffusione di germi resistenti agli antibiotici.



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.

PIERO SALVADORI, ELEONORA PAVONE<sup>1</sup>, NEDO MENNUTI<sup>2</sup>, LUCIANO FANCIULLACCI<sup>3</sup>

# Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e variabilità prescrittiva in medicina generale

## Introduzione

La variabilità fa parte della biologia. Senza la variabilità non esisterebbe la vita e con essa l'evoluzione. L'eccessiva variabilità comportamentale specialmente in un settore che riguarda la nostra salute, come la Medicina, può però perdere le caratteristiche di "fattore positivo" come sopra prefigurato, sconfinare nella in-appropriatezza terapeutica, gestionale e di allocazione di risorse.

I comportamenti prescrittivi in medicina sono ovviamente indice della libertà e margine di manovra di ciascun professionista, al quale ciascun paziente/cittadino affida la sua salute e fornisce la sua più ampia fiducia. È altrettanto vero che tali comportamenti devono però restare negli ambiti della deontologia professionale, della Evidence Based Medicine, nella appropriatezza e corretta allocazione di risorse.

## Metodo

È da oltre 15 anni che nella AUSL 11 di Empoli la medicina generale territoriale vede i professionisti aggregati in gruppi funzionali:

- nel biennio 1999-2000 furono costituiti i *teams*, aggregazioni funzionali "ante-litteram";
- poi nel 2004 le *équipes*, ai sensi dell'art 26 dell'accordo collettivo nazionale per la medicina generale;
- adesso le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), ai sensi dell'art. 26-bis della citata norma e dell'accordo integrativo regionale.

Alla nascita i team erano 17 e sperimentavano incontri estemporanei nei quali si presentavano e discutevano i dati delle performance della AUSL, del team e del singolo.

Con la trasformazione in *équipes* gli incontri sono stati cadenzati in almeno tre all'anno per ciascuna aggregazione. Agli incontri, organizzati di concerto con il medico di medicina generale coordinatore di *équipes*, erano presenti anche un farmacista aziendale, con funzioni di informatore farmaceutico aziendale ed un medico di comunità con funzioni di facilitatore. La metodica utilizzata nell'incontro era quella di *peer review* e/o di audit a carattere organizzativo. Durante l'incontro, ciascuna *équipe* veniva confrontata con la media aziendale della variabile in esame (esempio: pre-

scrizione farmaci) e all'interno dell'*équipe*, previo consenso degli interessati, si discuteva delle performance dei singoli medici confrontati con la media comportamentale dell'*équipe* di appartenenza.

Al fine di valutare l'efficacia della metodica sopra descritta, oltre all'andamento della spesa media procapite pesata per età riferita ai farmaci è stata considerata anche una misura della variabilità comportamentale prescrittiva dei medici, assumendo che una ampia variabilità possa essere fonte di inappropriatazza ed una riduzione della variabilità possa essere considerata un comportamento collettivo virtuoso. Pur essendo coscienti e precisando, come descritto in premessa, che la variabilità fa parte della vita e non è da ritenersi affatto deleteria per definizione.

Come misura della variabilità si è scelta la deviazione standard, pur consapevoli dei limiti che tale calcolo può comportare.

Pertanto, per ciascun medico e per ciascun anno preso in esame e cioè dal 2006 al 2012, è stata calcolata la spesa farmaceutica pro-capite in € pesata per l'età degli assistiti in carico. La deviazione standard è stata calcolata, riferendosi ai medici di medicina generale con più di 300 scelte: comma 3 articolo 19 ultimo Accordo Collettivo Nazionale, al fine di evitare punte estreme di variabilità legate al numero basso di assistiti in carico.

## Risultati

La Figura 1 mostra il trend temporale con la spesa media e l'ampiezza delle varie deviazioni standard annuali.

Si può vedere che nel 2006, anno di partenza dell'indagine, si è avuta una spesa lorda media procapite per assistito pesato di 168,81 euro con una deviazione standard di  $\pm 30,65$ . La spesa media negli anni si è mantenuta tra i 160 ed i 170 €, oscillando anche in base ai vari provvedimenti nazionali e regionali, che di riflesso possono aver interessato anche se in maniera minima la deviazione standard. Questa negli anni è scesa a 25 (2007-2009), 24 nel 2010 e 22,87 nel 2011. Il biennio 2012 e 2013 presenta una deviazione standard stabile al  $\pm 19$  con una spesa media in calo fino a 148 € pro-capite del 2013.

<sup>1</sup> Farmacista, Firenze

<sup>2</sup> Direttore di distretto, Firenze

<sup>3</sup> Medico di medicina generale, Firenze

### Sesa media AUSL 11 e Deviazione Standard Anni 2006-2013

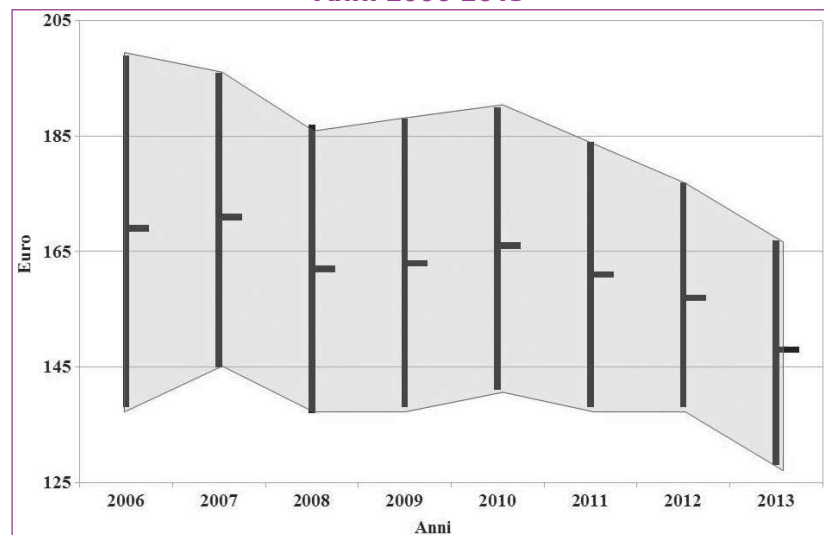


Figura 1

#### Conclusioni

Le aggregazioni funzionali territoriali sono presenti dall'accordo collettivo nazionale e meglio specificate nella delibera n. 1231/2012. Esse sono i contenitori naturali nei quali sviluppare tale metodo di revisione tra pari, che si è dimostrato efficace nel diminuire significativamente la variabilità comportamentale prescrittiva di 1/3. Pur in maniera utopica si potrebbe ipotizzare che se tutti i 2800 medici di famiglia della Regione Toscana avessero adottato i comportamenti prescrittivi nel settore farmaceutico, come quelli della Azienda USL 11 di Empoli, il risparmio medio negli anni 2006-2013 sarebbe stato a livello regionale di oltre 55 milioni/anno.

Ovviamente la metodica non può limitarsi solo agli aspetti economici, ma anche a quelli clinici, di appropriatezza terapeutica nell'interesse della salute del paziente. Tale metodica infine, sperimen-

tata con successo anche nelle Cooperative di medici di medicina generale, può essere applicata ad altri professionisti quali i pediatri di famiglia o gli specialisti ospedalieri e/o ambulatoriali ed ad altri contesti quali i dipartimenti ospedalieri e le unità operative e/o funzionali. Infine anche ad altre variabili quali la prescrizione di visite specialistiche e di diagnostica, richiesta ricoveri, materiale quale ausili ecc. In tal senso l'Azienda USL 11 di Empoli sta estendendo proprio tale metodologia ai domini ora citati.

*Ho chiamato il principio secondo il quale ogni minima variazione viene mantenuta, se è utile, col termine di selezione naturale.*

Charles Robert Darwin

Info: [p.salvadori@usl11.toscana.it](mailto:p.salvadori@usl11.toscana.it)

TM

#### RICORDO

### Armando Bonelli: ricordo di un caro collega

È con profonda tristezza che scrivo queste righe. Sabato 28 Giugno è deceduto il collega ed amico Armando Bonelli.

Il decesso è avvenuto a Firenze a Villa La Quiete, sede del corso di Formazione regionale per Coordinatori di AFT, subito prima che iniziasse la prima giornata del corso, a cui il Dott. Bonelli partecipava come coordinatore della AFT Civitella-Monte San Savino, assieme agli altri coordinatori di AFT di Arezzo.

Fino a pochi attimi prima dell'evento Armando ha scherzato e conversato con me e con gli altri colleghi di Arezzo presenti e nulla ha fatto presagire il tragico malore che si è poi verificato. Nonostante il pronto intervento dei colleghi del 118 Armando non ce l'ha fatta.

Armando Bonelli ha dedicato la sua intera carriera professionale ad incarnare la figura del medico di famiglia, come testimoniano l'affetto e la stima dei suoi numerosissimi pazienti che lo hanno sempre considerato "uno della famiglia". Armando ha sempre creduto nei valori etici e professionali e in tutto quello che la Medicina Generale può e deve rappresentare all'interno del Sistema Sanitario Nazionale in favore dei cittadini e per questo, da numerosissimi anni, ha fatto parte del Consiglio Provinciale della FIMMG, del Consiglio Provinciale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e si era entusiasticamente impegnato nel nuovo ruolo di Coordinatore di AFT.

Avendo avuto il privilegio non solo di lavorare con lui ma di conoscerne la profonda umanità mi piace ricordarlo come una brava e bella persona.

Armando è scomparso a soli 62 anni, lasciando alla moglie e due figli a cui va tutta la nostra vicinanza e partecipazione in questa così dolorosa ed improvvisa prova e a cui assicuriamo anche in futuro sostegno ed affetto.

Dario Grisillo, Segretario Provinciale FIMMG Arezzo





Lucia Ricci, laureata presso l'Univ. Cattolica di Roma, Spec. in Endocrinologia, indirizzo malattie del ricambio e Diabetologia (Pisa), è Direttore della SC Diabetologia Aziendale della AUSL 8 di AR. Ha iniziato l'attività sul Piede Diabetico nel 1991, tra le prime in Italia, ha partecipato alla stesura di documenti di indirizzo e linee guida.

LUCIA RICCI, ALESSIA SCATENA<sup>1</sup>, FRANCESCO LIISTRO<sup>2</sup>, GUIDO BELLANDI<sup>3</sup>,  
DANILO TACCONI<sup>4</sup>, LEONARDO BOLOGNESE<sup>5</sup>

## Piede diabetico. L'urgenza di amputare?

L'Ambulatorio del Piede Diabetico della USL8 di Arezzo nella sua esperienza pluriventennale ha raccolto un'ampia casistica di pazienti afferenti dalla stessa USL, da altri centri regionali ed extraregionali con l'indicazione all'amputazione maggiore come prima strategia terapeutica. Di questi pazienti, in gran parte in condizioni di compromissione sistemica e non solo locale dell'arto, solo il 4% è risultato di fatto meritevole di amputazione ed esclusivamente per impossibilità di rivascolarizzazione distale, in nessun caso per problematiche esclusivamente infettive.

Il diabete rappresenta la prima causa di amputazione non traumatica nel mondo occidentale e si stima che più di 1 milione di persone perda un arto a causa del diabete ogni anno. Il gran numero di amputazioni maggiori è da attribuire in parte al fatto che la patogenesi delle complicanze agli arti inferiori è multifattoriale ed in parte perché il personale sanitario raramente riceve una preparazione adeguata all'entità della patologia; da ciò deriva che nonostante il fiorire di linee guida internazionali, letteratura scientifica in continua crescita,

evoluzione tecnologica e protocolli di gestione aziendali, a tutt'oggi non è reso omogeneo sul territorio nazionale l'accesso alle cure per questi pazienti. Il risultato è che la patologia legata al piede diabetico continua ad essere sottovalutata e misconosciuta nei pazienti, nei familiari e nel personale sanitario. Il tempo intercorrente dalla comparsa della lesione ulcerativa, spesso in seguito ad un trauma minore a causa della ridotta sensibilità protettiva su base neuropatica, alla diagnosi e alla terapia dovrebbe essere molto breve per ridurre la perdita di tessuto sano conseguente alla presenza della vasculopatia e all'instaurarsi dell'infezione. Se questo tempo diviene lungo, la patologia si manifesta nelle sue fasi tardive e prognosticamente più sfavorevoli, incontrando anche comorbidità che spesso controindicano un atteggiamento aggressivo in termini di rivascolarizzazione e di interventi chirurgici sul piede.

La prevenzione delle ulcerazioni, lo *screening* della neuropatia periferica e della vasculopatia, la diagnosi precoce delle nuove lesioni ulcerative ed il pronto riferimento a personale competente rappresentano il cardine della corretta gestione

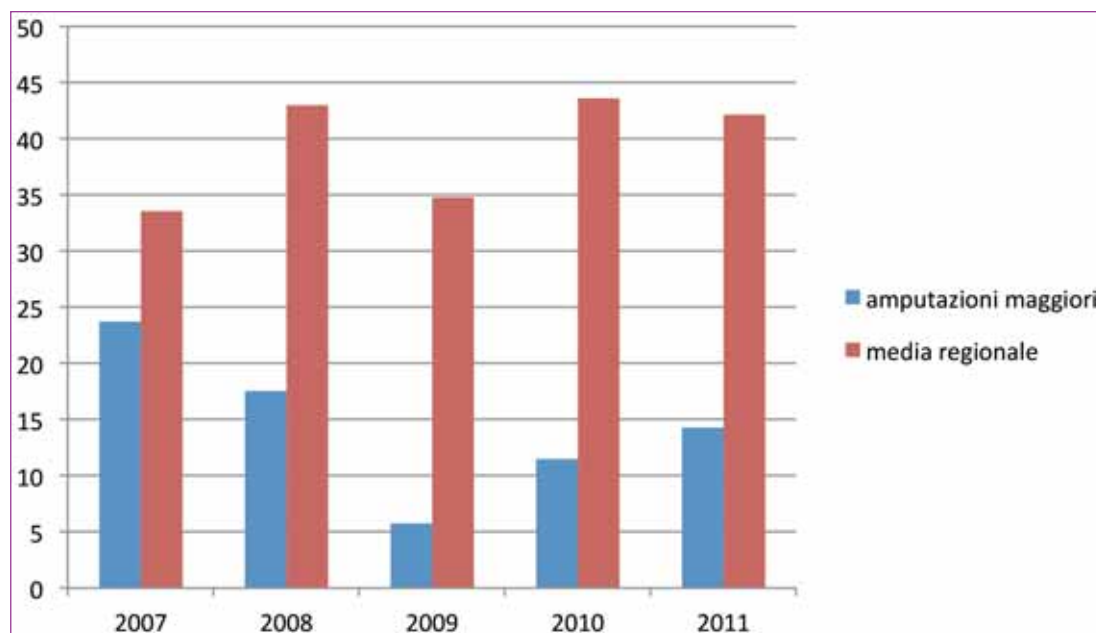


Figura 1

<sup>1</sup> Diabetologia USL 8

<sup>2</sup> Responsabile  
Cardiologia Interventistica  
USL 8

<sup>3</sup> Direttore S.C. Chirurgia  
Vascolare USL 8

<sup>4</sup> Direttore FF Malattie  
Infettive USL 8

<sup>5</sup> Direttore Dipartimento  
Cardiovascolare e  
Neurologico USL 8

diagnostico-terapeutica del piede diabetico. Infatti dalla letteratura internazionale emerge una stima di riduzione dell'incidenza delle amputazioni agli arti inferiori del 45% con la diffusione di ambulatori specializzati nella cura del piede diabetico, anche se il dato non è ancora del tutto confortante. Talora, nonostante il paziente acceda al centro specialistico, spesso la candidatura all'amputazione maggiore avviene comunque senza aver messo in atto tutti i passaggi necessari (chirurgia in urgenza, rivascolarizzazione distale, chirurgia in elezione per il recupero e l'integrità dell'appoggio) a consentire il recupero del piede o di parte di esso.

L'amputazione maggiore rappresenta quindi un indicatore sensibile di fallimento del percorso assistenziale. Per quanto la Regione Toscana abbia il merito di avere una Delibera della Commissione regionale per le attività diabetologiche sulla gestione delle complicanze agli arti inferiori del 2003, che molto ha contribuito alla creazione degli ambulatori specialistici e un documento sul percorso piede approvato dal CSR (Consiglio Sanitario Regionale) e sia sede di incontri e corsi sia nazionali che internazionali sull'argomento, il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa ha evidenziato una disomogeneità nel tasso di amputazioni maggiori per

milione di residenti nelle varie Asl della Toscana dal 2007 ad oggi. L'Asl 8 di Arezzo ha mantenuto sempre il tasso più basso di amputazioni nei vari anni (Figura 1). Inoltre a Marzo 2012, il Ministero della Salute (Agenas) ha pubblicato il dato nazionale per provincia (2005-2011) riferito alle amputazioni maggiori ed Arezzo è risultata la *Best Practice* con 0,03/1.000 (tassi di ospedalizzazione aggiustati) su una media nazionale di 0,13/1.000 e riconfermato nel 2013 con 0,01/1000.

Nella nostra realtà, l'Ambulatorio del Piede Diabetico dell'Ospedale San Donato di Arezzo rappresenta il livello assistenziale a complessità maggiore (III° livello), gli Ospedali delle vallate provinciali il II° livello ed il medico di medicina generale il I° livello (Tabella 1). In particolare l'organizzazione del Chronic Care Model permette il rapido riferimento del paziente con sospetta complicanza all'Ambulatorio del Piede Diabetico e la collaborazione nella fase post-critica fino alla guarigione.

Tabella 1

L'assistenza al PD per livelli di intensità di cure	
I° livello	Medici di medicina generale (MMG)
II° livello	Ambulatori diabetologici e Medicina Day Service
III° livello	Centri specialistici PD con team multidisciplinare



Figura 2 - Prima della rivascolarizzazione.



Figura 3 - Dopo la rivascolarizzazione e il trattamento locale del piede.

I buoni risultati sono da attribuire all'aver organizzato un'équipe multidisciplinare che coinvolge in maniera coordinata diverse competenze specialistiche nelle varie fasi della presa in carico dei pazienti con complicanze agli arti inferiori. Il diabetologo rappresenta il coordinatore del percorso assistenziale con l'ausilio degli infermieri dedicati, del podologo, del cardiologo interventista, del chirurgo vascolare, dell'infettivologo, dell'internista e del radiologo. I numerosi anni di lavoro d'équipe hanno permesso di rafforzare la figura del diabetologo come punto di riferimento di tutta l'équipe (team leader), hanno consentito la maturazione dell'esperienza nella pratica clinica e delle capacità tecniche degli operatori, hanno portato a risolvere casi clinici sempre più complessi. La gestione in modalità

CUP dell'Agenda Diabetologica secondo classi di priorità determinate ha permesso di ridurre al minimo i tempi di attesa per la presa in carico dei pazienti e di azzerare quelli per i ricoveri (eseguiti solamente per i pazienti settici o per il tempo necessario alla procedura di rivascolarizzazione) e per la chirurgia del piede (eseguita esclusivamente in regime ambulatoriale).

A nostro avviso, quindi, l'urgenza di amputare dovrebbe essere sostituita dall'urgenza di riferire a centri di elevata competenza pazienti con problematiche severe e di formare operatori dedicati nella diagnosi e cura delle complicanze agli arti inferiori. **TM**

**Info:** lucia.ricci@usl8.toscana.it

## SANITÀ NEL MONDO



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".

GAVINO MACIOCCO

# Le cure intermedie

## Esperienze internazionali

Negli ultimi decenni si è assistito a un profondo cambiamento del ruolo degli ospedali provocato da una serie di ben noti fattori: la transizione epidemiologica – dalle malattie infettive alle malattie croniche, le innovazioni tecnologiche che hanno ridotto e in certi casi annullato il ricorso alle tradizionali forme di ricovero in regime di degenza, la spinta verso l'efficienza e la razionalizzazione dei processi produttivi in sanità (in cui un ruolo rilevante è stato giocato dai meccanismi di remunerazione delle attività ospedaliere, vedi DRGs).

Tutto ciò ha portato al profondo cambiamento di ruolo degli ospedali all'interno dei sistemi sanitari: meno ospedali, meno posti letto, durate di degenza più brevi, a fronte di più tecnologia e di maggiore intensità delle cure.

Questo processo non ha riguardato in egual misura tutti i sistemi sanitari, come si può notare dalla Tabella 1.

La **Tabella 1** infatti mostra come i sistemi sanitari modello Beveridge (i "servizi sanitari nazionali", come quello canadese, italiano, svedese e britannico) e il sistema USA – per motivi e meccanismi diversi – abbiano ridotto in maniera significativa sia il numero di posti letto che la durata della degenza ospedaliera, mentre i sistemi sanitari modello Bismarck (ovvero i sistemi basati sulle assicurazioni sociali, o casse mutue, come quelli austriaco, francese, tedesco e giapponese) si siano mossi con molta lentezza verso la riduzione del peso degli ospedali. Il motivo di ciò è spiegato dal tipo di governo – e *governance* – che presidia le

Tabella 1

	N. Posti letto per 1000 abitanti		Durata media della degenza (giorni)	
	Ieri*	Oggi**	Ieri*	Oggi**
Canada	6.8	2.8	10.0	7.7
Italia	9.6 (1980)	3.4 (2011)	7.5 (2001)	7.7 (2011)
Svezia	15.2	2.7	7.1	6.0
UK	4.0	3.0	9.0	7.3
USA	6.0	3.1	6.4	4.8
Austria	9.9	7.7	12.0	7.9
Francia	8.5	6.4	6.2	5.7
Germania	10.1	8.3	13.0	9.5
Giappone	15.6	13.4	34.4	18.2

Fonte: OECD 2013. \* Primo dato disponibile dal 1980. \*\* Ultimo dato disponibile (generalmente 2011-2010).

scelte di politica sanitaria nei sistemi sanitari modello Bismarck, in particolare in Germania e Austria. Qui le scelte strategiche avvengono ad un tavolo "consociativo" dove siedono i "politici" locali, i rappresentanti delle casse mutue, degli ospedali e dei medici e tagliare i posti letto è operazione difficile e molto più impopolare di quanto può avvenire altrove.

I dati della Tabella 1 spiegano anche perché soprattutto nei sistemi sanitari tipo Beveridge e nel sistema sanitario USA si sia cercato di trovare soluzioni alternative al ricovero ospedaliero attraverso il rafforzamento delle cure primarie e l'*invenzione* delle "cure intermedie", termine quest'ultimo coniato nel Regno Unito agli inizi degli anni 2000.

## Regno Unito.

### Intermediate Care: Moving Forward

Il termine "cure intermedie" (*Intermediate care*) è stato introdotto nel Regno Unito a proposito del miglioramento dell'assistenza agli anziani: *"Intermediate care – a range of integrated services to promote faster recovery from illness, prevent unnecessary acute hospital admission, support timely discharge and maximise independent living – is a vital component of the programme to improve the health and well being of older people and raise the quality of services they receive"*<sup>1</sup>.

Il documento del Ministero della sanità britannico **"Intermediate Care: Moving Forward"**, del luglio 2002, enfatizza l'importanza di questa strategia che *"sviluppata e implementata adeguatamente, sarà in grado di migliorare l'appropriatezza e la qualità dell'assistenza delle persone e avrà un significativo impatto sul sistema sanitario e sociale nel suo complesso, rendendo più efficace l'uso delle risorse e istituendo un nuovo modo di lavorare"*. Le *Cure intermedie* – sottolinea il documento – non sono un *"optional"*, ma rappresentano l'elemento centrale del programma di innovazione del NHS.

I principi fondamentali delle *Cure intermedie* sono:

- l'enfasi su un'assistenza appropriata che ha al centro la persona;
- la necessità di un robusto processo di valutazione;
- l'importanza cruciale della *partnership* tra diversi attori;
- la garanzia di un tempestivo accesso ai servizi specialistici.

Le "Cure intermedie" sono – secondo i documenti del ministero della sanità britannico – un "concetto" e non un "servizio"; sono una modalità di intervento, attraverso il concorso di molteplici

servizi: *"It is not just about health care, nor social care, nor housing – it is about all of these things and more and how professions and organisations can work together to make the core principle of delivering person-centred care a reality"*. Il "concetto" è che una persona anziana che si trova in difficoltà a causa di un evento acuto deve trovare risposte adeguate che:

- se a domicilio, gli evitino un inutile o inappropriato ricovero ospedaliero;
- se ricoverato in ospedale, facilitino la sua dimissione predisponendo un adeguato percorso assistenziale.

Un "concetto" da riempire di contenuti (linee-guida, percorsi assistenziali), di regole e – non ultimo – di risorse. L'area delle cure intermedie è stata temporalmente circoscritta in un periodo di 6 settimane, nel corso del quale tutte le prestazioni di carattere sanitario e sociale sono a completo carico del NHS (*"Any services which form part of a package of intermediate care as defined in the regulations must be provided free of charge for six weeks"*<sup>2</sup>). Il Ministero della Sanità ha predisposto 3 contratti-tipo per consentire ai provider privati di inserirsi in questo tipo di intervento: a) *Domiciliary intermediate care*; b) *Intermediate day rehabilitation services*; c) *Residential intermediate care*<sup>3</sup>. Il Governo ha inoltre stanziato risorse aggiuntive per 900 milioni di sterline all'anno (oltre 1,1 miliardi di Euro) per finanziare tale progetto, che comporta tra l'altro la creazione di nuovi 5000 posti letto residenziali nel 2004<sup>4</sup>.

La strategia dell'*intermediate care* ha avuto l'effetto di focalizzare l'attenzione sulle modalità di dimissione dei pazienti dagli ospedali: è del gennaio 2003 la pubblicazione di un volume da parte del Ministero della sanità interamente dedicato alle procedure di dimissione ospedaliera (*Discharge from hospital: pathway, process and practice*)<sup>5</sup>. È un documento contenente raccomandazioni "vincolanti" per gli ospedali e per i servizi territoriali, che enfatizza l'assistenza *"person-centred"*. *"L'assistenza "person-centred" si pone l'obiettivo di garantire che le persone anziane ricevano un trattamento individualizzato, attraverso un pacchetto appropriato e tempestivo di servizi che rispondono ai loro specifici bisogni, al di là delle competenze e dei confini delle singole organizzazioni. Tutto ciò comporta l'adozione di percorsi assistenziali che avranno un impatto sull'organizzazione e il coordinamento dell'assistenza in preparazione della dimissione"*.

Con la pubblicazione del documento, i cui principi chiave sono elencati nella Figura 1, nessun ospedale potrà più dimettere un paziente senza

<sup>1</sup> Department of Health, Intermediate Care: Moving Forward, June 2002.

<sup>2</sup> Department of Health, Local authority circular LAC(2003)14, 2003.

<sup>3</sup> [www.doh.gov.uk/intermediatecare/](http://www.doh.gov.uk/intermediatecare/)

<sup>4</sup> [www.nelh.nhs.uk/management/mantop/0117intermed.htm](http://www.nelh.nhs.uk/management/mantop/0117intermed.htm)

<sup>5</sup> Department of Health, Discharge from hospital: pathway, process and practice, 2003. [www.doh.gov.uk/changeagentteam/discharge\\_getri.pdf](http://www.doh.gov.uk/changeagentteam/discharge_getri.pdf)

<sup>6</sup> NHS, National Audit of Intermediate Care Report, 2012, [www.nhsbenchmarking.nhs.uk/icsurvey.aspx](http://www.nhsbenchmarking.nhs.uk/icsurvey.aspx)

un'adeguata pianificazione del suo trasferimento.

A distanza di circa 10 anni è possibile tracciare un bilancio dell'esperienza britannica dell'*Intermediate Care (I.C.)*, sulla base delle conclusioni dell'Audit nazionale svolto nel 2012<sup>6</sup> – riferito al periodo 1 aprile 2011-31 marzo 2012 –, che possono essere sintetizzate nei seguenti punti:

1) complessivamente gli interventi di I.C. riescono a soddisfare soltanto la metà della potenziale domanda e presentano una grande variabilità territoriale all'interno del NHS;

2) gli investimenti in I.C. sono stati mediamente di 1,9 milioni di sterline (2,3 milioni di Euro) per 100 mila abitanti, di cui il 58% per attività di ricovero (in strutture residenziali o in ospedali di comunità) e il 42% in attività di assistenza domiciliare;

3) il numero medio di ricoveri in strutture di I.C. è stato di 259 per 100 mila abitanti e di pazienti assistiti a domicilio è stato di 725 per 100 mila abitanti.

4) la durata media dei ricoveri è stata di 27-30 giorni e delle attività domiciliari di 24-29 giorni;

5) il costo giornaliero della degenza è stato di 136 sterline (166 Euro) nelle strutture residenziali e di 252 sterline (309 Euro) negli ospedali di comunità;

6) nel 58% dei casi trattati c'è stata un'integrazione – anche economica – tra servizi sanitari del NHS e servizi sociali delle autorità comunali.

### USA. *Skilled Nursing Facility*

Se nei servizi sanitari tipo Beveridge la scelta di ridurre la rete ospedaliera e il numero dei posti letto è stata il frutto di strategie politiche nazionali e regionali di razionalizzazione del sistema, negli USA ciò è avvenuto in concomitanza dell'esteso processo di privatizzazione degli ospedali pubblici e non-profit avvenuto negli anni 80 e primi anni

90 sotto i governi Reagan e Bush. Va ricordato anche che negli USA nel 1984 viene introdotto il sistema dei DRGs, che fornisce una forte spinta alla riduzione della durata delle degenze. Per facilitare le dimissioni dei pazienti più anziani, Medicare – l'assicurazione pubblica che garantisce l'assistenza alle persone ultrasessantacinquenni – consente i ricoveri presso *Skilled Nursing Facility*. Si tratta di strutture con qualificata assistenza infermieristica, per il ricovero nelle quali Medicare rimborsa i costi – fino a 100 giorni di degenza – a condizione che il paziente abbia precedentemente avuto un ricovero ospedaliero di almeno 3 giorni e vi acceda non oltre 30 giorni dalla dimissione. I primi venti giorni di ricovero sono completamente gratuiti, co-pagamento di \$133,50 al giorno dal 21 al 100° giorno. Dopo il 100° giorno il paziente paga il prezzo pieno del ricovero<sup>7</sup>. Anche se nessuno in USA la chiama così, si tratta una forma di *Intermediate Care*.

### Svezia. La dis-continuità delle cure

La Svezia è il sistema sanitario che ha maggiormente ridimensionato la propria rete ospedaliera, riducendo drasticamente il numero dei posti letto per 1000 abitanti: dai 15.2 del 1980 ai 2.7 nel 2011. Ma, come nota una pubblicazione dell'OECD<sup>8</sup> la Svezia è anche un sistema che ha seri problemi nel garantire la continuità delle cure dei pazienti dimessi dall'ospedale: solo il 20% dei medici di famiglia riceve informazioni necessarie per gestire adeguatamente un paziente dimesso. Inoltre con una legge del 2001 la responsabilità di fornire l'assistenza socio-sanitaria post dimissione ospedaliera è affidata ai Comuni, mentre la responsabilità dell'assistenza sanitaria è in capo alle Contee, e il coordinamento tra questi due livelli istituzionali rappresenta oggi uno dei principali problemi del sistema sanitario svedese. **TM**

Figura 1

#### Principi chiave per le dimissioni ospedaliere programmate.

Il coinvolgimento e la partecipazione attiva dei pazienti e dei loro familiari – come partner alla pari – è centrale nell'erogazione dei servizi e nella programmazione della dimissione.

La dimissione è un processo e non è un evento isolato. Questo deve essere pianificato alla prima occasione possibile – sia a livello di cure primarie o di cure ospedaliere – creando le condizioni perché i pazienti e i loro familiari siano in grado di contribuire alle decisioni da prendere.

Il processo della dimissione programmata deve essere coordinato da una persona specificamente nominata che avrà la responsabilità di seguirne tutte le fasi, tra cui quella della valutazione dei bisogni. Questo comporta degli stretti collegamenti con il coordinatore del caso nel territorio e il trasferimento delle relative responsabilità al momento della dimissione.

Il personale deve operare all'interno di un quadro di riferimento di integrazione multidisciplinare e di collaborazione tra diversi servizi per affrontare tutti gli aspetti del processo di dimissione.

L'erogazione dei servizi sanitari e sociali deve essere organizzata in modo che i pazienti possano apprezzare la continuità delle cure, possano essere consapevoli dei loro diritti, possano ricevere tutte le informazioni e i consigli che consentano loro di prendere decisioni informate sul loro futuro.

<sup>7</sup> Maciocco G. et al, Le sfide della sanità americana, Il Pensiero Scientifico Editore, 2010, p. 44.

<sup>8</sup> <http://www.oecd.org/health/sweden-has-excellent-health-care-but-must-improve-care-co-ordination.htm>

# Manfredo Fanfani

## La forchetta di Caterina De' Medici

### Quinta Parte

Lavarsi le mani prima, durante e dopo il pasto: fra ritualità purificatrice e norme igieniche.

Anche il costume di lavarsi le mani prima del pranzo è nato, come molte altre norme di comportamento a tavola, con significati prettamente rituali, senza alcun rapporto con l'igiene personale. È molto antica l'usanza del bagno o del lavacro dei piedi che precedevano il banchetto e funzionavano come un vero e proprio "rito", volto a rendere possibile l'aggregazione dell'ospite. Questa usanza, che scompare alla fine dell'antichità, è stata sostituita dal lavaggio delle mani, a cui rimangono legate le componenti rituali della "purificazione" prima del rispetto di razionali norme igieniche.

Prima di affrontare la contaminazione del cibo, al momento di accingersi a mangiare, l'esigenza più sentita era quella di presentarsi in stato di purezza.

Gli ospiti, prima di sedersi a tavola, erano invitati a lavarsi le mani in un

David Teniers il giovane (1610-1690)

Un signorotto vestito in modo eccentrico e con un berretto di piume in testa, ostenta con leggiadria una forchetta per catturare le "infide" olive. L'eccessiva ricercatezza gestuale all'epoca era criticata con un modo di dire emblematico: parla, o si comporta, "in punta di forchetta!". L'espressione è tutt'oggi in uso: se qualcuno si comporta in modo troppo ricercato,



"parla in punta di forchetta"! Ciò sollecita la curiosità verso quelle forme linguistiche che ci fanno conoscere parte del nostro passato, alla ricerca del perché si può tramandare quel filo che ci lega a tradizioni antiche anche di secoli, e che il virus eccessivo del modernismo a tutti i costi, tenderebbe a cancellare, svuotando un po' quel sapore delle piccole cose che colorano la vita.

Nella seconda metà del 500 compare sulla tavola un altro utile accessorio: il tovagliolo



Lorenzo Credi, Ultima Cena (ca. 1562), Convento della Croce, San Casciano in Val di Pesa.

L'Artista, in queste immagini della seconda metà del cinquecento, dà risalto alla comparsa del tovagliolo. Tale presenza fino allora era stata inconsueta sulla tavola dell'Ultima Cena. La tavola è ancora imbandita in modo essenziale: una semplice tovaglia bianca dalla



caratteristica piegatura a quadri, nessun piatto individuale. Al centro una scodella con l'agnello, due piatti per le altre pietanze, due soli



coltelli, un terzo coltello è stretto in pugno da Pietro. Qualche bicchiere, da usare collettivamente. Sulla tavola le immancabili saliere, ricolme col sale dell'amicizia, che poggiano



su basi di solide sfere per consentire di strisciarle sul tavolo. Completano l'apparecchiatura alcune bottiglie, frutta e verdura

sparsa, e tre tovaglioli messi bene in evidenza sul margine del tavolo. Anche il tovagliolo nasceva, evidentemente, non come accessorio individuale, ma per uso collettivo.

Limbourg (ca. 1415),  
Il Duca di Berry a tavola,  
Chantilly, Musée Condé.

*Il Duca di Berry riceve i suoi ospiti; anche la tavola dei nobili era all'epoca imbandita in modo molto essenziale. I "trincianti", di spalle in primo piano, scelti tra i giovani di nobile discendenza, tagliano con perizia le carni da offrire agli ospiti seguendo una precisa ritualità gerarchica. Sulla tavola, al posto del piatto, una fetta di pane poco spessa ("quadra") e dei piccoli taglieri in legno, non compaiono i bicchieri, per bere il coppiere avrebbe passato la coppa comune. Sul tavolo non compaiono*

*neppure gli usuali coltelli, tranne ovviamente quelli dei "trincianti". Un cane è sdraiato per terra ed è accudito da un inserviente; due piccoli cagnolini sono addirittura sul tavolo! Nell'iconografia della tavola la presenza dei cani e dei gatti è una costante; gli animali domestici partecipavano a pieno titolo al convivio con l'utile compito di pulire il pavimento dai cibi avanzati che, secondo le buone norme dettate dai galatei, non dovevano essere rimessi nel piatto ma gettati per terra.*

lavabo di marmo, o di pietra, affisso al muro della sala da pranzo o posto su un piedistallo mobile. Del resto all'ingresso di ogni chiesa è sempre presente una accogliente acqua-santiera, per la ritualità purificatrice delle dita prima di essere ammessi alla Mensa Eucaristica. Le mani si lavavano anche durante il pranzo, specie quando si usava mangiare con le mani. Di tanto in tanto i valletti passavano con bacinelle piene d'acqua odorosa di fiori d'arancio; bacinelle d'acqua erano poste sulla tavola per sciacquare le dita che poi si asciugavano ai lunghi lembi della tovaglia. Il tovagliolo comparirà sulla tavola solo tardivamente. I galatei raccomandavano anche il lavaggio delle mani a fine pranzo.

Oggi a tavola ci si sporcano le mani molto meno, grazie anche alla ricchezza delle posate e alla presentazione dei cibi, ma a fine pranzo è invalso talora l'uso di porgere agli ospiti piccole vaschette-lavadita con acqua e petali di rosa (finger bowl). L'evenienza può creare talora un certo imbarazzo agli ospiti che abbiano perso la memoria storica degli usi e costumi che ci hanno preceduto: cosa farne di quella vaschetta con acqua e fiori posta sul tavolo dal solerte cameriere?... In epoca moderna ci si è accorti, razionalmente, che ciò che non era stato dettato dagli Igienisti, ma dagli autori dei libri di buone maniere per desiderio di ritualità, si è trasformato in una esigenza igienica fondamentale. Nell'educazione familiare il lavaggio delle mani, specie nel bambino, rimane un elemento educativo basilare ad evitare tutta quella congerie di malattie definite, appunto, "malattie delle mani sporche"; mentre gli adulti sono spesso portati a dimenticare questa igienica ritualità...



Banchetto nella foresta  
alla corte di Borgogna  
dopo una battuta  
di caccia, Miniatura dal  
Livre de la Chasse di  
Gaston Phébus, conte di  
Foix (1343-1391), Parigi,  
Biblioteca Nazionale.

*Nel regale convivio  
campestre è rispettato  
il rituale della "tavola alta",  
per il signore e i dignitari,  
e... delle "tavole basse",  
semplici tovaglie stese sul  
prato, per i valletti.  
Anche la "tavola alta" è  
apparecchiata in modo  
essenziale: nessun piatto  
individuale, due soli coltelli  
per tutti, tre scodelle per*

*i cibi, le pagnotte e ciliegie  
sparse. Non ci sono  
i bicchieri; il coppiere  
avrebbe fatto passare  
la coppa comune.  
Anche i nobili prendevano  
il cibo con le mani,  
e lo portavano alla bocca,  
anche se con gestualità  
raffinata che contrasta  
con l'eccessiva e ostentata  
disinvoltura con cui si  
stanno abbuffando gli ospiti  
seduti alle "tavole basse".  
I cani, in un convivio  
di caccia, sono ovviamente  
ospiti d'onore, con  
il prezioso compito  
di ripulire il prato dagli  
avanzi che, nel rispetto  
dei buoni costumi,  
venivano naturalmente  
gettati per terra.*

**Lavarsi le mani prima, durante e dopo il convivio:  
fra ritualità purificatrice e norme igieniche**

Jarves, Maestro dei Cassoni (XV secolo), Venezia, Museo Correr.

Pranzo dipinto su un cassone toscano. Appare evidente la ritualità della distribuzione dei posti a tavola: sullo sfondo la "tavola alta", dove siedono il padrone di casa e l'ospite d'onore. Questa tavola è sopraelevata da scalini, e separata da una balaustra, come un altare. I nobili cavalieri che serviranno il pranzo (trincianti e coppieri) restano in piedi ai lati della tavola alta, molto abili nel tagliare e servire le carni. Sotto due tavoli, posti sui lati, le "tavole basse", per gli altri ospiti. Solerti valletti stanno entrando con grandi coppe e una capiente anfora con il vino. La novella del Decamerone, a cui la scena si riferisce, racconta che il gentiluomo, per facilitare



la conquista della bella dama, aveva ordinato ai coppieri di servire vini in abbondanza. In primo piano, a destra, la rastrelliera per la

consueta esibizione dei preziosi vassoi d'oro e d'argento non si usavano per servire le vivande ma venivano mostrati in occasione dei grandi pranzi

come indice di ricchezza e di potere. In primo piano la vasca per la "purificazione" delle mani prima del convivio. Il lavaggio delle mani

era d'obbligo, volutamente ostentato per rassicurare gli ospiti che avrebbero prelevato il cibo con le mani dallo stesso piatto comune.

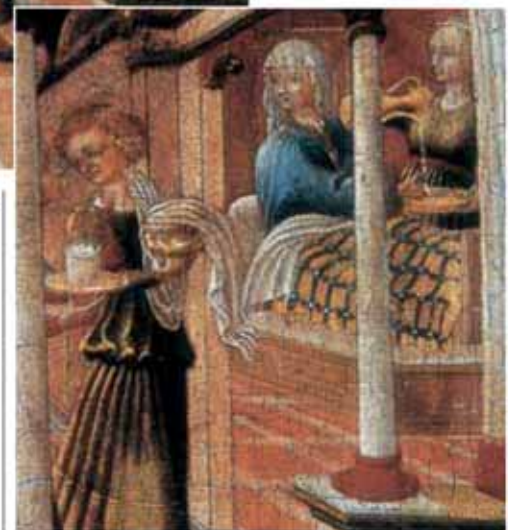


Pietro di Giovanni d'Ambrogio (1410-1449), La nascita di s. Nicola di Bari, Oeffentliche Kunstsammlung Bazel, Kunstmuseum.

Le "Natività" danno particolare risalto all'atto della "purificazione" delle mani della puerpera prima di iniziare il sostanzioso pranzo servito dalle premurose ancelle. Forse un'intuizione

dell'importanza di un atto nato come "ritualità" purificatrice, ma che poi sarebbe stato razionalizzato come strumento di igiene personale e di prevenzione, in particolare nella cura del neonato. Anche l'attenzione per il pasto, e la sua ricchezza, erano un modo di fare informazione sulla importanza del nutrimento della puerpera.

Come dettava la tradizione la puerpera ha il capo coperto di bianco da uno "sciugatoio".







Paolo Veronese (1528-1588), Convito in casa di Levi, Venezia, Galleria dell'Accademia.

Il Veronese rappresenta un convivio ispirandosi ai costumi della Venezia del Cinquecento. Gli ospiti hanno di fronte a sé piatti singoli di metallo. Come appare nei particolari, si tratta di una delle rarissime volte in cui compare, nella rappresentazione di un episodio evangelico, la forchetta che, proprio a Venezia, ha avuto i natali. Il Veronese aveva inteso rappresentare, a suo modo, l'Ultima Cena, titolo

originario dell'opera. Ciò suscitò molto scandalo, portando il Veronese davanti al tribunale dell'Inquisizione per rispondere delle licenze che si era preso nel rappresentare quella folla e quel clima di festa che non si conciliavano con l'austerità dell'Ultima Cena. Veronese si difese affermando che i pittori si prendono, talora, le stesse libertà concesse ai poeti e ai matti. Inoltre la parete da dipingere era talmente grande che dovette per forza arricchirla con

l'invenzione di altre figure. Il pittore, condannato a correggere l'opera, non fece nessuna modifica. Dovendo tuttavia dare una soddisfazione all'inquisitore, si limitò a cambiare il titolo da "Ultima Cena" in "Cena in casa di Levi", riferito ad un altro episodio evangelico. L'Inquisitore, un eremita di buon cuore, lasciò correre... Per fortuna del Veronese, il collegio inquisitorio non si era accorto di un particolare più scomodo dei tanti e improvvisati personaggi: la presenza, per la prima volta sulla tavola dell'ultima cena, della forchetta, messa

all'indice e condannata come "instrumentum diaboli"! (particolari). Contro il suo uso aveva tuonato, in nome della semplicità dei costumi, anche s. Pier Damiani. Riaprire il processo al Veronese per la presenza di quella forchetta diabolica in quel convivio? Il Veronese, ben accorto nel cambio del titolo dell'opera, avrebbe risposto di avere voluto interpretare il banchetto in casa di Levi

secondo il passo evangelico che cita la presenza di "un gran numero di pubblicani e di altra gente la quale era a tavola con essi" e che, ai Farisei che mormoravano circa la presenza a quella tavola di peccatori, Gesù rispose: "Non han bisogno del medico i sani, ma i malati"; "Non sono venuto a chiamare i giusti ma i peccatori a penitenza" (Luca, V, 29-31-32). Il Veronese, e la forchetta, sarebbero stati sicuramente assolti!



Nei particolari è bene evidente l'uso del coltello e della forchetta per tagliare le pietanze. A sinistra, un ospite seminascondo fra due colonne, mostra con studiata ostentazione la tipica forchetta a due rebbi in stile veneziano. A destra, un commensale si aiuta con la forchetta per tagliare la carne.



GIOVANNA MASALA, DOMENICO PALLI



Giovanna Masala, epidemiologo, dirigente medico nella SC Epidemiologia Molecolare e Nutrizionale dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica - ISPO, si occupa del rapporto tra stili di vita, con particolare riguardo all'alimentazione e attività fisica e rischio di patologia tumorale. Ricercatore nell'ambito dello studio europeo EPIC, è resp. di progetti di intervento volti alla modifica dello stile di vita per la prevenzione primaria dei tumori.



Domenico Palli, epidemiologo, Direttore della SC Epidemiologia Molecolare e Nutrizionale dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica - ISPO, è *Principal Investigator* della sezione fiorentina del progetto EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) e responsabile di numerosi progetti volti allo studio della relazione tra stile di vita e rischio di tumore.

## Sovrappeso e prodotti industriali

Il controllo del peso corporeo è considerato un obiettivo prioritario cui mirare nell'ambito della prevenzione dei tumori e in genere delle malattie cronico-degenerative. Il Fondo Mondiale per la Ricerca sul Cancro nel suo ultimo Rapporto mette il controllo del peso al primo posto tra le raccomandazioni per la prevenzione dei tumori consigliando di mantenere l'Indice di Massa Corporea (uno degli indicatori antropometrici di rischio più affidabili e più facili da misurare) il più possibile all'interno del range di normalità (18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>) e di non aumentare di peso durante l'età adulta.

L'obesità è un fattore di rischio certo per alcuni dei tumori più frequenti quali il tumore del colon retto e della mammella in post-menopausa, nonché per il tumore dell'esofago, del pancreas, del rene e dell'endometrio. Per la maggior parte di questi tumori gli studi più recenti di tipo prospettico, come il consorzio EPIC, nel quale le misure antropometriche non sono riferite ma misurate con un protocollo standardizzato da personale addestrato, è stato osservato un aumento del rischio all'aumentare dell'obesità addominale misurata tramite la circonferenza vita.

L'aumento della prevalenza dell'obesità è una vera e propria epidemia nei paesi industrializzati ma oramai si sta estendendo anche ai paesi meno sviluppati e può essere considerata il portato di una modifica complessiva dello stile di vita che da un lato ha visto ridursi sempre di più il livello di attività fisica e dall'altro è caratterizzata dall'aumento dei consumi alimentari in genere e da una modifica dell'offerta alimentare con una maggiore disponibilità di cibi pronti, ad elevata densità calorica, ricchi di grassi di bassa qualità, di sale o zuccheri aggiunti, a base di ingredienti raffinati e poveri di fibre e quindi poco sazianti. Anche nel nostro paese, nel quale permangono ancora alcune abitudini alimentari più tradizionali, questo modello di consumo è diffuso. Alcune analisi specifiche nell'ambito della coorte EPIC suggeriscono un'associazione di rischio tra i livelli plasmatici di un marcatore di consumo di acidi grassi *trans* di origine industriale e l'aumento di peso, in particolare nelle donne. Gli acidi grassi *trans* di origine industriale la cui fonte principale è rappresentata dagli oli vegetali parzialmente idrogenati sono considerati fattori di rischio per la patologia cardiovascolare. A livello individuale e nei

programmi di prevenzione rivolti a specifici gruppi o comunità la strategia di controllo del peso deve affrontare in modo complessivo le abitudini alimentari e dell'attività fisica della vita quotidiana ma è indubbio come per alcuni aspetti specifici come quello degli alimenti/bevande di produzione industriale può essere rilevante un'azione normativa. Proprio la possibile regolamentazione del contenuto di grassi *trans* negli alimenti industriali negli Stati Uniti d'America è stato oggetto di un commento apparso sul numero di Maggio dell'autorevole *New England Journal of Medicine*. Nel nostro paese si è prima tentato in modo pasticciato di aumentare la tassazione delle bevande zuccherate; più recentemente dopo una lunga discussione è stata approvata la proposta di aumentare dal 12% al 20% la quota di succo di arancia nelle bevande commerciali tipo aranciata prodotte in Italia (ma non nel resto della UE). La proposta è stata sostenuta sostanzialmente dalla *lobby* dei produttori agricoli mentre si nota l'assenza di iniziative volte alla prevenzione in campo alimentare sostenute da prese di posizione autorevoli e condivise su base scientifica. **TM**

**Info:** g.masala@ispo.toscana.it

### COPPETTE DI YOGURT E FRUTTA FRESCA\*

**Ingredienti per 6 persone:**  
 • 800 g di yogurt greco magro (0% di grassi);  
 • ½ kg di frutta fresca estiva (albicocche, pesche, susine);  
 • 100 g di zucchero di canna;  
 • ½ tazzina da caffè di Grand Marnier;  
 • 100 g di muesli croccante; miele amaro (castagno) q.b.  
 • Mescolate bene lo yogurt con poco miele. Sbucciate la frutta e tagliatela a pezzetti.  
 • Passatela in padella con poco zucchero di canna e ½ tazzina da caffè di Grand Marnier. Frullate la salsa dopo pochi minuti di cottura con un mixer ad immersione. Preparate piccole coppette con uno strato di yogurt, uno di salsa di frutta e uno di muesli. Guarnite con pezzetti di frutta fresca.

Ottimo d'estate e veloce da preparare con qualsiasi tipo di frutta fresca. L'impiego di yogurt magro lo rende un dessert povero di grassi e poco calorico.

\* ricetta tratta dal volume "La salute in cucina. Le ricette dello studio DAMA"

## LETTI PER VOI

## Francesco Antonini La vita e le intuizioni di un geriatra

GIOVANNA FERRETTI

*Mauro Pagliai Editore*

È uscito in questi giorni il libro "Francesco Antonini - La vita e le intuizioni di un geriatra", opera di Giovanna Ferretti, presentato il 28 Giugno scorso presso la Biblioteca Comunale di Bagno a Ripoli da Giancarlo Pepeu, farmacologo e insigne ricercatore, Professore Emerito dell'Università di Firenze, che di Antonini è stato collega della Facoltà medica e intimo amico per oltre 30 anni. Giovanna Ferretti, segretaria nell'Istituto di Gerontologia e Geriatria sin dagli anni '70, della carriera accademica di Francesco Antonini è stata quindi quotidianamente partecipe, vedendo entrare anche il sottoscritto - in qualità di studente interno - in quel gruppo di allievi che hanno avuto il privilegio di condividere le idee, gli entusiasmi, le intuizioni ricordate anche nel sottotitolo del libro, del nostro vulcanico Maestro. Che è stato sempre un passo avanti a tutti: primo in Europa e ricoprire una cattedra di Geriatria (1958, a 38 anni!!); primo in Italia a diffondere idee sulla riabilitazione in geriatria con la fondazione di un grande e glorioso centro di riabilitazione (l'Ospedale INRCA "I Fraticini"); primo a fondare una Scuola per Terapisti della Riabilitazione sin dagli anni '70, quando ancora di Lauree Triennali di Area Sanitaria neppure si parlava; tra i primi in Italia a fondare una Unità di Cura Intensiva (1969!) perché, secondo l'ennesima intuizione, "le cure in tempo reale sono soprattutto necessarie negli anziani fragili, con ridotte capacità omeostatiche"; primo a volere un ospedale aperto (ai familiari) perché ritenuti utili al processo di cura (basti pensare che solo nel 2012 la Consulta Nazionale di Bioetica ha pubblicato definitivamente un documento di raccomandazione nazionale sulle terapie intensive aperte). Una vita, dunque, di primati e intuizioni anticipatorie, alle quali noi allievi abbiamo cercato, spero con qualche successo, di dare robustezza scientifica. Il libro di Giovanna Ferretti ripercorre, raccontate con passione da una testimone diretta divenuta ella stessa allieva del Maestro, tutte le tappe di questo straordinario percorso accademico e umano. E ce le restituisce, anche attraverso una accurata ricostruzione documentale, vivide e palpitanti come fossero di oggi. Grazie, Giovanna!

*Niccolò Marchionni*

## Racconti dispersi

RAULO RETTORI

*Ibiskos Editore*

Raulo Rettori ha una lunga esperienza di medico e, dopo la pensione, ha pensato di raccogliere in questo libro di racconti pubblicato dalla Ibiskos Editore, una serie di ricordi e di fantasie che ci riportano ad una epoca anteriore al trionfo della tecnologia e a una medicina eclettica e profondamente umana. Una serie di racconti brevi, venati da una sottile nostalgia, che spaziano da incontri con persone significative alle tavolate con amici e colleghi, ai dialoghi con i parroci ai divertimenti e ai giochi della infanzia e dell'adolescenza, agli amori della giovinezza. Tutto questo in un sottile intreccio con la vita di medico, di chirurgo ortopedico in particolare, che ispira un particolare sapore affettivo, di piacevole memoria e di vita attiva. La raccolta di novelle ha la prefazione di un illustre giornalista contemporaneo, Giordano Bruno Guerri, che ha vissuto con l'Autore alcuni episodi importanti nell'età giovanile e che conferma la sensazione di una piacevole lettura, dove il vissuto umano si intreccia con l'esperienza di una vita di medico.

*Bruno Rimoldi*

## Il Guaritore ferito

ROBERTA RICCIARDI, GIOVANNI PAOLO FONTANA

*Edizioni Franco Angeli*

Roberta Ricciardi e Giovanni Paolo Fontana pubblicano per le Edizioni Franco Angeli una nuova edizione di "Vivere la miastenia". Un testo sicuramente importante sul piano clinico per la panoramica esaustiva e leggibile che offre su questa rara e importante malattia. Ma un libro che si legge anche come una lunga intervista all'autore che, come il centauro della mitologia, ha sofferto ella stessa della patologia ed è riuscita non solo a superarla ma a diventarne uno dei massimi esperti. Come tale ha creato a Pisa un Centro, forse il più importante sul piano nazionale, cui si rivolgono centinaia di pazienti da tutta Italia che sono presi in carico sul piano medico, chirurgico e psicologico così da tentare una risposta globale ad esigenze complessive. Insomma ci troviamo di fronte ad un paradigma della medicina moderna. Una scienza che spesso non può guarire ma che consente quasi sempre di raggiungere una qualità della vita cui il paziente può adattarsi in un livello di normalità accettabile. Certamente per questo occorre una diagnosi precoce e una competenza medico e chirurgica decisamente specialistica. Ma occorre anche una organizzazione sociale e sanitaria che sostenga il paziente nel difficile cammino verso un riconquistato livello di efficienza. È proprio questo lo scopo del Centro e del libro che merita quindi di essere letto perché insegna come debba organizzarsi la medicina per rispondere concretamente ai bisogni dei cittadini.

*Bruno Rimoldi*

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](http://www.astrazeneca.it)

## Metodo Stamina

Il Comitato Centrale della FNOMCeO - riunito in via straordinaria a Brescia - proprio sabato 8 giugno 2014, nel giorno in cui Marino Andolina ha praticato, agli Spedali Civili, un'infusione secondo il cosiddetto "Metodo Stamina" - ha diramato, insieme al Consiglio Direttivo dell'Ordine Provinciale, la seguente nota congiunta: "Anche oggi, in una circostanza che non esitiamo a definire oscura e oscurantista per la Sanità, ribadiamo la nostra vicinanza ai malati, alle loro famiglie, alle loro sofferenze. I Me-

dici dicono "no" e si rifiutano di attuare procedure la cui fondatezza scientifica, sicurezza e appropriatezza terapeutica non sono note; né sono, a tutt'oggi, validati i presupposti per l'avvio di una sperimentazione. E lo fanno innanzitutto per ribadire il diritto a cure che rispettino le speranze dei malati e la dignità delle loro sofferenze. In uno scenario nel quale giganteggiano l'inazione della Regione Lombardia e gli incredibili paradossi di una Magistratura civile che nomina, quali propri ausiliari, soggetti

già inquisiti per la stessa questione dalla Magistratura penale. La scelta sofferta - ma determinata e responsabile - di tutti i medici del più grande ospedale di Brescia di non ottemperare a queste disposizioni dei Tribunali è quanto di più alto e civile si possa intendere e interpretare per Obiezione in Scienza o Coscienza. Come medici ci siamo assunti le nostre responsabilità: siamo uniti e determinati in questa scelta. Chi deve essere attivo per la sua parte, con la stessa determinazione e responsabilità".

## Nuovo corso FAD della FNOMCeO

Prosegue, sulla scia dell'alto numero di adesioni e del gradimento espresso dai colleghi medici e odontoiatri, il programma di formazione continua promosso dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e de-

gli Odontoiatri. Il 22 giugno, ha preso l'avvio sul portale della FNOMCeO un nuovo corso FAD che ha per tema "Il dolore: riconoscimento, valutazione e gestione". L'evento, che assegna 20 crediti ECM è, come nella tradizione

della FNOMCeO, gratuito e rimarrà attivo, salvo diverse disposizioni, fino al 21 giugno 2015. Per ulteriori informazioni: [www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it).

## Conoscere il disagio dei medici

Finalmente anche il Piano Sanitario Regionale, attualmente all'esame del Consiglio Regionale della Toscana, affronta il tema del disagio dei professionisti sanitari e dei medici in particolare. Una situazione che tutti conosciamo, che ha molteplici motivazioni e che spesso incide sulla serenità del nostro lavoro.

Proprio per conoscere meglio, e quindi affrontare o proporre rimedi a questo stato di disagio, il Centro di Riferimento regionale sulle Criticità Relazionali dell'Agenzia Regionale di Sanità e l'Ordine dei Medici di Firenze hanno elaborato un questionario e chiediamo a tutti i colleghi di dedicare alcuni minuti per com-

pilarlo. Il questionario è disponibile a questo link: [www.ordine-medici-firenze.it/questionario/benessere](http://www.ordine-medici-firenze.it/questionario/benessere). Le conclusioni che trarremo da questa iniziativa collegiale saranno senz'altro utili per introdurre innovazioni tali da contrastare questa pericolosa deriva. Grazie a tutti i colleghi per la partecipazione.

## Procedura telematica per l'invalidità

Alcuni Patronati hanno segnalato all'Ordine una difficoltà da parte degli assistiti ad inoltrare all'INPS la documentazione per la richiesta dell'invalidità civile e per il riconoscimento dell'handicap. Com'è noto, attualmente la procedura è esclusivamente telematica: da un lato il medico curante deve inoltrare il certificato di invalidità all'INPS per via telematica; dall'altro lo stesso paziente deve inoltrare all'INPS (solitamente tramite i Patronati) la domanda di invalidità vera

e propria. I due documenti telematici (il certificato medico e la domanda) vengono quindi "accoppiati" dall'INPS e da lì parte l'iter per accertare il diritto o meno all'invalidità. Spesso, però, accade che il paziente ritiene di aver adempiuto all'iter burocratico con il solo certificato del medico curante e non sa che deve inoltrare anche la domanda vera e propria, con il risultato che la procedura amministrativa rimane bloccata, con evidenti disagi per i pazienti stessi. I Patronati,

quindi, chiedono all'Ordine, che se ne fa volentieri portavoce, di sensibilizzare i medici a ricordare ai loro assistiti che, dopo l'invio telematico del certificato, devono presentare la domanda vera e propria all'INPS per via telematica entro 90 giorni dal certificato medico, perché altrimenti la procedura non è conclusa e il riconoscimento dell'invalidità non può avvenire. I Patronati sono a disposizione dei cittadini per ogni necessità in merito.

## Accertamenti strumentali: indicare sempre il quesito diagnostico

Giungono segnalazioni all'Ordine sul fatto che a volte le prescrizioni di accertamenti radiologici o ecografici effettuate dai medici curanti non riportano il quesito diagnostico. Com'è noto, indicare il quesito diagnostico è obbligatorio per le prescrizioni effettuate su ricettario regionale (altrimenti il CUP non accetta la prenotazione), ma dal punto di vista della correttezza

professionale è altrettanto necessario indicarlo anche nelle prescrizioni effettuate su carta bianca, che il paziente poi va ad eseguire presso strutture sanitarie private. Infatti indicare il quesito diagnostico permette al medico radiologo o ecografista (pubblico o privato non fa differenza) di orientare la sua indagine in maniera più appropriata e finalizzata allo scopo, cosa che invece

risulta problematica quando nessun quesito diagnostico viene formulato. L'Ordine pertanto ricorda a tutti i medici curanti che prescrivono indagini radiologiche o ecografiche ai loro pazienti di indicare sempre e comunque il quesito diagnostico, al fine di una più corretta ed utile risposta specialistica.

Si avvisano i medici e gli odontoiatri iscritti all'Ordine di Firenze che a partire dal **1° ottobre 2014** i servizi **ENPAM** e **ONAOI** verranno 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](mailto:informazioni@ordine-medici-firenze.it). Ciò consentirà una più razionale ed efficace trattazione delle pratiche amministrative ENPAM.

## Prescrizioni di farmaci ed esami: competenza dell'Ospedale e del Territorio

A proposito della competenza alla prescrizione di farmaci o esami dopo visite specialistiche in ambulatori pubblici o a seguito di dimissioni ospedaliere, la Asl di Firenze ricorda che la materia è disciplinata dalla Delibera della Regione Toscana n. 1038 del 2005, la quale prevede che quando lo specialista ritiene necessarie ulteriori indagini specialistiche o indagini cliniche diagnostiche, le stesse

devono essere prescritte dallo stesso professionista sul ricettario regionale attivando il percorso di prenotazione aziendale, così come, nel caso in cui lo specialista evidenzia una patologia acuta o una condizione di immediata necessità, deve garantire direttamente la continuità di cura, anche prescrivendo sul ricettario regionale i relativi farmaci. Pertanto non è consentito rinviare i pazienti al medico

di medicina generale per ogni e qualsivoglia prescrizione. La Asl di Firenze ricorda, inoltre, che già da tempo ha attivato una casella email dedicata (1038@asf.toscana.it) per raccogliere le segnalazioni di inadempimento. Tali segnalazioni sono utili per affrontare i casi critici e attuare i necessari correttivi prescrittivi.

## POS per la riscossione dei compensi e odontoiatri

Dal primo luglio 2014 per i professionisti è scattato l'obbligo di accettare anche pagamenti effettuati attraverso carte Bancomat. Molte critiche sono state avanzate su quest'obbligo, privo di sanzioni, soprattutto per via dei costi connessi sia alle singole transazioni sia al noleggio dell'apparecchiature necessarie per accettare i pagamenti. Nei giorni scorsi il Consiglio nazionale Forense ha emanato una circolare in cui, sintetizzando, viene spiegato che la norma non stabilisce che tutti

i professionisti debbano dotarsi di POS, né che tutti i pagamenti dovranno essere effettuati col POS, ma viene solamente indicato che il professionista è tenuto ad accettare tale forma di pagamento. "La volontà delle parti del contratto d'opera professionale - sottolineano gli avvocati - resta il riferimento principale per la individuazione delle forme di pagamento". Per il Presidente di ANDI Servizi Gerardo Ghetti il POS è "uno dei tanti servizi che lo studio odontoiatrico può dare ai propri

pazienti per agevolarli", ricordando anche che da tempo sono tantissimi gli studi odontoiatrici che ne sono già dotati. Peraltro la norma sul divieto all'utilizzo dei contanti già obbliga di fatto i dentisti a dotarsi di questo strumento per accettare i pagamenti superiori ai mille euro. Per agevolare i propri soci ANDI ha firmato una convenzione con Farbanca - Istituto specializzato nell'offerta di servizi bancari al mondo della sanità del Gruppo Banca Popolare di Vicenza.

## Unione Medici Arabi in Italia

L'UMAI - Unione Medici Arabi in Italia ha interesse ad informare i colleghi di nazionalità o di origine araba che lavo-

rano in Italia sulle iniziative e le attività promosse dall'Associazione ed eventualmente coinvolgerli nella vita associativa.

Gli interessati possono trovare maggiori informazioni sul sito: [www.umai.it](http://www.umai.it).

### CONVEGNI E SEMINARI



**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze**

Via G. Cesare Vanini 15

**PRESENTAZIONE DEI VOLUMI**

**Le vite de' più eccellenti pittori, scultori e architetti di Giorgio Vasari  
riscritte e illustrate da Giancarlo Dal Pozzo**

**Martedì, 14 Ottobre ore 17.30**

ore 17.30-17.45 **Saluto e Introduzione**

ANTONIO PANTI, *Presidente dell'Ordine Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze*

ore 17.45-18.00 **Presentazione**

GIOVANNI CIPRIANI, *Docente nel Dipartimento di Storia, Arte e Spettacolo dell'Università di Firenze*

ore 18.00-18.40 **Come e perché ho riscritto e illustrato le Vite di Vasari**

GIANCARLO DAL POZZO, *Autore dell'Opera*

ore 18.40-19.30 **Discussione**

L'ingresso è libero ma subordinato all'invio di una email alla Segreteria Organizzativa:

**relazionierne@ordine-medici-firenze.it**. Tel: 055.496522 int 3

### ORDINE DI FIRENZE

**E-mail:**

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

**Orario di apertura al pubblico:**

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

**Rilascio certificati di iscrizione:**

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

**Tassa annuale di iscrizione:**

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

**Cambio di indirizzo:**

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

**Commissione Odontoiatri:**

il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45

**Consulenze e informazioni:**

CONSULTAZIONE ALBI PROFESSIONALI sito Internet dell'Ordine

AMMI - e-mail: [ammifirenze@virgilio.it](mailto:ammifirenze@virgilio.it) - sito: [ammifirenze.altervista.org](http://ammifirenze.altervista.org) - FEDERSPEV - 1° mercoledì del mese dalle ore 10 alle ore 11,30

**Newsletter:**

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

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

**Sito Internet: [www.ordine-medici-firenze.it](http://www.ordine-medici-firenze.it)**

# Adenuric<sup>®</sup>

(febuxostat)



Manfredo Fanfani

## LA FORCHETTA DI CATERINA DE' MEDICI



### Evoluzione degli usi conviviali dal Medioevo al Rinascimento

L'uso della forchetta fu vera igiene,  
purezza di stile conviviale,  
simbolo del potere, o "instrumentum diaboli"?

---

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

*Una copia della pubblicazione può essere richiesta a [info@istitutofanfani.it](mailto:info@istitutofanfani.it)*