

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



Toscana Medica

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



Infezione da HCV: finalmente qualcosa di nuovo

L. Bellino, M. Brunetto, A. De Luca, P. Geppetti,
A. Messori, N. Pestelli, A.L. Zignego

L'attività della Medicina Interna Ospedaliera in Toscana

R. Laureano

Sole e Solarium

C. Buonamici, G. Garofalo, M.G. Santini

La chirurgia robotica del retto ampollare

L. Morelli

N° 7 LUGLIO/AGOSTO 2015

Mensile - Anno XXXIII - n. 7 Luglio/Agosto 2015 - Poste Italiane s.p.a. - Sped. Abb. Post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 45) art. 1, comma 1, DCB FI
Prezzo € 0,52 - Aut. Trib. Fi. n. 3.138 del 26/05/1983

postatarget creative

CENTRO 1/04780/05.2015

Posteitaliane



REVINTY[®] ELLIPTA[®]

92/22

fluticasone furoato/vilanterolo

92 microgrammi/22 microgrammi

polvere per inalazione, pre-dosata



REVINTY[®] ELLIPTA[®]

184/22

fluticasone furoato/vilanterolo

184 microgrammi/22 microgrammi

polvere per inalazione, pre-dosata

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





Fondato da
Giovanni Turziani

In coperta
S. Lega, La visita alla balia, 1869-70.

Anno XXXIII n. 7 - Luglio/Agosto 2015

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

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

art. 1, comma 1, DCB Firenze

Prezzo € 0,52

Abbonamento per il 2015 € 2,73



Antonio Panti

Direttore Responsabile
Antonio Panti

Redattore capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segretaria di redazione
Antonella Barresi



Bruno Rimoldi

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



Simone Pancani

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



Antonella Barresi

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

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

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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



LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 La pittura di Silvestro Lega nell'Italia post-unitaria
F. Napoli

EDITORIALE

- 5 Qual è il prezzo delle medicine?
A. Panti

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- 6 Infezione da HCV: finalmente qualcosa di nuovo
L. Bellino, M. Brunetto, A. De Luca, P. Geppetti,
A. Messori, N. Pestelli, A.L. Zignego
- 13 Il costo delle novità
A. Panti

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 14 La medicina «narrativa» cura meglio
M. Dal Maso, S. Polvani
- 15 La misura dei tumori: perché i Registri?
E. Crocetti
- 17 Salute e differenze di genere
A. Barchielli, A. Ciani Passeri, V. Dubini
- 21 Correlazione tra informazione ricevuta su HPV e adesione alla campagna vaccinale in un campione di giovani donne nella provincia di Pistoia
V. Millarini, P. Mosconi, R. Anna, M. Porta, S. Fabbri,
M.A. Pata, V. De Giorgi
- 23 L'attività della Medicina Interna Ospedaliera in Toscana
R. Laureano
- 26 Medicina, ciarlatani e dintorni
A. Pagni
- 33 Travolti dalla medicina
A. Panti
- 34 Sole e Solarium
C. Buonamici, G. Garofalo, M.G. Santini
- 37 Studio prospettico su casi di melanoma in quindici anni di attività del Servizio di Dermatologia Oncologica del C.A.L.C.I.T. Chianti Fiorentino
L. Salimbeni, V. Giannotti, L. Maradei, R. Camaiani,
V. Vieri, R. Vergassola
- 40 Opinione dei medici di medicina generale sul bere degli assistiti e formazione alcolologica in Toscana
A. Allamani, A. Centurioni, S. Innocenti,
A. Mustur, G. Fidanzini, M. Puliti
- 42 Percezioni degli utenti e degli operatori coinvolti nel Chronic Care Model
F. Checcucci, L. Tamburini, A. Gant, D. Calamassi
- 44 Tra CDS, CDS-like, qualche risultato e una Federazione Internazionale
P. Salvadori, L. De Carolis

REGIONE TOSCANA

- 30 Percorso regionale di follow-up post trapianto
Consiglio Sanitario Regionale

RICERCA E CLINICA

- 46 L'approccio riabilitativo alle malattie neuro-muscolari
C. Laddaga, A. Baroni, E. Geri, R. Lanzisera, G. Mazzinghi
- 48 La chirurgia robotica del retto ampollare
L. Morelli

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

- 52 Un radiologo in casa Medici
M. Fanfani

SANITA NEL MONDO

- 56 Il futuro delle cure primarie
G. Maciocco

60 LETTI PER VOI

60 VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

61 NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

28 BACHECA

33/47/62 CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI



FEDERICO NAPOLI

La pittura di Silvestro Lega nell'Italia post-unitaria

Autore dei più apprezzati in campo macchiaiolo, indicativo di un rinnovamento del linguaggio pittorico dagli anni sessanta dell'Ottocento, capace di interpretare la disillusione della classe borghese italiana nel periodo post-unitario, Silvestro Lega trova in questi mesi estivi un'ulteriore consacrazione artistica nella mostra allestita presso la Fondazione Centro Matteucci per l'Arte Moderna di Viareggio.

Il titolo della mostra è "Silvestro Lega. Storia di un'anima. Scoperte e rivelazioni": infatti, il curatore Giuliano Matteucci, coadiuvato in catalogo da Silvio Balloni, dopo anni di studi, ricerche e documentazioni è riuscito a riunire non solo alcuni ritratti riferiti alla famiglia Fabbroni, per altro già presentati nel 1927 in occasione della mostra a Modigliana, ma anche altre opere inquadrabili in un lungo arco di anni, da quelli realizzati nel 1856 (Lega era nato nel 1826) fino al paesaggio del Gabbro del 1890 (cinque anni dopo sopraggiunge la morte).

I ritratti della famiglia del medico Giuseppe Fabbroni che ospita nel 1856 il pittore nella suo palazzo di Tredozio

S. Lega, Ritratto di Elisa Fabbroni, 1856.

(in Romagna) sono tra le prime opere realiste di Lega, non ancora frequentatore dell'ambiente macchiaiolo, ma già mostrano la scelta contrastata dei colori e la sensibilità nel ritratto, oltre che la predilezione per un preciso genere accademico ("Elisa Fabbroni"). Successivamente le suggestioni dei cambiamenti anche per i soggetti si rivelano nell'opera "L'elemosina" (1864) ove l'attenzione impaginativa deriva dalle lezioni di Mussini, Ciseri e Bezzuoli (autori in mostra): il muretto che chiude l'orizzonte serve da collegamento fra il povero sulla destra e le tre signorine sulla sinistra ed è l'elemento di congiunzione in quella che appare già come una narrazione. E narrative sono anche le opere successive esposte nella mostra di Viareggio sempre realizzate con grande attenzione alla composizione, una predilezione per il disegno, una volontà narrativa di persone e di affetti. "Una visita" (1868) ripropone quattrocentocinquanta anni dopo la prospettiva masacesca; "Visita alla balia" (1870) è frutto di un delicato scambio di sensazioni fra le figure e l'ambiente attorno; "La lettura" (1871) vive della scenografica posizione delle due donne ai lati della centrale finestra, composizione aperta come il libro che sta leggendo a sinistra del dipinto Maria Virginia Fabbroni. Infatti, un anno prima Lega è tornato presso la famiglia che già l'aveva ospitato, per un necessario aiuto dopo la morte dell'amata Virginia Batelli ed un precario stato di salute personale. Ma fra le opere, presenti nella mostra viareggina, maggiormente significative di una pittura con radici toscane assurta a livello nazionale – aiutando in tal senso anche il raffronto con lo studio preparatorio – è "La lezione" (1871-72): il quadro è costruito sugli affetti familiari, entro certa misura anonimo nelle figure, con il sapore del "colto al volo" quindi di istantanea (uno spunto dall'arte fotografica). È pervaso di quotidianità, di misura e modestia, di semplicità e melanconia, è frutto di un'attenta riflessione e di animo sensibile; il sapore privato del soggetto rende l'opera significativa per l'arte italiana del secondo Ottocento.

Dunque, questa mostra presso il Centro Matteucci di Viareggio è costruita con estrema attenzione e precisi equilibri, per un gruppo di opere riscoperte ed altre da aggiungere a pieno titolo al fondamentale catalogo su Silvestro Lega già editato nel 1987. **TM**

Silvestro Lega. Storia di un'anima. Scoperte e rivelazioni

Fondazione Centro Matteucci per l'Arte Contemporanea
Viareggio, via Gabriele D'Annunzio 28

Fino al 1 novembre 2015

or: mar/ven 17,00-23,00;

sab/dom 10,00-13,00/17,00-23,00



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

ANTONIO PANTI

Qual è il prezzo delle medicine?

Non è una domanda retorica: il 20% della spesa del SSN finisce in farmaci, alcuni di meravigliosa efficacia clinica, altri immessi in commercio perché prima si è inventata la malattia, alcuni al prezzo di un euro altri di decine di migliaia di euro di solito senza molta relazione col risultato. Circolano dati molto dissimili ma, per quanto è dato capire, meno del 10% del prezzo serve per la ricerca, un altro 20% per la produzione; il resto del prezzo deriva dai margini di utilità, dal marketing, dalla distribuzione, dalle tasse e così via. Capita più o meno così per tutte le merci, solo che il farmaco è un bene particolare che dovrebbe sottostare a regole certe perché, se non è giusto che alcuni lavorino scalzi per il costo delle scarpe, è ancora meno giusto che altri muoiano perché non possono permettersi le medicine. L'accordo tra libero mercato (che consente l'innovazione) e regole sociali è necessario, se non altro perché il farmaco è venduto (dalle Aziende Chimiche) a chi non lo usa (lo Stato) e usato da chi non lo paga (i pazienti) su prescrizione di chi né lo usa né lo paga (i medici). Viene meno in tal modo la prima regola del mercato, la libera scelta del consumatore.

Paradigmatico è il caso dei farmaci che negativizzano l'HCV. Una promessa meravigliosa, l'eradicazione di un'infezione che può portare a conseguenze terribili e dai costi esorbitanti. L'azienda produttrice ha posto un prezzo, per il ciclo completo, di 60.000 dollari, poi portato a 30.000 in Europa; in Italia l'AIFA ha concordato circa 20.000 euro, che scendono a 4.000 per ciclo se si trattano 50.000 soggetti. In Egitto il prezzo è sceso a 900 euro; se si supera il numero previsto di pazienti in Italia il prezzo scenderà ancora. Inoltre stanno per entrare in commercio altri farmaci con le stesse indicazioni, ma diversi per formulazione. Si potranno mettere in concorrenza? Ecco un primo punto fondamentale. Se una commissione di esperti stabilisce che due farmaci hanno identici risultati e reazioni avverse, tuttavia questi non possono essere messi a gara perché chimicamente diversi. Allora nasce un sospetto. Nel libero mercato il limite ai guadagni degli azionisti è dato dal gradimento dei consumatori. Nel caso dei farmaci un ruolo impor-

tante lo dovrebbero avere i medici, ma sarebbe un lungo discorso. Chi può dare un valore ai possibili profitti?

Il farmaco, altresì, è una merce assai poco assimilabile a qualsiasi altro bene. Il farmaco ha un'efficacia simbolica centrale nella narrazione della malattia e della guarigione ed è lo strumento più utilizzato in ogni forma di medicina, anche popolare, per influire sul decorso naturale della malattia. Anche le moderne medicine non hanno perso il loro valore di "mediatore" tra medico e paziente e basti pensare al ruolo del placebo. Ma il farmaco media anche tra istituzioni sanitarie, mercato e paziente, sia coll'estendersi dell'autocura sia con le problematiche della compliance. L'industria del farmaco spesso ne è la prima manipolatrice quando crea la specifica domanda o quando propone pseudo novità o piccoli accorgimenti per schivare il limite brevettuale. Insomma "the magic pill" ha un potere mistico che fa rivivere il feticismo della merce di marxiana memoria. Su questa efficacia sociale si può giocare e rendere più difficoltoso l'esercizio della ragionevolezza, come quando si spendono migliaia di euro per ottenere remissioni di pochi mesi e di scarsa qualità della vita. Ma come dire di no? Anche se in alcuni paesi lo si fa.

L'impressione che si ricava da questa vicenda è politicamente complicata. È come se il farmaco fosse diventato una specie di zona franca di libero mercato senza le regole della concorrenza. Al di là degli aggi molto pesanti della distribuzione e del marketing, che assai spesso sconfinano nel conflitto di interessi, la sanità è comunque un mercato sociale (il consumatore non paga ed è giudice non del tutto attendibile) in cui le forze del mercato non trovano regole e limiti ma possono giocare su diversi fronti dal formidabile peso antropologico. Qualche regola si delinea all'orizzonte quale la valutazione del "valore terapeutico aggiunto" o la limitazione brevettuale per i farmaci innovativi e di alto costo, ma resta il fatto che alla domanda: quanto è giusto il profitto dei produttori, bisogna in qualche modo rispondere pur nel massimo rispetto del rischio d'impresa. **TM**

Toscana Medica diventa digitale!

Toscana Medica diventa digitale! Sul sito internet dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze, nella pagina dedicata a Toscana Medica, sono presenti i numeri del 2015 sia in formato PDF (già disponibili da anni), sia soprattutto nel

nuovo formato sfogliabile, facilmente consultabile sia da computer che da tablet. Nei prossimi mesi Toscana Medica digitale sarà disponibile anche in versione App per smartphone in modo da consentire la massima fruibilità sui vari supporti informatici e il progressivo ab-

bandono della pubblicazione cartacea. Per rimanere aggiornati sull'uscita dei nuovi numeri digitali e ricevere ulteriori news, segnalare fin da ora la e-mail sul sito dell'Ordine dei Medici di Firenze: www.ordine-medici-firenze.it/index.php/newsletter-iscriviti. Buona lettura!



LEONARDO BELLINO¹, MAURIZIA BRUNETTO², ANDREA DE LUCA³, PIERANGELO GEPPETTI⁴, ANDREA MESSORI⁵, NICOLO' PESTELLI⁶, ANNA LINDA ZIGNEGO⁷

Infezione da HCV: finalmente qualcosa di nuovo

TOSCANA MEDICA – *Prima di affrontare l'argomento di questa discussione, vale a dire le novità terapeutiche nel campo dell'epatite C, inquadrando questa malattia dal punto di vista epidemiologico e dei fattori di rischio.*

ZIGNEGO – L'infezione da virus C presenta a livello mondiale una diffusione enorme, interessando circa il 3% della globalità della popolazione del pianeta, cioè più o meno 170 milioni di persone. Purtroppo, l'Italia presenta in Europa la più alta prevalenza, con percentuali che, sarebbero in progressivo aumento, dal 2-3% all'8-12%, procedendo dal Nord verso il Sud. Bisogna però ricordare che queste cifre provengono da casistiche di singoli centri, non essendo mai stato realizzato nel nostro Paese uno screening condotto a livello di popolazione generale e che la notevole differenza di percentuali prima ricordata sembra essere andata progressivamente a ridursi negli ultimi anni.

Oltre all'aspetto della distribuzione geografica, l'età rappresenta un altro fattore da considerare con grande attenzione. A questo proposito vediamo cosa è accaduto negli Stati Uniti, dove la prevalenza dell'infezione è molto inferiore. Al fine di individuare i soggetti potenzialmente in grado di beneficiare dei farmaci in grado di eradicare l'infezione, oltreoceano sono state condotte diverse campagne di screening a livello di popolazione generale che hanno dimostrato un rapporto costo/beneficio sostanzialmente negativo dello screening stesso. Il contrario è invece avvenuto quando si sono andate a screenare categorie particolari come ad esempio quella dei cosiddetti "baby boomers", i soggetti cioè nati nel ventennio dopo la fine della Seconda Guerra Mondiale (1945-1965): in questa classe di popolazione lo sforzo economico richiesto dall'organizzare un programma di screening si è dimostrato altamente giustificato per la consistente prevalenza di soggetti recanti l'infezione.

In Italia, ad oggi, abbiamo essenzialmente due classi di prevalenza, una di soggetti di età

più avanzata che presentano per lo più il genotipo virale 1b (sul quale tra l'altro è stata "costruita" la maggior parte dei farmaci di nuova concezione) ed un'altra comprendente persone di età inferiore ai 60 anni con genotipo prevalente 1a o 3, quest'ultimo soprattutto presente nelle persone contagiate in seguito all'assunzione di droghe per via endovenosa.

BELLINO – In Italia probabilmente non si è mai pensato ad uno screening condotto a livello di popolazione generale in considerazione dei tassi di prevalenza di infezione da HCV relativamente bassi. C'è poi inoltre da capire se diagnosticare l'infezione di HCV in una persona asintomatica possa rappresentare veramente un vantaggio. Una simile diagnosi infatti si accompagna ad un peggioramento notevole della qualità della vita a causa dello stigma legato alla condizione infettiva che in molti campi, ad esempio quello sanitario, può risultare di difficile gestione.

Oggi la situazione è notevolmente migliorata, in primo luogo per la disponibilità di nuove terapie ed anche per l'impegno a livello politico tradotto in un piano decennale di eradicazione della malattia.

ZIGNEGO – Quando si parla di screening bisogna prendere in considerazione alcuni aspetti peculiari della malattia. In primo luogo l'infezione da virus C è caratterizzata da una persistenza nell'organismo ospite in circa l'80% ed in circa il 30% dei casi dall'evoluzione verso la cirrosi epatica che, in una percentuale di circa il 4%, si complica con un epatocarcinoma.

Inoltre, sempre più importanza stanno acquisendo le cosiddette manifestazioni extraepatiche o sistemiche dell'infezione. Queste, secondo vari studi, possono essere individuate nella maggior parte dei soggetti infettati ed interessano soprattutto il sistema immunitario, manifestandosi come patologie autoimmuni e/o linfoproliferative sino al franco linfoma. Si tratta spesso di patologie che, a differenza del



Leonardo Bellino



Maurizia Brunetto



Andrea De Luca

¹ Medico di medicina generale a Firenze, componente della Commissione Terapeutica della Regione Toscana

² Direttore U.O. Epatologia dell'AOU Pisana;

³ Direttore UOC Malattie Infettive Universitarie del Policlinico Le Scotte di Siena



Pierangelo Geppetti



Andrea Messori



Nicolò Pestelli



Anna Linda Zignego

danno epatico, che per molto tempo è silente, possono pesantemente condizionare la qualità della vita dei malati anche in fasi meno evolute.

Non bisogna poi dimenticare che l'evoluzione del danno epatico e di quello extraepatico possono non procedere di pari passo e che sia diagnosticato solo uno dei due problemi. Così, ad esempio, può accadere che la sintomatologia clinica di una cirrosi epatica, magari molto sfumata o addirittura ancora assente, finisca per venire in qualche modo "trascurata" a beneficio di una manifestazione extraepatica dirottando il paziente verso specialisti non epatologi, con ritardi nel corretto approccio terapeutico.

Per fare un esempio di quanto detto, nella popolazione dei soggetti HCV positivi seguiti dal nostro Centro il 57% è risultato affetto da crioglobulinemia mista, cioè presenza nel sangue di crioglobuline (immunocomplessi autoanticorpo e autoantigene) e, di questi, il 30% mostrava una sintomatologia clinica di pertinenza reumatologica, dermatologica, nefrologica o neurologica in varia combinazione. A questo si associano i disturbi, relativamente frequenti, della sfera psichica, con la comparsa di stati d'ansia o francamente depressivi.

DE LUCA – Un programma serio di trattamento dell'infezione da HCV con i nuovi farmaci efficaci non può prescindere da una programmazione che tenga conto della prevalenza dell'infezione. Come già illustrato dai colleghi, il nostro paese deve rapidamente colmare una mancanza di aggiornamento e di affidabilità dei dati di prevalenza. A mio avviso sono due gli interventi più urgenti in questo senso. Il primo è quello di una rapida conta dei pazienti con infezione da HCV in carico presso le strutture specialistiche, azione già intrapresa ma che siamo consapevoli fornirà necessariamente una sottostima, dato il fenomeno del sommerso: tuttavia esso fornirà una stima iniziale dei pazienti "noti". Un secondo e non meno urgente è quello di una rilevazione campionaria rappresentativa che fornisca una stima più affidabile della prevalenza complessiva. Questo secondo intervento, complementare al precedente, permetterà di effettuare una più accurata programmazione degli screening finalizzati all'emersione dell'epidemia "sommersa" e di stimare la necessità terapeutica complessiva, anche allo scopo di interventi più decisivi volti all'eradicazione dell'infezione a livello di popolazione di intere regioni.

TOSCANA MEDICA – Partendo dall'alta frequenza di infezione nei "baby-boomers" ricor-

data in precedenza, quali sono le azioni di prevenzione ad oggi messe in pratiche e quelle da attuare in futuro?

ZIGNEGO – I "baby boomers", per il particolare periodo storico, hanno sperimentato una serie di situazioni che certamente hanno favorito la diffusione dell'infezione quali, ad esempio, l'indisponibilità di siringhe monouso, la scarsa attenzione al cambio delle lame dei rasoi da parte dei barbieri, il sempre più frequente ricorso a droghe per via endovenosa ed il progressivo aumento di pratiche quali il piercing ed i tatuaggi eseguite in situazioni igieniche non ottimali. A questo si associano ovviamente l'enorme problema delle trasfusioni di sangue scarsamente controllate fino al 1992, cioè prima della disponibilità di test validi per testare l'infettività delle sacche di sangue.

Oggi la prevenzione dell'infezione si basa soprattutto sulla grande accuratezza nella gestione complessiva degli emoderivati, nelle campagne di sensibilizzazione mirate ad evitare comportamenti a rischio, nell'aumento della consapevolezza in materia di operatori quali dentisti, tatuatori ed estetiste. Storicamente di grande utilità è stato, a tal proposito, il cosiddetto "effetto AIDS", cioè il riflesso positivo, sulla prevenzione della diffusione dell'infezione HCV, delle pratiche messe in atto per la prevenzione della diffusione dell'infezione da HIV.

BRUNETTO – La diffusione di dispositivi monouso in ambito medico, ha certamente ridotto di molto la circolazione del virus e proprio la scomparsa delle siringhe di vetro (che venivano spesso utilizzate dopo sterilizzazione sommaria), ha permesso di contenere la grande epidemia che ha colpito l'Italia negli anni 1950-1970.

TOSCANA MEDICA – *Quale è la situazione della ricerca in campo vaccinale?*

BRUNETTO – Il vaccino contro l'HCV è stato oggetto di ricerca per anni proprio da parte dello stesso gruppo di scienziati, che aveva identificato il virus: seppure con enormi difficoltà legate all'eterogeneità virale è stato possibile sviluppare un vaccino in grado di ridurre il tasso di infezione, ma soprattutto di evitarne la cronicizzazione. Tuttavia, questo filone di ricerca è andato progressivamente abbandonato, quantomeno dalle grandi multinazionali, a causa dello sviluppo di farmaci sempre più efficaci, in grado di curare un'altissima percentuale di pazienti con brevi cicli terapeutici. Ad oggi lo studio sui vaccini prosegue presso alcuni grup-

⁴ Ordinario di Farmacologia Clinica dell'Università degli Studi di Firenze

⁵ Responsabile del settore HTA di ESTAR

⁶ Direttore di ESTAR

⁷ Direttore del Centro di Epatologia MASVE dell'AOU Careggi di Firenze

pi di ricerca ed è finalizzato anche a valutarne l'utilità a fini terapeutici, per quei casi di non risposta alla terapia farmacologica. Un vaccino potrebbe inoltre essere utile a proteggere i soggetti ad alto rischio di re-infezione nel tempo.

TOSCANA MEDICA – *In campo farmacologico quali sono le novità di rilievo nella lotta contro il virus HCV?*

GEPPETTI – Direi che oggi siamo di fronte ad una svolta nella cura dell'infezione da HCV, un po' come avvenne quando ci si accorse che gli antibiotici potevano davvero modificare in maniera sostanziale l'andamento di molte malattie infettive. La "pallottola magica" protagonista di questo cambiamento è rappresentato dai nuovi farmaci antivirali che sono maneggevoli e con relativamente bassi effetti collaterali che inibiscono meccanismi fondamentali per la replicazione del virus dell'epatite C.

MESSORI – Il costo elevato di sofosbuvir, fatta salva la sua innegabile utilità, mi spinge a ripercorrere la storia recente dell'approvazione dei farmaci nel nostro Paese avendo fatto parte di AIFA dal 2002 al 2012. In questo periodo l'accesso ai farmaci ha raggiunto praticamente il 100% nel senso che tutto quanto l'Agenzia europea andava via via approvando veniva reso disponibile e rimborsabile in Italia. Lo stesso non è avvenuto in altri Paesi come ad esempio la Gran Bretagna che fin dal 1998 ha scelto percorsi decisionali diversi che hanno oggettivamente penalizzato i pazienti inglesi. Pur con questi limiti, il percorso inglese ha però consentito la definizione di criteri oggettivi di accesso ai farmaci molto più razionali di quanto non sia avvenuto in Italia.

Nel nostro Paese, i primi elementi di rilievo risalgono al 2012 quando furono resi disponibili contemporaneamente i primi nuovi farmaci contro l'infezione da HCV, alcuni oncologici ed antidiabetici di ultima generazione ed i nuovi anticoagulanti orali. In quell'anno venne deciso a livello nazionale di dare maggior spazio ad alcuni di questi farmaci (es. gli oncologici), al contempo regolamentando in senso limitativo l'impiego degli altri (es. anticoagulanti ed antidiabetici).

Oggi, con le nuovissime opzioni di trattamento dell'HCV, la situazione si ripresenta simile, ma con proporzioni economiche molto maggiori. Se venisse deciso di garantire a tutti i pazienti l'accesso gratuito a questi farmaci non sarebbe sufficiente l'intero budget della farmaceutica nazionale e la sostenibilità dell'intero

sistema sanitario, come è ovvio, ne verrebbe sconvolta. Sono pertanto necessarie delle scelte ben ponderate basate su valutazioni oggettive che tengano conto di alcune peculiarità di questo ambito terapeutico (quale ad esempio il tempo prolungato – 10/15 anni – con il quale si manifesterà il beneficio sia clinico che economico atteso da questi trattamenti). Non bisogna però dimenticare che quando si parla di cifre così importanti e di classi di pazienti così numerose, il margine di trattativa con le aziende farmaceutiche inevitabilmente aumenta.

TOSCANA MEDICA – *Dottor Pestelli dal suo punto di vista come valuta la situazione? Un farmaco viene oggi valutato solo perché genericamente "innovativo", oppure sulla scorta dei suoi effettivi risultati? È più utile investire, ad esempio, su molecole in grado di prolungare di qualche mese la vita di pochi pazienti oncologici oppure destinare fondi a farmaci capaci di modificare radicalmente l'evoluzione di una malattia grave ed assai diffusa come l'infezione da virus C?*

PESTELLI – Anche per me, che non sono medico, si tratta di una domanda estremamente difficile alla quale cercherò di rispondere sulla base della mia esperienza di lavoro.

Dai dati in mio possesso risulta che la terapia annua con i nuovi farmaci di un paziente con epatite C costa circa 24.000 Euro, senza considerare che altre molecole ancora non disponibili potrebbero arrivare a fare lievitare questa cifra: in buona sostanza se si volesse garantire l'accesso a questo tipo di cure a tutti i malati, parleremo dell'ordine di svariati milioni di Euro a livello nazionale. In questo ipotetico scenario ci dobbiamo però confrontare con i dati reali che parlano, per la sola Toscana, di un contenimento del fondo sanitario per il 2015 richiesto dal governo di circa 300 milioni di Euro, richiesta che sta alla base di tutta la riorganizzazione della sanità regionale che si sta portando avanti proprio in questi mesi. Nel caso specifico della sola epatite C garantire le nuove cure a tutti i pazienti toscani nei quali potrebbero trovare corretta indicazione clinica, probabilmente significherebbe rendere l'intero sistema assolutamente non più sostenibile. Ripeto, tutto questo parlando solo di una classe di farmaci attivi in una sola malattia! Senza poi dimenticare che esistono cure che arrivano a costare anche 2 – 300.000 Euro per paziente/anno la cui disponibilità ovviamente ed inevitabilmente necessita di pesanti interventi di taglio in qualche altro settore dell'intero sistema.

Da non medico però io mi domando: è eticamente accettabile che questi nuovi farmaci in grado realmente di cambiare la storia clinica di tanti pazienti debbano presentare costi così elevati? Da profano mi riesce difficile inoltre capire fino in fondo come mai questi farmaci, ovviamente fatte salve le spese sostenute dalle aziende per la loro progettazione e messa in commercio, dopo qualche anno dalla comparsa sul mercato vedono drasticamente ridursi il proprio costo?

Un'altra considerazione riguarda il fatto che i sistemi sanitari probabilmente devono affrontare queste situazioni in maniera strutturata ed in chiave preventiva, senza semplicemente demandarle alle sole autorizzazioni da parte delle competenti autorità e lasciando poi le singole aziende sanitarie responsabili dei propri autonomi comportamenti. Credo pertanto sia necessario un intervento condotto a livello centrale che consideri ed organizzi in modo complessivo le istanze della ricerca scientifica, quelle della farmaco-economia ed anche quelle più che legittime dei pazienti.

BRUNETTO – Anche secondo me con la disponibilità di molecole realmente innovative quali quelle di cui stiamo parlando sarebbe molto importante disporre di un percorso condiviso per garantirne appropriatezza prescrittiva ed uso ottimale.

Una criticità percepita al momento da molti epatologi è la limitazione d'utilizzo con rimborsabilità dei nuovi farmaci solo ai pazienti con malattia in stadio avanzato oppure complicata da severe manifestazioni extraepatiche. Dal punto di vista clinico vi sarebbe infatti indicazione a trattare anche i pazienti con malattia meno avanzata, ciò garantirebbe un reale impatto sulla morbilità e mortalità associate a tale infezione.

Diventa quindi fondamentale che i clinici

diano ai decisori stime e cifre che permettano loro di allocare al meglio le risorse disponibili, a maggior ragione quando ci troviamo di fronte a molecole che in proiezione futura potrebbero davvero portare al controllo della malattia e forse all'eliminazione dell'infezione.

BELLINO – Se è vero che l'allocazione delle risorse è una questione principalmente di scelte politiche, penso che l'approccio più corretto dovrebbe essere quello basato sulla valutazione del rapporto costo-opportunità, come ben descrive l'esempio dei nuovi farmaci oncologici, estremamente costosi, ma in grado di garantire risultati sostanzialmente non rilevanti su classi molto limitate di popolazione.

TOSCANA MEDICA – *Accantoniamo per un attimo le questioni di farmaco-economia e torniamo alla clinica. I nuovi farmaci contro l'infezione da virus C a quale categoria farmacologica appartengono, quale è il target al quale gli epatologi vorrebbero destinarli e quali sono i loro principali effetti avversi?*

ZIGNEGO – Si tratta di molecole che, a differenza di quelle utilizzate in passato (l'interferone e la ribavirina) agiscono direttamente sul virus andando ad inibire tappe chiave del suo ciclo replicativo; per questo si parla di DAA (Direct-Acting Antiviral). Pur considerando possibili interazioni con altri farmaci assunti contemporaneamente e le caratteristiche diversificate per i vari DAA disponibili oggi o nel prossimo futuro, la tollerabilità di tali nuovi farmaci è sicuramente molto migliore rispetto a quelli che li hanno preceduti. In quanto alle indicazioni, si è già accennato al fatto che, pur essendo da ritenere utili per le varie categorie di soggetti con infezione cronica da HCV, con ovi vantaggi in termini sia di cura che di prevenzione, a causa

Tabella 1 - Il nuovo regime "3 DAA" ("2 DAA" nel genotipo 4) basato sull'associazione di tre nuovi farmaci di altrettante classi di molecole anti-HCV. Raccomandazioni EASL 2015 per pazienti naive ai DAA. NB il regime non va utilizzato in genotipi diversi da quelli indicati.

Farmaco	Classe	Caratteristiche	Regimi terapeutici		
			Genotipo 1a*	Genotipo 1b*	Genotipo 4*
Paritaprevir potenziato con ritonavir	Inibitore della proteasi	Il ritonavir funziona come "booster" farmacocinetico di paritaprevir. Co-formulato con ritonavir ed ombitasvir; somministrazione QD	Paritaprevir/ ritonavir, ombitasvir e dasabuvir + ribavirina x 12 sett (senza cirrosi) o 24 settimane (con cirrosi)	Paritaprevir/ ritonavir, ombitasvir e dasabuvir x 12 sett (senza cirrosi) + ribavirina (con cirrosi)	Paritaprevir/ ritonavir e ombitasvir x 12 sett (senza cirrosi) o 24 settimane (con cirrosi)
Ombitasvir	Inibitore di NS5A	Farmaco co-formulato con ritonavir e paritaprevir; somministrato QD			
Dasabuvir	Inibitore della polimerasi non-nucleosidico	Separato dai precedenti; somministrato BID			

* adattato da "EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2015", J Hepatol 2015.

del loro costo, trovano oggi il loro campo di impiego limitato a condizioni di maggiore urgenza e severità del danno epatico o extraepatico.

GEPPETTI – Sofosbuvir sembra essere attivo sui 4 genotipi del virus C, anche se la sua efficacia risulta grandemente potenziata dall'associazione con altre molecole rispetto alla monoterapia. Tra l'altro il suo profilo di sicurezza e tossicità appare piuttosto buono.

BRUNETTO – A questo punto potrebbe essere lecito domandarsi: ma se siamo di fronte ad una molecola realmente in grado di eliminare l'infezione da HCV, perché è necessario ricorrere alla combinazione di più farmaci? Tale necessità si spiega con il fatto che il processo di eliminazione del virus dal fegato non avviene in pochi giorni, ma richiede parecchie settimane, durante le quali il sistema immunitario riesce a ripulire il fegato dalle cellule infette. Durante tutto questo tempo però deve essere efficacemente inibita la replicazione virale, senza che emergano varianti resistenti: per tale ragione vengono usate più molecole che bloccano a livelli diversi la replicazione virale. Quindi, utilizzeremo inibitori della polimerasi virale (Sofosbuvir, Dasabuvir, inibitore non nucleosidico), della proteasi (Simeprevir, Paritaprevir/r) o del complesso replicativo NS5A (Daclatasvir, Ledipasvir, Ombitasvir) o il vecchio interferone e la ribavirina. Come epatologa a me piacerebbe potere somministrare le nuove combinazioni farmacologiche a tutti quei pazienti che presentano uno stato di malattia ancora sostanzialmente "tranquillo", in quanto l'intervento terapeutico garantirebbe la completa risoluzione del problema epatico. Insomma, il paziente potrebbe per sempre dimenticarsi dell'epatologo!

DE LUCA – Ciò che colpisce il clinico è l'elevata tollerabilità del farmaco a fronte di una potenza antivirale che non eravamo abituati a vedere. Gli effetti collaterali di sofosbuvir sono quasi assenti e per lo più causati dai farmaci usati necessariamente in associazione come la ribavirina o altri nuovi farmaci ad azione diretta anti-HCV. I pazienti con epatopatia avanzata, sintomatici, talvolta riferiscono una riduzione dei sintomi associati alla malattia. L'abbattimento della viremia avviene per lo più dopo una-due, massimo 4 settimane. L'eradicazione del virus nei pazienti richiede tuttavia per il momento trattamenti di 12-24 settimane, a seconda dei genotipi virali, dello stadio di malattia e della storia terapeutica e soprattutto necessita associazioni con altri farmaci antivirali.

TOSCANA MEDICA – *Torniamo a parlare di farmacoeconomia. È ipotizzabile usare gli strumenti dell'Health Technology Assessment lungo tutto il percorso di una terapia di nuova concezione? In questo settore cosa succede in Toscana dove all'interno dei LEA vengono concessi farmaci (ad esempio oncologici) in altre Regioni non erogati a carico del servizio sanitario?*

MESSORI – AIFA, pur in ritardo di molti anni rispetto ad altri Paesi, ha finalmente dichiarato che il criterio-guida per la determinazione del prezzo di un farmaco nel nostro Paese deve essere in primo luogo il beneficio clinico che il farmaco è in grado di produrre a livello di popolazione. Ovviamente questo criterio di "beneficialità" si riversa trasversalmente non solo nel campo dell'epatite C, ma anche in quello oncologico, cardiovascolare e nell'immenso settore dei dispositivi medici, creando non pochi problemi a chi deve decidere come allocare le risorse.

Il beneficio a cui fa riferimento AIFA deve essere considerato in termini tecnico-numeriche (e non in termini narrativi), al fine di produrre quanta più salute possibile a livello di popolazione garantendo allo stesso tempo la migliore qualità della vita ai malati. Per questi motivi al decisore servono robuste evidenze cliniche sulle quali orientare le proprie scelte. Proprio in questo periodo ciò sta accadendo nella "competizione" tra i nuovi farmaci oncologici e quelli contro il virus C per i quali le evidenze di beneficio sono proposte come base per "reclamare" la rispettiva rimborsabilità. Al pari di tanti altri Paesi, anche in Italia sarebbe giusto iniziare ad utilizzare una sorta di "tariffario dei benefici", scientificamente rigoroso e basato sul valore clinico di una data molecola o dispositivo di nuova concezione.

TOSCANA MEDICA – *Dottor Pestelli come si potrebbero compendiare in un atto amministrativo i principali concetti fino ad ora esposti?*

PESTELLI – Credo che sarebbe onestamente impossibile, alla luce del momento storico che stiamo attraversando. Il legislatore potrebbe però basare le proprie decisioni su alcuni concetti che vorrei riassumere.

In primo luogo anche per quanto riguarda l'allocazione delle risorse destinate ai farmaci contro l'infezione da HCV si deve necessariamente ragionare secondo logiche di medio-lungo termine, tenendo sempre presente la possibilità che un giorno venga dimostrato inequivocabilmente che queste molecole dovrebbero

essere garantite a tutti i malati con la suddetta infezione. Si tratta di scelte difficili, al pari di quanto avviene in Oncologia, perché alla fine è necessario dire ad alcuni pazienti che per loro non c'è disponibilità di alcuni farmaci, mentre per altri invece la risposta è affermativa.

Seconda considerazione. Gli aspetti etici della corretta allocazione delle risorse in sanità oggi devono necessariamente confrontarsi con una situazione economica generalizzata sconcertante per cui appare indispensabile affrontare la questione a livello nazionale, coinvolgendo anche e soprattutto la aziende farmaceutiche per discutere su prezzi e strategie di mercato alla luce di attendibili dati epidemiologici e clinici.

La sempre maggiore richiesta di salute a livello mondiale ed i successi della medicina si scontrano praticamente in tutto il mondo con le restrizioni economiche richieste dai Governi ed il sistema appare ad oggi, seppure con molte difficoltà, ancora sotto controllo, cosa che probabilmente tra non moltissimi anni, 10-15 al massimo, non sarà più vera.

Parlando di infezione da HCV, nell'ottica del lungo periodo che ricordavo prima, è ipotizzabile che i soldi spesi oggi per curare questi pazienti potranno essere un giorno almeno in parte recuperati dalle spese evitate per la gestione della loro pregressa malattia. È comunque indispensabile una radicale modifica dell'intero sistema sanitario, con la razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera, di quella territoriale, della medicina generale, dell'emergenza-urgenza, con la maggiore attenzione possibile agli strumenti offerti dall'HTA e dalla

gestione del governo clinico. Questo per evitare che anche da noi prendano sempre più campo le situazioni tipiche del sistema sanitario americano con il massiccio intervento delle assicurazioni private a beneficio per lo più di chi se lo può permettere.

TOSCANA MEDICA – *Stiamo parlando di farmaci assai utili in classi molto ampie di popolazione, gravati tuttavia da un costo di non poco conto. Però la stessa terapia ha costi estremamente diversificati da Paese a Paese, dalle svariate decine di migliaia di Euro annui in Italia, ai 900 dell'Egitto fino ai 60.000 Euro negli Stati Uniti. Modernamente non esiste nessun sistema per gestire al meglio queste enormi differenze di prezzo?*

MESSORI – La questione è di difficile soluzione. In Europa, dove i prezzi vengono gestiti per proprio conto da ogni singolo Paese, le differenze sono tutto sommato abbastanza contenute, seppure si tratti di negoziazioni tra produttore ed acquirente non sempre del tutto trasparenti. Ecco, agire sulla trasparenza di questi processi di mediazione potrebbe essere un primo passo per cambiare lo stato delle cose, anche se in Paesi come l'Inghilterra, la Francia e la stessa Italia è ormai accettato che queste trattative vengano gestite in maniera per così dire "riservata".

Un altro sistema potrebbe essere quello di "mettere in competizione" i differenti produttori della stessa molecola secondo la logica per cui una pluralità di offerta porta inevitabilmente ad un calo dei prezzi. In Italia inoltre si po-

Tabella 2 - Regimi interferon-free basati su sofosbuvir (inibitore nucleotidico della polimerasi NS5B) (raccomandati EASL 2015 per pazienti naive ai DAA).

Farmaco DAA associato a sofosbuvir	Classe del secondo farmaco DAA	Regime contenente sofosbuvir			
		Genotipo 1	Genotipo 2	Genotipo 3	Genotipo 4
Daclatasvir	Inibitore di NS5A	12 settimane (senza cirrosi)	12 settimane (senza o con cirrosi)	12 settimane (senza cirrosi); +ribavirina 24 settimane (con cirrosi)	12 settimane (senza cirrosi); 24 settimane (con cirrosi) o +ribavirina 12 settimane (con cirrosi)
Ledipasvir	Inibitore di NS5A	8-12 settimane (senza cirrosi); 24 settimane (con cirrosi) o +ribavirina 12-24 settimane (con cirrosi)	No	No	12 settimane (senza cirrosi); 24 settimane (con cirrosi) o +ribavirina 12-24 settimane (con cirrosi)
Simeprevir	Inibitore della proteasi	12 settimane (senza cirrosi); 24 settimane (con cirrosi) o +ribavirina 12 settimane (con cirrosi)	No	No	12 settimane (senza cirrosi); 24 settimane (con cirrosi) o +ribavirina 12 settimane (con cirrosi)
-		No	+ribavirina 12 settimane (senza cirrosi); 16-24 settimane (con cirrosi)	+ribavirina 24 settimane (senza cirrosi)	No

* adattato da "EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2015", J Hepatol 2015.

trebbe in qualche modo delegare a livello regionale alcuni parti di queste trattative, adesso gestite a livello nazionale da AIFA, scegliendo ad esempio, in collaborazione con i clinici, quali molecole simili di diversi produttori impiegare localmente in determinate classi di pazienti.

GEPPETTI – Pensare di garantire a tutti i malati le nuove terapie contro l'infezione da HCV mi sembra al momento una tra le maggiori sfide del sistema sanitario che necessita di un progetto che su basi sia razionali che etiche coniughi le istanze della clinica con quella della sostenibilità economica. Si deve scegliere, ad esempio, se investire più risorse adesso per risparmiarne in futuro in termini di riduzione di ricoveri in ospedale e complicanze, oppure se dedicarsi maggiormente alla prevenzione a scapito dei problemi nell'immediato clinicamente più gravi. Per fare queste scelte dobbiamo necessariamente dotarci di un sistema di governo clinico efficace ed efficiente, capace di operare a livello internazionale.

ZIGNEGO – Il governo clinico serve anche a pianificare gli interventi quando la progressione dell'infezione da virus C, decorsa magari per anni in maniera del tutto silente senza provocare al paziente grossi problemi, ad un certo punto si scompensa ed inizia ad aprire falle su falle nell'organismo con la necessità di un aumento esponenziale dei costi sia diretti che indiretti.

BRUNETTO – Oggi si parla sempre più spesso di "disease management" e ciò vale anche per l'infezione da HCV: la terapia del paziente affetto da epatite C non dovrebbe essere affrontata in termini di costo di un mese o di un anno di terapia ma secondo la logica del costo complessivo della guarigione di un singolo paziente. Questa impostazione, che ribalta la corrente logica del mercato del farmaco e potrebbe aprire nuove prospettive di cura.

PESTELLI – Io credo che molti dei temi finora esposti possano essere riassunti nel modo seguente: quantifichiamo i benefici che ci aspet-

tiamo da un determinato intervento, calcoliamo gli investimenti necessari per raggiungere il risultato che ci siamo preposti ed agiamo in maniera che la sanità in futuro venga a costare sempre di meno.

MESSORI – È stato calcolato che se sofosbuvir costa fino a 11 mila Euro a paziente, il rapporto costo/beneficio del suo impiego è complessivamente del tutto favorevole. Se il suo costo aumenta fino a 71 mila Euro per paziente saremmo, in teoria, ancora ai limiti di una accettabile sostenibilità economica, almeno secondo gli standard attuali riferiti al nostro Paese. Ciò premesso, l'elemento che contraddistingue questo problema sta nella grande dimensione della casistica trattabile e nel conseguente enorme impatto in termini economici. Questo spiega perché, a detta di tutti, la strada degli accordi prezzo-volume con i produttori (oppure quella delle gare competitive) è l'unica possibile soluzione.

DE LUCA – A proposito della riduzione dei costi e dell'incremento dei benefici mi sembra utile sottolineare la buona notizia dell'approvazione di ulteriori farmaci per la cura dell'epatite C. In termini di beneficio, le immissioni in commercio di simeprevir (inibitore della proteasi di seconda generazione, da usare con sofosbuvir o con Peginterferone e ribavirina), daclatasvir e ledipasvir (entrambi inibitori del complesso di replicazione NS5A, da impiegare con sofosbuvir, il secondo ad esso co-formulato), incrementano le nostre possibilità di cura al 90% o anche oltre, in quasi tutte le categorie di pazienti, anche le più difficili. Di imminente registrazione inoltre il primo regime di nuovi farmaci HCV alternativo alle associazioni farmacologiche basate su sofosbuvir (vedi Tabella 1), efficace in oltre il 95% dei genotipi virali 1 e 4 impiegando associazioni di 2 o 3 farmaci con o senza ribavirina per un periodo di 12 o 24 settimane, a seconda delle condizioni cliniche e del genotipo virale. La presenza di competizione tra diversi farmaci alternativi potrà necessariamente condurre anche alla riduzione dei loro costi.

Dal giorno della registrazione di questo forum alla data di pubblicazione della rivista sono accaduti fatti importanti intorno alla possibilità di eradicare l'infezione da HCV. La Regione Toscana ha emanato una delibera per estendere l'eradicazione ad altri 27 mila pazienti affetti da HCV ma non inseribili nelle fasce di trattamento predisposte dall'AIFA ed è in corso una gara d'acquisto per i farmaci necessari.

A livello internazionale si è sviluppato un grande dibattito sui costi rilevanti di questa terapia e, infine, il Ministero della Salute sta per emanare il Piano Nazionale contro l'Epatite B e C al fine di predisporre screening di popolazione, percorsi terapeutici e possibili trattamenti.

NDR

ANTONIO PANTI

Il costo delle novità

La positività da virus Hcv colpisce oltre 170 milioni di persone nel mondo, circa 1 milione e mezzo in Italia. Gran parte di questa popolazione non avrà alcun problema, ma circa un 30% evolverà in epatite e una percentuale minore ma consistente si trasformerà in cirrosi o in epatocarcinoma o, talora, in qualche patologia sistemica. Molti saranno candidati al trapianto di fegato con tutti i rischi e i costi ad esso connessi. I rigorosi controlli sulle trasfusioni, nonché sulle cure odontoiatriche ed estetiche, l'uso di strumenti monouso e il superamento delle siringhe sterilizzate nel bollitore, hanno nettamente diminuito i contagi, in ciò favoriti anche dalle campagne Hiv sulla sicurezza nei rapporti sessuali.

Tuttavia il problema di salute pubblica è grave dal punto di vista clinico, umano e della sostenibilità e si intreccia con le problematiche dell'Hiv e dell'uso di sostanze. L'introduzione del sofosbuvir consente, mediante terapie di breve durata, di dare una svolta reale a questa patologia. L'eradicazione totale del virus, quale sembra prospettarsi con larghissimo margine di successo, rappresenta un cambiamento decisivo perché non cronicizza la malattia ma la guarisce. Ecco perché gli studi sul vaccino (che mirava alla cronicizzazione) si sono arrestati di fronte allo sviluppo di questi farmaci. Si apre un nuovo percorso decisionale per i medici, ma si apre anche un grande problema politico sulla sostenibilità del sistema di fronte ai nuovi farmaci di alto costo.

Un ciclo di terapia con sofosbuvir costerebbe (il prezzo dovrebbe variare secondo il numero dei casi trattati e i risultati) 37 mila euro a ciclo al pubblico e 24 mila euro al SSN. Finora sono stati inseriti nel servizio quasi tutti i farmaci in commercio purché avessero una qualche limitata azione, senza preoccuparsi del costo che ormai parte da 10 mila euro per ciclo per arrivare a cifre elevatissime. Forse è arrivato il tempo di dire alcuni no, cosa difficilissima quando si tratta di salute. Occorre

qualche criterio per valutare i benefici reali di un farmaco. Se pochi mesi di sopravvivenza in oncologia possono costare 10 mila euro, difficilmente, sostengono i nostri esperti, è contestabile il prezzo di un farmaco che eradica il virus e solleva il servizio dai costi di patologie quali la cirrosi e l'epatocarcinoma o dagli oneri enormi dei trapianti.

Tuttavia, se si valuta il numero dei casi da trattare, il costo è pesantissimo e un rimedio va posto. Ci sono due aspetti del problema, il primo è l'applicazione di una nuova criteriologia nella immissione nel Servizio di nuovi farmaci attraverso strumenti quali l'HTA che consenta un controllo reale della spesa per innovazione. Dall'altro ci si domanda perché farmaci, sia pur così innovativi, debbano costare tanto, anche se la concorrenza con altri che stanno per essere approvati potrà abbassare i costi.

Al di là delle restrizioni prescrittive imposte all'AIFA occorre un piano nazionale per debellare questa patologia basato sul rapporto tra costi e opportunità; si tratta di modificare la vita del paziente eradicando il virus. Il farmaco agisce su tutti i genotipi, è piuttosto sicuro e presenta scarse reazioni avverse, anche se deve quasi sempre essere usato insieme a interferone e ribavirina, tuttavia conseguendo quasi il 90% di guarigioni. Una criteriologia corretta dovrebbe portare al cosiddetto *value based price*, quasi un "tariffario dei benefici" in senso etico. È evidente la necessità di un governo clinico che consenta la gestione regionale del *disease management*, cioè di valutare il costo della cura e quindi la gestione di una patologia facendosi carico di tutti i parametri necessari e separando i costi dagli investimenti. Si calcola che il costo attuale di questo farmaco sia ancora un po' più alto degli oneri sostenuti in caso di evoluzione della patologia. Dovremmo arrivare a bilanciare il prezzo del farmaco con il valore anche economico del risultato.

TM

MAURIZIO DAL MASO, STEFANIA POLVANI

La medicina «narrativa» cura meglio

Il malato vuole essere ascoltato e vuole che i medici imparino a parlare fra loro

La Medicina Narrativa, o Medicina Basata sulla Narrazione (NBM), può essere definita come quell'ambito che viene circoscritto tra il professionista sanitario e il paziente, ambito in cui è fondamentale la raccolta di tutte le informazioni sugli eventi precedenti la malattia, ma anche il modo in cui la malattia si è manifestata, e tutti i risvolti sociali ed esistenziali.

La narrazione è uno strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di tutti coloro che intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la costruzione di un percorso di cura personalizzato e il più condiviso possibile.

La NBM richiede consapevolezza a chi la pratica e offre la possibilità di comprendere, attraverso l'ascolto, le diverse sfaccettature dell'essere umano e il suo immenso potenziale, anche e soprattutto, in situazioni di malattia.

Per i curanti la NBM indica anche il percorso concreto verso una medicina più umanizzata che ricerca il significato della malattia, approfondisce la storia di vita dei malati e contemporaneamente trova la strada per ricreare un clima positivo di lavoro individuale e in *team*, che negli ambienti di cura è molto spesso tanto faticoso quanto non valorizzante.

La NBM si radica sul rapporto fra medico e paziente, cornice della cura tanto potente quanto sottovalutata. Oggi, se va bene, un colloquio in ambulatorio con il medico dura qualche minuto. Chi soffre, però, ha voglia di parlare, di avere una relazione vera con chi lo cura, di sentirsi chiamato per nome. Se non accade, il malessere diventa più grande e non a caso molti pazienti si sfogano sui blog nella rete e in molti casi presentano un reclamo. Nella maggior parte dei reclami in sanità si può riscontrare che il motivo principale dell'insoddisfazione non si riferisce, come si potrebbe ipotizzare, alle liste di attesa o alla terapia, bensì alla mancanza di rapporto e di buona comunicazione con i medici. In particolare la mancanza di spiegazioni e dialogo, il distacco percepito nella relazione, la discrepanza fra i bisogni del paziente e la percezione del curante, risultano essere le aree di maggiore segnalazione. Come è facile dedurre la relazione e la comunicazione risultano le

aree prioritarie di intervento e di miglioramento possibile, una delle sfide per i luoghi di cura. L'applicazione pratica della medicina narrativa e dei suoi strumenti suggerisce alle organizzazioni sanitarie di attivarsi nella direzione dell'incremento delle abilità non tecniche, se saranno interessate ad una produzione di salute e cura partecipata e ad un risparmio importante, anche sul versante delle litigations.

È possibile applicare la medicina narrativa in qualsiasi realtà organizzativa o ambulatorio, dalle malattie rare alle croniche, in cardiologia e in oncologia, nei percorsi nascita e nella reumatologia e perfino in terapia intensiva dove emerge con forza l'importanza della parola.

Unendo varie fonti di analisi della realtà sanitaria, risultano alcune importanti informazioni di carattere generale utili a programmare un cambio di paradigma:

- solo il 9% dei pazienti dichiara di partecipare alle decisioni che riguardano il loro stato di salute;
- circa la metà dei pazienti dichiara di non capire esattamente quello che il loro medico dice e non si sente nel ruolo di poter chiedere spiegazioni;
- i tassi medi di aderenza per i farmaci prescritti sono di circa il 50%;
- le modifiche stabili degli stili di vita sono inferiori al 10% dei casi.

Alla luce delle esperienze ad oggi realizzate e basandosi sulle conoscenze attuali la NBM, riportando il paziente al centro del processo di cura, può (o deve ?) essere utilizzata con crescente regolarità in diversi ambiti clinici e diagnostico-terapeutici ma anche di miglioramento organizzativo. Tra questi:

- prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione;
- aderenza al trattamento terapeutico;
- funzionamento effettivo del «team di cura»;
- prevenzione del *burn-out* degli operatori e dei caregiver;
- promozione e l'implementazione dei P.D.T.A.;



Maurizio Dal Maso, Chirurgo vascolare fino al 1999, medico di direzione sanitaria nella Az. Asl di Firenze fino al 2005. Spec. in Otorinolaringoiatria e Patologia Cervico-facciale, Chirur., Microchirur. e Chirur. Sperimentale ed Ig. e Med. Prev. Fra il 1999 e il 2005 Resp. del progetto CUP Metropolitano di Firenze, che ha coinvolto anche le AOUC e Meyer. Dal 2005 al 2010 Dir. Sanit. dell'Az. Policlinico Umberto I di RO e da febbraio 2011 è Dir. Sanit. della ASL 1 di MS.



Stefania Polvani, Sociologa c/o la ASL di FI, dove si occupa di Educazione alla Salute e di Medicina Narrativa, ha lavorato al progetto fiorentino "Name", a quello nazionale "Viverla Tutta" e a quello europeo "Store". Ha co-curato il libro "Medicina Narrativa in terapia intensiva", edito da Franco Angeli. Collabora alla realizzazione dell'Osservatorio It. Medicina Narrativa OMNI, alla Soc. It. di Medicina Narrativa (SIMN) e alla Ass. Ital. di Medicina e Sanità Sistemica (ASSIMSS).

- ottimizzazione delle risorse economiche;
- prevenzione dei contenziosi giuridici e della medicina difensiva.

Il processo decisionale condiviso è quello che risulta essere associato ai risultati migliori. Ciò deve essere inteso anche nel senso che le diverse professioni si incontrano regolarmente per condividere le decisioni che riguardano il percorso di cura del paziente (esempio riunione di team o di reparto) e che c'è costante comunicazione tra diversi curanti dello stesso malato (condizione necessaria per le malattie complesse). La NBM propone l'uso di strumenti qualitativi accreditati che possano facilitare questo processo e l'acquisizione delle informazioni non solo sul versante della malattia intesa in senso biomedico (*disease*) ma anche come vissuto (*illness*) tra cui le interviste, la raccolta di storie brevi, l'analisi dei reclami.

Una proposta molto interessante è la "cartella clinica integrata" nella quale far confluire

le parole dei malati per accogliere l'esigenza di raccontarsi e non sentirsi solo un numero. L'obiettivo sarebbe quello di valorizzare il doppio punto di vista, anche per migliorare la pratica clinica, poiché la cura migliore passa dal coinvolgimento diretto e attivo del paziente. Metterlo al centro, ascoltandolo per sapere che cosa pensa e come si sente davvero, aiuta a creare percorsi di cura condivisi, ridurre le pratiche inutili, migliorare le terapie.

L'applicazione della medicina narrativa ha avuto un consistente sviluppo in Italia negli ultimi 10 anni e si sta ancora espandendo, dimostrando che l'utilizzo e la valorizzazione delle storie di malattia e di cura consente diagnosi più approfondite; favorisce le relazioni fra paziente, famiglia e medici; ottimizza la qualità del servizio ed ha anche un impatto sull'esito delle cure, perché i malati le seguono meglio e si riduce la loro sofferenza. **TM**

Info: m.dalmaso@libero.it



Emanuele Crocetti, responsabile del Registro Tumori della Regione Toscana - Ispo; Segretario nazionale dell'Associazione italiana Registri Tumori - Airtum

EMANUELE CROCETTI

La misura dei tumori: perché i Registri?

Le continue emergenze ambientali che si manifestano nel nostro Paese, generano allarme nella popolazione e la legittima richiesta di dati oggettivi sulla frequenza di tumori nelle aree interessate.

Spesso i cittadini credono che il Sistema Sanitario Regionale e/o Nazionale effettui abitualmente quest'attività di sorveglianza e quindi si stupiscono quando le loro domande non ricevono risposta.

In Italia non esiste un sistema nazionale di registrazione dei tumori come in altri Paesi europei. Nel nostro Paese questa attività si è sviluppata a livello locale a seguito dell'iniziativa e della capacità di singoli operatori. I primi Registri Tumori (RT) italiani, fra quelli ancora in attività, sono stati attivati in provincia di Varese e di Parma nel 1976, l'esperienza si sono moltiplicate nel tempo e, nel 1996, si sono consociate nell'Associazione italiana Registri Tumori (Airtum). Airtum attualmente conta 45 Registri Tumori con una copertura complessiva del 53% della popolazione italiana. Questa crescita è stata resa possibile anche dal supporto del Centro per il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute.

Oltre ai Registri Tumori Airtum, che, supe-

rato un processo di accreditamento che ne ha verificata la qualità, contribuiscono alla banca dati centralizzata, ve ne sono altri che stanno lavorando per entrare in Airtum; questi, nel complesso, riguardano circa il 20% della popolazione. È quindi, ora, possibile immaginare una futura copertura nazionale.

Airtum svolge funzioni di formazione, di accreditamento, gestisce un banca dati centralizzata, ha un sito web dove tutte le iniziative e i prodotti sono descritti e disponibili (www.registri-tumori.it) e svolge una ricca attività editoriale spesso in collaborazione con Istituzioni e altre associazioni scientifiche (es. ISS, AIOM, ecc.).

Che i Registri Tumori italiani svolgano un buon lavoro, e che Airtum lo verifichi con serietà, lo conferma il fatto che l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro di Lione (IARC) ha accettato i dati di tutti i Registri Tumori italiani nell'ultima edizione della pubblicazione internazionale più famosa del settore: il Cancro nei 5 continenti.

Ma come funziona un Registro Tumori?

Un Registro Tumori riesce a identificare i casi diagnosticati in una popolazione utilizzando

molte fonti informative. Alle tre tradizionali: schede di dimissione ospedaliera, referti anatomico-patologici e certificati di morte, se ne sono aggiunte molte altre, ad esempio prestazioni specialistiche, esenzioni per patologia, flusso della farmaceutica, ecc.

L'uso di più fonti informative è indispensabile perché aumenta la completezza della raccolta dei casi, poiché ogni nuova fonte contribuisce con nuovi casi e con nuovi dati di casi noti, arricchendo, confermando o correggendo quanto prodotto da altri flussi.

Un Registro Tumori, partendo dai singoli flussi informativi, compie un processo complesso di *linkage*, di verifica della residenza dei soggetti, della concordanza delle informazioni, di completamento e correzione per arrivare alla produzione di dati di qualità.

La qualità ha un prezzo, che, nel caso dei Registri Tumori, è la tempestività nel rilascio dei dati, che, per i Registri più virtuosi, si misura in 2-3 anni.

Nonostante la latenza fra un'esposizione cancerogena e la comparsa di un tumore si misuri in tempi molto più lunghi, la relativa lentezza dei Registri Tumori è vissuta da taluni come un limite che ne invalida la capacità informativa.

Se alla domanda dei cittadini di fronte ad un allarme ambientale, il Sistema Sanitario non risponde o lo fa con dati ritenuti non sufficientemente tempestivi, l'assenza di una risposta ritenuta accettabile suona come una complice reticenza.

Questa mancanza di fiducia più che di dati ha portato, nelle aree dove manca un Registro Tumori o dove è presente ma ritenuto lento, alla ricerca di vie alternative, veloci, attraverso l'uso di un solo flusso informativo.

Nella mia esperienza ne ricordo tre, che rappresentano, in modo solo apparentemente diverso, il tentativo di rispondere ad un bisogno legittimo e trasversale della popolazione, ma con una modalità che risulta fallace.

La tecnica

Anche Airtum ha cercato di definire l'incidenza dei tumori sulla base di un algoritmo applicato al flusso delle dimissioni ospedaliere, che contengono sia l'informazione sulle diagnosi di dimissione, sia sugli interventi/procedure effettuati.

È stata condotta una valutazione sul tumore della mammella femminile, dato che, la gran parte dei casi, prevede nel loro decorso il ricovero e che la terapia chirurgica rientra nel trattamento elettivo. I risultati, confrontati con quelle dei Registri Tumori, sono stati molto confortanti sulla definizione del numero di casi, meno sull'identificazione di questi, essendo presente dalla fonte SDO una quota non marginale di falsi positivi e falsi negativi. Per tumori con percorsi meno standardizzati e meno legati al ricovero, i risultati sarebbero chiaramente ancor meno attendibili.

La politica

Per rispondere alla domanda legata alle esposizioni ambientali, il Movimento 5 Stelle si è fatto promotore di un progetto che ha goduto di grande visibilità mediatica, noto come progetto 048, dal numero che identifica, nel flusso delle esenzioni per patologia, i tumori, anche se erano richiesti anche dati di altre patologie collegabili ad esposizioni ambientali.

Il rationale era inappuntabile: l'esenzione è una certificazione ufficiale del Sistema Sanitario pubblico, che avviene dietro presentazione di documentazione. Quindi, nelle intenzioni dei proponenti, era sufficiente contare il numero di esenzioni e farlo nel tempo per sapere quale fosse il livello e il trend dei tumori in ogni specifico Comune.

Airtum ha cercato di spiegare i limiti di questo approccio, legati ai limiti del flusso, sia ai promotori che ai parlamentari del M5S che l'hanno sostenuto. Uno studio presentato nel corso della XX Riunione scientifica Airtum che si è tenuta nel mese di aprile a Catania, ha dimostrato come, sia il livello che il trend oncologico, prodotti dal flusso 048, siano distorti rispetto ai dati di riferimento dei Registri Tumori.

La Chiesa

Anche la Diocesi di Siracusa è scesa in campo per costruire un Registro Tumori basato sulle notizie che i propri parroci potrebbero raccogliere a seguito delle funzioni funebri.

Anche questa esperienza documenta la forte domanda d'informazione della popolazione, ma anche la poca conoscenza del problema. Infatti, il registro proposto sarebbe nei fatti un registro di mortalità, che potrebbe fornire informazioni solo sui tumori che portano a morte (non su quelli a buona prognosi) e nel momento nel quale il decesso avviene (quindi a una distanza imprecisata dalla diagnosi), assimilando nel momento del decesso storie cliniche che possono essere molto diverse per cause, storia e percorso.

L'aspetto ulteriore di questa vicenda era, almeno da quanto riportato sul sito dell'Avvenire, la sfiducia per i dati ufficiali di mortalità che sono disponibili ma ritenuti inaffidabili.

Per concludere, non c'è alcun dubbio che conoscere qual è il livello di una patologia grave come i tumori in un territorio sia un diritto dei residenti. Ma è anche un loro diritto avere dati affidabili. I Registri Tumori sono gli strumenti più affidabili per fornire una risposta di qualità.

Per rispettare le attese dei cittadini ai Registri Tumori è richiesto uno sforzo, un cambiamento, culturale prima che tecnologico, che avvicini, non solo in senso temporale, i dati ai cittadini, facendo comprendere il valore della qualità e la differenza fra: "dare i numeri" e "condividere conoscenza".

TM

Info: emanuelecrocetti@yahoo.com



Alessandro Barchielli, laureato in Medicina e Chirurgia, spec. in Medicina del lavoro, in Igiene e medicina Preventiva ed in Statistica Sanitaria. Direttore della SOS di Epidemiologia della Azienda Sanitaria Firenze. Consulente dell'Osservatorio epidemiologico della ARS della Toscana.

ALESSANDRO BARCHIELLI, ANTONELLA CIANI PASSERI¹, VALERIA DUBINI²

Salute e differenze di genere

I dati dell'Azienda Sanitaria di Firenze

Il concetto di *medicina*, o meglio di *salute, di genere*, si è sviluppato a partire dall'idea che le differenze di salute tra uomini e donne non siano legate esclusivamente alle caratteristiche biologiche delle persone ed alle diverse funzioni riproduttive, ma siano la conseguenza di "differenze", di un ampio spettro di fattori ambientali, sociali, culturali e relazionali, tra i quali rivestono una specifica importanza anche le modalità con cui servizi ed operatori sanitari si relazionano alle persone di sesso diverso. Il termine "genere" (*gender*) infatti affianca alle differenze biologiche gli aspetti sociali e culturali che definiscono donna e uomo.

La Regione Toscana, con una delibera del tutto innovativa, ha dato l'indicazione di costituire in tutte le ASL centri di coordinamento aziendale per la Medicina di Genere, fornendo indicazioni sul percorso da seguire e sulle azioni da sviluppare.

Nell'ASL 10 un gruppo di studio sulla Medicina di Genere era già stato deliberato nel 2011: alla luce della delibera regionale si è proceduto quindi semplicemente ad adeguarlo alle indicazioni regionali, anche costituendo sottogruppi mirati alle azioni che si intende sviluppare.

Il primo punto che ci è sembrato giusto affrontare tutti insieme riguarda una lettura in chiave di genere degli aspetti epidemiologici specifici che riguardano la nostra ASL, ovvero il

territorio sul quale dobbiamo muoverci e produrre proposte.

Avvalendoci della preziosa collaborazione degli epidemiologi del gruppo abbiamo così organizzato un primo *workshop* proprio su queste tematiche

Dal momento che riteniamo utile condividere questi dati riportiamo di seguito i dati da noi valutati: si riportano alcuni dati demografici ed epidemiologici, riferiti in larga misura alla popolazione residente nei comuni della Azienda Sanitaria Firenze (ASF) ed in parte, per confronto, alla nostra Regione, allo scopo di inquadrare con dati più dettagliati le problematiche che riguardano la salute di genere nella nostra ASL.

Aspetti demografici

Secondo i dati ISTAT aggiornati all'1/1/2014, il 52% della popolazione residente nella ASF è rappresentato da donne ed il 48% da uomini (rispettivamente 438.173 e 396.592 persone). La suddivisione per classi di età mostra che la numerosità della popolazione femminile sopravanza quella maschile in maniera evidente a partire circa da 50 anni, e la differenza tende ad ampliarsi con l'avanzare dell'età (Figura 1). Il rapporto tra donne/uomini, a parte l'età infantile, è di poco superiore ad 1 fino a 54 anni, mentre è negli anni successivi che il differenziale tende ad aumentare: è infatti **1,4** nella

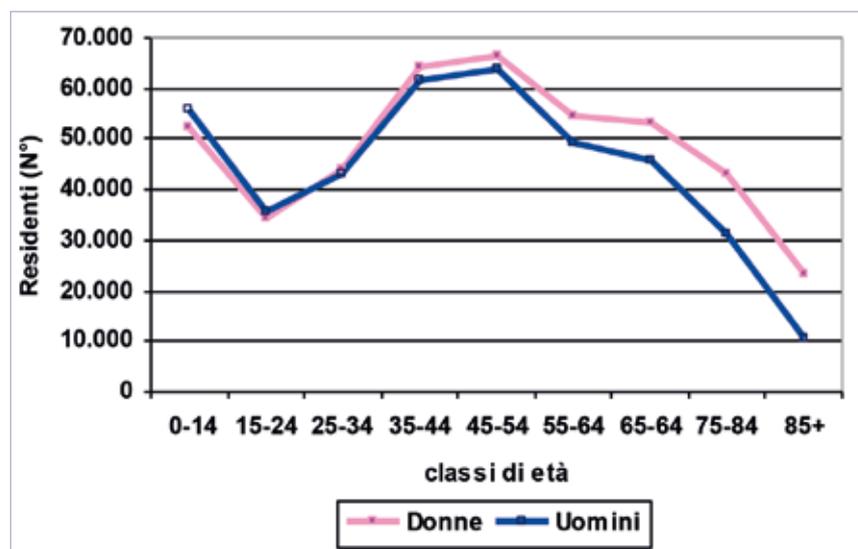


Figura 1 - Composizione per genere e classe di età (N° assoluto) della popolazione residente nella ASF (fonte: ISTAT, popolazione 1/1/2014)

¹ SOS epidemiologia - Azienda Sanitaria Firenze

² Unità Funzionale Complessa Territorio e Presidio Palagi - Referente ASL 10 per la Medicina di Genere

Gruppo di Lavoro ASL 10 sulla Medicina di Genere

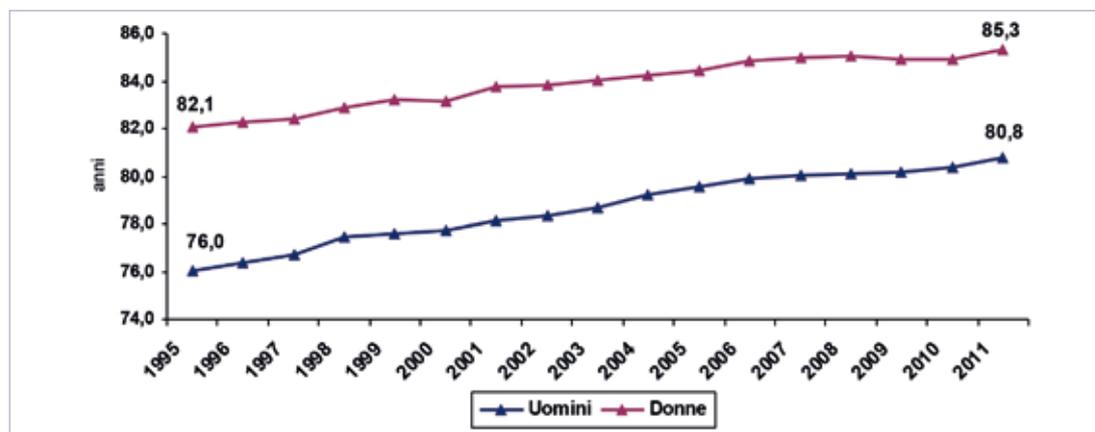


Figura 2 - Speranza di vita alla nascita per genere nella ASF. (Fonte: Agenzia Regionale di Sanità Toscana- ARS)

fascia di età 75-84 anni e 2,2 in quella oltre gli 85 anni. Tale andamento è la conseguenza della nota maggior precocità dei decessi tra gli uomini.

L'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto tra il numero di abitanti di ultra-65enni e quelle di età fino a 14 anni sintetizza bene la diversa composizione per età dei 2 generi: per gli uomini abbiamo infatti 1,57 anziani per ogni ragazzo < a 14 aa, mentre per le donne il rapporto è di 2,29.

Alcuni indicatori dello stato di salute

La speranza di vita alla nascita mostra un vantaggio delle donne in termine di durata della vita, raggiungendo un valore superiore agli 85 anni nelle donne e di quasi 81 anni negli uomini (Figura 2), dati superiori a quelli medi regionali. Dal momento che negli ultimi anni si è assistito ad un trend di crescita di questo parametro che è risultato più accentuato nel genere maschile, la differenza D/U che nel 1995 era di 6,1 anni nel 2011 è risultato ridotto con un valore di 4,5 anni.

Anche la speranza di vita a 65 anni, sempre in crescita almeno dalla metà degli anni '90, mostra un vantaggio del genere femminile di 3,5 anni (2011, donne: 22,6 anni; uomini: 19,1 anni).

Un quadro diverso del rapporto dello stato di salute tra i due generi viene fornito da un altro indicatore: la "speranza di vita in buona salute alla nascita" (o anni vissuti in buona salute - Healthy Life Years, HLY). Questo rappresenta il numero medio di anni che una persona, nata in uno specifico anno, ha la probabilità di vivere in condizioni di buona salute, tenendo conto della dimensione soggettiva (come una persona valuta il proprio stato di salute). In questo caso la situazione si inverte e le donne mostrano uno svantaggio rispetto agli uomini. Infatti i dati italiani del 2011 pubblicati da EUROSTAT stimano un numero di HYL inferiore nelle donne (62,7 anni, rispetto ai 63,4 degli uomini). Anche a 65

anni gli HYL permangono più bassi nelle donne (7,0 anni, rispetto ai 8,1 degli uomini). In particolare l'indicatore mostra come meno di 1/3 degli anni (31,0%) che rimangono da vivere alle donne a 65 viene passato in buona salute, rispetto ad un valore considerevolmente più alto negli uomini (43,3%). Lo svantaggio femminile in termini di salute percepita è confermato dai dati dello studio PASSI: guardando il dato specifico della nostra ASF, si rileva una percentuale significativamente più bassa di persone che si dichiarano un completo stato di buona salute tra le donne rispetto agli uomini loro coetanei (Figura 3).

I tassi di mortalità per tutte le cause sono inferiori nelle donne sia considerando la curva dei tassi specifici per età (Figura 4), dove la differenziale si comincia ad apprezzare in maniera più evidente dopo i 65 anni, sia considerando i tassi standardizzati per età. Questi ultimi sono circa il 37% inferiori nelle donne rispetto agli uomini (478,8 vs 757,5 decessi per 100.000 abitanti). Comunque, nella nostra ASF, i tassi di mortalità standardizzati per età sono significativamente più bassi dei valori medi regionali per entrambi i generi, essenzialmente a causa di una ridotta mortalità cardiovascolare rispetto al resto della Regione.

Interessante la valutazione dei tassi di ospedalizzazione per tutte le cause: abbiamo infatti

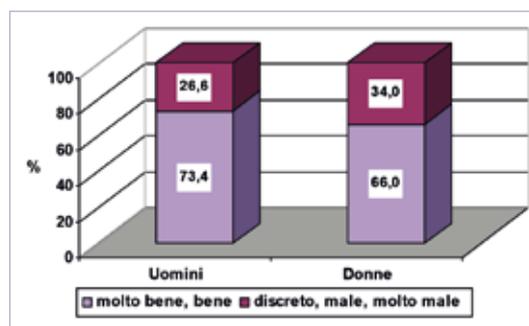
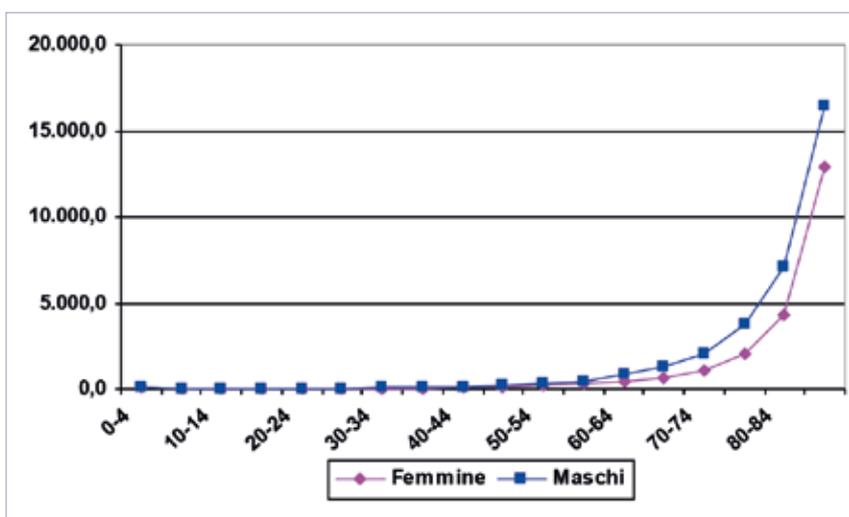


Figura 3 - Studio PASSI, campione ASF, anni 2010-13, età 18-69 anni: percezione del proprio stato di salute per genere. (fonte: Dipartimento di prevenzione ASF)

Figura 4 - Mortalità per tutte le cause: tassi specifici per età e sesso (x 100.000), residenti ASF anni 2009-11. (Fonte: ISPO - Registro Mortalità Regionale)



valori modestamente (+5,2%), ma significativamente più elevati nelle donne rispetto agli uomini (154,4 vs 146,7 ricoveri per 1.000 abitanti): questo è in gran parte dovuto al peso dei ricoveri per problematiche legate a gravidanza e parto e per patologie minori o croniche che hanno ma scarsa importanza in termini di rischio di morte. In generale i tassi di ospedalizzazione della nostra azienda, standardizzati per età, risultano superiori alla media regionale in entrambi i generi in modo significativo.

Verificando l'andamento dei tassi specifici in base all'età, si osserva un andamento articolato tra i due generi, con valori modestamente più bassi nelle donne in età infantile, un picco più elevato nella età riproduttiva, e valori più bassi, con un differenziale progressivamente crescente, dopo i 65 anni (Figura 5).

Tra le cause di ricovero un cenno specifico va fatto alle fratture del collo del femore, anche per il rapporto che queste hanno con la presenza di osteoporosi. Secondo i dati della Agenzia Regionale di Sanità della toscana il numero di ricoveri ha presentato uno spiccato aumento negli anni, dovuto all'aumento delle persone di età avanzata. Viceversa i tassi di ricovero standardizzati per età, circa 3 volte più elevati nelle donne, hanno

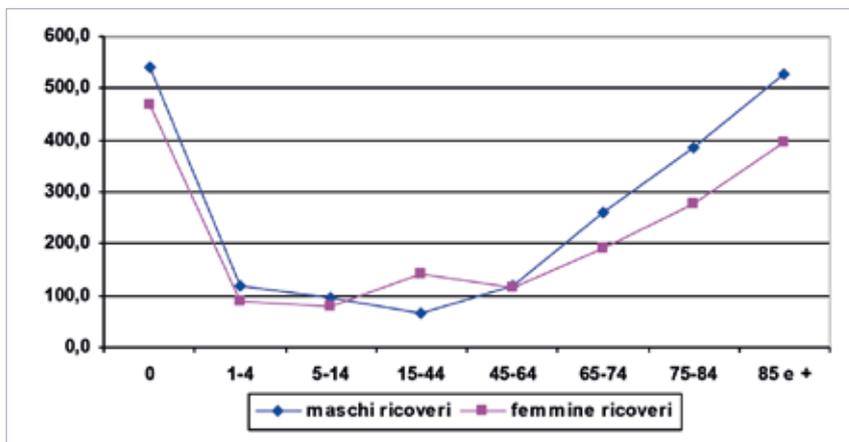
presentato un andamento oscillante in entrambi i generi senza un trend chiaramente definito. Nelle donne ultra-65enni rappresentano in assoluto la seconda causa singola di ricovero, dopo lo scompenso cardiaco, responsabile di poco meno del 5% del totale dei ricoveri.

Fattori e condizioni che influenzano lo stato di salute

Lo studio PASSI, coordinato a livello nazionale dall'Istituto Superiore di Sanità, si basa sulla intervista mediante indagine telefonica di campioni estratti dalla Anagrafe assistiti delle aziende sanitarie e rappresentativi della popolazione generale di età 18-69 anni. Lo studio fornisce informazioni sia sulla diffusione dei principali comportamenti fonte di rischio, come di attitudini verso la salute e la prevalenza di alcune problematiche di salute. Vengono presentati i dati relativi alla intera Toscana per il periodo periodo 2010-13 in quanto più stabili di quelli della ASF, perché basati su un campione più ampio di circa 16.000 persone (Tabella 1). In estrema sintesi i risultati mostrano che, rispetto agli uomini le donne dichiarano di:

- avere più frequentemente difficoltà economiche;

Figura 5 - Ospedalizzazione per tutte le cause: tassi specifici per età e sesso (x 1.000), residenti ASF, anno 2013. (fonte: ARS)



- avere una maggior attenzione alla dieta ed al peso corporeo; infatti nel genere femminile il consumo di frutta e verdura, seppur non molto alto, è maggiore che negli uomini e l'eccesso ponderale è meno frequente tra le donne;

- avere avuto una minor diffusione dell'abitudine al fumo; infatti tra gli uomini sono più alte le percentuali di fumatori ed ex fumatori, mentre più della metà delle donne non ha mai fumato. Si deve notare però che la percentuale di fumatori, sia maschi che femmine, nell'ASL 10 di Firenze è più alta rispetto al dato medio regionale. In generale i trend regionali (e nazionali) sull'abitudine al fumo mostrano una riduzione dei fumatori negli uomini ed una stazionarietà/tendenza all'incremento nelle donne. Questo andamento differenziato ha comportato una forte riduzione dello svantaggio degli uomini in termini di esposizione a questo fattore di rischio, con un differenziale uomini/donne che è passato da 13,8 punti percentuali dell'inizio degli anni '90 a 7,4 punti del 2012. Una situazione particolarmente preoccupante riguarda le adolescenti: in questa fascia di età infatti non si hanno differenze significative nei due generi, ma i valori risultano più alti nelle ragazze che nei ragazzi (campione studenti età 14-19 anni; 25,7% vs. 22,6%; Fonte: ARS, Studio EDIT). Un comportamento a rischio, specifico del genere femminile, cui porre attenzione è rappresentato anche dal fumo in gravidanza, che riguarda circa il 7,0% delle donne toscane (Fonte dati: Agenzia regionale di Sanità).

Il consumo di alcool in quantità tale da costituire un rischio potenziale riguarda invece in prevalenza il sesso maschile: riguarda infatti oltre il 20% degli uomini, rispetto a poco più del 12% delle donne. Tra gli uomini sono anche più frequenti comportamenti a rischio quali il consumo "binge" di alcol e la guida in stato di ebbrezza.

Le donne sembrano essere più "attente" degli uomini al rischio cardiovascolare. Infatti, la

percentuale di coloro che ha effettuato una misurazione della pressione arteriosa o dei valori di colesterolemia è leggermente più alta tra le donne che tra gli uomini.

Le donne sembrano meno frequentemente ipertese, mentre la prevalenza dell'ipercolesterolemia è pressoché uguale nei due sessi.

Le donne dichiarano infine di presentare sintomi indicativi di depressione in percentuale più che doppia rispetto agli uomini. In entrambi i generi la prevalenza della depressione è più elevata nella nostra Azienda sanitaria rispetto al dato regionale. La maggior frequenza della depressione tra le donne è un dato ben noto nella letteratura scientifica ed è confermato, anche nella nostra area, da dati di farmaco epidemiologia relativi all'uso dei farmaci antidepressivi (prevalenza uso: 12,2% nelle donne vs. 7,0% negli uomini).

Conclusioni

Come si vede questi dati offrono una "fotografia" della popolazione della nostra ASL in chiave di genere: rappresentano già di per sé una prima indicazione di quali siano i settori sui quali è necessario lavorare.

Seppure nell'insieme lo stato di salute delle donne nella nostra ASL possa essere considerato soddisfacente, vi sono certamente fasce di fragilità nei confronti delle quali devono essere sviluppate azioni specifiche di tipo sanitario, ma anche sociale: sono certamente le donne anziane, spesso sole, che ricorrono ai servizi ospedalieri con maggiore frequenza, ma anche le adolescenti che presentano alcune differenze negli stili di vita e per le quali è necessario un nostro impegno che rappresenta certamente un investimento per il futuro.

Come sempre utilizzare i numeri per tracciare i percorsi clinici rappresenta una buona strategia in grado di garantire l'appropriatezza degli interventi e l'efficacia dei risultati. **TM**

Info: alessandro.barchielli@asf.toscana.it

Tabella 1 - Studio PASSI. Prevalenza di alcuni fattori e condizioni di rischio suddivisi per genere, residenti Toscana, anno 2010-13. (fonte: Dipartimento di prevenzione ASF)

Parametro	Maschi	Femmine
Difficoltà economiche (qualche-molte)	49,1%	54,4%
Almeno 5 porzioni/giorno di frutta-verdura	7,5%	12,7%
Sovrappeso-obeso	45,9%	30,3%
Mai fumato	43,2%	57,4%
Consumo alcool a rischio	21,2%	12,8%
Misurazione colesterolo	76,2%	77,9%
Misurazione pressione arteriosa (entro 2 anni)	83,7%	86,1%
Prevalenza ipercolesterolemia	24,1%	24,7%
Prevalenza ipertensione	18,6%	16,2%
Prevalenza sintomi depressione	4,6%	9,3%



Valentina Millarini, Laurea in Scienze Biologiche con il massimo dei voti presso l'Università degli Studi di Firenze nel 2002 e Dottorato di Ricerca in Scienze Fisiologiche e Nutrizionali nel 2006 presso lo stesso Ateneo. Ha svolto attività di ricerca in biologia molecolare e microbiologia e dal 2009 collabora con la Fondazione ONLUS Attilia Pofferi di Pistoia, occupandosi di epidemiologia oncologica.

VALENTINA MILLARINI, PAOLA MOSCONI², ROBERTO ANNA², MARTA PORTA³, SANDRA FABBRI¹, MARIA ANTONIA PATA⁴, VINCENZO DE GIORGI^{1,4}

Correlazione tra informazione ricevuta su HPV e adesione alla campagna vaccinale in un campione di giovani donne nella provincia di Pistoia

Lo scopo di questo studio, supportato dalla Fondazione "Attilia Pofferi" di Pistoia, è stato valutare l'informazione fornita dal Sistema Sanitario Regionale sulla vaccinazione contro il virus del Papilloma umano, in termini di conoscenze e informazioni acquisite sul Papillomavirus e interesse alla vaccinazione a tre gruppi di donne: madri di ragazze 11-12enni, ragazze diciottenni e loro madri.

Nel 2010, in Toscana, la vaccinazione era gratuita per le ragazze nel dodicesimo anno di età fino al compimento del quindicesimo; il Sistema Sanitario Regionale ha inviato una lettera di invito alla vaccinazione a tutte le famiglie delle ragazze di 11-12 anni ed ha organizzato una campagna pubblica di sensibilizzazione sul tema. Le ragazze 18enni invece non erano ancora oggetto della campagna vaccinale e quindi né loro né le famiglie hanno ricevuto informazioni inerenti la vaccinazione contro HPV.

Questo studio è stato svolto in 6 Scuole Medie Inferiori (smi) e 7 Scuole Medie Superiori (sms) del Comune di Pistoia: nelle Scuole Medie Inferiori è stata somministrata alle ragazze di 11-12 anni una busta contenente una lettera che spiega lo scopo dello studio, il questionario per le madri, il modulo di consenso informato, le modalità di compilazione e restituzione. Nelle Scuole Medie Superiori è stata somministrata alle ragazze 18enni una busta analoga contenente in più un questionario per loro stesse. Dopo circa una settimana dalla consegna sono stati raccolti i questionari compilati dai due campioni di madri e dalle ragazze.

Sono state coinvolte 506 madri di ragazze 11-12enni, 398 ragazze diciottenni e loro madri (Tabella 1).

I questionari erano articolati in quattro sezioni: informazioni personali e dati anagrafici; attitudini alla prevenzione, conoscenza del Pap-test e del cervicocarcinoma; conoscenza del rap-

porto tra HPV, cervicocarcinoma e vaccinazione; fonti di informazione sulla vaccinazione. Hanno risposto al questionario 354 (70%) madri di ragazze 11-12enni; 167 (42%) madri delle ragazze maggiorenni e 177 (44%) ragazze maggiorenni. I risultati mostrano un atteggiamento generale favorevole sulle conoscenze e atteggiamenti verso la prevenzione del tumore del collo dell'utero: la maggior parte sia delle madri che delle ragazze 18enni sa cosa è il Pap-test e per quale motivo viene fatto, inoltre la maggioranza delle madri lo effettua regolarmente e partecipa ai programmi di screening della Asl. C'è comunque una parte considerevole di ragazze che non è informata e non sa cosa sia la cervice uterina. Il cervicocarcinoma è percepito, dalla maggioranza delle donne, come un tumore frequente, anche se la sua incidenza in Italia è piuttosto bassa (TSE = 8,1 casi per 100.000 donne/anno).

Per quanto riguarda invece le conoscenze di HPV e vaccinazione emergono differenze nei due gruppi di madri: quelle delle ragazze di 11-12 anni (direttamente interessate dalla campagna vaccinale) hanno maggiori conoscenze su HPV, sulla sua correlazione con il cervicocarcinoma e sulla vaccinazione, rispetto a quelle delle ragazze 18enni (non interessate dalla campagna vaccinale) che si sono mostrate meno consapevoli e più dubbiose su tutti questi argomenti. La maggior parte (80%) delle madri delle 11-12enni farebbe vaccinare o aveva già vaccinato la figlia, solamente il 22% delle madri delle ragazze maggiorenni aderirebbe alla proposta.

Le ragazze 18enni hanno mostrato di avere poche conoscenze su HPV e vaccinazione ma nonostante questo oltre il 60% delle ragazze ritiene utile vaccinarsi.

Per quanto riguarda le informazioni fornite dal Sistema Sanitario Regionale sulla vaccinazione, mentre le madri delle 11-12enni si rite-

¹ Biologa, Fondazione ONLUS "Attilia Pofferi" Pistoia

² Biologo, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" Milano

³ Associazione "Voglia di Vivere" Pistoia

⁴ Specialista in clinica dermosifilopatica e oncologia, Azienda Sanitaria Firenze, Firenze

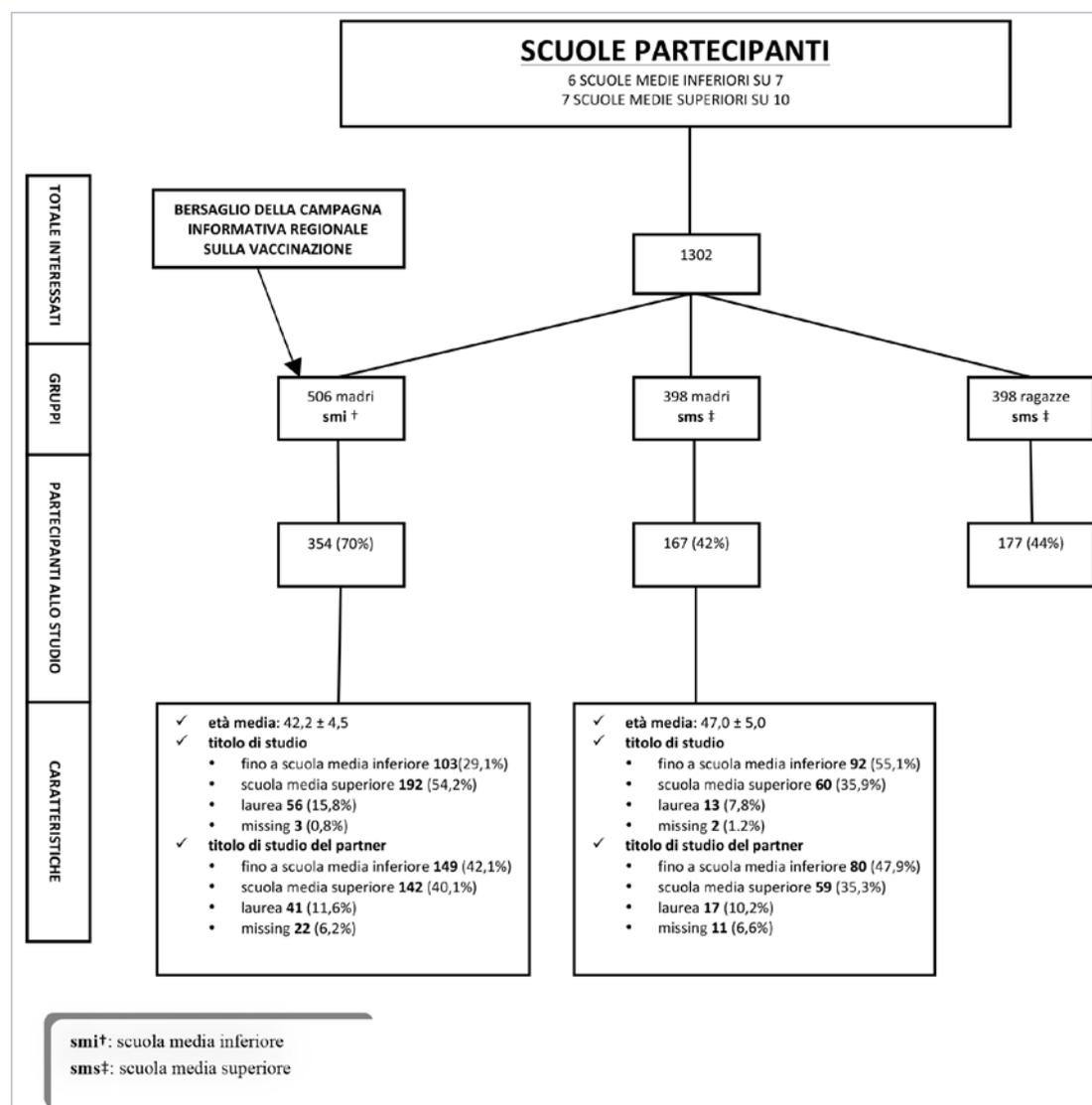


Tabella 1 - Costruzione dello studio e caratteristiche del campione.

nevano soddisfatte delle informazioni ricevute, più della metà delle ragazze diciottenni e delle loro madri non lo erano. Considerare sufficiente l'informazione ricevuta determina una maggiore volontà di far vaccinare la figlia per tutte le madri rispondenti.

La maggioranza di madri e ragazze ritiene che le migliori fonti di informazione sul vaccino siano i medici in generale, ma solamente la metà delle madri delle ragazze di 11-12 anni e un quarto delle madri delle ragazze maggiorenti hanno dichiarato di aver ricevuto informazioni da loro, mostrando una marcata discrepanza tra ciò che è considerata la migliore fonte di informazioni e le informazioni effettivamente ricevute. Nonostante questa differenza, aver avuto informazioni da fonti mediche influenza in modo significativo la volontà delle madri delle ragazze 11-12enni di far vaccinare le loro figlie, e anche per chi riteneva insufficienti le informazioni ricevute, l'interesse alla vaccinazione è superiore al 70% (Grafico 1).

Le madri delle ragazze delle scuole medie inferiori sono più istruite delle madri delle ragazze 18enni (70% con diploma scuola superiore o laurea vs 44%), hanno maggiori conoscenze su HPV e sono più favorevoli alla vaccinazione. Le madri laureate sono più informate sul virus e sulla sua relazione con il tumore; pur essendo meno propense a vaccinare le loro figlie, rispetto alle madri non laureate. Tuttavia, anche per le madri laureate, l'informazione ricevuta sulla vaccinazione da fonti mediche influisce positivamente sulla volontà di vaccinare le loro figlie.

Il nostro studio dimostra che maggiore è l'informazione, maggiore è l'interesse verso la vaccinazione. L'informazione recepita su HPV e il relativo vaccino appare il tema principale da evidenziare: una maggiore conoscenza di questi temi induce una maggiore accettazione della proposta di intervento sanitario.

Emerge però la necessità di fornire informazioni più chiare e mirate alle ragazze; la scuola e gli operatori sanitari responsabili per la vacci-

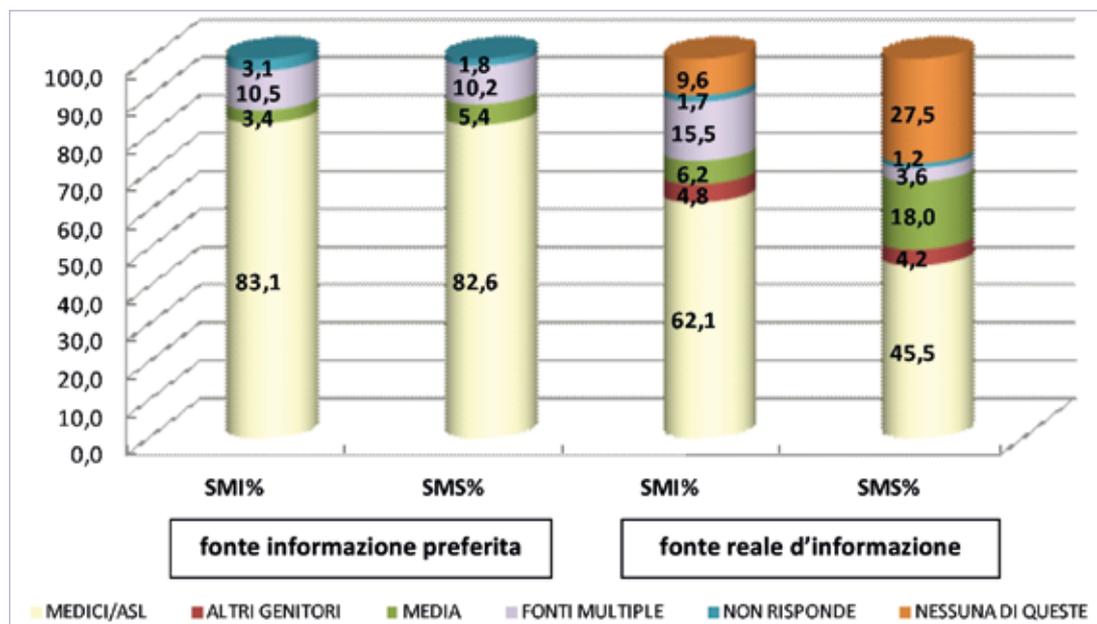


Figura 1 - Confronto fra informazione desiderata e ricevuta sulla vaccinazione.

nazione dovrebbero svolgere un ruolo primario nell'educazione alla salute degli adolescenti sul tema della prevenzione del cancro. Per fornire alle ragazze maggiori informazioni su questi argomenti, gli autori stanno svolgendo una serie

di lezioni sulla prevenzione del cancro e sulle scelte consapevoli per la salute nelle Scuole Medie Superiori della Provincia di Pistoia. **TM**

Info: info@fondazionepofferi.org



Raffaele Laureano, Specialista in Medicina Interna è Direttore SOC Medicina dell'Ospedale S.M. Annunziata di Firenze. È stato Segretario Nazionale della Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) e Presidente della FADOI Toscana.

RAFFAELE LAUREANO

L'attività della Medicina Interna Ospedaliera in Toscana

Lo Studio INDOMITO

Il Servizio Sanitario della Regione Toscana ha 37 presidi ospedalieri distribuiti nelle 3 aree vaste cui si aggiungono le Aziende Ospedaliere-Universitarie. Le strutture ospedaliere dei 37 presidi hanno tutte almeno un'Unità di Medicina Interna. Queste sono in totale 45 oltre a quelle delle AOU.

I posti letto per acuti in regione sono (anno 2012) n. 12.222 di cui circa 2.500 di Medicina Interna che quindi rappresenta una parte cospicua (il 21%) di tutti i posti letto per acuti. Ogni anno i PS-DEA della Toscana effettuano 1.470.000 accessi per una popolazione di circa 3.700.000 residenti. I ricoveri ospedalieri per acuti nel 2012 sono stati 541.763 (scorporando i neonati, i parti e i ricoveri riabilitativi); di questi 401.898 sono ricoveri ordinari (non DH) > 1 gg, di cui circa 200.000 in area medica. La Medicina Interna ef-

fetta circa 110.000 ricoveri all'anno, cioè oltre il 50% di tutti i ricoveri di area medica. Nel 2014 la FADOI Toscana (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti) ha svolto una indagine conoscitiva delle attività delle Medicine finalizzata ad ottenere una panoramica della organizzazione, dei rapporti con le altre specialità, degli impegni assistenziali e delle risorse disponibili. Abbiamo raccolto i dati di attività di ricovero ed ambulatoriale, risorse strutturali, di personale ed organizzazione del lavoro (Studio INDOMITO: Indagine Medicine Interne Toscane Ospedaliere). L'indagine ci ha permesso di valutare l'attività di 43 su 45 strutture in 37 presidi ospedalieri della regione che rappresentano il 73% dei posti letto; i rispettivi PS-DEA effettuano il 91% di tutti gli accessi ai PS della Toscana. Abbiamo valutato i dati di attività su 77.576 dimissioni del 2013 pari a

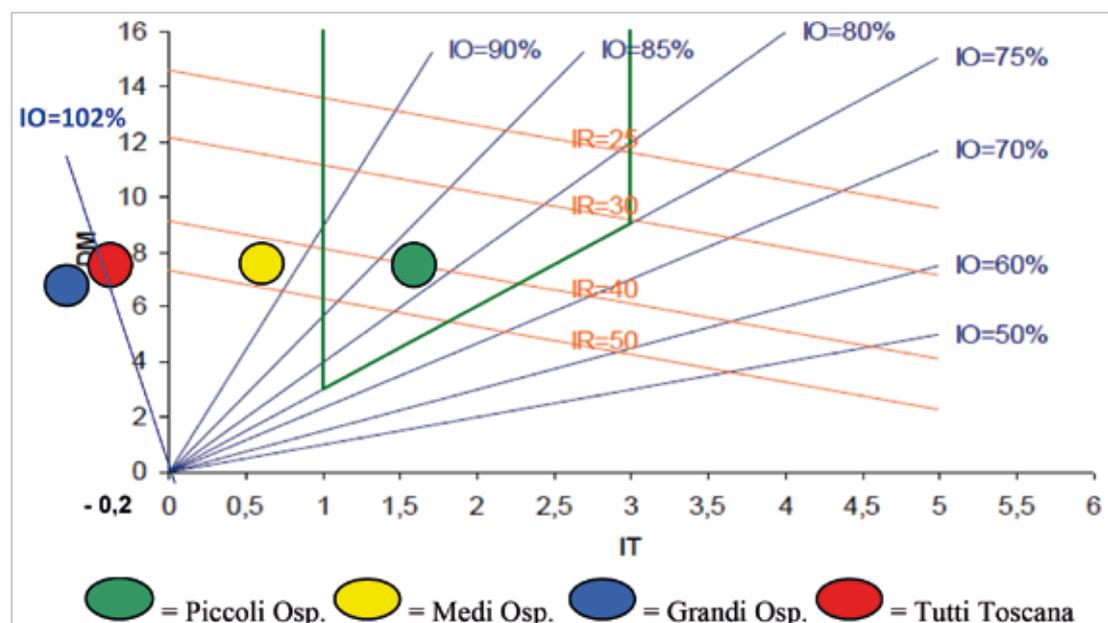


Figura 1 - Nomogramma di Barber Medicina Interna Toscana 2013.

DM = Degenza Media; IR = Indice di Rotazione; IO = Indice di Occupazione PL; IT = intervallo di Turn Over; In verde Area di Accettabilità.

circa il 70% del totale dei dimessi dalle Medicine che effettuano il 27% di tutti i ricoveri in ospedale per patologie acute.

Risultati

Riportiamo alcuni dei dati emersi in Tabella 1; riguardano 43 strutture e sono suddivisi in base alle dimensioni dell'ospedale di appartenenza: Piccoli Ospedali (N=20), considerando tali quelli con meno di 100 posti letto (N=15) oppure fino a 140 PL e con meno di 4 altre specialità presenti oltre alla medicina interna (N=5) che sono assimilabili ai piccoli; Ospedali Medi (N=9) con PL fra 140 e 300; Grandi Ospedali (N=14) con PL > 300. Vengono riportate le risorse (medici e PL), il numero di dimissioni, la Degenza Media (numero medio di giorni di ciascun ricovero) ed i principali indicatori "classici" dell'attività di ricovero: Indice di Rotazione (numero di pazienti per posto letto per anno), Indice di Occupazione (% dei PL mediamente occupata) ed Intervallo di Turn Over (periodo di tempo espresso in giorni che intercorre tra la dimissione di un paziente e la successiva ammissione di un altro in ciascun PL). Vengono anche riportate le attività ambulatoriali; gli internisti toscani effettuano ben 181 ambulatori specialistici che, nel 2013, hanno erogato 120.563 visite e 105.217 esami strumentali o procedure invasive. Gli ambulatori specialistici più diffusi, effettuati dagli Internisti, sono: Angiologia ed Ecodoppler vascolare attivo in 28 strutture, Ipertensione in 14, Scompenso cardiaco in 13, Endocrinologia in 13, Ematologia in 8 ma vi sono anche Endoscopia digestiva (6), Pneumologia con PFR (5); oltre a questi gli internisti svolgono altri 49 ambulatori specialistici (di varie discipline o dedicati a particolari patologie); inoltre tutte le strutture hanno attività ambulatoriali "proprie" di medicina interna

e Day Service. È interessante notare come le attività ambulatoriali siano nettamente maggiori nei piccoli e medi ospedali rispetto alle strutture internistiche dei grandi. Al contrario la attività di ricovero e conseguentemente gli indicatori relativi sono più elevate nei medi e grandi ospedali (Figura 1). Tutte le strutture hanno comunque elevati volumi di attività e mostrano elevata efficienza ma, soprattutto nei medi e grandi ospedali, si evidenzia sofferenza per sovraccarico eccessivo e indicatori nettamente al di fuori della "area di accettabilità" per gli standard di efficienza ospedalieri. Questi si collocano ben oltre gli standard ed addirittura fuori dall'area del grafico perché gli indici di occupazione sono superiori al 100% e intervallo di Turn Over PL in zona negativa; cioè il posto letto non rimane mai libero, anzi la matematica indica che è occupato per alcune ore da 2 pazienti! È ovvio che il rilievo matematico rispecchia la presenza di un numero di pazienti superiori ai PL dovuto alla presenza di pazienti ricoverati "in appoggio" in altri reparti; tale evenienza viene sempre stigmatizzata come negativa sia per i disagi significativi per i cittadini che la minore qualità dell'assistenza ed i possibili rischi.

La carenza dei medici rispetto agli organici è risultata di circa l'8,5%. La distribuzione per età vede circa il 20% < 40 anni, il 33% fra 40 e 50 anni, il 37% fra 50 e 60 ed il 9% oltre i 60 anni; le donne sono circa il 54% e sono in netta maggioranza nelle due fasce di età più giovani e pertanto la % di donne aumenterà nei prossimi anni.

Considerazioni

La Medicina Interna è presente in tutti gli Ospedali ed ha larga diffusione su base regionale ed uno stretto rapporto con le esigenze del territorio; essa soddisfa gran parte delle esi-

genze di ricovero dei DEA, effettua $\frac{1}{4}$ di tutta l'attività di ricovero ospedaliero e la metà di tutti i ricoveri delle specialità di area medica, ha elevati indicatori di efficienza in tutta la Regione. Nei piccoli Ospedali effettua attività specialistiche di tutte le branche dell'area medica che spesso rappresentano l'unico riferimento per il territorio e nei medi e grandi ospedali l'attività è prevalentemente rivolta al paziente ricoverato con eccessivi carichi di lavoro. Garantisce l'assistenza anche per pazienti ricoverati di altre specialità, soprattutto in guardia notturna e festiva; gli internisti quindi spesso "surrivano" l'attività specialistica. La Medicina Interna ospedaliera ha una elevata efficienza operativa e dimostra importante flessibilità professionale per fronteggiare le diverse necessità nelle varie tipologie assistenziali. D'altra parte si rilevano anche preoccupanti sovraccarichi di lavoro con ricadute negative prevedibili sulla qualità; inoltre, essendo gran parte della attività rivolta alle urgenze, anche con usura del personale (tipologia del lavoro/età). Si delinea un quadro operativo di generale sottodimensionamento rispetto alla attività svolta che non è supportata da proporzionali risorse, ma soprattutto dalla dovuta considerazione del ruolo strategico nella rete ospedaliera e quindi nella definizione e riconoscimento dei compiti, della giusta rilevanza nei processi di programmazione ed investimenti, delle prospettive professionali e, non ultima, da una riflessione sulla specifica formazione dell'internista ospedaliero.

Strutture Censite nello Studio Indomito

Medicina Interna ASL Firenze: OSMA Dott. R. Laureano, SGDD Dott. A. Fortini, SMN Dott. G. Landini, Borgo SL Dott. S. Spolveri, Serristori Dott. A. Bribani, Prato Dott. G. Bini e Dott. M. Di Natale, AOUC Dott. A. Morettini, Dott. C. Nozzoli, Dott. B. Alterini, Empoli Dott. G. Lombardo,

Pontedera e Volterra Dott. R. Andreini, Pistoia e S. Marcello Dott. M. Giusti, Pescia Dott. G. Panigada, Lucca Dott. G. Brunelleschi, Massa Dott. C. Landucci, Carrara Dott. M. Uliana, Castelnuovo e Barga Dott. Rinaldi, Fivizzano e Pontremoli Dott. R. Cozzalupi, Versilia Dott. P. Lambelet, Cecina Dott. A. Pampana, Elba Dott. P. Fabiani, Livorno Dott. Camaiti e Dott. M. Cei, Piombino Dott. Piacentini, Arezzo Dott. M. Felici e Dott. L. Ralli, Cortona Dott. R. Migliacci, San Sepolcro Dott. R. Nassi, Bibbiena Dott. E. Santoro, Montevarchi Dott. Pagni, Colle VdE Dott. C. Palermo, Nottola Dott. L. Abate, Grosseto Dott. V. Verdiani, Massa M Dott. M. Alessandri, Castel del Piano Dott. P. Corradini, Orbetello Manciano Pitigliano Dott. M. Manini

Gli indicatori di flusso possono essere articolati tra loro mediante il nomogramma di Barber che considera simultaneamente quattro tra i principali indicatori della attività degli ospedali. Si tratta di una analisi grafica che consente di eseguire confronti fra diverse strutture e le variazioni nel tempo; si realizza utilizzando un sistema di assi cartesiani, in cui l'ascissa è rappresentata dall'intervallo di turnover (IT) e l'ordinata dalla degenza media (DM). Il piano individuato è ulteriormente suddiviso sulla base dell'indice di occupazione dei posti-letto (IO) e dell'indice di rotazione dei posti-letto (IR). Il nomogramma consente di individuare in corrispondenza di ogni punto i valori dei quattro indicatori (DM, TU, It, Ir) e conseguentemente la condizione operativa di una data struttura ospedaliera. È possibile quindi non solo tenere sotto osservazione simultaneamente quattro indicatori di attività ma anche, qualora ci si ritrovi all'esterno dell'area di accettabilità definita dagli standard di efficienza, di simulare strategie gestionali per posizionarsi all'interno di tale area. **TM**

Info: raffaale.laureano@asf.toscana.it

Tabella 1 - Studio INDOMITO. Posti Letto, Medici, Attività di ricovero e ambulatoriale delle Medicine Interne Toscane (2013). (per abbreviazioni e definizioni vedi testo)

		TUTTE = 43	P = 20 Piccoli ospedali	M = 9 Ospedali Medi	G = 14 Ospedali grandi
Risorse	N. MEDICI x Struttura	9,2	6,8	12,2	10,8
	PL TOTALI	1814	643	498	673
	PL Medici per Struttura	42	32	55	48
	PL/Medico	4,6	4,7	4,5	4,4
Indicatori Attività di Ricovero	N. Dimissioni Totali	77561	24829	20700	32032
	N. Medio Dim x struttura	1803	1241	2300	2288
	N Dim / medico	195	181	188	212
	DM gg	8,0	8,1(6,5-11)	7,9(6,4-11)	7,8(6,9-10,3)
	IR	42,7	38,6	41,6	47,6
	IO	102,4%	84%	96%	104%
	IT	- 0,21	1,5	0,6	-0,3
Attività ambulatoriale	N Amb spec medi x strutt.	4,2	5	4,5	3,2
	N prestaz medie x strutt.	5232	6240	6844	2739
	N prestaz/ medico	565	910	560	253

ALDO PAGNI

Medicina, ciarlatani e dintorni



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

Nell'immaginario collettivo, ciarlataneria e medicina sono territori contigui, specialmente quando la biotecnologia medica appare incapace di mantenere la vantata promessa di garantire la salute-benessere e, magari, di sconfiggere anche la morte, e la ciarlataneria finisce col rispondere a un bisogno umano insopprimibile di trovare comunque un rimedio, almeno consolatorio, all'inguaribilità.

Scrivete il medico-poeta, citato da G. Cosmacini: "In definitiva l'uomo è spesso deluso dalla medicina che è molto terra terra, e dalla fede che è molto cielo cielo. Egli seleziona nel proprio ambito l'archetipo delle proprie illusioni circa il ciarlatano".

In un passato recente, non mancavano nelle nostre campagne maghi, santoni e guaritori, cui le credenze popolari attribuivano la capacità di predire il futuro "leggendo" i fondi caffè, di guarire l'herpes zoster e le verruche con l'imposizione delle mani, di allontanare il malocchio, o di "legare" un orzaio, accompagnando i loro interventi con il ricorso alla medicina popolare e a ingenui, ma suggestivi, rituali.

Quella magia *domestica*, propria di una società agricola, in gran parte è tramontata nella società postindustriale, sostituita da maghi "professionisti", consolatori delle avversità quotidiane, magari con il ricorso mascherato ai farmaci del SSN. Come era accaduto con la maga di San Baronto, o con l'imbonitura televisiva del mago brasiliano e di Vanna Marchi.

Parallelamente, però, non sono mai mancati inventori di rimedi miracolosi, spesso privi di titoli scientifici, che promettevano la guarigione del cancro, e più recentemente è esploso il "caso" Stamina che vantava di curare malattie rare, "orfane" di rimedi efficaci, ed è finito con la richiesta di patteggiamento in Tribunale dei loro inventori.

Molte decine di proposte di diagnosi e trattamento del cancro con metodi non scientificamente provati, si sono succedute dal lontano 1893 ad oggi ma, solo nell'era della diffusione della Tv, di Internet e dei social network, la società si è sentita legittimata a diffidare degli scienziati (*l'era post-accademica della scienza*, di J. Ziman) e ad esprimere indipendenza di giudizio nei confronti di cure come quella proposta da Di Bella.

Infatti i sondaggi dell'epoca parvero rilevare che una percentuale variabile tra l'85 e il 95 % degli Italiani, se si fosse ammalato di tumore, avrebbe voluto curarsi con il metodo di Bella, e che anche nella medicina ufficiale il numero dei diffidenti non superasse i due terzi.

In realtà, insieme all'enfasi su un malinteso diritto alla salute, e alla "crisi di fiducia" dei cittadini nei confronti della medicina, è rimasta immutata negli uomini l'aspirazione alla speranza irrazionale di una sopravvivenza infinita di fronte al timore della morte.

Poco o nulla è cambiato, nell'inconscio collettivo, da quando il Faraone Merikare, alla fine dell'VIII dinastia, aveva fatto incidere nelle sue *Istruzioni* la frase. "Un Dio ha donato la magia agli uomini per aiutarli a difendersi".

Il professore modenese, tuttavia, non era un ciarlatano, ma un anziano docente universitario di fisiologia che, ritenendosi un genio incompreso vittima delle baronie accademiche, aveva rifiutato il percorso indispensabile per ottenere elementi che provassero l'efficacia clinico-scientifica del suo metodo di cura, vantato per molte altre patologie incurabili oltre il cancro, e preferito ricorrere a testimonianze verbali, lettere di solidarietà dei pazienti e affermazioni non documentate di una vasta serie di pazienti "miracolati".

La ricostruzione della vicenda Di Bella è l'occasione per una riflessione dei medici, dei cittadini, dei governanti locali e nazionali e dei magistrati, sul rapporto tra salute ed efficacia dei farmaci, e tra medicina, leggi e società nell'era dei diritti e delle connessioni planetarie.

Si dovrebbe convenire che le persone hanno diritto all'*assistenza sanitaria*, ma che *il diritto alla salute*, come completo benessere fisico, psichico e sociale, promesso dall'OMS in epoca di trionfalistica utopia, non esiste, se non nei termini che *lo Stato ha il dovere di proteggere i cittadini dai rischi che lo minacciano, compreso l'impiego di farmaci nocivi o di non provata efficacia*.

Il clamore e l'orrore suscitato, alcuni decenni orsono in Germania e nel mondo, dalle gravi malformazioni provocate in centinaia di neonati dall'impiego in gravidanza di un ansiolitico, rese consapevole il mondo scientifico della necessità di controllare rigorosamente, e con le riserve del

caso, la tolleranza e l'efficacia dei farmaci prima di autorizzarne la prescrizione.

Da allora autorevoli documenti sulla sperimentazione dei farmaci, e le Agenzie internazionali e nazionali, autorizzano i farmaci al commercio *per indicazioni circostanziate*, validate in un decennio da quattro successive fasi di ricerche e sperimentazioni, e sottoposte a continue verifiche dopo il loro ingresso nel mercato.

È impensabile oggi che qualcuno possa fare scoperte miracolose nel laboratorio di casa, e se per caso si tratta di una felice intuizione, questa deve essere sottoposta a una seria verifica secondo le regole della Buona Pratica Clinica.

La cura Di Bella, che divise l'Italia tra "l'uomo della speranza 1998" per i suoi sostenitori, e "lo stregone dei miracoli" per i suoi detrattori, era in realtà un cocktail farmacologico contenente sostanze già registrate e già in commercio, anche se *per indicazioni diverse dalla terapia dei differenti tumori*, tranne che per un chemioterapico, in dosi minimali, e per la somatostatina indicata solo per alcune limitate neoplasie dell'apparato digerente.

Per il resto si trattava di vitamine, di nucleotidi prodotti per il professore in una farmacia locale, soluzione Schoum e ormoni del surrene.

Il caso Di Bella, iniziò nel gennaio del 1997, ma deflagrò nei mesi successivi, quando finì sulle prime pagine dei giornali locali e nazionali e nelle trasmissioni televisive.

La ricostruzione cronologica delle varie e complesse fasi della vicenda Di Bella è stata documentata puntualmente in alcune pubblicazioni, per cui mi limiterò a rievocare solo alcuni episodi nei quali fui coinvolto personalmente come Presidente Nazionale della Federazione degli Ordini, dal 1996 al 2000, fino al momento in cui iniziò la sperimentazione, proposta dal Ministro Rosy Bindi e organizzata dal suo successore, che il professore aveva prima accettato e poi disconosciuto.

Il primo riguarda il ricevimento di una lettera minacciosa, con due proiettili di pistola, per avere assunto una posizione critica nei confronti delle autorizzazioni del metodo Di Bella di alcuni magistrati, con un comunicato ufficiale, dal titolo "Più giudizi clinici e meno giudici" mutuato dalla prestigiosa rivista Lancet!

Quel comunicato mi valse anche una denuncia alla Procura della Repubblica di Roma, archiviata per insussistenza, per "vilipendio della magistratura" da parte del Pretore di Maglie, Carlo Madaro.

Un magistrato, in odore di aspirazioni a una carriera politica, dal quale fui convocato in Pretura, come *testimone informato sui fatti*, insieme a Veronesi e al Direttore della Commissione Unica del Farmaco, in una causa nella quale non ho mai saputo chi fossero gli imputati.

In dicembre quel Pretore aveva imposto per

decreto all'ASL di Lecce di fornire la somatostatina ai genitori di un bimbo di due anni affetto da tumore cerebrale, ritenuto dagli esperti un farmaco inefficace e indebito e reiterato il provvedimento per una donna salentina di 47 anni affetta da carcinoma dell'utero con metastasi polmonari.

In quell'aula della Pretura, con altrettante camere televisive ai quattro angoli, vi erano quaranta testate giornalistiche accreditate, e si sprecavano i flash di numerosi fotografi come se fossimo starlettes di un festival del cinema. Il pubblico rumoreggiava quando rispondevamo alle domande insidiose del magistrato, che sedeva impettito sullo scanno, munito di toga e di una vistosa cravatta multicolore, e sottolineava con applausi frenetici, da stadio, i suoi ironici commenti.

La parte civile era composta da avvocati familiari di malati oncologici, con comprensibile partecipazione emotiva.

Ma il momento più paradossale per un'aula di giustizia, si raggiunse quando un oncologo locale testimoniò che, avendo letto... sul Corriere della sera che in un congresso medico a Budapest si era annunciato che la somatostatina (concessa dal SSN in classe A) guariva il cancro a microcellule del polmone, si era fatto regalare il farmaco dall'industria produttrice *per somministrarlo ai suoi malati a loro insaputa, e senza registrarlo nella cartella clinica!*

Inutile dire che il Pretore lodò con grande enfasi l'umanità di questo grande medico, dimentico della legge, ma quasi portato in trionfo dagli astanti.

Il secondo episodio fu in occasione di un'intervista televisiva di Emilio Fede, sulla rete 4, sul tema Di Bella.

Ricordo che al termine della trasmissione il conduttore si era complimentato con me per la rapidità e il ritmo televisivo con il quale avevo risposto alle sue domande, e che avevo ricambiato il complimento riconoscendogli di non essersi accodato al compiacente conformismo di molti altri suoi colleghi.

Fu allora che Emilio Fede mi raccontò che aveva perduto un fratello deceduto per un male inguaribile, e che quando alcuni emissari del professore si erano presentati con in mano... una misteriosa valigetta per sollecitare il suo impegno per promuovere la cura Di Bella, aveva rifiutato qualunque offerta e che avrebbe voluto conoscere il Professore.

"Troppo anziano" per un incontro, avevano replicato, e non li aveva più visti.

All'epoca erano frequenti i miei incontri con il Ministro Bindi, da cui dipendeva la Fnomceo.

Essa era divisa tra la convinzione che si trattasse di una cura inefficace, e la consapevolezza che l'argomento era molto delicato e difficile perchè coinvolgeva la sofferenza, il dolore e la

speranza delle persone.

Una sera, verso le 23, andai a trovarla al Ministero dove sedeva preoccupata fin dalle prime ore del mattino.

Sotto le sue finestre, in Lungotevere Ripa, una folla di persone urlanti, guidata dai *tour operators* che organizzavano i viaggi della speranza a Modena, agitava cartelli minacciosi e offensivi, e allo stadio, durante la partita di calcio, si erano ricordati ai quarantamila spettatori i nomi dei deputati che avevano votato contro Di Bella per invitarli a non eleggerli più.

Alla fine il Ministro riuscì ad organizzare una riunione conciliativa della Commissione oncologica nazionale, con il Professore, che ci intrattenne a lungo con dotte disquisizioni sulla fisiologia delle cellule, ascoltata pazientemente dagli scettici presenti.

Un ultimo episodio riguarda l'invito rivolto mi da Bruno Vespa, nel marzo del 2008 a Porta a Porta, presso l'Accademia militare di Modena, in una trasmissione nella quale era prevista anche la presenza dei Presidenti della Farindustria e della Federfarma, poi relegati nel pubblico.

In realtà, fu evidente ex post, che il sottoscritto era stato chiamato, come Presidente dei medici, ad un incontro con il Prof. Di Bella, scortato dal figlio medico otorino e dall'avvocato del professore!

L'abile e ovattata conduzione della trasmissione non mi consentì di entrare nel merito dei fatti, e si risolse nei confini di un neutro dialogo con l'anziano collega.

Vespa, come ho scoperto successivamente, quindici giorni prima della trasmissione, recatosi a casa del professore per una lunga intervista, ne era stato tanto conquistato da scrivere: "Quel medico assomigliava molto al dottore che avrei voluto essere da bambino e al tipo di medico che ciascuno di noi avrebbe voluto avere sempre vicino".

E nel libro: "Luigi di Bella. Si può guarire? La mia vita, il mio metodo, la mia verità", pubblicato da Mondadori nell'aprile seguente, scriverà che la constatazione dei risultati dei sondaggi favorevoli al metodo del medico modenese, "per un giornalista era da sola sufficiente a dedicare alla conoscenza di Luigi Di Bella non un libro ma un'enciclopedia".

Il clima celebrativo del Di Bella, immaginato dall'abile e consumato conduttore televisivo, fu tuttavia interrotto drammaticamente dall'in-

tervento telefonico esterno di un oncologo di Aviano che non lesinò feroci critiche al Di Bella, e costrinse Vespa a una irritata difesa di ufficio e a una rapida chiusura della trasmissione.

La mattina successiva, ebbi la conferma della giustezza della tesi di M. McLuhan che il "medium è il messaggio" dai commenti alla trasmissione dei miei assistiti: "Lei è stato garbato e rispettoso, ma quello lì (l'oncologo) ha trattato quel povero vecchio senza alcun rispetto umano, e non è giusto".

I criteri strutturali della trasmissione non avevano offerto al pubblico spunti di riflessione di merito sul metodo di Bella, e paradossalmente, in quel clima celebrativo, l'intervento aggressivo del collega che si era proposto di sollecitarla, aveva finito per apparire agli occhi degli spettatori soltanto un atto di riprovevole maleducazione.

Un episodio dell'autunno del 1998 rivelò anche un curioso retroscena politico nella vicenda Di Bella.

Dopo aver ricevuto alla Fnomceo una delegazione di medici dell'isola di Formosa, che chiedeva ai governi e ai partiti di destra europei di sostenere la sua ammissione all'OMS, superando il veto della Cina di Mao, eravamo stati invitati a una cena organizzata dal MSI che la ospitava.

Il fatto che il congresso del MSI svoltosi a Verona poche settimane prima, avesse riservato al figlio del prof. Di Bella un'ampia visibilità pubblica, sottolineata da grandi applausi della platea dei congressisti, mi aveva sorpreso e incuriosito.

Al vicino commensale, Gustavo Selva, chiesi dunque perché e a chi fosse venuta in mente questa idea di patrocinare, come partito, il metodo Di Bella, oltretutto in un momento in cui una pubblica sperimentazione in atto, pareva rilevare l'inefficacia della cura.

La risposta del noto e polemico giornalista, vicino alla destra missina, non fu certo reticente o diplomatica: "Non me ne parli. È stato quel medicosolo (*letterale*), parlamentare abruzzese, a convincere Fini che Di Bella era un cavallo vincente e dovevamo farne la nostra bandiera se volevamo costringere alle dimissioni il ministro Bindi, che lo aveva aversato!". **TM**

Info: aldopagni@fimmg.org

BACHECA

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





La salute prima di tutto



FUORI EXPO

4-9 agosto 2015
CHIOSTRI UMANITARIA
Via Daverio, 7 - Milano

La sanità toscana propone un itinerario
allestitivo e di incontri dedicato a

- *MEDICINE COMPLEMENTARI*
- *ALIMENTAZIONE E STILI DI VITA*
- *COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE*
- *NUTRACEUTICA*

Ingresso libero
dalle 10.00 alle 23.00

Incontri, laboratori, **show cooking**, ricette salutari, aperitivi, **massaggi cinesi e shiatsu**, serate danzanti con **balli latino-americani e molto altro ...**

Degustazioni
e musica
tutte le sere
dalle 19.00

TOSCANA

EXPO MILANO 2015



Aperto tutti i giorni: dal martedì alla domenica 10.00-23.00
tel.+39 02 54107986 - fuoriexpo@toscanapromozione.it

Per scaricare il programma dettagliato: www.expotuscany.it

#EXPOtuscany   



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Percorso regionale di follow-up post trapianto

Premessa

In Regione Toscana negli ultimi 10 anni sono stati trapiantati oltre 2000 pazienti toscani, affetti da gravi patologie di organo, permettendo con tale terapia di salvare la loro vita o di migliorarla in modo importante. Nel dettaglio troviamo che il 47,3% di questi, sono stati trapiantati di Rene, il 35,6% di Fegato, il 10% di Cuore, il 4,6% di Polmone ed il 2,5% di Pancreas.

Dai dati forniti dal Centro Nazionale Trapianti, sugli esiti del trapianto, abbiamo due rilevazioni di sopravvivenza, sia per organo che per paziente, che vengono effettuate a periodi stabiliti. Una è la sopravvivenza ad 1 anno, che dà indicazione della bontà dell'atto chirurgico e l'altra è la sopravvivenza a 5 anni, che dà un'indicazione sulla qualità delle cure e delle terapie cui è soggetta la persona trapiantata.

La valutazione degli esiti del trapianto ha duplici scopi: permette di capire, oltre allo *status* clinico del paziente anche il suo reinserimento in un contesto di vita sociale (es. possibilità di svolgere attività lavorativa, ecc.); costituisce una importante base dati utile agli operatori del settore per studi sulle terapie immunosoppressive e per una valutazione dei fattori di rischio quali l'età, la compatibilità antigenica, etc; permette il monitoraggio, da parte delle Istituzioni, del livello medio della qualità degli esiti con l'eventuale accertamento di possibili situazioni di particolare gravità in termini di prestazioni o

costi/benefici; rappresenta una trasparenza dei risultati per i cittadini che possono ottenere utili informazioni anche in funzione del proprio caso specifico o delle tipologie di attività svolte nel singolo Centro Trapianti; permette una valutazione dell'aggiornamento dei dati di *follow up*.

Dai dati inviati dal CNT (Tabella 1) riferiti ai trapianti (cuore, fegato, rene) effettuati nei Centri Trapianti della Toscana nei confronti di tutti i Centri Trapianto a livello Nazionale, nell'intervallo di anni compreso dal 2000 al 2012, possiamo rilevare l'andamento della % media della sopravvivenza di paziente e organo, ad 1 anno e 5 anni.

Circa l'89% di questi pazienti trapiantati ha un'età compresa tra 30 e 70 anni di cui il 38% tra 30 e 50. Un 10% ha un'età sotto i 30 anni e solo l'1% ha più di 70 anni.

Tenendo conto che molti pazienti sono nella fascia di età lavorativa, dai dati forniti dal CNT si può constatare che molti di loro (percentuale che va dall'87% al 99% a seconda dell'organo) lavorano o sono nelle condizioni di farlo.

Dai dati sopra riportati troviamo un'ulteriore conferma di come in Toscana la terapia trapianto è ormai una terapia ben consolidata con ottimi risultati nell'*outcome* dei pazienti sottoposti a tale terapia, permettendogli il pieno recupero di una vita normale.

Tabella 1

	Sopravvivenza paziente trapiantato				Sopravvivenza organo trapiantato			
	% TOSCANA		% ITALIA		% TOSCANA		% ITALIA	
	1 anno	5 anni	1 anno	5 anni	1 anno	5 anni	1 anno	5 anni
CUORE	77,6	68,5	83,1	74,2	76,9	67,9	82,6	73,6
FEGATO	89,6	77,5	85,9	73,6	85,9	73,9	81,4	68,9
RENE	96,3	88,0	97,2	92,1	88,6	73,9	92,0	81,9



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Questi risultati è possibile raggiungerli grazie all'efficienza degli specifici percorsi assistenziali previsti per ogni tipo di trapianto, dove la molteplicità delle varie strutture sanitarie coinvolte sostengono il paziente nel suo percorso che, partendo dal Suo inserimento in lista di attesa e passando per il trapianto, arriva ad affrontare il percorso di follow up che lo accompagnerà per tutta la vita.

Il percorso di follow up post-trapianto

Il percorso di follow up è fondamentale per garantire il risultato a distanza di tale terapia, in quanto il monitoraggio della buona funzionalità dell'organo e delle condizioni cliniche del paziente, permettono di prevenire l'eventualità di una complicanza dell'organo stesso con perdita della funzione o addirittura, nei casi estremi, con il decesso dello stesso paziente. Tutte queste eventualità vanificano l'enorme dispendio di risorse umane, economiche, organizzative impiegate.

In questo percorso sono coinvolti in prima linea il Centro trapianti, il Centro Specialistico di riferimento con tutti i servizi diagnostici, specialistici, ed il medico di medicina generale/pediatri di libera scelta.

Le caratteristiche sopradescritte e la relativa domanda assistenziale permettono di inquadrare a pieno titolo tale percorso nell'ambito della "sanità d'iniziativa", secondo il modello del Chronic Care Model (CCM).

Il trapianto di organo non rientra nelle patologie previste per lo sviluppo della Sanità di Iniziativa (denominazione del progetto di Chronic Care Model implementato in Regione Toscana dal 2010), ma, secondo quanto previsto nell'Accordo Integrativo Regionale per i Medici di Medicina Generale del Dicembre 2012, nel prossimo futuro la Sanità di Iniziativa si rivolgerà al "paziente complesso".

Infatti la maggior parte dei pazienti che richiedono un approccio multi professionale, multidisciplinare e con intervento proattivo sono in realtà affetti da molte patologie, eseguono terapie molto complesse e devono essere seguiti con attenzione globale alla persona, più che alla singola malattia. Non devono inoltre essere trascurati gli aspetti extraclinici (psicologici, sociali, culturali) che interferiscono in modo decisivo con l'andamento della presa in carico del paziente da parte del team curante.

Su queste basi, a maggior ragione, le persone trapiantate dovrebbero essere prese in carico

come "pazienti complessi" dal progetto della Sanità di Iniziativa che si sta attualmente estendendo a tutta la popolazione regionale e che si basa sempre più sulla nuova organizzazione dei Medici di Medicina Generale nelle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali).

Da curare in modo particolare in questa ottica sono due problemi:

- la formazione dei medici di medicina generale e degli infermieri che devono prendere in carico il paziente, visto che le caratteristiche cliniche e i bisogni del trapiantato sono senz'altro peculiari e poco conosciuti dai professionisti delle Cure Primarie. La formazione, sia che ci si avvalga di FAD o di formazione residenziale, dovrebbe essere rivolta specificamente ai professionisti che hanno in carico il paziente trapiantato;

- la comunicazione con i Centri Specialistici di riferimento deve essere basata su meccanismi semplici e facilmente utilizzabili. L'ideale sarebbe ovviamente la presenza di una cartella clinica condivisa dove siano raccolte le informazioni provenienti dalla Cartella del medico di medicina generale e da quella del Centro Specialistico. Deve essere comunque prevista una reperibilità bilaterale telefonica per le "urgenze" o tramite mail per i problemi meno urgenti e per informazioni generali.

Raccomandazioni

Ciascun Centro Trapianti deve avere un protocollo di follow up per il paziente trapiantato che tenga conto delle caratteristiche del paziente ricevente e delle caratteristiche dell'organo trapiantato. Nell'ambito del protocollo deve essere esplicitato il programma degli esami diagnostici e le visite di controllo da effettuare presso il Centro Trapianti e presso il centro Specialistico di riferimento. Tale protocollo deve soddisfare il debito informativo richiesto dal CNT. Il Centro Trapianti deve garantire una reperibilità telefonica per le "urgenze" o tramite mail per i problemi meno urgenti e per informazioni generali.

Allo scopo di permettere la condivisione sicura di tutti i dati sanitari del paziente in follow up tra, Centro Trapianti, Centro Specialistico territoriale di riferimento, servizi sanitari territoriali e medico di medicina generale/pediatri di libera scelta, deve essere implementata una cartella informatizzata sul server regionale, con possibilità di condivisione di informazioni provenienti sia dal Centro trapianti e dal Centro Specialistico di riferimento, sia dalla Cartella del medico di medicina generale.

Devono essere individuati i Centri Specialistici territoriali che rappresentino il punto di riferimento del Centro Trapianti, in cui operi almeno un referente specialista medico per la disciplina oggetto di trapianto ed un referente infermieristico. Tali centri specialistici di riferimento possono essere il punto di riferimento anche di più percorsi trapianto, dove possono alternarsi i vari specialisti medici di riferimento. Ogni Centro Specialistico di riferimento deve avere un'organizzazione di Day Service con una rete di servizi diagnostici e specialistici di riferimento.

Ciascun paziente dovrebbe essere preso in carico come "paziente complesso" nell'ambito dal progetto regionale della Sanità di Iniziativa, che si basa sempre più sulla nuova organizzazione dei medici di medicina generale nelle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali).

Al fine di permettere un efficace confronto dei risultati tra CT e Strutture specialistiche territoriali, le valutazioni dei livelli dei farmaci immunosoppressori, devono essere effettuate presso Laboratori centrali che utilizzino delle metodiche di dosaggio omogenee.

La distribuzione dei farmaci immunosoppressori deve essere logisticamente agile per il paziente (quantitativo, luogo di consegna, ecc).

Nell'ambito del Centro specialistico di riferimento deve essere prevista la creazione di un servizio infermieristico di Case Management che favorisca l'attivazione integrata dei vari servizi che possono essere utili al percorso assistenziale del paziente trapiantato e lo segua nelle sue varie necessità. Tale servizio sarà anche il promotore e coordinatore di eventuali interventi dei servizi territoriali, nonché il coordinatore di iniziative educative singole e/o di gruppo.

Deve essere garantita al paziente un'adeguata valutazione nutrizionale e impostato un corretto regime dietetico

Al paziente trapiantato deve essere garantito un percorso riabilitativo funzionale cardio-respiratorio precoce e tardivo, con possibilità di accedere successivamente ai programmi AFA e, se le Sue condizioni cliniche e funzionali lo permettono, anche in attività motorio-sportive non agonistiche e agonistiche. A tale scopo tutti i percorsi trapianto in fase precoce, dovrebbero essere ricomprese nell'elenco delle patologie per i cui esiti disabilitanti si possano richiedere percorsi di riabilitazione ambulatoriale secondo il percorso n. 3 dell'allegato A della DGR

595/2005. Al termine del periodo riabilitativo il paziente, che può essere considerato come soggetto portatore di sindrome cronica stabilizzata con possibile limitazione della capacità motoria, deve poter essere inserito nei programmi AFA per persone ad "alta disabilità" come previsto dalla DGR 459/2009, prevedendo obbligatoriamente una preventiva valutazione ergospirometrica da sforzo con valutazione medico sportiva. Nel caso in cui il paziente raggiunga un buon livello di fitness e voglia intraprendere un'attività sportiva agonistica potrà accedere ad un Centro di medicina dello sport autorizzato per la necessaria certificazione di idoneità.

Il paziente trapiantato deve poter essere seguito da un Servizio psicologico afferente al Centro Specialistico di riferimento, nell'ambito dei servizi di salute mentale territoriali, allo scopo di prevenire l'instaurarsi o curare eventuali problematiche legate al percorso trapianto. Tale servizio dovrà valutare in modo particolare la compliance alle cure, l'adattamento emotivo (vissuti post-trapianto) personale, familiare e sociale e la qualità della vita.

Il paziente, in caso di disagio sociale deve essere segnalato, da parte del Centro Specialistico di riferimento, ai Servizi sociali del territorio di residenza.

Il paziente se in età lavorativa e se in condizioni fisiche di farlo, con il supporto del Servizio di Medicina del lavoro aziendale, deve potere: riprendere la Sua attività lavorativa, se già lavorava precedentemente al trapianto; essere seguito nell'eventuale cambio di mansione lavorativa in cui è inserito, se rischiosa per le sue condizioni fisiche; accedere alle forme di collocamento protetto nel caso in cui non abbia il lavoro.

In tutti i casi deve potere accedere ai servizi di medicina legale del proprio territorio per tutte le tutele previste dalla normativa (esenzioni ticket per patologia, invalidità civile, handicap, permessi retribuiti per terapia antirigetto, ecc).

I Referenti specialisti medici e infermieri dei Centri Specialistici territoriali che verranno individuati come riferimenti per i vari percorsi trapianto, oltre ai medici di medicina generale ed infermieri della sanità di iniziativa che prenderanno in carico questi pazienti, devono essere sottoposti ad uno specifico training formativo (moduli FAD e moduli residenziali presso il CT) che verrà certificato in ambito OTT.



A cura della
Direzione Generale
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



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

ANTONIO PANTI

Travolti dalla medicina

I medici esercitano un dominio scientifico su tutto l'ambito della professione, nonostante l'estrema complessità della medicina moderna. Tuttavia il *burn out* insidia molti colleghi, e uno strisciante disagio affligge tutti. Vi è una crisi della medicina, cioè del riconoscimento di ruolo e dell'autonomia di giudizio, e una crisi nella medicina per la necessità di mutare atteggiamento rispetto alla appropriatezza, complessità, umanizzazione e personalizzazione delle cure. I medici sono più preoccupati della crisi della medicina, cioè del ritardo dei contratti, della responsabilità, della medicina difensiva, della mancanza di lavoro. Tuttavia, nella crisi della società e nel declino del *welfare*, la professione deve cambiare e non basta modificare le condizioni di lavoro. Valori, regole e metodi, antichi e collaudati, sono sempre validi? Non basta accusare il governo e le regioni quando la crisi è assai più vasta e la politica è sì troppo pervasiva e troppo economicista ma i motivi del disagio risiedono anche nella colossale ambiguità tra la fiducia acritica nella medicina e la sfiducia nei medici. Viviamo l'era della diffidenza.

Ripensare la medicina significa riflettere sul medico del futuro, su di un nuovo modello di relazione entro una rinnovata epistemologia della *precision medicine* che presuppone una diversa organizzazione del lavoro. Il dibattito si concentra sul celebre comma 566 e sull'articolo 22 del Patto per la Salute. L'incipit del comma 566: "*ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici*" ricorda il comma 22 del romanzo di Heller: "chi è pazzo può chiedere di essere esentato dal volo ma chi chiede di essere esentato non è pazzo". Poi il comma 566 sfuma tutto, competenze, ruoli e responsabilità di tutti i professionisti sanitari, rinviando alla formazione regionale. Migliori le premesse dell'articolo 22 sulle possibili carriere, anche queste tutte da inventare. Il vero problema è che si debbono dividere gli orticelli di ognuno, che il politico non va oltre la ricerca del consenso, che il malato vorrebbe soltanto essere curato bene e che gli attori del sistema non sembrano voler discutere tra di loro.

È chiaro che l'atto medico non si limita alle competenze specialistiche ma comprende ogni prestazione di cui ci si accolla responsabilità e scelta. Esistono competenze esclusive? Di certo la diagnosi e la *leadership* del processo di cura (del PDTA). Ma i confini debbono essere sfumati? Oppure ben definiti? Si deve ricorrere a reciproche invasioni di campo o concordare caso per caso, a seconda di esigenze locali, i rispettivi confini operativi? Se tutto fosse facile sarebbe già risolto. Ma facile non è. Forse potremmo individuare per ciascun percorso assistenziale le prestazioni autonome di ogni professionista, garantendo il ruolo guida del medico nell'interesse del paziente. Un medico, ovvio, che sappia parlare col paziente. Piaccia o no, ciascun professionista oggi è autonomo ma interdependente dagli altri. In questo caos immobile qualcosa accade nelle realtà locali, sommerse dalle necessità del momento, o per azione dei magistrati. I medici finora non hanno percepito il problema di definire il loro ruolo e le loro competenze (l'atto del medico). Ora vogliono riconosciuta la loro potestà clinica sul malato, senza ambiguità e senza definizioni gerarchiche, ma in modo inoppugnabile all'interno dell'organizzazione sanitaria ove agiscono le diverse professionalità che debbono essere governate sul piano clinico, pur nella loro autonomia.

La coincidenza della crisi della medicina con lo sviluppo inarrestabile della scienza favorisce il disagio di una categoria che si sente sottoutilizzata da un'organizzazione politica del tutto inadeguata. Il vero demansionamento consiste nella burocratizzazione dell'atto medico, nella disoccupazione strisciante, nella mancata programmazione formativa, nelle caotiche regole di accesso al lavoro, nell'incertezza giuridica, nei troppi condizionamenti al letto del paziente. Nessuno oggi può autodefinire il proprio ruolo, anche se non vi può essere dubbio sul ruolo di leader del medico. Su queste basi occorre cercare accordi e percorsi condivisi. Ma occorrono idee, fantasia e buona volontà. E ansia per il futuro quale solo i giovani possono avere.

TM

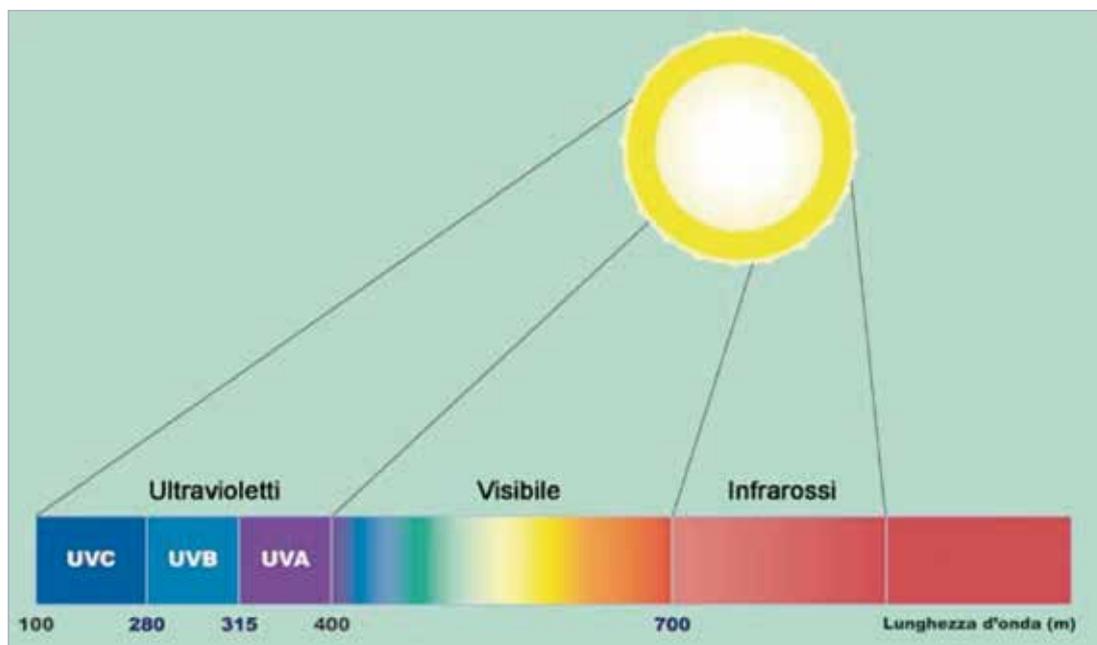
CONVEGNI

LA PATOLOGIA VULVO-PERINEALE

Corso ECM - 9/10 ottobre 2015, FIRENZE - Villa Montalto via del Salviatino 6, Firenze

Direttore del Corso Dr. Riccardo Rossi, S.C. Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Santa Maria Annunziata - ASL 10 Firenze. E-mail: dott.riccardorossi@libero.it. Il convegno è destinato ad un massimo di **150 partecipanti**, individuati in tutte le professioni, con maggiore attenzione alle discipline di: ginecologia, anatomia patologica, dermatologia, urologia, oncologia, ematologia, ostetricia, chirurgia plastica, chirurgia estetica, sessuologia, pediatria. **Segreteria Organizzativa Menthalia** Via Cardinal Latino, 20 - 50126 Firenze - Tel/fax: 055.6814494. eventi@menthalia.it - www.menthalia.it





La radiazione solare, le radiazioni elettromagnetiche.



Carla Buonamici, laureata in Medicina e Chirurgia, specialista in Malattie Infettive e in Igiene e Medicina Preventiva. Dal 1989 lavora in Sanità Pubblica, dal 1993 presso l'Azienda Sanitaria e Firense, occupandosi principalmente della sorveglianza igienico-sanitaria e della espressione di pareri in ambito di strutture scolastiche, recettive, estetiche, ambienti di vita e di lavoro.

CARLA BUONAMICI, GIORGIO GAROFALO, MARIA GRAZIA SANTINI

Sole e Solarium

Rischi derivanti dall'esposizione alle Radiazioni Ultra Violette

Buona parte delle radiazioni solari ad alta energia (radiazioni ionizzanti, UVC e gran parte degli UVB) è trattenuta dall'atmosfera terrestre (ruolo dell'ozono), mentre riescono a passare gli UVA, una piccola parte di UVB, le radiazioni visibili e gli Infrarossi.

Le radiazioni UV a maggiore energia hanno una più elevata capacità di provocare danno cellulare.

Le radiazioni UVA sono meno energetiche delle UVB; tuttavia hanno maggiore capacità di penetrare nei tessuti viventi.

Entrambi i fattori, alta energia e capacità di penetrazione, sono determinanti nel processo di cancerogenesi.

I Raggi UVB producono i loro effetti sugli strati più superficiali della pelle, e sono i principali responsabili degli eritemi solari e, nei casi più gravi, di ustioni; sono inoltre i responsabili dell'abbronzatura, stimolando la produzione di melanina.

Le Radiazioni UVA e UVB sono in grado di produrre danni a carico del DNA (mutazioni, scambi di cromatidi, aneuploidia, ecc.) che possono indurre cancerogenesi.

Gli organi bersaglio della Radiazioni UV sono principalmente la pelle e gli occhi, con effetti biologici a breve termine (da esposizione acuta) e a lungo termine (da esposizione cronica).

Sulla base della letteratura scientifica, l'Oms identifica nove patologie strettamente legate all'esposizione a radiazioni UV: melanoma cutaneo, carcinoma spinocellulare, carcinoma basocellulare, carcinoma squamoso della cornea e della congiuntiva, cheratosi, scottature, cataratta corticale, pterigio, riattivazione dell'Herpes labiale.

Secondo l'OMS ogni anno muoiono nel mondo circa 60.000 persone a causa della sovraesposizione ai raggi UV; circa il 90% del totale di melanomi ed altri tumori cutanei è attribuibile ai raggi UV.

Il melanoma è in progressivo aumento in tutto il mondo e a partire dal 2004 la sua incidenza nella popolazione di razza bianca è aumentata del 3% ogni anno.

Il melanoma cutaneo ha un'incidenza annua in Italia di 14,3 casi per 100.000 uomini e 13,6 casi per 100.000 donne.

In Toscana vengono diagnosticati 18 nuovi casi all'anno ogni 100.000 abitanti.

Il melanoma presenta una scarsa correlazione con l'esposizione radiante accumulata dall'individuo nel corso della vita: episodi saltuari di intensa esposizione che producano eritema, scottature e vesciche, soprattutto se avvenuti in giovane età, sono considerati fattori che aumentano considerevolmente il rischio di insorgenza di questa neoplasia.

U.F.C. Igiene e Sanità Pubblica - Dipartimento Prevenzione - Azienda Sanitaria di Firenze

		
Non è richiesta protezione	E' richiesta la protezione	E' richiesta una protezione supplementare
Si può rimanere all'aperto senza rischi	Cercate l'ombra nelle ore attorno a mezzogiorno! Mettetevi una maglietta, la crema protettiva e il cappello!	Evitate di stare al sole nelle ore intorno a mezzogiorno! Assicuratevi di trovare l'ombra! Maglietta, crema e cappello sono d'obbligo!

Indice UV - Schema di protezione solare consigliato con messaggi brevi ed efficaci.

I Solarium

Nel 2009 la IARC opera la revisione della classificazione degli agenti cancerogeni includendo la Radiazione Solare, la Radiazione UV (A, B, C) e i Dispositivi che emettono Radiazioni UV, nel Gruppo 1 dei cancerogeni per l'uomo.

Nello stesso anno, la IARC pubblica il report "A review of human carcinogens – Part D: radiation" da cui emerge che il rischio di contrarre il melanoma cutaneo è aumentato del 75% per chi utilizzi apparecchiature solarium prima dei 30 anni, e che vi sono consistenti evidenze di una correlazione positiva fra l'uso dei solarium ed il Melanoma oculare.

Di recente è stata pubblicata la ricerca "International Prevalence of Indoor Tanning. A Systematic Review and Meta-analysis" basata sulla revisione di 88 studi effettuati tra il 1992 e il 2013, relativi al rapporto tra l'esposizione alle radiazioni UV dei solarium e l'incidenza di tumori cutanei. Dalla ricerca emerge che, per coloro che utilizzano lampade abbronzanti, particolarmente in giovane età, il rischio di sviluppare

un melanoma va dal 2,6 al 9%, e il rischio che insorga un tumore della pelle non-melanoma può arrivare al 22%. In totale, l'esposizione alle radiazioni UV dei solarium sarebbe causa ogni anno di 10.000 casi di melanoma (di cui 3.400 in Europa) e di 450.000 tumori cutanei diversi dal melanoma.

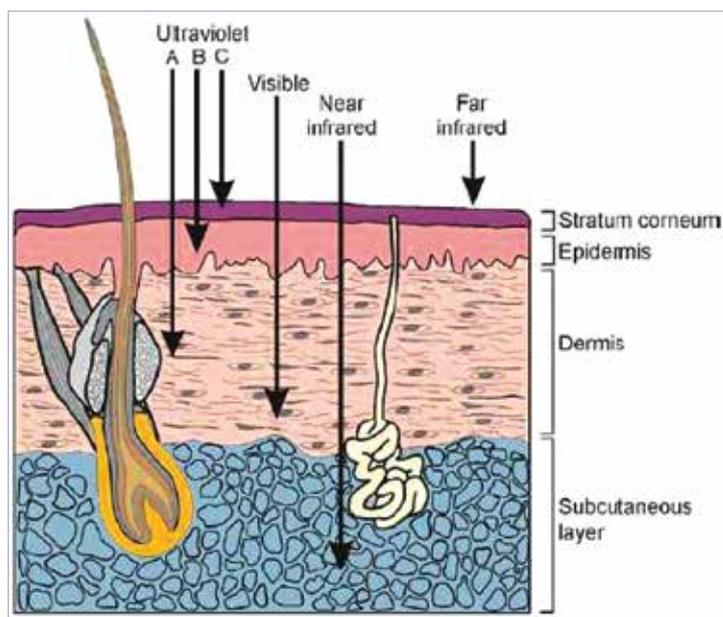
Non esiste una modalità di utilizzo dei solarium priva di rischi; anzi, l'esposizione a scopo estetico si somma al rischio accumulato con l'esposizione naturale al sole, aumentando il rischio complessivo di sviluppare patologie.

Per questo, l'OMS sconsiglia l'uso di apparecchiature per l'abbronzatura a chiunque.

Il rischio dipende essenzialmente dal tipo di radiazione UVA-UVB, dalla sua intensità, dal tempo di esposizione, dal fototipo del soggetto, dalle caratteristiche del solarium, dal livello di preparazione dell'operatore estetico.

Norme precauzionali

Le modalità di esercizio e le cautele d'uso dei solarium sono disposte dal D.M. 110/2011,



Organi bersaglio: la cute.

in base al quale i solarium devono rispettare il valore limite di $0,3 \text{ W/m}^2$ di "irradianza efficace eritemale", corrispondente all'intensità della radiazione.

Tale limite, pur introdotto a tutela della salute, non rappresenta un valore soglia al di sotto del quale non è possibile avere effetti dannosi; basti pensare che tale valore corrisponde all'irradiazione solare che si ha alle ore 12 all'equatore.

L'utilizzo del solarium è proibito per (D.M. 110/2011): minori di 18 anni, donne in gravidanza, soggetti che soffrono o hanno sofferto di neoplasie della cute o che hanno una familiarità per queste patologie, soggetti che non si abbronzano o che si scottano facilmente al sole (fototipi I e II).

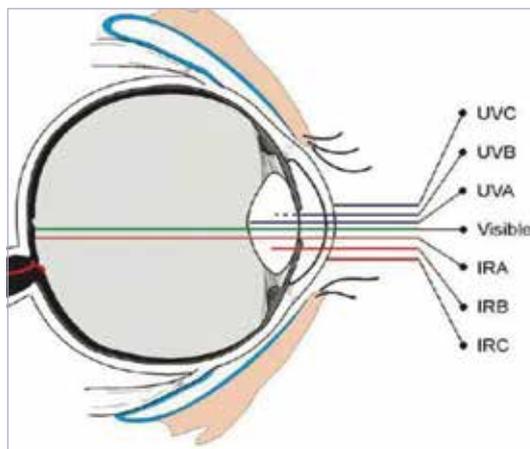
L'abbronzatura naturale e artificiale è inoltre sconsigliata a: soggetti con un elevato numero di nei (> 25), soggetti che tendono a produrre lentiggini, individui con una storia personale di frequenti ustioni solari nell'infanzia e nell'adolescenza, persone che assumono farmaci fotosensibilizzanti, soggetti con patologie dermatologiche che possono essere aggravate dall'esposizione ai raggi UV.

Attività del Dipartimento di Prevenzione

Il controllo sulle attività di Estetica, in particolare la sorveglianza sulle condizioni e modalità di esercizio, è un ambito in cui la U.F.C. Igiene e Sanità Pubblica esplica le proprie competenze ed elabora specifici piani di attività.

In particolare, la sorveglianza sull'utilizzo delle apparecchiature per l'abbronzatura artificiale è uno degli interventi prioritari per la tutela della salute collettiva.

Recentemente il Dipartimento di Prevenzione si è dotato di un apparecchio, il Fotoradiometro, che consente di effettuare la misura dei valori di irradianza dei solarium, e quindi la verifica del rispetto del valore limite di emissione.



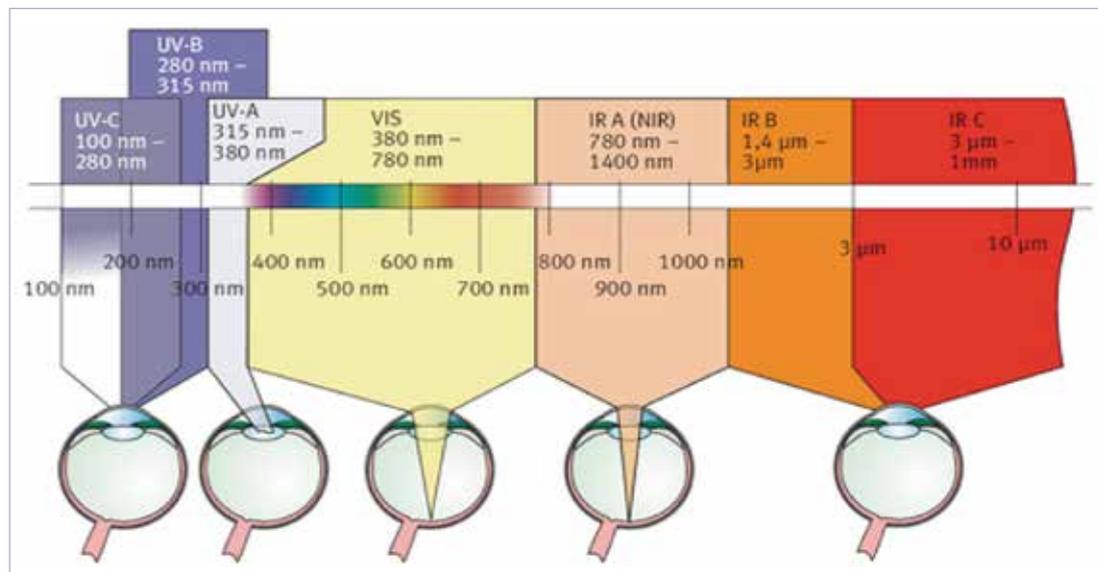
Organi bersaglio: l'occhio.

I controlli hanno lo scopo di garantire alla popolazione l'utilizzo di apparecchi "sicuri" che rispettano i valori di emissione consentiti dalla legge.

Lo scopo inoltre è quello di riuscire a sensibilizzare gli operatori del settore in merito all'importanza della corretta gestione e manutenzione degli apparecchi solarium per la prevenzione dei rischi sanitari, sia dei clienti che degli operatori stessi.

Un ruolo importante nella prevenzione dei rischi può infatti essere svolto dallo stesso operatore estetico in base al proprio livello di preparazione e professionalità; si ritiene auspicabile l'introduzione di specifici corsi di formazione per operatori del solarium, in aggiunta alla preparazione base per la qualifica di estetista. **TM**

Info: giorgio.garofalo@asf.toscana.it



Organi bersaglio: l'occhio.



Luca Salimbeni, Resp. di Branca presso il Servizio di Dermatologia Oncologica del Calcit e Responsabile di Branca presso gli Ambulatori della Venerabile Arciconfraternita della Misericordia di Firenze. Ha collaborato con l'Associazione Nazionale Tumori per "progetto melanoma". Ha conseguito l'idoneità all'esercizio di emergenza sanitaria territoriale ed è abilitato alla medicina generale.

LUCA SALIMBENI, VANNI GIANNOTTI¹, LUCIO MARADEI²,
RITA CAMAIANI³, VALENTINA VIERI³, ROSSANO VERGASSOLA⁴

Studio prospettico su casi di melanoma in quindici anni di attività del Servizio di Dermatologia Oncologica del C.A.L.C.I.T. Chianti Fiorentino

Introduzione

Quindici anni di ininterrotta e crescente attività di prevenzione del melanoma maligno, tumore fra i più aggressivi nella sfera delle neoplasie cutanee, impongono un'attenta riflessione sull'attività svolta e sui risultati ottenuti.

Questi ultimi, in particolare, si sono resi possibili grazie agli stretti proficui rapporti di collaborazione con la U.O. Chirurgia Plastica dell'ospedale di Santa Maria Annunziata (OSMA) e con il Servizio di Dermatopatologia OSMA diretto dal Dr. Carmelo Urso. Questo lavoro, frutto della nostra esperienza nel settore specifico, vuole offrire un contributo, anche se piccolo, alla casistica clinica, a totale beneficio dei pazienti che ricorrono alle prestazioni del CALCIT. Nostra intenzione è migliorare sempre di più il nostro Servizio di Dermatologia Oncologica e per questo occorre l'aiuto di tutti: questo è il nostro obiettivo clinico terapeutico.

Organizzazione del Servizio di Dermatologia Oncologica del Calcit

Ogni paziente che si presenta nel nostro Centro per una visita di "controllo nei-prevenzione oncologica", dopo la compilazione della cartella clinica con accurata anamnesi mirata (familiarità per melanoma, fototipo, eritemi ed ustioni solari in età pediatrica ...), è sottoposto a un rigoroso esame di tutta la superficie cutanea e mucosa con dermatoscopia ad epiluminescenza. Nel caso di lesioni sospette o clinicamente certe di melanoma, il paziente viene sottoposto a biopsia escissionale della lesione, previo consenso informato. La refertazione istologica viene prodotta in tempi relativamente brevi in doppia copia, di cui una consegnata al paziente e l'altra allegata alla cartella clinica. In caso di risposta istologica positiva ci siamo avvalsi

della collaborazione del Centro di Riferimento di Chirurgia Plastica-Prevenzione Melanoma OSMA per l'allargamento della lesione chirurgica e l'adeguamento dei margini. I pazienti con diagnosi di melanoma maligno sono sottoposti a rigoroso *follow-up*, secondo le "linee guida clinico-laboratoristiche e strumentali", avvalendosi di preziosi collaboratori radiologi ecografisti. A tutt'oggi abbiamo registrato due casi di decesso per melanoma maligno, di cui uno in un paziente affetto oltre che dal melanoma cutaneo, da melanoma esofageo e del condotto uditivo (caso di raro riscontro in letteratura scientifica).

Risultati

Dal 2000 al 2015 abbiamo diagnosticato 167 casi di melanoma, così suddivisi: 82 casi in pazienti di sesso femminile e 85 di sesso maschile. In particolare l'età media dei soggetti colpiti da melanoma nel sesso femminile è di 51 anni, nel sesso maschile di 53 anni. Nei grafici 1, 2 e 3 sono riportati i casi di melanoma anno per anno, con una media di 10,8 casi all'anno.

Istotipo

La diagnosi precoce di melanoma, arma indispensabile per combattere la neoplasia, ci ha permesso di scoprire 43 melanomi in situ, essendo così riusciti a cogliere in tempo la lesione. Seguono 55 melanomi a diffusione superficiale, 5 lentigo maligne di Hutchinson, 25 melanomi lentiginosi, 21 melanomi microinvasivi, 2 melanomi inclassificabili, 4 melanomi nodulari, 2 melanomi pagetoidi, 1 melanoma spitzoide, 1 melanoma di Spitz, 2 melanomi a cellule fusate, 1 melanoma su lentigo, 1 melanoma acrale lentiginoso, 1 melanoma della matrice ungueale, 3 melanomi nevoidi.

¹ Ricercatore Chirurgia Plastica O.S.M.A., Firenze

² Chirurgo ecografista CALCIT

³ Infermiere professionale

⁴ Direttore sanitario CALCIT

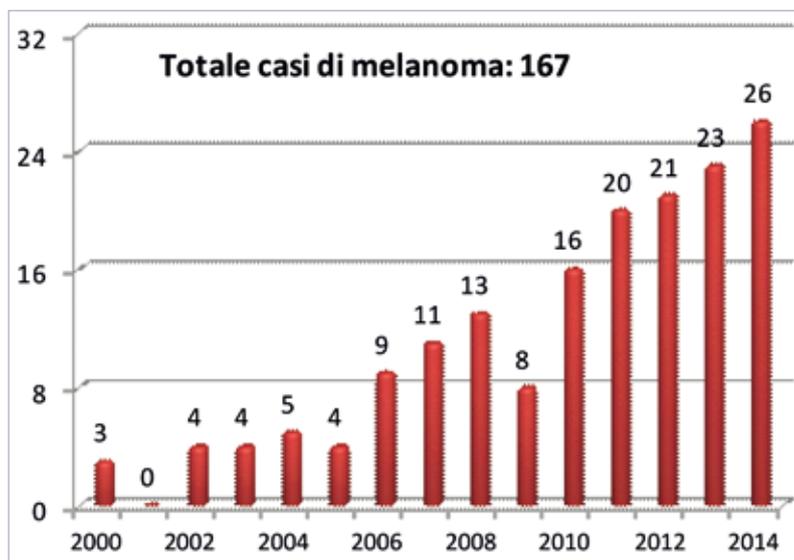


Grafico 1 - Totale casi di melanoma

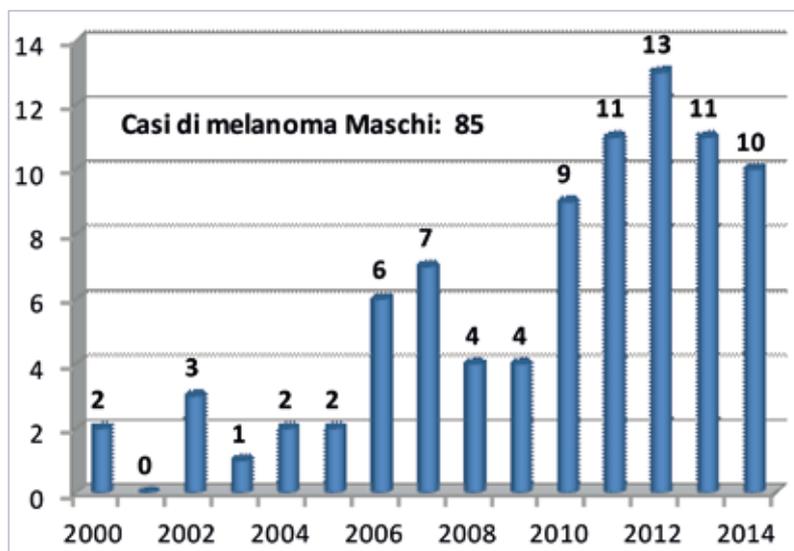


Grafico 2 - Totale casi di melanoma nel sesso maschile

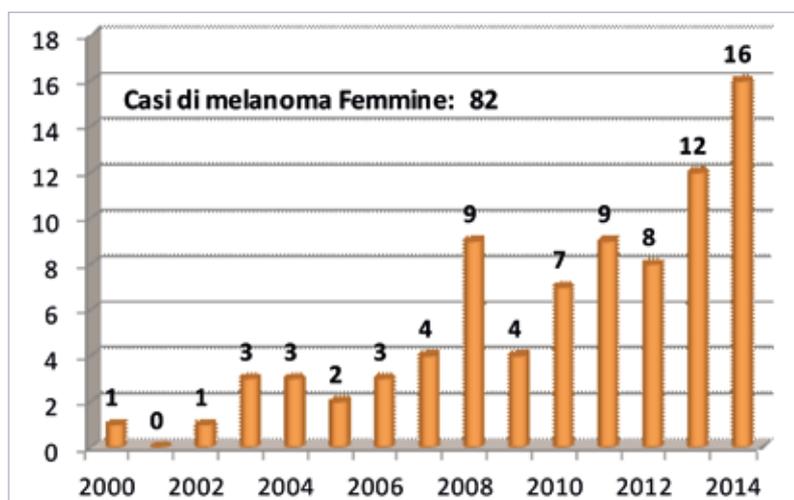


Grafico 3 - Totale casi di melanoma nel sesso femminile

Sedi

Nella Tabella 1 vengono indicate le incidenze percentuali delle sedi anatomiche colpite, suddivise per sesso. Questi dati appaiono in sintonia con la letteratura.

Spessore

Importantissima, ai fini prognostici e della sopravvivenza del paziente, è stata la valutazione dello spessore della neoplasia. È stato sufficiente l'allargamento profilattico della escissio-

Incidenza sedi anatomiche colpite			
Femmine	%	Maschi	%
Arto inferiore	51	Arto inferiore	3
Dorso	30	Dorso	50
Mammella	2	Volto	2
Addome	5	Cuoio capelluto	1
Piede	1	Addome	5
Gluteo	1	Piede	1
Regione lombare	3	Regione lombare	1
Regione toracica anteriore	2	Regione toracica anteriore	7
Arto superiore	5	Arto superiore	30

Tabella 1 - Incidenza sedi anatomiche colpite

ne nei 43 casi di melanoma in situ e nei 5 di lentigo maligna. Gli altri casi al momento della diagnosi registravano uno spessore indice di maggiore invasività. In 73 casi la lesione aveva uno spessore compreso fra 0,2-0,5 mm; in 20 casi, lo spessore era compreso fra 0,6-1 mm; in 17 casi, lo spessore era superiore a 1 mm.

Per il melanoma della matrice ungueale è stato impossibile per l'anatomopatologo eseguire misure dello spessore perché era già stato trattato da altri colleghi con onicectomia totale con diagnosi di "onicomicosi".

Nei casi del melanoma a diffusione superficiale in regressione e nei casi dell'inclassificabile, non è stato possibile sapere lo spessore: attualmente i pazienti sono stati sottoposti ad ampliamento chirurgico della lesione e siamo in attesa dell'esito istologico.

Considerazioni e conclusioni

Il CALCIT ha come obiettivi destinare le sue risorse al sostegno del Servizio Sanitario Pubblico e approfondire ogni sforzo nell'ambito della prevenzione oncologica, cercando di agevolare in ogni modo e con ogni aiuto gli utenti che ivi afferiscono. Ha messo in campo tutte le nostre forze finanziarie e professionali mediche per supportare le Strutture Pubbliche sanitarie e per dare alla cittadinanza un concreto contributo medico professionale nella prevenzione dei tumori. Fra questi, il melanoma è senz'altro una delle neoplasie della cute delle più temibili, ma

Tabella 2 - Spessore melanoma

Melanoma in situ	48
Lentigo maligne (Melanoma in situ)	5
Melanoma Spessore 0,2-0,5	64
Melanoma Spessore 0,6-1	20
Melanoma Spessore >1	17
Melanoma invasivo	2
Melanoma non classificabile	2
Non valutato	5
Residui intraepidermici	1
Melanoma a diffusione superficiale in regressione	3

anche con un'alta incidenza di sopravvivenza se diagnosticato in tempi rapidi. Possiamo perciò ritenerci soddisfatti del lavoro svolto ma non ap pagati: bisogna ridurre ancora i tempi di attesa, migliorare le nostre conoscenze scientifiche, fornire migliori risposte sanitarie al cittadino.

La fattiva collaborazione con la U.O. Chirurgia Plastica-Prevenzione Melanoma e il Servizio Dermatopatologia ci hanno dato un grosso e concreto aiuto. Ormai il Calcit - Chianti Fiorentino è una realtà consolidata nel tessuto sanitario: sta a noi mantenere, migliorare ed estendere il nostro Centro, con la professionalità e la bravura dei colleghi che ci lavorano e la indispensabile collaborazione dei volontari. **TM**

Info: dermluc@infinito.it

LEGENDA

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

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



Codice QR - Rimando Link esterno con cellulare



URL - Rimando Link esterno



Sommarrio - Rimando pagina interno



E-mail - Rimando programma e-mail

ALLAMAN ALLAMANI, ALBERTO CENTURIONI¹, STEFANO INNOCENTI²,
ANNA MUSTUR³, GIOVANNI FIDANZINI⁴, MAURIZIO PULITI⁵

Opinione dei medici di medicina generale sul bere degli assistiti e formazione alcolologica in Toscana



Allaman Allamani,
Medico psichiatra.
Già aiuto di
Gastroenterologia
all'ospedale di Careggi, e
coordinatore del Centro
Alcolologico dell'Azienda
Sanitaria di Firenze, è
attualmente consulente
dell'Agenzia Regionale
di Sanità della Toscana
per un progetto europeo
di politiche alcolologiche.
È membro dell'Istituto
di Formazione
Psicosomatica di Firenze.

Bere a Rischio in Italia

Parallelamente ai cambiamenti negli stili di vita, e al moltiplicarsi dei problemi di dipendenza da gioco d'azzardo patologico, da uso e abuso di psicofarmaci e da sostanze illegali, oltre che da bevande alcoliche, gli italiani appaiono oggi più aperti che in passato a riferire dei loro possibili problemi in quest'ambito. Qui hanno un ruolo particolare di prevenzione i medici di medicina generale (MMG). Peraltro la percezione che i medici di medicina generale italiani hanno dei problemi da alcol sembra ancora incline a distinguere tra bevitori senza problemi da un lato, e alcolisti dall'altro, secondo una persistente tradizione culturale. Le indagini compiute negli ultimi 5 lustri indicano, in modo abbastanza concorde, che i medici di medicina generale sono in grado di riconoscere tra i loro assistiti il 4-11% dei bevitori a rischio e lo 0,8-1,9% degli alcolisti; tali percentuali, anche se appaiono sottostimare il fenomeno, si avvicinano ai dati forniti dalle indagini su popolazione generale (12% di bevitori a rischio e 2% di alcolisti). In ogni caso distinguere tra alcolodipendenti, o alcolisti, e bevitori a rischio, impegna i medici a inviare i primi a strutture specialistiche o a gruppi dedicati, e a motivare i secondi a un cambiamento nel bere.

La formazione dei medici di medicina generale alla comunicazione sul bere coi propri assistiti

Lo studio collaborativo europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sull'identificazione precoce del bere a rischio e l'intervento educativo breve, ai fini della riduzione o cessazione

del consumo a livello di assistenza primaria - a cui hanno partecipato cinque istituzioni italiane, di cui due fiorentine - ha prodotto un documento e delle linee guida di formazione, facilitando l'attuazione di corsi di formazione alcolologica per i medici di medicina generale, che sono in effetti scarsamente rappresentati, se non assenti, nei corsi universitari e nella formazione post-laurea.

Nell'ambito dei corsi di formazione permanente per i medici di medicina generale dell'area fiorentina, quello denominato "Alcologia e Medicina Generale: un modello pratico", è stato attuato presso la ASL di Firenze in sei diverse giornate nel periodo 2010-2012. Il corso ha avuto come finalità il miglioramento della comunicazione dei medici di medicina generale verso il paziente con problemi da alcol e della capacità di intervenire nei confronti dei propri assistiti per promuovere la riduzione o cessazione del bere nel caso di bevitori a rischio. Vi hanno partecipato 184 medici, più del 25% degli aventi diritto ai previsti corsi di formazione obbligatoria. Il programma, che è presentato qui sotto, ha avuto un riscontro positivo tra i partecipanti.

Un'indagine sulle opinioni dei medici di medicina generale

Comprendere i punti di vista dei medici di medicina generale circa la loro comunicazione con gli assistiti quando affrontano l'argomento del bere può dare informazioni utili a migliorare la formazione del medico per identificare e trattare i bevitori a rischio. A tale scopo ci si è serviti del questionario BIQ (*Brief Intervention Questionnaire*), che

Alcologia e Medicina Generale: un modello pratico CORSO PER MMG dell'Azienda Sanitaria Firenze

08,15-08,45	Introduzione e obiettivi del corso
08,45-10,30	Metabolismo dell'alcol. Bere a rischio, bere dannoso e dipendenza alcolica. Patenti per I a guida
10,30-10,45	Intervallo
10,45-12,00	Identificazione precoce e intervento breve per i bevitori a rischio
12,00-12,45	Comunicazione col paziente e motivazione al cambiamento
12,45-14,00	Pranzo
14,00-16,30	Comunicazione: casi clinici videoregistrati, gioco dei ruoli con simulazione di casi problematici
16,30-16,45	Intervallo
16,4-18,00	L'uso di <i>Millewin</i> col computer e le possibili connessioni col sistema informativo regionale
18.00-18,15	Post test e chiusura del corso

¹ Educatore professionale, psicologo, già docente a contratto in Comunicazione Terapeutica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Firenze, formatore in Corsi post Universitari

² Medico di medicina generale, ASL 10 Fiesole, specialista in malattie dell'apparato digerente, esperto in problemi alcolologici

³ Medico di medicina generale, ASL 10 Sesto Fiorentino, Animatore di Formazione ASL 10

⁴ Medico di medicina generale, ASL 10 Firenze, Animatore di Formazione ASL 10

⁵ Medico di medicina generale, ASL 10 Sesto Fiorentino, Animatore di Formazione ASL 10

è costituito da 25 domande, basate sullo studio collaborativo dell'OMS e già validato per l'Italia. Il questionario è stato somministrato ai partecipanti ai suddetti corsi al momento del loro inizio. Centocinquanotto medici di medicina generale (86% dei partecipanti) hanno restituito il questionario. Si è trattato di 98 uomini e 60 donne, tra 41 e 68 anni, con età di servizio tra i 10 e i 40 anni.

Risultati

La grande maggioranza - oltre il 90% - dei rispondenti ha dichiarato di aver bisogno di una preparazione alcolologica per l'identificazione precoce dei bevitori a rischio e per effettuare un intervento breve nei loro confronti; nel 70% dei casi si sono auspicate una specifica informazione o una formazione pratica sul problema.

In Tabella 1 sono riportate in dettaglio alcune tra le risposte fornite, quelle sulla soglia del rischio alcolico e sulla comunicazione con gli assistiti sul bere a rischio, così come percepite dai medici di medicina generale.

Conclusione

Dall'insieme delle risposte fornite dai partecipanti, appare evidente che i medici desiderano avere un'informazione aggiornata sul bere a rischio, e un approfondimento delle loro abilità comunicative, che a loro sembrano spesso limitate quando devono toccare il tema del bere con l'assistito. Anche se è possibile che i medici di medicina generale siano in grado di comunicare coi loro pazienti meglio di quanto essi stessi non credano, i corsi di formazione alcolologica per loro pianificati dovrebbero confermare e rinforzare le loro competenze relazionali, migliorandone la capacità di identificazione dei bevitori a rischio e di educazione al cambiamento dello stile di vita. In particolare, è cruciale la formazione all'uso di un approccio non giudicante, paziente e neutrale nell'affrontare l'argomento del bere.

Un ringraziamento alla sig.ra Vincenza Cerfeda, ufficio Formazione Asl 10 fiorentina.

TM

Info: allamana@gmail.com

Tabella 1

Domanda 1: I medici sono in grado di definire correttamente i limiti del bere a rischio?

Soglia di rischio per consumo di bevanda alcolica, in grammi di alcol puro/dì	Opinione del MMG Per gli assistiti (M) N %		Opinione del MMG Per le assistite (F) N %	
20-30 (M) 10-20 (F)	54	42.5	101	70.6
30-40g(M) 20-30 (F)	58	45.7	42	29.4
sopra 30-40g(M) 20-30 (F)	15	11.8	-	
Totale	127	100.0	143	100.0

Risposta: i valori di soglia di rischio su cui oggi vi è consenso, cioè 30-40gr di alcol al dì per i maschi, e di 20-30 gr di alcol al dì per le femmine, sono stati correttamente riconosciuti rispettivamente solo dal 48% e dal 29% dei partecipanti, mentre quantità inferiori alla soglia di rischio sono state attribuite dal 42% per i pazienti maschi e dal 71% per le pazienti femmine. Il 12% indicava invece rischiose (per i soli maschi) quantità in realtà superiori alla soglia.

Nell'insieme, i medici di medicina generale appaiono solo in parte aggiornati sui limiti del rischio alcol. Hanno poi mostrato un atteggiamento assai più restrittivo verso il bere femminile.

Domanda 2: Come i medici sono in grado di affrontare il tema del bere coi loro assistiti? E, una volta introdotto l'argomento, qual è stata la loro opinione sulle reazioni degli assistiti?

	Atteggiamento dei MMG sul tema del bere N %	Opinione dei MMG sulle reazioni dell'assistito una volta introdotto il tema del bere N %
positivo	73 47,7	32 20,9
problematico	80 52,3	121 79,1 (indifferente o negativo)
Totale	153 100,0	153 100,0

Risposta: Il 52% dei medici ha difficoltà ad affrontare il tema "bere" con i propri pazienti, e il 79% suppone che i pazienti non diano attenzione, o addirittura rispondano negativamente, a tale argomento.

Nell'insieme, i medici di medicina generale sentono di poter avere problemi di comunicazione con i propri pazienti circa la questione del bere, e si aspettano che la reazione del paziente sia ancora più problematica se confrontata col proprio atteggiamento sul tema.

Domanda 3: Qual è l'opinione dei medici di medicina generale sulla propria efficacia nel modificare il bere dei loro assistiti?

	Opinione dei MMG sulla propria efficacia nell'indurre modifiche nel bere dell'assistito N %
positiva	70 47,3
poca/negativa	78 52,7
Totale	148 100,0

Risposta: più della metà dei rispondenti (53%) si considera poco o punto efficace nell'indurre modifiche nel bere dei loro assistiti; il 47% dà un giudizio positivo sulla propria efficacia.

Spesso i medici di medicina generale non sembrano nutrire fiducia sulla propria capacità d'indurre cambiamenti nel bere dei loro pazienti.

FEDERICA CHECCUCCI, LUDOVICA TAMBURINI¹, ANTONIO GANT², DILETTA CALAMASSI³

Percezioni degli utenti e degli operatori coinvolti nel Chronic Care Model

Uno studio descrittivo



Federica Checcucci, dal 2/2/2015 assunta presso "The Rotherham Foundation Trust", come Staff Nurse in Stroke Unit. Laurea in Infermieristica nel 2014, presso Università degli Studi di Firenze. Laurea in Studi Internazionali nel 2009, presso la Facoltà di Scienze Politiche di Firenze.

Introduzione

Il cambiamento epidemiologico-anagrafico verificatosi nel corso degli ultimi decenni e la crisi economico-finanziaria, che ha progressivamente ridotto le risorse destinate al settore sanitario, hanno trovato risposta nella rivisitazione del sistema delle cure primarie con il passaggio dalla "medicina d'attesa", incentrata sul trattamento dell'episodio acuto, alla "medicina d'iniziativa", finalizzata ad impedire l'insorgenza di patologie croniche e a prevenirne riacutizzazioni e complicanze.

In Regione Toscana, nel 2010, si è innovata l'assistenza al paziente cronico attraverso l'adozione del *Chronic Care Model* (nella versione *Expanded*), ideato alla metà degli anni '90 dal professor Wagner, e ad oggi, sono quattro le malattie croniche prese in considerazione: diabete mellito, scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria in bronco pneumopatia cronica ostruttiva ed ictus.

A distanza di quattro anni dall'inizio di questa esperienza si è voluto indagare percezioni e soddisfazione di utenti ed operatori.

Percezioni di utenti e operatori

A fine 2014 è stata condotta una indagine, ispirata allo studio di Noël et al. "*Alignment of patient and primary care practice member perspectives of chronic illness care: a cross sectional analysis*" (2014), con il duplice intento di rilevare percezioni e soddisfazione di operatori ed utenti coinvolti nel nuovo modello organizzativo-gestionale ed individuare le discrepanze tra ciò che gli operatori percepiscono rispetto alla soddisfazione dell'utenza e la soddisfazione espressa da quest'ultima.

L'indagine è stata condotta mediante la somministrazione di questionari anonimi, redatti in modalità cartacea per gli utenti e in modalità online per gli operatori. Le domande sottoposte agli utenti sono state ideate facendo riferimento ad un recente studio condotto dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Per la costruzione dei questionari online è stato utilizzato il sistema "Google Drive".

Complessivamente, la ricerca ha coinvolto 25 utenti e 6 infermieri operativi nei moduli della bronco pneumopatia cronica ostruttiva del *Chronic Care Model* dell'AUSL 10 di Firenze, (Zona Nord Ovest).

Dall'elaborazione delle risposte è emerso che sia il personale che gli utenti ritengono che il nuovo modello organizzativo assicuri un'efficace gestione delle malattie croniche.

Tutti i 25 utenti intervistati hanno espresso soddisfazione per i servizi offerti (Tabella 1) e l'80% ha notato miglioramenti nella gestione a casa della propria malattia, tanto che anche le percezioni rispetto al *team* e al *self-management support* sono risultate positive (Tabelle 2 e 3).

In merito agli infermieri intervistati tutti hanno riscontrato, con l'attuazione della nuova gestione, benefici sullo stato di salute dei propri assistiti (Tabella 4).

Le percezioni del personale e quelle dei pazienti sono risultate sovrapponibili e non sono state individuate sostanziali discrepanze tra le due controparti. L'unico dato in controtendenza, rispetto alle percezioni per lo più positive emerse con l'indagine, riguarda l'insoddisfazione manifestata da

Tabella 1 - Grado di soddisfazione dell'utenza

Si ritiene complessivamente soddisfatto dei servizi offerti nell'ambito del Chronic Care Model?	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulativa
abbastanza	3	12,0%	12,0%
moltissimo	13	52,0%	64,0%
molto	9	36,0%	100,0%
Totale	25	100,0%	100,0%

Tabella 2 - Grado di fiducia nel personale infermieristico

Lei ha fiducia nei confronti degli infermieri che lavorano negli ambulatori dedicati al Chronic Care Model?	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
moltissimo	17	68,0%	68,0%
molto	8	32,0%	100,0%
Totale	25	100,0%	100,0%

¹ Infermiera - Pisa

² Infermiere Dirigente - Firenze

³ Infermiera - Firenze

Tabella 3 - Aderenza all'educazione

Ha seguito i consigli ricevuti dagli infermieri che lavorano negli ambulatori dedicati al CCM, apportando modifiche nel proprio stile di vita?	Frequenza	Percentuale	Percentuale Cumulativa
abbastanza	7	28,0%	28,0%
moltissimo	6	24,0%	52,0%
molto	12	48,0%	100,0%
Totale	25	100,0%	100,0%

una delle sei infermiere nei confronti del clima instauratosi all'interno del *team* multiprofessionale al quale appartiene. Alla luce del fatto che il lavoro di squadra è ampiamente enfatizzato e assume un ruolo chiave nella concezione "wagneriana" di assistenza alla cronicità, il giudizio negativo attribuito a tale aspetto, risulta degno di essere citato. Infine, appare da sottolineare il fatto che tutti gli infermieri hanno segnalato la necessità di implementare momenti formativi comuni con gli altri membri del *team* ed hanno espresso il desiderio di partecipare a percorsi specifici su alcune tematiche: tecniche di *counseling*, lavoro in squadra, elementi di patologia/clinica sulle malattie croniche gestite, addestramento all'utilizzo delle apparecchiature e tecniche organizzativo-gestionali.

Conclusioni

È opportuno sottolineare che i dati presentati sono tra i primi in Toscana relativamente alla

soddisfazione degli utenti inseriti nei moduli per la gestione della bronco pneumopatia cronico ostruttiva.

In generale, gli intervistati sembrano apprezzare le innovazioni introdotte dal nuovo modello organizzativo per il trattamento della cronicità e non sono emerse significative divergenze di opinione tra le due popolazioni intervistate. In definitiva, sia le infermiere che i pazienti ritengono che la nuova organizzazione assicuri un'efficace gestione della cronicità.

Per valutare l'efficacia effettiva del *Chronic Care Model* è però utile rifarsi ad altri studi.

Ulteriori indagini potrebbero risultare utili per fornire alla *governance* regionale e agli operatori impegnati sul campo, informazioni sugli ambiti nei quali la presa in carico può essere ulteriormente migliorata.

TM

Info: fede.checcucci@gmail.com

Tabella 4 - Ricadute sullo stato di salute

Con la presa in carico nell'ambito del CCM, ritiene che i pazienti abbiano ottenuto benefici in termini di salute?	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulativa
Abbastanza	4	66,7%	66,7%
Molto	2	33,3%	100,0%
Totale	6	100,0%	100,0%

ORDINE DI FIRENZE

E-mail e PEC:

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

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Commissione Odontoiatri:

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

Consulenze e informazioni:

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

Newsletter:

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

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

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

PIERO SALVADORI, LORETA DE CAROLIS¹

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

Tra CDS, CDS-like, qualche risultato e una Federazione Internazionale

Casa Della Salute (CDS): la storia del "modello". Questa denominazione ha fatto la sua comparsa nell'anno 2006, anche se alcuni concetti fondamentali erano già riportati nelle leggi 229/99 e 328/2000. Fu il Ministro della Salute, Livia Turco, che nel 2007 usò questo termine, promuovendo l'incontro nazionale: **"Costruiamo insieme la Casa della salute"** (Roma - 22.03.07) cui presero parte gli Assessori regionali alla sanità, le associazioni dei cittadini, i sindacati e i rappresentanti delle professioni sanitarie. Nel 2007 la Legge Finanziaria stanziò un fondo specifico di 10 milioni di euro per finanziare progetti presentati dalle regioni sul modello CDS atti a "valutare l'efficacia, i costi, i tempi di realizzazione ed i risultati attesi".

Negli anni i modelli implementati dalle Regioni, sono stati molto vari, ricchi di originalità e di acronimi (Tabella 1).

In realtà tutte queste strutture proposte, presentano un *minimo comun denominatore* che è la massima integrazione tra tutto il personale al fine di fornire ai cittadini quello che già i Paesi firmatari della dichiarazione di Alma Ata, nel lontano 1978, definiscono come Primary Health Care (PHC) e cioè il *primo livello di contatto tra gli individui, la famiglia e la comunità con il sistema sanitario nazionale, che porta l'assistenza sanitaria il più vicino possibile a dove la gente vive e lavora e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria.*

Molte di queste strutture assomigliano al modello toscano di CDS e potremmo pertanto definirle come "CDS-like", nel senso che tutte

più o meno prevedono simili caratteristiche costitutive.

Ma quali possono essere appunto le caratteristiche costitutive di base di una CDS o CDS-like o come detto il minimo comun denominatore?

Questo anche per distinguere queste strutture dal "vecchio e classico" Distretto Socio Sanitario di base dell'art.10 della legge 833, del sempre lontano 1978. Possiamo provare a sintetizzare alcuni elementi fondamentali, sui quali costruire un modello credibile e confrontabile di CDS? Anche se ogni volta che definiamo sempre più accuratamente una struttura, lasciamo sempre meno spazio alla "flessibilità organizzativa", ma è pur vero anche che, in ossequio alla chiarezza e trasparenza, bisognerà pur scendere nel concreto, fare delle scelte e definire "la cosa".

Un tipo di minimo comun denominatore ovvero i criteri di minima per definire una struttura come CDS o CDS-like potrebbero essere quelli riportati nella Tabella 2:

Inoltre ci potremmo chiedere, come giustamente si chiedeva la Finanziaria 2007: "ma un tale modello, almeno dal punto di vista economico, visti anche i tempi di spending review, cosa comporta?".

Nella AUSL 11 tra le 7 CDS attualmente in funzione sono state esaminate le performance di 4 che risultavano già aperte al 1.12.13. I dati estratti si riferiscono ad un lasso temporale che va dal 1.1.14 al 31.05.14 e si riferiscono ad un campione di 45.400 abitanti su una popolazione totale della AUSL 11 di circa 240.000 abitanti.

Tabella 1 - CDS e CDS-like.

Tipologia di struttura	Acronimo	Regione
Casa della Salute	CDS	Toscana, Emilia Romagna, Umbria, Marche, (Molise), Lazio, (Liguria)
Palazzo della Salute	PDS	Liguria
Presidi Territoriali di Assistenza	PTA	Sicilia, Molise, Abruzzo
Unità Territoriali di Assistenza Primaria	UTAP	Veneto, (Abruzzo)
Centri di Assistenza Primaria	CDA	Piemonte
Struttura Polifunzionale per la Salute	SPS	Campania
Assistenza Territoriale Integrata Basilicata	ATIB	Basilicata

¹ Dirigente medico, Ministero della Salute

Tabella 2 - Criteri di minima per definire una Casa della Salute o CDS-like.

Il personale presente		
Professionalità	Rapporto di lavoro	Attività svolte
Medico di Medicina Generale	Convenzionato ≥ 3 MMG	Medicina generale ambulatoriale e domiciliare
Infermiere	Dipendente da AUSL, MMG o altri, convenzionato, coop, altro	Infermieristica ambulatoriale e domiciliare
Assistente Sociale	Dipendente di AUSL, del Comune, altro	Segretariato sociale, presa in carico situazioni di svantaggio sociale
Amministrativo	Dipendente da AUSL, MMG o altri, convenzionato coop, altro	Attività amministrativa per tutto il personale ivi presente e per i cittadini: call center, CUP, segreteria MMG, Infermieri, Sociale, Specialisti ecc.
Medico Specialista	Dipendente, convenzionato o anche solo in telemedicina	Lettura esami in telemedicina, visite 2° livello supporto ai MMG e infermieri per 1° livello
La popolazione servita		
	Min.	Max.
Popolazione	3.000	20.000
Orario di apertura		
	dal lunedì	dal venerdì
Orario di apertura	8 ore al giorno	
supporto Informativo Informatico		
Comunic.ne/integraz.ne	Scheda clinica/sociale del cittadino condivisa tra tutto il personale	

La Tabella 3 considera nella prima colonna alcuni indicatori di performance di spesa, riportando nella seconda il costo medio in euro per abitante (metodo standardizzato sulla popolazione pesata per età) per ciascuna variabile. Nella terza colonna si riporta la variazione percentuale in più o in meno rispetto ad una media aziendale e infine nella quarta è rappresentata la maggiore spesa o la minore spesa secondo una ipotetica astrazione che considera l'eventualità che tutti i cittadini della AUSL 11 di Empoli fossero serviti da un modello CDS-like. Essa valuta indirettamente i costi ed i benefici economici di tale modalità assistenziale.

Nella seconda colonna si vede inoltre come la voce che economicamente pesa di più è costituita dalla valorizzazione dei ricoveri, seguita dalla specialistica (esami diagnostici e visite specialistiche) poi la farmaceutica territoriale e le altre variabili... staccate...

Si può ipotizzare un risparmio annuo di oltre 4 milioni di euro e cioè di circa 18 euro a cittadino/anno seguito da una forma assistenziale/organizzativa come la CDS. Ovviamente trattandosi di maggior risparmio dovuto principalmente a minori ricoveri il dato va visto in prospettiva e non come risparmio vivo annuo da bilancio AUSL. Questo solo per rappresentare le moti-

Tabella 3 - Ipotesi costi / risparmi per indicatore.

	Costo in € per cittadino pesato per età	Variaz.ne %	Costo in + o in - se tutti i MMG della AUSL 11 si comportassero come quelli delle CDS in esame
Ricoveri osp.ri	393	-6,4	6.036.480
Specialistica (visite spec.che e esami diagn.ci)	191	0,86	394.224
Farmaceutica	139	3	1.000.800
Trasporti sanitari ordinari	11	-12,4	327.360
Accessi al Pronto Soccorso	10	23,6	566.400
Prescrizione ausili	5	-6,4	73.600
Ass.za dom.re e res.le MMG (ADI-ADP-ADR)	3	1,2	8.640
Prestazioni aggiuntive	3	-0,2	1.440
Risparmio ipotizzato totale	6.438.880		In rosa i risparmi ipotetici
Spese ipotizzate in eccesso	1.970.064		In celeste le spese ipotizzate in più
Saldo finale	4.468.816		

vazioni economiche in una spending review e senza considerare affatto gli indubbi vantaggi assistenziali per i cittadini, dovuti appunto alla piena integrazione ed al valore ergonomico per gli operatori della struttura.

Inoltre il recente patto per la salute 2014-2016 individua le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) come "le sole aggregazioni della Medicina Generale". Sarà compito della Politica Sanitaria amalgamare e comporre, queste strutture ed in particolare la UCCP (formazione strutturale delle Cure Primarie) con la Casa della Salute (e CDS-like) per un modello unico, funzionale a servizio della popolazione e di chi dentro ci lavora.

Conclusioni

Come abbiamo visto il modello è definibile, funzionale e cost/effectiveness. Altre indagini dimostrano il gradimento della popolazione assistita da simili strutture.

Il modello è talmente adottabile (e adattabile) a livello mondiale che nel 2013 è stata fondata una Federazione Internazionale dei Community Health Centers (CHC), a cui aderiscono molti Paesi quali Canada, USA, Australia e molti stati europei (<http://www.ifchc2013.org/>). Tale Federazione riporta anche i siti web delle attuali 7 CDS della AUSL 11 di Empoli.

(<http://www.ifchc2013.org/region-of-europe/>) **TM**

Info: p.salvadori@usl11.toscana.it

RICERCA E CLINICA

CRISTINA LADDAGA, ALESSANDRO BARONI¹, ELISABETTA GERI¹,
ROSARIA LANZISERA¹, GLORIA MAZZINGHI¹

L'approccio riabilitativo alle malattie neuro-muscolari

Negli ultimi anni, l'aspettativa di vita in corso di malattie evolutive come quelle neuro-muscolari è fortemente aumentata, inducendo un vivace dibattito su come legare indissolubilmente la «sopravvivenza» alla «qualità della vita».

Anche la Riabilitazione è chiamata ad interrogarsi: non può esistere infatti un approccio riabilitativo predefinito a patologie in cui l'interessamento progressivo e spesso ubiquitario lesionale determina deficit motori integrati, che alterano i comportamenti motori e determinano disturbi relazionali diversificati.

Per questo, nelle malattie neuro-muscolari, il significato ultimo dell'intervento riabilitativo deve essere quello di utilizzare il sapere specifico e gli strumenti specifici di questa disciplina sanitaria per rendere sostenibile la qualità della vita dei pazienti prolungandone l'autonomia.

In queste patologie, infatti, l'alterazione della massa muscolare non si esaurisce nella perdita del controllo del movimento volontario, ma determina spesso il coinvolgimento di deglutizione e respirazione, oltre che delle capacità di comunicazione. Il progressivo ed inesorabile deteriorarsi delle possibilità di movimento coincide con una crescente difficoltà di soddisfacimento dei bisogni fisiologici: ecco allora la Nutrizione Enterale, la Ventilazione Meccanica, la Comunicazione con strumenti ad Alta Tecnologia.

Si comprende come sia fondamentale approcciare le malattie neuro-muscolari in termini di *complessità*. Complessità del singolo quadro per età, bisogno clinico, familiare e personale. Complessità che si declina non attraverso un'eroogazione afinalistica di prestazioni, ma attraverso una specifica progettualità riabilitativa



Cristina Laddaga, si è laureata in Medicina nel 1993 a Pisa e specializzata in Medicina Fisica e Riabilitazione nel 1997 e in Idrologia Medica nel 2002. Dirigente Medico dell'ASL 6 di Livorno dal 2000 al 2003 e dell'ASL 5 di Pisa dal 2003 ad oggi, è Direttore del Dipartimento di Riabilitazione della stessa Azienda USL dall'ottobre del 2014.

¹ Dirigente Medico
Specialista in Fisiatria ASL
5 Pisa

inserita in una presa in carico integrata.

Attraverso una vera rete socio-sanitaria ed un approccio globale, i molteplici bisogni di queste persone e dei loro familiari vengono correttamente identificati e trovano risposte univoche e soddisfacenti in ambito clinico, riabilitativo, assistenziale, psicologico e sociale.

Alla Riabilitazione il compito di svolgere il suo ruolo prezioso di disciplina sanitaria capace di valutare ed interpretare i segni di un determinato comportamento motorio e di valorizzare le strategie residuali e compensative presenti, attraverso la definizione di un *progetto riabilitativo individuale*, che dovrà essere integrato con gli altri interventi in ambito assistenziale, psicologico e sociale.

La presa in carico riabilitativa di questi pazienti deve rispondere ad alcuni quesiti precisi: *cosa fare*, per evitare interventi generici ed inefficaci; *quando farlo*, per collocare l'intervento riabilitativo in fasi specifiche dell'evoluzione; *perché farlo*, per concentrarsi su obiettivi identificabili.

Non rispondere in modo chiaro a ciascuna di queste domande, condivise con il paziente e la sua famiglia in un vero e proprio "patto terapeutico", significa creare incongrue aspettative e sminuire, o ancor peggio vanificare, le risorse funzionali di cui la persona **è in possesso in quella determinata fase della malattia.**

Solo un progetto riabilitativo "significativo" è capace di motivare il paziente, la sua famiglia ed anche il nostro operare. E per essere "significativo" il progetto riabilitativo deve essere *personalizzato*, capace di operare *cambiamenti*, attraverso l'uso di *strumenti coerenti* con gli obiettivi prefissati e in grado di determinare la risposta attesa, in un periodo di *tempo definito*.

La valutazione da parte dell'équipe riabilitativa acquista quindi un ruolo centrale: non può limitarsi all'osservazione e alla descrizione qualitativa dei segni e delle strategie, ma deve basarsi su scale capaci di *misurare* in modo standardizzato le modificazioni dei comportamenti motori e delle acquisizioni ottenute, compatibilmente

con l'evoluzione della malattia.

Perciò la scelta degli obiettivi del progetto riabilitativo diventa cruciale, in un equilibrio fragile fra il tentativo di mantenere il più a lungo possibile la "funzione" e la tentazione di vicariarla o sostenerla.

Questi i presupposti teorici a cui si è riferito il Dipartimento di Riabilitazione della Asl 5 di Pisa nella presa in carico dei pazienti con malattie neuro-muscolari.

In questi ultimi anni abbiamo assistito ad un significativo aumento del numero di nuovi casi segnalati, suddivisi – tenendo conto delle caratteristiche territoriali della nostra struttura – in casi gestiti in ambulatorio e a domicilio, con un progressivo aumento di questi ultimi, poiché, a fronte di una sopravvivenza aumentata, la storia naturale di queste malattie porta ad una progressiva domiciliarizzazione.

Nella nostra realtà un ruolo fondamentale è stato svolto dal LAPCA (*Laboratorio Ausili Per Comunicazione, Apprendimento e Autonomia*) del Dipartimento di Riabilitazione, che, attraverso ausili tecnologici personalizzati e adattamenti ambientali di tipo domotico, fornisce sostegno anche della minima autonomia, attraverso azioni compensative.

In conclusione possiamo dire che nelle malattie progressivamente invalidanti come molte patologie neuro-muscolari, in cui si assiste al graduale innalzarsi del bisogno vicariante, la Riabilitazione, in quanto processo di sospensione pianificata dell'aiuto, ha il compito di ritardarne e renderne sostenibile la richiesta, attraverso l'utilizzo dei suoi specifici strumenti e di una presa in carico integrata.

Ogni sforzo utilizzato per consentire una condizione di libertà, nonostante la presenza di segni inconfutabili, è un'energia preziosa e la Riabilitazione ha come compito finale quello di trasformare l'esperienza del limite in un territorio di opportunità.

TM

Info: c.laddaga@usl5.toscana.it

CORSI

MEDICO DI MEDICINA GENERALE E TEAM DI CURE PALLIATIVE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO

Si tratta di un Evento formativo ECM per medici, psicologi, infermieri. E si terrà presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze **Sabato 19 Settembre 2015** con orario 8.30, 13.45.

Faculty: Alessandro Bussotti, MMG, Agenzia Continuità Assistenziale, AOU Careggi; Silvia Leoni, Medico Responsabile sanitario ANT Toscana; Simona Pino, Dirigente medico Dipartimento Oncologico, Azienda Sanitaria di Firenze; Carla Ida Ripamonti, Responsabile S.S.D Cure di Supporto al Paziente Oncologico IRCCS Istituto Nazionale Tumori Milano; Vania Visani, Psicologa ANT Firenze. Le iscrizioni devono essere inviate entro l'11 settembre p.v.. Info: PLS Educational, Firenze: Tel 055 2462254 - Fax 055 2462270, e-mail: chiara.cammi@promoleader.com, francesca.biricolti@promoleader.com

LUCA MORELLI

La chirurgia robotica del retto ampollare



Luca Morelli, Chirurgia Generale I Universitaria. Centro Multidisciplinare di Chirurgia Robotica. Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

Il progresso più importante nella chirurgia del cancro del retto negli ultimi 30 anni è stato lo sviluppo, l'affermazione e la standardizzazione della resezione rettale con escissione totale del mesoretto (tecnica TME), che ha minimizzato in modo significativo le recidive locali (dal 12-20% al 4 %) e ha consentito, insieme all'introduzione delle suturatrici meccaniche ed allo sviluppo di tecniche di anastomosi colo-anoale manuale, un incremento significativo della chirurgia conservativa dello sfintere, anche in tumori localizzati nel tratto inferiore dell'ampolla rettale. Inoltre con il perfezionamento delle tecniche, oltre all'attenzione riguardo radicalità oncologica ed ai risultati chirurgici immediati ed a quelli a distanza, in termini di sopravvivenza del paziente, sempre più l'attenzione del chirurgo si è focalizzata anche su aspetti funzionali, mirati a garantire, oltre alla "guarigione" anche una migliore "qualità di vita". L'obiettivo che si pone sempre il chirurgo oggi in caso di neoplasia rettale è quindi quello di ottenere la radicalità oncologica migliore associata alla massima preservazione delle funzioni autonome sessuali e vescicali (nerve sparing) oltre che dell'ano.

Le tecniche disponibili per raggiungere questi obiettivi vanno a seconda delle caratteristiche del paziente e del tumore, dal tradizionale intervento chirurgico standard laparotomico, alle più moderne tecniche mini-invasive quali la laparoscopia pura, la tecnica laparoscopica HALS (Hand assisted) e le tecniche trans-anali, fino alla chirurgia robotica.

Dopo l'introduzione della TME e delle suturatrici meccaniche, sicuramente l'avvento della laparoscopia è quello che ha prodotto il più grande cambiamento di questo tipo di chirurgia. Questa metodica, dopo anni di applicazione e molteplici studi multicentrici randomizzati, è considerata oggi sicura dal punto di vista di risultati immediati e oncologici e mostra diversi vantaggi, ormai documentati, legati alla minore invasività dell'atto chirurgico. Purtroppo però, i dati pubblicati riportano anche come questa tecnica risulti particolarmente impegnativa e come sia caratterizzata da una lunga curva di apprendimento a causa di limitazioni tecniche intrinseche alla metodica, quali la visione bidimensionale, la rigidità e la scarsa manovrabilità degli strumenti in uno spazio angusto e profon-

do come la piccola pelvi.

A conferma di questo dato, la diffusione della metodica negli USA raggiunge percentuali bassissime (circa 20%) rispetto a quanto auspicabile se consideriamo i potenziali benefici. A questo proposito le recenti linee guida dell'Associazione europea di chirurgia suggeriscono che la chirurgia laparoscopica del retto deve essere eseguita solo da chirurghi esperti in centri ad alto volume e in pazienti selezionati.

Nel nostro reparto di Chirurgia Generale Universitaria a Pisa, la storia della chirurgia del retto viene da lontano. Da moltissimi anni il prof. Mosca si è fatto promotore ed ha applicato sul campo i principi della TME in tecnica open. Successivamente sono stati portati avanti lo sviluppo e l'applicazione della laparoscopia avanzata, oltre che in tutti gli altri campi di applicazione in chirurgia generale, anche nella chirurgia del retto fino a raggiungere, contrariamente alle percentuali descritte prima, tassi di applicazione della chirurgia mini invasiva fino ad oltre l'80% dei casi trattati.

Negli anni più recenti e nel contesto di questo scenario si inserisce, come strumento tecnicamente in grado di superare le limitazioni della laparoscopia, la chirurgia robotica, o laparoscopia robot assistita, con il sistema Da Vinci.

Concettualmente la chirurgia robotica non è altro che una laparoscopia più avanzata sul profilo tecnologico. Rispetto alla laparoscopia tradizionale, il sistema robotico Da Vinci presenta numerosi vantaggi tecnici: il chirurgo, seduto alla console (Figura 1), è in grado di eseguire, con l'aiuto di una visione tridimensionale ingrandita e strumenti articolati, movimenti armoniosi e accurati, in assenza di tremore fisiologico; il sistema permette fini dissezioni e suture intracorporee che in laparoscopia risulterebbero molto più complesse.

La nostra esperienza con la chirurgia robotica è iniziata nel 2009 e ad oggi abbiamo eseguito (Chirurgia Generale I Universitaria) complessivamente oltre 350 interventi con questa metodica. Da allora abbiamo eseguito 60 resezioni del retto robot assistite. Di queste la gran parte erano resezioni del retto basso (vari interventi eseguiti anche con salvataggio estremo dello sfintere grazie a tecniche di resezione intersfinterica ed anastomosi colo-anoale manuale) e con un

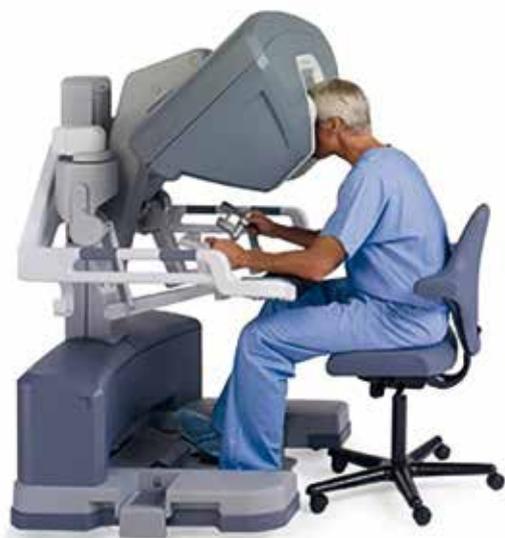


Figura 1 - Chirurgo seduto in consolle mentre esegue l'intervento chirurgico

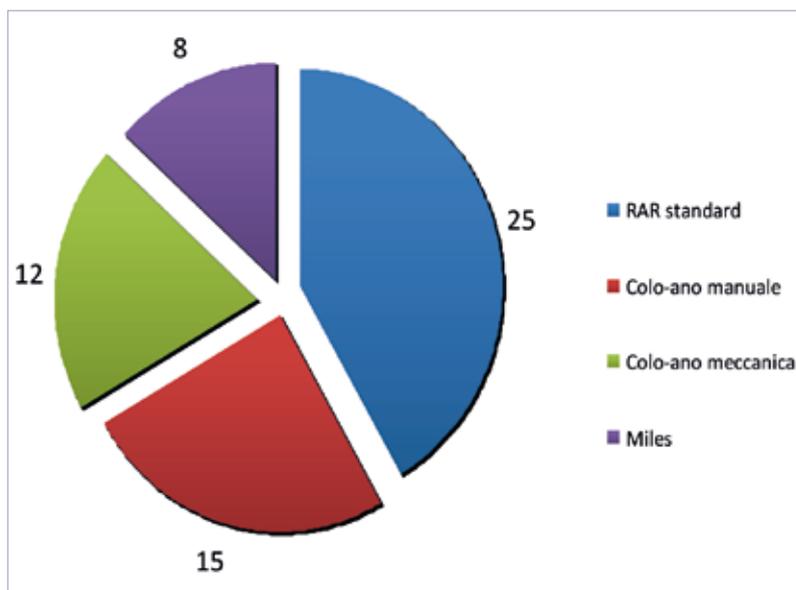


Tabella 1 - Numero di casi suddivisi per tipologia di intervento

tasso di conversione in chirurgia a cielo aperto dell'1,6% (Tabelle 1, 2). Si enfatizza in particolare come nella nostra esperienza le tecniche di anastomosi colo-anale siano da tenere sempre in considerazione, dati i buoni risultati funzionali che abbiamo registrato con il robot (Tabella 3), nei tumori del retto basso, anche al fine di non accettare compromessi che da un lato portino a amputazioni dell'ano evitabili e dall'altro portino ad interventi oncologicamente più a rischio.

Come tecnica nuova, il ruolo della chirurgia robotica nel trattamento del cancro del retto, è molto dibattuta ed oggetto di numerose pubblicazioni. La revisione sistematica della letteratura sul ruolo della tecnica robotica per il cancro rettale pone l'attenzione, come vantaggi potenzialmente più significativi rispetto alla laparoscopia, sulla riduzione del tasso di conversione, i migliori risultati funzionali nella conservazione della funzione sessuale e vescicale, sulla learning curve dimezzata per il chirurgo, e sui buoni risultati oncologici a medio termine (risultati concordanti in molti lavori); in altri lavori invece (ma con risultati non confermati da altri), si segnalano la superiorità della robotica riguardo alla riduzione dei giorni di degenza, alle complicanze post operatorie, ed alla migliore qualità e completezza nel trattamento del mesoretto con attesa di migliori risultati in termini di recidiva locale.

Un altro vantaggio chiaro rispetto alla laparoscopia standard risiede nella formazione, in quanto essendo prevista la possibilità di avere due consolle in sala operatoria, i chirurghi che iniziano la formazione in questo ambito possono eseguire parti di intervento sotto lo stretto controllo del tutor sulla seconda consolle che può dare così indicazioni e prendere il controllo degli strumenti in qualsiasi momento con un meccanismo simile a quelle della scuola guida.

A questo proposito si segnala inoltre come alla consolle possano essere anche abbinati simulatori virtuali che grazie al sostegno della Fondazione Arpa (www.fondazionearpa.it) presieduta dal Prof. Mosca e del centro di eccellenza Endocas (www.endocas.org), accreditato presso l'American College of Surgeons, sono stati acquisiti e sono disponibili a Pisa per percorsi formativi specifici.

Gli svantaggi più rilevanti, argomenti di critica principali, sono rappresentati invece dagli elevati costi attuali del sistema e dai tempi operatori più lunghi, descritti in diversi lavori. Bisogna però segnalare come, recentissime pubblicazioni, pongano l'attenzione sul fatto che sia costi, che tempi più lunghi si riferiscono in tutte le casistiche ai primi anni di utilizzo e che, con l'incremento dell'esperienza, soprattutto nei centri ad alto volume, entrambi si riducono significativamente fino ad invertirsi nel caso dei tempi chirurgici.

Nell'Azienda Ospedaliera Pisana si è cercato di ottimizzare l'utilizzo dei due robot da Vinci in dotazione al Centro multidisciplinare di chirur-

Tabella 2 - Risultati peri e post-operatori

Risultati	
Parametro	%
Reintervento	0
Tasso di conversione alla tecnica open	1,6
Tasso di recidiva locale	1,6
Complicanze:	
Deiscenza anastomotica	3,3
Deiscenza di ferita	1,6
Stenosi anastomosi	1,6
Ritardo di canalizzazione	6,6
Complicanza medica	5

Tabella 3 - Risultati funzionali pre e post-operatori dopo resezione intersfinterica con confezionamento di colo-ano-anastomosi manuale. Si può osservare come, dopo un iniziale deterioramento di tutte le funzioni autonome, si assiste a una graduale ripresa dell'outcome funzionale con risultati ad 1 anno simili rispetto al pre-operatorio.

Resezioni intersfinteriche robotiche con colo-ano-anastomosi manuale. Totale= 15 pazienti				
	Valori pre-operatori	Valori post-operatori (3 mesi)	Valori post-operatori (1 anno)	P Value
Funzione sessuale (IIEF; FSFI)	17,1	12,3	15,5	NS
Funzione urinaria (ICIQ-FLUTS; ICIQ-MLUTS)	1,6	3,1	1,9	NS
Funzione fecale (mFIQL)	23,6	50,5	30,3	NS

gia robotica centralizzando tutte le attività del nostro ospedale e dell'area vasta composta da 1 milione e duecentomila abitanti, 18 ospedali e oltre 6 mila posti letto. I due robot da Vinci sono disponibili presso il nostro Ospedale Universitario, a Pisa e chirurghi provenienti da altri ospedali della zona di riferimento possono praticare la chirurgia robotica sui loro pazienti. Questa politica è volta a massimizzare l'utilizzo di ogni robot ed evitare che piccoli ospedali acquistino il proprio robot che, probabilmente, sarebbe sottoutilizzato.

Recentemente è stata inoltre acquisita la più moderna versione del robot da Vinci (Xi) (Figura 2), che promette di incrementare ulteriormente le potenzialità della chirurgia robotica, in particolare negli interventi multiquadrante, motivo per cui proprio in chirurgia del retto, per la necessità di spaziare durante l'atto chirurgico dalla flessura splenica al colon sinistro alla piccola pelvi, questa evoluzione potrebbe portare ad un ulteriore incremento delle potenziali applicazioni e dei risultati (Figura 3 e 4).

I risultati descritti, relativi all'approccio chirurgico robotico sulla chirurgia del retto, fino ad oggi sono stati limitati prevalentemente ad espe-

rienze di singolo centro e sul sistema robotico di penultima generazione (si). Attualmente sono in fase conclusiva due studi internazionali multicentrici randomizzati, di cui il ROLARR, che è il primo ad essere iniziato e che ha appena terminato l'arruolamento di 500 pazienti, è quello a cui abbiamo partecipato come co-investigatori. Le conclusioni di questi due studi aiuteranno ad orientare in maniera più chiara nella selezione dei pazienti da proporre per tecnica laparoscopica robot assistita piuttosto che una laparoscopia standard o una laparotomia.

Tuttavia al di là di tutte queste considerazioni, che pure sono necessarie, preme sottolineare come sia esperienza condivisa da tutti gli utilizzatori nella pratica quotidiana, che gli interventi risultano più facilmente realizzabili con il da Vinci che non con la laparoscopia classica e che questa metodica consenta in molti casi di eseguire, con tecnica mini invasiva, interventi più complessi di quelli a cui eravamo abituati. L'intervento viene percepito come più agevole e la sensazione che si ha operando, è che tutte le fasi chirurgiche vengano realizzate in maniera più fluida e con minor incidenza di problemi tecnici, quindi potenzialmente con migliori risultati



Figura 2 - nuovo DaVinci Xi

Figura 3 - *DaVinci Xi durante il puntamento del campo operatorio per eseguire una resezione del retto per cancro*

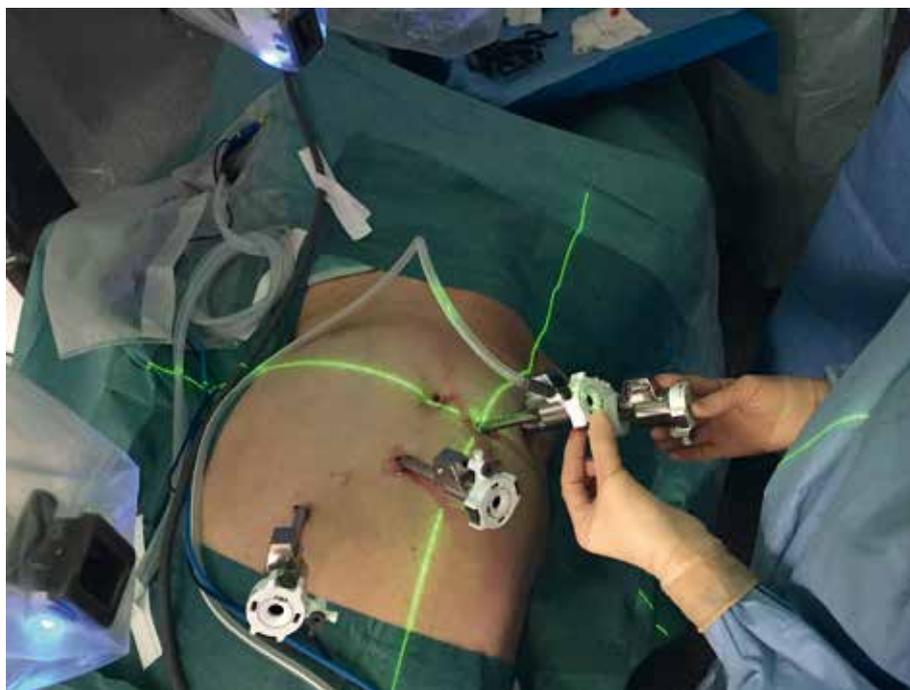


Figura 4 - *Da Vinci Xi dopo il docking completo per eseguire la parte pelvica di una resezione del retto robotica*



e minori complicanze.

La conclusione quindi, condivisa da molti chirurghi che hanno esperienza di tutte le tecniche, dalla chirurgia tradizionale, alla laparoscopia alla robotica e che quindi possono esprimere un giudizio "sul campo", nel confronto delle diverse tecniche, è che la chirurgia robotica non sia assolutamente da mettere in contrapposizione alla laparoscopia, ma piuttosto una sua evoluzione, che consente di espandere le indicazioni e di offrire ad un maggior numero di pazienti un intervento mini invasivo efficace, anche in caso di situazioni complesse, quindi una tecnologia

da seguire, sviluppare ed affiancare a quanto già disponibile.

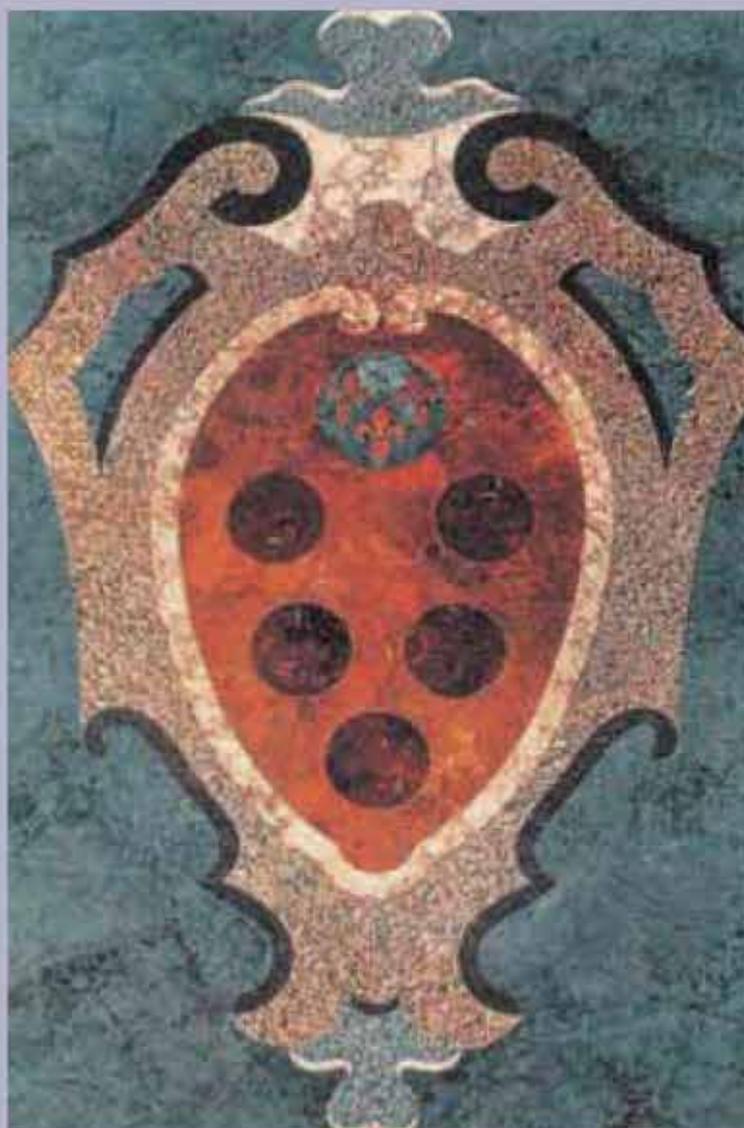
È importante infine sottolineare come il trattamento del carcinoma del retto, necessiti obbligatoriamente di un gioco "di squadra" e come, all'importanza di una buona chirurgia, si associ l'interazione stretta con l'oncologo, il radioterapista e l'oncologo al fine di inserire il paziente in un percorso standardizzato in cui ciascuno con le proprie competenze possa garantire le massime possibilità di guarigione. **TM**

Info: lu.morelli@ao-pisa.toscana.it

Manfredo Fanfani

**UN RADIOLOGO
IN CASA MEDICI**

Terza Parte
(Seconda Parte nel numero precedente)



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

I PONTEFICI DI CASA MEDICI FURONO RISPARMIATI DAL MALE DI FAMIGLIA?



RAFFAELLO (1483-1520):

*Papa Leone X (Giovanni de' Medici),
con i cardinali Giulio de' Medici e Luigi de' Rossi.
Firenze, Galleria degli Uffizi*

*Giovanni de' Medici (1475-1521), figlio di Lorenzo il Magnifico, che
abbiamo visto raffigurato nell'opera del Ghirlandaio
"La conferma della regola", ancora bambino e con i lunghi capelli
biondi, poco prima della "tonsura" per l'avvio alla carriera prelatizia.
Giovanni era descritto come un bambino di "buon viso, non di molto
colore, ma sano e naturale", che stà per abbondante
di carni, che poi si trasformerà in obesità. Giovanni, secondo
le cronache, aveva goduto a lungo di buona salute; soffrì poi di*



*ricorrenti bronchiti e di una noiosa
fistola. Una broncopolmonite sarà causa
della morte. Non risultano, in nessuna
occasione, accenni a sofferenze articolari
riferibili al male di famiglia, l'uricemia,
malgrado le note intemperanze
alimentari. Raffaello raffigura Papa Leone
X, già obeso, all'età di 43 anni. Descrive
con cura i lineamenti ed i particolari,
come ad esempio gli occhi sporgenti e la
lente di ingrandimento in mano, a
sottolineare la forte miopia di cui soffriva.
Le mani sono armoniche con la
costituzione corporea, senza evidenti
alterazioni, d'altra parte mai riferite negli
epistolari e dai cronisti dell'epoca.*

*Il significato del ritratto è promozionale e
politico, esalta i Medici come promotori di cultura, il Papa è ritratto
mentre esamina una bibbia miniata. Leone X sottolineava l'immagine
del Cristo Medico (Magnus Medicus).*

SEBASTIANO DEL PIOMBO (1485-1547):

*Papa Clemente VII (Giulio de' Medici),
Napoli, Galleria Naz. di Capodimonte*

*Giulio de' Medici (1478-1534), figlio di Giuliano, fu allevato
nella casa dello zio Lorenzo il Magnifico dopo la morte del padre
nella congiura de' Pazzi. Nel 1523 fu eletto Papa, col nome
di Clemente VII.*

*Anche questo Papa, secondo le cronache, non aveva mai sofferto
di malattie importanti fino all'età di 50 anni.*

*Nella corrispondenza epistolare, solo all'età di 53 anni, si ritrovano
accenni ad un "puocho di gòta ad un piede", ma non si trattò mai
di una infermità debilitante e diffusa ad altre articolazioni, come
per altri componenti della famiglia. Fu sobrio nel bere
e nel mangiare, anche se non erano mancate a Clemente VII
le acerbe sofferenze fisiche e morali della prigionia, prima
in Castel S. Angelo e poi ad Orvieto.*

*Morirà nel 1534, all'età di 56 anni, per non meglio precisati
disturbi gastro intestinali. Nei ritratti di Sebastiano del Piombo,
considerati originali, le mani di Clemente VII sono raffigurate
esili e snelle. D'altra parte, anche in questo caso, le cronache non
avevano mai riferito di infermità delle mani.*



I SANTI COSMA E DAMIANO PROTETTORI DEL CASATO DE' MEDICI



La famiglia de' Medici, per la vocazione per l'Arte medica emergente, già con Cosimo il Vecchio aveva affidato ai due Santi la protezione del casato. Lo stesso nome Cosimo sarebbe stato attribuito al Pater Patriae in omaggio al Santo.

Il Vasari, quando volle rappresentare Cosimo il Vecchio e Cosimo I, Granduca di Toscana, nelle vesti dei due Santi Cosma e Damiano, li vesti con l'abbigliamento consono al loro "status", la lunga tonaca rossa e pose in testa a Cosimo il Vecchio il tradizionale cappello rosso a piatto.

Anche il Pontorno ed il Bronzino, quando dipinsero Cosimo il Vecchio, lo rappresentarono col mantello rosso e col cappello rosso a piatto in testa. Nella Basilica di S. Lorenzo, considerata

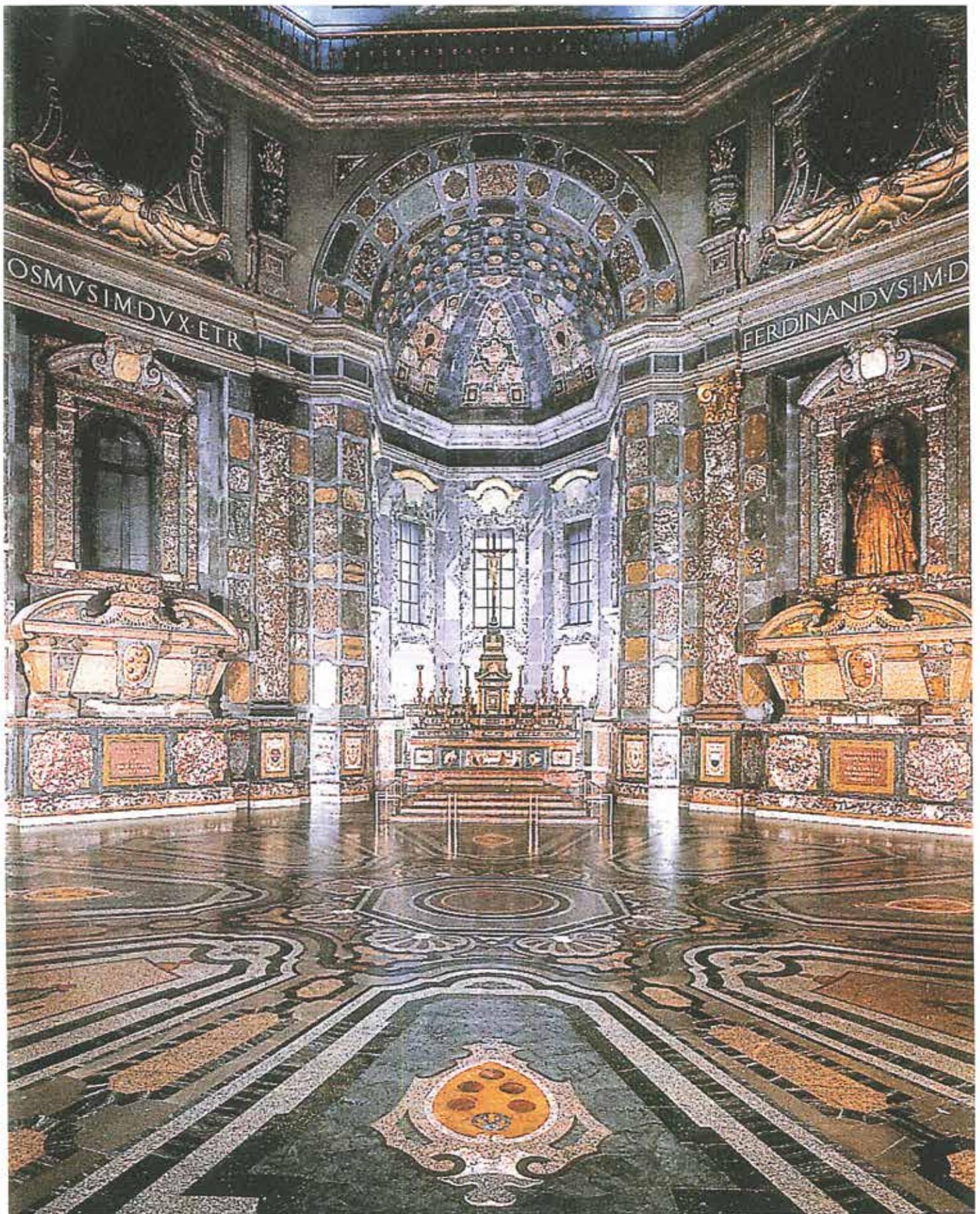
la Basilica dinastica della famiglia dei Medici, non poteva mancare la presenza dei SS. Cosma e Damiano.

Il timpano triangolare di destra della Sagrestia Vecchia è caricato con un rilievo donatelliano che rappresenta i SS. Cosma e Damiano, protettori della famiglia.

Uno dei Santi è riprodotto nell'atto di prendere con una pinza i medicinali contenuti in un cofanetto, l'altro tiene in mano un libro a simboleggiare la cultura medica emergente.

I Santi non portano in testa il tradizionale cappello che compare, tuttavia, adagiato sulla spalla o sul dorso.

La celebrazione dei Santi patroni costituiva un eccezionale strumento di propaganda e consolidamento del consenso politico e sociale.



**Basilica di S. Lorenzo, Firenze;
l'interno sfarzoso della Cappella dei Principi.**

La Basilica, a cominciare da Giovanni di Bicci de' Medici a Cosimo il Vecchio, fino all'ultima de' Medici, l'elettrice palatina Anna Maria, aveva assunto tutte le caratteristiche

di chiesa di famiglia; mausoleo e centro focale del mecenatismo dei Medici ma, anche, un potente veicolo celebrativo e di promozione dell'immagine del casato.

GAVINO MACIOCCO

Il futuro delle cure primarie

Un rinnovamento delle cure primarie, da molto tempo proposto e auspicato, procede in mezzo a mille difficoltà e con grande lentezza. Un percorso in cui – a livello internazionale – si possono distinguere tre diverse fasi storiche: 1. La nascita della medicina di famiglia come disciplina accademica (anni sessanta del secolo scorso); 2. La Conferenza di Alma Ata e lo sviluppo della Primary Health Care (anni ottanta); 3. L'innovazione delle cure primarie per migliorare la gestione delle malattie croniche, ponendo al centro i bisogni del paziente (anni duemila).

1. La nascita della medicina di famiglia

Nel 1961 sul *New England Journal of Medicine* compare un articolo "The Ecology of Medical Care", di Kerr White e coll.¹ dove si sostiene che i tradizionali indicatori di sanità pubblica, quali i tassi di mortalità e morbilità, non descrivono adeguatamente il fabbisogno di assistenza di un sistema sanitario. Partendo da questa constatazione gli Autori studiarono un campione di popolazione nel Regno Unito e negli USA per evidenziare l'esperienza di malattia delle persone e i corrispondenti livelli di assistenza medica. I risultati in sintesi furono i seguenti: in un anno su 100 persone, 720 si rivolgevano alle cure primarie, 100 venivano ricoverate in un ospedale generale, 10 in un ospedale universitario. Gli Autori rilevarono che la formazione universitaria non si faceva carico della vera esperienza di malattia dei pazienti, concludendo che maggiore attenzione andava rivolta alla "primary, continuing medical care", rispetto alle attività ospedaliere e specialistiche. Negli USA, la nascita delle cure primarie come disciplina accademica, nell'accezione di *Family Medicine*, deve molto all'articolo di Kerr White. La *Family Medicine* nasce alla fine degli anni 60 in un periodo storico irripetibile della storia della sanità americana, quello dell'istituzione dei grandi programmi pubblici di copertura sanitaria (Medicare, a favore degli anziani, Medicaid a favore di alcune categorie di poveri); nasce sotto la spinta di un gruppo di medici visionari convinti della necessità di contrapporre un modello biopsico-sociale al paradigma dominante della medicina ultra-specialistica. I contenuti della nuova

Medicina di famiglia americana furono il frutto del lavoro di tre commissioni, i cui prodotti sono noti come "Folson Report"², "Millis Report"³ e "Willard Report"⁴, tutti pubblicati nel 1966.

Una moderna Medicina di famiglia che, in accordo con tali elaborazioni, deve:

- fornire a ogni paziente un medico personale e garantire che esso rappresenti il punto di entrata nel sistema sanitario;
- erogare un set completo di servizi: valutativi, preventivi e clinici generali;
- assicurare una continua responsabilità nei confronti del paziente, incluso il necessario coordinamento dell'assistenza al fine di garantire la continuità delle cure;
- operare nei confronti degli individui avendo presenti i bisogni e le preoccupazioni della comunità;
- fornire un'assistenza appropriata ai bisogni fisici, psicologici e sociali del paziente nel contesto della famiglia e della comunità.

Nello stesso periodo vengono istituite nel Regno Unito – prima a Edimburgo (1963), poi a Manchester (1972) – le prime cattedre di *General Practice* (l'equivalente *british* di *Family Medicine*).

2. Alma-Ata. Da Primary Medical Care a Primary Health Care

La Conferenza di Alma Ata del 1978 assegnò alla *Primary Health Care* il ruolo centrale del sistema sanitario nazionale, costituendo il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria e sociale. Nei paesi industrializzati tale proposta fu considerata irrilevante. Vari fattori contribuirono a far archiviare anche nel Nord del mondo le conclusioni di Alma Ata: il contemporaneo forte sviluppo del settore ospedaliero, delle biotecnologie e dell'industria farmaceutica; la minore attrazione della medicina generalista rispetto a quella specialistica; il calo generale di attenzione e di tensione morale verso i valori di giustizia sociale ed equità.

Eppure non mancarono i tentativi di promuovere le ragioni della PHC, vedi l'intervento del medico finlandese Hunnu Vuori, responsa-



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

¹ K. White e coll., *The Ecology of Medical Care*, *New England Journal of Medicine* 1961.

² National Commission on Community Health Service. *Health is a Community Affair*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1966:26.

³ Citizens Commission on Graduate Medical Education. *The Graduate Education of Physicians*. Chicago. American Medical Association; 1966.

bile del settore ricerca e sviluppo dell'OMS, – a nome del Direttore Generale H. Mahler – presentato nel 1986 al congresso del Wonca (l'organizzazione mondiale dei medici di famiglia)⁵. “È diventato dolorosamente chiaro, particolarmente nei paesi in via di sviluppo, che è impossibile garantire il diritto alla salute a ogni cittadino - un principio affermato nella costituzione di molti paesi di nuova indipendenza – attraverso una medicina altamente tecnologica. Anche i paesi industrializzati si trovano di fronte a un impasse. Nessun paese è ricco abbastanza per erogare a tutti i cittadini ogni cosa che la medicina moderna può offrire. E' necessario trovare alternative che siano socialmente accettabili, costo-efficaci ed economicamente sostenibili. La soluzione a portata di mano è la PHC. Questa è l'unica strada per realizzare la giustizia sociale nei confronti delle malattie”.

H. Vuori, sostenendo che la PHC doveva essere considerata una strategia per organizzare l'assistenza sanitaria ed insieme la filosofia che avrebbe dovuto permearla, sottolineò l'importanza di un cambio di paradigma: il passaggio dalla *Primary medical care* alla *Primary health care* (Tabella 1).

3. Patient-centered primary care

Morrison e Smith, in un editoriale del *British Medical Journal* del 2000, definirono la difficile

situazione della medicina di famiglia: “*hamster health care*”, l'assistenza sanitaria del criceto. “In tutto il mondo i medici sono infelici perché si sentono come criceti all'interno di una ruota. Devono correre sempre più veloci per rimanere fermi. Ma sistemi che dipendono da persone che devono correre sempre più velocemente non sono sostenibili. La risposta è che questi sistemi devono essere ridisegnati perché il risultato di una ruota che gira sempre più veloce non è solo la perdita della qualità delle cure, ma anche la riduzione della soddisfazione professionale e un aumento del *burnout* tra i medici”⁶.

Nel novembre 2008, la rivista *The New England Journal of Medicine*, pubblicò una serie di articoli sulle prospettive delle cure primarie⁷. Lo spunto: la crisi delle cure primarie negli USA, le difficoltà di risposta ad un numero crescente di pazienti cronici, in tempi sempre più stretti, e con compensi inferiori agli specialisti. Al capezzale delle cure primarie i principali analisti americani dei sistemi sanitari, da Barbara Starfield della *Johns Hopkins University* di Baltimora a Thomas Bodenheimer della *University of California*, San Francisco, che lanciarono questo preciso messaggio: bisogna avere il coraggio di reinventare le cure primarie. “Nuove” cure primarie connotate da due principali caratteristiche: essere centrate sui pazienti e basate su

Tabella 1 - Dalla *Primary medical care* alla *Primary health care*

<i>Conventional</i>		<i>New</i>
	<i>Focus</i>	
Illness		Health
Cure		Prevention, care and cure
	<i>Content</i>	
Treatment		Health Promotion
Episodic Problems		Continuous care
Specific problems		Comprehensive care
	<i>Organization</i>	
Specialist		General Practitioners
Physicians		Other personnel groups
Single-handed practice		Team
	<i>Responsibility</i>	
Health sector alone		Intersectoral collaboration
Professional dominance		Community participation
Passive reception		Self-responsibility

Adapted from Vuori (1985)²⁵

⁴ Ad Hoc Committee on Education for Family Practice. Meeting the Challenge of Family Practice. Chicago. American Medical Association; 1966.

⁵ H. Vuori, Health for All, Primary Health Care and General Practitioners, *Journal of the Royal College of General Practitioner*, 1986, 36, 398-402.

⁶ I. Morrison, R. Smith, Hamster health care: time to stop running faster and redesign health care, *BMJ* 2000; 321: 1541-42.

⁷ TH. Lee et al, Redesigning Primary Care, *NEJM* 2008, 359:e29.

team multidisciplinari.

Il concetto di *patient-centered primary care* è diventato da tempo la fondamentale linea d'indirizzo per l'innovazione e il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria^{8,9}. Un concetto che include i seguenti corollari:

- facilità di accesso alle cure (tempestività della risposta, facilità di comunicazione con i professionisti, via telefono o e-mail, etc.);
- coinvolgimento del paziente nelle scelte e nella gestione delle cure (supporto all'auto-cura, *counseling*, facilità di accesso ai propri dati personali, etc.);
- pro-attività degli interventi e il passaggio da una medicina di attesa a una sanità d'iniziativa (focus sulla prevenzione, utilizzazione di registri di patologia, sistemi di programmazione delle visite e di allerta dei pazienti che facilitano il follow-up, etc.);
- il coordinamento delle cure (tra i diversi professionisti) e la continuità dell'assistenza (tra differenti livelli organizzativi, es, tra ospedale e territorio).

Per praticare cure primarie effettivamente centrate sul paziente è necessario modificare radicalmente il tradizionale assetto organizzativo basato – come sostiene T. Bodenheimer – sulla "tirannia" dei 12-15 minuti a visita (*"The 15-minute visit is not possible to do chronic, preventive, acute care, plus building relationship with patients, plus care coordination, all the things we have to do. We have to change that"*). Un medico può visitare 8 pazienti al giorno, come dovrebbe, solo se fa parte di un team multidisciplinare dove ruoli e compiti sono ripartiti tra diversi professionisti, secondo i principi del *Chronic Care Model* proposti da Ed Wagner^{10,11}.

4. Il deficit della formazione medica

Nel 2010 la rivista «The Lancet» decise di costituire una commissione di esperti internazionali, con lo scopo di analizzare lo stato della formazione dei professionisti sanitari nel mondo e di fornire raccomandazioni per il futuro. *Education on health professionals for the 21st century: a global independent commission*, questo il titolo dell'iniziativa che coinvolse venti esperti provenienti da ogni parte del mondo¹². L'occasione era data da un anniversario: era trascorso un secolo da quando negli Usa era stato pubblicato il Flexner report, un documento che avrebbe rivoluzionato la formazione medica ne-

gli Stati Uniti (e non solo) integrando il tradizionale curriculum delle scuole di medicina con il metodo scientifico. Si trattò di una riforma che consentì ai professionisti sanitari di allargare la loro conoscenza, aprendo le porte a una serie impressionante di scoperte scientifiche e di innovazioni tecnologiche, che contribuiranno – si legge – a raddoppiare la speranza di vita nel corso del ventesimo secolo. "Ma all'inizio del ventunesimo secolo – afferma la Commissione – le cose non stanno andando affatto bene. Clamorose diseguaglianze nella salute persistono sia all'interno dei paesi, che tra paesi, evidenziando il nostro fallimento collettivo nel distribuire in maniera equa gli straordinari progressi della medicina. Contemporaneamente ci troviamo di fronte a nuove sfide. Nuove infezioni, rischi ambientali e comportamentali, insieme alla rapida transizione demografica ed epidemiologica, minacciano la salute di tutti. In tutto il mondo i sistemi sanitari faticano a restare al passo e diventano sempre più complessi e costosi, richiedendo un impegno sempre maggiore agli operatori sanitari". La formazione dei professionisti, in tutto il mondo, sembra aver ignorato tutto ciò: i programmi didattici delle università sono "frammentari, antiquati, statici che producono dei laureati poco attrezzati [] I problemi – continua il documento – sono sistemici: la formazione non va incontro ai bisogni dei pazienti e delle comunità; non promuove il lavoro di gruppo, e mantiene un'ingiusta stratificazione di genere; si focalizza su problemi tecnici senza comprendere il contesto più ampio, si concentra sui singoli episodi e trascura la continuità delle cure; predilige le cure ospedaliere a spese delle cure primarie e la quantità piuttosto che la qualità, con scarso interesse verso le performance del sistema sanitario".

L'Italia, va detto, ha un problema in più, che consiste nel non avere neppure il riconoscimento della medicina di famiglia e delle cure primarie come disciplina accademica. L'Italia è tra le poche nazioni industrializzate a trovarsi in questa condizione, con tutte le conseguenze negative del caso sia a livello *under-graduate* che *post-graduate*. Un tema su cui non si discute e che qui solo accenniamo per aprire la discussione. **TM**

Info: gavino.maciocco@alice.it

⁸ The Advanced Medical Home, A Patient-Centered, Physician-Guided Model of Health Care, Policy Monograph of the American College of Physicians, January 16, 2006. http://www.acponline.org/hpp/statehc06_5.pdf

⁹ K. Davis, SC. Schoenbaum, AM Audet, A 2020 vision of patient-centered primary care, J Gen Intern Med 2005, 20:953-957

¹⁰ T. Bodenheimer, E.H. Wagner, K. Grumbach, Improving primary care for patients with chronic illness, JAMA 2002; 288:1775-79.

¹¹ T. Bodenheimer, E.H. Wagner, K. Grumbach, Improving primary care for patients with chronic illness, The Chronic Care Model, Part 2, JAMA 2002; 288:1909-14

¹² Frenk J. et al, Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world, «The Lancet», vol. 376, n. 9756, pp. 1923-58.



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

LETTI PER VOI

Malati di lavoro

ALBERTO BALDASSERONI, FRANCESCO CARNEVALE

Polistampa Editore

La collana "Biblioteca di Medici e Storia", curata dal Centro di Documentazione della Storia della Sanità Fiorentina, si arricchisce di un nuovo ed interessantissimo testo, lo studio dei Colleghi Baldasseroni e Carnevale sulla medicina del lavoro in Italia da Ramazzini all'inizio del '900.

Il voluminoso tomo, arricchito da una bellissima iconografia, affronta in modo esaustivo alcune problematiche fondamentali sulla storia sociale e della Sanità nel nostro Paese.

La partenza obbligata è Bernardino Ramazzini, che ha insegnato al mondo medico a chiedere al paziente "che lavoro fai?". Gli autori affrontano il vasto problema del rapporto tra rischi primari, rischi ambientali e dannosità da lavoro nel loro intreccio fin dall'inizio dell'osservazione medica su questi fenomeni.

In un mondo settecentesco italiano, dominato dall'artigianato più che dai primi grandi cicli produttivi, questa analisi è affascinante anche per comprendere, in una visione antropologica, la storia politica e sociale del nostro Paese.

A questa analisi e all'influenza del Ramazzini nei secoli successivi è dedicata la prima parte del libro.

La seconda raccoglie un insieme di capitoli, di fatto vere e proprie monografie che, affrontano il rapporto tra lavoro e salute in alcuni casi emblematici della storia agricola ed industriale dell'800 italiano: i trafori alpini, il lavoro dei fanciulli, la pellagra, la malaria, il carbonchio, le malattie legate a varie specifiche attività quali la lavorazione del tabacco dei fiammiferi, della conca e via di seguito.

Altri capitoli sono dedicati all'ambiente delle fabbriche e all'intervento dei primi medici condotti, economisti, sociologi ed imprenditori che ebbero la lungimiranza ed il buonsenso di affrontare il fenomeno della tossicità dal lavoro legata alla povertà della vita.

Il testo si conclude con la fondazione della Medicina del Lavoro in Italia mediante la istituzione della clinica milanese e l'attività pionieristica di Gaetano Pieraccini.

Il testo è preceduto da un'acuta presentazione di Marco Geddes e concluso da un bel saggio di Enrico Ghidetti.

Infine una riflessione al termine della lettura del libro di Carnevale e Baldasseroni. Gli autori concludono il testo con una discussione sulla fortuna e sui meriti del Ramazzini. Al di là del debito che la medicina ha nei confronti del genio carpigliano e pur nella difficoltà di dare giudizi storici che impongono una sempre problematica contestualizzazione, resta il fatto che la discussione sull'opera e sul pensiero del Ramazzini non fanno che reiterare un confronto etico e politico tuttora irrisolto. Se sia da preferire la salubrità del lavoro a scapito della produzione o se questa, con le sue ferree leggi, prevalga e condizioni le soluzioni sanitarie. Oggi più che mai, ILVA docet, si pongono, sulla bilancia delle scelte politiche, pesi valoriali identici o, meglio, uguali forze contrapposte a sostegno di uno o l'altro degli interessi in campo. Il Parlamento, in un regime democratico, è l'organo chiamato a decidere, non certamente queste scelte possono essere affidate ai medici o ai magistrati. E quando la politica latita come di questi tempi? Le condizioni dei lavoratori sono indubbiamente migliorate ma i dilemmi esistono ancora. Averne coscienza aiuta e questo libro ci porta nel vivo di una discussione attualissima e irrisolta.

Per quanto possa apparire un lavoro specialistico, in realtà si tratta di un libro assai ben scritto, documentatissimo e come detto iconograficamente accattivante, quindi una lettura esaustiva per chiunque sia interessato a conoscere uno degli snodi fondamentali della storia della salute della sanità in Italia.

*Antonio Panti***VITA DELL'ORDINE** - di Simone Pancani**Elezioni ENPAM: buon lavoro ai colleghi "fiorentini"**

Le elezioni per il rinnovo degli Organi Istituzionali dell'ENPAM che si sono svolte lo scorso 7 giugno hanno decretato la composizione dell'Assemblea Nazionale e dei Comitati Consultivi della Fondazione. Successivamente è stata la volta dei Presidenti delle Commissioni Odontoiatriche provinciali che hanno eletto i propri rappresentanti in seno all'Assemblea Nazionale. L'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Firenze esprime le proprie

congratulazioni ai colleghi fiorentini eletti negli organismi direttivi dell'ENPAM: per i medici, Mauro Ucci, consigliere dell'Ordine di Firenze, è stato eletto rappresentante per la Toscana nella Consulta della Medicina Generale e Giorgio Spagnolo è stato eletto rappresentante per la Toscana nella Consulta degli Specialisti Esterni Accreditati. Per gli odontoiatri, Alexander Peirano, Tesoriere dell'Ordine di Firenze, nonché Presidente della locale Commis-

sione Odontoiatrica, è stato eletto fra gli 11 rappresentanti dei Presidenti CAO in Assemblea Nazionale e Luca Barzagli, componente nella Commissione Odontoiatrica fiorentina, è stato eletto, sempre nell'Assemblea Nazionale, all'interno della lista dei rappresentanti dei liberi professionisti che contribuiscono alla Quota B. A tutti loro i migliori auguri di buon lavoro nell'interesse di tutti i colleghi medici e odontoiatri.

Corsi ECM online: opportunità da non dimenticare

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha da poco attivato un nuovo corso ECM online sul tema: "Comunicazione e performance professionale: strumenti e metodi. Primo modulo: elementi teorici della comunicazione" (codice evento 129087). Il corso eroga 12 crediti ECM, sarà online fino al 29 maggio 2016 ed è raggiungibile sul portale della FNOMCeO dedicato alla formazione ECM a distanza: www.fadinmed.it.

it. Ovviamente, come tutte le iniziative formative promosse dall'Ordine, il corso è gratuito e aperto a tutti i medici e gli odontoiatri italiani. Inoltre tra breve la FNOMCeO attiverà un corso ad hoc per i medici del lavoro sul tema "Rischio nei videoterminalisti" che erogherà 5 crediti ECM. Sempre a proposito di formazione ECM a distanza, si ricorda che il FORMAS - Laboratorio regionale per la formazione sanitaria offre ai medici dipendenti

e convenzionati con il Servizio Sanitario Regionale toscano un ampio catalogo di corsi online accessibili previa registrazione sul portale del FORMAS: <http://fad2.formas.toscana.it/>. I corsi, tutti valevoli ai fini ECM, riguardano diverse aree tematiche: dalla salute e sicurezza sul lavoro alle linee guida del Consiglio Sanitario Regionale; dalle problematiche in età pediatrica ai percorsi assistenziali.



Mutui "prima casa" ENPAM



Da oggi gli iscritti all'ENPAM possono chiedere la concessione di mutui agevolati. La funzione per la compilazione online della domanda è attiva all'interno dell'area riservata del sito www.enpam.it. Il mutuo agevolato ENPAM può essere

concesso a tutti gli iscritti con almeno tre anni consecutivi di anzianità di iscrizione e di contribuzione effettiva e che siano in regola con gli adempimenti in materia di contribuzione. Riguarda i mutui ipotecari per l'acquisto o la costruzione della pri-

ma casa, per sostituire un mutuo prima casa già in essere o, infine, per interventi di ristrutturazione della prima casa. Il mutuo agevolato può essere concesso anche ai familiari superstiti. Per ulteriori informazioni: www.enpam.it.

a cura di Bruno Rimoldi - NOTIZIARIO

I rischi di una polizza troppo conveniente

L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ha ingiunto alla Compagnia di assicurazione "Assicuratrice Milanese Spa" di cessare immediatamente dal commercializzare la polizza denominata "RCP Medico" e di non procedere al rinnovo tacito dei contratti in essere relativi alla polizza citata. Secondo l'I-

VASS, infatti, la Compagnia in questione ha offerto questo prodotto assicurativo ai medici senza quotare adeguatamente il rischio, per cui ha bloccato la commercializzazione del prodotto fino a che la Compagnia non produca idonea documentazione di ottemperanza alle prescrizioni IVASS. La polizza era stata

pubblicizzata come molto conveniente dal punto di vista del premio assicurativo. Ma adesso si capisce che tale convenienza aveva, come contraltare, una insufficiente copertura del rischio. Ancora una volta è il caso di ricordare che, nel mondo degli affari, non è mai possibile pagare poco e ottenere molto.

Le nuove regole per i siti web

Dal 2 giugno 2015 è entrata in vigore la norma promossa dal Garante della privacy per chi possiede un sito web ovvero si dovranno informare i propri visitatori che il quel sito fa uso di *cookies*, cioè di quei files di testo nati per memorizzare informazioni sulle attività web dell'utente perché in alcuni casi raccontano al "gestore" del sito anche più dati del dovuto. Queste le tipologie di cookie: Cookie tecnici che rendono più fluida la navigazione e sono molto poco invasivi e gestiti in automatico da molti programmi utilizzati per aggiornare i siti; Cookie di profilazione, che inviano al server i dati sulle ricerche e sugli acquisti eseguiti ed in alcuni casi rivendono a terze parti questi dati. Quindi per gli ambulatori che hanno un sito web, ma non sa se, in realtà, la tecnologia utilizzata per aggiornarlo utilizza Cookie è consigliabile inserire la scritta "il sito fa uso di cookie tecnici" sul footer della pagina accanto a indirizzo e nume-

ro di Partita Iva. Ma ci sono altri elementi obbligatori per chi ha un sito internet del proprio ambulatorio, ovvero quelli indicati dal codice deontologico obbligatori in qualsiasi informazione sanitaria dello studio: nome e cognome, titolo e domicilio professionale del titolare. Possono poi essere inseriti anche titoli ulteriori e curriculum (però certificati) nonché la particolare disciplina specialistica esercitata dal medico non specialista (evitando espressioni che inducano in errore). In merito alle caratteristiche dell'ambulatorio possono essere menzionate le particolari tipologie di prestazioni erogare (indicando anche presidi o attrezzature esistenti nell'ambulatorio) nonché indirizzi, orari di apertura, modalità di prenotazione delle visite e degli accessi ambulatoriali e/o domiciliari, presenza di collaboratori e personale ausiliario. È inoltre espressamente prevista la possibilità di segnalare le associazioni di mutualità volontaria con le quali ha stipu-

lato convenzione. Per quanto riguarda le norme sul commercio elettronico (D.Lgs. 70/2003) che trova applicazione anche per i professionisti è previsto l'obbligo di indicare sul sito web: il nome (o la denominazione o la ragione sociale); il domicilio e gli estremi per un contatto veloce; l'Ordine professionale di appartenenza, estremi di laurea ed abilitazione nonché numero di partita IVA. È vietata ovviamente ogni pubblicità ingannevole e ogni pubblicazione di notizie che siano lesive della "dignità e del decoro della categoria" così come è vietato inoltre ospitare spazi pubblicitari di aziende farmaceutiche o produttrici di dispositivi o tecnologie operanti in campo sanitario (o inserire link alle aziende stesse) e pubblicizzare - in forma diretta o tramite collegamenti ipertestuali - vendita di prodotti, dispositivi, strumenti e di ogni altro bene o servizio. Per ogni approfondimento www.garanteprivacy.it.



Rapporto titolare/sostituto: la Cassazione fa chiarezza

La Corte di Cassazione (quarta sezione penale) ha assolto la pediatra di famiglia fiorentina che era stata condannata in primo grado al risarcimento dei danni provocati dalla condotta del sostituto. Partendo dalla tipologia del rapporto di lavoro e da precedenti sentenze, la Corte di Cassazione ha affermato che, in caso di sostituzione del medico per assenza, non può configurarsi in capo a quest'ultimo la responsabilità contrattuale riconducibile all'art. 1228 c.c. che era stato utilizzato

come motivazione nella sentenza di primo grado. Infatti, secondo quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale per la Pediatria, il sostituto all'atto dell'incarico di sostituzione assume direttamente e formalmente le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dall'Accordo, e quindi il medico sostituto subentra al medico titolare con piena responsabilità e autonomia. In definitiva il medico sostituto non agisce come "ausiliario" del medico titolare, inteso quale

debitore, come richiesto dall'art. 1228 c.c., poiché egli svolge l'attività in nome e per conto proprio. Una volta che siano state osservate le disposizioni previste tra Asl e medico titolare in ordine alla sostituzione di quest'ultimo, il paziente che si è rivolto al sostituto può dolersi nei suoi riguardi del suo operato e il medico sostituto è esonerato dalle conseguenze dannose dell'opera del sostituto.

Vendita legale di farmaci online

A breve il Ministero della Salute emanerà un decreto con il quale verrà definito il logo identificativo nazionale delle farmacie e degli esercizi commerciali che intenderanno effettuare la vendita on line di medicinali, in Italia limitata ai farmaci senza obbligo di prescrizione. Tale logo sarà conforme alle indicazioni definite dall'Unione Europea con Rego-

lamento che entra in vigore il 1° luglio 2015 e avrà la funzione di garantire che il venditore on line è un soggetto autorizzato ai sensi della normativa vigente. Successivamente sarà possibile mettere in piedi le procedure finalizzate alla vendita on line dei soli medicinali senza obbligo di prescrizione (SOP) che comprendono i farmaci da banco, anche detti OTC, che

sono medicinali da automedicazione. Il Ministero ricorda che questa disciplina, che risponde alle disposizioni dettate a livello europeo, è finalizzata a tutelare la salute dei cittadini nell'acquisto dei farmaci su internet che è, come noto, la più alta fonte di medicinali falsificati.

Farmaci approvati nel 2015, quali saranno le molecole di maggior successo?

A cura di Emilia Vaccaro in sito <http://www.pharmastar.it/>

Quali sono i farmaci che verranno approvati nel 2015 che negli anni successivi raggiungeranno il maggior successo commerciale?

L'ideale classifica è stata preparata sulla base di previsioni messe a punto dalla testata economica Bloomberg che ha contattato una serie di analisti finanziari.

Si tratta di previsioni e quindi vanno prese con beneficio di inventario, con i farmaci non si può mai sapere con certezza cosa accadrà ne futuro. Certamente però sono indicative di quello che bolle in pentola e di cosa nei prossimi anni proporranno le grandi case farmaceutiche.

Blockbusters del 2015					
Prodotto	Azienda	Indicazioni	Status regolatorio	2016 (\$m)	2020(\$m)
Entresto	Novartis	Heart failure	Filed	844	4759
Ibrance	Pfizer	Breast cancer	Approved	1108	4734
Orkambi	Vertex	Cystic fibrosis	Filed	1920	3393
Repatha	Amgen	Dyslipidemia	Filed	426	2463
Praluent	Sanofi/Regeneron	Dyslipidemia	Filed	353	2121
Grazoprevir/elibasvir	Merck & Co.	Hepatitis C	Filed	763	1860
Toujeo	Sanofi	Diabetes	Approved	395	1502
Cosentyx	Novartis	Psoriasis	Approved	371	1422
ABT-199	Abb Vie/Roche	Chronic lymphocytic leukemia	Phase III	118	1375
Brexpiprazole	Lundbeck/Otsuka	Depression	Filed	80	1120
Uptavi	Actelion	Pulmonary arterial hypertension	Filed	196	1060

Fonte: Bloomberg

La classifica è stata preparata sulla base dei risultati previsti per questi farmaci nel 2020.

VobisNewSLetter Anno IV - n 113 - maggio 2015

A cura di Paola Mandelli, Saffi Giustini, Lora Accettura, Umberto Alecci. Redazione Paolo Giustini

Riordino scuole di specializzazione

Sulla Gazzetta Ufficiale del 3 giugno scorso è stato pubblicato il decreto di riordino delle scuole di specializzazione di area sanitaria. Le scuole, inquadrate nelle tre aree medica, chirurgica e dei servizi clinici, vengono elencate con indicazione del totale dei Crediti Formativi

Universitari necessari: 180 per i corsi triennali, 240 per quelli quadriennali e 300 per quelli quinquennali. Almeno il 70% dei CFU dovrà essere conseguito con lo svolgimento di attività formative professionalizzanti (pratiche e di tirocinio). Le Università dovranno assicurare

agli specializzandi già in corso di specializzazione, la conclusione dei corsi secondo gli ordinamenti didattici previgenti, fatto salvo il diritto di opzione per il nuovo ordinamento da parte degli specializzandi iscritti agli anni precedenti l'ultimo anno di corso.

Certificati per attività sportiva. Nuovi chiarimenti

Il Ministero della Salute ha pubblicato una nota esplicativa delle "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica", emanate con il Decreto dell'8 agosto 2014. La nota risponde soprattutto alle numerose richieste di chiarimenti che giungono al Ministero sulla sussistenza o meno dell'obbligo della certificazione per coloro che svolgono attività sportive non agonistiche organizzate dal Coni, da società

sportive affiliate alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate e agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal Coni. La nota specifica che per "coloro" si intendono le "persone fisiche tesserate" e che le "definizioni riguardano esclusivamente i tesserati in Italia". Il Coni provvederà, inoltre, a fornire indicazioni entro fine ottobre per distinguere tra le diverse tipologie di tesseramento, in modo da limitare l'obbligo di certifi-

cazione ai "tesserati che svolgono attività sportive regolamentate" ed esonerare i tesserati "che svolgono attività sportive che non comportano impegno fisico" e quelli che "non svolgono alcuna attività sportiva". La nota, inoltre, ribadisce che non sussiste obbligo di certificazione per chi esercita attività ludico-motoria. Per approfondire: www.salute.gov.it.

CORSI

GIORNATE MEDICHE DI SANTA MARIA NUOVA - VII EDIZIONE

L'eccellenza delle cure in ospedale: SMN si confronta con la sua storia e con l'innovazione.

2-3 ottobre 2015, sala verde. Palazzo Incontri via dei Pucci, 1 Firenze (sede Banca CRF)

Info: www.mcrconference.it; Tel. 0554364475.

Il convegno è declinato, dopo la lettura introduttiva di venerdì 2 ottobre di Antonino Cartabellotta sul tema "Lo sviluppo della cultura e della tecnologia medica nella società contemporanea", nelle seguenti sessioni:

1. Novità in capo chirurgico ed interventistico
2. Approccio diagnostico terapeutico multimarker
3. Novità in tema di malattie infettive.

La novità di quest'anno è che abbiamo inserito la presentazione di alcune esperienze innovative portate avanti nell'ospedale di SMN denominate "finestre sul cortile di SMN" (es. genetica medica, chirurgia bariatrica, endocrinologia, sonotrombolisi, genetica della malattia diabetica, procedure elettrofisiologiche a raggi 0).

Il sabato 3 ottobre sarà dedicato ad una riflessione sotto forma di tavola rotonda sul tema del trattamento con i nuovi anti-coagulanti. Il Convegno sarà concluso come di consueto dalla sessione poster.

Giovedì 1 ottobre nel pomeriggio una sessione satellite dal titolo "SMN tra storia e assistenza" rivolta non solo a personale sanitario precederà il convegno scientifico



Spedra[®] 100 mg

compresse
avanafil



Spedra[®] 200 mg

compresse
avanafil



Manfredo Fanfani

UN RADIOLOGO IN CASA MEDICI



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

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

Continuazione dell'articolo all'interno della rivista

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