

# TOSCANA MEDICA

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

Mensile - Anno XXXV n. 7 luglio 2017 - Poste Italiane s.p.a. - Sped. Abb. Post. - 70% Firenze  
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 45) art. 1, comma 1, DCB FI - Aut. Trib. Fi. n. 3138 del 26/05/1983

LUGLIO-AGOSTO 2017 **7**

## LA FABBRICA DELLA BELLEZZA

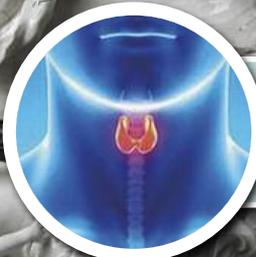
*La Manifattura Ginori  
e il suo popolo di statue*



**Perché  
vaccinarsi**



**Il concetto  
di Readability**



**Il carcinoma dell'orofaringe  
HPV-correlato**



**Il Piano Nazionale  
della Cronicità**

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE







Anno XXXV - n. 7 Luglio-Agosto 2017  
Poste Italiane s.p.a.  
Spedizione in Abbonamento Postale  
D.L. 353/2003 (conv. in 27/02/2004 n. 46)  
art. 1, comma 1, DBC Firenze

**Direttore Responsabile**  
Antonio Panti

**Redattore Capo**  
Bruno Rimoldi

**Redattore**  
Simone Pancani

**Segreteria di redazione**  
Antonella Barresi

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

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

[toscanamedica@ordine-medici-firenze.it](mailto:toscanamedica@ordine-medici-firenze.it)

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

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

[www.polistampa.com](http://www.polistampa.com)  
[redazione@polistampa.com](mailto:redazione@polistampa.com)

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

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

[toscanamedica@ordine-medici-firenze.it](mailto:toscanamedica@ordine-medici-firenze.it)

Fondato da  
**Giovanni Turziani**

*In copertina*  
Manifattura di Doccia,  
Gasparo Bruschi  
*Compianto sul corpo  
di Cristo, o Pietà*  
(da Massimiliano  
Soldani Benzi)  
1744-1745,  
porcellana  
A sinistra:  
Manifattura di Doccia,  
Gasparo Bruschi  
*Venere de' Medici*  
(dall'Antico)  
1747-1748 circa,  
porcellana



Antonio Panti



Bruno Rimoldi



Simone Pancani



Antonella Barresi

**LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA**

**4 Porcellana, arte della seduzione**  
*Federico Napoli*

**EDITORIALE**

**5 Riduzionismo contabile**  
*Antonio Panti*

**OPINIONI A CONFRONTO**

**6 HCV 2017: eliminare il virus**  
*M.R. Brunetto, A.L. Zignego, A. De Luca, C. Marinai  
L. Roti, F. Voller, A. Nastruzzi*

**13 Uno spartiacque nell'uso dei farmaci**  
*Antonio Panti*

**QUALITÀ E PROFESSIONE**

**14 Morire di morbillo**  
*Antonio Panti*

**15 Perché vaccinarsi**

**17 Medice cura te ipsum (col vaccino)**  
*Pier Luigi Lopalco*

**19 La Carta di Pisa delle vaccinazioni  
negli operatori sanitari**

**22 Un appello, da genitore a genitore,  
sull'importanza di vaccinare i propri bambini**  
*Associazioni ONLUS*

**24 Il carcinoma dell'orofaringe HPV-correlato**  
*L.G. Locatello, F. Martinelli, M.B. Ninu, O. Gallo*

**28 Il concetto di Readability**  
*M. Masoni, M.R. Guelfi, S. Balzanti*

**30 Punire gli innocenti**  
*Antonio Panti*

**31 Niente è più stabile del provvisorio**  
*Paola Binazzi*

**SANITÀ NEL MONDO**

**33 Il Piano Nazionale della Cronicità e l'anomalia lombarda**  
*Gavino Maciocco*

**POLITICHE PER L'EQUO ACCESSO ALLA SALUTE**

**36 'Orphan Drugs' Business negli USA: un monopolio legalizzato**  
*Daniele Dionisio*

**FRAMMENTI DI STORIA**

**38 Il contributo della Toscana all'architettura manicomiale**  
*Esther Diana*

**40 - VITA DELL'ORDINE**

**STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA**

**41 La tavola dell'Ultima Cena**  
*Manfredo Fanfani (seconda parte)*

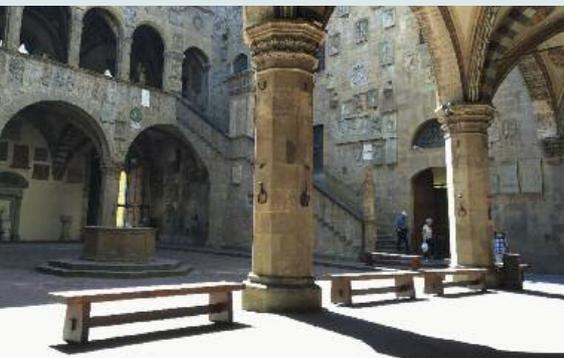
**45 - NOTIZIARIO**

speciale VACCINI

**COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA**

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

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



**S**toria, società, arte, politica e bellezza sono le molte componenti della mostra che celebra la collezione della Manifattura di Doccia, attualmente accolta nelle sale al piano terreno del Bargello. “La fabbrica della bellezza. La manifattura Ginori e il suo popolo di statue” si titola l’esposizione contenuta ma elegante, composta di pezzi di grandi dimensioni – quindi, anche di notevoli difficoltà realizzative –, che valorizzando un’eccellenza toscana di ieri e di oggi sottolinea e denuncia l’attuale sciagurata situazione della preziosa collezione Richard Ginori, vittima del fallimento della storica fabbrica: quest’ultima da tempo e con difficoltà è stata recuperata alla produzione, ma la raccolta delle testimonianze del passato è rimasta in mano al curatore fallimentare. Anche se ora forse si sta aprendo la possibilità di un’acquisizione di quest’ultima da parte dello Stato.

Indaghiamo la mostra nei suoi aspetti compositivi. Ecco, dunque, la storia: nel 1737 il marchese Carlo Ginori, dopo quanto accaduto a Meissen e Vienna, riesce a produrre oggetti in porcellana, così carpando anche lui al mondo orientale un segreto che era durato probabilmente 1500 anni.

La società: l’aristocrazia del tempo trova nella nuova materia l’esaltazione del proprio status sociale e un senso di superiorità ideale dell’Occidente europeo, nonché la soddisfazione di un gusto estetico. Tutto ciò alimenta un collezionismo importante. La riproduzione in porcellana del “Mercurio” (da un modello di arte greca del IV secolo) avvenuta nel 1744-45 da un lato rivela le diverse esigenze realizzative del

materiale usato (l’aggiunta di drappi e collarini, rispetto all’originale in marmo, per nascondere gli inevitabili punti di giuntura), dall’altro un’ancora imperfetta qualità della materia stessa (superficie discontinua, colore bianco sporco): ma anche indica una passione per l’antico che trova con la porcellana e l’uso di stampi una sua possibile riproducibilità.

L’arte: la bianca materia bene asseconda il gusto e l’eleganza rococò, di cui le opere sono chiaro esempio, come nel “Compianto sul Cristo morto”, complessa composizione proveniente dalla collezione

Corsini. Ancora, la politica: nel 1737 muore il granduca Gian Gastone; all’ultima discendente dei Medici, Anna Maria Lodovica, resta il compito di pilotare per quanto possibile in modo indolore il cambio epocale fra i vecchi e i nuovi governanti, i Lorena. Il marchese Carlo Ginori identifica in una ripresa di opere del passato, appartenenti alla grande stagione artistica dei Medici, una sorta di affermazione della tradizione locale e dello spirito toscano (fors’anche italiano) “contro” i nuovi arrivati, avvertiti co-

me “stranieri”. Questo anche in attesa di trovare forme e modelli personali, identificanti la manifattura da lui diretta. Da qui, in esposizione, la ripresa nel grande “Camino” di particolari michelangeloeschi; da qui, la riproduzione in porcellana della “Venere dei Medici”.

Infine, il componente della bellezza: è l’amalgama di tutto quanto sopra e nasce dal mettere insieme tecnica e stile, nuova conoscenza scientifica e gusto rococò, bene esemplificato dal “Tempietto Ginori”, proveniente dal Museo dell’Accademia Etrusca di Cortona.

Curata da Tomaso Montanari e Dimitrios Zikos con la collaborazione di Cristiano Giometti e Marino Marini, illustrata dal catalogo Mandragora, la mostra prosegue per tutto il periodo estivo.



**La fabbrica della bellezza**

**La Manifattura Ginori e il suo popolo di statue**

Museo del Bargello, Firenze

Fino al 1 ottobre 2017

Orario: lunedì-domenica 8.15-17.00

[http://www.beniculturali.it/mibac/export/MiBAC/sito-](http://www.beniculturali.it/mibac/export/MiBAC/sito-MiBAC/Contenuti/MibacUnif/Eventi/visualizza_asset.html_975285210.html)

[MiBAC/Contenuti/MibacUnif/Eventi/visualizza\\_asset.html\\_975285210.html](http://www.beniculturali.it/mibac/export/MiBAC/sito-MiBAC/Contenuti/MibacUnif/Eventi/visualizza_asset.html_975285210.html)

# Riduzionismo contabile

di Antonio Panti

Ogni volta che il Governo o la Regione o qualsivoglia Ente trasmettono una circolare, questa contiene qualche nuovo adempimento burocratico per i medici. E pensare che il Codice Deontologico sostiene che “il tempo di comunicazione va considerato tempo di cura” e che la proposta di legge sulle direttive anticipate ripropone la stessa identica frase. Tutto il contrario di quel che avviene nella pratica quotidiana. Mentre si levano continui lamenti sul riduzionismo tecnologico che sovrasta l'antico umanesimo della professione medica e si parla di medicina narrativa, di rinascita dell'empatia e di umanizzazione delle cure, incombe, anzi dilaga, il riduzionismo amministrativo, che si somma al riduzionismo contabile di chi considera il medico quale un mero strumento per il pareggio del bilancio aziendale. Il dualismo cartesiano, contro il quale si scagliano i fautori della singolarità della relazione umana (e noi siamo con loro), in realtà è diventato un pluralismo burocratico, dal momento che la prestazione del medico non soltanto deve, o almeno dovrebbe, ricomporre l'unità di anima e corpo, ma è costretta a tenere insieme anche i costi della sanità e tutta quella congerie di fogli che ne documentano minuziosamente ogni atto, ovviamente usando gli strumenti informatici ma, già che ci siamo, la copia cartacea non guasta mai.

A proposito di “riduzionismo contabile” è evidente che nel servizio sanitario esistano sprechi e ruberie, che i margini di valutazione professionale delle novità farmaceutiche e strumentali siano ampi, che l'appropriatezza non sempre sia inclusa nella prassi ordinaria del medico, tuttavia resta il fatto che con il *budget* ristretto di cui è dotato il nostro servizio, il più basso tra i paesi OCSE, lo stato di salute della nostra popolazione è tra i migliori del mondo. La vera ragione di questo apparente contrasto sta nel fatto che i professionisti della sanità svolgono il loro lavoro con dedizione

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE



e passione e ciò permette di superare la maggior parte delle situazioni critiche.

Altresì un buon servizio sanitario consente di affrontare meglio le disuguaglianze causa di malattia. Michael Marmot, nel suo bellissimo libro sulla “Salute disuguale”, fa un esempio illuminante. Se prendiamo un campione di ragazze quindicenni in Sierra Leone, una ogni 21 morirà in età fertile per cause legate alla maternità. Negli USA ne dovremmo contare 1.800, una bella differenza che corrisponde al diverso impegno economico. Ma in Italia, in cui il costo della sanità sul PIL è poco più della metà di quello USA, la morte in età fertile colpirà una ragazza ogni 17.000. Marmot, tra l'altro, conclude osservando proprio come l'organizzazione del servizio, quando risponde ai criteri dell'universalità del diritto e dell'uguaglianza dell'accesso, ottiene questi straordinari risultati in quanto tende ad annullare proprio quelle disuguaglianze sociali che provocano le differenze tra stati poveri e ricchi e, all'interno di questi ultimi, fra classi sociali.

Nel caos politico e morale che attraversa il nostro paese è veramente stravagante o dissennato mettere in crisi una delle poche realtà che funzionano, invece che porsi il problema su come mantenerla in vita, e che si faccia di tutto per scoraggiare chi ci lavora. Eppure non è impossibile elencare le difficoltà e le storture del sistema e proporre adeguati rimedi. In questo quadro l'immortale metafora dei capponi di Renzo descrive bene la condizione della categoria. Mentre la medicina compie passi da gigante, mentre la tecnologia prospetta *robot* intelligenti, che potrebbero sostituire il personale assistenziale, comprese alcune specialità mediche, mentre si accentua la crisi di fiducia negli esperti che colpisce anche i medici, mai come oggi c'è bisogno di politica all'interno della professione.



# HCV 2017: eliminare il virus

a cura di Simone Pancani

✓ **TOSCANA MEDICA** - La recente disponibilità di nuove, efficaci e costose opzioni di cura per l'infezione da virus C ha portato grande attenzione alla gestione di questa malattia e causato notevoli polemiche di carattere economico e relative alla scelta dei pazienti ai quali riservarle. Prima di entrare nel merito della questione, descriviamo la situazione attuale dell'infezione da HCV nei suoi molteplici aspetti.

**VOLLER** - Uno dei campi di maggiore interesse ai quali l'Agenzia Regionale di Sanità si è particolarmente dedicata negli ultimi anni è stato proprio cercare di individuare con la maggiore accuratezza possibile i contorni epidemiologici della infezione da HCV nella nostra Regione, attività certamente non facile visto ad esempio il grande numero di persone che neppure sapevano di averla contratta.

Utilizzando un metodo statistico detto "della cattura e ricattura", che esamina le differenti fonti di informazioni amministrative disponibili, abbiamo stimato in circa 40.000 il numero di soggetti che andrebbero trattati perché si arrivasse in Toscana all'eradicazione dell'infezione.

Un altro settore della nostra attività si è invece dedicato all'epidemiologia clinica della condizione ed ha stimato in Regione il numero annuo dei pazienti affetti oscillante tra i 4.500 ed i 5.000 casi. La prevalenza toscana dell'infezione da HCV appare oggi più bassa rispetto alla media nazionale, rispettivamente l'1 - 1.2% contro il 1.5%.

**ROTI** - L'OMS stima che nel mondo vi siano 130-150 milioni di persone affette da HCV. In Italia, si stima che i pazien-

ti portatori cronici dell'HCV siano oltre un milione, di cui 330.000 con cirrosi. L'Italia è il paese più colpito in Europa per numero di persone HCV positive e per mortalità per tumore primitivo del fegato. L'HCV è la causa o la concausa nei 2/3 delle oltre 20.000 morti che annualmente avvengono in Italia per malattie croniche del fegato. Con questi numeri l'accesso alle terapie disponibili, efficaci e necessarie per la cura del paziente e per l'eradicazione di una infezione a così alta prevalenza si configura come un tema di salute pubblica, in analogia a quanto accaduto tempo addietro per HIV e AIDS.

**NASTRUZZI** - I pazienti affetti da epatite C sono generalmente seguiti sia in ambito territoriale dai medici di medicina generale sia in ambito specialistico. Il medico di famiglia segue il paziente soprattutto nelle fasi di cronicizzazione e di relativa stabilità della malattia, mentre lo specialista può valutare meglio lo stato di gravità dell'interessamento epatico, la eziopatogenesi genomica e proporre le relative terapie farmacologiche che solo fino a poco tempo fa erano relativamente limitate e gravate da effetti collaterali significativi. In questo scenario è stato piuttosto difficile per i medici di famiglia riuscire ad intercettare i soggetti affetti, se non magari in qualche caso particolare come una dipendenza alcolica che attira l'attenzione sulla situazione epatica oppure una qualche forma di ipertransaminasemia di lunga durata.

Oggi in questo campo le cose sono cambiate ed i pazienti possono, ad esempio, essere già correttamente inquadrati dal punto di vista genomico e venire loro proposto un possibile trattamento seguen-



MAURIZIA ROSSANA BRUNETTO  
Direttore dell'UO Epatologia dell'AOU Pisana.



ANDREA DE LUCA  
Direttore dell'UO Malattie Infettive dell'AOU di Siena.



ALESSIO NASTRUZZI  
Medico di medicina generale a Firenze, Segretario Regionale Toscano della FIMMG.



CLAUDIO MARINAI  
Direttore del Reparto Health Technology Assessment di ESTAR.

do gli 11 criteri identificati da AIFA e quindi inviarli allo specialista per il proseguimento dell'iter di diagnosi e cura.

**ZIGNEGO** - I medici di medicina generale sono un presidio fondamentale nella identificazione e nella gestione complessiva dei soggetti con HCV e questo in Toscana avviene ormai da tempo in maniera efficace e costruttiva.



**LORENZO ROTI**  
Dirigente dei Servizi Territoriali  
della Regione Toscana.



**FABIO VOLLER**  
Coordinatore del Dipartimento  
di Epidemiologia dell'Agenzia  
Regionale Toscana di Sanità.



**ANNA LINDA ZIGNEGO**  
Direttore del Centro Interdipartimentale  
di Epatologia (MAaSVE) dell'AOU  
Careggi di Firenze.

Ritornando al fatto che molte persone neppure sono a conoscenza di essere infettate dal virus HCV, vorrei ricordare una recente iniziativa alla quale ho preso parte chiamata "Lions in piazza". Per iniziativa dei Lions Club è stata offerta alla popolazione la possibilità di effettuare gratuitamente delle consulenze specialistiche tra cui anche quella epatologica. Ho avuto pertanto modo di avvicinare una cinquantina di persone che immaginavo avessero in qualche modo già sostenuto, per motivi diversi, una sorta di preselezione che avesse loro consigliato di rivolgersi allo specialista del fegato. Ebbene, ho scoperto che solo il 10% di questi soggetti in passato aveva indagato il proprio rapporto con l'HCV, magari in occasione di eventi quali una procedura chirurgica oppure una gravidanza. La stragrande maggioranza erano invece dei cosiddetti "baby boomers",

vale a dire popolazioni a rischio nate per lo più durante i venti anni successivi alla fine della Seconda Guerra Mondiale che ignoravano completamente la propria situazione nei confronti del virus epatitico C.

Credo pertanto che molto impegno debba essere dedicato a cercare di fare emergere quanto più possibile una consistente quota di "sommerso" ancora oggi presente.

✓ **TOSCANA MEDICA** - *È cambiato qualcosa in questi ultimi anni relativamente all'evoluzione clinica e all'epidemiologia della malattia?*

**DE LUCA** - Certamente in tempi recenti ci sono stati dei cambiamenti, legati non soltanto all'introduzione di nuovi farmaci molto efficaci e ben tollerati.

La situazione in passato era difficilmente quantificabile anche in termini epidemiologici perché le valutazioni fino a qualche anno fa erano condotte su campioni di popolazione datati e di dimensioni piuttosto limitate.

La prima grande diffusione dell'epatite C in Italia è iniziata negli anni Cinquanta-Sessanta del secolo scorso, seguita poi dai picchi degli anni Settanta-Novanta (legati soprattutto al consumo di stupefacenti). In molti dei soggetti dei primi gruppi non è stato possibile determinare con esattezza se la causa di morte sia stata veramente da imputare all'infezione da virus C oppure ad altri motivi, per cui le valutazioni di carattere epidemiologico non sono state mai troppo accurate.

Oggi le cose sono per fortuna cambiate e le nostre conoscenze in materia (anche per quanto riguarda la nostra Regione) sono molto progredite, tanto che abbiamo iniziato a domandarci se davvero convenga trattare con i nuovi, costosi farmaci i soggetti ancora in vita appartenenti alle coorti infettate dopo la Seconda Guerra Mondiale.

Nel campo delle conoscenze fisiopatologiche una delle osservazioni relativamente recenti di maggiore interesse è stata l'identificazione della stretta correlazione tra infezione da virus C e molte patologie, tra le altre, le crioglobulinemie, i linfomi, le più comuni patologie cardiovascolari, il diabete e l'insufficienza renale.

Esistono poi evidenze certe che l'infezione da virus C, in una sorta di circuito riverberante, contribuisca ad aggravare l'andamento di molte delle condizioni prima ricordate con un impegno spesso generalizzato dell'intero organismo.

Fino a poco tempo fa avevamo ben poco da offrire in termini di terapia a questi pazienti, molti dei quali addirittura presentavano delle controindicazioni assolute nei confronti di questo tipo di cure. Oggi non è più così ed i farmaci di più recente introduzione, dotati di efficacia terapeutica vicina al 99% e dispensabili secondo le indicazioni di AIFA, non presentano praticamente controindicazione alcuna.

Certamente di fronte a questa situazione sono emerse delle problematiche prima semplicemente impensabili: ad esempio, considerato il costo elevato delle nuove sostanze, dobbiamo curare comunque tutti i pazienti con infezione da virus C, anche i cosiddetti "grandi vecchi" ed i soggetti con importanti comorbidità associate? Quali sono i criteri che dobbiamo seguire per eradicare la malattia, risultato oggi verosimilmente a portata di mano? Come ci dobbiamo comportare di fronte alle tante richieste dei malati, in assenza di linee-guida internazionali e di fronte a sempre più pressanti esigenze di carattere economico?

**BRUNETTO** - Vorrei rimanere nel campo dell'epidemiologia e della quota "sommersa" dell'infezione da virus dell'epatite C. I dati italiani al momento disponibili stimano la prevalenza dell'infezione attiva (HCV-RNA positiva) compresa fra lo 0.7 e l'1.7%; si ritiene che circa il 25% dei pazienti infetti non ne sia al corrente. Come discusso, la prevalenza dell'infezione di HCV in Italia si è significativamente ridotta per la naturale riduzione dei soggetti che acquisirono l'infezione nel primo dopoguerra e il relativamente basso tasso di nuove infezioni. Grazie alla disponibilità di farmaci altamente efficaci e gravati da scarsi effetti collaterali diventa importante garantire il trattamento a tutti i soggetti infetti: ciò permetterà non solo di prevenire l'evoluzione della malattia nel singolo paziente, ma anche di ridurre ulteriormente le nuove infezioni.

VIRUS	HIV	HBV	HCV
Genoma	RNA	DNA	RNA
Tasso mutazionale	Molto alto	Alto	Molto alto
Virioni prodotti/die	10 <sup>10</sup>	10 <sup>13</sup>	10 <sup>12</sup>
Bersagli Farmacologici	multipli	uno	multipli
Eliminazione del virus	no Integrato	no cccDNA	si

**L'infezione da virus dell'epatite C (HCV) si può risolvere con l'eliminazione del virus**

**MARINAI** - A mio parere i nuovi farmaci contro l'infezione da virus C hanno rappresentato un vero e proprio spartiacque nella gestione delle risorse disponibili da parte dei sistemi sanitari. Per la prima volta infatti abbiamo la disponibilità di prodotti per la cura realmente efficaci, in grado di eradicare una malattia grave come l'epatite C. Il SSN non ha però le risorse necessarie per garantire la terapia a tutti i pazienti che potrebbero trarne davvero giovamento. La Toscana, riconoscendo la gravità dell'infezione da virus C, si è posta da tempo questo problema e già nel 2015 con la Delibera 647 cercò, purtroppo senza risultato, di acquisire i nuovi farma-

ci ad un prezzo accessibile per le proprie risorse.

Oggi le cose si sono in parte modificate con una notevole riduzione dei costi per una serie di farmaci.

Questo ovviamente presuppone una riorganizzazione profonda dei nostri comportamenti di cura e delle scelte di carattere farmaco economico.

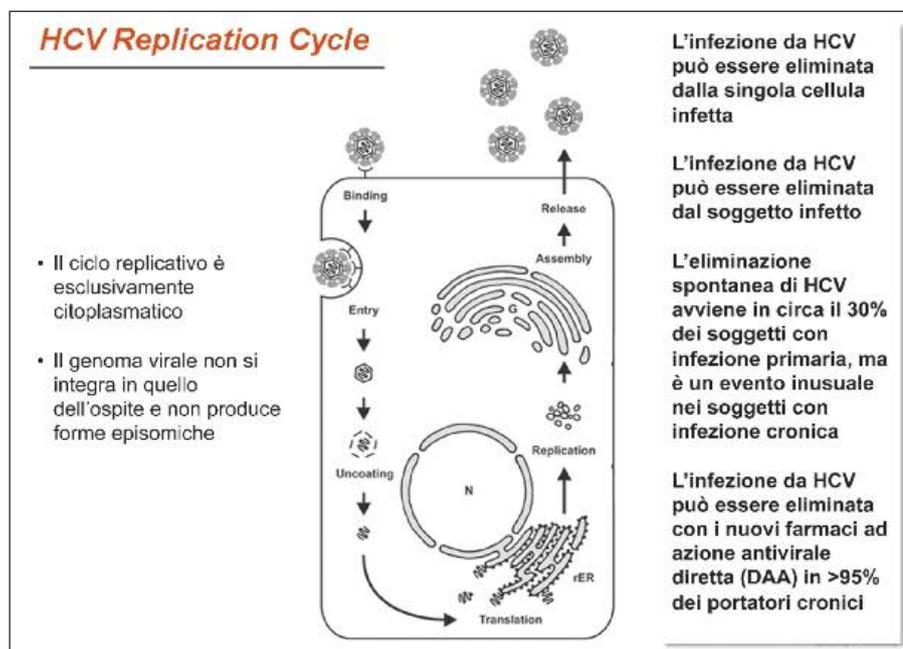
**ZIGNEGO** - In tema di costi l'eradicazione dell'infezione da virus C, alla distanza, non potrebbe che portare beneficio. A tal proposito è bene considerare che ai costi delle conseguenze epatiche dell'infezione, più noti e studiati, si aggiungono quelli delle conseguenze extrae-

patiche. Questi ultimi, secondo una recente indagine, solo in Italia raggiungerebbero il "costo" sensazionale di circa un miliardo di euro all'anno.

**BRUNETTO** - Approfondisco alcune considerazioni relative all'evoluzione della situazione durante gli ultimi anni. La situazione epidemiologica italiana (riduzione spontanea dei casi cronici/pochi casi di nuove infezioni), le caratteristiche dei farmaci disponibili (alta efficacia, scarsi effetti collaterali) e l'impatto di tali farmaci sull'infezione/malattia (eliminazione dell'infezione in oltre il 95% dei soggetti trattati/risoluzione della malattia di fegato se in fase precoce; spegnimento dell'attività di malattia nel paziente con cirrosi) creano una condizione assolutamente unica: la possibilità di giungere al controllo definitivo della malattia e dell'infezione da HCV con un intervento altamente specifico (trattamento di tutti i soggetti infetti), ma limitato nel tempo. Infatti, a differenza di altre patologie croniche il cui tasso di incidenza è stabile, se non in salita, nel caso di HCV il tasso di nuove infezioni è molto basso (e ulteriormente ridotto dal trattamento dei soggetti infetti). Quindi, è realistico e attuabile un programma per il controllo dell'infezione da HCV in Italia. La sua attuazione comporta tuttavia non solo lo stanziamento dei fondi necessari a garantire la copertura economica delle terapie necessarie, ma anche un adeguato supporto dei percorsi sanitari necessari a garantire un efficace ed appropriato intervento terapeutico.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Ad oggi possiamo dire che abbiamo in tutto o in parte risolto il problema dei casi più gravi di malattia? Ed ancora quale evoluzione possiamo attenderci per quelli che ancora non sono stati affrontati?

**VOLLER** - Fatta salva la considerazione che dal punto di vista etico la cosa più corretta sarebbe quella di offrire a tutti i malati le migliori opzioni di cura, la domanda non può prescindere dalla questione del già ricordato "sommerso". È infatti di fondamentale importanza identificare tutti quei soggetti che neppure sanno di essere portatori del-



l'infezione da virus C, organizzando adeguate campagne di *screening*, non certamente a livello di popolazione totale ma basate sui dati dell'epidemiologia, che ci indirizzano sostanzialmente verso le classi di età superiori ai 45 anni. Evidentemente in questa azione di selezione dei pazienti, oltre ai flussi dei vari archivi informatici, grande importanza viene rivestita dagli operatori della medicina generale.

A livello regionale è poi necessario garantire la massima uniformità di scelta delle metodiche di *screening* e della loro esecuzione, al fine di garantire un percorso strutturato il più breve possibile che conduca all'eradicazione della malattia.

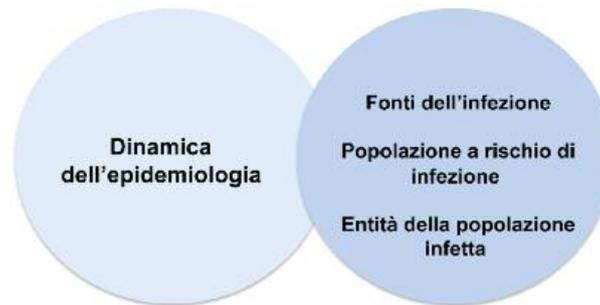
**DE LUCA** - A fine marzo u.s. in Toscana erano stati completati circa 4.700 trattamenti con i nuovi farmaci anti HCV, evidentemente tutti casi che sono stati in precedenza attentamente presi in considerazione.

Qui vorrei fare una riflessione. Oltre all'innegabile importanza dei medici di base per l'identificazione dei pazienti infetti, non dobbiamo dimenticare che talvolta i test per la genotipizzazione del virus non sono dotati di grande attendibilità, in particolare nei laboratori più periferici: trattandosi di un momento di capitale importanza per la scelta della cura, credo che queste attività di *screening* dovrebbero essere utilmente concentrate nei Centri specialistici.

In queste strutture tra l'altro si stanno rivedendo le modalità di lavoro, basandosi sul fatto che gli schemi di cura oggi disponibili sono in generale molto più brevi di quelli usati in passato e che anche il *follow-up* appare oggettivamente di più facile gestione. Dovendo poi trattare un numero sempre maggiore di soggetti con fasi meno avanzate di malattia per periodi di tempo molto più brevi che in passato, i singoli Centri specialistici riescono oggi a gestire con relativa facilità casistiche sempre più numerose, controllando con efficacia anche gli eventuali effetti collaterali delle terapie.

Io credo che la prima popolazione di pazienti nei quali riusciremo ad eradicare l'HCV saranno gli HIV positivi, fattore estremamente favorevole visto quanto la contemporanea presenza delle due in-

## Epidemiologia dell'infezione da HCV: implicazioni cliniche



In Italia vi sono 2 coorti principali di soggetti con infezione da HCV:

- la **maggiore** costituita da soggetti con età > 55-60 anni; principalmente infettati da gen.1b (in misura minore da gen.2); fattori di rischio: trasfusioni di sangue, procedure sanitarie a rischio; spesso affetti da malattia epatica avanzata
- la più **piccola** costituita da "pazienti più giovani" con età compresa fra 35-55 anni; prevalentemente infettati da gen. 3,1 a o 4; fattori di rischio: tossicodipendenza

fezioni nello stesso organismo influisca negativamente sia sulla situazione epatica che su quella di tutti gli altri organi. In Toscana il numero di pazienti HIV+ seguiti dai centri è oggi di circa 6.000 unità con in più una quota di "sommerso"; poco più di un migliaio di queste persone presenta anche la coinfezione con HCV e più o meno 350 attualmente sono stati già trattati. In questa coorte HIV positiva la percentuale di successo della terapia per l'HCV arriva al 96% e questo ci fa ben sperare in una relativamente rapida scomparsa dell'infezione epatica in questa particolare popolazione.

**NASTRUZZI** - Per quantificare l'impegno della medicina generale in questo campo, ricordo che nella mia AFT stiamo conducendo uno studio basato sull'esecuzione di test orali rapidi per HIV ed HCV, che devono poi essere confermati dal laboratorio ospedaliero il prima possibile (nella giornata stessa) in caso di positività. Pertanto in caso di positività della conferma il soggetto viene quanto prima preso in carica dalle strutture di riferimento per iniziare il trattamento. La medicina generale a mio parere potrebbe essere assai utile per una medicina di opportunità e/o per partecipare all'esecuzione di scree-

Il numero di persone con infezione da HCV si sta rapidamente riducendo:

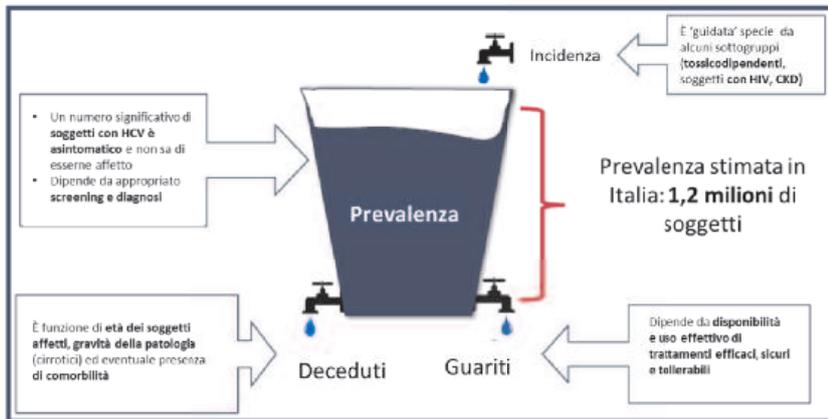
- **Pochi nuovi casi (≈ 120-180/anno)** tasso di incidenza dei nuovi casi in Italia:  $0.2-0.3 \times 100.000$  persone  $\times$  anno (SEIEVA 2016)
- **Riduzione del bacino di persone con infezione cronica** per un eccesso di mortalità nella popolazione con più alta prevalenza (≈ 60-70% dei soggetti con infezione da HCV in Italia hanno più di 60 anni)

Il trattamento per l'infezione da HCV si qualifica come un esempio di intervento terapeutico limitato nel tempo in grado di portare al controllo di una malattia cronica



Magritte R, La reconnaissance infirmité

## Popolazione eleggibile: elementi chiave per una corretta quantificazione



I soggetti diagnosticati rappresentano circa il 20-25% del totale dei prevalenti

Modified from CDA HCV Epidemiology – Summary Slide Deck located at <http://centerforhcv.com/downloads.htm>  
WHO Guidelines for the Screening, Care, and Treatment of Persons with Hepatitis C Infection, April 2014

ning mirati come ad esempio quelli su soggetti nati dal 1945 al 1965 (i cosiddetti "baby boomers"), quelli HIV positivi, quelli con alterazioni persistenti delle transaminasi oppure sui soggetti con problemi di assunzione di alcool. Concludo sottolineando come, a mio parere, il "sommerso" legato all'HIV non sia ai nostri giorni tanto trascurabile, visto il decremento della curva di attenzione della popolazione nei confronti di questa malattia causato dalla erronea percezione della sua minore pericolosità in virtù delle cure oggi disponibili.

**ROTI** - Nel caso di malattie a così elevato impatto la capacità di lavorare sulla prevenzione primaria e secondaria è fondamentale. Per questo il contesto delle cure primarie orientate alla comunità rappresenta un nodo fondamentale per impattare sull'evoluzione dell'infezione. La maggior parte dei pazienti con infezione HCV non ha una severa malattia epatica e può essere gestita in sicurezza ed efficacia anche nella fase della terapia.

Le AFT in questo senso rappresentano davvero un'opportunità importante per promuovere un'attenzione più proatti-

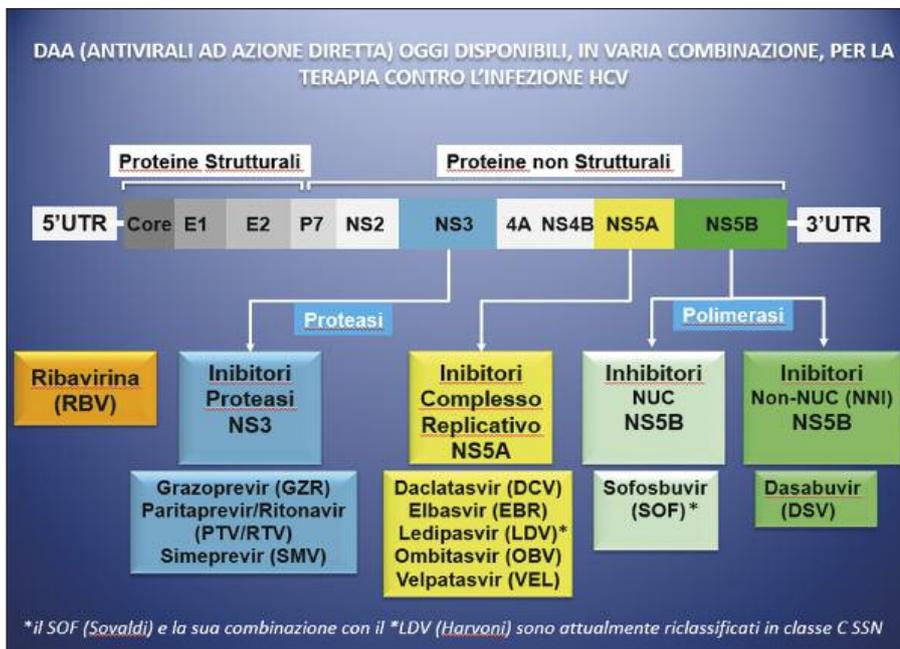
va nel riconoscimento di un rischio e quindi di uno screening su target di popolazione mirati o comunque nelle comunità dove sia maggiore la presenza di persone a elevato rischio (ad esempio quelle a maggior popolazione migrante o più alta prevalenza di consumatori di droghe iniettive). In queste aree sono auspicabili anche programmi di formazione specifici rivolti ai professionisti sanitari delle cure primarie

**DE LUCA** - Forse mi sono espresso male, dato che non voglio certo dire che il problema del "sommerso" oggi non esista più: a livello nazionale infatti si stima una percentuale oscillante tra il 12 e 18%. Nell'intervento precedente mi riferivo alle nuove co-infezioni da HCV che fortunatamente nei nuovi casi di HIV sono molto meno frequenti che in passato, con percentuali scese dal 50% degli anni Novanta del secolo scorso all'attuale 6-7%. Quindi sono poche le co-infezioni HCV/HIV sommerse.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Si può ragionevolmente pensare che la lotta all'HCV condotta in maniera adeguata, oltre alla scomparsa dei casi già noti, possa impedire del tutto la circolazione del virus e quindi nuovi casi di infezione?

**DE LUCA** - I trattamenti attuali sono sostanzialmente basati su farmaci antivirali, in grado pertanto di eradicare il virus ma non di creare una immunità in grado di difendere per sempre il soggetto, il quale può nuovamente reinfezzarsi. Vi sono infatti pubblicati in Letteratura casi di reinfezioni multiple in malati HIV positivi. In Toscana fino ad oggi abbiamo avuto pochissime situazioni di questo tipo con reinfezioni da virus HCV in soggetti tossicodipendenti, nessuno dei quali però con positività all'HIV.

**BRUNETTO** - I dati prodotti dal SEIEVA (Sistema Epidemiologico Integrato dell'epatite Virale Acuta) indicano come estremamente basso il numero di nuovi casi di HCV (che resterebbe comunque basso anche se vi fosse una sottostima). Ne deriva che l'approccio combinato di appropriate attività di screening e di cure adeguate può davvero garantire un buon controllo della situa-



### Persone HCV positive conosciute al SSR – Toscana, 2016

In base ai dati ottenuti attraverso i flussi sanitari, eliminando i casi doppi:



Le persone HCV positive conosciute al SSR (esenti e/o trattate e/o ricoverate) sono **28.707**

### Persone HCV positive conosciute al SSR – Toscana, 2016

In base ai dati ottenuti attraverso i flussi sanitari:



Le persone HCV-RNA conosciute al SSR sono **21.700 (28.707 conosciuti al SSR – 7.007 soggetti con SVR)**  
Prevalenza: **0,6 per 100 residenti in Toscana**

zione. Quindi il ruolo dei colleghi della medicina generale è fondamentale non solo per l'identificazione dei soggetti che potrebbero beneficiare del trattamento, ma anche per guidarli nel percorso sanitario che li condurrà al trattamento. Tale contributo è fondamentale per garantire serenità al paziente, spesso timoroso di non riuscire ad avere accesso al trattamento. Inoltre il Medico di Medicina Generale può contribuire a garantire corretta aderenza alle terapie, aderenza che è fondamentale per raggiungere il successo terapeutico.

**NASTRUZZI** - Una domanda forse provocatoria agli specialisti. Una volta che un paziente con infezione da HCV, magari individuato proprio a livello di medicina generale, sia stato inquadrato globalmente in un Centro specialistico, è ipotizzabile che la sua gestione terapeutica sia lasciata oggi alla medicina del territorio proprio in virtù della minore pre-

senza di effetti collaterali di questi nuovi farmaci e anche del relativo più semplice *follow-up*?

**BRUNETTO** - Io credo che sia necessario creare dei gruppi di lavoro nei quali tutte le competenze utili a garantire l'appropriatezza e la personalizzazione del trattamento vengano condivise e adeguatamente coordinate. In tal modo può realizzarsi una reale condivisione del percorso terapeutico e garantire di trattare al meglio numeri di pazienti sempre più grandi.

**DE LUCA** - Un primo passo in questa direzione potrebbe essere rappresentato dal "passaggio" dagli specialisti ai colleghi della medicina generale dei pazienti meno critici che abbiano già terminato il trattamento per un *follow-up* strutturato e protratto nel tempo.

**ZIGNEGO** - Anche secondo me non si può oggi prescindere dal dialogo par-

tecipato e continuo tra specialisti e medici di famiglia: ben vengano dunque i gruppi multidisciplinari prima ricordati.

**MARINAI** - Gli scenari adesso descritti appaiono molto interessanti. Non credo che in futuro si possa prescindere dal progetto di una vera e propria medicina di iniziativa, finalizzata soprattutto alla corretta individuazione dei pazienti.

Non bisogna però dimenticare che alcuni dei protocolli di cura prevedono ancora oggi l'impiego della ribavirina e questo necessariamente chiama in causa lo specialista e non certo il medico di medicina generale. Partendo da questa considerazione potrebbe essere utile costruire dei protocolli "step by step", che con il tempo e l'apporto di tutti i professionisti possano in un futuro non lontano portare ad un reale decentramento delle terapie.

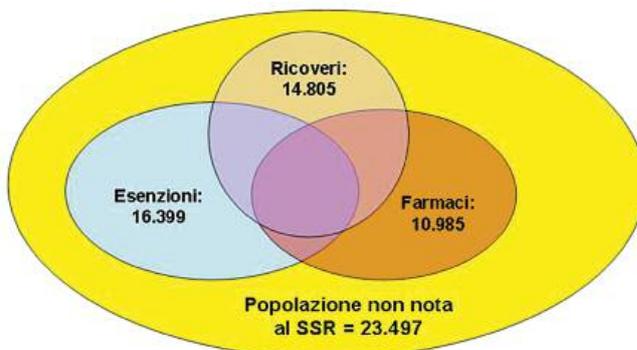
**NASTRUZZI** - Personalmente credo che più che di medicina di iniziativa in questo campo si debba parlare di medicina di opportunità. Molte persone che potrebbero rientrare nel "sommerso", già tante volte ricordato, non sono infatti grandi frequentatrici degli studi della medicina generale e pertanto appare premiante utilizzare questi momenti per affrontare temi come l'HIV e l'HCV.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Presentiamo dal punto di vista farmacologico ai nostri lettori i farmaci di più recente introduzione.

**DE LUCA** - Una delle novità delle quali stiamo parlando è l'associazione elbasvir/grazoprevir, molecole che inibi-

### Ma i casi non noti al SSR?

L'utilizzo del metodo cattura-ricattura ( $N = MC/R$ )



Prevalenza totale (Noti al SSR + Non Noti al SSR) = **1.2 per 100 residenti in Toscana**

scono il virus in due momenti diversi della sua replicazione. Si tratta di un farmaco che, senza ribavirina, garantisce in 12 settimane il successo terapeutico nel 95 – 97% dei casi in presenza di genotipo 1b, il più diffuso in Italia ed in molti Paesi europei.

In caso di infezioni da altri genotipi virali oppure in presenza di differenti stadi di malattia questi trattamenti possono essere prolungati fino a 16 settimane e può essere necessario associare la ribavirina.

È oggi poi disponibile una combinazione di tre molecole di classi diverse (la cosiddetta “combinazione 3D”) nella quale troviamo paritaprevir (inibitore delle proteasi), dasabuvir (che inibisce le trascrittasi) e ombitasvir (inibitore della proteina virale NS5A). Anche questa associazione, in presenza di genotipi 1a o 1b oppure a seconda dello stadio della malattia, può richiedere la somministrazione di ribavirina.

Nei genotipi 2 e 3, che a fronte delle nuove opzioni di cura presentano una risposta terapeutica leggermente meno soddisfacente, si può impiegare sofosbuvir, in associazione con daclatasvir oppure velpatasvir.

**ZIGNEGO** - Vorrei sottolineare un fatto molto importante, rappresentato dalla possibilità di impiego dell'associazione elbasvir/grazoprevir anche in presenza di grave compromissione renale, localizzazione non infrequente di danno in caso di complicazioni extraepatiche dell'infezione da HCV. A tale proposito va ricordato che, nonostante gli indiscutibili ed importanti miglioramenti in tema di trattamento dell'infezione e delle sue conseguenze, non tutto però è sempre così semplice come si potrebbe pensare e tutti noi continuiamo ad incontrare situazioni cliniche di eccezionale difficoltà, spesso complicate da pesanti complicanze extraepatiche del tipo di quelle, come prima ricordato, a livello del rene.

**BRUNETTO** - Sempre in tema di innovazione, ricordo che per ridurre al minimo il rischio di selezionare varianti resistenti in corso di terapia antivirale è necessario combinare i farmaci in funzione della loro potenza antivira-

le e barriera genetica (numero e tipo di mutazioni necessarie perché il virus acquisisca resistenza nei confronti del farmaco). Fino ad ora esclusivamente sofosbivur (inibitore nucleosidico della polimerasi ad alta barriera genetica) poteva essere combinato con un solo altro DAA. Con la disponibilità di grazoprevir ed elbasvir, per la prima volta è possibile combinare un inibitore della proteasi con un inibitore di NS5A, senza dover aggiungere un ulteriore farmaco. Questo grazie proprio all'elevata potenza antivirale e barriera genetica di entrambe le molecole.

✓ **TOSCANA MEDICA** - *Parliamo adesso della questione dei costi dei nuovi farmaci, nell'ottica della sostenibilità del sistema ed alla luce dei prospettati, notevoli ampliamenti del loro target.*

**MARINAI** - La questione dei costi delle nuove opzioni di cura non è stata improntata alla massima chiarezza dei rapporti tra le pubbliche amministrazioni e le società produttrici ed anche in Toscana si è dovuto aspettare per conoscere il costo dei trattamenti fino a quando non è apparsa chiara la combinazione tra il costo iniziale pagato dal servizio sanitario regionale ed il rientro in termini di *payback* da parte di alcune companies.

Diciamo che prima delle ultime determinate di AIFA un trattamento costava circa 15 – 20.000 euro annui a paziente, cifre adesso scese a 6 – 8.000 euro.

Un problema di non poco conto è rappresentato dal fatto che alcune delle companies che non hanno accettato questo livello di riduzione, e che quindi a breve saranno escluse da AIFA

dalla rimborsabilità, sono proprio quelle che producono i farmaci attivi contro i genotipi virali più difficili come il 2 ed il 3.

In termini estremamente sintetici possiamo dire che oggi siamo in presenza di una riduzione dei costi e della volontà di garantire i trattamenti a tutti i malati, anche se si tratta di una situazione in divenire grazie all'annunciato arrivo sul mercato di ulteriori novità farmacologiche a potenza antivirale prospettata molto maggiore rispetto a quella dei farmaci oggi disponibili.

**ROTI** - Non possiamo che augurarci e auspicare che il sistema sanitario nazionale, pubblico ed universalistico, possa garantire a tutte le persone con infezione da HCV l'accesso alle cure oggi disponibili ed efficaci anche con l'obiettivo finale della eradicazione del virus. Dobbiamo evitare, anche come comunità scientifica, che “i trionfi delle innovazioni farmaceutiche diventino vittorie vuote se queste azzoppiano i sistemi sanitari e generano enormi iniquità” (BMJ, 2016).

✓ **TOSCANA MEDICA** - *Alla luce di quanto è stato detto finora, è ipotizzabile prevedere un termine entro il quale l'infezione da HCV potrà essere eradicata?*

**VOLLER** - Si tratta di una domanda alla quale non è possibile rispondere con esattezza, considerato il grande numero delle variabili in causa. Se per quanto riguarda l'eradicazione della malattia il futuro ancora non ci concede grandi certezze, credo invece che ragionevolmente entro tre anni riusciremo a curare al meglio la maggior parte dei malati.



Progetto realizzato con il sostegno di MSD.

# Uno spartiacque nell'uso dei farmaci



ORDINE DEI MEDICI  
CHIRURGI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DI FIRENZE

di Antonio Panti

L'immissione in commercio di un nuovo farmaco che riesce a negativizzare oltre il 90% dei soggetti HCV positivi ha profondamente rivoluzionato l'approccio clinico a questi pazienti. Ma tutti sanno come il prezzo elevatissimo di questa cura abbia provocato una discussione globale sul costo dell'innovazione farmacologica e sui limiti di un mercato anarchico e privo di concorrenza in un settore così delicato quale la sanità pubblica.

La nostra Agenzia regolatoria, l'AIFA, scelse a suo tempo di iniziare il trattamento dai pazienti HCV positivi affetti da evoluzione fibrotica o da cirrosi o da epatocarcinoma e, in effetti, in questo primo approccio clinico i risultati sono stati ottimi e il trattamento ha negativizzato la HCV positività in quasi tutti gli oltre 4.000 soggetti trattati in Toscana. I nostri esperti hanno fatto notare che le ricerche epidemiologiche provocate dalla necessità di conoscere meglio la realtà dei soggetti HCV positivi ha portato ad una valutazione un po' più tranquillizzante rispetto alle stime iniziali. In Toscana avremo ancora da trattare poco più che 30.000 pazienti con un tasso di prevalenza dell'1%. È ovvio che soltanto la collaborazione dei medici di famiglia, impegnati in *scree-*

*ning* mirati su soggetti potenzialmente a rischio, potrà darci risultati ancora più precisi. Dovrebbe essere diffuso lo *screening* con i test orali HCV e HIV da confermare immediatamente in caso di positività. In effetti oggi,



dopo i due picchi di maggior contagio negli anni '60 e negli anni '80-'90 del secolo scorso, la comparsa di nuovi casi è abbastanza contenuta e le reinfezioni sono rare. In tal modo, ed ecco lo spartiacque clinico, l'eradicazione del virus sulla quasi totalità dei soggetti affetti porta ad un reale contenimento della circolazione del virus stesso e quindi a un reale controllo della malattia.

Certamente il dilemma di quali pazienti curare con i finanziamenti disponibili non è inedito, ma si è presentato con particolare acuzie in questa occasione. Oggi sono in commercio altri farmaci antivirali ancora più potenti, volti ai più importanti ceppi genetici presenti e che quindi spesso non necessitano dell'aggiunta tera-

peutica di interferoni. Tutto ciò ha cambiato completamente il quadro anche perché questi farmaci hanno scarse reazioni avverse e risultati assolutamente efficaci, in oltre il 95% dei casi. La trattativa dell'AIFA ha potuto dispiegarsi su un ventaglio di offerte e quindi ridurre drasticamente la spesa per ogni trattamento. Non sappiamo se il produttore del farmaco iniziale accetterà questa riduzione. Intanto il farmaco, di cui abbiamo parlato in questo forum, è già sul mercato. Quindi potremo trattare tutti i casi positivi anche con fibrosi iniziale. Calcolando, sia pur in modo approssimativo, il numero dei casi da trattare e la sostenibilità economica, in circa tre anni potremmo aver praticamente risolto il problema della positività da HCV.

È evidente il risparmio in vite umane per la mancata evoluzione cirrogena e per la scomparsa di tante comorbidità, spesso sottovalutate e che invece sono frequenti corollario della evoluzione del virus C.

Tutto ciò comporta anche un programma di somministrazione dei farmaci che veda l'impegno di *team* multidisciplinari, comprendenti medici generali e specialisti per consolidare questa ulteriore vittoria della medicina.

## LEGENDA

Si ricorda che è possibile attivare i **link** tramite **codice QR**. Nella versione **PDF**, scaricabile dal sito dell'ordine di Firenze o dall'app, attivare i link dove sono presenti i seguenti **simboli**



**Codice QR**

rimando link esterno con applicazione smartphone



**URL**

Rimando link esterno



**Sommario**

Rimando alla pagina dell'interno



**e-mail**

Rimando al programma e-mail

# Morire di morbillo

di Antonio Panti

**N**on poteva non succedere; la Federazione degli Ordini dei Medici aveva segnalato assai per tempo questo rischio ed è stata finalmente ascoltata dalla politica ma, purtroppo, tardi. Morire di morbillo. A un anziano medico sembra impossibile che in paese munito di uno dei migliori servizi sanitari del mondo ciò possa accadere. Una sconfitta della società e un grave segnale per i medici. I quali, evidentemente, non hanno saputo farsi divulgatori della razionalità e dei successi della scienza e, spesso, non hanno accolto con comprensione, competenza e disponibilità le sacrosante domande dei cittadini. Tutte, anche quelle meno pertinenti, perché ogni domanda segnala un problema di chi la pone e il vero professionista, quello degno di questo nome, sa farsene carico.

La scienza non è vera o falsa, pone problemi di realtà. Il calo dell'immunità di gregge provoca il ritorno di malattie che crediamo scomparse, ma non lo sono, e ne vediamo le conseguenze. E poco conta qualche medico che per le più varie ragioni protesta contro l'obbligo vaccinale (alcuni curando a caro prezzo le pretese patologie da vaccino) oppure si dichiara, come qualche cittadino, a favore degli antibiotici ma non dei vaccini. Misteri dell'animo umano! La scienza si fonda sull'esercizio della ragione, come la democrazia, una considerazione di cui i medici dovrebbero avere consapevolezza.

Ricordiamo che la Costituzione bilancia esattamente il "diritto del singolo" alla tutela della salute con "l'interesse della collettività". La libertà recede o trova limiti nell'interesse de-

gli altri e ciò spiega la ratio di qualsivoglia provvedimento di sanità pubblica quale, in buona sostanza, è la legge sull'obbligo vaccinale che, ci auguriamo, comprenda anche i professionisti della sanità. Altresì la Costituzione richiama ai "doveri di solidarietà" e vincola i genitori ad "assolvere i loro compiti".

Il Consiglio dell'Ordine di Firenze ringrazia i colleghi medici di famiglia, pediatri e pubblici dipendenti che assolveranno con la consueta dedizione l'impegno che li attende. Nello stesso tempo il Consiglio ricorda che il medico è un esercente un servizio di pubblica necessità e quindi, fatto salvo il diritto di critica a qualsiasi decisione sulla sanità, non può esentarsi dal collaborare all'attuazione di provvedimenti di sanità pubblica. L'Ordine interverrebbe.



# Perché vaccinarsi

“Il Decreto del Ministero della Salute”

Il Governo ha emanato un Decreto, di cui riportiamo ampia sintesi sull’obbligo vaccinale. Una decisione drastica rispetto al più auspicabile processo di convincimento delle persone incerte, ma resa necessaria dal sia pur modesto calo vaccinale, sufficiente però a far riapparire gravissime patologie che credevamo scomparse.

“**I**l Presidente della Repubblica, visti gli articoli 77 e 87, quinto comma, della Costituzione, ritenuta la straordinaria necessità ed urgenza di emanare disposizioni dirette a garantire in maniera omogenea sul territorio nazionale le attività dirette alla prevenzione, al contenimento ed alla riduzione dei rischi per la salute pubblica e di assicurare il costante mantenimento di adeguate condizioni di sicurezza epidemiologica in termini di profilassi e di copertura vaccinale...”

Si legge questo all’inizio del decreto-legge firmato recentemente dal Presidente Mattarella in tema di vaccinazioni; queste poche parole racchiudono il senso di una grande iniziativa politica che dovrebbe tra l’altro servire anche e soprattutto a stemperare le polemiche talvolta esasperate, che hanno caratterizzato l’opposizione tra chi è favorevole ai vaccini e chi invece si situa sul versante “no vax”.

Al di là delle dispute ideologiche, l’importanza delle vaccinazioni è fortemente sostenuta anche e soprattutto dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, che considera il 95% di copertura vaccinale la soglia alla quale si raggiunge la cosiddetta “immunità di gregge”, con il conseguente arresto della circolazione dell’agente patogeno all’interno di una popolazione e la possibilità quindi di tutelare anche i soggetti fragili che, per differenti motivi, non possono essere vaccinati.

Purtroppo oggi la situazione non è favorevole nel nostro Paese dove la copertura media vaccinale è ben inferiore

**Per effettuare le 12 vaccinazioni obbligatorie  
NON saranno necessarie 12 diverse punture**

<b>6 vaccini possono essere somministrati contestualmente con la c.d. vaccinazione esavalente</b>	i vaccini: anti-poliomielite, anti-difterite, anti-tetano, anti-epatite B, anti-pertosse, anti-Haemophilus Influenzae tipo b
<b>4 vaccini possono essere somministrati contestualmente con la c.d. vaccinazione quadrivalente</b>	i vaccini: anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella
<b>devono essere somministrati separatamente</b>	i vaccini anti-meningococco B e anti-meningococco C

*Ministero della Salute*

re alle indicazioni dell’OMS, con un 93.7% per il tetano fino al preoccupante 80.7% per l’infezione da meningococco B ed all’incredibile 46.1% della varicella.

I dati del Ministero della Salute dicono che dall’inizio del 2017 i casi di morbillo segnalati in Italia sono stati 2.851 con un incremento di ben il 500% rispetto al 2016. Sempre per il Ministero le cause principali di questa situazione si possono riassumere così: scarsa consapevolezza dei reali benefici indotti dalle vaccinazioni, ridotta percezione della pericolosità di molte malattie infettive (peraltro oggi diminuita proprio grazie alle vaccinazioni), diffusione di teorie prive di qualsiasi fondamento scientifico e di movimenti di opposizione per motivi ideologici

o di altra natura, falsa correlazione tra l’assunzione dei vaccini e la comparsa di alcune malattie (celebre il rapporto vaccinazioni/autismo). Al fine di garantire definitiva chiarezza e riportare serenità a livello nazionale ecco quindi il Decreto del Presidente Mattarella recante “disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale”, le cui novità più significative possono essere riassunte nel modo seguente.

Fino ad oggi erano previste quattro vaccinazioni obbligatorie (antidifterica, antitetanica, antipoliomielitica ed anti epatite B) che salgono adesso a dodici, tutte erogate gratuitamente e che rappresentano un requisito indispensabile per l’ammissione a scuola (incluse quelle private non paritarie) per i bambini da 0 a 6 anni.

**sono esonerati dall'obbligo di vaccinazione....**

- ➔ i soggetti immunizzati per effetto della malattia naturale. Ad esempio i bambini che hanno già contratto la varicella non dovranno vaccinarsi contro tale malattia
- ➔ i soggetti che si trovano in specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta

**il vaccino è posticipato....**

- ➔ quando i soggetti si trovano in specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta. Ad esempio, quando versino in una malattia acuta, grave o moderata, con o senza febbre



**Anno scolastico 2017/2018**

Per l'anno scolastico 2017/2018, sono dettate specifiche disposizioni transitorie per la fase di prima applicazione del decreto.

**entro il 10 settembre 2017**

per l'avvenuta vaccinazione: può essere presentata la relativa documentazione oppure un'autocertificazione

per l'omissione, il differimento e l'immunizzazione da malattia: deve essere presentata la relativa documentazione

coloro che sono in attesa di effettuare la vaccinazione: devono presentare copia della prenotazione dell'appuntamento presso l'ASL

**entro il 10 marzo 2018**

nel caso in cui sia stata precedentemente presentata l'autocertificazione, deve essere presentata la documentazione comprovante l'avvenuta vaccinazione



Lo schema sintetico degli obblighi vaccinali, in relazione all'anno di nascita è riportato di seguito.

Vaccinazione \ Anno	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 ->
anti-poliomielitica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
anti-difterica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
anti-tetanica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
anti-epatite B	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
anti-pertosse	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
anti-Haemophilus tipo b <sup>1</sup>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
anti-meningococcica B																	X
anti-meningococcica C												X	X	X	X	X	X
anti-morbillo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
anti-rosolia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
anti-parotite	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
anti-varicella																	X

<sup>1</sup> Il vaccino anti Hib singolo trova indicazioni, come da scheda tecnica, solo per i bambini; tuttavia, come per i soggetti ad alto rischio, è possibile utilizzarlo in qualsiasi età.

Fino a 16 anni di età i ragazzi dovranno essere obbligatoriamente vaccinati con modalità differenti in relazione all'anno di nascita e viene istituito l'obbligo di presentare il certificato vaccinale (o la documentazione per l'esonero o la ritardata vaccinazione redatti dal medico di base o dal pediatra di libera scelta) al momento dell'iscrizione a scuola. In caso di non rispetto dell'obbligo suddetto, i bambini da 0 a 6 anni non potranno essere ammessi agli asili-nido o alle scuole dell'infanzia, mentre quelli di età compresa tra 6 e 16 anni potranno comunque accedere alla scuola.

Per i genitori dei bambini di qualsiasi età, la violazione dell'obbligo vaccinale fa scattare da parte del Dirigente scolastico la segnalazione all'ASL che provvede a contattare la famiglia per un colloquio informativo e per programmare la vaccinazione.

In caso di inadempienza, ai genitori segnalati formalmente dalla ASL per mancata vaccinazione dei figli verrà comminata una sanzione pecuniaria da 500 fino a 7.500 euro, comunque proporzionata alla mancanza riscontrata.

Importante sottolineare che le ASL sono tenute a segnalare i genitori inadempienti anche alla Procura della Repubblica presso il Tribunale dei minorenni i cui magistrati decideranno per l'eventuale apertura di un procedimento in materia (dunque penale, n.d.r.).

Come si può vedere da questa sintesi si tratta di un decreto che interessa numerose e delicatissime questioni che, proprio per l'estrema complessità dell'argomento, esulano dallo specifico campo delle pure e semplici evidenze scientifiche.

Un'intera Nazione, frammentata e forse anche confusa, si trova di fronte a dilemmi di eccezionale valenza umana che chiamano in causa il delicatissimo rapporto tra genitori e figli in tema di salute, con lo scopo di aiutare a stare meglio (oppure a non ammalarsi) il numero maggiore di individui.

Il DPR rappresenta un punto fermo della vicenda, ma molto ancora deve probabilmente succedere ed ormai c'è poco da aspettare, giusto il tempo per il suono delle prossime campane.



## Medice cura te ipsum (col vaccino)

di Pier Luigi Lopalco



PIER LUIGI LOPALCO, medico chirurgo specialista in Igiene e Medicina Preventiva, è Professore Ordinario di Igiene all'Università di Pisa. Dal 2005 al 2015 ha lavorato presso il Centro Europeo per la prevenzione ed il controllo delle malattie (ECDC), dove ha diretto il programma per le malattie prevenibili da vaccino. È autore di oltre 120 pubblicazioni scientifiche ed ha collaborato alla sesta edizione del volume "Vaccines" di Stanley Plotkin.

Nella epidemia di morbillo in corso, ben il 10% dei casi a livello nazionale si è verificato in operatori sanitari. Nelle province di Pisa e Firenze ben il 50% dei casi di morbillo notificati ha riguardato il personale sanitario o persone a loro vicine. La scarsa attenzione degli operatori sanitari verso le vaccinazioni è un problema urgente. In un convegno multidisciplinare recentemente tenutosi a Pisa, l'analisi del problema e la proposta di soluzioni.

**Parole chiave:**  
vaccinazione, copertura vaccinale, operatori sanitari, Sanità Pubblica, obbligo vaccinale

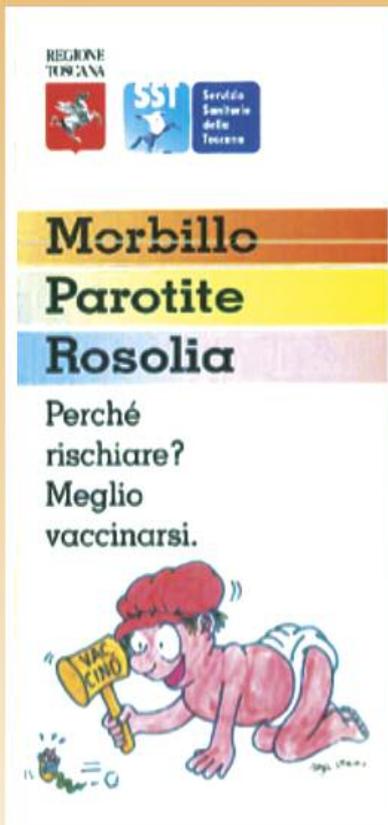
Pubblichiamo volentieri l'articolo dell'amico Prof. Lopalco perché, anche se apparentemente superato dal decreto ministeriale sull'obbligo vaccinale, pone un problema estremamente concreto, quello del vero compito dei medici, cioè dell'informazione attenta e competente ai genitori e a chiunque desideri chiarimenti sui vaccini. In un'epoca dove si intrecciano eccessive attese nei mirabolanti successi della scienza con il ritorno a una sorta di primitivismo magico, spetta ai medici mantenere alto il valore della razionalità della scienza.

**L**a vaccinazione rappresenta uno dei più efficaci interventi di sanità pubblica. Eppure molti medici e operatori sanitari hanno ancora un atteggiamento molto tiepido nei confronti dei vaccini. Non supportano come si dovrebbe le campagne pubbliche di vaccinazione e sono essi stessi distratti sul proprio stato vaccinale. Lo conferma il fatto che degli oltre 1.000 casi di morbillo segnalati in tutta Italia nei primi mesi di quest'anno, ben il 10% hanno riguardato personale sanitario o persone a loro vicine. Da una analisi dei dati toscani, questa percentuale ha raggiunto il 50% a Pisa e Firenze. Tutti questi casi erano in operatori mai vaccinati o vaccinati in passato con una sola dose.

Ma ciò che più preoccupa è la scarsa consapevolezza del rischio infettivo

per sé e per i propri pazienti. Da un sondaggio avviato dalla SIMPIOS (Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie) a cui hanno finora partecipato 2.250 tra medici, infermieri e altri operatori, si evince che il 44% degli operatori sanitari ritiene che il proprio rischio di contrarre una malattia prevenibile con vaccino sia basso. Ma, cosa più preoccupante, il 49% ritiene che sia anche basso il rischio di trasmettere una malattia infettiva prevenibile con il vaccino al proprio paziente. È evidente dunque che la percezione del rischio di malattie estremamente contagiose come morbillo, pertosse, varicella, o la stessa influenza, sia pericolosamente sottovalutata. Questa scarsa percezione del rischio fa il paio con il basso ricorso alla profilassi vacci-

## Continuano i casi di morbillo!!!



È importante una diagnosi precoce

- Il morbillo colpisce tutte le età
- Il quadro clinico non è sempre tipico
- Sospettare il morbillo in presenza di eruzioni cutanee con o senza febbre accompagnate da angina, mucosite
- Il ricordo anamnestico non è sufficiente per escludere la malattia
- La clinica da sola non è sufficiente per la diagnosi ma è necessario accertare il caso con i test specifici
- È importante l'isolamento domiciliare del caso anche se solo sospetto
- È importante fare subito la notifica di malattia infettiva anche in caso di sospetto

## unica prevenzione: la vaccinazione

raccomandare la vaccinazione a tutti coloro che non sono stati mai vaccinati o vaccinati con una sola dose

dimostrano i casi di morbillo delle ultime settimane, potrebbe rappresentare una vera e propria emergenza? Nel Convegno “*Medice cura te ipsum*: le vaccinazioni negli operatori sanitari” tenutosi a Pisa lo scorso 27-28 Marzo, le principali società scientifiche (oltre a SIMPIOS, anche SITI, SIMLI, ANMDO) ma anche Enti e organizzazioni di categoria (INAIL, Ministero della Salute, ISS, Ordine dei Medici, IPASVI, fra le altre) hanno dibattuto il problema e cercato di proporre soluzioni. È emerso che l'attività di formazione specifica sul tema è il punto di partenza per eliminare gli ostacoli culturali che il sondaggio ha fatto emergere: molti operatori hanno paura dei vaccini perché non li conoscono e hanno nei confronti della vaccinazione un approccio non basato sulle evidenze scientifiche. Ma al centro del dibattito, ovviamente, vi è stato l'argomento dell'obbligo vaccinale per gli operatori sanitari, eventualmente da inserire come requisito per l'idoneità a certe mansioni. Questo tema è molto complesso e va affrontato con tutti i necessari passaggi di concertazione fra le parti interessate.

Nel frattempo, però, almeno per le malattie in cui la trasmissione ospedaliera è più rilevante come morbillo, varicella o influenza, occorre che la vaccinazione sia offerta in maniera attiva e gratuita a tutto il personale direttamente all'interno di ogni struttura, rimuovendo ogni forma di intralcio che possa scoraggiare anche chi non è in linea di principio contrario a farsi vaccinare. In molti contesti sanitari persistono infatti vincoli burocratici e difficoltà pratiche che certamente non facilitano la vaccinazione degli operatori.

@ pierluigi.lopalco@unipi.it

nale: il 40% degli intervistati non ha fatto il richiamo antitetano negli ultimi dieci anni e appena il 31% ha dichiarato di essersi vaccinato contro l'influenza nella passata stagione. La percentuale scende al 25% se si considera la sola categoria degli infermieri.

I motivi di questa scarsa fiducia nei confronti della vaccinazione, sempre secondo il sondaggio, andrebbero ricercati nella scarsa conoscenza dell'effica-

cia e sicurezza delle vaccinazioni: quasi uno su tre degli intervistati, infatti, è in disaccordo con l'affermazione secondo cui i benefici dei vaccini sono certi, e teme la possibilità di eventi avversi gravi. Le ripercussioni di tale scetticismo valicano anche i confini delle strutture sanitarie, facilitando la diffusione della disinformazione sui vaccini che colpisce tante famiglie. Come fronteggiare questa situazione che, come

### NUOVO SITO INTERNET DEDICATO A TOSCANA MEDICA

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



## La Carta di Pisa delle vaccinazioni negli operatori sanitari

Siamo lieti di ospitare questo importante documento di un gruppo di colleghi nel tentativo di convincere gli operatori sanitari a raggiungere livelli di sicurezza nella vaccinazione. Professionisti a contatto quotidiano con il malato negano la loro deontologia, non preoccupandosi di proteggerla adeguatamente.

**L**e evidenze correnti dimostrano come l'adesione alla vaccinazione fra gli operatori sanitari (OS) non sia ottimale e, in alcuni casi, largamente insoddisfacente. L'elevato numero di casi di morbillo fra gli OS registrato nel corso dei recenti eventi epidemici e lo sconcertante tasso di adesione alla vaccinazione anti-influenzale offrono la misura dell'urgenza del tema.

Il contrasto alla diffusione delle malattie infettive richiede un complesso integrato di interventi multidisciplinari che comprendono, in varia misura: la corretta informazione ed educazione delle persone, la promozione dell'immunizzazione attiva e la profilassi degli individui suscettibili, la tempestività e la qualità delle diagnosi, l'appropriatezza e la completezza dei trattamenti terapeutici, il monitoraggio degli esiti degli interventi e dei loro eventuali eventi avversi.

In particolare, i vaccini devono essere considerati fondamentali strumenti di prevenzione primaria nella lotta a numerose infezioni e malattie infettive di grande impatto sanitario, sociale ed economico per l'intera collettività: il loro razionale utilizzo è mirato al fine di conseguire importanti risultati di Sanità pubblica, quali l'eliminazione e il controllo. Non si può ignorare come un loro appropriato utilizzo rappresenti non solo un'opportunità di protezione individuale ma garantisca tutela di salute per l'intera popolazione, grazie ai ben noti benefici non solo diretti ma anche indiretti ottenibili da programmi di vaccinazione ben studiati. Le solide evidenze scien-

tifiche a oggi ottenute, sia in ambito di ricerca clinica sia nella pratica assistenziale, circa la sicurezza e l'efficacia dei preparati disponibili confermano le attuali raccomandazioni previste all'interno dei programmi d'immunizzazione esistenti nel nostro Paese. Prioritario è integrare l'offerta vaccinale universale con interventi individuali rivolti alle persone più vulnerabili, compresi i soggetti a maggior rischio per specifiche co-morbidità, condizioni parafisiologiche (per esempio, la gravidanza) e attività professionali, garantendo la gratuità di queste prestazioni in modo uniforme su scala nazionale: questo è in linea con il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019. La disponibilità negli ultimi anni di nuovi vaccini pone ulteriori prospettive per il miglioramento delle condizioni globali di salute della popolazione.

Le Società Scientifiche, gli scienziati, le Istituzioni e gli esponenti della società civile che sottoscrivono la Carta di Pisa sostengono senza riserve la necessità di promuovere la pratica vaccinale e intendono ribadire l'importanza assoluta della vaccinazione degli operatori sanitari per il raggiungimento del controllo delle malattie prevenibili con vaccinazione.

La vaccinazione dell'operatore sanitario (OS), unitamente alle altre misure di protezione collettive e individuali per la prevenzione della trasmissione degli agenti infettivi nelle strutture sanitarie, ha una valenza multipla: serve a proteggere l'operatore dal rischio infettivo professionale, serve a proteggere i pazienti

e i cittadini dal contagio in ambiente assistenziale e comunitario, serve a difendere l'operatività dei servizi assistenziali, garantendo la qualità delle prestazioni erogate. A questo si aggiunga che, in un clima di diffuso scetticismo nei confronti della vaccinazione, l'OS che si vaccina offre un esempio positivo ai suoi assistiti e deve essere considerato come il principale promotore della cultura vaccinale all'interno della popolazione. Inoltre, carenze di copertura vaccinale negli OS, soprattutto nelle aree critiche e in occasione di eventi epidemici, potrebbero innescare contenziosi dall'esito potenzialmente sfavorevole per l'azienda sanitaria e lo stesso OS.

Le cause di mancata vaccinazione degli OS sono molteplici e possono essere distinte in ostacoli di tipo organizzativo (che determinano difficoltà di accesso all'offerta vaccinale) e ostacoli legati a dubbi, disinteresse, scarse conoscenze, bassa percezione del rischio e false convinzioni sui vaccini che riducono la domanda di vaccinazione da parte degli OS.

I firmatari della Carta di Pisa individuano i seguenti punti programmatici all'interno dei quali elaborare le azioni prioritarie da mettere in atto al fine di migliorare le coperture vaccinali negli OS, nell'interesse dello stesso operatore e della comunità.

### 1- Riconoscere il valore della vaccinazione negli OS.

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-19 ribadisce la necessità delle vaccinazioni anti-epatite B, an-

ti-influenzale, anti-morbillo, anti-parotite, anti-rosolia (MPR), anti-pertosse e anti-varicella negli OS. Alti livelli di copertura vaccinale contro queste malattie dovrebbero essere inclusi fra gli obiettivi della dirigenza aziendale (ospedaliera e territoriale) e chiaramente comunicati a tutti gli OS. A queste vaccinazioni mirate per gli OS va comunque aggiunta la vaccinazione contro difterite e tetano che è raccomandata ogni 10 anni per tutti i soggetti adulti.

## 2 - Ribadire il ruolo degli OS nel raggiungimento dell'obiettivo di eliminazione di morbillo e rosolia nel quadro degli accordi internazionali.

L'attuale situazione di epidemia per morbillo e rosolia impone al nostro Paese uno sforzo aggiuntivo per poter rispettare gli impegni internazionali di eliminazione sottoscritti con l'Assemblea Mondiale della Sanità. Il ruolo rivestito dagli OS negli ultimi episodi epidemici si è dimostrato cruciale, in quanto essi stessi sono risultati vittime del morbillo e sostenitori della catena di contagio sia in ambito ospedaliero che comunitario. La valutazione dello stato di suscettibilità e la vaccinazione contro morbillo, parotite e rosolia (MPR), disponibile in combinazione con quella contro la varicella (MPRV), devono essere offerte attivamente e con priorità assoluta a tutti gli OS suscettibili anche solo ad una delle malattie citate.

## 3 - Attuare azioni mirate alla formazione e consapevolezza dei rischi infettivi negli OS.

Diverse evidenze dimostrano come le conoscenze sui vaccini fra gli OS siano spesso insufficienti. Una certa resistenza a farsi vaccinare scaturisce anche da queste lacune culturali. La formazione continua accreditata ECM nel campo dell'epidemiologia e della prevenzione delle malattie prevenibili da vaccini e della vaccinologia deve essere at-

tivamente promossa ed inserita nei piani di studio dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e delle Professioni Sanitarie, delle Scuole di Specializzazione di area medica e dei Dottorati di ricerca dei SSD coinvolti, in modo da fornire ad ogni OS gli elementi necessari ad una consapevole analisi rischio-benefici e incoraggiare la scelta vaccinale. Peraltro, tale attività formativa può essere inserita nell'ambito delle disposizioni del D. Lgs. 81/2008.

## 4 - Introdurre forme di promozione della vaccinazione e forme di incentivazione adeguate al contesto di lavoro degli OS.

Occasione opportuna per mettere in atto tali azioni è rappresentata dalle visite mediche preventive e periodiche a cui sono sottoposti tutti gli operatori sanitari e soggetti equiparati, a cura del medico competente, nell'ambito delle attività di sorveglianza sanitaria in essere nelle strutture sanitarie come previsto dal D. Lgs. 81/2008. In quest'ambito, una stretta sinergia tra datori di lavoro, servizi di medicina preventiva occupazionale e direzioni sanitarie è imprescindibile. La promozione della vaccinazione e dei suoi benefici deve essere costantemente effettuata anche nei confronti degli OS. Forme di disincentivazione (per esempio, mancato accesso in determinati reparti ad alto rischio per i pazienti, sanzioni disciplinari fino alla radiazione dall'ordine professionale per quanti effettuino attività contrarie alle politiche e agli obiettivi nazionali di immunizzazione) dovrebbero essere presi in considerazione. Procedure operative standard per la vaccinazione degli OS devono essere disponibili e messe in atto.

## 5 - Introdurre forme di obbligo laddove altre azioni mirate al raggiungimento degli obiettivi di copertura non abbiano funzionato.

Il principale ruolo istituzionale degli OS è prendersi cura di un particolare sot-

togruppo di popolazione che si trova generalmente in precarie condizioni di salute o, comunque, in una condizione di fragilità o di aumentato rischio di esposizione professionale rispetto alla popolazione generale. Per questo motivo è deontologicamente e moralmente inaccettabile che l'OS possa egli stesso diventare fonte di contagio di malattie prevenibili con vaccini. Su questa base, laddove altre azioni di offerta attiva non abbiano funzionato, si rende legittimo mettere in atto strumenti coercitivi che obblighino l'OS, nel caso volesse continuare ad assistere i pazienti, a vaccinarsi.

## 6 - Migliorare la sorveglianza delle coperture vaccinali.

A tutt'oggi i dati sulle coperture vaccinali degli adulti e di particolari categorie a rischio, fra cui gli OS, sono difficilmente disponibili. Questo comporta difficoltà concrete di monitoraggio e valutazione. È auspicabile la realizzazione di registri vaccinali informatizzati che siano accessibili anche in ambito ospedaliero e nelle pratiche di medicina occupazionale.

## 7 - Implementare progetti di ricerca multidisciplinari sui temi della sorveglianza e della prevenzione delle malattie prevenibili con vaccinazioni negli operatori sanitari.

Come esplicitamente riportato nel nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019, tra i "10 punti per il futuro delle vaccinazioni in Italia", appare prioritario favorire, con la collaborazione delle massime Istituzioni Nazionali e delle Società Scientifiche, la ricerca e l'informazione scientifica indipendente sui vaccini disponibili e sui programmi di vaccinazione, anche in ambito sanitario, al fine di incrementare continuamente le conoscenze sulla sicurezza, efficacia, utilità ed equità di accesso in merito alle vaccinazioni ed orientare conseguentemente le strategie vaccinali.



**La Carta di Pisa** è stata redatta con il contributo di esperti, operatori e ricercatori che hanno partecipato ai lavori della Conferenza Nazionale **“Medice cura te ipsum”**, tenutasi a Pisa il 27-28 marzo 2017 e sottoscritta altresì da società e associazioni scientifiche per varie ragioni interessate a questo problema.

Valeria Alfonsi, Roma  
 Chiara Azzari, Firenze  
 Paolo Bonanni, Firenze  
 Gianpietro Chiamenti, Verona  
 Michele Conversano, Taranto  
 Alfonso Cristaudo, Pisa  
 Paolo D’Ancona, Roma  
 Paolo Durando, Genova  
 Antonietta Filia, Roma  
 Rudy Foddìs, Pisa  
 Fausto Francia, Bologna  
 Andrea Gentilomo, Milano  
 Sandro Giuffrida, Roma  
 Giancarlo Icardi, Genova  
 Pier Luigi Lopalco, Pisa  
 Domenico Martinelli, Foggia

Anna Odone, Parma  
 Maria Grazia Pascucci, Bologna  
 Gaetano Privitera, Pisa  
 Vincenzo Puro, Roma  
 Caterina Rizzo, Roma  
 Roberto Rosselli, Genova  
 Maria Cristina Rota, Roma  
 Maria Adele Schirru, Torino  
 Silvestro Scotti, Napoli  
 Carlo Signorelli, Parma  
 Giovanni Sotgiu, Sassari  
 Alberto Tomasi, Lucca  
 Andrea Trevisan, Padova  
 Massimo Valsecchi, Verona  
 Alberto Villani, Roma  
 Francesco Saverio Violante, Bologna

**Sottoscrivono inoltre la Carta di Pisa:**

- Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie - SIMPIOS
- Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica - SIH
- Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale - SiMLii
- Società Italiana di Medicina Tropicale e Salute Globale - SIMET
- Società Italiana di Pediatria - SIP
- Federazione Italiana Medici Pediatri - FIMP
- Federazione Italiana Medici di Medicina Generale - FIMMG

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE DAL 31/7/2017**



**ORDINE DEI  
 MEDICI CHIRURGHI  
 E DEGLI ODONTOIATRI  
 DI FIRENZE**

**E-mail e PEC:**

[presidenza@ordine-medici-firenze.it](mailto:presidenza@ordine-medici-firenze.it) - [informazioni@ordine-medici-firenze.it](mailto:informazioni@ordine-medici-firenze.it)  
[amministrazione@ordine-medici-firenze.it](mailto:amministrazione@ordine-medici-firenze.it) - [toscanamedica@ordine-medici-firenze.it](mailto:toscanamedica@ordine-medici-firenze.it)  
[segreteria.fi@pec.omceo.it](mailto:segreteria.fi@pec.omceo.it) - [presidenza.fi@pec.omceo.it](mailto:presidenza.fi@pec.omceo.it) - [amministrazione.fi@pec.omceo.it](mailto:amministrazione.fi@pec.omceo.it)

**Orario di apertura al pubblico:**

mattina: dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 11,00 - pomeriggio: lunedì e mercoledì dalle ore 15,30 alle ore 17,30

**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://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 pomeriggio su appuntamento

**Consulenze e informazioni:**

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

Newsletter: inviate 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  
 Siti Internet: [www.ordine-medici-firenze.it](http://www.ordine-medici-firenze.it) - [www.toscanamedica.org](http://www.toscanamedica.org)

## Un appello, da genitore a genitore, sull'importanza di vaccinare i propri bambini



L'appello porta la firma, delle seguenti Associazioni:

Noi per Voi Onlus, Cuore di Bimbo, A.B.A.R.T.U. Onlus, A.M.A.R.T.I. Onlus, Lega Italiana Fibrosi Cistica Onlus, A.T.I.S.B. Onlus, Occhio al Sole Onlus, A.T.C.R.U.P. Onlus, Coordinamento Famiglie Talassemiche, Fondazione Tommasino Bacciotti Onlus, Associazione Cibo Amico, Piccino Picciò Onlus

**L**e associazioni di genitori dell'Ospedale Meyer di Firenze, che ogni giorno affiancano le famiglie durante il difficile percorso terapeutico dei loro figli affetti da patologie complesse, difficili, a volte mortali, vogliono invitare ad una riflessione i genitori di figli senza patologie specifiche, che hanno scelto di non farli vaccinare.

Attenzione, questa scelta mette a serio rischio sia la salute dei propri figli, e questa è una responsabilità personale di padri e madri, sia la salute

della collettività, in quanto esiste anche una responsabilità civile che riguarda la comunità. È risaputo che il contatto con bambini non vaccinati mette a serio rischio di vita i bambini immunodepressi o soggetti di patologie complesse, per i quali un raffreddore può rappresentare un'insidia, ma una malattia come il morbillo o la varicella diventa un rischio mortale.

Quando fate una scelta pensate con la vostra testa e con il vostro cuore di genitori, non fatevi manipolare dai numerosi messaggi approssima-

tivi, inutili e dannosi che girano sui social. Pensate ai bambini malati esposti al rischio di contrarre patologie ormai debellate sul territorio italiano, ma che hanno avuto una recrudescenza proprio a seguito del dibattito creatosi negli ultimi anni sull'opportunità dell'utilizzo dei vaccini. La vostra scelta a favore della vaccinazione obbligatoria per specifiche patologie, scientificamente provate, servirà ad avere una società migliore in cui tutti i bambini hanno il diritto di vivere.



## Vaccinazioni

### Antefatto



“Con l’eccezione dell’acqua potabile nessun altro strumento, neppure gli antibiotici, ha avuto un maggior effetto sulla riduzione della mortalità e la crescita della popolazione”

(Plotkin e Plotkin 1994)

### Perché vaccinare gli adulti?

Gli adulti hanno bisogno della vaccinazione perché:

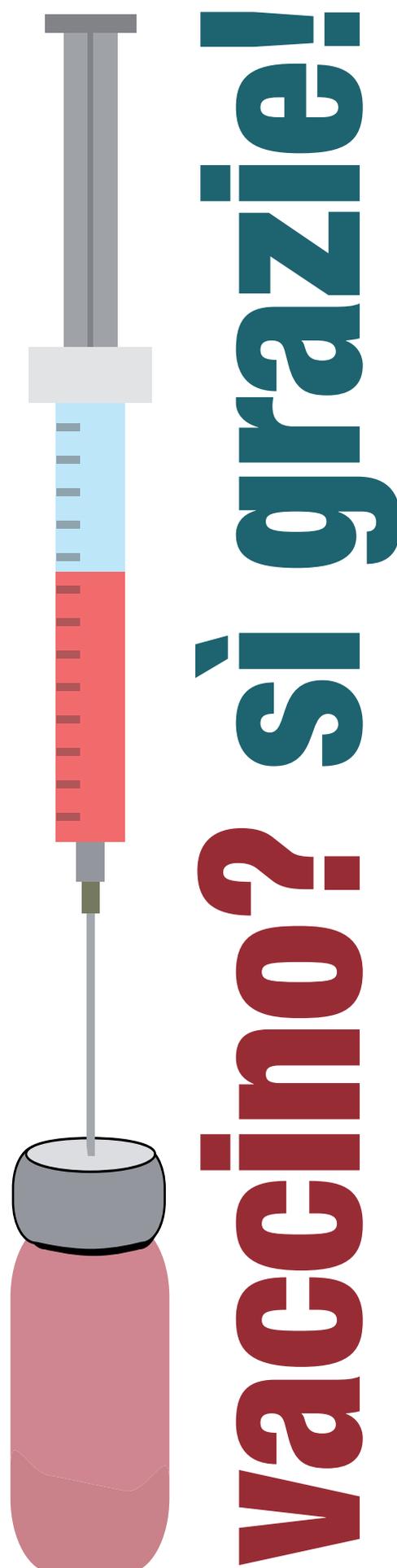
- Potrebbero non avere ricevuto i vaccini nell’infanzia
- Nuovi vaccini si sono resi disponibili
- L’immunità può decadere
- Gli anziani e/o i malati cronici possono essere più suscettibili alle malattie prevenibili mediante vaccino

		Dal 1991 al 2006 13 vaccini in 15 anni
	Dal 1925 al 1990 16 vaccini in 56 anni 1 vaccino/4 anni	
Dal 1775 al 1925 3 vaccini in 150 anni 1 vaccino/50 anni		

## Italia

### I successi delle vaccinazioni obbligatorie

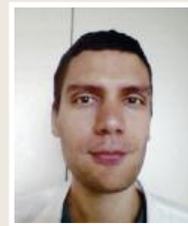
- **Polio**
  - eliminazione, ultimi casi autoctoni in Italia nel 1982
  - eradicazione certificata in Europa nel giugno 2002
- **Difterite**: ultimo caso nel 1991 in bambina non vaccinata
- **Tetano**: nessun caso in bambini e adolescenti da molti anni
- **Epatite B**: riduzione > 80% casi nei gruppi 0-14 e 15-24 anni



# Il carcinoma dell'orofaringe HPV-correlato

Una patologia emergente da imparare a conoscere

di Luca Giovanni Locatello, Federica Martelli,  
Maria Benedetta Ninu, Oreste Gallo



LUCA GIOVANNI LOCATELLO, medico specializzando in ORL.

FEDERICA MARTELLI, medico specializzando in ORL.

MARIA BENEDETTA NINU, medico strutturato ORL.

ORESTE GALLO, Direttore della SODc ORL.

SODc Otorinolaringoiatria di AOU Careggi, Firenze.

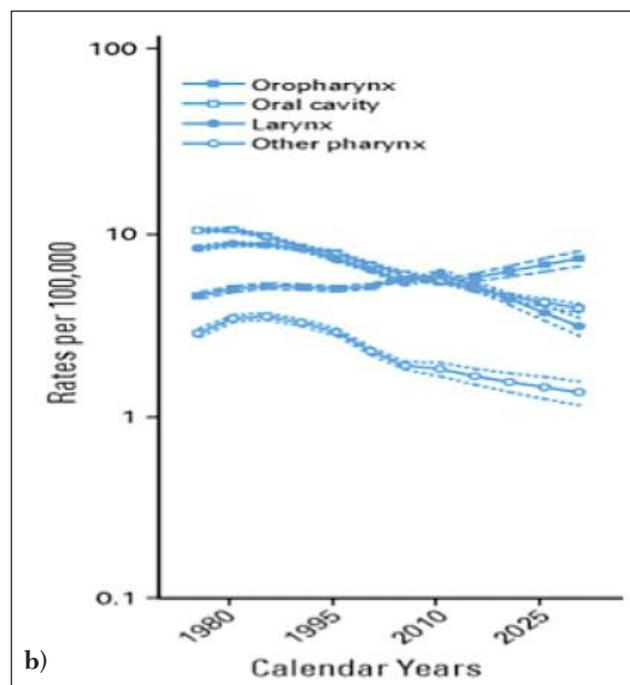
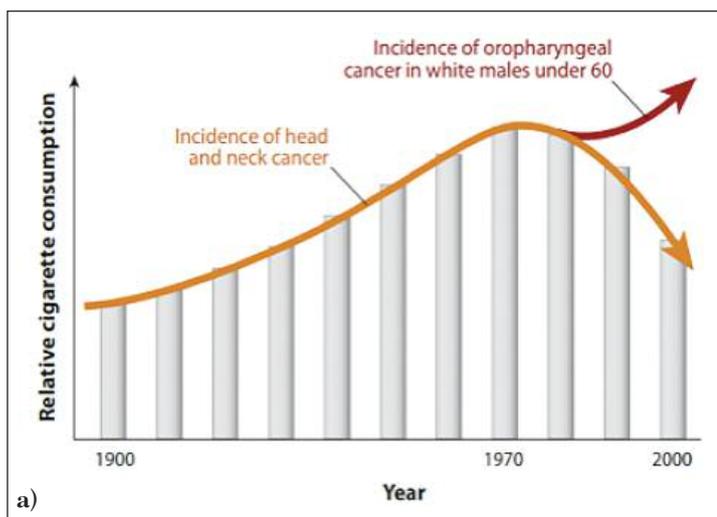
Il carcinoma orofaringeo legato all'infezione da HPV è una patologia oggi di grande attualità perché, secondo alcune stime, potrebbe entro alcuni anni costituire la prima neoplasia ORL. Esso presenta particolarità epidemiologiche, cliniche e terapeutiche ancora oggetto di studio. La vaccinazione dei giovani maschi e femmine potrebbe avere un ruolo rilevante nel controllo di tale malattia.

**Parole chiave:**  
papilloma virus, orofaringe,  
carcinoma, HPV, otorinolaringoiatria

*Nella vergognosa politicizzazione della questione vaccini e nella ridda di fake news ha spiccato anche il sospetto di inutilità della vaccinazione HPV, in particolare dei maschi. Ebbene, l'articolo che pubblichiamo mostra l'avanzata dei tumori HPV-correlati nel cavo orale di giovani maschi. Purtroppo i negazionisti e gli indifferenti sembrano ignorare la conferma dell'importanza della prevenzione vaccinale, anche di fronte ad alcune patologie oncologiche.*

I tumori del distretto della testa e del collo, pur condividendo molti fattori di rischio, sono un gruppo molto eterogeneo di lesioni tra le quali spicca, per rilevanza epidemiologica, il carcinoma squamocellulare (HNSCC, *Head and Neck Squamous Cell Carcinoma*). Esso rappresenta la quinta neoplasia, non cutanea, per incidenza nella popolazione mondiale con 600.000 nuovi casi ogni anno. I recenti dati italiani (2016), provenienti dal registro tumori, stimano una prevalenza di 84.737 maschi e 28.428 donne affette da HNSCC con circa 9.300 nuovi casi attesi ogni anno. Nonostante i miglioramenti diagnostico-terapeutici, in realtà solo il 44,1% dei pazienti risulta ancora vivo a cinque anni. Questo dato sostanzialmente negativo trova spiegazione sia per il ritardo diagnostico e conseguente presentazione clinica in stadio avanzato che per il rischio, stimato attorno al 3% ogni anno dopo la rimozione del tumore primario, di sviluppare seconde e terze neoplasie metacrone.

Ad oggi, i più importanti fattori di rischio per lo sviluppo di HNSCC sono l'abuso di *alcohol* ed il consumo di *tabacco*, elementi capaci di influire negativamente anche sul decorso della malattia. Un recente lavoro ci mostra come i fumatori od ex-fumatori abbiano un rischio di oltre sei volte maggiore di sviluppare complicanze peri- e post-operatorie rispetto a chi non ha mai fumato, oltre che una durata della degenza significativamente più lunga. La riduzione della prevalenza dei fumatori nel mondo occidentale e dagli anni Settanta del secolo scorso ad oggi ha di fatto comportato una minor esposizione a cancerogeni, con un significativo calo dell'incidenza dei tumori di laringe, ipofaringe e del cavo orale, in particolare nella popolazione sopra i 60 anni. Al contrario, specialmente dagli anni Novanta in poi nei paesi industrializzati e in particolare negli USA, è stato documentato un costante aumento dell'incidenza dei carcinomi a sviluppo eminentemente orofaringeo in una popolazione di età più giovane e meno



**Figura 1 a/b** - L'andamento di HNSCC ben si correla con il consumo mondiale di sigarette. Negli USA il picco è avvenuto negli anni Settanta del secolo scorso con successiva diminuzione per tutte le sedi salvo l'orofaringe dopo gli anni Ottanta ed in particolare nei maschi bianchi. Da Pai, 2009 (a) e Chaturvedi, 2011 (b).

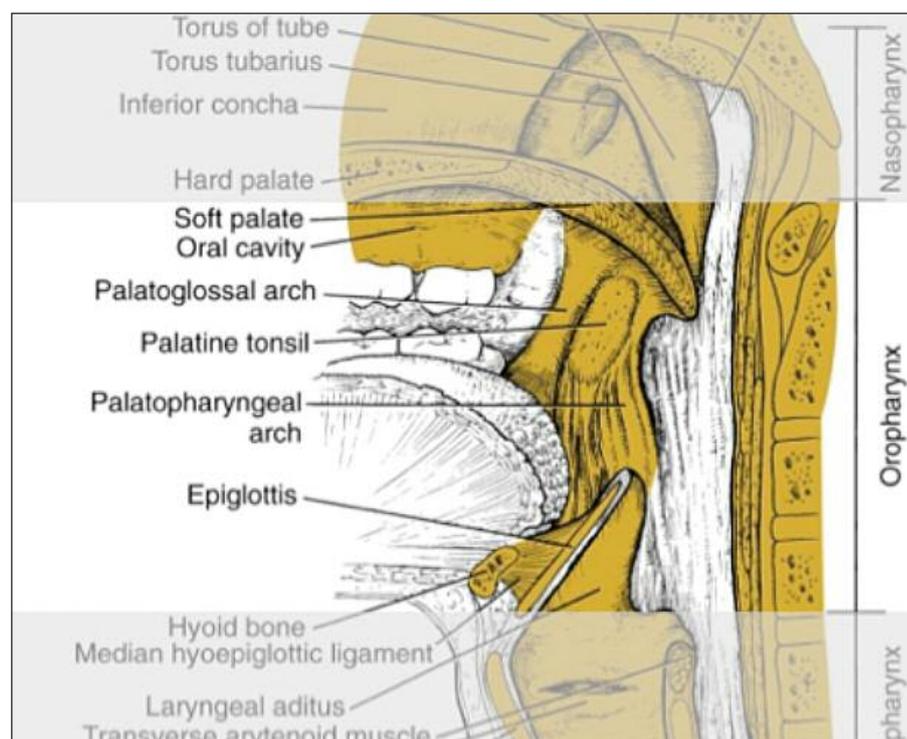
esposta ai tradizionali fattori di rischio (Figura 1 a/b). Successivi studi genetici e molecolari hanno permesso di identificare un nuovo agente cancerogeno tipico di queste neoplasie che è il papilloma virus umano (HPV, *human papilloma virus*).

Pertanto oggi riconosciamo due grandi tipologie di carcinomi della regione orofaringea. Da un lato vi è la forma "classica", correlata al consumo di tabacco ed alcool che si presenta di solito come istotipo squamoso cheratinizzante in maschi sopra i 60 anni e riconosce delle ben definite lesioni precancerose (displastiche). Questo cancro spesso mostra alterazioni dei geni p53 e p16 per mutazione, metilazione e perdita di eterozigotà sulle regioni cromosomiche 17p e 9p; la prognosi non è favorevole con i dati di sopravvivenza sopra riferiti.

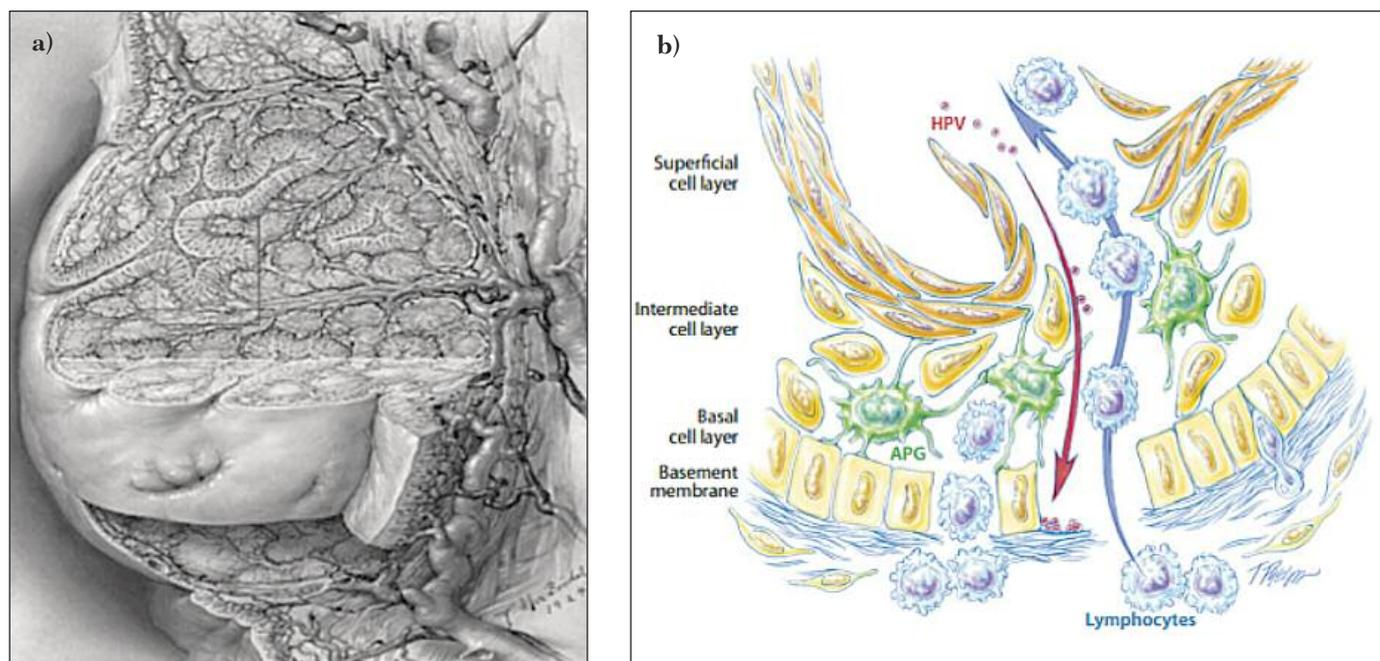
Dall'altro, il carcinoma orofaringeo correlato a HPV è un'entità nosologica che si è andata sempre più delineando negli ultimi dieci anni. Fino ad allora, il virus era stato implicato nella patogenesi di altre malattie di interesse ORL, quali alcuni papillomi

schneideriani naso-sinusali, le lesioni verrucose del cavo orale e la papillomatosi respiratoria ricorrente. Sotto il profilo biologico queste malattie sono legate all'infezione di sierotipi virali cosiddetti "a basso rischio" di trasformazione maligna ossia HPV-6 e HPV-11. Successivamente, l'analisi molecolare ha identificato HPV "ad alto rischio" (HPV 16, 18, 31, 33) nelle lesioni maligne orofaringee, sierotipi spesso chiamati in causa per lo sviluppo delle lesioni precancerose e

cancerose della cervice uterina, del pene e della regione anale. Gli studi epidemiologici hanno mostrato che i pazienti colpiti sono più spesso maschi caucasici, con età media di 50 anni e bassa prevalenza di consumo di tabacco. Questi tumori colpiscono tipicamente la regione orofaringea (Figura 2) in cui il carcinoma si presenta come forma poco cheratinizzante, di aspetto basaloide e con metastasi linfonodali che presentano solitamente un aspetto cistico.



**Figura 2** - Anatomia della regione orofaringea vista dalla cavità orale in cui le sedi più colpite dal carcinoma HPV-positivo sono le tonsille palatine. Da biology.clc.uc.edu.



**Figure 3 a/b** - L'invaginazione dell'epitelio squamoso a formare le cripte tonsillari palatine (a) aumenta di circa il 700% la superficie di contatto con antigeni ed agenti infettivi tra cui HPV che approfitta (b) della sottigliezza e della fisiologica infiltrazione linfocitaria per infettare lo strato basale epiteliale. Da Pai, 2009.

Come nella cervice uterina, l'attività sessuale oro-genitale, oro-ale e persino oro-orale ("deep kissing"), specialmente con partner multipli, rappresenta un importante fattore di rischio in quanto fonte di microtraumi che possono favorire l'infezione a livello dello strato basale dell'epitelio. Le tonsille linguali e palatine sono particolarmente affette in quanto al fondo delle cripte la sottile interfaccia linfoepiteliale (Figure 3 a/b) rende le cellule molto più suscettibili all'infezione rispetto ad altre sedi ORL caratterizzate da uno spes-

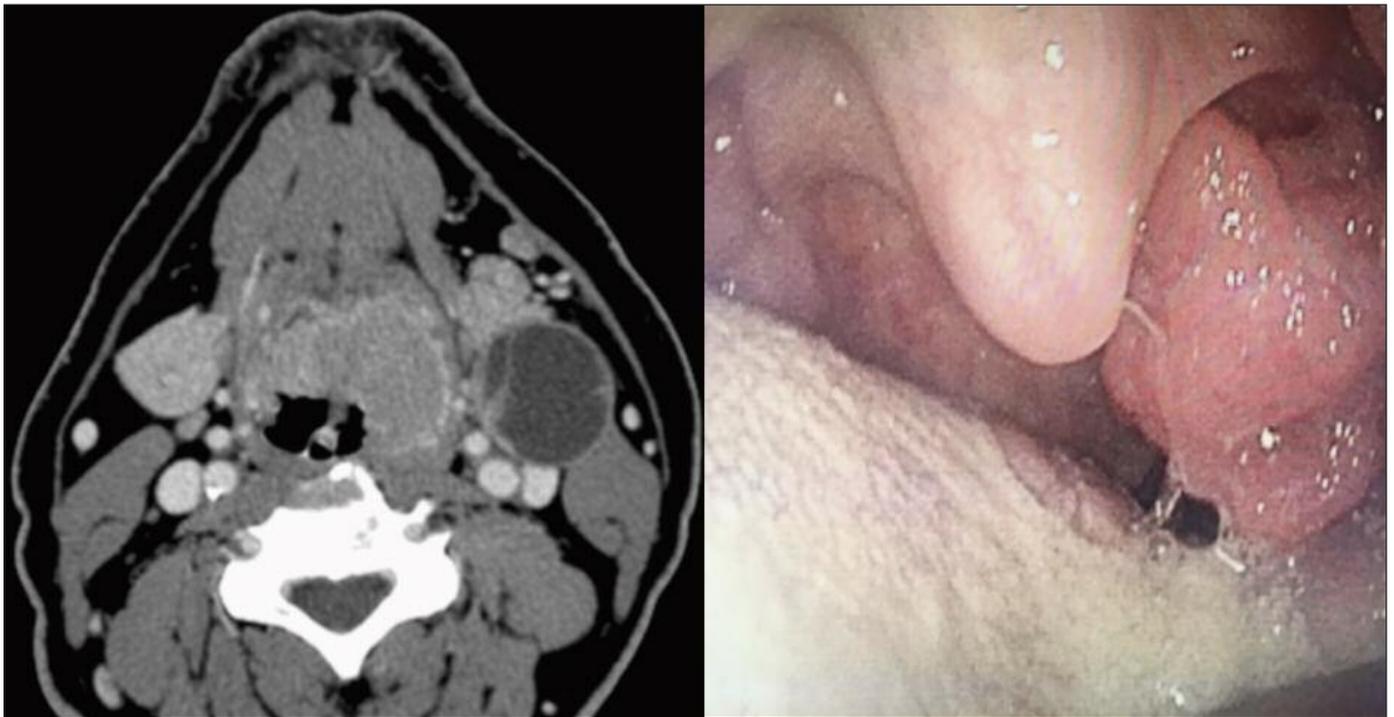
so epitelio pluristratificato squamoso o respiratorio.

Si stima che la maggior parte delle persone venga a contatto con HPV almeno una volta nel corso della vita e che nella maggioranza dei casi l'infezione si risolva da sé: tuttavia vi sono fattori come l'età avanzata, il fumo o un deficit del sistema immunitario (emblematici i frequenti casi nei pazienti con AIDS) che favoriscono la persistenza e l'azione cancerogena del virus.

Il tempo di latenza fra l'infezione e lo sviluppo del cancro è stimato esse-

re superiore a 10 anni: pertanto, al momento della diagnosi, i "partners" dei pazienti con un cancro legato ad HPV sono già stati esposti al virus. Sorprendentemente, alcuni studi hanno dimostrato come essi non abbiano un rischio aumentato di infezione da HPV eppure un recentissimo lavoro mostra come al contrario potrebbero avere un maggior rischio di sviluppare un'altra neoplasia HPV-correlata. Nonostante tale lunga latenza, ad oggi non esistono esami di screening, codificati sul modello del test di Papanicolaou, per la





**Figura 4** - A sinistra, TC di un paziente che si è presentato alla nostra attenzione con una tumefazione laterocervicale sinistra risultata poi essere una voluminosa metastasi linfonodale di un carcinoma della tonsilla linguale omolaterale. A destra, un altro nostro caso di carcinoma della tonsilla sinistra HPV+ in un paziente giunto in visita per disfagia.

regione orofaringea; inoltre, la sierologia non ha un ruolo ben definito e, soprattutto, ancora non sono note lesioni pre-cancerose capaci di permettere un monitoraggio nei pazienti a rischio. Invece, nelle lesioni cancerose orofaringee dovrebbe sempre essere ricercata la presenza di HPV che costituisce un importante indice prognostico e predittivo positivo. Ciò può essere fatto con metodiche di immunohistochimica ricercando l'iperespressione della proteina p16 (per merito della proteina virale E7) ovvero con metodiche di biologia molecolare, ricercando il DNA di HPV. Al di fuori dell'orofaringe, utilizzare p16 come prova di un ruolo causale di HPV può essere fuorviante con un alto tasso di falsi positivi. Inoltre, mentre il ruolo di HPV nella cancerogenesi delle forme orofaringee appare ben definito, non possiamo dire altrettanto per gli altri distretti di pertinenza otorinolaringoiatrica.

Sotto il profilo clinico-terapeutico, i carcinomi orofaringei HPV-correlati si presentano spesso in stadi avanzati e con particolari caratteristiche cliniche e prognostiche al punto che i gruppi internazionali AJCC e UICC, nella più re-

cente edizione del TNM, hanno sviluppato una classificazione specifica per tali neoplasie HPV correlate. Non di rado, le metastasi cervicali linfonodali sono il primo segno di presentazione (Figura 4), eppure la prognosi è nettamente migliore, a parità di stadio, rispetto alle forme p16 negative (sopravvivenza a tre anni, 82.4% se p16+ vs 57.1% se p16-). Particolarmente efficace è il trattamento combinato radiochemioterapico che presenta meno complicanze rispetto alla chirurgia. Sulla base di tali dati favorevoli, negli ultimi anni diversi autori stanno cercando di valutare l'efficacia di trattamenti meno tossici omettendo, per esempio, la chemioterapia (cd. protocolli di de-intensificazione).

L'infezione del papillomavirus umano è oggi prevenibile mediante la vaccinazione. In commercio esistono due vaccini (Cervarix © e Gardasil ©) che sono approvati per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina HPV-correlato e che si rivolgono alle ragazze attorno ai 11-12 anni di età. Tuttavia, l'esplosione epidemiologica del tumore orofaringeo legato ad HPV che, secondo alcune stime, oltrepasserà per incidenza i tumori della cervice entro

il 2020 e che potrebbe costituire la prima neoplasia non cutanea a livello di testa e collo, ha posto l'attenzione in merito ad un possibile ruolo profilattico della vaccinazione per i maschi. Non sono stati condotti finora studi specifici in merito all'azione preventiva dei vaccini oggi disponibili per la riduzione del carcinoma orofaringeo che, comunque, rimane affine per eziologia e patogenesi ai tumori ginecologici. Questi studi sono difficili da condurre vista la mancanza di lesioni premaligne note (problema etico) ed il costo *follow-up* legato alla già citata lunga latenza. Tuttavia, abbiamo dati che mostrano come il vaccino possa ridurre il tasso di infezione orale del papilloma virus e ci sono lavori, condotti su modelli animali, per la prevenzione del cancro indotto da HPV. Esistono quindi tutte le premesse per ipotizzare un ruolo per questi vaccini nella popolazione maschile in età prepubere così da arginare l'emergenza a livello mondiale e, teoricamente, eradicare l'infezione da HPV che rappresenta una nuova ed importante minaccia oncologica del terzo millennio.

✉ locatello.lucagiovanni@gmail.com

# Il concetto di Readability

di Marco Masoni, Maria Renza Guelfi, Simona Balzanti

Nella letteratura medico-scientifica esistono numerosi studi dedicati alla valutazione della qualità delle informazioni sanitarie disponibili in rete prodotte per il cittadino in termini di readability, un termine che indica la facilità di comprensione di un testo scritto. Il primo contributo su questo tema illustra il concetto di readability e le diverse formule che si utilizzano per la sua valutazione. Il secondo contributo discute alcuni dei numerosi studi condotti sul materiale informativo online e fornisce un esempio di valutazione della readability di un documento prodotto per la pubblicazione in rete.

L'importanza di Internet come mezzo per la pubblicazione e diffusione di informazioni sanitarie è estremamente aumentata in questi ultimi anni. I cittadini sempre più spesso cercano in Internet soluzioni alle loro problematiche di salute, mediante un processo di disintermediazione che non coinvolge alcun professionista sanitario, nonostante molti siti Web sottolineino che le informazioni online non devono sostituire il tradizionale incontro con il medico. Di conseguenza la qualità delle informazioni online acquisisce un'importanza fondamentale.

Un aspetto correlato alla qualità dell'informazione in rete è il concetto di readability che indica la facilità di comprensione di un testo scritto. Fattori che influenzano la comprensibilità di un documento sono il suo contenuto dal punto vista sintattico e concettuale, come pure la sua presentazione in termini di chiarezza ed organizzazione. Ciò significa che chi pubblica contenuti online dovrebbe considerare il livello di istruzione di colui a cui è diretto il materiale, il cittadino medio. Specialmente in ambito sanitario, comprendere pienamente il significato del testo scritto è cruciale per assumere decisioni consapevoli.

Secondo l'American Medical Association il cittadino medio è in gra-

do di leggere un testo scritto pari a un livello di istruzione dell'VIII grado, che in Italia corrisponde al termine della Scuola Secondaria di I grado. In realtà la capacità di comprensione di un testo da parte di un individuo è 2-3 gradi inferiore al grado di istruzione ottenuto. Per questo motivo il Servizio Sanitario Americano raccomanda che le informazioni siano scritte a un livello di istruzione che varia dal III al VII grado, per essere certi della comprensibilità del materiale prodotto.

## Formule per il calcolo della readability

Sarebbe estremamente utile fornire una quantificazione del concet-



MARCO MASONI, *Unità di Ricerca di Innovazione Didattica ed Educazione Continua in Medicina (IDECOM), Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze.*

MARIA RENZA GUELF, *Unità di Ricerca di Innovazione Didattica ed Educazione Continua in Medicina (IDECOM), Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze.*

SIMONA BALZANTI, *Laureata in Teorie della Comunicazione, Università di Firenze.*

to di readability e ancor più creare una corrispondenza tra struttura sintattica di un testo e livello di istruzione necessario per la sua lettura e comprensibilità. Numerosi linguisti si sono dedicati a questo scopo creando delle formule per dare una valutazione numerica della leggibilità di un testo scritto.

Una delle formule più accreditate ed utilizzate nella lingua inglese è quella messa a punto da Rudolf Flesch negli anni '70 denominata Flesch-Kincaid Grade Level (FKGL):

$$FKGL = 0.39 \left( \frac{\text{parole totali}}{\text{frasi totali}} \right) +$$

$$+ 11.8 \left( \frac{\text{sillabe totali}}{\text{sillabe totali}} \right) - 15.59$$

Ages	US Grade	Ages	US Grade
6-7	First Grade	14-15	Ninth Grade
7-8	Second Grade	15-16	Tenth Grade
8-9	Third Grade	16-17	Eleventh Grade
9-10	Fourth Grade	17-18	Twelfth Grade
10-11	Fifth Grade	18-19	Freshman
11-12	Sixth Grade	19-20	Sophomore
12-13	Seventh Grade	20-21	Junior
13-14	Eighth Grade	21-22	Senior

**Tabella 1** - Gradi di alfabetizzazione in base all'età nel sistema scolastico americano. Modificata da Wikipedia - URL: [http://en.wikipedia.org/wiki/Educational\\_stage](http://en.wikipedia.org/wiki/Educational_stage) (acceduto il 28/04/2017).

Il risultato che si ottiene è un numero che corrisponde al livello di istruzione necessario per comprendere il testo analizzato. La Tabella 1 mostra i gradi di alfabetizzazione in base all'età nel sistema scolastico americano.

Altre formule che si affiancano alla FKGL e che forniscono un numero che indica gli anni d'istruzione formale necessari affinché un testo sia comprensibile sono l'Indice Fog di Gunning e il test denominato SMOG.

Con riferimento alla lingua italiana, la formula più conosciuta e degna di nota (soprattutto perché si tratta del primo indice di leggibilità che calcola la lunghezza delle parole in lettere, anziché in sillabe) è quella prodotta dal Gruppo Universitario Linguistico Pedagogico, coordinato dal linguista Tullio de Mauro, denominata Indice Gulpease (G):

$$G = 89 - (Lp / 10) + (3 \times Fr)$$

$$Lp = (100 \times \text{totale lettere}) / (\text{totale parole})$$

$$Fr = (100 \times \text{totale frasi}) / (\text{totale parole})$$

In una scala da 0 a 100, punteggi più alti indicano una maggiore leggibilità del testo, mentre punteggi più bassi indicano una maggiore difficoltà del te-

sto. Testi con un indice inferiore a 80 sono difficili da leggere per chi ha la licenza elementare, inferiore a 60 sono complessi per chi ha la licenza media, inferiore a 40 sono difficili da leggere per chi ha un diploma superiore.

Dall'osservazione di queste formule si evince che esse utilizzano una base concettuale comune che considera il calcolo della *readability* principalmente in funzione della lunghezza delle frasi e delle parole in esse contenute, oppure dal numero di sillabe che compongono ciascun termine.

Ovviamente non mancano critiche alla validità delle formule proposte. Secondo alcuni la lunghezza delle frasi e delle parole non sono indici sufficienti poiché non viene presa in considerazione la semantica e la successione logica del testo. Inoltre la maggior parte delle formule per la *readability* sono state create nella seconda metà del secolo scorso, un periodo antecedente alla diffusione del Web. Ciò significa che non considerano gli aspetti tipici dell'informazione in rete come la multimedialità e l'ipertestualità. Nonostante queste osservazioni, peraltro estremamente condivisibili, diversi studi hanno dimostrato che queste formule possiedono una loro validità in ambito biomedico.

## Un aspetto correlato alla qualità dell'informazione in rete è il concetto di *readability* che indica la facilità di comprensione di un testo scritto

L'applicazione delle formule proposte è estremamente semplice: la maggior parte degli elaboratori di testi (per esempio Word) e numerosi siti web contengono algoritmi che consentono di calcolare la *readability* di un testo con un semplice copia e incolla.

Nel prossimo contributo descriveremo i risultati ottenuti in alcuni dei numerosi studi condotti sulla *readability* del materiale educativo per i pazienti disponibile in rete.

 [m.masoni@med.unifi.it](mailto:m.masoni@med.unifi.it)



# Punire gli innocenti

di Antonio Panti



ANTONIO PANTI, dal 1971 ha ricoperto diversi incarichi nella FIMMG, di cui è stato anche Segretario e Presidente Nazionale. Presidente dell'Ordine di Firenze dal 1988. Ha ricoperto cariche nazionali nella Federazione Nazionale degli Ordini, in particolare nella Commissione per le ultime stesure del Codice Deontologico. Membro di numerose Commissioni Ministeriali. È stato dal 1998 al 2016 Vicepresidente del Consiglio Sanitario Regionale.

Nel 2009 un'azienda farmaceutica stipula una convenzione con un Dipartimento clinico di una Facoltà di Medicina al fine di istituire un assegno di ricerca per favorire "lo svolgimento e lo sviluppo delle attività di ricerca disciplinari" proprie del dipartimento in questione. Una somma in denaro da versare sul conto corrente bancario intestato all'Università e da questa successivamente attribuito al suddetto dipartimento. Niente di più consueto. Accade, in quel periodo, che la magistratura indaghi, sulla base di una segnalazione sul corretto utilizzo di un determinato farmaco, su quella stessa azienda farmaceutica; tale farmaco è prescrivibile soltanto in centri di elevata specializzazione, tra i quali quello di cui si parla. Pare che tra le consuete intercettazioni una riguardi il direttore del centro di cui sopra, che racconta a un interlocutore imprecisato l'accordo di quell'azienda con l'Università e quindi di aver ricevuto l'assegno.

L'indagine prosegue indefessa, le intercettazioni sono trasmesse alla procura, come al solito i nostri tribunali "non reggono neanche il semolino" frase idiomatica che mia nonna usava ma che mi sembra assai centrata, e tutti i giornali titolano su quattro colonne dell'ennesimo scandalo, del coinvolgimento di noti professionisti, di cui si fa nome e cognome, che sono stati raggiunti da un avviso di garanzia che è già un'implicita condanna. Inizia il consueto calvario dei medici. Il nostro professionista (che, tra l'altro, non ha mai

prescritto il farmaco in questione e lo può dimostrare) deve assumere un difensore (ovviamente a sue spese) in attesa di essere sentito dal magistrato inquirente così come sembrerebbe logico. Ma, lo si sa, la giustizia è una Dea bendata e la logica non è il suo forte. Passano gli anni, nessuno interroga i professionisti coinvolti, fino a che un altro procuratore prende in mano la vicenda e si accorge, udite, udite che il comportamento delittuoso dei medici incriminati, "perché in concorso tra di loro al fine di incrementare le vendite del prodotto... ricevevano in cambio la somma di euro elargita quale contributo liberale" – il predetto assegno di ricerca incassato dall'Università – (come recita la richiesta di rinvio a giudizio), non aveva alcun riscontro nei fatti e bastava guardare le carte per accorgersene subito. Quindi nel 2017, dopo ben otto anni, il Tribunale competente pronunciava, sempre in assenza di qualsiasi contraddittorio, sentenza di assoluzione "perché il fatto non sussiste".

Un semplice errore, tutto è bene quel che finisce bene. Però la giustizia ha inflitto a incolpevoli cittadini inutili sofferenze e spese evitabili. Gli errori sono sempre possibili e i medici lo sanno bene. Quel che colpisce è la mancanza di diligenza. Perché non ascoltare subito gli interessati? Perché lasciar passare gli anni fino alla prescrizione, in questo caso quasi contemporanea all'assoluzione, per cui se gli indagati fossero stati colpevoli non sarebbe stato possibile condannarli? Perché non leg-

gere gli atti prima di inviare avvisi di garanzia e poi lasciarli appesi senza procedere?

Allora la domanda che sorge spontanea ai medici, indubbiamente al centro del ciclone della grande questione della responsabilità medica o sanitaria, è di chiedersi cosa accadrebbe se questi fossero i comportamenti consueti nella professione medica. Si griderebbe allo scandalo e i mass media sarebbero ancor più enfatici nel denunciare insensibilità, carenze, disumanità dei medici. L'impressione, anzi la certezza, è che, nonostante tutte le critiche alla medicina, nonostante le recriminazioni sugli antichi medici che davano ascolto, al di là degli errori che possono esserci, resta il fatto che i medici tentano con costanza e coerenza di migliorare le cure offerte ai cittadini, spesso contro un'amministrazione insensibile. Uno sforzo che dispiace veder spesso misconosciuto.

Una proposta: perché, in analogia con i corsi sulla sicurezza del paziente che si svolgono in tutte le strutture sanitarie, non tenere in ogni tribunale corsi sulla sicurezza dell'imputato?

# Niente è più stabile del provvisorio

## Problematiche di un ambulatorio per stranieri senza permesso di soggiorno

di Paola Binazzi



PAOLA BINAZZI, laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Firenze nel 1984.

Spec. in Ginecologia e Ostetricia nel 1989. Dal 1992 medico convenzionato a tempo indeterminato per la medicina dei servizi presso la ASL Firenze-centro con incarico di attività certificativa e funzioni di referente del poliambulatorio di Lungarno Santa Rosa. Dal 2005 al 2010 incaricata dei rapporti con il carcere minorile di Firenze.

Dal maggio 2012 titolare dell'ambulatorio per stranieri temporaneamente presenti (STP).

Dal 2012, sul territorio fiorentino, è stata affidata a due medici titolari di Medicina dei Servizi a tempo indeterminato la gestione di due ambulatori per stranieri non in regola con il permesso di soggiorno. Viene presentato il servizio e sono messe in evidenza le principali criticità dovute soprattutto alla complessità delle patologie riscontrate in pazienti con scarsa educazione sanitaria e con stili di vita non appropriati.

**Parole chiave:**  
STP, ENI, migranti,  
accoglienza, accesso

**I** D.L. 25 luglio 1998 n° 286 3° comma art. 35 stabilisce che anche agli stranieri non in regola con il permesso di soggiorno sono garantite le cure *urgenti*, che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona e/o *essenziali*: prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche relative a patologie non pericolose per l'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggior danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni, aggravamenti).

La Regione Toscana per provvedere a garantire l'assistenza sanitaria agli stranieri non regolari ha istituito pertanto, tramite l'ASL, specifici ambulatori. Solo nel 2012 però è stato possibile affidarli a due medici titolari a tempo indeterminato della Medicina dei Servizi, garantendo una risposta assistenziale più stabile e omogenea.

A Firenze gli ambulatori sono due:

- in Lungarno Santa Rosa il martedì dalle 11.30 alle 13.30 ed il venerdì dalle 11.30 alle 14.30.
- in Viale Morgagni il lunedì ed il giovedì dalle 14.00 alle 17.00.

Tali ambulatori sono ad *accesso diretto* con una media di 14,5 pazienti per seduta.

Per poter accedere al servizio è necessario recarsi nei seguenti presidi dove vengono rilasciati sia i tesserini STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) che i tesserini ENI (cittadini europei non iscritti al SSN):

- FIRENZE, Presidio Viale d'Annunzio 29 (martedì ore 9.00-12.30);
- SCANDICCI, Presidio Via Vivaldi (martedì ore 9.00-12.30);

- S. CASCIANO, Presidio Via del Casero 19a (mercoledì 9.00-12.30);
- S. FRANCESCO-PELAGO, Presidio Via Bettini 11 (mercoledì ore 9.00-12.30);
- FIGLINE VALDARNO, Ospedale Serristori (giovedì 9.00-12.30);
- BORGO SAN LORENZO, Presidio V.le Resistenza 17-1 (martedì 9.00-12.30).

La scadenza di tali tesserini è semestrale, pur essendo rinnovabili di volta in volta senza limiti.

L'ambulatorio per stranieri nasce con lo scopo di garantire le cure essenziali ad una popolazione giovane e in gran parte sana, venuta in Italia per cercare lavoro anche se clandestinamente e che proprio per la situazione di irregolarità non ha accesso al Servizio Sanitario Nazionale.

Nel corso degli anni però la tipologia di pazienti si è sempre più trasformata tanto che nell'anno 2015 presso l'ambulatorio di Lungarno Santa Rosa gli accessi per patologie "acute" di rapida risoluzione (febbre da raffreddamento, mal di gola, piccoli traumi ecc.) non hanno superato il 36,2%.

Gran parte della casistica (63,8%) riguarda infatti pazienti che afferiscono al servizio per patologie croniche in gran parte già presenti al momento del primo accesso e nella maggior parte dei casi curate in maniera non appropriata o non curate affatto.

## Gran parte della casistica (63,8 %) riguarda infatti pazienti che afferiscono al servizio per patologie croniche in gran parte già presenti al momento del primo accesso e nella maggior parte dei casi curate in maniera non appropriata o non curate affatto

Molto spesso si presentano pazienti di età superiore ai 50 anni affetti da diabete scompensato ed ipertensione con danno d'organo, che necessitano di essere completamente presi in carico in modo da stabilizzarli con una adeguata terapia e con consigli su un migliore stile di vita.

A questo proposito, si fa presente che per molti di questi utenti è quasi impossibile seguire regimi dietetici adeguati,

usufruendo spesso di mense del volontariato che distribuiscono pasti una sola volta al giorno con menù fisso e dovendo per il resto sopperire con le offerte a basso costo della grande distribuzione.

Si rende pertanto necessaria una terapia farmacologica più pesante e più articolata rispetto alla popolazione regolare di pari età e patologia.

È inoltre inevitabile, a causa della complessità dei quadri clinici riscontrati, un maggior ricorso a consulenze specialistiche per poter dare una risposta sanitaria adeguata a pazienti così problematici.

Anche gran parte della popolazione più giovane presenta spesso quadri patologici di cronicità dovuti ad una assoluta mancanza di *screening* nel loro paese per prevenire ad esempio scoliosi, varismo o valgismo delle ginocchia, piede piatto, displasia dell'anca che portano già intorno ai 30 anni di età a sintomatologia dolorosa osteoarticolare persistente con una conseguente continua richiesta di farmaci antalgici.

Si è inoltre riscontrato in pazienti giovani una maggiore incidenza di patologie cardiache congenite o dovute a infezioni non adeguatamente curate nell'infanzia che portano a valvulopatie croniche a volte così severe da richiedere l'intervento cardiocirurgico anche se il paziente riferisce come sintomo solo di sentirsi "affaticato".

È quindi necessaria una grande attenzione nel valutare i sintomi per cercare di trovare un giusto equilibrio che consenta nello stesso tempo sia di non sottovalutare quadri clinici importanti sia di non gravare in maniera eccessiva sul SSN.

Un'ultima osservazione riguarda l'attuale problema dei profughi che arrivano dall'altra sponda del Mediterraneo.

Nella maggior parte dei casi questi migranti sono dei richiedenti asilo che pertanto seguono un altro percorso sanitario. Tramite la Questura infatti fanno richiesta di asilo e con questo status possono iscriversi regolarmente al SSN e scegliere un proprio medico di medicina generale. I migranti vengono ospitati presso i vari centri di accoglienza presenti nell'ambito di tutta la Regione Toscana e qui vengono visitati da medici appositamente incaricati.

Se nel corso di questa visita viene riscontrata una patologia acuta che non può attendere i tempi burocratici necessari per ottenere lo status di richiedente asilo, anche a questi pazienti viene rilasciato il tesserino STP mediante il quale accedono ai nostri ambulatori.

Eventuali casi sospetti di malattie che possano creare un rischio di contagio per la comunità (scabbia, TBC) sono invece segnalati alla UFC Igiene Pubblica e poi vengono fatti afferire direttamente alle U. O. competenti (Dermatologia, Malattie Infettive).

Da tutto ciò si può evincere come l'ambulatorio per STP, nato per sopperire ad una esigenza umanitaria e per tutelare la collettività da un possibile rischio sanitario, sia diventato quasi un "laboratorio" dove si cerca di conciliare, con non poche difficoltà, le non molte risorse a disposizione con una risposta sanitaria soddisfacente.

@ paola.binazzi@uslcentro.toscana.it



# Il Piano Nazionale della Cronicità e l'Anomalia Lombarda

di Gavino Maciocco



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

[www.saluteinternazionale.info](http://www.saluteinternazionale.info)

“**L**a sanità di iniziativa, intesa come modello assistenziale per la presa in carico, costituisce, nell'ambito delle malattie croniche, un nuovo approccio organizzativo che affida alle cure primarie l'ambizioso compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici. Il modello operativo prescelto è il Chronic Care Model”. **Siamo nell'aprile del 2008 e il Consiglio Regionale della Toscana approva il Piano Sanitario Regionale 2008-2010, che introduce un'inedita priorità: la sanità d'iniziativa come strumento di prevenzione e controllo delle malattie croniche**, in quanto – si legge nel documento – “la gestione dell'incremento della prevalenza di cronicità rappresenta uno dei problemi sanitari e sociali più rilevanti che le società così dette evolute debbono affrontare”.

## Il Piano Nazionale della Cronicità

In Italia il Ministero della Salute (con qualche anno di ritardo) produce, nel 2016, il Piano Nazionale della Cronicità, un documento di 150 pagine che fa proprie le parole chiave del Chronic Care Model:

- **empowerment del paziente** inteso come abilità a “fare fronte” alla nuova dimensione imposta dalla cronicità e sviluppo della capacità di autogestione (*self care*);
- **approccio multidimensionale e di team** e non solo relazione “medico-paziente”;
- **costruzione condivisa di percorsi integrati, personalizzati e dinamici** e superamento dell'assistenza basata unicamente sulla erogazione di prestazioni, occasionale e frammentaria.

- **presa in carico pro-attiva ed empatica** e non solo risposta assistenziale all'emergere del bisogno.

Anche dal punto di vista concettuale il Piano contiene precisi richiami alla filosofia del Chronic Care Model, vedi:

“Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria una corretta gestione del malato e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari. Il paziente cui ci si riferisce è una persona, solitamente anziana, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità o multimorbidità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma

anche da altre determinanti (status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure ecc.). (...) La presenza di pluripatologie richiede l'intervento di diverse figure professionali ma c'è il rischio che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario, focalizzando l'intervento più sul trattamento della malattia che sulla gestione del malato nella sua interezza, dando talvolta origine a soluzioni contrastanti, con possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche che contribuiscono all'aumento della spesa sanitaria e rendono difficoltosa la partecipazione del paziente al processo di cura. (...) In tale concezione, le cure primarie costituiscono un sistema che integra, attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA), gli attori del-

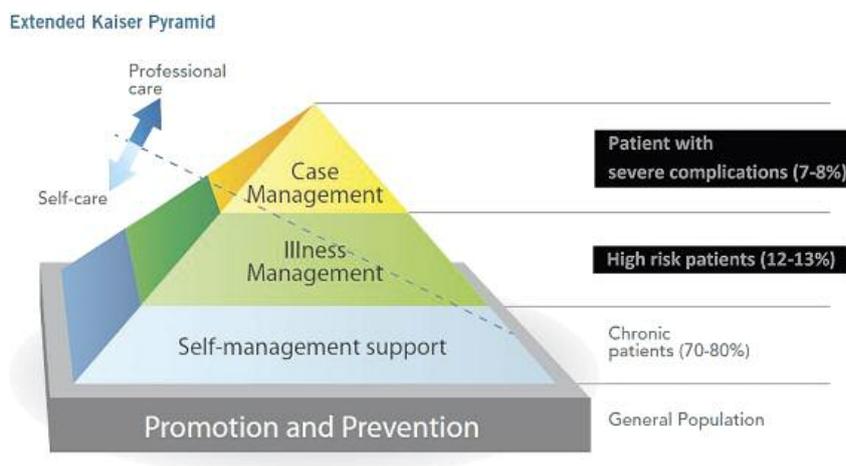


Figura 1 - Malattie croniche: stratificazione della gravità e tipologia degli interventi.

1	<i>The first and arguably most important characteristic of the high-performing chronic care system is 'ensuring universal coverage', for without universal coverage it is difficult to act consistently on the other characteristics.</i>	La prima e più importante condizione – anzi la precondizione – è che vi sia un <b>sistema di copertura universale</b> .
2	<i>The second characteristic is the provision of 'care that is free at the point of use', or at least care that is provided at a cost that does not act as a major deterrent to sick patients seeking medical help.</i>	È che <b>l'assistenza sia gratuita nel punto di erogazione delle prestazioni</b> . E comunque che l'eventuale tariffa non sia un deterrente per rinunciare alla cura.
3	<i>The third characteristic is that 'the delivery system should focus on the prevention of ill health' and not just the treatment of sickness.</i>	<b>L'organizzazione dei servizi deve focalizzarsi sulla prevenzione.</b>
4	<i>The fourth characteristic is that 'priority is given to patients to self manage their conditions with support from carers and families': a number of reviews have summarised the evidence on the benefits of self-management support.</i>	<b>La priorità deve essere data al supporto all'auto-cura</b> , sia nei riguardi dei pazienti che delle loro famiglie.
5	<i>The fifth characteristic is that 'priority is given to primary health care'. This characteristic derives from evidence on the contribution that primary care makes to overall system performance, and to the everyday reality that most chronic disease management takes place in primary care in most health care systems (and commensurately that most primary care entails the management of chronic disease, especially, but not exclusively among older people). To be more specific, there is evidence of the value of multidisciplinary team work in primary care with much of the responsibility for the management of chronic diseases resting with nurses working as part of the team.</i>	<b>La priorità deve essere data alle cure primarie</b> , al cui interno è di fondamentale importanza il <b>lavoro multidisciplinare in team</b> , con la partecipazione degli infermieri.
6	<i>The sixth characteristic is that 'population management is emphasised' through the use of tools to stratify people with chronic diseases according to their risk and offering support commensurate with this risk.</i>	È di fondamentale importanza <b>l'analisi dei bisogni della popolazione, attraverso la stratificazione dei rischi</b> per offrire servizi commisurati a tali rischi.
7	<i>The seventh characteristic is that 'care should be integrated to enable primary health care teams to access specialist advice and support when needed'.</i>	L'assistenza deve essere fortemente integrata per <b>consentire agli specialisti di far parte del team</b> .
8	<i>The eighth characteristic, closely linked to the last point, is 'the need to exploit the potential benefits of information technology in improving chronic care'.</i>	<b>Utilizzare al massimo le potenzialità offerte dalle tecnologie informatiche.</b>
9	<i>The ninth characteristic is to ensure that 'care is effectively coordinated'. Coordination is particularly important in the care of people with multiple conditions who are at much greater risk of hospital admission than people with single diseases.</i>	<b>Garantire il coordinamento e la continuità delle cure.</b>
10	<i>The tenth characteristic, alluded to in the review of the evidence above, is to 'link these nine characteristics into a coherent whole as part of a strategic approach to change'. This is important in view of evidence that it is the cumulative effect of different elements that explains the degree of impact of the Chronic Care Model rather than individual components.</i>	<b>Fare in modo che le suddette 9 caratteristiche siano parte coerente di un approccio strategico di cambiamento.</b>

**Tabella 1** - The ten characteristics of the high-performing chronic care system. Le dieci caratteristiche di un sistema efficace di controllo e gestione delle malattie croniche.

l'assistenza primaria e quelli della specialistica ambulatoriale, sia territoriale che ospedaliera e, in una prospettiva più ampia, anche le risorse della comunità (*welfare* di comunità). La costruzione di PDTA centrati sui pazienti è garanzia di effettiva presa in carico dei bisogni "globali" e di costruzione di una relazione empatica tra il *team* assistenziale e la persona con cronicità ed i suoi *Caregiver* di riferimento".

Anche le illustrazioni sono quelle classiche del Chronic Care Model (vedi Figura 1, nella versione Kaiser Permanente).

### La "distorsione" lombarda

Con l'acronimo "CReG" (*Chronic Related Group*) la Regione Lombardia lancia nel 2011 un progetto il cui obiettivo dichiarato è quello di migliorare le condizioni di vita dei cittadini affetti da patologie croniche. Gli obiettivi "non dichiarati" erano altri: a) tenere fuori dalla partita della cronicità i medici di medicina generale (mmg), ritenuti non idonei allo scopo; b) portare dentro la partita ogni tipo di *provider* in grado di gestire percorsi assistenziali complessi remunerati attraverso un sistema di budgettizzazione forfettaria simile ai DRGs ospedalieri; c) tenere sotto controllo una spesa – quella legata alla gestione delle cronicità – destinata altrimenti a impennarsi.

L'idea di escludere dal progetto i medici di medicina generale non va in porto, anzi: la sperimentazione dei CReG sarà riservata a cooperative di medici di famiglia di 5 Asl: Bergamo, Lecco, Como, Milano città e Milano 2. A sup-

porto delle cooperative dei medici di medicina generale operano i Centri Servizi, strutture private (h12/365) cui è affidata la programmazione dei Piani Assistenziali Individuali (PAI): visite specialistiche, accertamenti diagnostici, assistenza infermieristica, nonché eventuali servizi aggiuntivi come farmaci a domicilio, trasporti, telemedicina.

L'approvazione del Piano Nazionale della Cronicità è stata per la Lombardia l'occasione per dichiarare conclusa l'esperienza del CReG, rilanciandone tuttavia la filosofia di fondo con le due delibere (6164 del 30 gennaio 2017 e 6551 del 4 maggio 2017) finora approvate dalla Giunta Regionale<sup>(1,2,3)</sup>. Il quadro che abbiamo di fronte (peraltro ancora confuso e incompleto, il che spiega l'esitazione dei grandi gruppi privati, come il San Donato, a imbarcarsi nell'impresa) è quello di una sanità d'iniziativa dal carattere del tutto particolare: basata su tariffe e risparmio, su competizione e mercato, sulla presenza opzionale dei medici di medicina generale, sull'assenza di efficaci interventi di prevenzione e di supporto all'autocura (il massimo che si concede è il "controllo e promozione dell'aderenza terapeutica").

Il tutto avviene in un contesto privo dell'infrastruttura considerata fondamentale e irrinunciabile in ogni seria strategia di prevenzione, controllo e gestione delle malattie croniche: il distretto e l'organizzazione delle cure primarie. L'affossamento di questa infrastruttura, avvenuto diversi anni fa, è una sorta di "peccato capitale" della sanità lombarda. Un peccato da cui non si può essere assolti dando vita a un surrogato

debole e improprio (e come al solito del tutto privato): il Centro Servizi.

### Cosa serve per un'efficace gestione delle malattie croniche.

#### Il decalogo di Chris Ham

Chris Ham, professore di *Health Policy and Management*, uno dei più noti e autorevoli analisti di politica sanitaria, ha dedicato alla gestione delle malattie croniche un ampio studio<sup>4</sup> (*"The ten characteristics of the high-performing chronic care system"*) in cui traccia la storia dell'applicazione del *Chronic Care Model* nel decennio 2000-2010, valutandone i risultati ed evidenziando quanto ancora è necessario per migliorare il sistema e riorientare i servizi per soddisfare i bisogni delle popolazioni.

Sulla base delle esperienze che meglio hanno funzionato e dell'ampia letteratura a disposizione, Chris Ham traccia una sorta di decalogo, un elenco delle dieci caratteristiche necessarie per garantire un'efficace gestione delle malattie croniche (Tabella 1).

@ gavino.maciocco@gmail.com

#### NOTE

<sup>1</sup> <http://www.saluteinternazionale.info/2017/02/1a-nuova-sanita-lombarda/>

<sup>2</sup> <http://www.saluteinternazionale.info/2017/03/trumpcare-dalla-propaganda-alla-realta/>

<sup>3</sup> <http://www.saluteinternazionale.info/2017/05/sanita-lombarda-e-cronicita-riforma-confusa-con-metodo/>

<sup>4</sup> Ham C, The ten characteristics of the high-performing chronic care system, *Health economics, Policy and Law*, 2010, 5, pp. 71-90.

# 'Orphan Drugs' Business negli USA: un monopolio legalizzato

di Daniele Dionisio

'The Orphan Drug Act has been a great success because many people with diseases that affect very few people now have drugs available to them, but it's been in some ways turned on its head when it becomes the basis of manipulating the system for the drug company to make much more money than they would in an open, competitive market'

HENRY WAXMAN, former U.S. Representative for California's congressional district and a champion of the Orphan Drug Act

Nel 1983 l'amministrazione Reagan promulgò l'Orphan Drug Act al fine di motivare le compagnie farmaceutiche allo sviluppo di medicine per patologie tanto rare da non poter contare su incentivi di mercato. La legge ottenne un successo senza precedenti grazie ai connessi incentivi, e dalla sua emanazione ad oggi almeno 450 'orphan drugs' da parte di oltre 200 compagnie sono stati introdotti sul mercato.

In questo idilliaco scenario una recente indagine di Kaiser Health News (KHN), organo della Kaiser Family Foundation, ha tuttavia rilevato come l'industria farmaceutica americana manipoli disinvoltamente la legge per massimizzare i profitti senza limiti temporali ed applicare indisturbata prezzi astronomici su farmaci originariamente intesi per la cura di malattie singolarmente interessanti meno di 200.000 persone.

Indiscutibilmente, molti farmaci orfani non erano considerati tali all'esordio: più di 70 furono infatti originaria-

mente approvati dalla Food and Drug Administration (FDA) per il mercato di massa e solo in seguito ottennero approvazione anche per le malattie rare. In ogni caso, i loro produttori hanno ricevuto milioni di dollari in incentivi governativi, oltre a diritti esclusivi per il trattamento di una o più malattie rare. Un monopolio di fatto che coinvolge presidi di successo commerciale mondiale, inclusi, tra gli altri, farmaci per l'ipercolesterolemia, per disturbi psichiatrici, cancerogeni come Herceptin® (trastuzumab) o antiartrici come Humira® (adalimumab). Circa 80 farmaci orfani hanno guadagnato l'avallo di FDA per più di una malattia rara, e per ogni approvazione aggiuntiva nuovi incentivi sono stati erogati. Giusto ad esempio, Botox, inizialmente destinato alla cura degli spasmi muscolari oculari, oggi detiene tre approvazioni FDA come 'orphan drug', oltre all'accettazione nel mercato di massa per indicazioni includenti emicrania cronica e spianamento delle rughe del viso. Di-



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

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

versamente, Repatha® (evolocumab), approvato come farmaco orfano nel 2015 per l'ipercolesterolemia familiare omozigote (300 persone circa negli USA), fu lanciato in simultanea sul mercato di massa per il trattamento dell'LDL ipercolesterolemia nella popolazione generale.

E la proporzione dei nuovi farmaci approvati quali 'orphan' è in crescita (40% sulla totalità dei nuovi farmaci nel 2016 contro il 29% nel 2010). La tendenza non stupisce dal momento che l'approvazione per una malattia rara garantisce al produttore del farmaco incentivi economici e 7 anni di diritti esclusivi di mercato per quella malattia anche se il relativo brevetto sia nel frattempo scaduto. Intesa quale compensazione per lo sviluppo di un farmaco per 'pochi' pazienti, e perciò non profittevole, l'esclusività di fatto protegge la compagnia da qualsiasi competitore consentendole l'applicazione 'ad libitum' di prezzi di vendita elevati e variabili secondo la convenienza. Senza contare che, prima della scadenza del settennato, le compagnie possono avanzare richiesta di una nuova indicazione 'orphan' per lo stesso farmaco. Ove accolta da FDA, la nuova indicazione garantisce altri 7 anni di esclusività specifica e incentivi finanziari (accesso a 'grants' federali e 50% di sconto tassazione ricerca e sviluppo) per un monopolio virtualmente 'eterno'.

Gli sviluppi correnti dell'Orphan Drug Act sono costati al governo federale quasi 2 miliardi di dollari nell'anno fiscale 2016. E in base al previsto ingresso di molti nuovi farmaci orfani, circa 50 miliardi di dollari saranno spesi in incentivi finanziari dal 2016 al 2025 se-



condo una stima del Dipartimento del Tesoro.

In sintesi, una rampante industria si è sviluppata grazie all'Orphan Drug Act e alla consulenza o direzione strategica di ex funzionari governativi già in servizio presso FDA. Questi specialisti svolgono infatti un ruolo cruciale nell'aiutare le compagnie ad individuare appropriati target di malattie rare e superare l'iter processuale di FDA.

Molta creatività è richiesta allo scopo. Testare farmaci su minori con malattie più tipiche dell'età adulta (come la schizofrenia) ne è un esempio, così co-

me lo sono proporre un farmaco per la cura di malattie infettive non comuni in USA, o apportare migliorie ad un 'orphan drug' già approvato (avvantaggiandosi dei test già condotti sulla formulazione originale), oppure suddividere la popolazione target in sottogruppi come nel caso di Humira®. Approvato da FDA nel 2002 per il trattamento di milioni di persone con artrite reumatoide, Humira® ottenne nel 2008 la qualifica di farmaco orfano per la forma giovanile di artrite reumatoide (interessante circa 30.000-50.000 americani) e in seguito per quattro più rare indicazioni

includere malattia di Chron e uveite.

FDA è stata sinora incapace di regolamentare gli evidenti squilibri innescati dall'Orphan Drug Act e di tenere le compagnie sotto controllo. A parziale ammenda, e dopo il clamore dell'indagine di KHN, l'Amministrazione si è recentemente impegnata nell'accertamento di eventuali inerenti abusi, lamentando nel contempo di mancare delle risorse necessarie per un'analisi esaustiva dell'intero database dei farmaci orfani.

@ d.dionisio@tiscali.it

## PER APPROFONDIRE

- Orphan Drug Act, Jan.4, 1983 <https://history.nih.gov/research/downloads/PL97-414.pdf>
- List of FDA Orphan Drugs <https://rarediseases.info.nih.gov/diseases/fda-orphan-drugs>
- Kaiser Health News: The Orphan Drug Machine <http://khn.org/news/tag/orphan-drugs/>
- Drugs For Rare Diseases Have Become Uncommonly Rich Monopolies <http://www.npr.org/sections/health-shots/2017/01/17/509506836/drugs-for-rare-diseases-have-become-uncommonly-rich-monopolies>
- 'Orphan Drug' Loophole Needs Closing, Johns Hopkins Researchers Say [http://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/orphan\\_drug\\_loophole\\_needs\\_closing\\_johns\\_hopkins\\_researchers\\_say](http://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/orphan_drug_loophole_needs_closing_johns_hopkins_researchers_say)
- U.S. Department of the Treasury: tax expenditures <https://www.treasury.gov/resource-center/tax-policy/Documents/Tax-Expenditures-FY2017.pdf>
- A Look At How The Revolving Door Spins From FDA To Industry <http://www.npr.org/sections/health-shots/2016/09/28/495694559/a-look-at-how-the-revolving-door-spins-from-fda-to-industry>
- Orphan Drug Regulations: An FDA Rule on 06/12/2013 <https://www.federalregister.gov/documents/2013/06/12/2013-13930/orphan-drug-regulations>
- High Prices For Orphan Drugs Strain Families And Insurers <http://www.npr.org/sections/health-shots/2017/01/17/509507035/high-prices-for-orphan-drugs-strain-families-and-insurers>
- How Much Do Drugs For Rare Diseases Add To Health Care Spending? <http://www.npr.org/sections/health-shots/2016/09/07/493000612/how-much-do-drugs-for-rare-diseases-add-to-health-care-spending>
- An FDA Program Incentivizing Rare Disease Drugs Will Be Investigated for Abuses <http://fortune.com/2017/03/22/gao-fda-orphan-drug-program/>

# Il contributo della Toscana all'architettura manicomiale

Conoscere per conservare e intervenire

di Esther Diana



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

Parliamo di strutture manicomiali. Parliamo di una Toscana che dalla fine del Seicento fino ai primi decenni dell'Ottocento è esempio trainante per la costituzione in Europa di un 'nuovo' modello di guardare alla follia. Parliamo dei sei principali manicomi di Bonifazio (1785) e Vincenzo Chiarugi di Firenze (1891), degli ospedali psichiatrici di Maggiano di Lucca (1770) e S. Niccolò di Siena (1818), delle Ville Sbertoli di Pistoia (1868), degli ospedali di S. Girolamo di Volterra (1888) e di Arezzo (1895); strutture che restano attive fino al 1978 quando la legge Basaglia n. 180 decreta la dismissione dell'istituzione manicomiale a favore della comunità terapeutica che, grazie all'apporto dei nuovi farmaci e dei servizi pub-

blici di igiene mentale, ha condotto al controllo preordinato della malattia (almeno per alcune patologie) con reinserimento di buona parte dei malati nella società.

Questi grandi complessi (alcuni fino a cinquanta/sessanta padiglioni dalle dimensioni non inferiori ai venti/trenta metri di lunghezza) sono stati, pertanto, abbandonati per l'impossibilità di trovare nuove destinazioni d'uso. A quasi quarant'anni dalla Legge è cresciuta l'esigenza di attuare la salvaguardia di queste vere e proprie 'cittadelle' nel migliore dei casi sottoutilizzate. Per le strutture di Siena e di Arezzo la cessione di parte degli edifici all'Università ne ha garantito una adeguata funzionalità, ristrutturazione e manutenzione; negli altri casi sono subentrati abbandono e degrado che ne stanno minando l'integrità strutturale ed anche culturale per la dispersione o il trasferimento degli archivi a loro pertinenti. Non di meno questi complessi restano esempi di rilevanza architettonica ed urbanistica tali da sollecitare auspicabili interventi per un riuso sociale. Se non altro per il crescente interesse che attualmente verte sul tema della salute mentale studiato non nella sua accezione segregativa o solamente patologica ma quale simbiosi tra la storia del progresso medico-scientifico e quella della società.

Quello che non si può fare – o si potrebbe fare in tempi troppo lunghi (e con costi troppo elevati) – può trovare un riscontro immediato nell'applicazione digi-

tale: una 'musealizzazione' virtuale che riesca a 'recuperare' e a perpetuare la memoria della singola istituzione psichiatrica correlandola all'ambito regionale, nazionale ed internazionale.

In tale contesto, il Centro di Documentazione per la Storia dell'Assistenza e della Sanità si è fatto promotore di un progetto finalizzato a creare, all'interno del suo sito ([www.centrosanita.net](http://www.centrosanita.net)) un portale per la storia degli ambienti, dei personaggi e delle testimonianze su una pratica psichiatrica che possa dare contributi in tema di:

- **patrimonio architettonico;**
- **tutela e valorizzazione** delle fonti fotografico-archivistico-documentarie e strumentarie attivando progetti di catalogazione o – se già inventariate/catalogate – inserendole nella consultazione informatica;
- **formazione** finalizzata alla comprensione del percorso evolutivo della branca specialistica e della considerazione verso l'alienato mentale.

Questo percorso di 'ricomposizione' del passato e del presente destinato a offrire, comunque siano i risultati, linee guida per il futuro, non può non iniziare che dalla storia delle singole istituzioni.

Un impegno che comincia con il presente contributo e che continuerà con quelli a seguire.

## Le origini

Nel sec. XVII si inaugurano a Firenze due strutture destinate alla sola accoglienza del folle: nel 1643 la *Pia Casa di Santa Dorotea* posta in una zona centrica della città e nel 1688 la *Pazzeria* al-

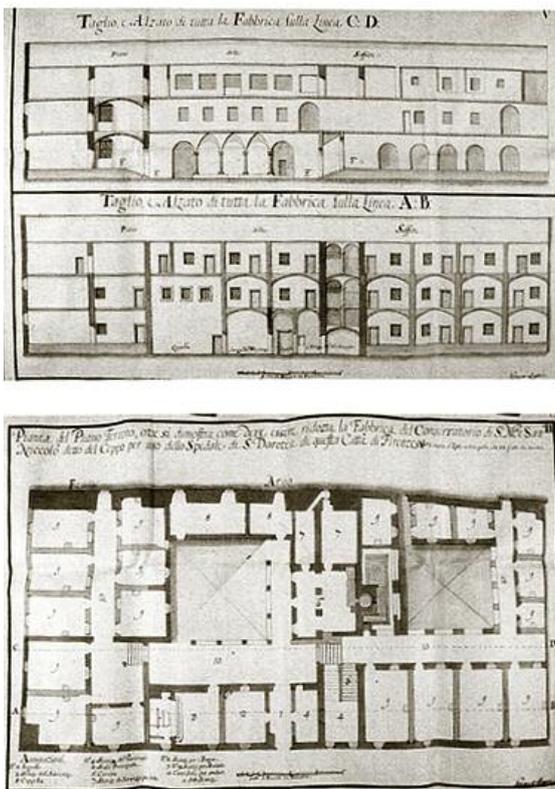


Figura 1 - Spedale di Santa Dorotea, Planimetria del piano terra e sezione, 1753.

l'interno dell'ospedale di Santa Maria Nuova.

Due esperienze di matrice diversa (la prima privata, la seconda pubblica) entrambe fondate su tre presupposti: 1) togliere il pazzo dalle carceri e dalla generalizzata ospedalizzazione, salvaguardandolo dal pubblico scherno garantendo, nel contempo, l'ordine sociale attraverso il suo internamento in ambienti ad esso destinati; 2) ospedalizzare non solo il folle povero ma anche quello abbiente; 3) avere un medico fisso con il compito di vagliare le richieste di ammissione.

L'affidare la diagnosi ad un medico (non più ad uno o più amministratori o ai fondatori delle diverse istituzioni come in genere era finora accaduto) instaura la prassi del 'dialogo' con l'ammalato attraverso cui dedurre informazioni sul suo stato. Sarà l'inizio della branca specialistica e delle prime, pur sommarie, indicazioni tipologiche di malattia mentale: "pazzo, pazzarello, mentecatto, furioso". Il folle, così, diventa oggetto di osservazione. E a farlo non sono medici stipendiati dal comune ma architetti del Granduca o comunque legati all'*entourage* di corte.

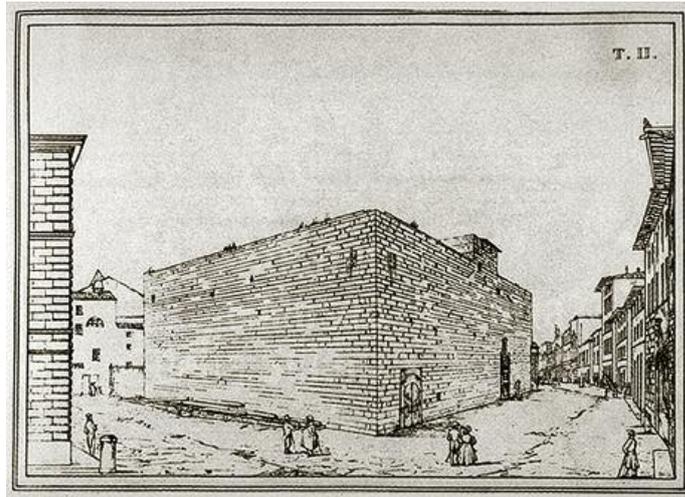
L'approssimativa classificazione della malattia comporterà, a breve, la predisposizione di particolari strutture con ambienti corrispondenti alle esigenze differenziate di ricovero.

Ancor più che nel Santa Dorotea, sarà la Pazzeria (destinata soprattutto ai malati poveri fino ad allora ricoverati nel carcere delle Stinche) ad evidenziare un primo modello architettonico. In area appartata (ma comunque compresa nel perimetro di Santa Maria Nuova) verrà organizzata su due piani aventi rispettivamente a piano terra sette cellette individuali affacciate su un cortile di disimpegno e, al piano superiore, altre undici camerette con uno stanzone a sei/otto letti per il ricovero dei 'tranquilli'.

Per il grande successo riscosso da entrambe le istituzioni nel 1753 il Santa Dorotea viene trasferito in un vecchio convento per l'occasione ristrutturato – quello del Ceppo di via delle Torricelle

– la cui architettura a 'fortilizio' completamente inaccessibile esemplifica il duplice intento di segregazione e controllo pubblico sull'ammalato (Figure 1-2).

Queste due istituzioni ricevono l'avvallo di uno Stato che, soprattutto con l'avvento della dinastia lorenesa (1737), inizierà a farsi carico del problema inserendolo all'interno della politica sanitaria statale.



**Figura 2** - Rappresentazione dell'esterno dello Spedale di Santa Dorotea in una incisione del sec. XVIII.

Un processo abbastanza precoce che, in Toscana, si rende possibile grazie alla congiunzione di quattro felici presupposti: 1) la presenza di un ospedale come il Santa Maria Nuova di Firenze sede – forse già dalla fine del Cinquecento – di una Scuola di Chirurgia nella quale la ricerca e la sperimentazione (specialmente dal Seicento in poi) diventano elementi incontrovertibili per la formazione del giovane medico e presupposto per la codificazione delle branche specialistiche; 2) il veloce processo evolutivo della medicina e del ruolo del medico che viene ad interessare non solo le istituzioni sanitarie di Firenze ma anche ospedali più periferici; 3) la presenza di un governo 'illuminato' che a fine Settecento sarà in grado di avviare la critica e la revisione delle istituzioni sanitarie predisponendo una rinnovata organizzazione; 4) la presenza di medici all'avanguardia fra i quali primeggiano Antonio Cocchi (1695-1758) e Vincenzo Chiarugi (1759-1820).

Alla base di questo incalzante procedere vi sono due leggi: la prima è il Motuproprio del 15 novembre 1750 emanato da Francesco di Lorena con il qua-

le si elevava la Pia Casa di Santa Dorotea ad ospedale vero e proprio (a scapito della Pazzeria che verrà chiusa), avente l'obbligo di ricoverare tutti i malati mentali qualunque fosse la loro condizione sociale o lo stato di gravità del loro male. La seconda è la legge emanata da Pietro Leopoldo di Lorena il 24 gennaio 1774 con la quale si ordina il collocamento obbligatorio a Santa Dorotea dei mentecatti fino ad allora segregati nelle carceri. Queste due leggi marcano la presa di coscienza dell'ente pubblico nell'assumersi l'onere della gestione e della cura del folle e codificano la figura del medico quale presenza centrale della struttura. Un medico che inizia a non essere più solo preposto al ricovero ma anche alla 'cura'.

Ed è a questi modelli che guardano le fondazioni della sezione distaccata del Sant'Orsola di Bologna (1710), del S. Servolo di Venezia (1725), degli Spedali dei Pazzereelli di Torino (1728), di Ancona (1749) e di Alessandria (1778), della Senavra di Milano (1774), tanto per citarne alcuni. Questo essere punto di riferimento non viene sminuito dal fatto che a Roma esistesse già dal 1568 uno spedale per folli (Santa Maria della Pietà) di diretta emanazione spagnola (nel cui territorio già dal sec. XV esistevano molteplici ospedali per il settore) che, non a caso, trova proprio in Toscana una naturale radicazione per essere il granducato mediceo ambiente strettamente legato alla politica e all'economia spagnola grazie ai rapporti intercorrenti tra la famiglia Medici, l'imperatore Carlo V, il re di Spagna Filippo II e la Compagnia di Gesù, senza dimenticare il matrimonio di Cosimo I con Eleonora di Toledo.

Il Santa Dorotea nel 1774 diventa così affollato da prospettare la necessità di edificare o di reperire altra struttura. E questa 'nuova' struttura – che poi sarà solo il risultato di una ennesima ristrutturazione – sarà l'ospedale di Bonifazio che dal 1785 verrà demandato a ricovero dei dementi.

✉ dianadionisio@tiscali.it



## ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE COMMISSIONE PARI OPPORTUNITÀ

### Corso gratuito rivolto a medici

#### **Strumenti per cambiare - Formazione alla leadership e al management sanitario**

**Settembre – Ottobre 2017**

La complessità e i continui mutamenti del Sistema Sanitario Nazionale si scontrano spesso con una formazione non adeguata nell'ambito della gestione delle risorse umane e dei processi organizzativi. Per venire incontro alle esigenze di crescita della nuova classe medica, la Commissione Pari Opportunità dell'Ordine di Firenze ha sviluppato un corso gratuito rivolto a dirigenti medici che abbiano le seguenti caratteristiche: età inferiore ai 45 anni; inquadramento e prospettive lavorative che lascino ipotizzare un futuro ruolo manageriale; iscrizione all'Ordine di Firenze.

Il corso vuole rappresentare un percorso innovativo che persegue due obiettivi: 1) condividere dei modelli manageriali che fungano da linguaggio comune nel SSN; 2) favorire l'acquisizione di competenze comunicative e gestionali utili ad applicare tali modelli.

Il corso prevede una *survey* introduttiva, volta a indagare le caratteristiche professionali e i bisogni formativi dei partecipanti, a cui seguiranno tre giornate fortemente orientate alla pratica manageriale in sanità. I giorni di svolgimento sono:

**Sabato 16 Settembre 9.00 – 13.00**

**Sabato 7 Ottobre 9.00 – 18.00**

**Sabato 14 Ottobre 9.00 – 13.00**

Coerentemente al format del corso sono stati individuati dei *formatori* che si caratterizzano per esperienza internazionale e giovane età. Durante il corso si alterneranno infatti:

**Manuela Morelli**, Head of HR Planning and Development, International Telecommunication Union. HR specialist con esperienza internazionale (ONU, UNICEF, EU, WHO) nello sviluppo dei talenti e nella pianificazione strategica delle risorse umane.

**Simone Cheli**, psicoterapeuta, docente Università di Firenze; responsabile ricerca SOSD Psiconcologia, USL Toscana Centro; Visiting Lecturer Università di Barcellona e di Tel Aviv-Yaffo; Presidente Tages Onlus.

**Federico Lega**, Professore Associato, SDA Bocconi. Direttore del Master internazionale in Healthcare Management, Economics & Policy; Adjunct Professor dell'Università dell'Alabama e di York.

L'organizzazione del corso è affidata a Tages Onlus, un'associazione a carattere scientifico con affiliazioni internazionali.

**La partecipazione è gratuita, ma, essendo i posti limitati (n=25), è necessario iscriversi tramite il sito dell'Ordine di Firenze:** <http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/eventi/promossi-dall-ordine>

Crediti ECM richiesti

Segretaria Organizzativa:

Tel: 0550750625 – 0550750628 - email: [toscanamedica@ordine-medici-firenze.it](mailto:toscanamedica@ordine-medici-firenze.it)

### ALTERNANZA SCUOLA LAVORO E ORDINE DI FIRENZE

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze ha firmato una convenzione relativa al Progetto Alternanza Scuola Lavoro con il Liceo Scientifico Leonardo da Vinci di Firenze. Si ringrazia lo studente Alessandro Marinai, che ha contribuito alla realizzazione di Toscana Medica n.7/2017.

Manfredo Fanfani

# LA TAVOLA DELL'ULTIMA CENA

*Dal linguaggio figurativo al valore mediatico dell'immagine*

*seconda parte*

*(prima parte nel numero precedente)*

L'iconoclastica forchetta compare per la prima volta sulla tavola dell'Ultima Cena del Veronese, ma l'Artista, sollecitato dal tribunale dell'inquisizione, è costretto a cambiare il titolo "Ultima cena" in "Cena in casa di Levi".



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

Il Veronese rappresenta un convivio ispirandosi ai costumi della Venezia del Cinquecento.

Gli ospiti hanno di fronte piatti singoli di metallo, alcuni ostentano la forchetta. Si sarebbe trattato della prima volta in cui compare, nella rappresentazione di un episodio evangelico, la forchetta che, proprio a Venezia, ha avuto i natali.

Il Veronese aveva inteso rappresentare, a suo modo, l'Ultima Cena, titolo originario dell'opera.

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

Il pittore, condannato a correggere l'opera, non fece nessuna modifica. Dovendo tuttavia dare una soddisfazione all'inquisitore decise di cambiare il titolo "Ultima Cena" in "Cena in casa di Levi",

che si riferiva ad un altro episodio evangelico.

L'Inquisitore, un eremita di buon cuore, lasciò correre...

Per fortuna del Veronese il collegio inquisitorio non si era accorto di un particolare più scomodo dei tanti e improvvisati personaggi: la presenza, per la prima volta sulla tavola della forchetta, messa all'indice e condannata come "*instrumentum diaboli*"!

Contro il suo uso aveva tuonato, in nome della semplicità dei costumi, anche san Pier Damiani.

Riaprire il processo al Veronese per la presenza di quella forchetta diabolica in quel convivio?

Il Veronese, ben accorto nel cambiare il titolo dell'opera, avrebbe risposto di aver voluto interpretare il banchetto in casa di Levi secondo il passo evangelico che indica la presenza di "un gran numero di pubblicani e di altra gente la quale era a tavola con essi", citando la frase rivolta da Gesù ai Farisei che mormoravano contro i peccatori presenti a quella tavola:

"Non han bisogno del medico i sani, ma i malati";

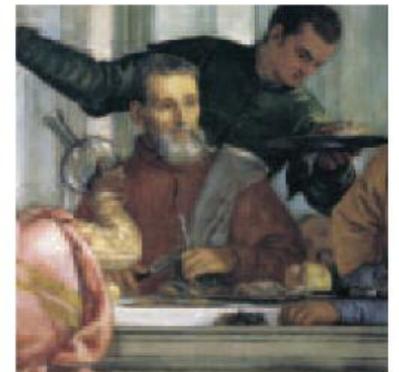
"Io non sono venuto a chiamare i giusti ma i peccatori a penitenza" (Lc V, 29-31-32).

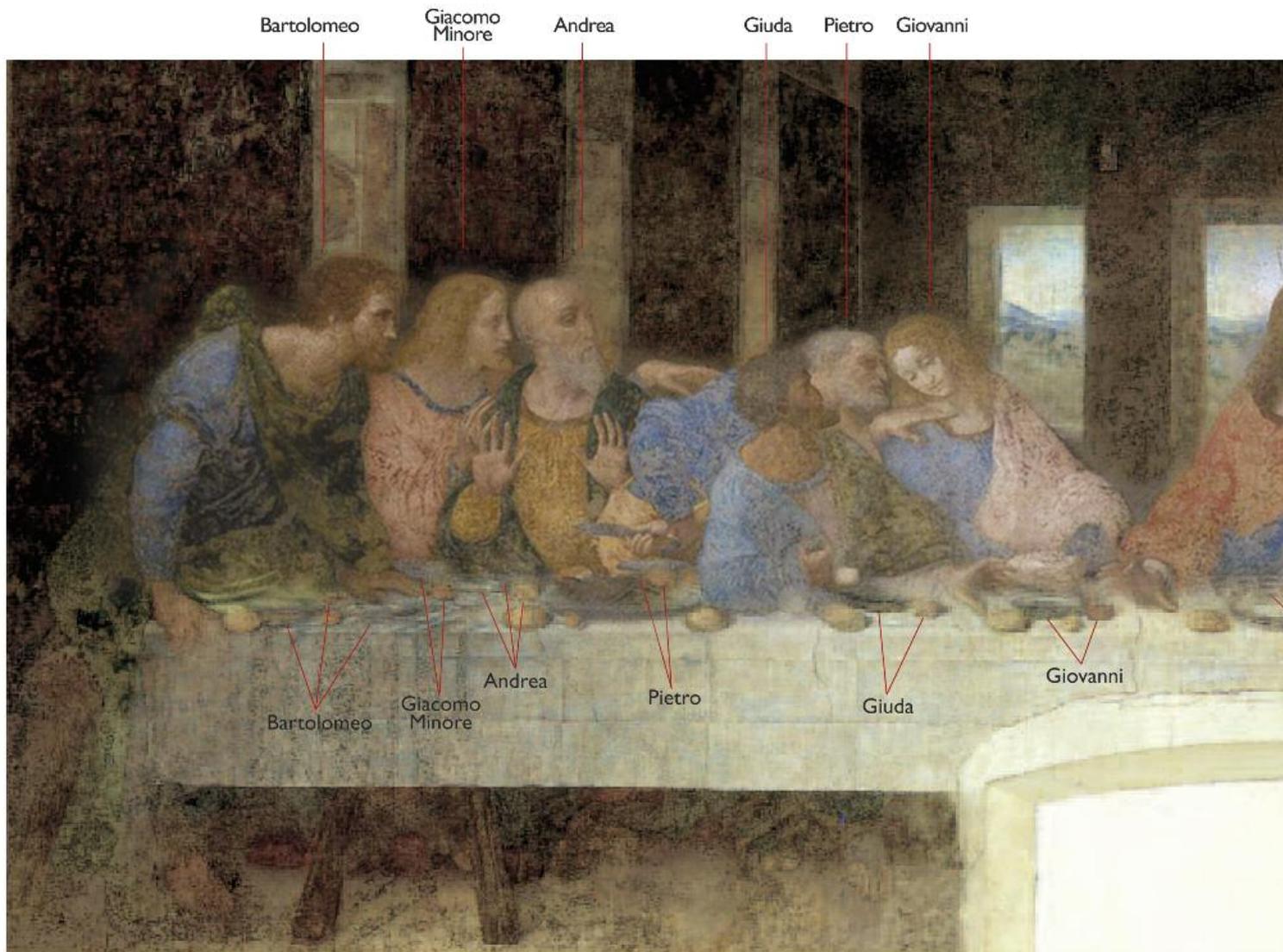
Il Veronese, e la forchetta, sarebbero stati sicuramente assolti!

Nei particolari è bene evidente l'uso della forchetta.

Un ospite, seminascosto fra due colonne, mostra con studiata ostentazione la tipica forchetta a due rebbi in stile veneziano.

Nel particolare a destra un commensale si aiuta con la forchetta per tagliare la carne.





**Leonardo apparecchia la tavola dell'Ultima Cena con piatti e bicchieri individuali, ogni apostolo ha il suo "posto a tavola". Pochi i coltelli, assente la forchetta, immancabili le saliere.**

*(Sono indicati per ogni apostolo i piatti e il bicchiere personali)*

**Leonardo da Vinci, l'Ultima Cena (1452 – 1519) Milano, Refettorio S. Maria delle Grazie**

In Leonardo, attento osservatore dei costumi della Milano fine '400, si assiste alla "personalizzazione" delle stoviglie: di fronte ad ogni commensale è presente un piatto fondo e un piatto piano di peltro, oltre a un bicchiere riempito a metà di vino rosso. Sul piatto piano, disposto a lato del piatto fondo, figurano pezzetti di pesce, spicchi di arancia o limone e avanzi di cibo; evidentemente gli avanzi non venivano più gettati per terra come si usava in precedenza. Al centro del tavolo i vassoi di portata, vuoto quello di

fronte a Gesù, con del pesce quelli di fronte ai posti a tavola di Matteo e Pietro. L'insieme rispecchia quel "senso dell'ordine" e quella "cura dei particolari" attribuiti a Leonardo. Dai vassoi comuni si prendeva il cibo con le mani. Si ritiene che i piatti fondi siano dei "lavadita" contenenti acqua; nella Milano fine '400 si mangiava ancora con le mani ed era necessario lavarsi spesso le dita! Sono presenti quattro raffinate saliere, le tipiche pagnotte scure di pane integrale, quattro bottiglie di vetro con acqua, arance e limoni come ornamento. Anche su questa tavola evoluta non compare la forchetta. Assente anche il tovagliolo la cui comparsa rappresenta un evento tardivo, per tradizione

le mani si pulivano alla tovaglia. Manca il cucchiaino, destinato alle zuppe dei parchi pranzi di tutti i giorni. L'Ultima Cena era il convivio della festa pasquale, a base di pesce e carne. Ciò convalida l'ipotesi che il piatto fondo non sia una scodella destinata alle zuppe ma un lavadita. Unica posata rimane il coltello, da usare in comune; pochi ne compaiono sulla tavola. Pietro tiene in pugno un coltello alle spalle di Giuda che, con un movimento maldestro, rovescia la saliera. Si tratta di un'Ultima Cena senza "intinger di pane", Leonardo ha infatti ommesso il gesto rivelatore di Gesù che porge il boccone intinto a Giuda. L'artista non ci mostra neppure, come fa l'iconografia tradizionale con episodi

premonitori che anticipano il destino finale della vicenda, un Giuda già condannato che siede su uno sgabello di qua dal tavolo, o intento a intingere la mano nel piatto comune. Sottolinea tuttavia l'evento premonitore della saliera rovesciata da Giuda, indicando colui che infrangerà il patto di fedeltà e di amicizia che il sale simboleggia. Forse proprio nel momento in cui sta pronunciando le parole: "Rabbi, sono forse io?". (MT XXVI, 25). Le saliere, d'obbligo sulla tavola medievale e rinascimentale, venivano poste per prime e tolte per ultime. Contenevano il sale, simbolo dell'alleanza e dell'ospitalità. Condividere il pane e il sale di qualcuno significava essere ammesso alla sua tavola e



## L'importanza dei particolari

Pietro

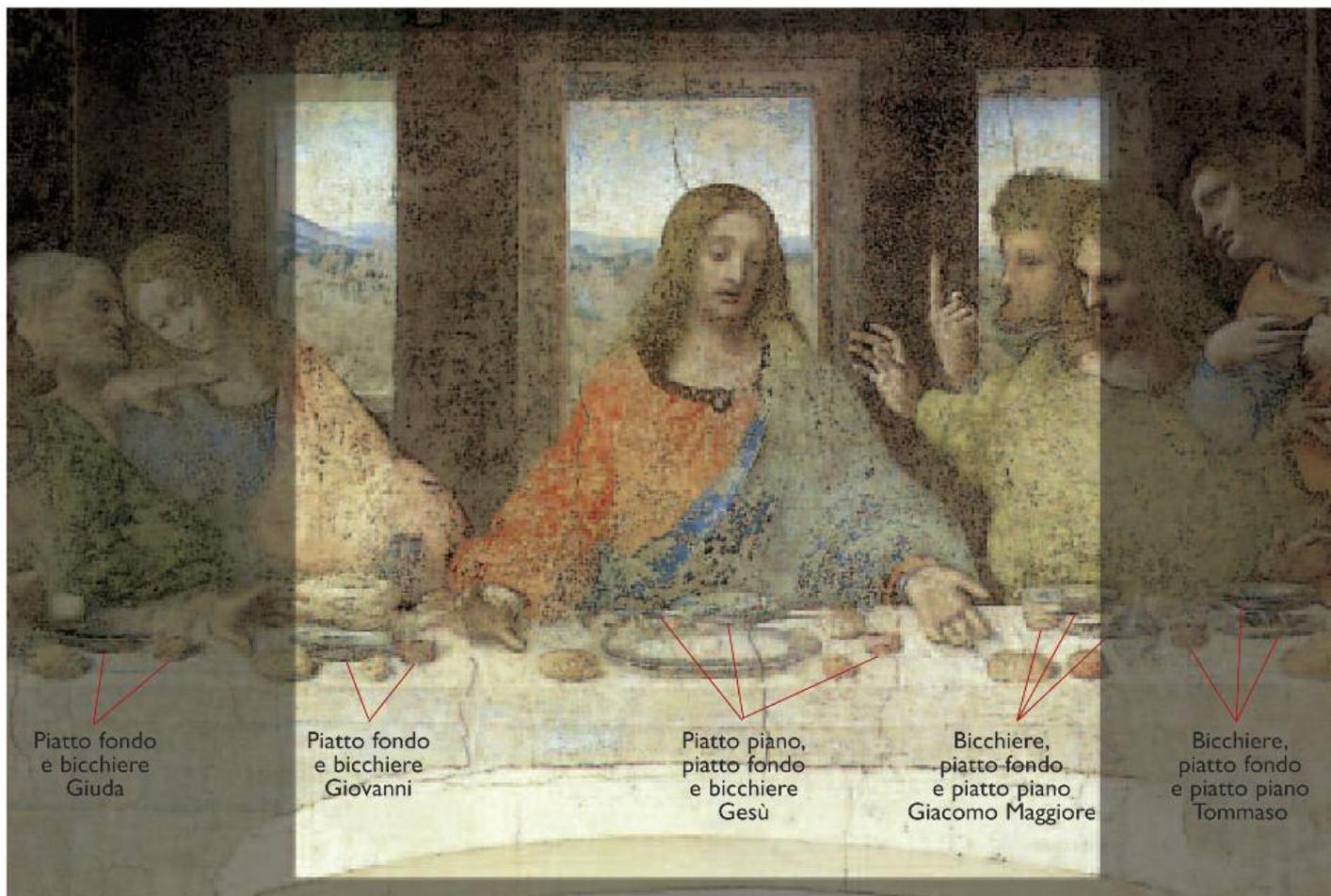
Giovanni

Gesù

Tommaso

Giacomo  
Maggiore

Filippo



*Leonardo da Vinci, l'Ultima Cena (particolare).*

Secondo una interpretazione corrente Gesù è intento ad indicare il pane con la mano sinistra, mentre con la destra sta per prendere il vino. Secondo la disposizione dei posti a tavola il bicchiere alla destra di Gesù appartiene al vicino apostolo Giovanni, che ha spinto in avanti piatti e bicchiere per appoggiare le mani sul tavolo. Sarebbe plausibile che, secondo la concezione pittorica di Leonardo, con la mano destra Gesù compia il gesto di prendere il pane, gesto fra l'altro identico a quello della vicina mano di Giuda che si muove con gesto di presa verso il pane, rivelandosi come il traditore: "Ma ecco, la mano che tradisce è con me, sulla tavola" (Lc XXII, 21). Con la mano sinistra indicherebbe, viceversa, il bicchiere con il vino relativo al suo posto a tavola, che prenderà successivamente; lo sguardo di Gesù è rivolto verso quel bicchiere.

*Continua nel prossimo numero...*

**DECRETO LEGGE SULLA PREVENZIONE VACCINALE**

Il **Ministero della Salute** ha emanato una Circolare con le prime indicazioni operative alle Regioni per l'attuazione del **Decreto Legge 7 giugno 2017, n. 73, recante "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale"**. La circolare ribadisce che l'obiettivo del decreto legge è di rendere obbligatorie le vaccinazioni nei confronti di malattie a rischio epidemico, al fine di raggiungere e mantenere la soglia di copertura vaccinale del 95%, come raccomandato dall'OMS per garantire la "immunità di gregge". E sottolinea, al riguardo, l'importanza di una stretta collaborazione tra tutte le componenti dell'amministrazione statale e territoriale, e non solo del **SSN**, al fine di rendere effettivo l'obbligo vaccinale e garantire il bene della tutela della salute, individuale e collettiva. Per approfondire:



[http://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2974](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2974)

**DONAZIONE SANGUE IN ITALIA**

In Italia nel 2016 una donazione di sangue ogni 10 secondi ha permesso di fornire a quasi **660.000 persone le trasfusioni salvavita**, oltre a garantire a pazienti affetti da diverse malattie i farmaci plasmaderivati di cui avevano bisogno. Questi i numeri del sistema italiano forniti dal Centro Nazionale Sangue (CNS) in occasione del World Blood Donor Day, che l'OMS ha celebrato ieri. In Italia le associazioni dei donatori hanno celebrato la Giornata Mondiale della Donazione Di Sangue con un evento che si è tenuto all'Auditorium del Ministero della Salute alla presenza della Ministra Lorenzin. Lo scorso anno il sistema ha registrato oltre 3 milioni di donazioni di sangue e plasma (esattamente **3.036.634**), mentre i donatori sono stati 1.688.000, una cifra però in calo di 40.000 unità rispetto all'anno precedente. In occasione dell'evento il CNS ha presentato due iniziative. Collegandosi al link [www.cns.sanita.it/geoblood](http://www.cns.sanita.it/geoblood) è disponibile la prima mappa italiana di tutti i punti dove donare, con la possibilità di fare una ricerca basata sulla propria posizione per scoprire il luogo più vicino. Per incrementare le donazioni di plasma partirà inoltre l'iniziativa "**Plasma Italia**", con una landing page disponibile sul sito [www.centronazionale sangue.it](http://www.centronazionale sangue.it) per spiegare l'importanza e le modalità di questo tipo di donazione.

**MALATTIE CARDIO-CEREBROVASCOLARI**

L'Alleanza Italiana per le Malattie Cardio-cerebrovascolari nasce come alleanza volontaria tra Istituzioni, Società scientifiche, Associazioni dei pazienti, e ogni eventuale altro Ente operante in ambito cardio-cerebrovascolare, con il comune obiettivo di lavorare per implementare interventi di prevenzione e di assistenza alle malattie cardiocerebrovascolari, coerenti con le strategie e i piani nazionali di promozione della salute, prevenzione e controllo delle malattie croniche non trasmissibili. Il Ministero della Salute ha pubblicato un documento di strategia consultabile al seguente indirizzo:



[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2606\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2606_allegato.pdf)



## LA CORTE EUROPEA SULLA PUBBLICITÀ DEGLI ODONTOIATRI

La Corte di Giustizia Europea è intervenuta sul caso di un dentista belga, sottoposto nel suo Paese a procedimento penale per aver violato la legge belga che vieta in modo generale ed assoluto ai dentisti di farsi pubblicità. L'odontoiatra infatti aveva aperto un sito internet dove illustrava la sua attività e aveva acquistato spazi pubblicitari su quotidiani locali. La Corte Europea innanzitutto ha ricordato che le restrizioni agli strumenti pubblicitari e informativi (e quindi alla libera concorrenza) sono possibili, ma in misura proporzionale ed adeguata al bene primario (la salute) che si vuole proteggere. Ad esempio, **l'utilizzo intensivo di pubblicità o la scelta di messaggi promozionali aggressivi, addirittura tali da indurre in errore i pazienti**, sono certamente comportamenti da vietare perché potenzialmente pregiudizievole per la salute dei cittadini e per la dignità della professione odontoiatrica. D'altro canto, però, un divieto generale ed assoluto a qualunque forma di pubblicità è una limitazione eccessiva e non giustificata alla libera concorrenza, perché andrebbe a penalizzare anche le forme di informazione sanitaria corrette. In conclusione, la legge belga, così fortemente restrittiva, è illegittima perché contrasta con i **Trattati Europei**. Gli Stati nazionali possono, quindi, stabilire restrizioni e limiti alla pubblicità dei professionisti sanitari, purché tali limiti siano proporzionati e non eccessivi.



## "EUROMEDI": OCCHIO ALLA BUFALA!



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



## 45° TORNEO ITALIANO DELL'ASSOCIAZIONE DEI MEDICI TENNISTI

Dal 17 al 24 giugno si è svolto a Montegrotto il **45° torneo italiano dell'associazione dei medici tennisti (AMTI)**. I medici toscani si sono distinti vincendo il titolo italiano nelle categorie over 45, over 55 e over 60. Il dr. Pieralli oltre al titolo nel singolo si è anche aggiudicato quello del doppio over 50. Nella foto da sinistra il dr. **Andrea Papponi**, odontoiatra di Arezzo, al centro il dr. **Franco Pieralli**, medico interno all'ospedale di Monteverchi e a destra il dr. **Andrea Meseri**, medico del Meyer di Firenze.





Manfredo Fanfani

## LA TAVOLA DELL'ULTIMA CENA



Dalla tavola medievale  
di Giotto e Duccio di Boninsegna,  
al Cenacolo di Leonardo.

L'evoluzione degli usi conviviali.

---

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

*Articolo all'interno della rivista*

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