

TOSCANA MEDICA

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

Mensile - Anno XXXV n. 8 settembre 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

SETTEMBRE 2017 **8**

SECOLO BREVE TRACCE DEL '900



Curare
la fragilità

Terapie innovative
in cardiologia: gli ARNI

La valutazione
del rischio di violenza

Continuità
ospedale-territorio

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE







TOSCANA MEDICA

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

ISSN 1120-8585 (p) 1120-8585 (r) 1120-8585 (t) 1120-8585 (f) 1120-8585 (e) 1120-8585 (w) 1120-8585 (a) 1120-8585 (s) 1120-8585 (m) 1120-8585 (v) 1120-8585 (n) 1120-8585 (i) 1120-8585 (o) 1120-8585 (l) 1120-8585 (k) 1120-8585 (j) 1120-8585 (h) 1120-8585 (g) 1120-8585 (f) 1120-8585 (e) 1120-8585 (d) 1120-8585 (c) 1120-8585 (b) 1120-8585 (a)

SETTEMBRE 2017 8



Anno XXXV - n. 8 Settembre 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 0750625 - telefax 055 481045

<http://www.toscanamedica.org>
a.barresi@omceof.it

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

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

www.polistampa.com
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

TOSCANA MEDICA

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

sommario

Fondato da
Giovanni Turziani

In copertina
Renato Guttuso,
Nello studio, 1958,
olio e collage su tela,
cm 130,5x150



Antonio Panti



Bruno Rimoldi



Simone Pancani



Antonella Barresi

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

4 Il lungo cammino del secolo breve
Federico Napoli

EDITORIALE

5 Lombardia e Toscana
Antonio Panti

OPINIONI A CONFRONTO

6 Malattia psoriasica: un vecchio problema, una nuova soluzione
R. Banfi, F. Cantini, M. Galeazzi, E. Pattarino, F. Prignano, M. Ziche

12 La malattia psoriasica e le novità farmacologiche
Antonio Panti

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 13 Curare la fragilità**
Antonio Bavazzano
- 17 La valutazione del rischio di violenza**
Franco Scarpa
- 20 L'esperienza formativa di simulazione in un ospedale di secondo livello continua e... cresce!**
S. Falorni, L. Bertacca, F. Bonsignori, L. Croci, L. Farneschi, S. Pettini, F. Castorina, E. Carone, P. Pisanelli, M. Breggia
- 23 La readability delle informazioni sanitarie in rete**
M. Masoni, M.R. Guelfi, S. Balzanti
- 25 La prima volta**
Valeria Cavallini
- 27 Continuità ospedale-territorio: l'esperienza dell'ACOT di Siena e le nuove prospettive per l'Area Vasta Sud-Est**
Giovanni Guadagni
- 30 Depressione, cure primarie, prescrizione indotta**
I. Iacono, A. Ciani Passeri, E. Alti
- 32 "Choosing Wisely": uno slogan oppure una pratica possibile in medicina generale secondo i principi di *slow medicine***
Giulia Migliacci

RICERCA E CLINICA

- 34 Diagnosi e monitoraggio nei pazienti con sospetto ipertiroidismo e ipotiroidismo**
L. Petrone, G. Forti
- 38 Terapie innovative in cardiologia: gli ARNI**
Giampaolo Collecchia
- 40 Il Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) del linfedema primario**
E. Fiaschi, V. Dionisio, A. Fruzzetti, E. Maggi

MEDICINA LEGALE

42 Una questione aperta
Gian Aristide Norelli, Martina Focardi, Marco Palandri

FRAMMENTI DI STORIA

46 Medicina grafica e Medical Humanities
Franco Carnevale

POLITICHE PER L'EQUO ACCESSO ALLA SALUTE

50 70^{ma} Assemblea Mondiale OMS: risoluzioni principali
Daniele Dionisio

SANITÀ NEL MONDO

52 Il caso Tamiflu e la reputazione di Big Pharma
Gavino Maciocco

54 - CORSI E CONVEGNI

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

55 La tavola dell'Ultima Cena
Manfredo Fanfani (terza parte)

59 - VITA DELL'ORDINE

28-31-44 - LETTI PER VOI

39 - RICORDO DI MAURO BARNI

Il lungo cammino del secolo breve

di Federico Napoli

Nuova mostra per il periodo estivo proposta dalla Fondazione Centro Matteucci per l'Arte Moderna di Viareggio: curata da Susanna Ragionieri ecco "Il secolo breve. Tracce di '900". L'esposizione, more solito, frutto ancora di studi, ricerche e approfondimenti autonomi – come rivendicato in conferenza stampa da Giuliano Matteucci, direttore della Fondazione –, offre il fianco anche quest'anno a considerazioni particolari. Partendo dal concetto (e dalla definizione) di Eric Hobsbawm sul Novecento definito come "secolo breve", si può dipanare questa mostra viareggina dall'ultima sezione in cui essa è articolata, ovvero quella dedicata a De Chirico. Due opere citazioni di se stesse, poiché riprendono tematiche di cinquant'anni prima, colte e ironiche. Qui può tornare alla memoria un lontano dualismo costituito - sia idealmente, sia riferendoci agli anni del secondo Novecento – dall'inusuale e non comune binomio De Chirico – Pier Paolo Pasolini: dibattito fra l'arte autoreferenziale del primo e la coscienza civica del secondo. Ma certo ancor più sono fra loro antitetiche la posizione sdrammatizzante del proprio ruolo nel pittore greco-italiano, contro la volontà di testimonianza dell'intellettuale friulano; e ancora come disse Giulio Paolini nel lontano 1988: "De Chirico ha colto l'inevitabile ritirata dell'opera di fronte al perché dell'opera stessa"; la posizione di Pasolini è invece antinovecentesca, perché personaggio atipico in quanto non seguace della bellezza né sedotto dal mondo psichico.

Da qui, possiamo dipanare il percorso di visita tra le opere esposte, che accennano (più che documentare) ad alcuni percorsi dell'arte italiana del XX secolo: ecco ai primi del Novecento opere simboliste e decadenti – ci sovrviene "troppo m'illuse il sogno" di Gozzano – con la riscoperta di due me-

ritevoli autori, Cesare Laurenti e per quanto esposto Cesare Saccaggi. Nel giro di poco più di dieci anni scoppia il Futurismo, si afferma la Metafisica – se di De Chirico abbiamo già scritto, potremmo segnalare "Marina" del 1953 di Carlo Carrà, presente in altra sezione –, rimanendo peraltro ben salde le antiche radici classicheggianti come in Mario Sironi, Francesco Messina o Mario Tozzi – Saba nel "Canzoniere", qualche anno prima, si definisce "teso al recupero del filo d'oro della tradizione italiana".

I temi del paesaggio – prova di eccezionale qualità tecnica, ispirativa, lessicale, teorica è l'olio "Paesaggio" di Giorgio Morandi del 1963, l'anno prima della scomparsa dell'artista –, della natura morta – Achille Lega che non osa raffrontarsi con Cézanne, Felice Casorati più didascalicamente europeo – e la forte presenza toscana – su tutti, la splendida opera di Oscar Ghiglia, già in una collezione privata viareggina – sono altre sezioni della mostra. Tutte concorrono a costituire la base per un'arte italiana "rientrata nell'ordine" (Cardarelli).

La mostra presso il Centro Matteucci è particolarmente concentrata sulla prima metà del Novecento – per il periodo 1914/1945 Hobsbawm ha parlato di "età della catastrofe" –: nel campo delle arti visive, certo anni fecondi di spunti idee e stimoli, ma indirizzati ad un raffronto ravvicinato con il circostante e subendo freni, condizionamenti sociali e propagandistici in senso lato; mentre contemporaneamente forse è comparsa una maggiore qualità in campo letterario, cioè vo-



ci alla pari con quelle europee (quanto meno, sarebbe interessante un approfondimento in merito). Comunque, nelle sale espositive c'è anche un prosieguo, cioè l'affaccio sul secondo dopoguerra, dove compaiono personalità proiettate verso il futuro: qui è presente Felice Casorati in una variante dell'opera "Meriggio" di Firenze e Trieste, con scomposizione dello spazio ed un riferimento preciso per il rinnovamento della figurazione. Appare Alberto Magnelli, padre ideale dell'Astrattismo classico, oltre a Renato Guttuso con un efficace interno che apre a tematiche decisamente più quotidiane.

Ma da qui in poi siamo nel secondo Novecento, cioè – diremmo noi – nell'"età del dubbio", perché come scriveva Montale "non domandarci la formula che mondi possa aprirti".



Il secolo breve. Tracce di '900

Fondazione Centro Matteucci Viareggio

Fino al 5 novembre 2017

tutti i giorni in orari diversi - lunedì chiuso

<http://www.cemamo.it/il-secolo-breve-tessere-di-900/>

Lombardia e Toscana

di Antonio Panti

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE



Recentemente sul Corriere della Sera è apparso un articolo nel quale si lamentava come alcuni medici di riconosciuta fama e competenza si fossero dimessi dal servizio sanitario regionale lombardo. La scelta, sosteneva l'articolista, non era dettata dal desiderio di maggiori guadagni, possibili forse nel privato almeno in Lombardia, ma da una profonda delusione nei confronti del sistema pubblico. Il problema, lo verificiamo ogni giorno, esiste anche in Toscana. Perché? Da decenni nel mondo della sanità si discute su quale sia il miglior servizio, se quello simil privatistico lombardo o quello rigorosamente pubblico della Toscana: un confronto che ha affaticato medici, politici e economisti. I sindacati medici hanno per lo più manifestato una preferenza per il servizio toscano anche se l'ultima riforma, che ha ridotto drasticamente il numero delle ASL, non è stata accolta con favore dai professionisti della sanità. La preferenza per la Toscana era dettata, tra l'altro, dai migliori rapporti tra medici e amministrazione. Il ruolo fondamentale dei professionisti sanitari era finora esplicitamente riconosciuto dalla politica regionale toscana. Ora è chiaro che, al di là delle diverse soluzioni adottate, il servizio sanitario pubblico e universalistico, che consente ai medici, dopo millenni, di servire il giuramento di Ippocrate, tende a essere inefficiente e costoso; tuttavia resta il mezzo migliore inventato finora per consentire a chiunque di veder tutelata la propria salute. Quindi teniamocelo stretto in ogni Regione. Però i medici sono a disagio, sia in Lombardia che in Toscana: in questo senso i due sistemi, sia pur così diversi, si assomigliano. Finora non era così. Finora i professionisti toscani avevano avuto un qualche ragionevole riconoscimento e il loro impegno era messo a confronto col decisore politico o amministrativo. In una pa-

rola i medici toscani, forse più di altri colleghi, erano partecipi della gestione del servizio sanitario regionale. Quest'accordo si è fortemente incrinato. Oggi la Toscana è divisa in tre piccoli stati pressoché autonomi, affidati a un Dipartimento regionale assai indebolito, in cui la programmazione è episodica e mancano i livelli intermedi di interlocuzione tra operatori e direzione aziendale. Gli organismi autonomi di consulenza sono stati aboliti o almeno indeboliti. Infine le correnti interne ai partiti tolgono forza alla politica di governo che dovrebbe essere affidata alla Giunta e che non emerge dal pantano delle divisioni. Questo quadro si inserisce nella tendenza, ora preponderante tra i politici, di rivolgersi direttamente alla gente, esautorando di fatto i corpi intermedi, Sindacati, Ordini, Società Scientifiche. Se immaginiamo tutto questo dentro un sistema cervelotomicamente burocratizzato - e questo accade in ogni Regione - ci si rende conto come i medici si sentano veramente "forgotten men" e come un qualsiasi Trump che agiti il ciuffo "intra Tevere e il Po" può fare il pieno dei consensi. Ovunque i medici chiedono di andare in pensione prima del tempo, come dimostrano le statistiche del nostro Ente Previdenziale. E quando i medici optano per la pensione anticipata sostengono che la loro decisione deriva dal fatto che non ne possono più di lavorare in questo modo, che prima la medicina era cosa diversa, che si sentono abbandonati da un sistema al quale hanno dato il lavoro di una vita. A chi giova? Serve ai malati che i medici siano trasformati in meri esecutori delle direttive aziendali? Molte cose sono in gioco in questa perversa deriva del servizio sanitario pubblico. Toscana e Lombardia si assomigliano davvero, nell'allontanare i medici dal piacere della professione.



Malattia psoriasica: un vecchio problema, una nuova soluzione

a cura di Simone Pancani

✓ **TOSCANA MEDICA** - *Descriviamo la malattia psoriasica dal punto di vista clinico ed epidemiologico.*

GALEAZZI - La artrite psoriasica, dal punto di vista classificativo, fa parte del gruppo delle entesospondiloartriti sieronegative. Ma non c'è dubbio che essa sia da includere in una patologia più complessa oggi meglio definibile come malattia psoriasica perché caratterizzata dal coinvolgimento non solo articolare ma anche di altri organi e apparati quali occhio, cute, intestino, sistema cardiovascolare. Dal punto di vista dell'interessamento dell'apparato locomotore possiamo dire che circa il 30% dei pazienti con psoriasi possono manifestare un interessamento a questo livello con coinvolgimento di articolazioni nelle sue varie componenti anatomiche e delle entesi. C'è da aggiungere che di artrite psoriasiche se ne conoscono almeno 5 diverse espressioni cliniche, più o meno aggressive, talvolta difficili da diagnosticare precocemente, che spesso vanno trattate con approcci diversi.

PRIGNANO - L'ultimo censimento ISTAT dice che in Toscana sono residenti circa 3 milioni e 700.000 abitanti e nella nostra Regione la malattia psoriasica si presenta con una percentuale intorno al 3%, interessando quindi più di 100.000 persone. Malattia familiare ma non ereditaria, rappresenta probabilmente la più comune malattia della pelle e tipicamente presenta diversi livelli di gravità che possono progredire dalle forme più lievi a quelle più severe. Lo strumento comunemente usato per classificare il grado di impegno della malattia è il cosiddetto indice PASI (*Psoriasis Area Severity Index*). Un PASI inferiore a 10 generalmente

definisce una situazione clinica che per lo più può essere ben gestita con terapie topiche e/o fototerapia, mentre valori superiori a 10 si riferiscono a forme più severe di malattia. Esistono poi delle localizzazioni di malattia, (la cosiddetta "psoriasi delle aree difficili") con interessamento delle grandi pieghe, del volto, delle unghie, della pianta dei piedi e del palmo delle mani e del cuoio capelluto.

L'impegno cutaneo si può poi associare all'interessamento articolare e ad una serie di comorbidità tra le quali particolarmente rilevanti sono le malattie infiammatorie croniche dell'intestino e, soprattutto, la sindrome metabolica. Questo significa che curare bene un soggetto con patologia psoriasica vuole in fondo dire prevenire o quanto meno tenere sotto controllo tutta una serie di importanti malattie sistemiche tra le quali la più importante è senz'altro l'interessamento articolare e quindi l'artrite psoriasica che ormai ha assunto il ruolo di patologia autonoma.

CANTINI - Quanto detto dal Prof. Galeazzi già lascia intuire che le manifestazioni cliniche dell'artrite associata alla psoriasi sono pleomorfe, con interessamento delle strutture articolari ed extra-articolari includendo in queste ultime i tendini e le sedi di inserzione tendinea. In circa il 10% dei pazienti si può avere il coinvolgimento infiammatorio della camera anteriore dell'occhio ed uveite anteriore (o iridociclite). In aggiunta, l'artrite psoriasica si complica frequentemente con la sindrome metabolica ed il conseguente aumentato rischio di complicanze cardiovascolari quali l'infarto miocardico e l'ischemia cerebrale. La diagnosi precoce e le terapie disponibili per fortuna permettono di ridurre o azzerare questo rischio.



ROBERTO BANFI
Dirigente della Farmacia dell'AOU
Careggi di Firenze.



FABRIZIO CANTINI
Direttore U.O.C. di Reumatologia,
Ospedale di Prato.



MAURO GALEAZZI
Ordinario di Reumatologia
dell'Università di Siena.

✓ **TOSCANA MEDICA** - *Abbiamo prima sentito dire che in Toscana dovrebbero esserci circa 100.000 pazienti con malattia psoriasica: questo significa che nella nostra Regione dovrebbero quindi contarsi 30.000 psoriasici con una qualche forma di interessamento dell'apparato locomotore? Se a questi si associano i casi privi di manifestazioni cutanee, tutto questo rappresenta un problema medico e sociale estremamente rilevante.*

GALEAZZI - In linea di massima la risposta è positiva, anche se talvolta l'interessamento articolare della psoriasi può essere confuso con le manifestazioni cliniche della fibromialgia. Sappiamo comunque che alcune forme di psoriasi, come quelle localizzate alle unghie o al cuoio capelluto, presentano una maggiore predisposi-



EUGENIO PATTARINO
Medico di medicina generale
a Firenze.



FRANCESCA PRIGNANO
Dermatologa dell'Azienda Usl
Toscana Centro a Firenze.



MARINA ZICHE
Ordinario di Farmacologia
dell'Università di Siena.

spettare la cosiddetta “*early psoriasis*”, quota certamente non trascurabile di una forma clinica ancora in fase precoce di malattia.

PATTARINO - Alla luce delle considerazioni epidemiologiche fino ad ora riportate, mi stupisce la bassa percentuale dei pazienti con patologia psoriasica che emerge dai database dei medici di medicina generale che, verosimilmente, considerano la malattia di prevalente interesse dermatologico pensando alle sue complicanze solo in una relativamente piccola percentuale di casi. Credo sia pertanto necessario sensibilizzare i medici di base nei confronti di questa malattia, soprattutto in relazione alle sue importanti comorbidità, in

particolare la complicazione artritica e la sindrome metabolica per la quale l'intervento della medicina generale può essere veramente di grande significato.

✓ **TOSCANA MEDICA** - *Si possono in qualche maniera quantizzare i costi umani e sociali delle forme più gravi di artrite psoriasica?*

BANFI - Credo che parlare di costi umani e sociali della artrite psoriasica sia giusto, andando cioè oltre l'aspetto puramente economico di un farmaco o di una procedura. Stiamo parlando di una malattia che “costa” molto anche in termini psicologici e di qualità della vita dei pazienti e questo non può essere assolutamente dimenticato.

FARMACI DISPONIBILI PER IL TRATTAMENTO DELLA PSA

FARMACI BIOLOGICI	FARMACI SISTEMICI TRADIZIONALI DMARDs	SMALL MOLECULES
ETANERCEPT	METOTRESSATO	APREMILAST
INFLIXIMAB	SULFASALAZINA	
ADALIMUMAB	CICLOSPORINA	
CERTOLIZUMAB	LEFLUNOMIDE	
GOLIMUMAB		
USTEKINUMAB		
SECUKINUMAB		

zione alla comparsa del coinvolgimento articolare.

CANTINI – Concordo con il Prof. Galeazzi sul fatto che la diagnosi di artrite psoriasica talvolta sia ardua, vuoi perché un quadro di fibromialgia può essere fuorviante, vuoi perché un sottogruppo di pazienti ha interessamento delle articolazioni interfalangee distali delle mani che può essere difficilmente distinguibile dall'artrosi delle mani. Comunque, a prescindere da eventuali mis-diagnosi, appare corretto indicare una percentuale del 30% di pazienti con artrite in corso di psoriasi.

PRIGNANO - Proprio le unghie ed il cuoio capelluto rappresentano due sedi anatomiche il cui interessamento può portare un occhio esperto a so-

MODO DI SOMMINISTRAZIONE

Tabelle costruite considerando il punto 4.2 della scheda tecnica dei farmaci per il trattamento della PSA

	Orale	Parentale sottocutanea	Parentale endovenosa
ETANERCEPT		✓	
INFLIXIMAB			✓
ADALIMUMAB		✓	
CERTOLIZUMAB		✓	
GOLIMUMAB		✓	
USTEKINUMAB		✓	
SECUKINUMAB		✓	
METOTRESSATO	✓	✓	
SULFASALAZINA	✓		
CICLOSPORINA	✓		
LEFLUNOMIDE	✓		
APREMILAST	✓		

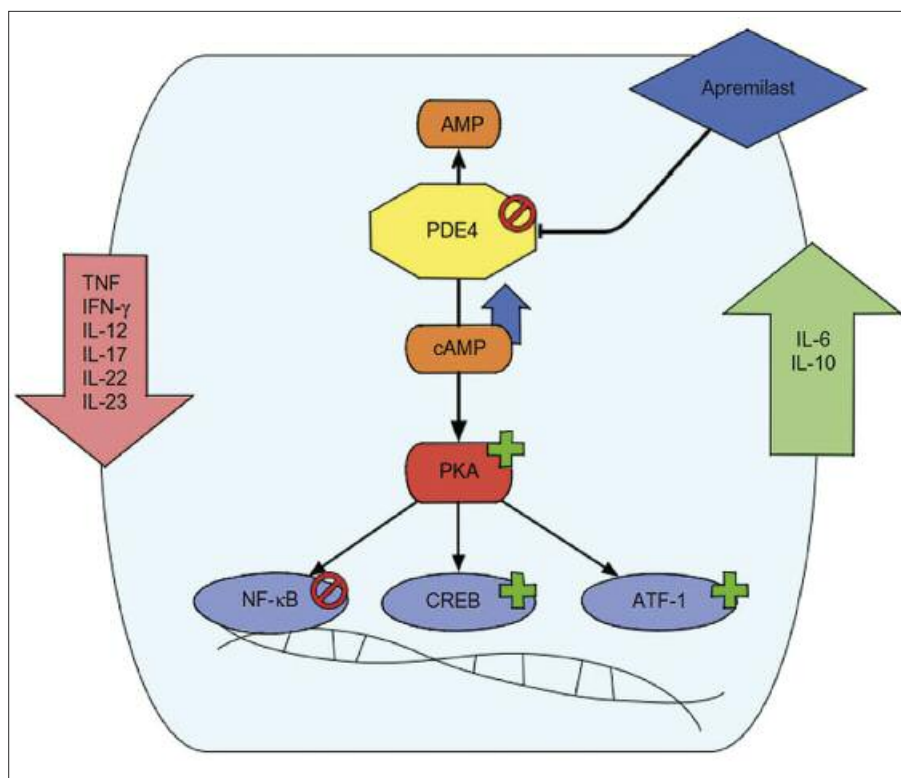
PRIGNANO - La valutazione della qualità della vita (il DLQI è il sistema di rilevazione più usato, ma ne esistono molti altri) è stata recentemente introdotta nelle linee guida europee, ma anche nella “Consenso Toscana”, come parametro di valutazione di fondamentale importanza per decidere l'eventuale cambio di terapia in caso di risultato insoddisfacente.

GALEAZZI - Anche nel campo delle complicazioni artritiche della psoriasi (l'artrite psoriasica), come del resto in molte altre malattie, il discorso “economico” dovrebbe andare ben oltre il semplice costo dei farmaci impiegati arrivando a considerare i risparmi ottenuti, ad esempio, in termini di riduzione del numero dei ricoveri in ospedale e di miglioramento della qualità della vita dei pazienti con conseguente minore necessità di adeguato supporto assistenziale.

PRIGNANO - Per cercare di ottimizzare le risorse e garantire ai pazienti le migliori possibilità di cura dal 2015 in Toscana in campo dermatologico è stato codificato un percorso che mette in comunicazione diretta e partecipata gli specialisti del territorio ed i medici di famiglia con le strutture di riferimento specialistico, al fine di condividere efficacemente iter diagnostici, indicazioni terapeutiche e criteri di assistenza domiciliare.

GALEAZZI - Anche nel campo delle malattie reumatologiche la Toscana ha stabilito dei criteri di appropriatezza prescrittiva che codificano l'impiego delle molecole al momento disponibili.

CANTINI - Facendo seguito a quanto affermato dai colleghi, aggiungo che il costo “crudo” del farmaco impiegato è solo uno dei fattori che determinano la spesa: lo sforzo del clinico è quello di individuare le variabili insite nel singolo paziente che permettano di scegliere il farmaco più appropriato. È la strategia della personalizzazione della terapia che permette di assicurare la migliore efficacia e sicurezza d'impiego con conseguente risparmio economico. È stato calcolato infatti che ogni



Mode of action of apremilast.

cambio di terapia (mi riferisco ai farmaci biologici) comporta una spesa aggiuntiva di 1000-1200 € se è dovuto ad inefficacia e costi esponenzialmente maggiori in caso di evento avverso. È su queste basi che la Regione Toscana si è orientata per l'ottimizzazione dell'impiego dei farmaci biologici basata sulle variabili cliniche risultanti dall'evidenza scientifica e sui costi dei singoli farmaci.

✓ **TOSCANA MEDICA** - *Procedure applicative e costi non possono prescindere dalla disponibilità dei farmaci oggi disponibili. Quale è oggi la situazione delle opzioni di cura presenti sul mercato?*

GALEAZZI - Le opzioni di cura oggi disponibili nei confronti dell'artrite psoriasica vengono ovviamente adattate ai dettami delle linee guida internazionali, fatta salva la capitale importanza della precocità della diagnosi di malattia psoriasica.

La terapia di partenza si basa ancora oggi sull'impiego di farmaci “classici” come il metotrexate il quale, ai dosaggi attuali, riesce a controllare un buon numero di casi di artrite psoriasica. Nelle prime fasi di malattia si

possono poi usare molecole altrettanto “classiche” come i FANS per periodi di due-tre mesi.

In caso di fallimento di questo schema generalmente si riduce il dosaggio del metotrexate e si introduce il farmaco biologico, molecole per il cui impiego l'Italia è al terzultimo posto in Europa prima soltanto di Grecia e Portogallo.

Solo recentemente sono comparse sul mercato anche le cosiddette “small molecules”.

CANTINI - Come principio generale, dal punto di vista clinico, più farmaci abbiamo per la terapia della singola malattia e più probabilità di successo avremo. Nel caso delle *small molecules*, costituisce una buona novità già la via di somministrazione orale, che di per sé è motivo di risparmio, eliminando i costi assistenziali correlati con la somministrazione dei farmaci per via parenterale.

✓ **TOSCANA MEDICA** - *Le “small molecules” adesso ricordate non vanno ovviamente somministrate a tutti i pazienti con artrite psoriasica ed una selezione in questo senso è ovviamente necessaria. Apremilast rientra in que-*

Clinical and epidemiological research

Table 1 Updated EULAR recommendations for the management of PsA, with levels of evidence, grade of recommendations and level of agreement

Overarching principles			Level of agreement (mean±SD)	
A.	PsA is a heterogeneous and potentially severe disease, which may require multidisciplinary treatment		9.6±1.1	
B.	Treatment of patients with PsA should aim at the best care and must be based on a shared decision between the patient and the rheumatologist, considering efficacy, safety and costs		9.2±1.7	
C.	Rheumatologists are the specialists who should primarily care for the musculoskeletal manifestations of patients with PsA; in the presence of clinically significant skin involvement a rheumatologist and a dermatologist should collaborate in diagnosis and management		9.5±0.8	
D.	The primary goal of treating patients with PsA is to maximise health-related quality of life, through control of symptoms, prevention of structural damage, normalisation of function and social participation; abrogation of inflammation is an important component to achieve these goals		9.6±1.0	
E.	When managing patients with PsA, extra-articular manifestations, metabolic syndrome, cardiovascular disease and other comorbidities should be taken into account		9.5±1.0	
Recommendations	Level of evidence	Grade of recommendation	Level of agreement (mean±SD)	
1.	Treatment should be aimed at reaching the target of remission or, alternatively, minimal/low disease activity, by regular monitoring and appropriate adjustment of therapy	1b	A	9.6±0.9
2.	In patients with PsA, NSAIDs may be used to relieve musculoskeletal signs and symptoms	1b	A	9.6±0.8
3.	In patients with peripheral arthritis, particularly in those with many swollen joints, structural damage in the presence of inflammation, high ESR/CRP and/or clinically relevant extra-articular manifestations ^a , csDMARDs should be considered ^d at an early stage ^a , with methotrexate preferred in those with relevant skin involvement ^b	^a : 3 ^b : 1b	B	9.4±0.8
4.	Local injections of glucocorticoids should be considered as adjunctive therapy in PsA ^a ; systemic glucocorticoids may be used with caution at the lowest effective dose ^b	^a : 3b ^b : 4	C	9.1±1.2
5.	In patients with peripheral arthritis and an inadequate response to at least one csDMARD, therapy with a bDMARD, usually a TNF inhibitor, should be commenced	1b	B	9.5±0.7
6.	In patients with peripheral arthritis and an inadequate response to at least one csDMARD, in whom TNF inhibitors are not appropriate, bDMARDs targeting IL12/23 or IL17 pathways may be considered	1b	B	9.1±1.1
7.	In patients with peripheral arthritis and an inadequate response to at least one csDMARD, in whom bDMARDs are not appropriate, a targeted synthetic DMARD such as a PDE4-inhibitor may be considered	1b	B	8.5±1.4
8.	In patients with active enthesitis and/or dactylitis and insufficient response to NSAIDs or local glucocorticoid injections, therapy with a bDMARD should be considered, which according to current practice is a TNF inhibitor	1b	B	9.1±1.2
9.	In patients with predominantly axial disease that is active and has insufficient response to NSAIDs, therapy with a bDMARD should be considered, which according to current practice is a TNF inhibitor	1b	B	9.6±0.6
10.	In patients who fail to respond adequately to a bDMARD, switching to another bDMARD should be considered, including switching between TNF inhibitors	1b	B	9.6±0.7

The level of evidence was determined for different parts of the recommendation (referred to as a and b) where necessary. The level of agreement was computed as a 0–10 scale.

bDMARD, biological DMARD; CRP, C reactive protein; csDMARDs, conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs, such as methotrexate, sulfasalazine or leflunomide; ESR, erythrocyte sedimentation rate; EULAR, European League Against Rheumatism; NSAIDs, non-steroidal anti-inflammatory drugs; PDE, phosphodiesterase; PsA, psoriatic arthritis; TNF, tumour necrosis factor.

Fonte: Gossec L., Simolen JS, Ramino S. et al. Ann Rheum Dis 2016; 75; 499-510.

sto gruppo: presentiamone le caratteristiche.

ZICHE - Leziopatogenesi dell'artrite psoriasica è sostanzialmente sostenuta da una risposta infiammatoria che si automantiene con il coinvolgimento dei linfociti T e di tutte quelle molecole che li stimolano a diventare così "aggressivi". In questo senso si capisce pertanto l'impiego di farmaci come il metotrexate, la ciclosporina e, più modernamente, dei biologici. Oggi è stato dimostrato che alcune ci-

tochine (soprattutto le interleuchine 17 e 23) appaiono più direttamente correlabili con la psoriasi e questo ha portato alla "costruzione" di specifici anticorpi monoclonali attivi contro di loro. Nello specifico apremilast agisce bloccando la fosfodiesterasi 4 (PDE4), enzima coinvolto nell'attivazione della produzione delle citochine responsabili dell'infiammazione alla base dell'artrite psoriasica. Da non dimenticare che si tratta di un farmaco molto maneggevole e che tra l'altro non richiede l'esecuzione del pretest tubercolinico.

PRIGNANO - Affrontando la questione dal punto di vista del dermatologo, direi che le armi a nostra disposizione sono forse leggermente più numerose di quelle su cui può contare il reumatologo. Nel tempo noi infatti abbiamo potuto contare su metotrexate, ciclosporina, acitretina, anti-TNF alfa, inibitori delle interleuchine 12, 23 e 17 oltre che su terapie fisiche come ad esempio la fototerapia (soprattutto nb-UVB).

Apremilast, appartenente al gruppo delle cosiddette "small molecules", in

altri Paesi è in uso fin dal 2011. Anche se purtroppo in Italia siamo indietro, visto che ancora manca la rimborsabilità per l'indicazione "psoriasi".

GALEAZZI - Oggi anche i reumatologi, forti dell'esperienza acquisita negli anni con i biologici, sono in grado di scegliere il farmaco più adatto a seconda delle situazioni cliniche che si trovano a dover gestire. Infatti è stato ormai dimostrato che alcune molecole sono più efficaci, ad esempio, in caso di entesiti particolarmente impegnative ed invalidanti, mentre altre sono da preferire in presenza di dattilite o artriti dell'articolazione interfalangea distale.

I dati al momento disponibili sembrerebbero dimostrare che anche le "small molecules" presentino questa sorta di modularità nei confronti delle tante manifestazioni cliniche dell'artrite psoriasica.

Non dimentichiamo inoltre che la scelta del farmaco non può prescindere in alcun modo dalla valutazione attenta delle eventuali comorbidità presenti nel paziente da trattare.

CANTINI - I dati degli studi clinici di apremilast ne dimostrano una buona efficacia sulle manifestazioni cutanee ed articolari ed un eccellente profilo di sicurezza d'impiego. Il farmaco ha dimostrato una peculiare efficacia su certe manifestazioni dell'artrite psoriasica, quali la dattilite e l'entesite e come detto dalla collega dermatologa su specifiche forme di psoriasi. A questo si aggiunge il vantaggio dell'assoluta assenza di rischio neoplastico e la modalità di somministrazione. Sorprende il posizionamento conferito al farmaco da AIFA, in contrasto con quanto stabilito da EMA, nel trattamento dell'artrite psoriasica.

Il farmaco può essere impiegato in pazienti che abbiano fallito due farmaci di fondo tradizionali e almeno un farmaco biologico. Questo, a mio avviso, può essere svantaggioso anche dal punto di vista economico.

✓ **TOSCANA MEDICA** - *Quale è il ruolo del medico di famiglia nella gestione di questi pazienti complessi, so-*

prattutto per quanto riguarda la comorbidità adesso ricordata?

PATTARINO - Il problema della comorbidità è certamente molto avvertito a livello di medicina generale e non solo in relazione alla patologia di cui stiamo parlando.

Personalmente ritengo che i farmaci oggetto della nostra discussione debbano essere di esclusiva gestione specialistica, viste le loro peculiarità terapeutiche e la necessità assoluta di una diagnosi quanto più precisa possibile. I medici di base però curano a casa i loro assistiti e per questo devono necessariamente confrontarsi con queste nuove opzioni di cura: monitorarne gli effetti nel tempo segnalando gli eventuali eventi avversi, prescriverli seguendo il piano terapeutico redatto dallo specialista. Spesso fanno ciò senza avere specifica formazione in materia.

I medici di famiglia spesso si lamentano della mancanza di contatti efficaci con gli specialisti e questo avviene anche nel caso di malati affetti da forme gravi di psoriasi per i quali lo scambio di informazioni tra territorio e Centri di riferimento appare davvero di fondamentale importanza.

ZICHE - Le difficoltà segnalate dal dottor Pattarino si riflettono inevitabilmente su alcuni aspetti peculiari di queste terapie, per esempio nel caso della segnalazione e del monitoraggio degli effetti avversi, attività che non può assolutamente prescindere dall'azione di chi tutti i giorni segue questi malati.

Il fatto che i medici di famiglia spesso non si considerino sufficientemente formati ed informati sulla gestione dei nuovi farmaci imporrebbe a mio parere che a livello universitario si prevedessero degli specifici interventi sui molteplici aspetti dell'innovazione farmacologica.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Dottor Banfi, i nuovi farmaci di cui stiamo parlando quali implicazioni prevedono dal punto di vista farmacoeconomico?

BANFI - Parlando di farmacoeconomia ci muoviamo in un sistema le cui ri-

sorse più che limitate si possono considerare definite. Questa definizione delle risorse prevede in primo luogo che si scelgano non tanto i farmaci quanto i pazienti ai quali somministrarli ed in questo senso non si può prescindere dall'intervento dello specialista di riferimento.

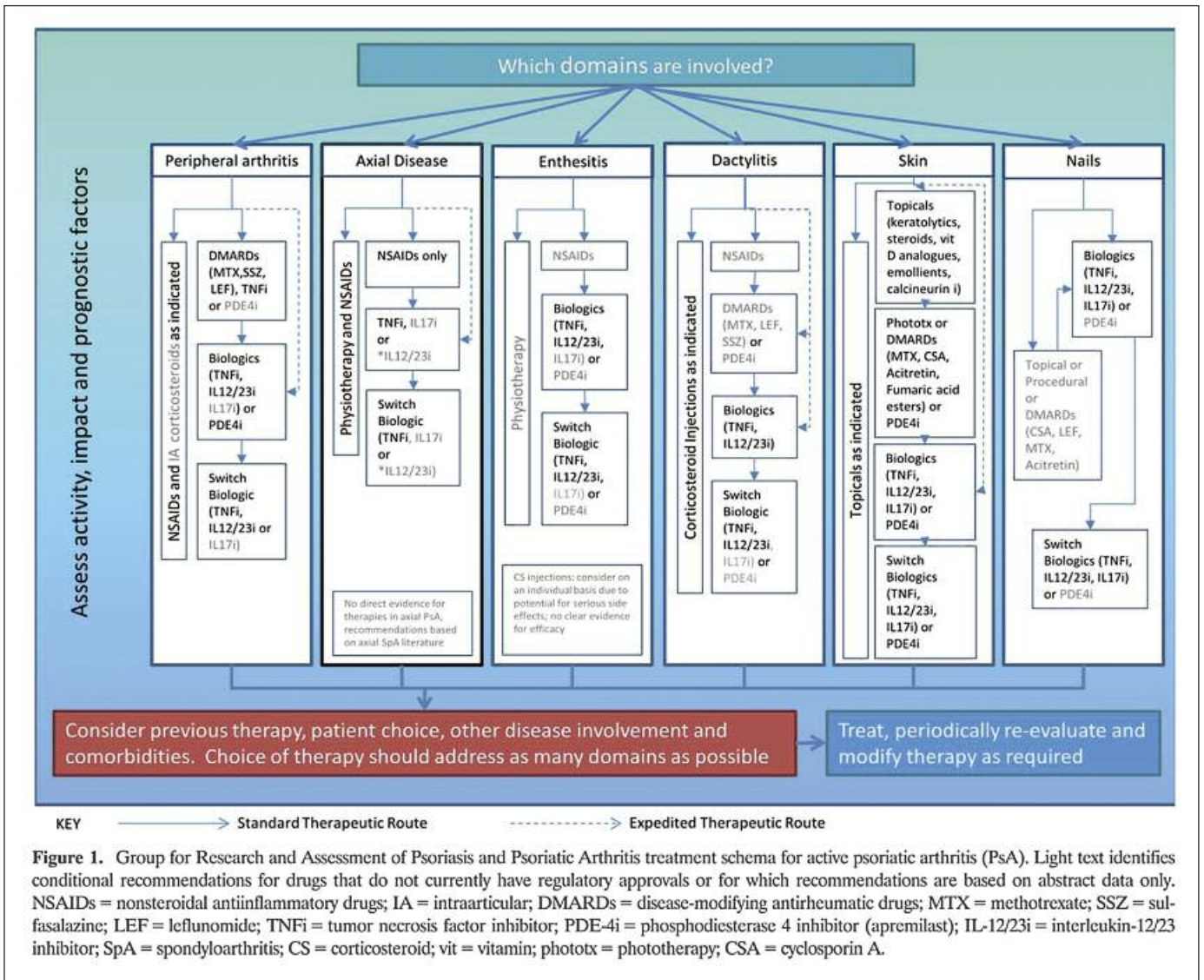
Oggi le cose sono molto cambiate rispetto agli inizi della mia carriera quando per le malattie reumatologiche potevamo disporre solo dei sali d'oro e di poco altro e le opzioni di cura sono aumentate a dismisura, anche e soprattutto con la comparsa dei biosimilari che però, sfortunatamente, nel nostro Paese stentano a vedersi riconosciuta la loro giusta importanza. In linea di principio se possiamo disporre di farmaci assumibili per bocca o al massimo sottocute, possiamo recuperare risorse liberando ospedali e Day Hospital dalla necessità di gestire con medici ed infermieri terapie somministrabili solo per via endovenosa. Queste risorse così recuperate potranno essere utilizzate per migliorare l'impiego dei farmaci di più recente concezione.

Non dimentichiamo poi che la selezione dei pazienti operata dai clinici serve anche a ridurre la percentuale di eventi avversi che, soprattutto in caso di nuovi farmaci, possono avere dei costi economici davvero rilevanti.

PATTARINO - Ritorno al discorso che facevo prima: se possiamo disporre di una nuova molecola che può essere assunta per bocca a casa dal paziente, è necessario che i medici di famiglia vengano formati alla gestione di questo tipo di terapie. Tra l'altro questa situazione potrebbe in qualche modo comportare un minore "controllo" dei malati da parte degli specialisti, quindi con la necessità di un contatto quanto più diretto possibile tra i differenti professionisti.

ZICHE - Secondo me l'innovazione farmacologica ha assolutamente bisogno dei feedback provenienti dalla medicina generale e questo purtroppo non sempre accade.

PRIGNANO - Parlando del cosiddetto "fronte comune terapeutico" e consi-



Fonte: Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis 2015 Treatment Recommendations for Psoriatic Arthritis.

derando la mia personale esperienza, devo dire di essere abbastanza ottimista. In Toscana infatti sono stati strutturati dei percorsi specifici che nel caso sia della psoriasi che dell'artrite psoriasica coinvolgono attivamente dermatologi, reumatologi, infettivologi e gastroenterologi per garantire a tutti i pazienti un percorso

comune e codificato. In questo scenario a mio parere dovrebbe assumere una importanza molto maggiore proprio la figura del medico di medicina generale.

GALEAZZI - Le cose potrebbero migliorare in maniera significativa se anche in Toscana si fosse riusciti ad attivare, ol-

tre ai tanto decantati PDTA, anche una "rete reumatologica" veramente efficace nell'intento di affrontare secondo le più moderne ed accreditate linee guida i pazienti con artrite psoriasica. Purtroppo ad oggi così non è stato, nonostante le prime proposte che personalmente presentai in Regione addirittura nel lontano 2002.



Publicazione realizzata con il contributo non condizionato di Celgene srl.

La malattia psoriasica e le novità farmacologiche



ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

di Antonio Panti

Considerata nel suo complesso la malattia psoriasica è una malattia piuttosto frequente. In Toscana si calcola che ve ne siano circa 100 mila casi, che però vanno divisi per livelli di gravità (gli specialisti di solito utilizzano il sistema PASI). Di questi circa il 30% presenta manifestazioni articolari che spesso sono assai gravi, dolorose ed invalidanti, in particolare quando colpiscono le entesi. È evidente che i casi di minor gravità sono di competenza del medico di famiglia, al quale spetta tuttavia il sospetto diagnostico e quindi l'invio allo specialista anche per la diagnosi differenziale. Occorre avere ben presente che la psoriasi grave e l'artrite psoriasica hanno costi umani e sociali assolutamente rilevanti, la qualità della vita diminuisce grandemente e il paziente ha necessità di aiuti per la vita quotidiana.

È evidente quindi che il prezzo dei nuovi farmaci, per quanto elevato, deve essere parametrato sugli anzidetti costi e sulla quasi totale scomparsa dei ricoveri. I nostri esperti hanno discusso l'applicazione delle linee guida esistenti, convenendo sulla necessità di una diagnosi precoce e sulla scalarità degli interventi terapeutici che in caso di fallimento dei FANS o del methotrexate, successivamente impiegato, impone l'utilizzo dei farmaci biologici. Questi hanno rappresentato negli ultimi venti anni una reale svolta terapeutica consentendo una notevole remissione dei sintomi ed il con-

trollo della malattia. Come in tutti questi casi, fondamentale è la selezione del target per la scelta del farmaco giusto per ciascun paziente.

Oggi nel trattamento di psoriasi e artrite psoriasica la scelta è più ampia e facilitata dalla presenza di più farmaci con diversi meccanismi di azione che agiscono su differenti target. A fianco delle terapie biotecnologiche iniettive come gli anticorpi monoclonali bloccanti citochine quali TNF, IL12/23 e IL17, è recentemente uscito un nuovo farmaco orale che, bloccando l'enzima PDE4, determina una riduzione della produzione di più citochine infiammatorie. La disponibilità di più farmaci che agiscono lavorando su diversi pathways offre l'opportunità di identificare la terapia più adatta allo specifico paziente e offre armi aggiuntive in caso di non risposta primaria, intolleranza, o perdita di risposta nel tempo. I nuovi farmaci offrono migliori profili di tollerabilità e sicurezza che riducono, se non annullano nel caso di Apremilast, la necessità di eseguire screening e monitoraggi regolari; questo consente di massimizzare l'utilizzo delle terapie a lungo termine, fondamentale nel controllo di malattie croniche, e ridurre i costi di switching tra farmaci. In questo scenario, il costo delle terapie va valutato anche sul piano della sostenibilità del servizio proprio tenendo conto della riduzione di altri oneri. Tutte queste novità farmacologiche ria-

cutizzano vecchi problemi. Da un lato questi pazienti presentano spesso molteplici comorbidità. Ciò crea la necessità di un lavoro di squadra tra medici di famiglia e specialisti attraverso percorsi diagnostici terapeutici efficaci e la presenza di una rete di risposta territoriale alla malattia che è la graduale sfida del servizio sanitario moderno e, per molteplici ragioni, di non facile realizzabilità.

Tuttavia questa è la strada da percorrere se vogliamo realmente migliorare l'assistenza. L'altro problema è la mancanza di informazione ai medici di famiglia su queste novità farmacologiche sempre più complesse sul piano scientifico, sempre già frequenti e tendenti a coprire piccole nicchie di pazienti. Il problema del gap informativo è l'altra grande sfida dei sistemi sanitari moderni, tanto più quando vogliamo impedire il ricovero e mantenere i pazienti il più possibile al loro domicilio. Insomma il servizio ha risorse definite ma sufficienti, se ben usate, a consentire l'uso di nuovi farmaci migliorando realmente la vita dei pazienti. Sopportarne i costi ha senso se si selezionano correttamente pazienti da curare, se il farmaco è realmente innovativo, cioè agisce sulla qualità della vita, se il medico sa scegliere secondo prove efficaci. Ben vengano poi le somministrazioni più semplici e gli eventuali biosimilari. Ma in ogni caso, dobbiamo creare le condizioni per riutilizzare al meglio le nuove offerte terapeutiche.

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



Sommaio

Rimando alla pagina dell'interno



e-mail

Rimando al programma e-mail

Curare la fragilità

di Antonio Bavazzano



ANTONIO BAVAZZANO *Medico specialista in Cardiologia e Geriatria. Dal 01/08/1988 al 30/09/2007 Direttore della U.O. di Geriatria della ASL 4 di Prato; dal 2007 Coordinatore della Rete assistenziale regionale delle persone con demenza.*

Attività fisica e nutrizione sono strettamente collegate con la fragilità. Vengono sintetizzati i dati più significativi, individuati strumenti valutativi e proposte strategie di cura, basate su attività fisica e nutrizione.

Parole chiave:
fragilità, attività fisica, nutrizione, strumenti valutativi, speranza di vita

Un articolo di Dagospia sottolinea che: “negli ultimi anni è cresciuta la spesa sanitaria per integratori alimentari, vitamine, prodotti per la bellezza o per prevenire malanni, il mercato è estremamente florido”.

Il giro di affari nel 2014 ha superato i 12 miliardi di euro (+7,9%) sul 2013 e solo in Francia sono state vendute 144,1 milioni di confezioni a cui vanno aggiunte altri 24 milioni di confezioni uscite dai supermarket. Il mercato italiano, entro il 2019, crescerà del 6%. È una vera manna per i colossi mondiali del farmaco.

Cosa sono gli integratori alimentari? Si tratta di prodotti che costituiscono una fonte concentrata di sostanze nutritive (Decreto legislativo 169 – maggio 2004).

Sembra si voglia trovare un antidoto al fenomeno dell'invecchiamento assumendo grandi quantità di sostanze caloriche ed energizzanti.

In parallelo la scienza medica individua una significativa risposta positiva dal contenimento delle calorie. È la cosiddetta restrizione calorica, ancora in fase di studio, ma che dimostra di aumentare la speranza di vita in disparati esseri viventi come il moscerino della frutta od i topi di laboratorio.

Integratori alimentari e restrizione calorica sono ricerche quasi opposte, ma entrambe volte a curare la fragilità.

Curare il processo d'invecchiamento con farmaci o supplementazioni nu-



DETERMINA IL TUO STATO NUTRIZIONALE

	Si
Ho una malattia/condizione per la quale ho dovuto cambiare il tipo e/o la quantità del cibo che mangio.	2
Faccio meno di 2 pasti al giorno.	3
Mangio poca frutta o verdure o latticini.	2
Assumo 3 o più bicchieri di birra o liquori o vino quasi ogni giorno.	2
Ho problemi a denti e bocca che rendono difficile la masticazione.	2
Non sempre ho il denaro necessario per comprarmi il cibo.	4
Mangio da solo la maggior parte delle volte.	1
Prendo 3 o più medicine al giorno (prescritte o da banco).	1
Senza volerlo, ho perso/preso 5 kg negli ultimi 6 mesi.	2
Non sempre sono in grado di comprarmi e/o cucinarmi il cibo.	2
TOTALE	

Posner BM et al. 1993

Figura 1a

Punteggi:

0-2 Bene. Ripetere il test fra 6 mesi.

3-5 Rischio nutrizionale moderato. Occorre consultare il Medico per valutare cosa può essere fatto. Il test va ripetuto fra 3 mesi.

≥ 6 Rischio nutrizionale alto. Occorre consultare presto il Medico per discutere con lui il problema ed avviare subito i necessari rimedi.

Figura 1b

Alimentazione e proteine



“Bisogno di proteine” significa 20 tipi di aminoacidi differenti presenti sia nelle fonti animali che in quelle vegetali. Queste ultime sono più povere di grassi e quindi da preferirsi.

Figura 2a

Alimentazione e lipidi



- Tutti i grassi sono uguali per apporto energetico ma sono molto diversi qualitativamente.

In particolare in:

- A) acidi grassi saturi
- B) acidi grassi insaturi

Figura 2b

Alimentazione e carboidrati



Nell'anziano dovrebbero rappresentare:

- Circa il 60% delle calorie complessive
- Il 75% come carboidrati complessi
- Il 25% come carboidrati semplici

Figura 2c

Nel maschio giovane la massa muscolare costituisce il 30% del peso corporeo, superando il grasso (20%), l'osso (10%).

A 75 anni i muscoli calano fino al 15%, il grasso raddoppia (40%), l'osso si riduce (8%).



trizionali è utopico in quanto questo è dovuto alle azioni lesive sulle strutture cellulari da parte dei radicali liberi dell'ossigeno prodotti dal normale metabolismo. È viceversa possibile interferire su specifici aspetti dell'invecchiare ricercando compensi attraverso adeguati stili di vita.

I due punti principali su cui agire sono la nutrizione ed il movimento. Dopo i 30 anni la massa magra del corpo si riduce per perdita di massa muscolare. Nel maschio giovane la massa muscolare costituisce il 30% del peso corporeo, superando il grasso (20%), l'osso (10%). A 75 anni i muscoli calano fino al 15%, il grasso raddoppia (40%), l'osso si riduce (8%). In sintesi nell'anziano sono generalmente presenti le seguenti modificazioni della composizione corporea:

Tessuto adiposo	+ 35%
Muscolo scheletrico	- 40%
Volume plasmatico	- 8%
Acqua corporea tot	- 17%
Acqua extracellulare	- 40%

L'evoluzione delle caratteristiche sopra evidenziate richiede un costante monitoraggio. Può essere opportuno ricorrere ad autovalutazione, come nella scheda proposta (Figure 1a-1b)

Per situazioni di maggiore complessità si potrà far ricorso a valutazioni più complete utilizzando ad esempio il *Mini Nutritional Assesment* (Tabella 1).

I principali componenti della dieta sono i carboidrati, le proteine ed i lipidi (Figure 2a, 2b, 2c).

Insieme alla dieta l'elemento fondamentale per controllare l'evoluzione della fragilità è l'attività fisica.

Numerosi dati di letteratura sottolineano il rapporto positivo tra attività fisica programmata e stato di salute (Haskell 2009) e tra attività fisica e mantenimento del volume cerebrale, con conseguente riduzione del declino cognitivo (Erickson 2010; e BRAIN 2016: 139; 662-673 | 662). Già nell'edizione 2009 del manuale Merk si sottolineava che "le persone che effettuano esercizi aerobici (camminare, nuotare, correre, eccetera) hanno una speranza di vita più

I due punti principali su cui agire sono la nutrizione ed il movimento. Dopo i 30 anni la massa magra del corpo si riduce per perdita di massa muscolare.

lunga e un minore declino funzionale rispetto a chi fa vita solo sedentaria", che "il sollevamento pesi aiuta a conservare massa ossea" e che "dall'attività fisica possono trarre beneficio anche lo stato dell'umore e le funzioni cognitive". Recentemente uno studio di coorte su oltre 416.000 individui (Wen 2011), che ha avuto vasta risonanza mediatica, ha dimostrato una significativa correlazione tra aspettativa di vita e attività fisica.

Fra la popolazione di età maggiore di 65 anni :

- **18% ha limitazioni funzionali nelle attività della vita quotidiana**
- **40% è affetto da almeno una malattia cronica**
- **68% dei disabili presenta almeno tre malattie croniche**
- **8% è confinato in casa**

Figura 3

1 Incoraggiare comportamenti sani

- Gli organismi nazionali e i governi locali che devono agire sulla salute pubblica devono continuare a sviluppare interventi utili a contenere il rischio di fragilità favorendo:
 - Cessazione del fumo;
 - Attività fisica;
 - Contenimento del consumo di alcolici;
 - Dieta salutare;
 - Mantenere un peso corporeo adeguato;
 - Usare le normative e tutti i poteri per incoraggiare l'adozione di comportamenti salutari.

2 Integrare le politiche sanitarie di prevenzione per contenere il rischio di demenza

3 Focalizzare l'attenzione generale sul rischio di demenza disabilità e fragilità

4 Produrre informazioni dettagliate sulle modalità di promozione di comportamenti virtuosi, utili a migliorare la salute del popolo

5 Prevenire l'uso di tabacco

(Dal NICE 2010)

Figura 4a

6 Migliorare l'ambiente per promuovere l'attività fisica

- Le amministrazioni locali, e in generale le imprese private che operano nell'ambiente naturale e nella sicurezza stradale, devono fare in modo che l'ambiente dove le persone vivono e lavorano migliori, affinché ciascuno possa svolgere una piacevole attività fisica

7 Ridurre il rischio da consumo di alcolici

8 Favorire abitudini alimentari sane

- A tal fine, il governo centrale, le amministrazioni locali, le istituzioni sanitarie tutte devono:
 - Contenere la disponibilità e la pubblicità di cibi non salubri. Per esempio ridurre o limitare il numero di distributori di cibi ricchi in sale, grassi saturi, grassi idrogenati e zuccheri;
 - Informare le persone sulle caratteristiche di una dieta salubre;
 - Incrementare la disponibilità di frutta e verdura e diffondere informazioni su come prepararli;
 - Incoraggiare i supermercati e i dettaglianti in genere ad offrire promozioni, del tipo due per uno, di frutta e verdura.

Figura 4b

IL MOVIMENTO COME TERAPIA

AZIONI: È opportuno incoraggiare gli anziani a svolgere un'attività aerobica semplice come camminare ed in seguito aggiungere l'allenamento all'esercizio di resistenza.

ESERCIZIO AEROBICO: deve essere praticato almeno tre volte la settimana, deve durare un minimo di 30 minuti, nelle persone ultrasessantacinquenni i maggiori vantaggi si ottengono con 5 km giornalieri a passo svelto.

L'ATTIVITÀ FISICA: protratta per oltre cinque mesi tre volte la settimana per circa 40 minuti ha un effetto significativo sulla fragilità,

L'ATTIVITÀ FISICA: Migliora l'equilibrio e le ADL. Migliora la velocità della marcia che molti AA ritengono un precursore di danno cognitivo.

L'ATTIVITÀ FISICA: Iniziata in età giovanile e/o media riduce l'incidenza di fragilità nell'età anziana.

L'importanza di iniziative che possano controllare o ridurre l'evoluzione della fragilità verso la disabilità è sottolineata dai dati ISTAT (Figura 3).

II NICE ha indicato 7 punti da rivolgere a cittadini ed amministratori per incoraggiare stili di vita che possano divenire "cura" (Figure 4a, 4b).

@ a.bavazzano@hotmail.it



La valutazione del rischio di violenza

di Franco Scarpa



FRANCO SCARPA *Psichiatra Direttore SOC Riabilitazione pazienti psichiatrici autori di reato USL Centro Toscana. Laurea in Medicina e Chirurgia, Specialista in Psichiatria, Neurologia, Criminologia. Già Direttore Medico, per il Ministero della Giustizia, dell'OPG di Montelupo Fiorentino. Dal 2008 Direttore UOC "Salute in Carcere" USL 11. Membro del Comitato Paritetico Nazionale e Coordinatore Tavoli regionali per il superamento degli OPG. Partecipa a progetti europei in materia di Psichiatria Forense.*



Il Servizio Sanitario ha assunto la gestione delle persone autrici di reato con misura di sicurezza.

Il giudizio di pericolosità sociale è competenza del Magistrato e dei Consulenti tecnici mentre ai Servizi Psichiatrici compete l'onere della cura e riabilitazione.

È indispensabile introdurre la cultura della valutazione del rischio di violenza per poter realizzare un'adeguata presa in carico.

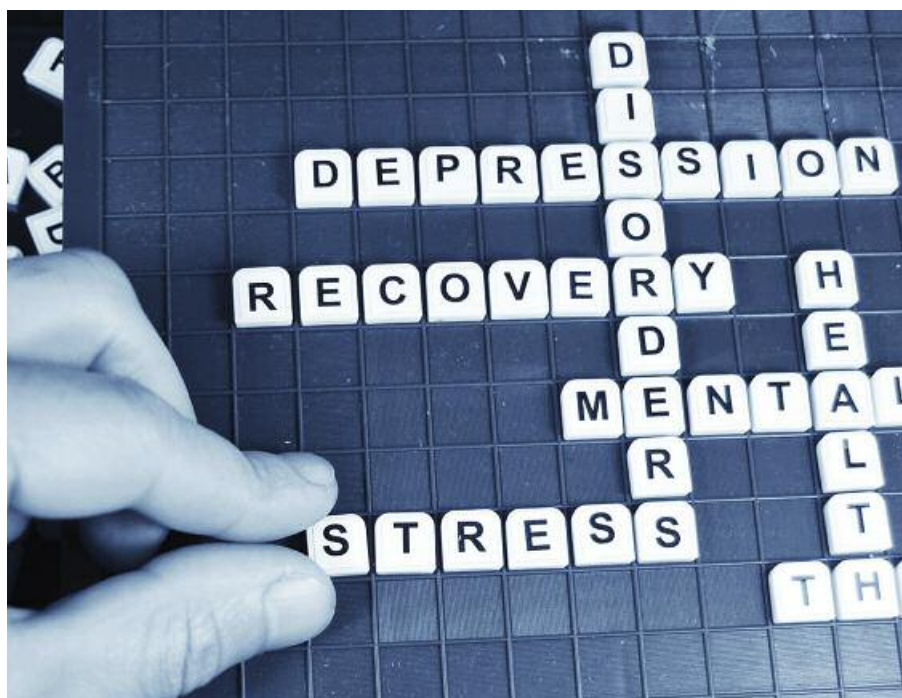
La chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari rappresenta una svolta di storica e fondamentale importanza nel processo di deistituzionalizzazione delle forme di trattamento della malattia mentale del nostro Paese. Tale decisione comporta inoltre l'attribuzione al Sistema Sanitario Nazionale della completa competenza a realizzare e gestire i percorsi terapeutici di pazienti psichiatrici autori di reato.

Tale modifica di legge 81/2014 ha portato all'allestimento, nel Sistema Sanitario Nazionale, di strutture residenziali, non carcerarie come gli OPG, a piena gestione sanitaria per la cura e la riabilitazione degli autori di reato affetti da infermità mentale tale, come prevede il Codice Penale, da abolire o scemare grandemente la capacità di intendere e volere. Oltre la necessità di organizzare strutture di ricovero per ta-

li pazienti, è inoltre necessario inoltre introdurre metodologie di lavoro atte a garantire, in una condizione di limitazione della libertà connessa alla misura di sicurezza penale, i migliori e più efficaci trattamenti mantenendo un rapporto diretto con il settore giudiziario da cui provengono le disposizioni di applicazione di misure di sicurezza.

Il superamento e la definitiva chiusura dell'OPG, inteso come Istituzione segregante, si è realizzato concretamente (l'ultimo paziente è uscito dagli OPG nel febbraio 2017) si è relaiizzato mettendo in campo tutta la Rete delle

Parole chiave:
misura di sicurezza, REMS, violenza,
pericolosità sociale, COST



strutture dei Servizi di Salute Mentale, limitando al minimo il ricorso alle misure detentive che mantengono comunque intatta l'ambiguità dovuta ad una funzione più orientata al controllo sociale che ad una vera e propria esigenza di cura e pertanto incardinata in una struttura, che deve assicurare una funzione di esecuzione di una misura penale oltre che quella di cura.

La Legge 81-2014, rispetto alle precedenti normative, in specifico il DPCM 01-04-2008 e la Legge 09-2012 che hanno posto le basi per una scelta definitiva di chiusura degli OPG, ha apportato modifiche di alcuni criteri di applicazione delle misure di sicurezza. In particolare, la Legge 81 introduce disposizioni, tra le altre, per cui:

a) «*Il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere*

conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale.».

- b) «*Per i pazienti per i quali è stata accertata la persistente pericolosità sociale, il programma documenta in modo puntuale le ragioni che sostengono l'eccezionalità e la transitorietà del prosieguo del ricovero*»;
- c) «*Le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima*».

Il richiamo continuo al concetto di pericolosità, contenuto in tali norme, si rovescia nell'operatività concreta, non solo su quella dei Consulenti dei Magistrati, cui in specifico è richiesto l'accertamento tecnico sulla capacità di intendere e volere e sulla sussistenza della pericolosità sociale, ma anche su quella degli operatori, che si occupano della cura nelle nuove Residenze per esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), e sui Servizi territoriali cui è deputato l'onere della formulazione e successiva gestione del programma terapeutico individuale, indispensabile per la dimissione dalla struttura REMS.

Le modifiche introdotte dalla Legge 81 rendono necessario pertanto un approfondimento, ed un aggiornamento, delle metodologie di valutazione, e di accertamento, dei fattori di rischio di violenza, elementi che concorrono alla definizione del criterio della pericolosità sociale, fattore

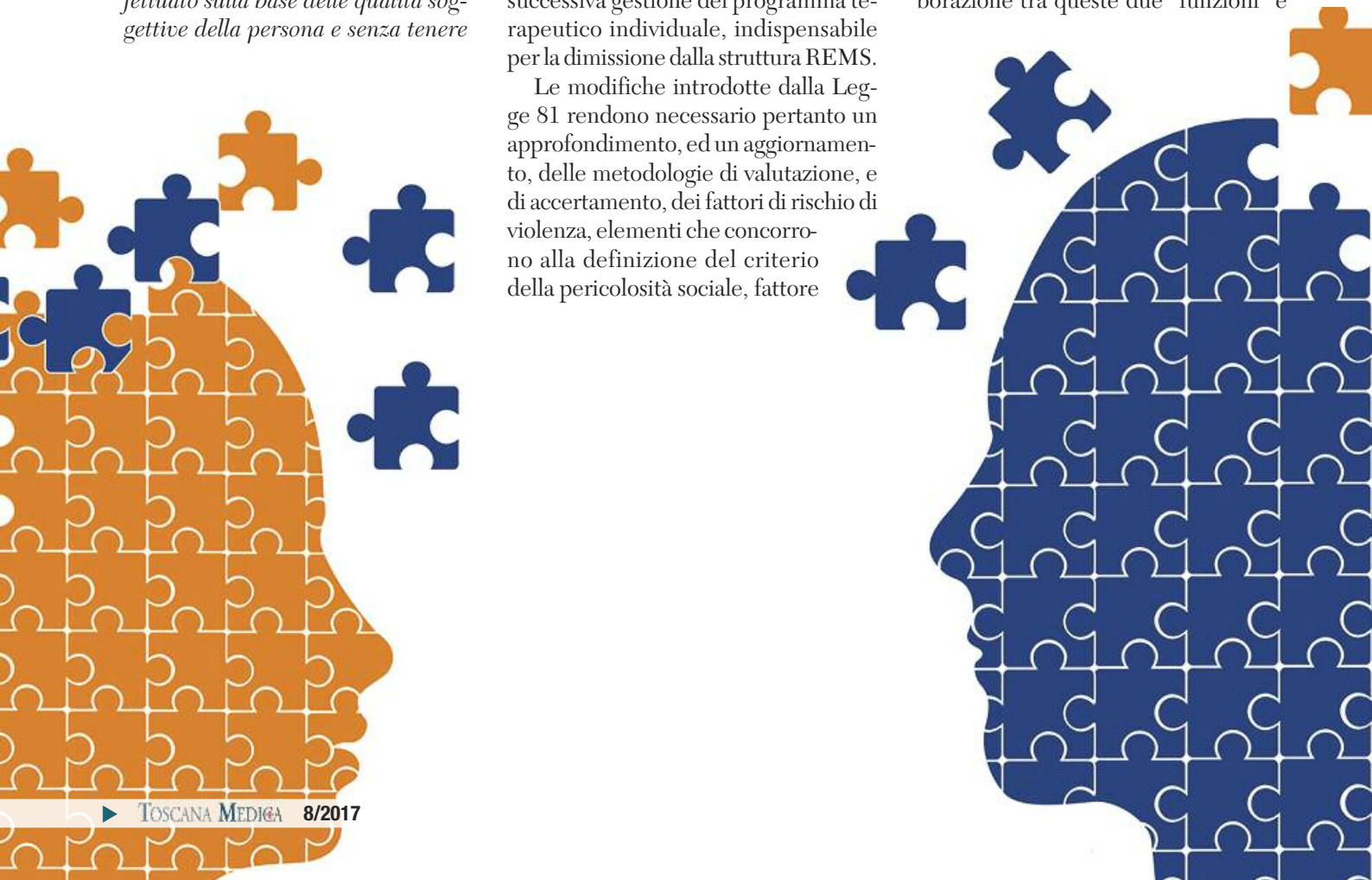
in ragione del quale si modificano e si revocano le misure di sicurezza previste dal Codice Penale (art. 203 del CP).

Elenco brevemente i fattori cui ogni Servizio sarà portato a confrontarsi nel momento in cui proporrà al Giudice competente (di merito o di sorveglianza) un percorso terapeutico:

- fornire gli elementi che lo inducano a ritenere il percorso terapeutico idoneo ad «*assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale*»;
- *documentare le ragioni che sostengono l'eccezionalità e la transitorietà del ricovero in una condizione accertata di persistente pericolosità sociale*;
- *intervenire, o comunque fornire indicazioni concrete, nel momento in cui la misura di sicurezza verrà a cessare, raggiunto il termine della pena detentiva prevista per il reato commesso*.

Allo stato attuale, al Servizio Psichiatrico compete prioritariamente l'onere della cura e della riabilitazione dei pazienti mentre al Consulente del Giudice compete la risposta ai quesiti che il Magistrato pone.

Cionondimeno la osmosi e la collaborazione tra queste due «funzioni» è



indispensabile per evitare incoerenze, sovrapposizioni e, nel complesso, utilizzo improprio delle risorse strutturali ed economiche messe in campo per costruire, a chiusura degli OPG, un sistema in grado di accogliere e curare le persone in misura di sicurezza.

I segnali che provengono dal sistema, in questa prima fase di implementazione, già indicano un'umentata richiesta di misure di sicurezza che, allo stato attuale, supera il numero di posti a disposizione nelle REMS. Dalla relazione del Commissario per la chiusura degli OPG, Franco Corleone, emerge che oltre 200 persone attendono di essere accolte nelle REMS e che il *turnover* dato dalle dimissioni, che tali strutture stanno già garantendo, non è ancora sufficiente a coprire la domanda.

In qualche caso tali misure appaiono inappropriate, o comunque non sembrano tenere conto di quanto la Legge 81 prevede (vedi punto a) poiché le necessità di cura, e contenimento, di fronte di una pericolosità sociale non particolarmente significativa, dovuta alla tenuità del reato commesso, potrebbero essere comunque garantite da programmi individuali, certamente più serrati ed intensivi, ma condotti all'interno della Rete dei Servizi Territoriali o di strutture dedicate (vedi ad esempio la Rete delle strutture intermedie di cui la Regione Toscana si è dotata con il proprio piano per il superamento OPG). L'inappropriatezza della eccessiva applicazione di misure detentive, rispetto a quelle attuabili in regime di libertà vigilata non detentiva, deriva anche da una collaborazione che tarda a decollare tra Servizi e Consulenti del Magistrato. Due linguaggi e metodi di valutazione che spesso non collimano o comunque non tengono conto delle esperienze e competenze, nonché delle responsabilità altrui.

L'introduzione di una cultura della valutazione specifica del rischio di violenza, che concorre alla definizione del concetto di pericolosità sociale, ma non lo sostituisce, può migliorare la qualità di servizio e dei percorsi di cura e riabilitazione offerti dalle Aziende Sanitarie e dai Servizi territoriali.

Tale metodologia di valutazione, che si basa su una consolidata esperienza vigente in molti Paesi, consente da un la-

to di identificare i fattori di rischio, storico-statici e clinico-dinamici, e soprattutto di graduare con maggiore obiettività i programmi terapeutici consentendo una gestione terapeutica altresì mirata all'abbattimento del rischio di violenza e di recidiva.

La valutazione si basa su una metodologia che mette insieme i criteri attuariali statistici e l'indispensabile giudizio clinico strutturato tramite il quale può essere accuratamente bilanciato il peso degli elementi di conoscenza e di competenza dello psichiatra clinico e quelli specifici forensi, con l'obiettivo di ottenere concrete indicazioni operative dalle quali il magistrato potrà trarre gli elementi utili alla definizione della misura più appropriata. Non è un aspetto casuale la circostanza per cui i magistrati di sorveglianza, ma anche i giudici di merito, chiedano agli operatori delle REMS ed ai Servizi un Progetto terapeutico dettagliato, e non solo una relazione psichiatrica o la segnalazione di una struttura di accoglienza alternativa alla misura detentiva nella REMS.

L'introduzione di una metodologia di valutazione del rischio di violenza, anche con la creazione di un organismo specializzato di livello aziendale o regionale, può apportare un valore aggiunto al lavoro dei Servizi territoriali senza snaturarne o alterarne la "mission" specifica di cura e riabilitazione.

In molte legislazioni, e normative, relative alle misure attuate nei confronti di analoghi soggetti autori di reato ed infermi di mente (NGRI, not guilty by reason of insanity), il concetto chiave, che sostiene la necessità di internamento e di cura, non è tanto quello generico di "pericolosità" ma quello definito dal rischio di creare danno grave, apportando in tal modo

Allo stato attuale, al Servizio Psichiatrico compete prioritariamente l'onere della cura e della riabilitazione dei pazienti mentre al Consulente del Giudice compete la risposta ai quesiti che il Magistrato pone.

una concretizzazione quantitativa del danno possibile, della frequenza, della imminenza con la quale esso può verificarsi.

Dal 26 al 28 ottobre 2016 si sono tenuti a Firenze il Meeting e la Conferenza Internazionale dell'Azione Europea COST IS1302: tale progetto, nel quale rappresento il nostro Paese, mira a creare una cornice di ricerca nei sistemi di cura psichiatrico forensi europei dei 19 paesi aderenti.

Il confronto con tali paesi ha fatto emergere l'avanzato sistema di trattamento che il nostro Paese ha messo in campo con la deistituzionalizzazione, e presa in carico territoriale, dei pazienti psichiatrici, sistema di trattamento in corso di realizzazione anche nel campo forense con la Riforma che ha portato alla chiusura degli OPG.

Emerge però la scarsa penetrazione nei nostri Servizi di una cultura dell'*assessment* e del *management* del rischio di violenza, e della necessità di monitorare tale tema con adeguate e supportate forme di ricerca.

L'importanza di tale fattore, da non sottovalutare o scotomizzare, risiede nella necessità di prevenire gli effetti negativi e stigmatizzanti nei riguardi dei pazienti psichiatrici dovuti alla sempre presente tentazione di associare alla malattia mentale il concetto di violenza.

L'allestimento di un sistema di presa in carico territoriale dei percorsi di cura e riabilitazione dei pazienti psichiatrici autori di reato non può che giovare di una metodologia di *assessment* del rischio di violenza da cui possano scaturire programmi di *management* adeguati rispetto agli eventuali fattori di rischio evidenziati.

✉ f.scarpa@usl11.toscana.it

L'Esperienza formativa di simulazione in un ospedale di secondo livello continua e ...cresce!

di S. Falorni, L. Bertacca, F. Bonsignori, L. Croci, L. Farneschi, S. Pettini, F. Castorina, E. Carone, P. Pisanelli, M. Breggia

La complessa assistenza ad un paziente critico, specialmente pediatrico, rappresenta un momento di forte stress per gli operatori coinvolti nell'ambito dell'emergenza.

Parole chiave:
simulazione pediatrica, formazione, bambino critico, pronto soccorso, emergenza

La simulazione rappresenta un percorso formativo che permette di allenare alla gestione di eventi critici in sicurezza. In ambito pediatrico questo si rende ancor più necessario poiché le vere emergenze sono eventi ad alto rischio e bassa frequenza. All'Ospedale Misericordia di Grosseto è stato implementato un progetto di simulazione *in situ*, la cui novità è stata di introdurre un programma di simulazione itinerante nei presidi periferici. L'obiettivo finale era quello di formare in ogni ospedale della provincia di Grosseto operatori in grado di affrontare l'emergenza pediatrica, stabilizzare il bambino critico lavorando in *team*, prestare le cure necessarie ai pazienti in qualunque situazione e, nei casi più gravi, consentire lo spostamento del paziente, in sicurezza, all'ospedale provinciale o alle strutture regionali di secondo livello.

La Simulazione rappresenta una recente metodica per la crescita professionale dei sanitari che sta acquisendo negli ultimi anni sempre più spazio e rilievo



SUSANNA FALORNI, laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Univ. di Siena, specializzata in Pediatria presso l'Univ. di Firenze, perfezionata in Neonatologia presso l'Univ. "La Sapienza" di Roma, perfezionata in Emergenze Pediatriche, Urgenza-Emergenza e Terapia Intensiva Pediatrica presso l'Univ. "Cattolica del Sacro Cuore" di Roma. Dal 2014 Direttore della U.O. Pediatria e Pronto Soccorso Pediatrico dell'Asl 9 Grosseto, dal 2016 Resp. Area Funzionale Dipartimentale Pediatria e Neonatologia dell'Asl Sudest Toscana. Socia fondatrice dell'AMIETIP.

L. BERTACCA, medico del Pronto Soccorso Pediatrico, Ospedale della Misericordia di Grosseto, Azienda Usl Toscana Sud-Est.

F. BONSIGNORI, L. CROCI, L. FARNESCHI, medico del Pronto Soccorso Pediatrico, Ospedale della Misericordia di Grosseto, Azienda Usl Toscana Sud-Est.

S. PETTINI, F. CASTORINA, E. CARONE, infermiere del Pronto Soccorso Pediatrico, Ospedale della Misericordia di Grosseto, Azienda Usl Toscana Sud-Est.

P. PISANELLI, medico del Pronto Soccorso, Ospedale della Misericordia di Grosseto, Azienda Usl Toscana Sud-Est.

M. BREGGIA, Direttore della U.O. Medicina e Chirurgia d'Urgenza Accettazione e Pronto Soccorso, Ospedale della Misericordia di Grosseto, Azienda Usl Toscana Sud-Est.

La necessità di formarsi per crescere nella medicina d'urgenza sottende la consapevolezza che la gestione di un paziente critico, specialmente pediatrico, rappresenta un momento di forte stress per gli operatori coinvolti e, soprattutto, che nessuno è così bravo da non cercare di migliorarsi. Fra le varie criticità nella gestione di una emergenza vi è anche il fatto che diverse figure professionali, spesso non abituate a lavorare fra loro, devono necessariamente integrarsi nel loro operato e che le capacità dei singoli devono essere messe a disposizione del lavoro di

squadra; specialmente in un ospedale di II livello dove le risorse devono essere integrate fra loro al fine di garantire il miglior *outcome* possibile per tutti i pazienti critici.

La Simulazione rappresenta una recente metodica per la crescita professionale dei sanitari che sta acquisendo negli ultimi anni sempre più spazio e rilievo anche all'interno delle scuole di specializzazioni mediche ed infermieristiche italiane, sebbene sia ancora poco diffusa nei vari centri ospedalieri come modalità di aggiornamento. L'ospedale della Misericordia di Grosseto ha avviato un programma di formazione attraverso la Simulazione in area critica già a partire dall'anno 2011, all'interno dell'area del Pronto Soccorso Pediatrico. In quella occasione vennero formati complessivamente 150 operatori alla gestione di un paziente pediatrico critico, con rilievo di grande interesse ed elevato tasso di gradimento dei discenti. Da allora, ogni anno, anche su richiesta degli stessi operatori, il corso di formazione è stato portato avanti con grande motivazione ed interesse da parte della Direzione Aziendale, dal Direttore del Pronto Soccorso e dalla Direttrice della U.O. Pediatria, perché ritenuto altamente formativo. Poter affrontare in sicurezza le varie situazioni di emergenza su un manichino consente di allenare i discenti alla gestione di emergenze, anche rarissime, azzerando i rischi per il paziente, migliorando la *performance* dei singoli professioni-

sti di fronte alla gestione di possibili futuri casi reali ed il loro lavoro in *team*. In ambito pediatrico la simulazione si rende ancor più necessaria poiché le vere emergenze sono eventi ad alto rischio e bassa frequenza. Si stima, infatti, che il numero assoluto di codici maggiori (rossi e gialli) pediatrici giunti al nostro Pronto Soccorso Pediatrico di Grosseto sia stato di 1884 nell'anno 2015 e di 2006 nel 2016, rispettivamente il 10,32% e 11,41% del totale degli accessi pediatrici, in linea con i dati degli altri Pronto Soccorso Pediatrici nazionali. Ecco che la simulazione diventa un programma di allenamento, una palestra dove poter individuare e sconfiggere eventuali criticità, migliorare le competenze individuali ed il lavoro in *team*, riducendo il rischio clinico.

A partire dall'anno 2014 il programma di simulazione dell'Ospedale di Grosseto è entrato a far parte del *SimpNET*: network regionale di Simulazione Pediatrica, promosso ed organizzato dall'Ospedale Meyer di Firenze. Presso il centro di Simulazione del Meyer, ad oggi, sono stati formati



complessivamente 12 istruttori di simulazione che hanno portato avanti il programma di formazione presso la nostra azienda. La novità introdotta nel piano formativo nel 2016, fortemente voluta dai Direttori del Pronto Soccorso e della Pediatria, è stata quella di una simulazione *in situ* "itinerante".

Considerando la strutturazione degli ospedali in Maremma (4 periferici con PS e I centrale con Pronto Soccorso Pediatrico) e la centralizzazione a Grosseto dei codici maggiori l'obiettivo finale era quello di avere, in ogni ospedale della provincia di Grosseto, personale in grado di affrontare l'emergenza pediatrica, saper stabilizzare il bambi-

CHE SCEGLIERE, L'ANALISI DEL SANGUE O IL SERVIZIO DA THE?

Chi fa la spesa alla Coop può ricevere un tesserino a punti che dà diritto, dopo una certa raccolta, a un qualche oggetto per la casa, che siano sei bicchieri da vino o un frullatore. Oggi la genialità del marketing ha fatto un passo avanti e il cliente della Coop può utilizzare i punti in qualche Laboratorio convenzionato per farsi quella che si suol dire "una bella analisi completa". Per la verità, data l'entità del ticket che grava su una buona parte della popolazione, l'idea non è male. Alla Coop si deve pur andare a far la spesa; invece che l'ennesimo servizio da the potersi fare le analisi con i punti del tesserino consente un notevole risparmio perché la spesa complessiva della famiglia non cambia. Qualcuno può osservare che così si aumenta l'offerta e quindi la spesa complessiva del servizio, ma queste sono inezie che il libero mercato e la globalizzazione finanziaria ignorano senza patemi. In realtà nella nostra vecchia Europa avevamo pensato che la Salute fosse un diritto da affidare ad un Servizio pubblico, che garantisca l'equità e l'uguaglianza delle prestazioni. Chi acquista di più viene curato meglio? Come dire che si possono spendere i nostri soldi in cibi raffinati e golosi tanto il colesterolo è compreso. Mi faccia due etti che c'entra anche la VES!

Antonio Panti



no critico lavorando in *team*, prestare le cure necessarie ai pazienti in qualunque situazione e, nei casi più gravi, consentire lo spostamento del paziente, in sicurezza, all'ospedale provinciale o alle strutture regionali di secondo livello. Questo in linea con la logica organizzativa della rete tra strutture provinciali, di area vasta e regionali.

Gli istruttori, ovvero facilitatori di simulazione, si sono recati nelle realtà lavorative dei PS, portando la simulazione nei presidi Ospedalieri periferici. Nella sede dei Pronto Soccorso di Pitigilano, Castel del Piano, Massa Marittima ed Orbetello sono state condotte simulazioni *in situ* con ampia partecipazione e apprezzamento del personale multidisciplinare locale.

La simulazione *in situ*, effettuata nella sede di lavoro quotidiano, ha consentito, da un lato di rendere ancora più realistico lo scenario da gestire in emergenza aumentando la fedeltà della simulazione stessa, dall'altro di individuare eventuali criticità lavorative logistiche e/o strutturali.

Le simulazioni sono state una occasione per riorganizzare il materiale pe-

diatrico dell'emergenza, di spostare alcuni presidi, di confrontarsi su chi fa che cosa nell'assistenza dell'emergenza pediatrica con confronti costruttivi ed utili per organizzare il *team* al momento del bisogno.

La simulazione deve essere, infatti, vissuta con spirito critico anche verso il consueto ambiente di lavoro, mettendo a nudo le eventuali risorse materiali disponibili e non, così da poter modificare le criticità rilevate, migliorando la qualità del lavoro stesso. Simulazione, quindi, intesa come strumento di crescita lavorativa nell'organizzazione delle risorse strutturali e materiali, non solo come motivo di crescita formativo individuale.

Complessivamente nell'anno 2016 vi è stato un imponente programma formativo di simulazione pediatrica portato avanti da istruttori del Pronto Soccorso Pediatrico e Generale di Grosseto con 12 sedute di simulazione all'interno della area vasta sudest nella provincia di Grosseto. Nella sede centrale del progetto, presso l'Ospedale della Misericordia Grosseto sono state eseguite 8 simulazioni con 12 partecipanti ciascuno.

Quattro giornate di simulazione sono state effettuate presso i presidi periferici. Infine, su richiesta della Scuola di Specializzazione Pediatrica di Siena abbiamo effettuato 6 corsi di simulazione presso l'Ospedale le Scotte, con 12 partecipanti per ogni edizione, includendo operatori strutturati e specializzandi in formazione di Pediatria.

In totale sono stati formati 216 discenti nell'anno 2016. Ogni corso di formazione ha avuto durata di 5 ore, comprensive di una breve parte teorica di circa 1 ora, e lo svolgimento da 2 a 4 scenari clinici simulati per seduta.

Il *team* partecipante alle sedute di simulazione era multidisciplinare composto da medici, infermieri, specializzandi di pediatria e medicina generale. Prevalentemente hanno aderito al corso di formazione specializzandi in Pediatria dell'Università di Siena, medici Pediatri, medici del reparto di Emergenza-Accettazione ed Anestesia rianimazione, Cardiologi, infermieri di reparti di chirurgia e di terapia intensiva neonatale, così come personale medico infermieristico del 118.

La giornata formativa prevedeva una breve fase iniziale di teoria con principi di *Crisis Resource Management* (CRM), seguita dalla simulazione di casi clinici e dal *debriefing su* quanto accaduto in simulazione con i facilitatori di simulazione. Quest'ultima parte rappresenta il cuore di tutto il programma di simulazione, con possibilità di apprendimento e crescita sia individuale che nel lavoro in *team* secondo i principi del CRM: *leadership*, divisione dei ruoli, comunicazione efficace, contributo personale, gestione delle risorse e visione globale. Principi che sono in uso da decenni in ambito aeronautico e che solo negli ultimi anni si stanno facendo strada nella formazione in sanità.

Tutte le simulazioni hanno previsto l'impiego di un manichino a media fedeltà e di attori che rendessero ancora più realistico lo scenario clinico presentato ai vari partecipanti. Il gruppo di lavoro multidisciplinare si è trovato a gestire 2 casi clinici, sia adulti che pediatrici, fin dal loro arrivo in area critica con il personale medico/infermieristico del 118 (simulato tramite impiego di attori). È stato richiesto di gestire completamente il caso clinico con inquadramento diagnostico-strumentale e somministrazione di terapie secondo protocolli e recenti linee guida. Particolare rilevanza è stata data alla gestione del paziente critico in *team* nel reale ambiente di lavoro quotidiano. Dopo aver terminato la gestione dello scenario il gruppo si è riunito con i facilitatori di simulazione per un *debriefing* strutturato, reale strumento di apprendimento per i discenti *confedback* su emozioni vissute, decisioni operative ed azioni intraprese. Sono stati, infine, fatti richiami ai protocolli/linee guida più recenti inerenti i casi clinici simulati e piccole pillole di emergenza fornite come *take home message*. Secondo il principio trasmesso dal SimPnET nel quale fermamente crediamo, "*See one, simulate many, do one, competently, teach everyone*", la simulazione è fondamentale per l'aggiornamento e formazione continua, e dovrebbe essere presente nel programma di aggiornamento di ogni sanitario.

✉ francesca.bonsignori@uslsudest.toscana.it

La readability delle informazioni sanitarie in rete

di Marco Masoni, Maria Renza Guelfi e Simona Balzanti



MARCO MASONI

MARCO MASONI, 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.*

Questo contributo esamina alcuni dei numerosi studi condotti sulla comprensibilità del materiale informativo prodotto da organizzazioni e professionisti sanitari e fornisce un esempio di valutazione della *readability* di un documento rivolto al cittadino.

Parole chiave:
readability, comprensibilità,
informazione, internet

Nel precedente contributo (*vedi Toscana Medica n. 7/2017, pag. 28*) abbiamo descritto come il concetto di *readability* rappresenta la facilità di comprensione di un testo scritto da parte del lettore. La letteratura medico-scientifica contiene numerosi studi dedicati alla valutazione della *readability* di informazioni sanitarie prodotte per il cittadino, cartacee e digitali. La quasi totalità delle indagini ha mostrato come i contenuti *online* possiedono un livello di complessità superiore alla capacità di comprensione del cittadino medio. Qui di seguito discuteremo alcuni dei numerosi studi condotti.

I documenti relativi al consenso informato contengono informazioni complesse per i pazienti e il loro contenuto spesso non è compreso pienamente. Ciò può esporre i professionisti e le organizzazioni sanitarie coinvolte a responsabilità penali. In uno studio del 2003 pubblicato sul NEJM questo tipo di documenti presenti in siti *web* di Scuole di Medicina sono stati analizzati in termini di *readability* mediante la formula Flesch-Kincaid

Grade Level. Il punteggio medio ottenuto nei testi-campione è risultato essere 10.6, un grado di istruzione che eccede di 2.6 gradi gli *standard* di comprensibilità proposti dalle organizzazioni sanitarie internazionali che corrispondono in Italia al diploma di Scuola Secondaria di I grado.

Similmente una ricerca di Misra et al. (2012) ha analizzato i materiali informativi sui tumori della base del cranio ottenuti mediante una ricerca con Google. Delle prime 25 risorse *web* recuperate, 18 erano dedicate ai pazienti. Il livello medio di comprensibilità dei documenti, analizzati con vari indici di *readability*, è risultato essere mediamente a un livello di complessità superiore alla capacità di comprensione del cittadino medio. Lo studio conclude che molti materiali sanitari digitali dovrebbero essere riscritti in modo tale che il maggior numero di cittadini possa interpretarli correttamente.

Un'altra ricerca, condotta da Mark et al. (2002), ha analizzato il grado di *readability* delle politiche per la *privacy* presenti in un'ampia selezione di siti *web* sanitari, dimostrando che possiedono un livello di comprensibilità troppo elevato per l'utente medio della rete.

Ovviamente le formule per il calcolo della *readability* possono essere applicate non solo a documenti online ma anche a quelli cartacei. Uno studio condotto da Carlos et al. (2000) ha utilizzato la formula SMOG per valutare la leggibilità di *brochure* sugli anticoagulanti.

Readability



Il testo in esame è Italiano Avvia valutazione

Risultato analisi, testo scritto in: it

<p>Livello di facilità di lettura</p> <p>DIFFICILE</p> <p>DIFFICILE: questo testo contiene frasi lunghe e/o parole lunghe o poco comuni. Questo implica un livello di leggibilità basso. Intervenedo sulla scelta delle parole e sulle frasi, la leggibilità può essere facilmente incrementata.</p> <p>MEDIO: il testo sembra rientrare nella norma. La maggior parte dei testi buoni dovrebbe ricadere in questa categoria.</p> <p>FACILE: i testi facili sono, in linea di massima, facilmente comprensibili da un pubblico con qualsiasi livello di istruzione.</p>	<p>Termini potenzialmente difficili o caratterizzanti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) rigidità articolare con limitazione 2) artrite 3) vasi sanguigni 4) funzione delle articolazioni interessate 5) rigidità mattutina <p>Questo elenco contiene le parole, le frasi o i concetti per i quali è consigliabile un'analisi a priori. Assicurarsi di aver compreso l'elenco al fine di comprendere bene tutto il testo.</p>
--	--

Informazioni sull'analisi della leggibilità

Introduzione

Parole e frasi corte sono correlate alla facilità di lettura e comprensione. Le parole corte sono di norma più comuni (*legge di Zipf*). Frasi più corte richiedono una minore capacità di astrazione da parte del lettore. L'analisi della leggibilità può essere utile per migliorare un testo aumentandone la sua accessibilità.

Perché lo abbiamo sviluppato?

La leggibilità indica quanto un testo sia facile da comprendere. Un testo ben scritto è più efficace, facilmente comprensibile e rapido da leggere. Ci aiuta a stimare/valutare la difficoltà di un testo per meglio pianificare le attività di traduttori e revisori. L'informazione scritta, specialmente in rete, deve essere diretta e ben strutturata. Un'analisi automatica del testo può fornire spunti per migliorarne la leggibilità.

Figura 1 - Analisi di parte del testo relativo a “Artrite Reumatoide” disponibile sul sito web dell’Istituto Ortopedico Rizzoli (URL <http://www.ior.it/curarsi-al-rizzoli/artrite-reumatoide>).

ti orali per i pazienti. Il risultato della ricerca ha evidenziato un grado di *readability* estremamente elevato. Lo stesso studio ha inoltre mostrato l’incapacità da parte dei pazienti osservati di comprendere un testo scritto ad un livello di istruzione pari al 10⁰ grado che corrisponde in Italia al II o III anno della Scuola Secondaria di II grado.

Dai risultati di questi studi emerge chiara la necessità che i professionisti e le organizzazioni sanitarie in generale debbano prestare maggiore attenzione al livello di leggibilità del materiale informativo prodotto, cartaceo o digitale. I contenuti sanitari devono essere compresi dal maggior numero di cittadini e non solo da coloro che possiedono un elevato livello di istruzione. Questo obiettivo è fondamentale per utilizzare pienamente le potenzialità della rete, poiché le informazioni sono fondamentali per assumere decisioni consapevoli in tema di salute.

Nella Figura 1 è mostrato un esempio di valutazione della *readability* di

un documento in lingua italiana disponibile *online*. È stato analizzato il materiale pubblicato sul sito *web* dell’Istituto Ortopedico Rizzoli relativo alla “Artrite Reumatoide” (URL: <http://www.ior.it/curarsi-al-rizzoli/artrite-reumatoide>) e valutata la comprensibilità del primo paragrafo (*Cos’è l’artrite reumatoide?*) mediante l’indice di *readability* denominato *Gulpease*. A tal fine è stato utilizzato lo strumento disponibile all’URL <http://labs.translated.net/leggibilita-testo/> che offre la possibilità di copiare e incollare il testo selezionato. Il risultato ottenuto indica una certa difficoltà nella lettura del contenuto anche per chi possiede un diploma superiore. Inoltre lo strumento utilizzato evidenzia i termini che risultano troppo complessi per il comune cittadino e implicitamente ne suggerisce la sostituzione.

Mediante l’applicazione di questa semplice procedura è possibile valutare la *readability* di un documento e quindi intervenire sul suo contenuto qualora gli indici di comprensibilità ot-

tenuti siano superiori a quelli consigliati dalle principali organizzazioni sanitarie internazionali.

Alcuni ricercatori sostengono che non è sempre possibile ridurre il grado di *readability* di un testo, soprattutto quando occorre distribuire informazioni che sottendono concetti complessi. È stato dimostrato da Ritterband (2009) che una riduzione della lunghezza delle frasi può omettere concetti importanti per il paziente conducendo a una scarsa chiarezza e comprensibilità del contenuto. Nonostante questa eventualità non sia remota, le organizzazioni sanitarie dovrebbero controllare maggiormente la leggibilità del materiale informativo prima della sua pubblicazione rendendolo comprensibile al maggior numero possibile di cittadini.

BIBLIOGRAFIA

Le voci bibliografiche possono essere richieste a:

 m.masoni@med.unifi.it

La prima volta

Sedazione profonda continua nella SLA

di Valeria Cavallini



VALERIA CAVALLINI, *Laurea in Medicina e Chirurgia (1982, Università di Firenze). Specializzazione in Oncologia Medica (1990, Università di Genova); Dal 1986 al 1990 incarico di ricerca in Epidemiologia clinica CSPO.*

Dal 1990 al 2000 incarico di cure palliative domiciliari a malati oncologici CSPO-Lega Tumori.

Dal 2001 ad oggi Direttore Sanitario Servizio di assistenza domiciliare a malati oncologici e cronici Associazione Pallium-onlus.

La decisione di vivere o di morire da parte di una persona malata in condizioni di grave sofferenza deve essere rispettata. Al momento questa scelta avviene nell'ambito di un rapporto medico-paziente inevitabilmente asimmetrico, nonostante la cosiddetta alleanza terapeutica che richiama ad una coalizione piuttosto che ad una opzione consapevole. Solo una legge può proteggere sia il paziente che il medico senza bisogno di una ribalta che di volta in volta esibisca il dolore.

Parole chiave:
sedazione, eutanasia,
alleanza terapeutica, legge, scelta

Se non fosse che la sedazione profonda continua fino alla morte di Dino Bettamin, affetto da SLA, è stata presentata come la prima in Italia, forse, a parte la vicinanza al caso umano, non ci sarebbe niente da osservare. Ma è proprio quella “prima volta” che pone gli operatori sanitari e i familiari di pazienti in un legittimo, inammissibile, disagio. La formula del clamore mediatico funziona sempre: cito con rispetto Welby ed Eluana. Funziona ma il dovere etico, spesso cavalcato, deve essere necessariamente affiancato dalla verità. Non ci si riferisce alla verità assoluta ma, ben più modestamente, alla verità legislativa del momento.

La legge n° 38/2010 che norma le cure palliative, non fa riferimento alla sedazione profonda continua fino alla morte, sulla quale nel 2016 ha sviluppato un parere il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB)

“La sedazione profonda è compresa nella medicina palliativa e fa ricorso alla somministrazione intenzionale di farmaci, alla dose necessaria richiesta, per ridurre fino ad annullare la coscienza del paziente allo scopo di alleviare sintomi fisici o psichici intollerabili e refrattari a qualsiasi trattamento (dispnea grave, vomito incoercibile, delirium, irrequietezza psico-motoria, distress psicologico o esistenziale) nelle condizioni di imminenza della morte con prognosi di ore o pochi giorni per malattia inguaribile in stato avanzato e previo consenso informato. “Si ritiene dunque che si possa adottare un protocollo di sedazione profonda e continua in presenza di alcune situazioni cardine: il consenso informato del paziente; una malattia inguaribile in uno stadio avanzato; la morte imminente, general-

mente attesa entro poche ore o pochi giorni; la presenza di uno o più sintomi refrattari o di eventi acuti terminali con sofferenza intollerabile per il paziente. Queste circostanze devono essere presenti contemporaneamente per legittimare eticamente il trattamento. Analizziamo i requisiti sopra citati. Consenso informato: questo è di intuitiva comprensione. Malattia inguaribile in stadio avanzato: si sottolinea che ci si sta riferendo ad un malato che non solo è inguaribile ma addirittura incurabile. La differenza fra questi due aggettivi (inguaribile versus incurabile) era l'orgoglio dei primi dibattiti all'interno delle cure palliative che recitavano: esiste un malato inguaribile ma non esiste un malato incurabile, nel senso che il controllo dei sintomi che provocano sofferenza è doveroso, necessario e possibile anche in un malato che non ha probabilità di guarire. Quel dibattito era fiducioso nei mezzi della medicina e dell'équipe di cure palliative. Restavano fuori però le situazioni in cui i sintomi sono refrattari alle comuni terapie, situazioni che le società scientifiche hanno elencato e per le quali si può praticare la sedazione: si tratta di ridurre il livello di coscienza affinché il malato non percepisca la sofferenza. L'intento è ridurre la sofferenza, la sedazione non è continua ed è reversibile. La morte imminente è il quarto elemento che insieme ai precedenti consente di effettuare la sedazione profonda continua. Il CNB ne delimita anche i criteri tem-

porali definendo come morte imminente quella attesa entro poche ore o pochi giorni.

La domanda che ne scaturisce è: che differenza c'è allora tra eutanasia e sedazione profonda continua fino alla morte? Anche in questo caso è necessario fare riferimento alle definizioni acquisite dal mondo scientifico: l'eutanasia ha l'intento di portare a morte, non è reversibile e utilizza farmaci eutanasi (non i farmaci sedativi ed oppiacei usati nella sedazione). Quindi fra eutanasia e sedazione profonda continua fino alla morte resta la differenza dei farmaci. Anche se l'obiezione potrebbe essere che nella sedazione l'intento è quello di togliere la sofferenza, di fatto se la sedazione viene praticata in modo profondo continuo fino alla morte l'intenzione è quella di addormentare per sempre. Niente di male! E questo va detto senza sensazionalismo, senza scandalo e anche senza bugie ulteriori: è una pratica benevola che assicura ai pazienti, in

particolare ai malati di SLA, di evitare una probabile morte per soffocamento. È certamente un passo avanti che le DAT (direttive anticipate di trattamento) offrono ai pazienti anche in assenza di una legge sul testamento biologico. Il CNB ha fatto il possibile per delimitare i confini della sedazione profonda continua nei casi analoghi a quello recente di Bettamin. Qual è allora l'oggetto del chiasso mediatico, cos'è che ogni volta ci fa sussultare e porre la stessa domanda (sedazione o altro?), perché legittimiamo anche noi spettatori e lettori l'utilizzo del disgraziato di turno? Forse solo perché sulla vita e sulla morte non ci basta la società scientifica e il comitato di bioetica ma ci serve una legge. Un altro recente clamore mediatico è stato quello sull'obiezione di coscienza nel caso dell'interruzione di gravidanza (legge 194). Ma, come è giusto che sia, si spegnerà rapidamente, proprio perché c'è una legge. La legge regola le modalità di una pratica difen-

dendo i diritti delle parti, limitando al massimo il rischio che una scelta personale non sia solo il risultato dello smarrimento e dando la possibilità a chi è convinto di quella scelta, di rifletterci e condividerla. Si deve garantire a chi sceglie di morire, pur nelle situazioni più estreme, di farlo al di fuori di un rapporto a due (medico/paziente, ineluttabilmente asimmetrico). Solo una legge può fare questo. Solo una legge, in uno stato civile, garantisce la libertà di scelta, anche se si chiama legge sull'eutanasia. Ogni stato può fare la sua, la può limitare anche solo a quei casi di sedazione profonda continua fino alla morte, di cui impudicamente sentiamo parlare in tv. Una legge garantirebbe anche i medici che ogni volta devono sbandierare il concetto abusato di alleanza terapeutica. Una legge prenderebbe le distanze da certa finzione benpensante che titola: la prima volta.

@ cavallinival@virgilio.it

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE



ORDINE DEI
MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

E-mail e PEC:

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

Orario di apertura al pubblico:

mattina: dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 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 - sito: 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 - www.toscanamedica.org

Continuità ospedale-territorio: l'esperienza dell'ACOT di Siena e le nuove prospettive per l'Area Vasta Sud-Est

di Giovanni Guadagni



GIOVANNI GUADAGNI, nasce ad Arezzo il 20 Maggio 1985, si trasferisce a Siena per gli studi alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dove consegue la laurea il 21 Luglio 2011. Frequenta il Corso di Formazione in Medicina Generale presso la sede di Siena conseguendo il diploma il 20 Dicembre 2016. Iscritto all'Ordine di Siena svolge attività di guardia medica e sostituzione ai medici di medicina generale.

L'Agenda di Continuità Ospedale Territorio (ACOT) di Siena ha lo scopo di garantire la continuità terapeutica ed assistenziale ai pazienti la cui dimissione risulta per motivi socio-sanitari "complessa". Abbiamo voluto valutare come garantisca la presa in carico del paziente sul territorio e l'attivazione di percorsi di cura e di assistenza del paziente stesso, aiutando il lavoro del medico di medicina generale.

Parole chiave:

ACOT, Siena, dimissione complessa, continuità ospedale-territorio, medico di medicina generale

Il progressivo invecchiamento della popolazione italiana, unito all'aumentata prevalenza delle malattie croniche, ha determinato un incremento delle dimissioni ospedaliere definite come "dimissioni complesse". Inoltre, in considerazione del profondo mutamento della struttura sociale familiare proprio del nostro secolo, le famiglie oggi presentano notevoli difficoltà nell'accoglienza ed assistenza di una persona anziana al momento del rientro a domicilio. Questa criticità va inevitabilmente a riversarsi anche sul medico di medicina generale, il quale per mancanza di appropriata comunicazione con l'ospedale si può trovare a farsi carico del paziente con informazioni cliniche incomplete oppure ad organizzare percorsi di cura o assistenza sociale non sempre disponibili nell'immediato.

SCOPO DELLO STUDIO

Nel nostro studio abbiamo inteso valutare come, attraverso la sua piattaforma web, l'Agenda di Continuità Ospedale Territorio (ACOT) di Siena, che ha lo scopo di garantire la continuità terapeutica ed assistenziale ai pazienti la cui dimissione risulta per motivi socio-sanitari "complessa", possa rappresentare una valida opzione per la gestione di tali casi e, conseguentemente, uno strumento di cui il medico di medicina generale può avvalersi al fine di ottenere una globale presa in carico del paziente sul territorio e l'attivazione di percorsi di cura e di assistenza del paziente stesso.

MATERIALI E METODI

Nel nostro studio abbiamo valutato n. 2.911 pazienti con "dimissione com-

plexa", definita mediante applicazione come test di *screening* della scheda BRASS, in uscita dall' AOU Senese e dai presidi ospedalieri della provincia di Siena dal gennaio 2015 al settembre 2016. I dati sono stati raccolti mediante la piattaforma web utilizzata dall'ACOT per la presa in carico dei pazienti. Al fine di valutare l'efficacia di risposta da parte dell'ACOT abbiamo valutato gli intervalli di tempo intercorso tra l'invio della segnalazione dal reparto e la valutazione del paziente da parte del team ACOT (Δt Brass-Acot) e la dimissione effettiva del paziente (Δt Brass-Dimissione) che dovevano risultare rispettivamente inferiori a 2 e 6 giorni come definito dalla procedura ACOT.

RISULTATI

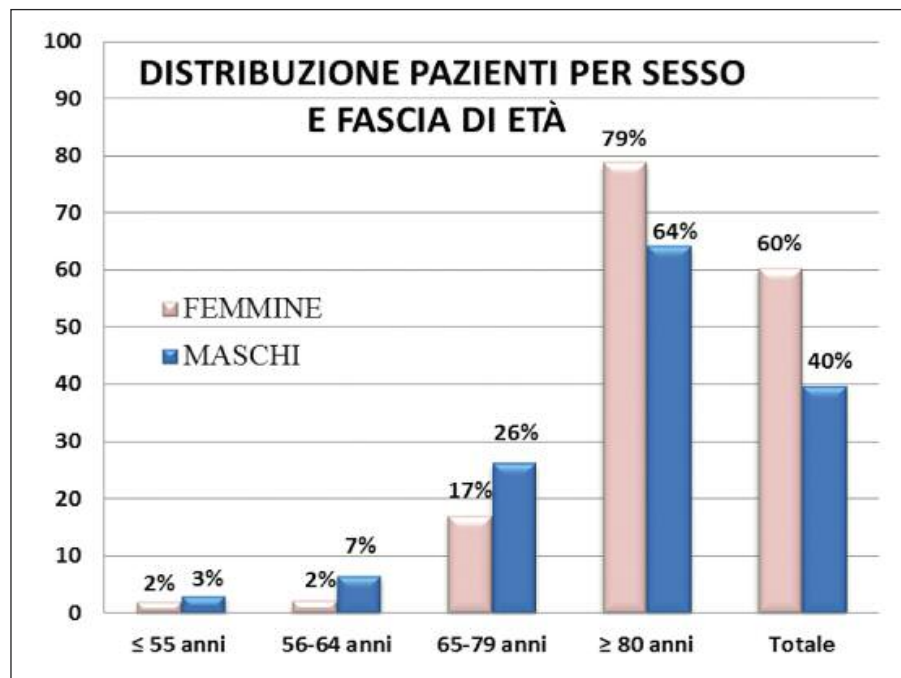
Sono state raccolte n. 2.441 (n. 1.259 nel 2015 e n. 1.182 nel 2016) con scheda di segnalazione completa. L'età media della popolazione dei pazienti segnalati è pari a 82 anni, con prevalenza del sesso femminile (rapporto F:M = 3:2). Dal punto di vista clinico questi pazienti presentano numerose multimorbilità, con almeno tre problemi clinici attivi nell'80% dei casi. Per queste patologie vengono assunti più di tre farmaci al giorno nel 90% dei casi che risultano essere più di cinque nel 30% dei casi. Deficit nella deambulazione sono presenti in oltre il 90% dei pazienti. Prima causa di ricovero è risultata la "frattura di femore", 22%, evento acuto ad alta incidenza e mortalità negli anziani e spesso causa di importante disabilità.

Per quanto riguarda gli obiettivi del nostro studio è emerso come il Δt Brass-Acot sia pari a 1.96 gg per il 2015 e 1.82 gg per il 2016, evidenziando una differenza statisticamente significativa ($p < 0,01$) tra le due popolazioni. Anche il Δt Brass-Dimissione ha presentato un decremento tra i due anni (pari a 6.1 gg per il 2015 e 5.9 gg per il 2016), sebbene tale differenza non sia risultata statisticamente significativa ($p = 0,20$).

DISCUSSIONE

Il quadro descritto dai risultati raccolti ha confermato quali siano le condizioni che possono determinare una "Dimissione Complessa": età avanzata, multimorbidità, polifarmacoterapia e modelli di struttura familiare sempre meno in grado di farsi carico di queste persone una volta rientrate a domicilio.

Per quanto riguarda gli obiettivi dello studio si è visto come nel 2015 sia stato raggiunto unicamente il *target* Δt Brass-Acot. Andando ad approfondire le cause che avevano portato ad una ritardata dimissione rispetto alle previsioni per questi pazienti e di conseguenza il mancato raggiungimento del *target* Δt Brass-Dimissione, è stato riscontrato che in molti casi il peggioramento delle condizioni cliniche dei pazienti aveva determinato lo slittamento in tal senso. Nel 2016, al contrario, trascorso il tempo necessario per l'as-



simulazione della procedura da parte delle figure coinvolte, l'ottimizzazione del percorso ha permesso un miglioramento della performance con raggiungimento di entrambi i *target* temporali, conseguendo anche maggior omogeneità di risultati nei casi presi in carico.

I risultati raccolti danno dimostrazione di come questo modello di ACOT, che a partire dal 2017 dovrebbe essere esteso anche al resto dell'Area Vasta Sud-Est, migliori la qualità della presa in carico del paziente, sblocchi risorse fondamentali

per i reparti e prevenga che si verifichino degli sprechi. È evidente inoltre che rappresenti un valido aiuto al medico di medicina generale nella gestione delle dimissioni complesse. In tal senso, appare auspicabile un maggior coinvolgimento dei medici di medicina generale da parte dell'ACOT, cosa peraltro in linea anche con le scelte politiche regionali che tra i progetti in cantiere vedono l'istituzione di una "centrale della cronicità" per la presa in carico di tali pazienti, con l'intento di evitarne l'afferenza alle già sovraccaricate strutture di pronto soccorso.

LETTI PER VOI



Lo psichiatra al Pronto Soccorso

MARINA MINIATI
Debatte Editore



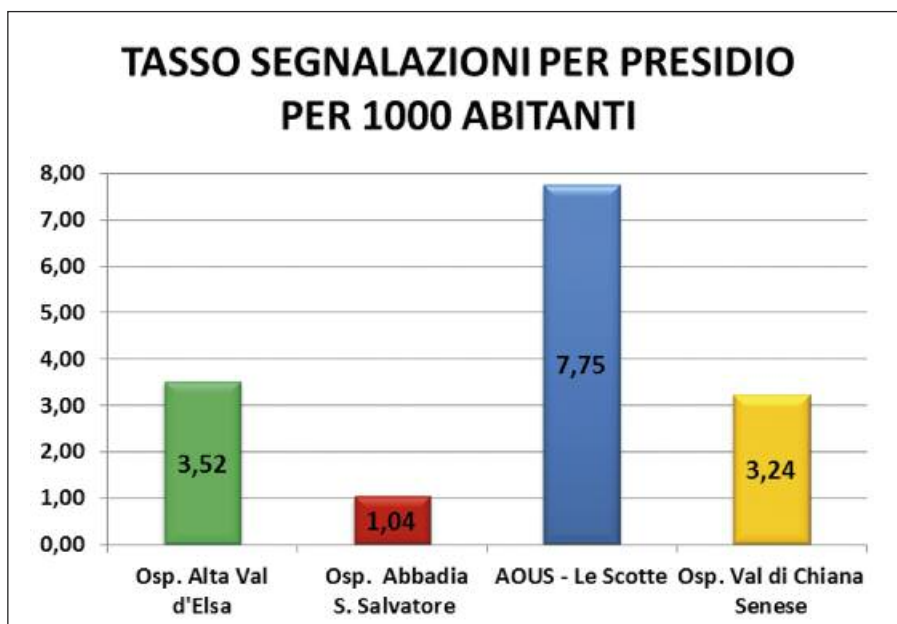
Marina Miniati, con la collaborazione con l'avvocato Iane Maffei e di Alessandro Bani psichiatra, pubblica per Debatte Editore un breve, sintetico testo, che affronta un tema sempre complesso e difficile: l'arrivo al Pronto Soccorso di un paziente psichiatrico.

La collega affronta il tema sia con una breve introduzione e una postfazione di ordine generale, sia attraverso il racconto di una trentina di casi realmente accaduti. Al di là delle indicazioni cliniche che se ne possono trarre, questo, sia pur sintetico panorama dimostra quali siano le concrete difficoltà dell'arte medica. La recente legge sulla responsabilità professionale dei medici fa aggio proprio sull'adesione alle linee guida o alle migliori pratiche; fatto di per sé non facile e particolarmente difficile proprio nella casistica psichiatrica. Anche in questa disciplina esistono linee guida ma la notevole variabilità dei casi richiede una particolare sensibilità e qualità professionale da parte di tutti i professionisti coinvolti. A questa qualità professionale si richiama il testo della Miniati.

Bruno Rimoldi

In futuro poi, potrebbe essere una proposta interessante l'adozione di un modello simile a quello dell'hospitalist anglosassone, con un certo numero di rappresentanti per ogni AFT che abbiano come particolare interesse la collaborazione con l'ACOT per la gestione delle dimissioni complesse relative ai loro pazienti o di quelli degli altri colleghi del gruppo associato che rappresentano. Questi medici di medicina generale, con la loro esperienza, potrebbero mettere in evidenza le criticità non ancora evidenziate e proporre nuovi percorsi di continuità assistenziale anche in direzione territorio-ospedale.

@ guadagiova@gmail.com



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 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!

Depressione, cure primarie, prescrizione indotta

Percezione della depressione e comportamento terapeutico fra i medici di due AFT di Firenze

di Irene Iacono, Antonella Ciani Passeri, Elisabetta Altì

I disturbi depressivi costituiscono un importante problema di sanità pubblica.

Sono state analizzate le principali criticità secondo i medici di medicina generale di due Aggregazioni Funzionali Territoriali di Firenze. Prescrizione indotta dagli specialisti, utilizzo degli antidepressivi per diverse indicazioni e carenza di percorsi condivisi rappresentano alcuni dei problemi più rilevanti ed una sfida per il futuro della sanità.

Parole chiave:

depressione, cure primarie, criticità, medicina generale, prescrizioni indotte

Il rapporto nazionale sull'uso dei farmaci del 2014 ha evidenziato, nella nostra regione, un progressivo aumento del consumo di farmaci antidepressivi. Nel 2016 l'USL Toscana Centro ha reso disponibile uno studio, condotto dall'Epidemiologia della ex ASL 10 ed inserito nei percorsi integrati di cure primarie tra Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze e AFT-MMG Firenze Centro, sull'utilizzo degli antidepressivi nell'ex ASL 10, relativo all'anno 2014. Da questa indagine è emerso che 78.973 utenti maggiorenni hanno ricevuto almeno una prescrizione di questi farmaci, a fronte di soli 11.800 utenti che hanno avuto almeno un contatto con il Servizio di Salute Mentale dell'Adulto (SMA), non tutti per disturbi depressivi. Degli 11.800 utenti in carico al servizio di SMA, solo 6.206 sono in trattamento con tali farmaci. Pertanto, se solo l'8% dei consumatori di antidepressivi si è rivolto al servizio specialistico, è legittimo chiedersi quale figura professionale abbia in carico la maggior parte di essi. Appare evidente che il professionista in questione non possa essere che il medico di medicina generale.

Per cercare di comprendere le problematiche legate alla gestione dei pazienti con disturbi depressivi, è stato svolto uno studio mirato ad indagarne le principali criticità, per il quale sono stati coinvolti 31 medici di medicina generale di due AFT, Rifredi-Castello e Gavinana. Ai colleghi è stato chiesto di rispondere a un questionario di 19 domande, delle quali alcune avevano il preciso obiettivo di confrontare l'impressione della medicina generale con i dati oggettivi del documento



IRENE IACONO, *Medico di Continuità Assistenziale, USL Toscana Centro.*

ANTONELLA CIANI PASSERI, *UOC Epidemiologia USL Toscana Centro.*

ELISABETTA ALTI, *Medico di medicina generale, USL Toscana Centro.*

dell'USL. Nel nostro excursus sono emersi molti elementi interessanti. Innanzitutto abbiamo indagato le caratteristiche demografiche dei pazienti che assumono tali farmaci: secondo i colleghi delle cure primarie i principali consumatori di antidepressivi sono i cinquantenni, seguiti dai sessantenni. In realtà i dati della USL ci dicono che i maggiori utilizzatori sono i settantenni e gli ottantenni, i quali ricevono il 44% di tutte le prescrizioni. Per quanto riguarda la *compliance* alla terapia, essa è ritenuta molto bassa; infatti solo un terzo dei colleghi ritiene che almeno la metà dei propri pazienti in terapia prosegua il trattamento per un periodo di tempo congruo ai fini di ridurre il tasso di recidiva di malattia, e la principale causa di interruzione è individuata nel rifiuto del paziente a continuare la cura.

Nel documento dell'USL emerge che la medicina generale è responsabile del 95% delle prescrizioni di questi farmaci, tuttavia solo quattro dei colleghi intervistati ritengono di proporre per primi tali terapie in più di due terzi dei propri assistiti, la maggior parte di essi invece non si riconosce nel ruolo del primo prescrittore. L'autonomia prescrittiva prevale per i pazienti di media età, quarantenni e cinquantenni. Fra gli specialisti ritenuti responsabili dell'inizio di tali terapie viene individuato per primo il geriatra, seguito dagli psichiatri, privati e pubblici. In accordo con le linee guida, i colleghi delle cure primarie utilizzano in prima istanza molecole della classe degli SSRI e SNRI (prevalentemente la sertralina, il citalopram

e la paroxetina), mentre la molecola più utilizzata dagli specialisti, secondo quanto osservato dalle cure primarie, è l'escitalopram. Questo dato è molto curioso perché, di fatto, l'escitalopram è stato il principio attivo più utilizzato a livello aziendale, costituendo da solo il 18,7% delle prescrizioni di tutti gli antidepressivi.



Analizzando il rapporto fra medicina generale e specialisti è emerso che, prima di avere degli incontri con i responsabili dei Servizi di SMA, la maggior parte dei colleghi delle cure primarie non conosceva bene l'organizzazione del servizio psichiatrico e per quanto riguarda la comunicazione, essa è ritenuta molto scarsa in quanto i medici di famiglia riferiscono di non ricevere spesso una relazione scritta da parte dei colleghi e coloro che hanno cercato di contattare lo specialista hanno avuto difficoltà a reperirlo, prevalentemente per mancanza di un recapito telefonico o incompatibilità degli orari.

Le conclusioni di questa indagine sono state molteplici. Innanzitutto non vi è percezione delle caratteristiche de-

mografiche dei principali consumatori di questi farmaci, forse per l'ampio utilizzo di alcune di queste molecole per patologie diverse dalla depressione. Alcuni di questi farmaci hanno uno spiccato effetto sedativo e vengono utilizzati nell'agitazione dell'anziano e nei disturbi del sonno (come il trazodone, che da solo costituisce quasi il 9,8% delle prescrizioni) e pertanto non vengono percepiti tanto come antidepressivi quanto come sedativi.

Viene ribadita la problematica della scarsa aderenza alla terapia e della sua durata troppo breve ai fini di un'efficace prevenzione del tasso di recidiva di malattia.

Non sono emersi elementi dirimenti per poter spiegare come mai in To-

scana l'utilizzo di questi farmaci sia in continuo aumento, ma viene sollevata la problematica della prescrizione indotta, difficilmente tracciabile. Tale ipotesi può essere suffragata da due constatazioni. In primis vi è discordanza fra il numero reale di prescrizioni di escitalopram (prima molecola a livello aziendale) e il dato atteso sulla sua prescrizione basata sulle

preferenze espresse dai 31 colleghi coinvolti nello studio (dei quali solo uno ha individuato nell'escitalopram la molecola prediletta), avvalorando così la teoria della ripetizione da parte dei medici di famiglia di un trattamento proposto al di fuori del *setting* delle cure primarie. Secondariamente viene ribadita la scarsa identificazione dei medici di famiglia nel ruolo di primo prescrittore di tali farmaci. Infine si afferma la necessità di implementare i percorsi di cura dedicati a questi pazienti, perché ad oggi la qualità assistenziale è ancora lontana da quella raggiunta per altre patologie, come quelle inserite nel Chronic Care Model.

 iacono.irene@hotmail.it

LETTI PER VOI



La cicogna distratta

MARGHERITA RICCIO
Franco Angeli Editore



Il titolo di questo interessante testo di Margherita Riccio, psicologa e psicoterapeuta, pubblicato da Franco Angeli, dà immediata indicazione dell'approccio dell'autrice ad un problema fondamentale nella vita di molte persone e cioè la sterilità e l'infertilità di coppia. In effetti, come sostiene Rodolfo De Bernart nell'introduzione, questa pubblicazione colma un vuoto perché il paradigma sistemico, quale approccio alla procreazione assistita intesa come problema che incide profondamente sul vissuto di coppia, non è stato finora affrontato a sufficienza. La Riccio parte da un excursus storico e una riflessione etica su queste tecniche, per dedicare una corposa seconda parte del testo all'ottica sistemica relazionale, nella complessa interazione di coppia di fronte alla sterilità o all'infertilità.

Nella terza parte l'autrice affronta il possibile intervento clinico durante tutto il percorso di procreazione assistita, compreso il periodo successivo alla delusione del fallimento o alla nascita di un figlio tanto desiderato quanto problematico. Completa il testo una breve appendice dedicata al cinema che affronta queste problematiche, un breve excursus che è senz'altro utile nel completare la parte didattica del testo.

In conclusione se, tornando al titolo, la Cicogna è distratta, i medici e gli psicologi debbono affrontare questo tema con la massima attenzione, perché, in realtà tabù e pregiudizi occupano ancora la scena e incidono sull'equilibrio della coppia.

Bruno Rimoldi

Choosing Wisely: uno slogan oppure una pratica possibile in medicina generale secondo i principi di *slow medicine*

di Giulia Migliacci



GIULIA MIGLIACCI, *Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di Perugia in data 15/10/2012 con la votazione di 110/110 e lode. Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (Regione Toscana, sede di Siena, triennio 2013-16), diploma conseguito in data 20/12/2016.*

“Choosing Wisely” nasce per limitare l’inappropriatezza di esami e trattamenti. La Società Italiana di Medicina Generale ha aderito al progetto proponendo la “Top Five List” nel 2014. Una raccomandazione riguarda la prescrizione di inibitori di pompa protonica (IPP). L’impatto della Top Five List e della formazione specifica sulla prescrizione degli IPP nella ex ASL 8 Arezzo è stimabile in una riduzione dell’8,9% nel 1° semestre 2016.

CHOOSING WISELY E SLOW MEDICINE

Il movimento “Choosing Wisely” (scegliere saggiamente) nasce negli USA in seguito alla presa di coscienza da parte dei medici e degli altri professionisti sanitari di come il sovrautilizzo e l’utilizzo inappropriato di esami diagnostici e trattamenti non supportati da prove di efficacia sia diventato un fenomeno sempre più diffuso. Queste prestazioni non solo non apportano benefici significativi, ma possono danneggiare i pazienti.

Nel 2010 Howard Brody, sottolineando la responsabilità etica di tutti i medici nei confronti della sostenibilità economica del sistema sanitario, lanciava la proposta che ogni società scientifica specialistica creasse “the Top Five List”, una lista di cinque test diagnostici o trattamenti che fossero prescritti molto comunemente dai membri di quella società scientifica, che esponessero i pazienti a rischi e che, secondo prove scientifiche di efficacia, non apportassero benefici significativi alle principali categorie di pazienti alle quali vengono comunemente prescritti. La filosofia della “Top Five List” è quella di ottenere, all’interno delle singole specialità, la massima appropriatezza (con relativo risparmio in termini di costi) senza privare nessun paziente di benefici significativi. Sempre nel 2010 Grady e Redberg, nel presentare la serie di articoli “Less is more” pubblicati negli Archives of Internal Medicine, insistevano sulla necessità di confutare il mito che “se un trattamento è buono, fare di più è sempre meglio”.

Dopo le prime 9 liste di test e trattamenti ad alto rischio di inappropriatezza pubblicate in aprile 2012, altre

18 liste sono state presentate nel febbraio 2013 da altrettante società scientifiche USA. Molte altre società scientifiche hanno aderito successivamente, e attualmente le società partecipanti sono più di 70 e più di 400 sono i test e i trattamenti sanitari individuati, sui quali medici e pazienti dovrebbero interrogarsi.

In Italia Slow Medicine, nata per sostenere l’idea di una medicina “sobria, rispettosa e giusta”, ha lanciato nel dicembre 2012 il progetto “Fare di più non significa fare meglio – Choosing Wisely Italy”, nella convinzione che, come avvenuto negli USA, la spinta all’utilizzo appropriato di prestazioni dia-

Choosing Wisely[®]

An initiative of the ABIM Foundation

gnostiche e terapeutiche debba partire da un’assunzione di responsabilità da parte dei professionisti della salute e da una maggior condivisione di scelte con i pazienti. Il progetto lanciato da Slow Medicine segue quella che era stata la proposta di Howard Brody nel 2010 sul New England Journal of Medicine e che ha preso forma negli USA con Choosing Wisely. L’individuazione da parte dei professionisti di una lista di esami diagnostici e trattamenti dei quali non è dimostrato il beneficio per molti pazienti e che a volte possono procu-

Parole chiave:

Choosing Wisely, Slow Medicine, appropriatezza, inibitori di pompa protonica, medicina generale

ANNI DI CONFRONTO	DIFF. N. PZ TRATTATI	DIFF. N. PZ TRATTATI (%)
2014 VS 2013	+ 751	+ 1,2%
2015 VS 2014	- 1.334	- 2,2%
2016 VS 2015 (I SEMESTRE)	- 4.316	- 8,9%

Tabella 1 - Farmaci PPI: differenza del numero di pazienti trattati negli anni analizzati.

rare più danno che beneficio, oltre a rappresentare un concreto passo verso un utilizzo più appropriato delle risorse, lancia all'opinione pubblica il forte messaggio che in sanità a volte è meglio fare meno e che non sempre il medico che prescrive più esami e prestazioni è il medico più competente.

PRESCRIZIONE DI INIBITORI DI POMPA PROTONICA: ANALISI DEL TREND PRESCRITTIVO CORRELATO ALLA DIFFUSIONE DELLE PRATICHE NELLA EX ASL 8 DI AREZZO

La Medicina Generale può essere uno dei terreni più fertili per l'implementazione di alcune pratiche in quanto prevede uno stretto contatto con il paziente ed un rapporto di fiducia unico nel suo genere, anche se è proprio questa sua peculiare caratteristica a rendere spesso difficile il cambiamento del comportamento del medico nei confronti dei suoi assistiti. La Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) ha aderito al progetto attraverso la stesura e la pubblicazione della sua "Top Five List" nel marzo 2014. Una delle raccoman-

dazioni riguarda il rischio di inappropriatelyzza nella prescrizione degli inibitori di pompa protonica (IPP).

Il razionale del nostro studio è quello di valutare l'impatto della pubblicazione della Top Five List della SIMG (Marzo 2014), della divulgazione del progetto "Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy" e dell'organizzazione di eventi formativi locali con coinvolgimento di medici di medicina generale e medici ospedalieri sul trend prescrittivo degli IPP nella ex ASL 8 di Arezzo (anni 2013, 2014, 2015 e primo semestre del 2016). I dati sono stati forniti dalla Farmaceutica Territoriale di Arezzo (D'Avella R., Pagliuca M.P.).

L'analisi dei dati, pur essendo di non univoca interpretazione, mette in evidenza una variazione del trend prescrittivo (Tabella 1). Mentre dal 2013 al 2014 le prescrizioni erano aumentate dell'1,2%, dal momento della divulgazione del progetto c'è stata una progressiva riduzione: -2,2% dal 2014 al 2015 e -8,9% confrontando il primo semestre del 2016 con il 2015. Considerando i dati del rapporto dell'Osservatorio Nazionale

sull'Impiego dei Medicinali (OsMed) del 2015 (878 milioni di spesa convenzionata per i quattro IPP più utilizzati), se i risultati registrati nella ex ASL 8 di Arezzo fossero riproducibili a livello Nazionale, il risparmio annuale potrebbe raggiungere gli 80 milioni di euro.

CONSIDERAZIONI

Le raccomandazioni di *Choosing Wisely* sono un punto di partenza: anche quando le strategie di divulgazione hanno successo, la sola consapevolezza spesso non è sufficiente a cambiare il comportamento dei professionisti. Sono necessarie strategie di implementazione delle raccomandazioni per permettere ai medici di poter vincere la scommessa di questa innovativa corrente di pensiero, non imposta dall'alto ma basata sulla responsabilità professionale, che si propone di diffondere la cultura della appropriatezza delle prestazioni sanitarie, arginando il fenomeno del consumismo sanitario, della "overdiagnosis" e dell'"overtreatment".

Solo con il dialogo e la condivisione delle scelte di cura fra professionisti e pazienti si supera il nodo drammatico che porta sia i professionisti che i cittadini a sostituire la relazione (di cura) con la prescrizione (di esami, di farmaci). E il dialogo, soprattutto nella pratica della medicina generale, non è né una linea guida né una procedura.

@ giulia.migliacci@yahoo.it

LETTI PER VOI



La polvere degli eredi

RENZO BERTI
Edizioni ISTOS



Renzo Berti non è nuovo a queste imprese. Medico veramente versatile, erede di una tradizione pistoiese dalle molteplici curiosità, vanta, oltre che ai successi professionali, una storia politica non secondaria e svolge tuttora un'importante ruolo nell'organizzazione sanitaria della nostra Azienda dell'Area vasta centrale. Oggi si presenta con un secondo "romanzo giallo", la "Polvere degli eredi" edizioni ISTOS, che, in realtà, è un racconto in parte storico, in parte di fantasia, in parte intrigante per la descrizione suggestiva della nostra terra toscana. Insomma un altro medico scrittore che si inserisce a pieno titolo in questa vasta e prestigiosa categoria, un'altra dimostrazione dell'intreccio tra narrazione, medicina e storia alla base di quella cultura professionale che, da sempre, ha consentito ai medici la comprensione dell'uomo.

Bruno Rimoldi

Diagnosi e monitoraggio nei pazienti con sospetto ipertiroidismo e ipotiroidismo

di Luisa Petrone, Gianni Forti



LUISA PETRONE, Laureata presso l'Università di Pisa, Specializzata in Endocrinologia presso l'Università di Firenze, dal 2007 è Dirigente Medico di I° livello presso la SOD Endocrinologia della AOU Careggi. È Coordinatore co-responsabile del Gruppo Oncologico Multidisciplinare Endocrino della AOUC.



GIANNI FORTI, Professore Ordinario di Endocrinologia dal 1990 alla fine del 2016 presso l'Università di Firenze, ha diretto dal 2005 al 2016 la SOD Endocrinologia della Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi. È stato Presidente della European Academy of Andrology dal 1998 al 2006 e della Società Italiana di Endocrinologia dal 2007 al 2009.

Il livello del TSH è l'indicatore più sensibile e specifico dello stato funzionale tiroideo. Un valore di TSH nella norma esclude la maggior parte delle patologie disfunzionali della tiroide. Un valore di TSH basso può essere la prima spia di un ipertiroidismo, così come un TSH aumentato è in genere indicativo di un ipotiroidismo.

Sia l'ipertiroidismo che l'ipotiroidismo possono presentarsi in forma sub-clinica.

Pubblichiamo ancora materiale proveniente dai gruppi di lavoro del Consiglio Sanitario Regionale, organo in attesa di ricostituzione per l'elevato valore generale

(vedi Toscana Medica 5/2017, pag. 13)

La valutazione della funzione tiroidea non è indicata negli adulti asintomatici ma deve essere riservata ai pazienti con segni e sintomi indicativi di distiroidismo o in presenza di fattori di rischio (Tabelle 1 e 2).

DIAGNOSI

Esami di laboratorio

Dosaggio del TSH

Il dosaggio del TSH è l'indicatore più sensibile e specifico dello stato funzionale tiroideo; un valore di TSH nel range della normalità esclude la maggior parte delle patologie disfunzionali della tiroide; un valore di TSH basso/soppresso può essere la prima spia di un ipertiroidismo, così come un TSH aumentato è indicativo di un ipotiroidismo.

Tiroxina frazione libera (FT4), Triiodotironina frazione libera (FT3)

Le misurazioni di FT4 e FT3 hanno soppiantato quelle di T4 e T3 totali, infatti le frazioni libere degli ormoni tiroidei non risentono delle variazioni delle proteine di trasporto.

Il dosaggio di FT4 è un indicatore dell'attività secretoria della tiroide; per effetto del "feedback" negativo esistente tra ormoni tiroidei e TSH, nelle fasi iniziali dell'ipotiroidismo, il TSH è aumentato mentre l'FT4 è ancora nella norma. La combinazione del dosaggio di TSH e FT4 riduce la possibilità di errore diagnostico basato sull'alterazione di un solo dato specie nei casi di interferenze da farmaci e di malattie non tiroidee; inoltre permette di diagnosticare i casi di ipotiroidismo centrale, seppure raro. Di conseguenza, la determinazione di FT4 e di TSH è in grado di rilevare iperfunzioni o ipofunzioni tiroidee nelle loro fasi più precoci.

Parole chiave:

TSH, Tiroxina libera o FT4, triiodotironina libera o FT3, ipertiroidismo, ipotiroidismo

Fattori di rischio per malattia tiroidea

Storia personale di malattia della tiroide
Storia familiare di malattia della tiroide
Diagnosi di malattia autoimmune
Storia di irradiazioni al collo
Terapie farmacologiche (amiodarone, litio, interferone, inibitori tirosino-kinasi...)

Tabella 1.

Segni e sintomi di ipotiroidismo	Segni e sintomi di ipertiroidismo
Aumento di peso	Perdita di peso
Perdita dei capelli	Perdita dei capelli
Sonnolenza	Palpitazioni/tachicardia/fibrillazione atriale
Irregolarità mestruale	Irregolarità mestruale
Deterioramento cognitivo	Polso ampio
Depressione	Nervosismo e tremori
Costipazione	Debolezza muscolare
Gozzo	Gozzo
Pelle secca	Intolleranza al caldo, sudorazione, mani umide
Intolleranza al freddo	Ipertensione

Tabella 2.

Cause di valori di TSH elevati
Ipotiroidismo primario (tiroidite cronica autoimmune, tiroidectomia, terapia con radioiodio, irradiazione al collo)
Convalescenza da grave malattia
Farmaci
Transitorio aumento dopo tiroidite subacuta, silente o postpartum
Ipertiroidismo secondario a tumore ipofisario secernente TSH (molto raro, associato ad aumento di FT4 e FT3)
Sindrome da Resistenza agli ormoni tiroidei (rara) associata ad aumento di FT4 e FT3

Tabella 3.

Cause di valori TSH bassi
1 Tireotossicosi
A. FT3 e FT4 ambedue elevati
a. Morbo di Graves-Basedow
b. Gozzo tossico multinodulare
c. Tireotossicosi da farmaci
d. Tireotossicosi factizia
B. Aumento del solo FT3 con FT4 normale
a. T3 tossicosi (ad es. nodulo autonomo)
b. Ingestione esogena di T3
2 Fase tireotossica di varie forme di tiroidite (in genere transitoria)
3 Ipotiroidismo centrale
A. Malattia ipofisaria o ipotalamica (riduzione sia di FT4 che di FT3)
4 Alterazioni del TSH senza malattia tiroidea
A. "Euthyroid Sick Syndrome" (ESS). Sia FT3 che FT4 sono bassi (Reverse T3 elevata)
B. Farmaci: cortisonici, octreotide, dopamina

Tabella 4.

La determinazione della FT3 è un esame di secondo livello, indicato per: completamento di una diagnosi di ipertiroidismo, per diagnosi di una forma di T3-tossicosi, per casi dubbi, per monitoraggio della terapia dell'ipertiroidismo. Nell'ipotiroidismo la misurazione dell'FT3 non è indicata.

In pratica però si misurano le frazioni libere FT4 a FT3 se TSH basso, quindi nel sospetto di un ipertiroidismo; è sufficiente il solo FT4 se TSH alto e quindi nel sospetto dell'ipotiroidismo.

Dosaggio degli anticorpi specifici per la tiroide

Gli anticorpi anti-tireoglobulina (abtg) e anticorpi anti-tireoperossidasi (abtpo), sono utili nella diagnostica dell'ipotiroidismo dal momento che la forma autoimmune è la più frequente (Tiroidite di Hashimoto); non è utile la loro monitorizzazione nel tempo.

Gli anticorpi antirecettore TSH (TRAb) sono invece positivi nell'ipertiroidismo autoimmune (Morbo di Graves-Basedow).

Esami strumentali

Ecografia del collo: L'ecografia della tiroide permette di: misurare la tiroide, calcolandone il volume, ottenere informazioni sulla struttura della ghiandola stessa e valutare la presenza di segni ecografici di eventuale tiroidite (cronica che è la forma più frequente, subacuta e infine acuta, molto rara); studiare la vascolarizzazione della ghiandola ottenendo informazioni sullo stato funzionale, rilevare l'eventuale presenza di noduli, valutandone le dimensioni e le caratteristiche anche allo scopo di decidere sulla necessità di eseguire un agoaspirato per un esame citologico, valutare infine i linfonodi della regione del collo, in particolare nel follow-up della patologia tumorale tiroidea.

La **scintigrafia tiroidea** fornisce informazioni funzionali e, in misura minore, morfologiche; attualmente presenta una indicazione di esecuzione limitatamente ad alcuni casi (indagine di 2° livello). Unitamente ai test ormonali, ci permette di discriminare

PATOLOGIE TIROIDEE SUBCLINICHE

I pazienti con patologia subclinica della tiroide sono tipicamente asintomatici, hanno un valore di TSH al di fuori dei valori normali ma con valori di frazioni libere nei limiti della norma.

Ipotiroidismo subclinico: Il valore del TSH può essere ai limiti superiori pur in presenza di normali valori di FT4.

Il trattamento dell'ipotiroidismo subclinico è indicato quando:

- il valore del TSH è maggiore di 10 mU/L
- il valore del TSH è ai limiti superiori, ma uguale/inferiore a 10 mU/L e concomita una delle seguenti condizioni:
 - elevati valori degli Anticorpi anti-tireoperoxidasi (TPO)
 - gozzo
 - dislipidemia o altri fattori di rischio cardiovascolari
 - gravidanza o desiderio di gravidanza

tra le varie cause di tireotossicosi: morbo di Basedow, gozzo multinodulare o nodulo unico (adenoma solitario autonomo), tiroidite subacuta, tireotossicosi iodio-indotta, tireotossicosi factizia (dovuta a ingestione consapevole o inconsapevole di ormoni tiroidei).

Per le cause possibili vedi Tabelle 3 e 4.

Monitoraggio

Ipotiroidismo: poiché i valori del TSH si modificano lentamente nel tempo, non è necessario ripeterne frequentemente il dosaggio. Il TSH può essere ripetuto dopo almeno 4-6 settimane dalla modificazione della dose sostitutiva di L-tiroxina o per un cambiamento delle condizioni cliniche. Una volta normalizzati i valori del TSH, un controllo semestrale/annuale è in genere sufficiente per confermare l'adeguatezza della terapia e la compliance del paziente.

Dosaggi più frequenti sono indicati in corso di gravidanza.

Ipertiroidismo: nel monitoraggio del paziente in trattamento per Morbo di Graves o per altre cause, i controlli della funzione tiroidea devono essere effettuati più frequentemente all'inizio e poi diradati nel tempo; in questo caso si controllano entrambe le frazioni libere, oltre al TSH; quest'ultimo si normalizza in genere dopo almeno 3 mesi dall'inizio della terapia medica nel morbo di Graves.

Malattia ipotalamica o ipofisaria: la misura del TSH è utile soltanto quando l'asse ipotalamo-ipofisi-tiroide è intatto. Quando è presente

una malattia dell'ipofisi o dell'ipotalamo e quindi, nel caso di ipotiroidismo centrale, è preferibile il dosaggio dell'FT4 per valutare la adeguatezza della terapia sostitutiva.

La prevalenza dell'ipotiroidismo subclinico nella popolazione generale è compresa tra il 4% e 10%. Il rischio di evoluzione in ipotiroidismo manifesto nei soggetti affetti da ipotiroidismo subclinico è del 2-4% ogni anno.

I dati della letteratura mostrano che la terapia sostitutiva con ormone tiroideo nell'ipotiroidismo subclinico si accompagna ad una riduzione della mortalità per tutte le cause ma non ad un aumento della qualità della vita.

È raccomandato il monitoraggio del TSH ogni 6-12 mesi nei pazienti con ipotiroidismo subclinico non trattati.

Non è consigliato lo screening di routine per l'ipotiroidismo subclinico dato che i benefici del trattamento non sono di provata efficacia in tutti i soggetti. Rimane l'indicazione ad effettuare il "case finding" nei gruppi ad alto rischio, specialmente nelle donne in gravidanza o che ricercano una gravidanza.

Ipertiroidismo subclinico. L'ipertiroidismo subclinico è caratterizzato da una riduzione dei valori del TSH con valori normali delle frazioni libere degli ormoni tiroidei.

L'ipertiroidismo subclinico è meno comune, con una prevalenza compresa tra lo 0.6% - 1.1%.

Nei pazienti anziani con TSH < 0.1 mU/L il rischio relativo di fibrillazione atriale è aumentato di circa 3 volte.

Le donne in postmenopausa con ipertiroidismo subclinico possono presentare un incremento del riassorbimento osseo.

Nei pazienti con Fibrillazione Atriale (Figura 1) ed Osteoporosi bisogna considerare il rischio di riscontrare un ipertiroidismo subclinico.

La terapia deve essere presa in considerazione nei pazienti anziani e nelle donne in postmenopausa con ipertiroidismo subclinico. Alcune evidenze mostrano infatti che la terapia per l'ipertiroidismo ha indotto la conversione a ritmo sinusale spontanea in pazienti con fibrillazione atriale e ipertiroidismo subclinico e che ha portato ad



Figura 1 - Fibrillazione Atriale.

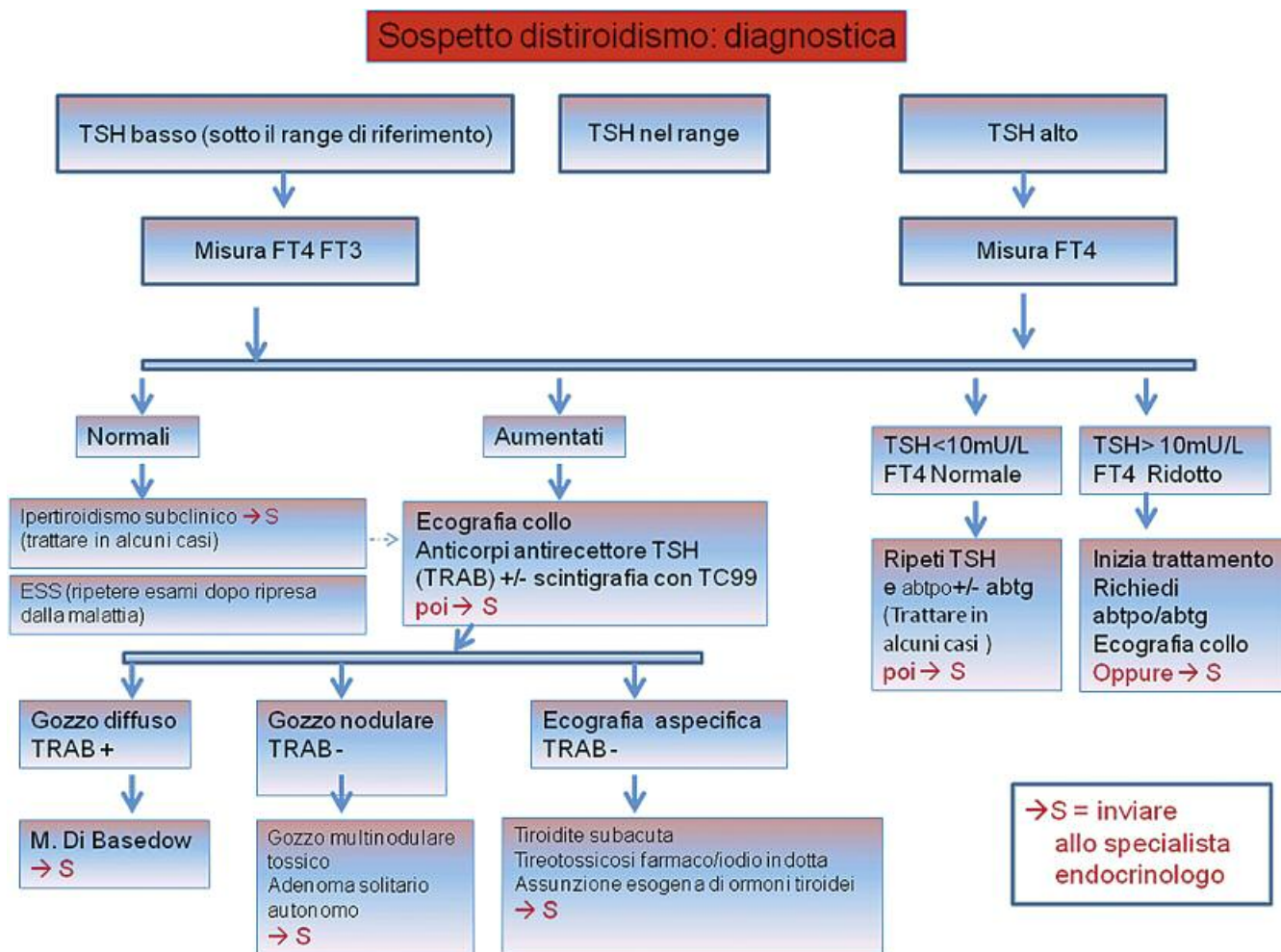


Figura 2 - **abtpo**: anticorpi antitireoperossidasi; **abtg**: anticorpi antitireoglobulina.

una stabilizzazione / moderato miglioramento dei valori di densità ossea rispetto ai controlli in donne in postmenopausa con ipertiroidismo subclinico.

I pazienti con ipertiroidismo subclinico da gozzo multinodulare o da adenoma funzionante difficilmente migliorano senza terapia e l'evoluzione è verso l'ipertiroidismo manifesto. Se si intraprende terapia medica, il controllo della funzione tiroidea deve essere effettuato dopo 4-6 settimane dall'inizio della terapia e poi ogni 4-6 mesi dopo la stabilizzazione dei valori, per il controllo dell'andamento.

EUTHYROID SICK SYNDROME (ESS)

Nella ESS o sindrome a bassa T3 o non Thyroidal illness, l'asse ipotalamo-ipofisi-tiroide è alterato per una patologia non di origine tiroidea. Si tratta di

una sindrome acuta e reversibile che compare di solito dopo un intervento chirurgico, durante il digiuno o malattie febbrili acute o dopo un infarto miocardico acuto. La ESS può essere causata anche da malnutrizione, insufficienza renale, insufficienza cardiaca, malattie epatiche, diabete non controllato, malattie cerebrovascolari, tumori. È presente nel 75% dei pazienti ricoverati in ospedale.

Di fatto quasi ogni condizione morbosa può essere causa di una ESS e gli anziani, essendo già in condizione di fragilità, ne sono particolarmente soggetti. In corso di ESS si può verificare qualunque modificazione dei test ormonali tiroidei, anche se la situazione più frequente è una riduzione dei valori FT3 (sindrome a bassa T3) e nei casi più avanzati anche di FT4, con valori di TSH ridotto o normale, a simulare un quadro di ipotiroidismo centrale.

Con la remissione clinica, l'asse ripristina la sua funzione e gli esami ritornano nella norma, a volte dopo una fase transitoria di aumento del TSH.

In teoria i dosaggi ormonali relativi alla funzione tiroidea non sarebbero necessari in assenza di segni clinici ma, se comunque vengono effettuati, occorre ricordare il frequente verificarsi della ESS per evitare di diagnosticare una malattia tiroidea che non c'è. Analogamente, occorre essere cauti nel valutare il TSH in pazienti ospedalizzati, a meno che i valori non siano inferiori a 0,1 mU/L o superiori a 15-20 mU/L.

La terapia sostitutiva con L-tiroxina non ha mostrato alcuna utilità e non dovrebbe essere usata nei pazienti con ESS.

✉ l.petrone@dfc.unifi.it

Terapie innovative in cardiologia: gli ARNI

di Giampaolo Collecchia



GIAMPAOLO COLLECCHIA, medico di medicina generale in Massa (MS), docente e tutor di Medicina Generale, Comitato Etico Locale dell'Azienda USL Toscana Nord-Ovest, CliPS Lab (Clinical and Professional Skills simulation lab) CSeR-MEG, coordinatore animatori di formazione ASL 1 Massa e Carrara, membro del Comitato Etico Locale, Editorial Reviewer per il British Medical Journal.



La combinazione di valsartan e sacubitril, inibitore della neprilina, responsabile della degradazione dei fattori natriuretici, è il capostipite di una nuova classe definita ARNI (Angiotensin Receptor Neprilysin Inhibitor). L'associazione ha dimostrato ottimi risultati clinici, nello studio PARADIGM-HF, su pazienti scompensati con FE ridotta, ma saranno necessari ulteriori studi.

Parole chiave:

scompenso, fattori natriuretici, sacubitril, ARNI, PARADIGM-HF



La terapia farmacologica dello scompenso cardiaco (SC) prevede un approccio neuro-ormonale, basato su principi attivi in grado di antagonizzare l'iperattivazione del sistema renina-angiotensina aldosterone (SRAA) e del sistema nervoso centrale (SNC) che, mentre nelle fasi iniziali agiscono come meccanismo di compenso, successivamente contribuiscono alla progressione della sindrome. L'attivazione neuro-endocrina è fisiologicamente contrastata dal sistema dei peptidi natriuretici (PN) la cui attività, vasodilatatrice, natriuretica, antiproliferativa e antifibrotica, è opposta a quelle esercitate da SRAA e SNC. Una strategia terapeutica in grado di contrastare la disregolazione neuro-ormonale può essere dunque quella di potenziare l'azione dei peptidi natriuretici. È stato per questo messo a punto un farmaco, capostipite di una nuova classe definita ARNI (*Angiotensin Receptor Neprilysin Inhibitor*), composto da una combinazione fissa 1:1 di valsartan e sacubitril, inibitore della neprilina, endopeptidasi responsabile della degradazione dei fattori natriuretici e di altri peptidi. Per validare clinicamente tale ipotesi fisiopatologica, è stato realizzato lo studio PARADIGM-HF, pubblicato nel 2014 sul *New England Journal of Medicine*, nel quale sono stati arruolati 8442 pazienti ambulatoriali affetti da SC in fase II-IV e frazione di eiezione $\leq 40\%$ (corretta successivamente a $\leq 35\%$ durante lo studio), elevati livelli di PN (BNP ≥ 150 pg/mol o NT-proBNP ≥ 600 pg/mol oppure, se ospedalizzati per SC negli ultimi 12 mesi, BNP ≥ 100 pg/mol o NT-proBNP ≥ 400 pg/mol), funzione renale ≥ 30

ml/min/1,73 m². I pazienti, in terapia ottimizzata, sono stati randomizzati a enalapril (10 mg due volte al giorno) oppure alla combinazione valsartan e sacubitril, denominata LCZ696 (200 mg due volte al giorno). L'end point primario dello studio era composto da mortalità cardiovascolare e ricovero per SC. Lo studio è stato preceduto da una lunga fase di *run-in* sequenziale, in singolo cieco, nella quale i pazienti sono stati trattati prima con enalapril 10 mg due volte al giorno per 2 settimane, seguita, in assenza di effetti collaterali, da sacubitril-valsartan 100 mg due volte al giorno, con incremento della dose a 200 mg due volte al giorno in circa 4-6 settimane. Nel corso di tale fase, che aveva lo scopo di verificare la tollerabilità dell'inibizione del SRAA, per minimizzare il numero di *drop-out* precoci dopo la randomizzazione, circa il 20% dei soggetti ha sospeso il trattamento, a causa di effetti collaterali (nel 12% dei casi, soprattutto durante l'assunzione di enalapril) o altri motivi. Il *trial* è stato interrotto prematuramente, dopo un *follow-up* medio di 27 mesi, in base ad un'analisi ad interim pre-specificata, per l'evidenza di beneficio nel gruppo trattato con l'associazione fissa. La riduzione dell'end point primario è stata infatti del 20% (HR=0,80; IC 95% 0,73-0,87), quella dei decessi totali del 16% (HR 0,84, IC 95% 0,76-0,93), delle morti da cause cardiovascolari del 20% (HR=0,80; IC 95% 0,71-0,89) e dei ricoveri per SC del 21% (HR=0,79; IC 95% 0,71-0,89). In pratica, è necessario trattare circa 50 pazienti per due

anni per ottenere un decesso in meno per tutte le cause (21 per la mortalità cardiovascolare) e circa 32 per un ricovero in meno per SC. I pazienti trattati con l'associazione hanno inoltre ottenuto un miglioramento dei sintomi e della capacità funzionale. In pubblicazioni più recenti gli autori dello studio hanno evidenziato ulteriori benefici in termini di riduzione della necessità di intensificare la terapia per SC, accessi al pronto soccorso, ricorso a farmaci inotropi, dispositivi medici o trapianto. Sulla base di questi risultati, il nuovo farmaco è raccomandato dalle linee guida 2016 della Società Europea di Cardiologia, con classe di evidenza I livello B, in sostituzione degli ACE-inibitori, nei pazienti con SC e ridotta frazione di eiezione, sintomatici nonostante terapia ottimizzata. Per valutare l'efficacia della combinazione sacubitril-valsartan nel trattamento nello scompenso con funzione sistolica preservata è in corso lo studio PARAGON.

Gli eventi avversi più frequenti, nel gruppo LCZ696, emersi nello studio PARADIGM-HF, sono stati l'ipotensione sintomatica, riportata nel 14% vs 9,2% del gruppo enalapril, e l'angioedema non grave, evidenziato nello

0,4% dei pazienti del gruppo sacubitril-valsartan e nello 0,2% del gruppo enalapril, differenza non significativa. A causa del rischio di angioedema, legato ad un possibile effetto combinato delle due classi di farmaci, il trattamento non deve essere iniziato per almeno 36 ore dalla sospensione della



terapia con ACE inibitore. Nel gruppo enalapril sono risultati più frequenti l'iperpotassiemia, la disfunzione renale e la tosse. La neprilisina agisce anche sui peptidi beta-amiloidi, il cui accumulo potrebbe determinare un aumento del rischio di malattia di Alzheimer, in una patologia come lo SC, di per sé importante condizione di rischio per il decadimento cognitivo. Nell'utilizzo degli NP come biomarcatori nel *follow-up* dei pazienti scom-

pensati, durante il trattamento con ARNI, non si può impiegare il dosaggio plasmatico del BNP, ormone attivo, aumentato dall'inibizione del suo catabolismo ma l'NT-proBNP, non soggetto alla degradazione.

I risultati ottenuti con la combinazione valsartan/sacubitril, prima reale novità di vasta portata da circa 20 anni, sono notevoli, anche se saranno necessari ulteriori studi per confermare i dati del PARADIGM-HF e valutare la sicurezza del farmaco nella *real life*. Lo studio presenta infatti diversi limiti, in questa sede si può accennare ad esempio alla ridotta rappresentatività della popolazione studiata, selezionata, al fine di ridurre al minimo il rischio di eventi avversi, mediante la fase di *run-in* pre-randomizzazione. L'età media dei pazienti è inoltre di circa 64 anni, inferiore di oltre 10 rispetto a quella degli scompensati della pratica quotidiana.

Il farmaco è già commercializzato e soggetto a prescrizione medica limitativa, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o specialisti cardiologi.

@ g.collec@vmail.it

RICORDO DI MAURO BARNI



Anche nell'ultima parte della sua vita, in cui ha dovuto sopportare una grave e penosissima malattia, Mauro Barni ha saputo mostrare quella serena laicità, che è stata la cifra essenziale della Sua vicenda umana.

Molti ricorderanno il Prof. Barni studioso insigne e docente di Medicina Legale che ha percorso tutti i gradi accademici nella sua Università senese fino al Rettorato, altri ricorderanno lo scienziato che ha portato molteplici e importanti contributi alla sua disciplina, altri ancora ne rammentano l'impegno politico di socialista all'antica per cui è stato eletto sindaco della sua città.

Contradaio della Tartuca, Barni ha vissuto la senesità come radice umana ma ha saputo con intelligenza e acume spaziare in tutto il vasto mondo della società e della medicina italiana. Come Presidente di Ordine ne voglio ricordare l'impegno etico, che l'ha portato, dopo una lunga fase di vicepresidenza della Commissione Nazionale di Bioetica e di presidenza di quella regionale toscana, a far parte per qualche decennio della Commissione Deontologica Nazionale. Barni è stato uno degli artefici della grande svolta della deontologia italiana, che ha fatto sì che

il nostro codice sia uno dei migliori del mondo per la coerente e sapiente convivenza degli antichi valori della scienza e della coscienza del medico con il rispetto della autodeterminazione della persona e con la difesa dell'equità e della giustizia, cosicché ogni essere umano abbia ugual diritto alla tutela della salute.

Tuttavia il mio ricordo è quello di un vero e grande amico. Un uomo dai molteplici interessi e dalla insaziabile curiosità umana e scientifica, un uomo dotato di assoluta e rigorosa onestà intellettuale. La morte di Mauro rappresenta una grande perdita della Medicina italiana e per l'evoluzione della deontologia medica, sempre bisognosa di trasformazione consapevole in un mondo in così travolgente evoluzione scientifica, sociale e antropologica. Mauro difendeva la professione insegnando i valori della tolleranza e del rispetto per ogni uomo. Ci manca oggi una delle menti più lucide, capace di riflettere sulla modernità e sul suo significato. In questo momento stringiamo in un commosso abbraccio la moglie e le figlie, nel ricordo di una personalità eccezionale, di un vero laico rispettoso di ogni diversità, di un maestro di vita e di pensiero.

Antonio Panti

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del linfedema primario

(Classe: Malattie del Sistema Circolatorio;
codice esenzione: RGG 020)

di Elena Fiaschi, Viviana Dionisio
Agnese Fruzzetti, Enrico Maggi



ELENA FIASCHI, *Direttore UO Recupero e Riabilitazione Funzionale e Protesica dell'ASL Toscana Nord-Ovest di Massa Carrara dal 2010, dal 1992 si occupa di Riabilitazione oncologica con particolare attenzione al linfedema. Dal 2009 è Referente nell'ambito della rete Malattie Rare della Regione Toscana per l'inserimento nel Registro Toscano dei soggetti affetti da linfedema primario cronico e linfedema idiopatico.*

VIVIANA DIONISIO, *medico chirurgo, specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione, Az. USL Toscana Nord-Ovest Massa Carrara.*

AGNESE FRUZZETTI, *medico chirurgo, specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione, Az. USL Toscana Nord-Ovest Massa Carrara.*

ENRICO MAGGI, *Direttore SOD di Immunoallergologia AOU Careggi di Firenze e Coordinatore del gruppo Malattie Rare Immunoallergologiche e Cardiovascolari Regione Toscana.*

Il linfedema primario è una malattia rara cronica ed evolutiva del sistema linfatico, legata ad una alterazione congenita linfangioadenodisplastica che si manifesta con un accumulo anomalo di linfa nel tessuto interstiziale. Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) definisce idonei criteri diagnostici (clinici e strumentali) e terapeutici appropriati in tutte le fasi di malattia.

Parole chiave:
linfedema, linfedema primario, malattia rara, linfoscintigrafia, percorso diagnostico terapeutico

Il linfedema primario (codice identificativo ICD-9- CM:757.0) è una patologia vascolare cronica evolutiva ed invalidante del sistema linfatico, legata ad una alterazione congenita linfangioadenodisplastica (sia dei linfatici che dei linfonodi), che si manifesta con un accumulo anomalo di linfa nel tessuto interstiziale, prima localizzato e poi esteso. Non rientrano nel gruppo i linfedemi secondari a causa nota estrinseca al sistema linfatico (interventi chirurgici, neoplasie o trattamenti delle stesse, traumi, flebotomie e lipedemi). Colpisce prevalentemente gli arti inferiori ma può manifestarsi anche a carico degli arti superiori dei genitali o del volto. La prevalenza, secondo la letteratura internazionale, è stimata ad 1 caso su 6.000/10.000 individui, interessando prevalentemente il sesso femminile, con un rapporto M:F = 1:3. *Non è ancora nota in Italia la reale prevalenza.*

I linfedemi primari possono essere classificati in due gruppi: ereditario ed idiopatico (Tabella 1).

In questi anni si è assistito ad un incremento del numero di diagnosi di lin-

fedema, spesso non supportate da un corretto inquadramento diagnostico, con conseguente dispersione o inappropriato utilizzo di risorse umane, economiche e strutturali.

Il Gruppo Tecnico per il linfedema primario in Toscana è nato nel 2008 per definire idonei criteri diagnostici (clinici e strumentali) e terapeutico-assistenziali appropriati in tutte le fasi di malattia, sulla base della letteratura scientifica, delle Linee Guida nazionali ed internazionali e della buona pratica clinica, dell'offerta assistenziale presente nella regione. A tale scopo la diffusione delle raccomandazioni contenute nel

EREDITARIO	Precoce (Nonne-Milroy presente alla nascita)
	Tardivo (Melighe)
IDIOPATICO	Congenito presente alla nascita
	Precoce esordio prima dei 35 aa
	Tardivo esordio dopo i 35 aa

Tabella 1

PDTA ai medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e altri specialisti è un passaggio fondamentale.

In Toscana, la Rete delle Malattie Rare per il linfedema primario prevede una Struttura di Coordinamento (AOU Careggi-Firenze Malattie Rare Immuno-Allergologiche e Cardiovascolari) e dei Presidi di Rete (AOU Careggi Firenze Malattie Rare Immuno-Allergologiche e Cardiovascolari; USL Toscana N-O Massa Carrara Riabilitazione e Recupero Funzionale; AOU Pisa Cardioangiologia Universitaria), presso i quali il paziente può recarsi per ricevere assistenza e/o formulare la diagnosi e certificare la propria patologia per l'esenzione.

Criteri di ingresso e diagnostici

Il PDTA è rivolto alle seguenti tipologie di pazienti:

- edemi presenti alla nascita agli arti, al volto, al tronco o ai genitali;
- patologia ereditaria (S di Nonne-Milroy, S di Meige) nel gentilizio;
- altre patologie congenite (S di Turner, S. di Noonan, S di Prader Willi, ipertensione polmonare primitiva, ecc) associate a linfedema primario;
- edemi agli arti, al volto, al tronco o ai genitali, senza cause note scatenanti (traumatiche, chirurgiche, post-attiniche, vascolari, oncologiche, infettive).

In accordo con la normativa sulle malattie rare, viene proposta l'esenzione temporanea per tutti gli accertamenti eseguiti per l'inquadramento diagnostico, codice R99, fatta eccezione per la prima visita specialistica e per il primo esame ecodoppler, che rappresentano la prima tappa di *screening* per l'inclusione dei pazienti nel PDTA, e non risultano quindi necessariamente correlati con la patologia in esame.

La presa in carico avviene dopo una prima visita fisiatrica presso un ambulatorio dedicato e in tale sede, dopo l'anamnesi e l'esame obiettivo, vengono consigliati esami strumentali, se non ancora effettuati, quali:

- Ecodoppler arterioso-venoso arti inferiori/ superiori basale e dinamico;
- Linfoscintigrafia agli arti in base all'obiettività clinica, unico esame in grado di confermare il sospetto diagnostico.
- ecografia addome superiore ed inferiore, RX torace, ECG, TC/RMN, in casi dubbi come accertamenti complementari.

In seguito viene richiesta la consulenza genetica con test genetico.

Il paziente tornerà al controllo con gli accertamenti richiesti e se si ha conferma di diagnosi verrà inserito nel Registro Toscano delle Malattie Rare e potrà ricevere il certificato di esenzione.

Criteri terapeutici

- *Trattamento Farmacologico*: non esistono evidenze sulla modifica significativa del decorso della malattia con farmaci specifici (i diuretici non sono indicati). La terapia antibiotica riveste invece un ruolo fondamentale nel trattamento e nella prevenzione delle complicanze infettive quali linfangiti, dermoipodermi, erisipela e micosi. Dopo la seconda recidiva infettiva infatti trova indicazione la profilassi con benzilpenicillina.
- *Trattamento chirurgico*: l'indicazione alla chirurgia dei vasi linfatici risulta controversa e comunque assai limitata.
- *Trattamento riabilitativo*: è necessario in tutti i pazienti con linfedema primario, anche nei casi post-chirurgia dei vasi linfatici.

La presa in carico riabilitativa avviene tramite elaborazione del Progetto Riabilitativo Individuale mirato al recupero funzionale. Il trattamento riabilitativo prevede un approccio terapeutico integrato, con *una prima fase* mirata alla riduzione dell'edema con la Terapia Complessa Decongestiva (LDM e bendaggio multistrato), ed *una seconda fase* mirata al mantenimento dei risultati ottenuti tramite prescrizione di un ausilio elastocompressivo a maglia piatta e alla prevenzione delle complicanze attraverso la educazione sanitaria.

Follow up

A completamento del PDTA del paziente con linfedema primario si rendono necessari interventi di sorveglianza clinica e/o strumentale attraverso controlli ogni 6-8 mesi nelle prime fasi, nei casi stabilizzati ogni anno, salvo variazioni cliniche.

Sul sito delle Malattie Rare della Regione Toscana o ai numeri di tel. 0585 657853 o 0585 657854 (dal martedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 13:00) sarà possibile ottenere i riferimenti relativi al nostro Centro.

 elena.fiaschi@uslnordovest.toscana.it



Piede e caviglia normali

EDEMA lieve

EDEMA moderato o grave

Una questione aperta

Consenso/Dissenso alla esecuzione/interruzione di trattamento “salva vita”

di Gian Aristide Norelli, Martina Focardi, Marco Palandri



GIAN ARISTIDE NORELLI, *Professore Ordinario di Medicina Legale, Università degli Studi di Firenze, Direttore U.O. Medicina Legale AOU Careggi, Firenze.*

MARTINA FOCARDI, *Dirigente medico I Livello, U.O. Medicina Legale, AOU Careggi, Firenze.*

MARCO PALANDRI, *Specialista in Formazione in Medicina Legale, Università degli Studi di Firenze.*

Un recente decreto emesso dal Giudice Tutelare presso il Tribunale di Cagliari ripropone la, a nostro avviso, irrisolta questione del rifiuto alle cure o, meglio, della richiesta di interruzione di trattamento, secondo uno schema che il caso Welby, anni addietro, propose in tutta la sua avvincente drammaticità. Un caso, giova ricordarlo, che non solo divise gli animi e le coscienze, ma che anche in punto di Diritto non consentì di pervenire a definitiva soluzione, persistendo scenari di proiezione e di auspicio verso altri, più definitivi interventi, sia nei pronunciamenti giurisprudenziali che nella Dottrina.

In tempi ancora più recenti è assurta alle cronache la vicenda di Fabiano “Fabio” Antoniani, vittima di un drammatico incidente stradale, a seguito del quale rimase non vedente e tetraplegico. Dopo numerosi appelli al Presidente della Repubblica e al Parlamento, in occasione dei quali fu richiesta a più riprese la promulgazione di una norma sul cosiddetto “Testamento Biologico”, in assenza di una risposta da parte del Legi-

slatore l'uomo è stato accompagnato a concludere la propria vita in una clinica in Svizzera, previa auto-somministrazione di pentobarbitale di sodio.

Il caso di cui si è occupato il Giudice Tutelare di Cagliari, in estrema sintesi, riguarda un soggetto affetto da anni da Sclerosi Laterale Amiotrofica, tracheotomizzato, in respirazione assistita, con nutrizione parenterale, cateterizzato ed affetto da sindrome da immobilizzazione. La comunicazione avviene con sistemi operati da comandi oculari.

Stante l'ulteriore aggravarsi dello stato ed in condizioni ritenute di perfetta capacità di intendere e di volere, a più riprese il soggetto richiede che si proceda all'interruzione del trattamento ed in tal senso si esprime anche l'Amministratore di Sostegno, nominato all'uopo.

Il P.M. appoggia con motivazioni la richiesta ed il Giudice Tutelare accoglie il ricorso. “Quanto alle modalità con cui attuare l'interruzione del trattamento di sostegno vitale, in via cautelativa – recita testualmente il decreto n.d.t. – si dispone che, in accordo con il personale medico e paramedico che attualmente

assiste o verrà chiamato ad assistere il sig. W.P., l'interruzione del trattamento di respirazione artificiale o di altre procedure di assistenza strumentale avvengano in hospice o in altro luogo di ricovero confacente ed eventualmente – se ciò sia opportuno ed indicato dalla miglior pratica medica – con somministrazione di quei soli presidi atti a prevenire ansia e dolori e nel solo dosaggio funzionale a tale scopo, comunque con modalità tali da garantire un adeguato e dignitoso accudimento accompagnatorio della persona prima, durante e dopo la sospensione del trattamento...”

Si rammenta, inoltre, nel decreto, giusto una recente sentenza del TAR Lombardia (sentenza n. 650/2016, depositata in data 06/04/2016), ove il Tribunale Amministrativo “ha ritenuto la sussistenza del fatto lesivo e la sua ingiustizia, nella condotta dell'Ente Pubblico che



abbia inteso negare l'effettuazione della richiesta prestazione sanitaria, frapponendo ostacoli all'esecuzione dell'autorizzazione rilasciata dalla autorità giudiziaria, rifiutandosi deliberatamente di darvi seguito e ponendo in essere un comportamento di natura certamente dolosa, condannando l'Ente al risarcimento dei danni".

Orbene: senza voler entrare nel merito giuridico della questione, per carenza di titolo e di competenza, si ritiene che almeno un breve commento si imponga da parte della Medicina Legale, costantemente chiamata ad affrontare, per la parte di propria competenza, aspetti di siffatta indole, sia per il costante e doveroso richiamo alla Deontologia, sia per le connessioni insite nella Disciplina, fra gli aspetti tecnici ed il Diritto, sia, infine, per il ruolo che il medico legale può trovarsi ad assumere in qualità di consulente dell'Assistito, del Collega o dell'Ente di appartenenza che sia chiamato ad ottemperare ad un decreto o ad un'ordinanza del tipo di quella in epigrafe, in assenza di certezze – giova subito premetterlo – sulla concorde liceità della condotta.

Appare evidente, al riguardo, che il citato decreto non può non evocare dubbi e perplessità di sostanza sia per il merito specifico di cui si occupa e per il modo con cui il Giudice Tutelare sembra risolvere una materia che da anni vede impegnati e coinvolti ampi settori della Società dinanzi a complesse e assai delicate questioni etico-giuridiche, sia per un pesante ed apodittico richiamo ad obblighi che deriverebbero alle Strutture Pubbliche in nome di ordinanze, peraltro, il cui limite di portata è, o dovrebbe essere, ampiamente noto, sia (e ci sia consentito osservare che questo è, forse, il punto che desta maggior dubbio), per l'opinione espressa dal Pubblico Ministero che avrebbe, forse, meritato un maggiore e più dettagliato approfondimento.

E proprio in ciò – a nostro avviso, risiede il maggior limite e la massima preoccupazione dinanzi ad un pronunciamento siffatto: nella constatazione, cioè, che la Giurisprudenza, ancorché quella di contenuta estensione del Giudice Tutelare, che è tuttavia soggetto di prova-

ta esperienza di Diritto – definisca in poche pagine la sostanza di anni di dibattito e questioni assai delicate e sfuggenti di carattere etico, deontologico e giuridico, riversando sul medico atti, funzioni ed obblighi la cui effettiva sussistenza ci sembra sia ancora tutta da dimostrare. Ma ci si è chiesti il motivo per cui, se la questione fosse di così agevole risoluzione, il Legislatore sarebbe stato tanto improvvido da non averla affrontata e definitivamente risolta nel trascorso decennio? Ci si è chiesti il motivo per cui disposizioni di matrice costituzionale, penalistica e civilistica si embricano e si intersecano tra loro creando una fitta maglia di pregiudiziali,



spesso tra loro confliggenti, tanto da ostacolare l'esercizio sereno e nitido della Medicina, eppure nessuno, ancora, ha ritenuto di dovervi porre definitivamente mano, nonostante l'accorato richiamo che spesso la Medicina Legale ha evocato? Se i dubbi e le perplessità che sino ad oggi hanno imposto alla Categoria medica comportamenti antitetici a quelli che oggi sembrano essere nitidamente delineati dal decreto tutelare, lo si dica con chiarezza ai massimi e più opportuni livelli della Magistratura, ove il Legislatore ancora intenda defilarsi, ma ciò che sembra inopportuno è che, ancora una volta, siano i Medici che devono intervenire su una materia che non è di loro specifica competenza, per evitare di trovarsi ancora una volta fra l'"incudine" di un Diritto, forse obsoleto, ma sicuramente divergente rispetto alle attese sociali, ed il "martello" delle richieste della Società stessa, che una parte almeno della Magistratura sembra condividere, ma che ancora esprimono le riserve etiche e morali che hanno ispirato

il contrario Diritto, cui sembra che si intenda imporre di contravvenire. Alcune questioni, nel decreto in commento, sono note e definite e su di esse ci sia consentito non tornare. La imprescindibilità del consenso al trattamento, definito dalla Carta Costituzionale e dai pronunciamenti internazionali, come dalle innumerevoli sentenze della Suprema Corte, è materia ormai ammessa, incontestata ed incontestabile, come incontestato ed incontestabile è il diritto dell'avente titolo a non consentire o a rifiutare il trattamento in ogni momento e fase esecutiva dello stesso. Incontestabile, del pari, il diritto di rifiutare il trattamento, anche se tale rifiuto ponga in pericolo reale e certo la vita di chi ne abbia titolo, come incontestabile, per ora, la necessità che il consenso, come il rifiuto, sia espressa da soggetto capace e perfettamente consapevole della natura e delle conseguenze, possibili o sicure, della espressione di volontà che intende dare, riferita al momento in cui l'espressione stessa sia fornita.

Ribadendosi, una volta per tutte, che, *rebus sic stantibus* in materia di norme e di interpretazione giuridica delle stesse, l'attualità del consenso è l'ostacolo ad oggi insuperabile per la definizione del problema noto delle "disposizioni anticipate"; impossibili da sottoscrivere validamente, fino a che non sia promulgata una norma che consenta di disporre, ora per allora, di beni disponibili (e si dia per scontato, anche se certo non lo è, che la vita sia da considerare tra quelli; ma l'approfondimento ci porterebbe lontano).

Il primo e più significativo spunto di commento proviene dalla persistente validità dell'art. 579 c.p. che contempla l'ipotesi dell'"Omicidio del consenziente". Al di là della – nota – lettera dell'articolo, ciò che soprattutto rileva è l'intento, insuperato, del Legislatore, di punire la soppressione della vita di colui che, pur validamente, lo richieda. E ciò, si badi, non solo e potrebbe dirsi non tanto perché il bene cui si riferisce il consenso non sia disponibile; se ciò fosse, infatti, l'espressione del consenso sarebbe addirittura da ritenere pleonastico, configurandosi gli estremi dell'atto omicidiario doloso. Ed invece, nella fattispecie di cui ci si occupa, è be-

ne ammessa la validità del consenso (onde la consapevolezza delle conseguenze e la disponibilità del bene), ma del pari è ritenuto contrario alla legge dare seguito alla richiesta, anche se, ovviamente, debba prevedersi una gravità minore dell'atto e, di conseguenza, del reato. Non si specifica, nella previsione codicistica, alcuna motivazione a sostegno del consenso dell'avente titolo, per cui non può rilevare che la richiesta stessa derivi dalla percezione di uno stato di malattia o da qualsiasi altra motivazione: della vita, sembra dire il Legislatore, la persona ha diritto di disporre come meglio crede (ed infatti non è reato il tentativo di suicidio), ma altri non possono intervenire, pena la sussistenza del reato, a sopprimere la vita o ad aiutare il titolare del diritto a farlo. L'orientamento giurisprudenziale al riguardo appare, tuttavia, sostanzialmente conforme e puntualmente riassunto in un Pronunciamento della Procura di Sassari (23/01/2008), secondo cui "Non integra il reato di omicidio del consenziente il comportamento del medico che lascia morire di inedia un paziente affetto da una grave patologia invalidante, senza imporgli quella nutrizione ed idratazione da questi consapevolmente rifiutate; tale rifiuto è giuridicamente efficace, perché rien-

trante nell'art. 32, comma 2, cost., per il quale nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non nei casi previsti dalla legge. Pertanto, quando viene opposto un rifiuto ad un trattamento sanitario, la relativa omissione del medico non è tipica e non è penalmente rilevante: viene infatti meno l'obbligo giuridico ex art. 40, comma 2, c.p., anzi scatta per il medico il precipuo dovere di rispettare la volontà del paziente".

Ed ancora, tornando a citare il Caso Welby: "La scelta di rifiutare o di interrompere o meno la terapia, spetta e deve essere esercitata unicamente dal titolare dei diritti e segnatamente dal paziente. L'individuo può rifiutare trattamenti medici e la sua volontà consapevole deve essere rispettata anche quando il rifiuto riguardi terapie salvavita. Non è l'esistenza dell'accanimento terapeutico a connotare di legittimità la condotta del medico che lo faccia cessare; bensì è la volontà espressa dal paziente di voler interrompere la terapia a escludere la rilevanza penale della condotta del medico che interrompa il trattamento. Pur se la condotta posta in essere dal medico integra l'elemento materiale del reato di omicidio del consenziente (il distacco della vittima dal respiratore artificiale effettuato dal medico determina-

va il suo decesso dopo poco) e, pur sussistendo l'elemento psicologico (il medico ben sapeva che l'interruzione della terapia di ventilazione assistita era anti-giuridica e avrebbe comportato il decesso del paziente) sussistono tutti gli elementi per l'applicabilità dell'esimente dell'adempimento di un dovere, con conseguente liceità della condotta posta in essere dall'imputato" (Ufficio Indagini preliminari Roma, sentenza n. 15381 del 17/10/2007).

Il principio ispiratore della giurisprudenza di merito appare dunque quello secondo cui: "non si rinviene traccia costituzionale (e non potrebbe essere diversamente) che imponga un obbligo di curarsi o che assegni un diritto del medico a curare chi tali cure rifiuti, poiché non può immaginarsi un 'bene vita' come entità esterna all'individuo e che all'individuo possa essere imposto contro la sua volontà (cfr. comb. disp. artt. 2, 13 e 32 Cost.)" (GIP Tribunale Torino, sentenza del 16/01/2013).

Alla luce di tali premesse, peraltro, non v'è chi non veda come possa permanere ancora un dubbio, in merito alla differenza sostanziale che esiste fra un rifiuto cosciente a qualsiasi trattamento e la richiesta di intervenire ad un trattamento che si sia preventivamente autorizzato, non astenendosi dalla sua

LETTI PER VOI

Una vita per le altre vite

GIUSEPPE CAMAGNI



Giuseppe Camagni appartiene alla generazione di medici, laureati nell'immediato dopoguerra, che hanno contribuito a modernizzare la sanità fiorentina, introducendo le grandi innovazioni che provenivano d'oltreoceano, dagli antibiotici, alla rianimazione, all'uso esteso dell'anestesiologia. Così il giovane Camagni, dopo una giovinezza resa drammatica dalla tragedia della guerra mondiale, finalmente assistente volontario (e allora era già molto) in maternità, cerca e riesce a introdurre la sedazione del dolore nel parto, sconfiggendo antichi tabù medici e perfino antropologici e religiosi. Camagni racconta tutto questo in un piccolo e leggibilissimo libro, *Una vita per le altre vite*, Edizioni Tassinari, in cui compone, con agile penna, una sorta di *tranche de vie*, di ricomposizione dei molteplici episodi di un'esistenza lunga e prestigiosa. Il percorso dall'infanzia trascorsa in piena sintonia con gli amati genitori ai successi professionali, alla serenità del distacco dal lavoro, sono raccontati in un intreccio piacevole e tale da sollecitare la curiosità e il ricordo del lettore che rivive spesso episodi noti e riconosce colleghi che hanno dominato la scena medica fiorentina. Risalta in conclusione una figura di uomo e di medico che molto ha dato agli altri, una vita piena e soddisfacente, nonostante i drammi che l'hanno costellata. Per i giovani colleghi un esempio di onestà intellettuale e di vivacità culturale. Auguri al giovane Camagni.

Antonio Panti



prosecuzione, ma tramite un intervento attivo idoneo ad interromperne l'efficacia. *Nulla quaestio!* relativamente alla prima ipotesi, allorché cioè un Soggetto, validamente titolato a consentire, rifiuti la prosecuzione di un trattamento alla cui omissione il medico è certamente tenuto; diversamente, invece, occorre argomentare, nel caso in cui il trattamento sia in essere e sia richiesto un atto commissivo per interromperne le finalità. In tal caso, l'atto rappresenta l'azione necessaria e sufficiente a produrre l'interruzione della vita, di cui è fatto divieto a chiunque a mente dell'art. 579. c.p.. Essere medico, anzi, non può che rappresentare un'aggravante, per certi aspetti, nella misura in cui sussiste indubbiamente la competenza per individuarsi la piena coscienza e volontà dell'azione e delle conseguenze che, sotto ogni profilo, dall'azione stessa certamente derivano.

Non solo, ma ulteriori perplessità non possono non derivare allorché si consideri, per il medico, non solo una sorta di cogenza a sospendere la funzione delle attrezzature utili a fornire il sostegno vitale, ma addirittura ad assistere la persona somministrando "presidi atti a prevenire ansia e dolori", ancorché "nel solo dosaggio funzionale a tale scopo". Si ritiene che il Giudice di Cagliari abbia adottato tale aggiunta onde evitare che un sovradosaggio farmacologico potesse rappresentare una concausa del decesso se sommato all'interruzione del trattamento meccanico; evidentemente considerando, ma erroneamente a nostro avviso, un atto commissivo sostenuto e validato dal consenso, l'arresto indotto della funzione meccanica, mentre un sovradosaggio farmacologico, pur del pari consentito, non avrebbe assunto le medesime caratteristiche di liceità. Una differenziazione, sia consentito

dirlo, bizantina e scientificamente non fondata, nella misura in cui entrambe le circostanze presuppongono un'azione volontaria e cosciente di cui sono note le conseguenze; ed anche il dosaggio di un farmaco che sia impiegato a scopo analgesico in circostanze del tipo di quella proposta deve avere un dosaggio che credibilmente può agire in senso acceleratore della morte, sul centro respiratorio della persona.

In ogni modo e pur volendo prescindere da argomentazioni di tipo tecnico, non si riesce a comprendere quale sia la differenza di un atto così perpetrato ed altro che configuri gli estremi, come si è detto, di un omicidio del consenziente ovvero, per ciò che attiene l'assistenza, di un evidente "aiuto al suicidio" (art. 580 c.p.) che verrebbe a perpetrarsi nel momento in cui il rifiuto alla prosecuzione del trattamento esprima la volontà dell'assistito di interrompere le proprie funzioni vitali, indirettamente in quanto induce il medico ad omettere il trattamento, sulla base del rifiuto di esso, ma il medico incorre nell'altra presunzione di reato, nel momento in cui assiste la persona nella sua autosoppressione tramite "una innegabile condotta interventista, che non può essere assimilata, e non solo dal punto di vista naturalistico, alla condotta, essa sì, ommissiva del medico che si limiti a non iniziare una terapia non voluta dal paziente" (Ufficio Indagini preliminari Roma, sentenza n. 15381 del 17/10/2007).

Nell'un caso e nell'altro palesandosi i presupposti della violazione della legge penale con riferimento ad atti per i quali innegabilmente sussiste la coscienza e la volontà delle caratteristiche dell'azione e delle sue conseguenze.

Che dire, poi, della possibilità per il medico di opporsi ad una condotta del tipo di quella postulata nel decreto, pacificamente affermata in circostanze ana-

loghe anche da parte di chi sosteneva la piena liceità dell'intervento, con convincenti argomentazioni giuridiche e neppure sfiorata nel decreto relativo alle circostanze di specie.

Quanto, poi, al riferimento alla sentenza n. 650/2016 (trattasi della nota sentenza inerente il caso Englaro), non volendo entrare in un dettaglio che meriterebbe di per sé uno specifico ed attento commento, si può rapidamente e solo affermare che questo appare per più ragioni improprio: anzitutto, infatti, la questione era assai diversa rispetto a quella di specie, segnatamente per le caratteristiche della validità del consenso. Né può dimenticarsi, inoltre, che a seguito dell'evento il padre della ragazza fu indagato per omicidio volontario e 13 persone lo furono con lui in concorso, anche se il caso fu poi rapidamente archiviato e che il sussidio "vitale" somministrato alla ragazza era di natura assai diversa e tale da conferire una precarietà di equilibrio opposta, rispetto ad una assistenza strutturata, tramite apparecchiature, del tipo di quella evidente nel caso di cui ci si occupa e che conferiva una stabilità positiva e duratura dei parametri vitali. Onde una chiosa del tipo di quella adottata dal Giudice Tutelare, riferendosi ad un "comportamento di natura certamente dolosa" in relazione all'Ente Pubblico che neghi l'effettuazione della prestazione sanitaria richiesta, appare discutibile e soprattutto fuorviante, segnatamente nei confronti di un Ente Pubblico che possa trovarsi nella medesima situazione e che potrebbe essere ben lungi dall'interpretare un decreto del tipo di quello del Giudice cagliaritano come indicativo di un percorso obbligato e lecito e soprattutto conforme ai più consolidati presupposti dell'Etica e del Diritto.

Medicina grafica e Medical Humanities

di Francesco Carnevale



FRANCESCO CARNEVALE è stato assistente presso l'Istituto di Medicina del Lavoro dell'Università di Padova e poi di Verona dal 1969 al 1986, quindi sino al 31.12.2009 dirigente di medicina del lavoro nell'Azienda Sanitaria di Firenze. È cultore di storia della salute dei lavoratori.

Prendendo spunto dalla giornata di studio “La malattia raccontata: scrittura e immagini” organizzata di recente dal Centro di Documentazione per la Storia dell’Assistenza e della Sanità di Firenze vengono considerate la nascita, nell’ambito delle Medical Humanities e la diffusione negli ultimi anni della Medicina grafica, ovvero l’applicazione dei fumetti alla medicina sia per rendere più efficace la “simpatia” tra utenti ed operatori sanitari che per incrementare la comunicazione e la formazione in medicina.

Parole chiave:
medicina grafica, fumetti,
narrazione, immagini, malattie

Si ode ancora l’eco provocata dalla giornata di studio del 19 maggio 2017, voluta e organizzata dal Centro di Documentazione per la Storia dell’Assistenza e della Sanità di Firenze, ed animata da autorevoli interpreti su *La malattia raccontata: scrittura e immagini*. L’occasione è risultata proficua per discutere di *Medicina narrata, Sapere narrativo, Letteratura e medicina, Percorso fra ideologia e letteratura, Malattia e medicina nel romanzo italiano dell’Ottocento, Malati e medici tra cinema e letteratura, Medici malati e santi protettori nell’arte del Rinascimento in Toscana, La malattia a fumetti e le clinicommedie di Tempo Medico*. Si pensa che l’eco verrà continuata anzi amplificata grazie alla pubblicazione degli Atti dei lavori svolti.

La giornata di studio fiorentina è riuscita a riempire di contenuti, al di là degli aggiustamenti voluti da alcuni accademici e trascurando la deriva della bioetica, le *Medical Humanities* (termine difficile da tradurre in italiano): la letteratura “alta” che si è occupata e si occupa di salute e di cura; la medicina narrativa (la metodologia d’intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa); le arti espressive basate sulle immagini che da sempre hanno accompagnato l’evoluzione delle culture umane, dalle pitture rupestri a quelle “popolari” e non, ispirate per molto tempo dalle pratiche religiose, dalla grafica applicata alla stampa e poi dalla fotografia e dal cinema. Si arriva così a comprendere il significato della più efficace (e pur ottimizzabile) definizione assegnata alle *Medical Humanities*: “Tramite l’approccio multidisciplinare che le caratterizza, intendono fornire alla medicina

e a tutti i soggetti coinvolti nel processo di [prevenzione,] cura [e riabilitazione] gli strumenti necessari per comprendere tanto le malattie quanto la salute [e la sanità] in un contesto sociale e culturale sempre più esteso, al fine di favorire una maggiore comprensione empatica di sé, dell’altro e del processo [prevenitivo,] terapeutico [e di cura]”.

L’arte espressiva che, almeno formalmente, più di recente è entrata, a pieno diritto e con una certa prepotenza (e non si pensa possa essere una semplice “moda”), anche in Italia, nella comunità delle *Medical Humanities* è la *Medicina grafica*, i fumetti, i *comics* applicati alla salute, alla medicina ed alla prevenzione. Il sito internet specializzato *Fumettologica* (<http://www.fumettologica.it/?s=medicina>) ne rende conto con un primo lungo saggio dal titolo “Medicina Grafica. L’esplosione creativa del fumetto medico-sociale” di Matteo Stefanelli e Gabriele Margara postato il 27 settembre 2016 e poi con puntuali aggiornamenti mensili. Secondo questi autori la *Medicina grafica* è da considerare “una prospettiva – in parte filone creativo, in parte etichetta a posteriori – che propone un nuovo modo di intendere il fumetto e le sue funzioni, includendo universi abitualmente distanti come l’educazione medica, l’informazione socio-sanitaria e la cura stessa dei pazienti”; deve essere vista correlata con quella *Medicina narrativa* sviluppata negli anni ‘90 negli Stati Uniti e poi ovunque che ha come fine la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato e come metodologia d’intervento clinico-assistenziale quella basata su una specifica competenza comunicativa dove “la narrazione è lo stru-

mento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura". È nel 2007 che il medico e fumettista britannico Ian Williams ha coniato il termine *Medicina grafica* (*Graphic medicine*), intendendola come "utile per indicare il ruolo che i fumetti possono svolgere nello studio e nella fornitura di assistenza sanitaria". La creazione da parte dello stesso Williams di un sito dedicato (<http://www.graphicmedicine.org/>, supportato dal *Wellcome Trust* e dal *Penn State Hershey College of Medicine*) ha favorito l'aggregazione di medici, infermieri, pazienti e di autori, già attivi nel settore dei fumetti ed in particolare della forma ormai consolidata della *Non fiction novel*, in una serie veramente notevole di iniziative che vede interagire accanto a soggettisti e sceneggiatori competenti o interessati direttamente dal fenomeno malattia anche dei disegnatori di grande valore che alle volte lavorano ispirati da un "fatto personale".

Dal 2010 si tengono riunioni annuali, le *Comics & Medicine Conferences*, che fanno incontrare autori ormai affermati e sempre più attivi specie di lingua anglosassone quali Linda Barry, Al Davison, Carol Tyler, Justin Green, Ellen Forney, James Sturm, Carol Tilly, David B., Joyce Brabner, David Small, Phoebe Gloeckner, Brian Fies, Scott McCloud, Darryl Cunningham. Molto attiva è anche la produzione di *Medicina grafica* in lingua ispanica; i molti cultori, europei ed americani, si riconoscono e si mostrano in un vivace sito internet, <https://medicinagrafica.com/>, e testimoniano di credere nella "illustrazione come potente veicolo di informazione, della massima importanza" e di non arrestarsi di fronte al "pregiudizio secondo il quale la medicina è cosa troppo seria" per essere trattata con i fumetti.

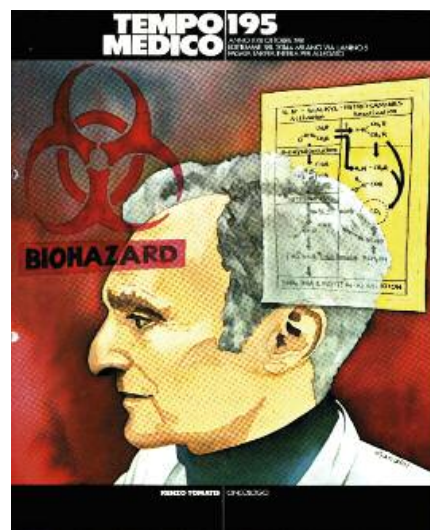
La casa editrice *Penn State University Press* nel 2015 ha inaugurato una nuova collana con un testo collettaneo, *Graphic Medicine Manifesto*, con contributi dei primi ed ormai più affermati autori del genere: M. K. Czerwicz, Ian Williams, Susan Merrill Squier, Michael J. Green, Kimberly R. Myers. L'obiettivo dichiarato, assistito da considerazioni dettate dall'esperienza e da un attento



Frontespizio della *Graphic novel Doctor G*.

bilancio bibliografico, è quello di dimostrare come la medicina grafica abbia la possibilità di sfidare i confini delle discipline accademiche convenzionali, di sollevare domande sulle loro fondamenta inducendo i vari membri delle professioni sanitarie a rinvigorire la forma ed i testi letterari con rappresentazioni visive e simboliche ed offrendo a pazienti, a familiari ad un pubblico più ampio nuovi modi per affrontare le sfide e la complessità dell'esperienza medica.

Mater Morbi, l'album 280 del 2009 del bonelliano *Dylan Dog*, scritto da Roberto Recchioni e disegnato da Massimo Carnevale, non si può dire che rispecchi i paradigmi del *Graphic Medi-*



Copertina del n. 195, Ottobre 1981, di *Tempo Medico* con un ritratto dell'oncologo Renzo Tomatis (1929-2007).

cine Manifesto; è fantasmagorico, epico, con notevoli velleità e con buoni risultati artistici. La trama, non certo facile da ricostruire, ci dice che Dylan, malato, viene ospedalizzato e tra sogno (incubi e visioni) e realtà (attrezzature mediche, medici per metà salvatori e per metà aguzzini) affronta *Mater Morbi*, la madre di tutte le malattie, *dark-lady*, amante spietata ed esigente che lo perseguiterà per tutta la vita. Recchioni, con altri, è autore di nuove peripezie sanitarie a fumetti (*Asso*, Nicola Pesce Editore, 2012) spinte dalla sua vivida creatività ma anche basate sulla sua lunga e pesante anamnesi patologica di cui parla abbondantemente nel suo blog (<http://prontoallaresa.blogspot.it/>). È da ricordare che sempre nel 2009 il *Maxi Dylan Dog* n. 12 presenta una storia dal titolo *Le morti bianche* (Giovanni Gualdoni, soggetto e sceneggiatura, Montanari & Grassani, disegni, Angelo Stano, copertina) nella quale l'eroe si fa assumere in una fabbrica londinese per indagare sulla causa di infortuni subentranti che uccidono un gran numero di operai e impiegati.

È il caso, a questo punto, di proporre una sorta di bibliografia (che non si pensa esaustiva), sulla *Medicina Grafica* disponibile in italiano iniziando dalle voci più recenti:

Doctor G - Una graphic novel - Una medicina per la troppa medicina (Luana Caselli, Luca Iaboli, Grazia Lobaccaro, grafico, Marco Madoglio, sceneggiatore, Gianfranco Domenighetti, prefazione, L-INK 2016); per sapere tutto su rischio relativo e assoluto, *led time bias*, sovradiagnosi, attendibilità di uno screening, sensibilità e specificità di un test, mortalità, sopravvivenza; strumento di alfabetizzazione biostatistica di base per medici e studenti di medicina, pazienti e giornalisti.

SuperSorda! (Cece Bell, Elena Orlandi, traduttore, Piemme 2017); Cece è una bambina che perde l'udito e dovendo adottare l'apparecchio acustico, una scatoletta ingombrante, ha paura di sembrare brutta e che i suoi compagni di scuola la possano prendere in giro; poi realizza che l'apparecchio le fa sentire cose che nessun suo compagno percepisce, un superpotere che le consente di risolvere i problemi dei deboli ed aiutare gli altri.

La storia delle mie tette (Jennifer Hayden, Micol Beltramini, traduttore, Edizioni BD 2016); Jennifer racconta la storia delle sue tette, dall'attesa di vederle spuntare a quando ha dovuto rinunciare in un contesto di amore e di dolore.

Il grande male (David B., Francesca Scala, traduttore, Coconino Press 2016); vi si racconta la storia dell'adolescenza accompagnata dai tormenti dell'epilessia.

Pillole Blu (Frederick Peeters, Michele Foschini, traduttore, Bao Publishing 2015); la storia di un amore condito con il virus dell'HIV.

La vita inattesa (Micol Arianna Beltramini, Tito Faraci, Alessandro Q. Ferrari, Rizzoli Lizard 2014); racconta a fumetti disegnati da famosi artisti tendenti a dimostrare l'efficacia dell'"ascolto" nel processo di guarigione.

Marbles (Ellen Forney, Micol Beltramini, traduttore, Edizioni BD 2014); Ellen, "bipolare", racconta le sue peripezie e deve convincersi di aver bisogno di una cura.

Rughe (Paco Roca, A. Papa, traduttore, Tunuè 2013); la vita quotidiana descritta con umorismo e commozione di un anziano direttore di banca con diagnosi di "morbo di Alzheimer" ricoverato in una residenza.

La parentesi (Elodie Durand, Donatella Pennisi Guibert, traduttore, Coconino Press 2011); la lotta di una giovane donna per ricostruire la propria identità contro una malattia che cancella la memoria.

Stitches (David Small, M. Bertoli, traduttore, Luca Sofri, prefazione, Rizzoli Lizard 2010); il racconto molto articolato delle disavventure di un quattordicenne che iniziano quando, dopo un'operazione, scopre di non essere più in grado di parlare.

Mom's cancer (Brian Fies, S. Visinoni, traduttore, Double Shot 2009); si raccontano gli effetti sull'intero gruppo familiare derivanti dalla diagnosi, a carico di un suo membro, di un tumore polmonare.

Negli ultimi anni in Italia è fiorito un vero movimento sponsorizzato volentieri dall'ente assicuratore per gli infortuni e le malattie professionali, l'INAIL, capace con le sue "strisce" di incitare alla prevenzione nei luoghi di lavoro stu-



Manifesto per la *Comics & Medicine Conference*, Seattle 2017.

denti di tutte le età e lavoratori di ogni etnia. Un bilancio di tale movimento che aggiorna quello dei decenni passati fatto con cartelli "ammonitori" spesso terrificanti e sanguinolenti appare difficile e comunque ancora da fare, sia sotto il profilo della qualità dei prodotti offerti, sia per la loro efficacia ed effettiva diffusione. Tra le molte si segnalano due opere più recenti: *La prevenzione non è*

I fumetti con il passare del tempo, grazie anche alla loro evoluzione tecnica e creativa, si sono guadagnati un posto sicuro nel campo intrigante di quel mix espressivo visivo-letterario e nel connubio realtà-finzione

di questo mondo (Paolo Virelli, testi e disegni, INAIL 2015) e *Ispettore Felicino, 5 storie di salute e sicurezza sul lavoro* (Studio Sgro Srl, ideatore, Riccardo Pieruccini, grafico, Pacini Editore 2015). Si pensa che questi contributi rimangano

distanti da quelli dedicati in qualche modo allo stesso argomento, in altri tempi forse più propizi, da autori come Roberto Zamarin (1940-1972) con *Gasparazzo*, Francesco Tullio Altan con *Cipputi* o Vauro Senesi. Meritevoli di grande interesse e con un posto a sé stante sono le *Graphic novel* che ricostruiscono delle "tragedie operaie": *ILVA, comizi d'acciaio, storie di vita e di morte all'ombra dell'acciaio* (Carlo Gubitosa, Kanjano, BeccoGiallo 2013); *Marcinelle 1956* (Sergio Salma, Diàbolo Edizioni 2012); *Eternit, dissolvenza in bianco* (Assunta Prato, Gea Ferraris, Ediesse 2011); *ThyssenKrupp, morti speciali S.p.A.* (Alessandro Di Virgilio e Manuel De Carli, BeccoGiallo 2009); *Porto Marghera, la legge non è uguale per tutti* (Claudio Calia, BeccoGiallo 2007); *Marcinelle, storie di minatori* (Igor Mavric e Davide Pascutti, BeccoGiallo 2006).

Censire ed illustrare l'attualità della *Medicina grafica* incita anche a guardarsi indietro per andare alle origini del fenomeno, per comprenderne l'evoluzione e ricordarne alcuni esempi memorabili. Ciò è stato fatto in occasione della giornata di studio richiamata all'inizio, dove è stata presentata certa produzione artistica toscana e, più specificamente, sono stati rinverdit i fasti (indimenticabili per chi li ha vissuti in diretta) dei disegni di Guido Crepax (1933-2003); disegni ideati per le oltre 200 copertine (con personaggi che hanno fatto la storia della medicina) e per i 360 casi della rubrica *Circuito interno*, in seguito diventata *Clinicommedie*, di *Tempo Medico*, rivista di informazione, dossier, cultura e attualità medica pubblicata dal 1958 al 2009. Le tavole di Crepax sono comparse nella rubrica per circa 30 anni a partire dal 1965, con impatto non certo di indifferenza (oltretutto nel corso degli anni si è vista nascere e poi affermarsi in quei disegni l'immagine-icona di *Valentina*) a corredo della narrazione di un caso clinico, sotto forma di dialogo: un importante clinico ed il suo aiuto discutono introducendo anamnesi, sintomi e segni del caso; assistenti, specializzanda e studenti commentano all'esterno. L'obiettivo è quello di raggiungere la diagnosi più ragionevolmente formulabile e viene coinvolto anche il lettore, che leggendo può fare una sua ipotesi verificandola poi an-



dando a leggere la “risposta giusta”. Molti di questi disegni di Crespax sono stati recentemente esposti a Milano in due mostre, una delle quali opportunamente sponsorizzata dall’Ordine di medici.

La narrazione per immagini (con o senza un testo incastonato nella “nuvoletta”) si può dire che sia sempre esistita: è strumento irrinunciabile dell’arte “popolare” che ha accompagnato l’umanità dai graffiti preistorici alla stampa che farà nascere il fumetto vero e proprio, alla fine dell’Ottocento, passando per lunghi secoli sino all’alto Medioevo quando, pur esaltando lo spirito ed il proprio dio, si mantiene con l’arte sacra un occhio al corpo e quindi alla medicina. Basta richiamare alla memoria qualche esempio residuo di *Cristo della Domenica*, iconografia condannata dopo il Concilio di Trento, raffigurazione di carattere prescrittivo-ammonitorio tendente a disincentivare il lavoro nel giorno consacrato al Signore. Immagini “narranti” e quindi buone antenate del fumetto possono essere considerate ad esempio *Il trionfo della morte* di Andrea Orcagna (1308-1368), affresco sull’altare dei Pazzi nella chiesa di S. Croce a Firenze, o il *Cristo deriso, la Vergine e San Domenico* del Beato Angelico (1395-1455), nel Convento di S. Marco a Firenze o, dello stesso autore, la predella della *Pala di Annalena* con otto (all’origine) pannelli, una vera *strip* illustrante *Storie dei santi Cosma e Damiano*; oppure ancora la *Pietà con i simboli della Passione* del Maestro della Madonna Strauss (attivo in area fiorentina tra la fi-

Una tavola di Guido Crespax comparsa nella rubrica *Clinicomedie* di *Tempo Medico*.

ne del XIV e l’inizio del XV secolo) conservato al Museo dell’Accademia a Firenze.

Suggestivo per un rapporto paziente-medico con immagine è l’*Autoritratto da ammalato* di Albrecht Dürer (1471-1528); il disegno acquarellato, 12 cm in altezza, corredato da una scritta in

tedesco che recita l’area dove si trova la macchia gialla indicata dal mio dito è quella dove io ho male”, secondo l’ipotesi più seguita sembra sia stato inviato dall’artista, in un anno tra il 1512 ed il 1519, al proprio medico di fiducia per una sorta di consulto per corrispondenza. Sono molte le interpretazioni date: una vuole che indicando la milza, sede della “bile nera” secondo la teoria ippocratica degli umori, voglia far riferimento alla sua “melancolia”; un’altra ipotesi rimanda ad una splenomegalia e probabilmente alla malaria.

I fumetti, con il passare del tempo, grazie anche alla loro evoluzione tecnica e creativa, si sono guadagnati un posto sicuro nel campo intrigante di quel *mix* espressivo visivo-letterario e nel connubio realtà-finzione; ai più consentono una comprensione immediata, attraente e chiara, emotiva e memorabile di storie e problemi, siano essi fantastici o realistici. Non desta meraviglia che i fumetti abbiano contaminato la medicina e che la medicina ricorra ai fumetti per esprimere meglio le proprie funzioni ed anche per superare alcuni suoi limiti intrinseci.

La *Medicina grafica*, pur dovendo considerare la complessità della sua realizzazione (oltre che di un narratore necessita di un disegnatore), mostra i suoi migliori risultati a proposito del cosiddetto “narratore ferito”, quando si tratta cioè, di rivivere e rielaborare in prima persona storie di malattia, sofferenze, incontro-scontro con il personale e le strutture sanitarie, speranze riposte o

abbandonate. Spesso risultati analoghi si ottengono quando il caso è raccontato con passione e con intelligenza da un qualche operatore o da un familiare addetto alla cura. Si tratta di storie sempre “istruttive”, capaci meglio di qualsiasi lezione accademica, per chi ne ha l’obbligo, di incitare ad assumere posizioni di “simpatia” con il “paziente”, comprendere le sue ragioni, i suoi valori, le sue paure, le sue aspettative, tutti elementi questi per stabilire alleanze ed ottimizzare la cura e spesso la “guarigione”.

Si esprime anche il parere che alcuni prodotti della *Medicina grafica* possano assumere un insostituibile momento didattico o almeno di integrazione ed aggiornamento culturale: chi sa di avere lacune nel campo statistico ed epidemiologico provi a leggere la *Graphic novel Doctor G* alla quale si è accennato sopra; è possibile che rimanga sorpreso per l’opportunità che viene offerta di colmare quelle lacune.

 fmcarnevale@gmail.com



Niccolò di Pietro Gerini (1340-1414), *Cristo in pietà tra i simboli della passione*, Museo Nazionale d’Arte Medievale e Moderna, Arezzo.

70^{ma} Assemblea Mondiale OMS: risoluzioni principali

di Daniele Dionisio

'I envision a world in which everyone can lead healthy and productive lives, regardless of who they are or where they live. I believe the global commitment to sustainable development – enshrined in the Sustainable Development Goals – offers a unique opportunity to address the social, economic and political determinants of health and improve the health and wellbeing of people everywhere'

TEDROS ADHANOM GHEBREYESUS, WHO's Director General

Dal 22 al 31 maggio scorso Ginevra ha ospitato i lavori della 70^{ma} Assemblea Mondiale OMS. Fervido di dibattito e di partecipazione, l'evento si è concluso con diverse risoluzioni adottate dagli stati membri, tra cui quella inerente la diagnosi, la terapia e la prevenzione delle malattie cancerose. Al riguardo, i governi sono stati chiamati all'implementazione dei programmi nazionali di prevenzione e controllo oncologico, oltre alla promozione di ricerca sul campo per cure basate sull'equità di accesso, mentre all'OMS è stata richiesta fattiva collaborazione con attori esterni per lo sviluppo di nuovi presidi farmacologici efficaci e alla portata di tutti.

Tra le altre risoluzioni adottate, è da menzionare quella relativa all'impegno dei governi per l'integrazione, la prevenzione e l'assistenza per la sordità e la perdita dell'udito.

L'Assemblea ha inoltre eletto il nuovo Direttore Generale OMS nella persona del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, già ministro della salute e degli affari esteri in Etiopia.

Di seguito una selezione delle restanti decisioni assunte dall'Assemblea:

- **Incremento del 3% delle contribuzioni all'OMS da parte degli stati membri**

Come effetto, il budget programmatico dell'Agenzia per il biennio 2018-2019 è salito a 4.421,5 milioni di dollari (inclusivi di 28 milioni di dollari corrispondenti al suddetto 3%). in linea con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs), ciò consentirà maggiori investimenti per il nuovo 'Health Emergencies Programme' di OMS (69,1 milioni di dollari) e per la lotta contro la resistenza microbica agli antibiotici (23,2 milioni di dollari).

Sebbene sensibilmente inferiore al 10% di incremento sperato dall'Agenzia, il compromesso ha comunque consentito ad OMS prospettive di maggiore operatività ed autonomia (con augurabile parziale svincolo dai condizionamenti imposti dai donatori privati). Sarà compito del Direttore Generale vigilare sulla continuità dei finanziamenti pubblici nel prossimo biennio.

- **Nuova agenda programmatica per l'ufficio regionale OMS per l'Africa**

I nuovi programmi, volti alla soluzione di problematiche tuttora ende-



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/>

miche in molti Paesi del continente, includeranno particolare attenzione alla salute adolescenziale e alla realizzazione di efficaci piani di approccio alle emergenze sanitarie.

Contestualmente, l'OMS aiuterà i Paesi nello sviluppo di strategie e soluzioni basate sull'evidenza per le tossicodipendenze, i disturbi mentali, le necessità di immunizzazione e i servizi per la salute riproduttiva e sessuale nell'ambito dei programmi mirati agli adolescenti. L'Agenzia aprirà nel 2018-2019 centri qualificati per la formazione delle comunità in tema di emergenze sanitarie.

Le attività menzionate includeranno pragmatici indicatori di performance in ordine all'appropriatezza e all'efficacia gestionale dei singoli programmi.

- **Implementazione dei piani di azione contro la resistenza microbica**

Preso atto dei progressi, i delegati hanno condiviso la necessità che gli sforzi comprendano, oltre allo sviluppo di nuovi antibiotici, migliori capacità diagnostiche e di prevenzione, e il rafforzamento dei sistemi sanitari. Contestualmente, è stata adottata una risoluzione per il controllo della sepsi, quale condizione a rischio vita di solito determinata da infezioni batteriche. La risoluzione richiede ad OMS di esercitare azione guida sulla prevenzione e gestione degli eventi settici, e di supportare i Paesi nell'acquisizione e consolidamento di capacità, strategie e mezzi idonei alla riduzione dei casi di sepsi. OMS dovrà collaborare con le altre Agenzie delle Nazioni Uni-

te anche al fine di realizzare terapie sicure e di qualità e renderle equamente fruibili da tutti.

- **Accesso alle medicine**

Questa tematica è stata oggetto di forti contrasti per il desiderio di alcuni stati membri (es. India) che fosse inserito nell'agenda assembleare il report finale dell'UN High Level Panel on Access to Medicines del settembre 2016, nonostante l'ostilità di altri (es. USA, Regno Unito, Giappone). Alla fine l'Assemblea ha postposto la tematica all'ordine del giorno dell'OMS Executive Board Meeting del prossimo gennaio 2018.

- **Collaborazione OMS/ILO/OECD**

Gli stati membri hanno aderito a un piano quinquennale di collaborazione fra OMS, International Labor Organization (ILO) e Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) per migliorare il divario fra la

realtà presente e le attese circa la forza lavoro necessaria per la salute pubblica, specialmente nei Paesi a risorse limitate. Se le risorse umane sono indispensabili per gli SDGs correlati al-



la salute, difficilmente essi saranno conseguiti con l'attuale deficit di 17 milioni di operatori sanitari globali (medici, infermieri e ostetriche inclusi).

- **Polio**

Preso atto che la sfida consiste nel come eradicare gli ultimi casi di polio pianificando nel contempo l'abbandono di programmi esclusivamente centrati sulla malattia, un 'polio transition planning document' è stato rilasciato da OMS durante i lavori assembleari. Il documento illustra potenziali rischi - finanziari, programmatici e di staff - connessi all'accantonamento della propria 'Global Polio Eradication Initiative' (GPEI). GPEI è infatti così embriata con altri programmi vaccinali (ma pure di sorveglianza e di 'laboratory funding') da prevedersi, in caso di dismissione, pesanti battute d'arresto in campagne vaccinali per morbillo, rosolia, difterite, tetano e pertosse, che sono essenziali nei Paesi in transizione dalla polio. L'Africa ne sarebbe particolarmente colpita poiché il 90% circa delle infrastrutture e staff dedicati alle vaccinazioni è finanziato tramite GPEI.

 d.dionisio@tiscali.it

PER APPROFONDIRE


- 8 takeaways from the 70th World Health Assembly

 <https://www.devex.com/news/8-takeaways-from-the-70th-world-health-assembly-90362>

- The next WHO director-general is Tedros Adhanom Ghebreyesus

 <https://www.devex.com/news/the-next-who-director-general-is-tedros-adhanom-ghebreyesus-90330>

- Nuovi Obiettivi di Sviluppo Sostenibile: Zoppi senza Radicali Svolte di 'Governance'

 <http://www.peah.it/2015/10/nuovi-obiettivi-di-sviluppo-sostenibile-zoppi-senza-radicali-svolte-di-governance/>

- Tedros' fundraising strategy for WHO, global health

 <https://www.devex.com/news/tedros-fundraising-strategy-for-who-global-health-90364>


- WHO: polio transition planning

 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_14Add1-en.pdf


- Global polio eradication initiative

 <http://polioeradication.org/>

- THE UNITED NATIONS SECRETARY-GENERAL'S HIGH-LEVEL PANEL ON ACCESS TO MEDICINES REPORT: final report

 <http://www.unsgaccessmeds.org/final-report/>

- Antibiotico-resistenza: l'impegno di OMS

 <http://www.toscanamedica.org/95-toscana-medica/politiche-per-l-equo-accesso-alla-salute/491-antibiotico-resistenza-l-impegno-dell-oms>

Il caso Tamiflu e la reputazione di Big Pharma

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

“L'industria dei farmaci fa molte cose buone. Essa produce medicine che possono migliorare la salute e salvare vite. Creare lavoro e stimolare la crescita economica. Purtroppo essa fa anche cose cattive. Per decenni, in modo persistente e sistematico, l'industria dei farmaci ha nascosto e manipolato i dati delle sperimentazioni cliniche. A causa di ciò, una grande massa di farmaci utilizzati in tutti i campi della medicina, presentati come più sicuri e più efficaci di ciò che in realtà erano, hanno messo in pericolo la vita delle persone e sprecato denaro pubblico. Questa deliberata distorsione è una scorrettezza scientifica. E non è un qualcosa che possiamo perdonare in virtù delle cose buone che le compagnie farmaceutiche fanno”. Con queste affermazioni si apriva l'editoriale di Fiona Godlee, editor del BMJ, del 29 ottobre 2012, dedicato al caso Tamiflu,

Ed ecco cosa ha affermato la stessa Fiona Godlee dopo quasi cinque anni: “La decisione dell'Organizzazione

Mondiale della Sanità è un voto a favore di scelte di politica sanitaria basate sull'evidenza che avranno l'effetto di risparmiare soldi ed evitare danni. Ed è anche un'importante pietra miliare nella battaglia continua per l'accesso ai dati delle sperimentazioni cliniche e per la ricerca indipendente”.

La decisione dell'OMS, riferita nel citato articolo del BMJ del 12 giugno scorso a firma di Z. Kmietovic, è quella di rimuovere il farmaco contro l'influenza oseltamivir (Tamiflu della Roche) dalla lista dei farmaci essenziali perché una revisione delle prove ha notevolmente ridotto, quasi annullato, i vantaggi della sua utilizzazione. La revisione ha infatti accertato che oseltamivir accorcia di un giorno la durata dei sintomi influenzali, ma non riduce il numero delle ospedalizzazioni o delle complicazioni da influenza. L'uso di oseltamivir – conclude il comitato OMS – va ristretto ad accertate o sospette infezioni da virus influenzali in pazienti ospedalizzati in condizioni critiche.

Ben altre erano le ambizioni e le promesse: un farmaco contro l'influenza, il Tamiflu, che riduceva la durata della malattia, delle complicazioni delle ospedalizzazioni e – in caso di epidemia – aveva anche virtù preventive nei soggetti a rischio. Certo, per svelarne tutto il potenziale benefico ci voleva una bella epi-

BMJ

demia, meglio una pandemia. E pandemia fu: l'influenza pandemica A (H1N1) del 2009. Com'è ormai ben noto il livello di allarme proposto dall'OMS per quella pandemia si rivelò incauto e eccessivo, le sue conseguenze furono enormemente meno gravi rispetto a quelle inizialmente previste, tuttavia i governi furono costretti – a causa dell'allarme dell'OMS – ad acquistare e ad accumulare immani quantità di vaccini e farmaci antivirali, rimasti poi in larghissima parte inutilizzati. In Italia, ad esempio, furono acquistate 24 milioni di dosi di vaccino, di cui solo meno di 900 mila somministrate.

In accordo con le raccomandazioni dell'OMS, i farmaci antivirali come oseltamivir entrarono a far parte della cassetta degli attrezzi per contrastare la pandemia H1N1 non solo nel trattamento

Use of antivirals for treatment of influenza

Population	Pandemic influenza A (H1N1) 2009 and other seasonal influenza viruses	Influenza viruses known or suspected to be oseltamivir resistant
Uncomplicated clinical presentation		
Patients in higher risk groups	Treat with oseltamivir or zanamivir as soon as possible (05)	Treat with zanamivir as soon as possible (05)
Severe or progressive clinical presentation		
All patients (including children and adolescents)	Treat with oseltamivir as soon as possible (01) (zanamivir should be used if oseltamivir unavailable) (02)	Treat with zanamivir as soon as possible (03)
Patients with severe immunosuppression	Treat with oseltamivir as soon as possible. Consider higher doses and longer duration of treatment (03)	Treat with zanamivir as soon as possible (03)

Tabella 1 - Uso degli antivirali nel trattamento dell'influenza (Fonte: OMS).

clinico dell'influenza (vedi Tabella 1), ma anche nella prevenzione post-esposizione dei soggetti ad alto rischio: *If higher risk individuals have been exposed to a patient with influenza, consider presumptive treatment with oseltamivir or zanamivir. (Strong recommendation, very low quality evidence)*. (Da notare la bizzarra contraddizione: la raccomandazione è forte, ma l'evidenza – si ammette – debolissima.

“A pandemia appena conclusa si pone la questione cruciale del conflitto di interessi attribuito all'OMS, secondo cui le decisioni assunte in occasione dell'evento pandemico sarebbero state condizionate dagli interessi economici dell'industria farmaceutica produttrice di vaccini e farmaci antivirali”. Questo l'incipit del post di Carla Perria pubblicato su Saluteinternazionale il 20 ottobre 2010.

E questo è l'incipit dell'editoriale sul BMJ di Fiona Godlee, pubblicato nel giugno 2010 e intitolato *Conflicts of interest and pandemic flu*: “Il mondo dovrebbe rallegrarsi per il fatto che la pandemia influenzale A/H1N1 si sia risolta in un fiasco. Con così poche vite perse rispetto a quelle previste, parrebbe da ingrati lagnarsi dei costi. Ma lagnarci dobbiamo perché i costi sono stati enormi. Paesi come Francia e Regno Unito

hanno accumulato gigantesche quantità di vaccini inutilizzati che ora cercano di vendere ad altri paesi, e si trovano seduti on huge piles of unused oseltamivir”.

The Tamiflu story

Ma la questione dei costi e degli sprechi di oseltamivir (Tamiflu – Roche) si è intrecciata con altre questioni di maggiore rilievo: quella della reale efficacia del farmaco e della trasparenza dei dati della ricerca.

Tom Jefferson della Cochrane Collaboration, a seguito di una nuova revisione sistematica su oseltamivir, allo scopo di aggiornare le valutazioni sull'efficacia del farmaco, nel dicembre 2009 arrivava a concludere che “La scarsità di dati di buona qualità ha intaccato le precedenti conclusioni sull'efficacia di oseltamivir nel prevenire le complicanze dell'influenza. Sono necessari studi randomizzati e indipendenti per dirimere l'attuale situazione d'incertezza”.

A seguito di ciò e di fronte all'ostinato rifiuto della Roche di rendere pubblica l'intera documentazione della ricerca sul farmaco il BMJ decise di avviare una campagna per ottenere la verità sui dati delle ricerche dedicando una sezione del suo sito web al ca-

so Tamiflu: BMJ open data campaign. La gravità della *Tamiflu story* non sta solo nella manipolazione dei risultati scientifici a fini commerciali, ma anche nel comportamento – elusivo, al limite della complicità – di istituzioni scientifiche e di controllo.

La recente decisione dell'OMS (che ribalta le raccomandazioni del 2009) è una vittoria della campagna del BMJ ed è il frutto di un'ulteriore revisione sistematica su oseltamivir condotta da Tom Jefferson e coll., pubblicata nel 2014.

Il citato articolo di Z. Kmietovic si chiude così: “Il governo britannico ha speso 560 milioni di sterline in antivirali dal 2006-07 al 2012-13; 424 milioni per oseltamivir e 136 per zanamivir (Relenza); e ulteriori 49 milioni sono stati spesi nel 2014 per rimpiazzare le scorte di oseltamivir che stavano per scadere. Margaret Hodge, presidente della *House of Commons Public Accounts Committee*, quando fu resa pubblica la notizia dei 560 milioni di sterline, dichiarò *extremely worrying* la decisione di acquistare oseltamivir a un prezzo così alto nonostante ci fossero tanti dubbi sull'efficacia del farmaco”.

 gavino.maciocco@gmail.com



CORSI E CONVEGNI

PACC NODULO POLMONARE

Nell'ambito di una organizzazione aziendale centrata sui bisogni dei cittadini, l'AOU Careggi ha ritenuto necessario strutturare un percorso dedicato alla sospetta patologia neoplastica.

Il Percorso Assistenziale Coordinato e Complesso (PACC) per il nodulo polmonare è stato reso operativo dal marzo 2015. Nell'ambito delle azioni di miglioramento della continuità assistenziale, l'evento ha lo scopo di informare e orientare i MMG del percorso stesso e delle modalità di accesso al PACC.

La conferenza, accreditata ecm per 50 posti per ogni edizione, si terrà con orario 8.30 – 13.30 presso il Pad 3, piano terreno, Aula 10 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi Largo G.A. Brambilla, 3 – Firenze

I Edizione: 11 Settembre 2017 - II Edizione: 18 Ottobre 2017 - III Edizione: 1 Dicembre 2017

Segreteria Scientifica: Resp. Scientifico Anna Maria Grosso, Animatore di Formazione Giuseppe Fradella

Segreteria Organizzativa: U.O. Formazione Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi: Serena Carmignani Tel. 055.794.6251

e-mail:  carmignanis@aou-careggi.toscana.it

Scheda iscrizione disponibile sul sito  www.aou-careggi.toscana.it



CORSO FAD DI RADIOPROTEZIONE IN ODONTOIATRIA

È disponibile gratuitamente per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri della Toscana il **corso FAD** in materia di radioprotezione, disponibile al seguente link: <http://fad2.formas.toscana.it>.

Per l'iscrizione al corso è necessario che il professionista abbia comunicato un indirizzo di posta elettronica diversa dalla PEC all'Ordine di appartenenza. Sarà cura dell'Ordine inserirlo nella piattaforma e comunicare le istruzioni di accesso direttamente al singolo professionista. Per l'Ordine di Firenze è possibile comunicare il proprio indirizzo e-mail a: @protocollo@omceofi.it

Per gli iscritti agli altri Ordini provinciali fare riferimento alla propria segreteria.

MASTER UNIVERSITARIO DI 1° LIVELLO IN RIABILITAZIONE EQUESTRE

Anni Accademici 2017/2018 – 2018/2019 - IX EDIZIONE

In conformità con le Linee Guida Nazionali per gli Interventi Assistiti con gli Animali (IAA)

La Scuola di Scienze della Salute Umana (ex Facoltà di Medicina e Chirurgia), Area Biomedica, Dipartimento di Neuroscienze, Psicologia, Area del Farmaco e Salute del Bambino dell'Università di Firenze, in collaborazione con l'Associazione "Lapo" ONLUS organizza per gli A.A. 2017-2019 la IX edizione del Master Universitario di 1° Livello in Riabilitazione Equestre. Obiettivi: fornire la preparazione neurologica, psichiatrica, neuropsicologica, riabilitativa, rieducativa, veterinaria e dell'equitazione necessaria per lo svolgimento della Riabilitazione Equestre (RE) e le competenze teorico-pratiche per l'integrazione multidisciplinare del lavoro in équipe proprio degli IAA. Formazione delle competenze per la figura professionale del "Coordinatore Tecnico di Riabilitazione Equestre" (impianto, organizzazione, gestione operativa dei Centri di RE) e per il conseguimento dell'"Attestato di Idoneità agli IAA" per le figure professionali previste dalle Linee Guida Nazionali. Durata biennale - 590 ore - CFU 90 - esenzione dall'obbligo acquisizione ECM per il biennio. Posti disponibili 20 - **iscrizione entro il 21/12/2017** - inizio febbraio 2018. Titoli per l'ammissione: Laurea triennale (vedasi D.R.) e patente FISE B o competenza nelle tre andature. Titolo di studio conseguito: Diploma di "Master di 1° Livello in Riabilitazione Equestre" rilasciato dal Rettore.

Bando e modulo della domanda: www.unifi.it

Per informazioni: Prof.ssa Anna Pasquinelli: cell. 347 5398994, e-mail: @anna.pasquinelli@unifi.it

Segreteria Master: tel 055 2751967, e-mail: @master@polobiomedico.unifi.it;

Associazione "Lapo" ONLUS: sito web: www.associazione-lapo.it

VARIANZA DI GENERE IN PEDIATRIA: QUANDO IL CORPO E LA MENTE NON SONO CONGRUENTI

Sabato 28 ottobre 2017 orario 8.30-13.00

Sede corso: Ordine Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze, via G.C. Vanni 15

ECM richiesti

La partecipazione è gratuita, ma è necessario iscriversi tramite il sito dell'Ordine di Firenze:

sito web: <http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/eventi/promossi-dall-ordine>, dove è possibile scaricare anche il programma

BIOETICA, BIODIRITTO E BIOPOLITICA IN UNA SOCIETÀ PLURALE

Un approccio multiculturale, multi-etnico e multiconfessionale. Firenze, 14 ottobre 2017 – 17 febbraio 2018

Il corso è gratuito e accreditato per personale sanitario: medici, infermieri, biologi, psicologi, amministratori di strutture sanitarie, membri di comitati etici, altri professionisti nel campo della salute. I medici possono rivolgersi a FORMAS - Laboratorio Regionale Formazione Sanitaria - Via di Boldrone n. 2, Firenze - tel. 055-7948617 - www.formas.toscana.it

Contributo di partecipazione per i cittadini uditori (esclusi i laboratori): **€ 5 (singola giornata); € 40 (intero percorso)**

Per informazioni e iscrizioni rivolgersi a:

FONDAZIONE STENSEN, Viale don Minzoni 25/G – 20129 FIRENZE (FI) Tel. 055 576551 – @segreteria@stensen.org

www.stensen.org - Il link per scaricare il programma è:

<http://nuovo.stensen.org/wp-content/uploads/2017/06/CORSO-Bioetica-Biodiritto-Biopolitica-2017.pdf>

Manfredo Fanfani

LA TAVOLA DELL'ULTIMA CENA

Dal linguaggio figurativo al valore mediatico dell'immagine

Terza parte (seconda parte nel numero precedente)

Nasce la “quadra”, una fetta di pane che fa le veci del piatto individuale. Le ambiguità dei periodi di transizione: appare il piatto, ma la forchetta è ancora assente.



Cristoforo e Nicolao da Seregno (XV secolo), Ultima Cena, Chiesa di San Paolo di Arbedo (Canton Ticino).

Giuda, alzatosi dallo sgabello posto al di qua del tavolo, prende il boccone offertogli da Gesù. Su una tavola allestita secondo gli usi dell'epoca, l'Artista rappresenta di fronte a ogni commensale una fetta di pane, detta “quadra”, che fa le veci del piatto individuale e sulla quale è posto il cibo preso con



le mani dalle scodelle comuni. La “quadra”, arricchita di prelibati sapori, è spesso mangiata a fine pranzo. Come consuetudine è presente solo qualche coltello. Un apostolo spezza con le mani la carne sulla quadra (particolare); un altro taglia con il coltello il pesce aiutandosi con l'altra mano (particolare). Atteggiamenti tipici delle fasi di passaggio: era nato il piatto individuale... mancava la forchetta!



Ultima Cena, autore ignoto (particolare).

In primo piano una scodella con l'agnello pasquale, dal quale il cibo viene preso con le mani come sta facendo Giuda: “Colui che ha intinto con me la mano nel piatto, quello mi tradirà” (Mt XXVI, 23). Non si tratta evidentemente di un modo figurato di esprimersi ma di un riferimento a una concreta e reale gestualità: per secoli ha dominato il coltello, le mani facevano il resto.



Jame Serra (seconda metà del XIV secolo), Ultima Cena, Palermo, Galleria Regionale.

Jame Serra evidenzia l'uso della “quadra” come piatto. Un apostolo è intento a spalmare il cibo sulla quadra aiutandosi con l'unico coltello presente sulla tavola; un secondo apostolo è intento a mangiare la quadra. Cristo benedice l'ostia e il calice col vino. La mano di Giuda si allunga nell'atto di intingere nella scodella della salsa comune un boccone di pane.

Sulla tavola dell'Ultima cena del Perugino compare uno strano utensile che anticipa gli attributi funzionali della forchetta. Sorpresa e curiosità fra gli Apostoli, che continuano a mangiare con le mani...



Pietro Vannucci, detto Il Perugino (1448 ca.-1523) e bottega. Ultima Cena, Firenze, Monastero di Sant'Onofrio delle contesse o di Fuligno.

Il Perugino allestisce la tavola dell'Ultima Cena secondo gli usi e costumi del suo ambiente. La tavola è apparecchiata con tre scodelle comuni, di fronte a ogni commensale è presente un piatto piano. Pochi sono i bicchieri, da usare in comune. Anche nelle rappresentazioni più evolute della tavola dell'Ultima Cena non compare la forchetta; unica posata è sempre il coltello.

Il Perugino introduce, per la prima volta, un utensile con una unica punta; un punteruolo munito di manico che, pur non essendo una vera forchetta, ne anticipa gli attributi funzionali. La nuova posata è ostentata dall'apostolo Taddeo, il primo a destra, sotto lo sguardo sorpreso e incuriosito del vicino apostolo Simone; servirà per prendere il cibo dal piatto e portarlo alla bocca senza usare le mani. Anche l'apostolo Bartolomeo, tiene nella mano sinistra un identico utensile appuntito, che serve per tener ferma la carne tagliata col coltello.

Bartolomeo Matteo Tommaso Simone Taddeo



L'Artista sapeva di avere introdotto uno strumento che incrinava le tradizioni consolidate; lo sottolinea con espressione di sorpresa l'apostolo Simone, ma anche l'apostolo Matteo, che siede alla sinistra di Bartolomeo: con sguardo meravigliato impugna con la mano destra il coltello, mentre con la sinistra imita la gestualità delle dita

di Bartolomeo, per mimare l'uso di quello strano utensile (particolare). Con l'evolversi dei costumi, una volta entrato in uso il piatto singolo, nasce evidentemente la necessità di una posata che aiuti a tenere ferma la pietanza da tagliare col coltello, e portarla alla bocca senza adoperare le mani. Come in tutti i periodi di transizione l'uso del nuovo

utensile nasce con una forzatura esibizionistica. I due apostoli sembrano infatti mangiare... "in punta di forchetta"! Gli altri apostoli, secondo i costumi della tradizione, guardano incuriositi, ma continuano a mangiare con le mani...

I posti a tavola di Giacomo Maggiore, Tommaso e Filippo.

Ricompare sulla tavola del Cenacolo la mano di Tommaso nell'atto di afferrare un coltello; un ulteriore elemento che identifica il posto a tavola.

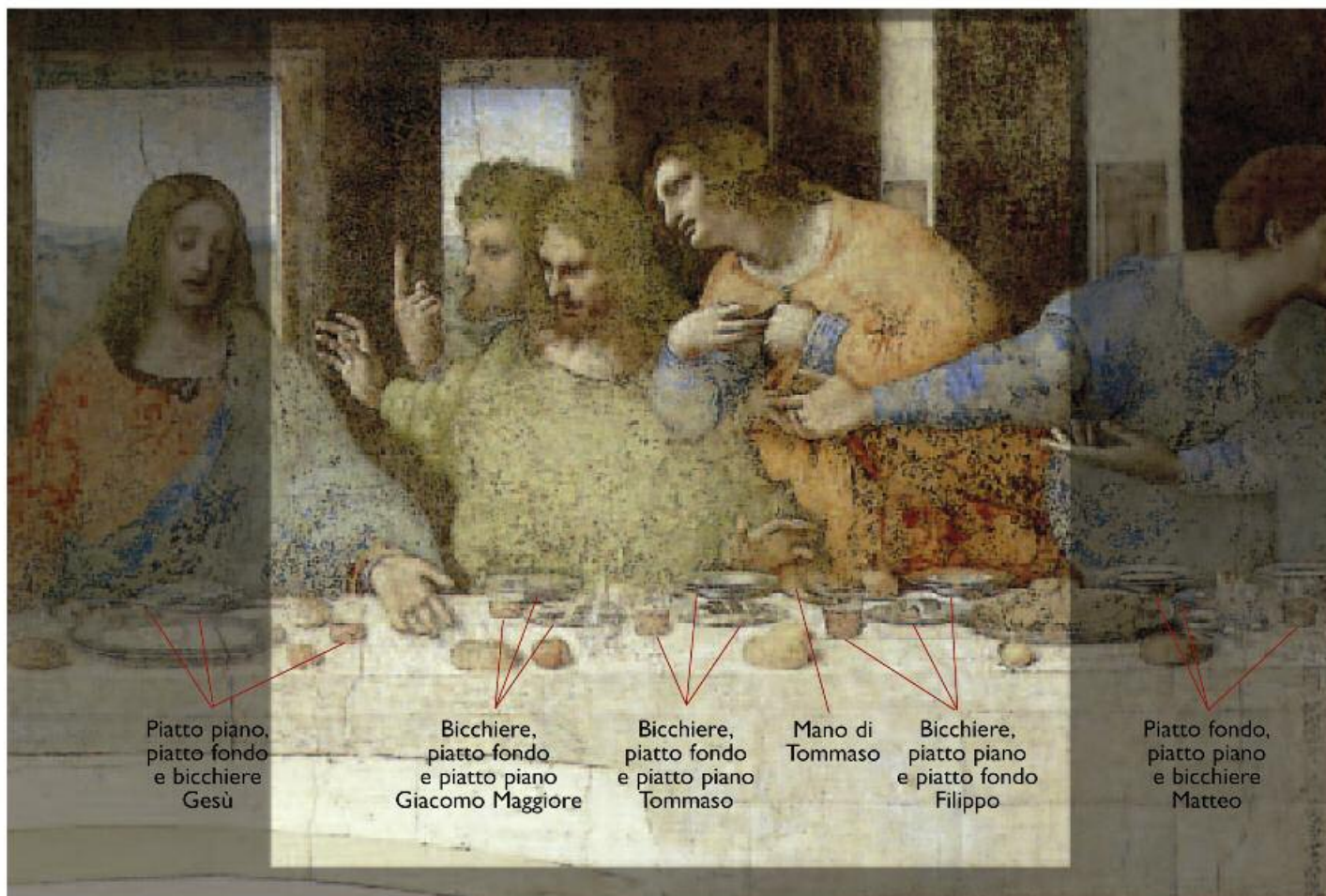
Gesù

Tommaso

Giacomo
Maggiore

Filippo

Matteo



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

Attenti ed esperti restauratori hanno recentemente recuperato la mano sinistra di Tommaso che compare furtivamente fra Giacomo Maggiore e Filippo. La mano è appoggiata sul tavolo, nell'atto di reggere un coltello. Questa mano era stata confusa da precedenti restauratori con una pagnotta!

La presenza di quella mano, insieme ai piatti e al bicchiere personali destinati a Tommaso, assume un significato particolare che indica qual è il suo posto a tavola. Ciò mette ancor più in risalto la dinamica dell'impetuoso movimento di Giacomo Maggiore che spinge Tommaso letteralmente fuori dalla tavola, proprio mentre sta per afferrare il coltello.

Quel movimento irruento aveva probabilmente anche lo scopo di impedire il gesto di reazione: a quella tavola nessuno era intento a mangiare e quindi ad usare a tale scopo gli strumenti di mensa!... Il gesto di Tommaso sarebbe peculiare a quello che Pietro sta compiendo dal lato opposto, impugnando un coltello. Leonardo ama spesso ripetere uno stesso stato d'animo.

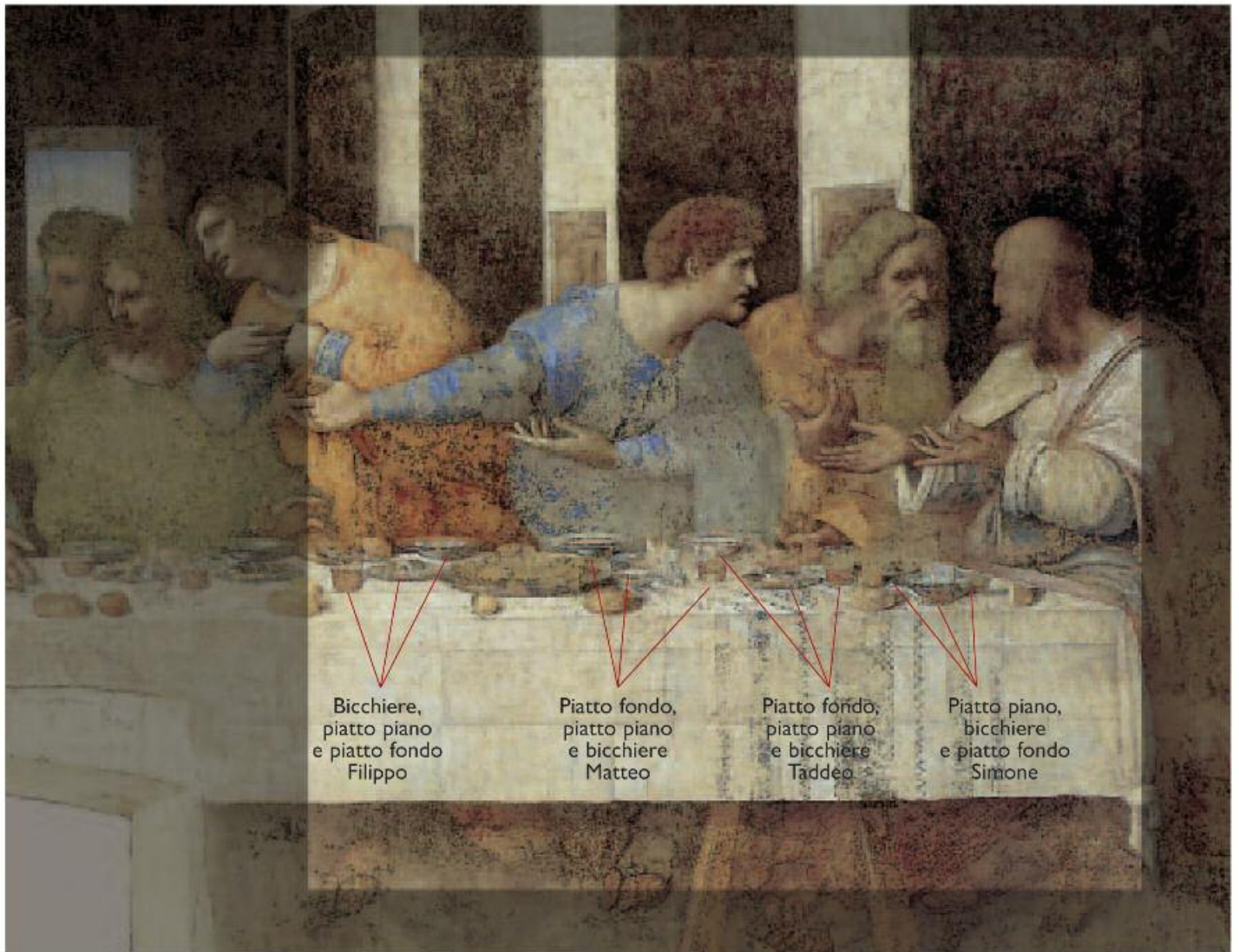
Nelle rappresentazioni dell'Ultima Cena è in genere Pietro a guardare Giuda con gesto di sfida, nel Cenacolo di Leonardo è viceversa lo sguardo di Tommaso che sembra rivolto verso Giuda, una verosimile conferma del carattere di sfida del suo gesto.

I posti a tavola di Filippo, Matteo, Taddeo e Simone.

Tommaso Giacomo
Maggiore Filippo

Matteo Taddeo

Simone



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

Nell'immagine appaiono il piatto fondo, il piatto piano e il bicchiere del posto a tavola di Simone, che si trova a capo tavola; alla sua sinistra un coltello.

Di fronte a Matteo sono chiaramente visibili il piatto fondo, quello piano e il bicchiere personali; alla sua sinistra compare il piatto fondo spettante a Taddeo. L'apostolo, rispetto al piatto che indica il suo posto a tavola, è stato spostato di lato e leggermente arretrato dal gesto di Matteo, che si è alzato di scatto ed è proteso verso Simone.

Il piatto piano e il bicchiere di Taddeo sono stati spinti in avanti dalla sua mano sinistra appoggiata sul tavolo.

Continua nel prossimo numero...

UNIVERSALISMO DISEGUALE: UN FATTO, NON UN CONCETTO

Considerazioni e dati sulla crisi attuale del sistema pubblico

di Bruno Rimoldi

Meglio pubblico o privato? Un dilemma che non dovrebbe esistere da un punto di vista teorico in uno stato democratico a forte partecipazione statale, ma che negli ultimi anni si pone per tutta una serie di problemi, ingravescenti, che stanno toccando il nostro paese dal punto di vista dell'assistenza e della spesa sanitaria.

Due dati per riflettere:

- la spesa sanitaria privata annuale ammonta, nel quadriennio 2013-2016 a 35,2 miliardi di euro (+ 4,2% rispetto al 3,4% della spesa per consumi in generale nel quadriennio precedente);
- Le persone che rinviando e/o rinunciano a prestazioni sanitarie in un anno sono 12,2 milioni (+ 1,2 milioni rispetto all'anno precedente).

Ciò per dire che oggi il fabbisogno sanitario degli italiani non trova piena copertura nell'offerta di servizi e prestazioni del servizio sanitario pubblico. Ciò segue pure la logica del ripristino degli equilibri finanziari delle sanità regionali, che nel periodo 2009-2015 la Corte dei Conti ha quantificato in - 1,1% annuale.

Un raffronto con altre potenze europee ci dice che, in rapporto al Pil, la spesa sanitaria pubblica è:

- in Germania al 9,4%
- in Francia all'8,6%
- in Italia al 6,8%.

Perché questo maggiore ricorso al privato rispetto al pubblico nel nostro paese? Varie sono le cause, ma soprattutto:

- la lunghezza delle liste di attesa che non si risolvono;
- la non omogeneità dei servizi in tutte le zone di residenza: essi mancano o sono qualitativamente inferiori rispetto ad altri.

Chi ci rimette di più? Sicuramente i cittadini a basso reddito, chi ha maggior bisogno di cure, gli anziani e i malati non autosufficienti, coloro che abitano in zone disagiate.

E così diminuisce a vista d'occhio – stando alle statistiche – dei malati cronici in buona salute delle regioni meridionali rispetto a quelli del Centro-Nord.

Il cosiddetto "universalismo" delle speranze in materia di salute pubblica si deve incollare il pesante aggettivo di "disuguale" se si osservano e si calcolano i fatti.

Qualche progresso? Sicuramente i nuovi Lea, il Piano nazionale delle cronicità, il Piano nazionale per la prevenzione vaccinale... Ma non bastano: troppe sono infatti ancora le disparità nelle opportunità di cura nelle varie zone della Penisola.

La Figura 1 mostra le nette diversità della spesa sanitaria privata pro-capite per classi di età (anno 2016).

I dati inizialmente riferiti sulla spesa sanitaria privata non includono quelli per assicurazione sanitaria, mentre includono la spesa per la compartecipazione sanitaria, ovvero i *ticket* sanitari e quelli per i farmaci che, in termini reali nel 2015 (ultimo dato disponibile) rispetto al 2007 sono aumentati del 53,7% con + 162,2% per il ticket farmaci e + 6,1% per le compartecipazioni per prestazioni sanitarie.

Significativa la Figura 2 in cui si osserva l'aumento cospicuo degli italiani che hanno rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria nell'ultimo anno.

Quella delle liste di attesa sembra essere una prerogativa tutta italiana. Secondo un'indagine Censis del 2017 sono stati 31,6 milioni gli italiani che hanno avuto urgente bisogno di almeno una prestazione sanitaria e a causa di liste di attesa troppo lunghe nel pubblico si sono rivolte al privato. Si possono osservare questi dati, esaminando le Figure 3 e Figura 4.

Quali sono le conseguenze sociali provocate dal finanziamento di una spesa sanitaria privata annuale così ingente, che pesa sulle tasche dei cittadini italiani?

È questo il quesito chiave per capire gli impatti sociali; in concreto, le spese sanitarie che gli italiani affrontano di tasca propria creano un gorgo di difficoltà e disuguaglianze che risucchia milioni di persone e che, a oggi, è troppo poco compreso nella sua meccanica e rilevanza sociale.

In estrema sintesi si rileva che per affrontare spese sanitarie di tasca propria:

- 13 milioni di italiani hanno avuto difficoltà economiche con, ad esempio, una riduzione del tenore di vita;
- 7,8 milioni di italiani hanno dovuto utilizzare tutti i propri risparmi e/o indebitarsi con parenti, amici o presso banche e istituti di credito;
- 1,8 milioni di persone sono entrate nell'area della povertà, dando vita alla cosiddetta fascia dei "saluteimpoveriti".

Merita infine un occhio di riguardo la considerazione della Figura 5, di cui si valutano le difficoltà economiche in rapporto alle prestazioni sanitarie.

Che ne pensano di questa situazione i diretti interessati? Il 31,8% è convinto che nell'ultimo anno il Servizio Sanitario Nazionale sia peggiorato, il 12,5% che sia migliorato e il 55,7% sia rimasto stabile (come si legge nella fig. 6).

Le Figure 7 e 8 ci riferiscono alcuni dettagli sul problema avvertito dalla popolazione italiana.

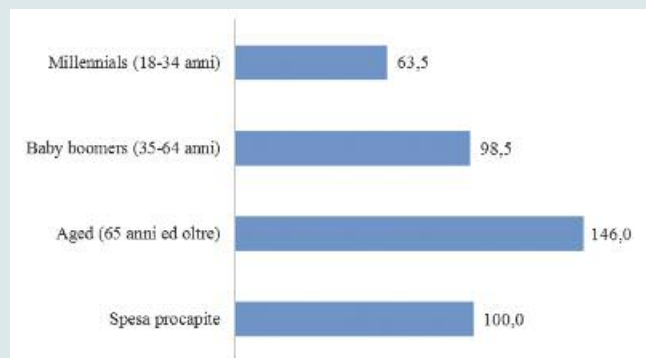


Figura 1 - Spesa sanitaria privata pro capite per classi d'età. Anno 2016 (numero indice spesa pro capite totale = 100)

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, Indagine Censis 2017



Figura 2 - Italiani che hanno rinunciato e/o rinviato per ragioni economiche almeno una prestazione sanitaria nell'ultimo anno (v. a. in mln)

Fonte: indagine Censis, 2017

►► segue

Negli ultimi 12 mesi Le è capitato di aver urgente bisogno di una prestazione e, a causa di attese troppo lunghe nel pubblico, di dover ricorrere al privato?	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud-Isole	Totale
Sì	50,8	54,3	68,9	72,9	62,5
No	49,2	45,7	31,1	27,1	37,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2017

Figura 3 - Italiani che nell'ultimo anno hanno avuto urgente bisogno di una prestazione sanitaria e, a causa di attese troppo lunghe nel pubblico, hanno fatto ricorso al privato, per area geografica (val. %)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud-Isole	Totale
Viste specialistiche					
Cardiologica	65	51	79	68	67
Ginecologica	42	32	72	41	47
Oculistica	89	104	89	74	87
Ortopedica	53	71	61	77	66
Visite diagnostiche					
Colonscopia	97	50	109	106	93
Mammografia	89	118	127	142	122
Ecografia	42	50	81	74	62
Risonanza magnetica	50	51	110	111	80

Fonte: indagine Censis, 2017

Figura 4 - La lunghezza in giorni delle liste di attesa per alcune prestazioni sanitarie, per area geografica

	Totale
Visite specialistiche	74,7
Farmaci	53,2
Accertamenti diagnostici	41,1
Odontoiatria	40,2
Analisi del sangue	31,0
Lenti/occhiali da vista	26,6
Riabilitazione	14,2
Protesi, ausili, tutori	8,9
Assistenza sociosanitaria a domicilio	5,7

Fonte: indagine Censis, 2017

Figura 5 - Italiani che hanno avuto difficoltà economiche per tipologia di prestazione sanitaria acquistata (val. %)

Lei è soddisfatto del Servizio sanitario della sua regione?	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Sì	76,4	80,9	60,4	47,3	64,5
No	23,6	19,1	39,6	52,7	35,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2017

Figura 6 - Giudizio dei cittadini sul Servizio Sanitario della propria regione, per area geografica (val. %)

Secondo lei nell'ultimo anno, il servizio sanitario della sua regione è:	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Migliorato	11,8	13,1	11,4	13,3	12,5
Peggiorato	25,2	26,1	34,2	38,9	31,8
Rimasto uguale	63,0	60,8	54,3	47,9	55,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Censis, 2017

Figura 7 - Performance nell'ultimo anno del Servizio Sanitario regionale secondo i cittadini, per area geografica (val. %)

►► segue

Rank	Regioni	var.% 2006-2016	Cronici in buona salute 2016 (val. %)
1	Emilia-Romagna	+27,7	48,4
2	Valle d'Aosta	+23,8	52,7
3	Lombardia	+21,7	48,8
4	Trentino Alto Adige	+21,5	57,9
5	Piemonte	+17,5	43,5
6	Friuli-Venezia Giulia	+12,4	44,3
7	Veneto	+5,4	45,5
8	Marche	+1,5	42
9	Toscana	-1,4	40,6
10	Puglia	-1,7	40
11	Umbria	-2,3	43,5
12	Liguria	-6,5	39,1
13	Abruzzo	-6,6	37,5
14	Lazio	-8,2	40,8
15	Sicilia	-10,1	36
16	Campania	-11,6	38,4
17	Sardegna	-15,8	35,7
18	Molise	-17	35,8
19	Calabria	-29,9	28,7
20	Basilicata	-40,6	28,7
Italia	+2,7	42,3	

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Figura 8 - Graduatoria delle regioni per variazione delle persone con malattie croniche in buona salute, anni 2006-2016 (var. % 2006-2016, val. %)

PRESENTAZIONE DEL LIBRO "DIPENDERE" E DEI GRUPPI DEI DODICI PASSI

Martedì 24 ottobre 2017, ore 21 - Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - Via G. C. Vanini 15, Firenze

"**Dipendere**", a cura di **Allaman Allamani** (Edizioni La Parola per strada), è un libro che racconta l'esperienza dell'associazione degli Alcolisti Anonimi, e di altre associazioni dei 12 Passi, attraverso il punto di vista dell'autore e delle persone che da anni stanno seguendo un percorso di uscita dalla dipendenza da sostanze e da comportamenti problematici.

Uno degli obiettivi del testo è presentare l'esperienza della dipendenza anche come una condizione che, pur senza rivestire i contorni patologici che si manifestano nella pratica clinica, può essere presente nella comune esperienza quotidiana.

Durante l'incontro verranno presentate e discusse le testimonianze di persone appartenenti alle associazioni di Alcolisti Anonimi, Narcotici Anonimi, Mangiatori Compulsivi, Giocatori Anonimi, Co-dipendenti Anonimi e Familiari di Alcolisti (AIANon).

Coordinatore: ANTONIO PANTI, presidente Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze

Intervengono:

- ANTONELLA MANFREDI, direttore Area Dipendenze USL Toscana Centro
- STEFANO INNOCENTI, medico di medicina generale Fiesole
- SERGIO PADERI, presidente della casa editrice La Parola per strada

Interventi Preordinati: Coordina ALLAMAN ALLAMANI

Testimonianze di Alcolisti Anonimi e di altri Gruppi dei 12 Passi

Ingresso libero; per motivi organizzativi si prega di confermare la presenza:

Segreteria organizzativa: Casa editrice La Parola per strada, e-mail: redazione.lpps@tiscali.it, tel. 055 291011

**LA FNOMCEO PER I GIOVANI****Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, riunitosi a Siena il 14 luglio 2017****Omissis****Osservato**

Che, nel decennio 2017/2026, si stima conseguiranno la laurea in medicina oltre 90.000 studenti, cui si aggiungono i circa 15mila medici che al momento non trovano adeguata formazione post-laurea;

evidenziato

che, a fronte degli attuali 6.300 contratti di specializzazione e delle circa 900 borse di formazione in medicina generale all'anno, nel decennio 2017/2016 avremo 36.000 medici che non potranno completare il proprio percorso di studi;

rilevato

il fatto che ad una pletera di laureati in medicina costretti ad emigrare, disperdendo così investimenti e risorse preziosi per il Paese, e ad una grave carenza di specialisti si aggiunge la crescita dell'età media dei professionisti, operanti nelle strutture del SSN: a causa del blocco del turnover, nel 2017 per i medici ospedalieri l'età media sarà superiore a 55 anni;

Omissis**acclarato**

che il sistema di formazione attuale risulta drammaticamente insufficiente, in tutto il Paese, a coprire i posti lasciati vuoti dai medici convenzionati e dai medici dipendenti che andranno in pensione;

propone

- Di incrementare i circa 1000 borse annuali i contratti di formazione specialistica post-laurea o di quanto necessario per coprire il fabbisogno derivante dal pensionamento nel prossimo decennio degli specialisti operanti nel SSN;

- Di raddoppiare il numero di borse di studio per il corso di formazione in Medicina Generale messe a bando già a partire da quest'anno;
- Di riaprire in tempi brevi i bandi regionali per l'accesso al corso di formazione in medicina generale per i laureati non ancora abilitati; vista la modifica del Decreto 7 marzo 2006, avvenuta a bando in corso, e permettere l'iscrizione ai medici neolaureati abilitandi a luglio che, per rispettare i vecchi requisiti ministeriali, non si sono potuti iscrivere al concorso per l'anno 2017;
- Di incrementare le attività compatibili con la frequenza al corso in medicina generale, stabilendo priorità di accesso alle stesse, in modo tale che l'integrazione fra formazione e lavoro, in attesa di una revisione complessiva del percorso formativo anche ai fini dell'equiparazione ai titoli accademici, superi almeno in parte la diseguità del trattamento di tali professionisti rispetto a quelli impegnati nelle scuole di specializzazione.
- Di promuovere un coordinamento con il MIUR e tutte le parti interessate per una scelta oculata delle date dei concorsi di specializzazione universitaria, in modo che non si determinino difficoltà e ritardi nelle assegnazioni delle borse, con rischio ultimo di dispersione delle stesse;
- Di utilizzare tutte le competenze professionali disponibili nel SSN al fine di incrementare l'offerta formativa ai giovani formandi, anche ai fini della programmazione regione per regione, e integrare il binomio formazione-università oggi non più sufficiente a garantire idonei percorsi di formazione lavoro;

DÀ MANDATO

Al Comitato Centrale della FNOMCeO di rappresentare con forza queste proposte agli organi di governo componenti e di sostenere in ogni sede l'attuazione di quanto oggi definito.



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Firenze

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

L'ORDINE

UFFICI

MODULISTICA

EVENTI

ECM





Manfredo Fanfani

LA TAVOLA DELL'ULTIMA CENA



Dalla tavola medievale
di Giotto e Duccio di Boninsegni,
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*

Continuazione dell'articolo all'interno della rivista

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