



ToscanaMedica

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



Appropriatezza e oncologia: la medicina personalizzata

G. Amunni, F. Di Costanzo, S.E. Giustini,
E. Mini, A. Ribecco, G. Taddei

Nuovo test per la diagnosi precoce di Tirosinemia Tipo I

G. La Marca

Il diabete, stato dell'arte e possibilità terapeutiche

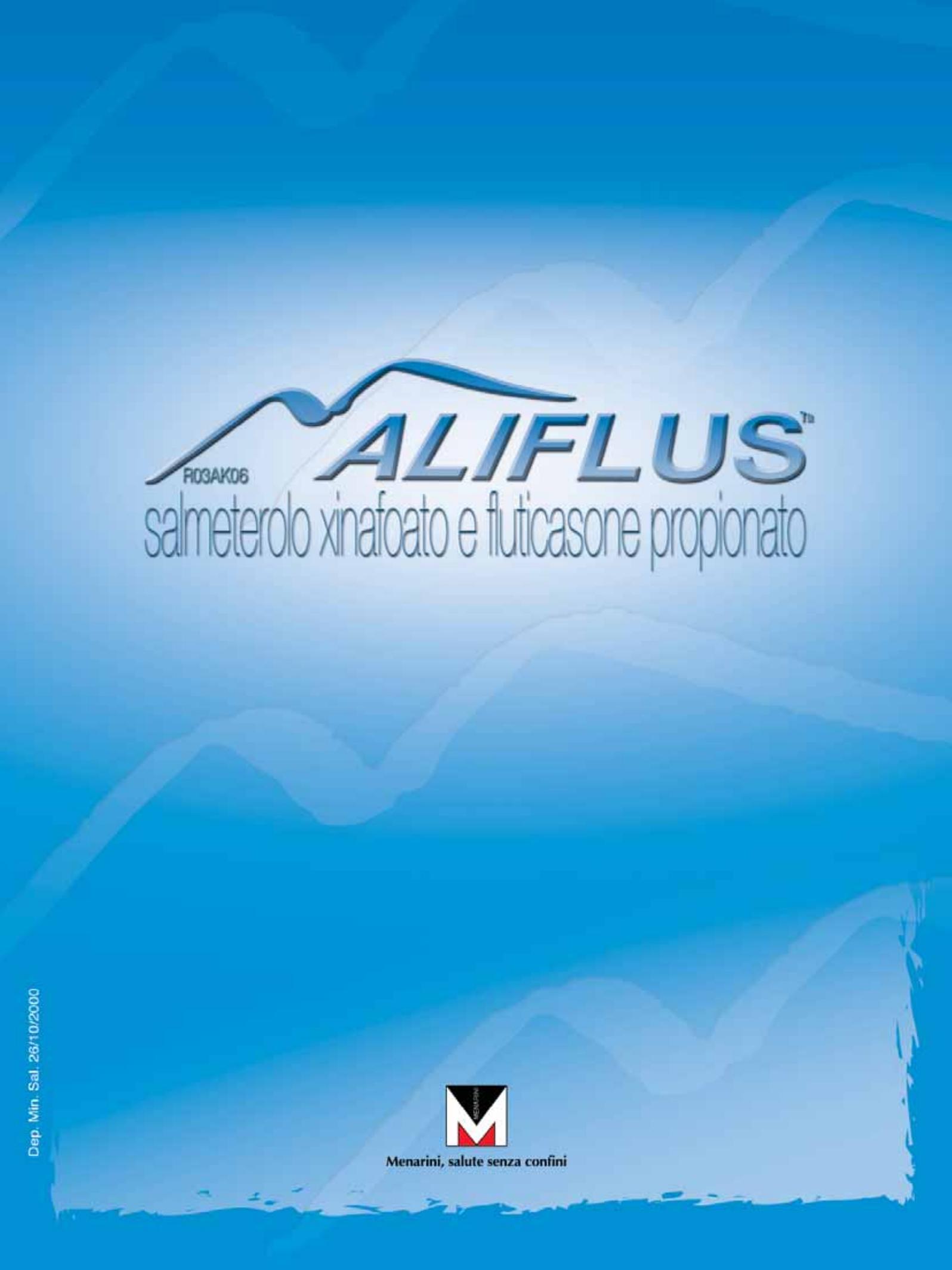
C. Baggione, T. Brocca, A. Bussotti, S. Del Prato,
S.E. Giustini, A. Mugelli, C.M. Rotella

Professioni Sanitarie quali autonomie?

E. Bagnoni

N° 10 NOVEMBRE/DICEMBRE 2010

Mensile - Anno XXVIII - n. 10 Nov./Dic. 2010 - Poste Italiane s.p.a. - Sped. Abb. Post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 45) art. 1, comma 1, DCB FI - Prezzo € 0,52 - Aut. Trib. Fi. n. 3.138 del 26/05/1983



FD3AK06

ALIFLUSTM

salmeterolo xinafoato e fluticasone propionato



LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- Joan Mirò nella luce del Mediterraneo
F. Napoli **4**

EDITORIALE

- Il medico generale tra agricoltura e navigazione
A. Panti **5**

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- Appropriatelyzza e oncologia: la medicina personalizzata
G. Amunni, F. Di Costanzo, S.E. Giustini, E. Mini, A. Ribeco, G. Taddei **6**
- La medicina personalizzata
A. Panti **13**

QUALITÀ E PROFESSIONE

- Dalla McDonalddizzazione della Medicina alla Medicalizzazione della McDonald's
R. Comi **14**
- È in arrivo il McStatin?
A. Zuppiroli **16**
- Anestesista "expatrié" in Haiti
R. Barbagli **17**
- Ancora in tema di Burn out. Considerazioni sulle cause
F. Cellerini **20**
- Che cosa è la qualità clinica in medicina d'emergenza-urgenza extraospedaliera?
M. Montomoli e coll. **22**
- Dai Gruppi di Auto Aiuto Psichiatrico al progetto Esperienze Compartecipate e Sistemi Locali di Salute Mentale
P. Pini **24**
- Il percorso diagnostico-assistenziale per i celiaci nell'Azienda USL 11 di Empoli
F. Calella e coll. **26**
- Professioni Sanitarie: quali autonomie?
E. Bagnoni **28**

RICORDO DI GIANCARLO MUSCAS

- L. Gabbani* **25**

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- Il diabete, stato dell'arte e possibilità terapeutiche
C. Baggio, T. Brocca, A. Bussotti, S. Del Prato, S.E. Giustini, A. Mugelli, C.M. Rotella **29**
- Tornare alla savana
A. Panti **36**

REGIONE TOSCANA

- La riorganizzazione delle attività di ricovero negli ospedali toscani
Consiglio Sanitario Regionale **37**

RICERCA E CLINICA

- Nuovo test per la diagnosi precoce di Tirosinemia Tipo I
G. La Marca **44**
- Trapianto intracerebrale di nucleo striato fetale nell'uomo
P. Gallina e coll. **46**

SANITÀ NEL MONDO

- Assistenza sanitaria e centralità del paziente
G. Maciocco **51**

NEWS SUI TUMORI IN TOSCANA

- L'incidenza dei tumori nel Registro Toscano Tumori: dati 1996-2005
A. Caldarella e coll. **55**

LETTERE AL DIRETTORE

- Modified Early Warning Score (MEWS): precisazioni
M. Cei e coll. **56**
- Droga: che fare?
A. Papini **56**
- Illusioni o malafede?
G.F. Placini e coll. **57**

LETTI PER VOI/LIBRI RICEVUTI

- VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani* **59**

NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

- CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI* **61**

BACHECA



Fondato da
Giovanni Turziani

Anno XXVIII n. 10 - Nov./Dic. 2010
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

In coperta

"Tramonto sulla Giudecca" di Adriano Danti - Collezione
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze

Prezzo € 0,52
Abbonamento per il 2009 € 2,73

Direttore Responsabile

Antonio Panti

Redattore capo

Bruno Rimoldi

Redattore

Simone Pancani

Segretaria di redazione

Antonella Barresi

Direzione e Redazione

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

e-mail: toscanaмедica@ordine-medici-firenze.it

Editore

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

Pubblicità

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

Stampa

Nuova Grafica Fiorentina
via Traversari - Firenze

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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



Joan Mirò nella luce del Mediterraneo

Mediterraneo: mare che unisce culture e popoli diversi; grande contenitore di storie e di miti. Joan Mirò ce ne offre una sua interpretazione, legata al superamento della pura e semplice realtà, nonché alla propria terra di origine, la Catalogna, regione spagnola di autonomia culturale e linguistica (oggi, anche politica).

Prosegue, così, a Pisa, città un tempo votata al mare, l'indagine su questo grande mondo marino (e non solo) che è il Mediterraneo: dopo la recente mostra dedicata a Marc Chagall, nelle medesime sale di *Blu/Palazzo d'arte e cultura* viene proposta *Joan Mirò. I miti del Mediterraneo*.

Alla esposizione hanno concorso la Cassa di Risparmio di Pisa e la locale Amministrazione comunale, l'Ambasciata di Spagna e la Fundació Joan Mirò di Barcellona, Giunti e i curatori Claudia Beltramo Ceppi, Teresa Montaner e Michel Draguet. Dunque, Mediterraneo: primo centro della civiltà, in esso si è sommato nei millenni il crudo possibile (la storia dei Fenici o dei Saraceni, delle libere Repubbliche marinare o di Cartagine) e l'amato impossibile (il lungo peregrinare in esso di Ulisse), accumulati comunque dalle tracce lasciate da civiltà e culture oggi sepolte, quali quella maltese, la sarda o la cretese.

Il mito come mezzo di comprensione profonda, radice del nostro essere, si rintraccia nell'arte di Joan Mirò (1893-1983), sostenuta da un forte sentimento della terra (in mostra, la serie dedicata a Dafne e Cloe), ma nello stesso tempo anche da un desiderio di staccarsi da questa per approdare a dimensioni diverse non materiali, bensì spirituali; non visibili come le esteriori, ma solo avvertibili perché interne.

La cultura aspra e sognante, vitale e vitalistica della terra d'origine, la Catalogna, porta Mirò a delineare una realtà complessa nel suo comporsi e nei rimandi: da un lato vi sono riferimenti precisi ad animali (l'uccello: in specie, le opere Anni

'60-'70) e a figure (la Madre Natura, comunque, la Donna), dall'altro vi è una serie di segni che diventano simboli aprendo dimensioni insospettabili ed insperate all'inizio. Certo in lui – pittore, scultore, disegnatore, grafico: si vedano, ad esempio,

le illustrazioni per *Costellations* di Andrè Breton – riecheggia la stretta amicizia con Jean Arp (nella priorità compositiva formale e nella essenzialità spiritualistica) e con Pierre Bonnard (la luce che tutto invade e la passione per il Mediterraneo), ma sono presenti sia l'elaborazione dell'arte giapponese (quella grafica, in particolare) enfatizzata fino al simbolismo (i suoi segni diventano una forma di scrittura), sia l'appartenenza (durante l'arco di una vita) al mondo culturale suggestivo del Surrealismo (l'esperienza onirica, l'importanza dell'inconscio, lo spaesamento formale, l'antirazionalismo, la spregiudicatezza tecnica), sia la secolare pratica della miniatura.

Forse, riaffiorano anche ricordi giovanili, provenienti da un mondo pieno di impossibili meravigliosi ingranaggi quale poteva essere quello deposto sul banco di lavoro del padre, orologiaio; certo, la ritmicità della composizione rimanda all'amore per la musica e alla danza come forma espressiva popolare propria della Catalogna.

Ecco, quest'aspetto *popolare* pervade l'arte di Joan Mirò, come mezzo di comunicazione immediata, possibilità di sintonia con gli altri, presente anche in opere forse più crude (la serie dedicata al Minotauro), riaffermando però sempre una serenità di fondo.

Come un libero canto abbandonato all'ampiezza solare del Mediterraneo.

Joan Mirò. I miti del Mediterraneo

fino al 23 gennaio 2011

BLU/palazzo d'arte e cultura
via Pietro Toselli 29, Pisa

orario: da martedì a venerdì 10-19;

sabato e domenica 10 - 20 (lunedì chiuso)

FEDERICO NAPOLI



Il medico generale tra agricoltura e navigazione

ANTONIO PANTI

Aristotele paragona l'arte del medico a quella del contadino perché deve coltivare la salute e a quella del navigatore perché deve condurre il malato a superare le secche e gli scogli della malattia. Una visione moderna della medicina generale. Il medico di famiglia è il motore della medicina di iniziativa per ridurre i rischi primari con adatti stili di vita; inoltre risolve la massima parte delle richieste nel proprio studio ma, quando occorre, aiuta i pazienti a districarsi nei complessi percorsi della medicina specialistica, nel contesto di una sanità spesso inutilmente burocratica.

In realtà le cose sono più complicate. Il medico opera secondo una modalità di lavoro ormai inadeguata e vive un patente contrasto tra il ruolo di *advocacy*, cioè di tutela del paziente, proprio del rapporto di fiducia, e quello di *gatekeeper*, cioè di guardiano di quel giardino delle Esperidi, colmo di analisi e di tutte le delizie con cui il malato vuol soddisfare la sua sete di certezze.

L'appropriatezza, tuttavia, non può essere individuale bensì un *modus operandi* condiviso tra tutti gli attori del sistema, specialisti, medici generali, amministratori. O vi è un'appropriatezza di sistema o il paziente sarà vittima delle supponenze o negligenze altrui o dell'inerzia diffusa. Un problema da risolvere quanto prima, mentre si affronta il tema di un rinnovato rapporto con i medici generali.

La questione che i medici convenzionati non appartengano al servizio è un falso problema. Infatti non è lo stato giuridico che determina il legame ma il contenuto dell'accordo.

Questione prioritaria, invece, è la riorganizzazione del territorio, il distretto e le cure intermedie, cioè della cornice che rende possibile ai medici attuare i compiti di cui i cittadini hanno bisogno. Il distretto deve riorganizzarsi come un presidio ospedaliero, con una direzione sanitaria con com-

piti di analisi dei bisogni, di verifica dei risultati, di organizzazione delle cure, di gestione e contrattazione del budget. Il medico di comunità deve avere uno specifico ruolo professionale. Altrimenti non funzionerà la continuità assistenziale, non saranno garantiti i rapporti tra ospedale e territorio e non sarà possibile realizzare l'intensità di cure nell'ospedale.

Ancora prioritario è evitare commistioni di ruolo. I medici generali hanno compiti clinici e trattano obiettivi e budget mediante un loro rappresentante. A grandi linee un accordo sperimentale dovrebbe prevedere che i medici generali, pur permanendo il rapporto di fiducia individuale, operino solamente in gruppi ben definiti sul piano territoriale che garantiscono assistenza per 24 ore e per 7 giorni, riassorbendo l'attuale guardia medica in un'unica progressione in carriera. Ciascun gruppo ha un coordinatore che contratta il budget e gli obiettivi annuali col dirigente del distretto in modo che non avvenga più l'assegnazione saltuaria di nuove incombenze. La collaborazione col tutor ospedaliero deve garantire la continuità delle cure dopo la dimissione, così come percorsi specialistici privilegiati debbono consentire di evitare ricoveri impropri. Infine i medici, dal momento che debbono offrire al servizio dati di governo, fare opera di educazione alla salute, tenere le schede dei pazienti, mantenere una relazione di cura, hanno bisogno di tempo. Il tempo è la risorsa più importante e più carente nella medicina generale. La presenza di infermieri, di personale di assistenza e di segreteria a carico del servizio deve consentire al medico di dedicare il tempo necessario a ciascun paziente. I componenti del gruppo svolgono per contratto tutte le prestazioni concordate così da coprire tutte le esigenze assistenziali assegnate.

Questo, o qualcosa di simile, non è utopia. Il nodo principale per adeguare il servizio sanitario alle mutate esigenze dei cittadini sta nel cambiamento della medicina generale. Una questione non rinviabile. **TM**



Appropriatezza e oncologia: la medicina personalizzata

TOSCANA MEDICA – Parliamo di un concetto innovativo, di particolare importanza in Oncologia, la cosiddetta medicina personalizzata. Di fronte ad un caso oncologico oggi abbiamo a disposizione fondamentalmente tre opzioni terapeutiche, chirurgica, radioterapica e chemioterapica. Alla luce delle più recenti acquisizioni, la chemioterapia rappresenta davvero un settore innovativo e di sempre maggiore importanza rispetto alla chirurgia ed alla terapia radiante?

AMUNNI – Certamente il ruolo della chemioterapia negli ultimi anni è andato ad aumentare dal momento che ne è stata identificata la precisa collocazione all'interno della gestione terapeutica di molte condizioni tumorali, dall'impiego adiuvante come precauzione dopo un intervento chirurgico per ritardare o ridurre il rischio metastatico, al classico trattamento palliativo, alla terapia neoadiuvante, vale a dire l'intervento prima della chirurgia per ottenere un maggiore indice di operabilità nel caso di malattie molto avanzate.

A fianco di tutto questo c'è stato un uso, e spesso un abuso, del concetto della cosiddetta personalizzazione del trattamento chemioterapico.

Ovviamente anche prima della introduzione dei più recenti chemioterapici gli oncologi hanno sempre cercato di personalizzare al massimo il loro intervento in funzione di tanti parametri quali il tipo di neoplasia, il suo grading, le caratteristiche complessive del paziente ecc.

Il termine personalizzazione inteso modernamente si riferisce piuttosto alla possibilità di disporre di farmaci che possano funzionare sulla base di un preciso profilo di espressione genica e molecolare di un determinato tumore. Se riusciamo a conoscere questo profilo, è lecito aspettarsi che la terapia funzioni e proprio per questo l'appropriatezza prescrittiva rappresenta un momento di fondamentale importanza.

RIBECCO – Il concetto della personalizzazione della terapia in Oncologia ha da sempre significato il tentativo da parte del medico di individuare delle stra-

tegie terapeutiche molto spesso complesse ed altrettanto spesso integrate con altre metodiche di cura, come ormai da decenni accade per esempio nel campo dei tumori solidi. Ne è un esempio la terapia ormonale del cancro della mammella associata alla valutazione di altri parametri quali l'istotipo, il grading ed altri parametri cosiddetti "biologici".

Oggi le più recenti acquisizioni e la stretta integrazione tra le attività di laboratorio, biologia molecolare ed istopatologia permettono di "costruire" profili biomolecolari sempre più precisi per ogni singolo paziente a cui segue ovviamente la ricerca farmacologica mirata contro questi specifici bersagli.

TADDEI – Come anatomopatologo devo dire che la personalizzazione della terapia va oggi di pari passo con il sempre maggior perfezionamento diagnostico per ogni singola lesione neoplastica.

Ormai non ci possiamo più accontentare di etichettare una lesione semplicemente come maligna o benigna, ma è necessario individuare categorie sempre più limitate, ognuna con proprie caratteristiche morfologiche e biologiche che possano condurre alla attivazione di strategie terapeutiche realmente personalizzate oppure, in maniera più corretta, finalizzate contro un determinato elemento cellulare.

In pratica oggi si cerca di personalizzare la terapia non tanto sul soggetto ammalato quanto piuttosto nei confronti di piccoli gruppi di tumori che, opportunamente studiati, presentino delle caratteristiche tali da farli considerare sensibili ad un determinato approccio terapeutico.

DI COSTANZO – Molti dei vantaggi che oggi noi continuiamo a ricavare da farmaci che ormai sono disponibili da un certo numero di anni sono senza dubbio da attribuirsi alla migliore selezione dei pazienti che attualmente siamo in grado di curare, soprattutto grazie al progredire delle metodiche diagnostiche.

Anche io sono d'accordo sul fatto che la cosiddetta "target therapy" non sia proprio una grande novità dal punto di vista concettuale, però bisogna ricono-

GIANNI AMUNNI¹, FRANCESCO DI COSTANZO²,
SAFFI ETTORE GIUSTINI³, ENRICO MINI⁴,
ANGELA RIBECCO⁵, GIANLUIGI TADDEI⁶

¹ Direttore dell'Istituto Toscano Tumori

² Direttore della Struttura Complessa dell'AOU Careggi di Firenze

³ Medico di Medicina Generale a Pistoia, responsabile Settore Farmaci della Società Italiana di Medicina Generale

⁴ Ordinario di Oncologia Medica dell'Università degli Studi di Firenze

⁵ Direttore FF.S.C. Oncologia Medica della Azienda Sanitaria Asl 10 di Firenze

⁶ Ordinario di Anatomia ed Istologia Patologica dell'Università degli Studi di Firenze

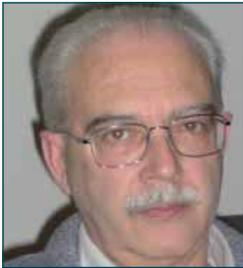
PARTECIPANO



Gianni Amunni



Francesco Di Costanzo



Saffi Ettore Giustini



Enrico Mini



Angela Ribecco



Gianluigi Taddei

scere che oggi siamo in grado di selezionare, nell'ambito di una determinata classe di tumori, ulteriori sottogruppi che sappiamo potere rispondere positivamente alle terapie al momento disponibili. In pratica, per quanto riguarda i chemioterapici, la moderna Oncologia sta praticamente "scremando" tutta una serie di fattori, sia preventivi che prognostici, con il risultato di potere disporre di trattamenti estremamente mirati per ogni singolo paziente.

MINI – Anche se il concetto di personalizzazione della terapia non è poi così nuovo in ambito oncologico, parlare oggi di "target therapy" significa riconoscere tutto il grandissimo lavoro che la ricerca ha fatto negli ultimi decenni, arrivando a scoperte come gli oncogeni e i geni oncosoppressori dei quali si ignorava l'esistenza.

Ovviamente i risultati di questa ricerca biomolecolare hanno consentito lo sviluppo di potenti armi terapeutiche innovative, siano esse gli anticorpi monoclonali oppure i composti chimici che inibiscono in maniera selettiva recettori per fattori di crescita tumorale o proteine ad attività enzimatica espressi in maniera esclusiva o prevalente nelle cellule tumorali. È oggi anche noto che l'individuazione di sottoclassi di tumori specificamente sensibili a questi

farmaci permette di aumentare in maniera rilevante l'efficacia della terapia e di ridurre gli eventuali problemi di tossicità, con evidenti ricadute positive anche in termini economici per i sistemi sanitari. Risultati simili si possono oggi raggiungere studiando sia il genoma dei tumori che quello dell'individuo affetto da neoplasia sfruttando le più recenti acquisizioni della patologia molecolare e della farmacogenetica.

GIUSTINI – L'European Medicines Agency (EMA) definisce i farmaci biotecnologici (biotech) "prodotti medicinali sviluppati mediante una o più delle seguenti procedure tecnologiche: DNA ricombinante, espressione genica controllata, metodi anticorpali".

I biotech costituiscono attualmente circa il 20% dei farmaci innovativi commercializzati, ma il mercato è destinato ad ampliarsi ulteriormente, la previsione è che nel 2020 saranno circa il 50% della totalità dei farmaci in commercio. Il loro impatto economico sui sistemi sanitari è sempre più importante e per il loro alto costo (spesa attuale nazionale di € 600 mln) e per l'alta percentuale d'uso (133 mln di DDD).

Come stabilisce l'EMA i biologici sono costituiti da proteine ottenute per mezzo di tecniche di DNA ricombinante, originate da linee cellulari geneticamente modificate, in grado di trascrivere la proteina di interesse farmacologico che, una volta purificata, può essere utilizzata per la somministrazione nell'uomo (Schellekens, 2005).

Questi farmaci sono in grado di contrastare l'azione delle citochine pro-infiammatorie, mimando gli effetti dei naturali meccanismi di regolazione cellulare (è per questo che vengono detti farmaci "biologici"). Considerando quanto sono sofisticate le procedure per ottenerli, sarebbe appropriato chiamarli farmaci "biotecnologici".

TOSCANA MEDICA – *In linea generale, alla luce dei progressi scientifici ora ricordati, la diagnosi di patologia neoplastica è ancora oggi necessariamente legata ad una diagnosi certamente e senza speranza infausta?*

AMUNNI – Io credo che il messaggio più corretto da fare passare oggi soprattutto a livello di popolazione sia quello che le cose sono profondamente cambiate nell'arco degli ultimi decenni perché la prognosi della malattia tumorale si è andata progressivamente a modificare per una tutta una serie di motivi che si possono sintetizzare nel modo seguente.

In primo luogo la sempre maggiore diffusione delle tecniche di screening ha consentito di arrivare a diagnosi sempre più precoci (ricordiamoci a questo proposito che uno dei principali fattori prognostici di una lesione tumorale sono proprio le sue dimensioni). In seconda battuta è da ricordare la sempre più efficace integrazione della chirurgia con l'approccio chemio- e radioterapico che ha permesso di raggiungere oggi percentuali di remissione di malattia soltanto qualche anno fa davvero impensabili.

Un altro fattore da considerare è il fenomeno di quella che potremmo chiamare la "cronicizzazione"

dei tumori, sostenuto sia dalle persone che sono guarite dalla malattia sia da coloro che invece riescono a convivere per periodi di tempo anche molto lunghi con una qualità di vita più che accettabile, come è il caso ad esempio del tumore ovarico. Senza inoltre dimenticare quanto siano oggi migliorati gli strumenti complessivi per garantire ai pazienti neoplastici una qualità della vita sempre migliore.

RIBECCO – Accanto agli innegabili progressi che si sono verificati in Oncologia in questi ultimi decenni, sono andati progressivamente a comparire anche dei problemi di ordine socio-economico, in buona parte legati a quella “cronicizzazione” dei tumori che è stata appena citata. In questo senso, essendo aumentata globalmente la sopravvivenza dei pazienti, sono andate a crescere anche le spese per la diagnostica, i farmaci, l’assistenza domiciliare con un maggiore impegno dei servizi territoriali e dei medici di base sia in fase di terapia che di monitoraggio e follow-up dei soggetti non più in cura.

TADDEI – Vorrei fare due brevissime osservazioni dal punto di vista del patologo. In primo luogo i progressi della moderna oncologia, in termini forse un po’ riduttivi, a noi hanno in fondo complicato un po’ la vita, perché se prima eravamo abituati a lavorare su grosse quantità di materiale neoplastico, oggi grazie all’accuratezza diagnostica del preoperatorio, ai nostri laboratori arrivano sempre più spesso piccolissimi agglomerati cellulari dai quali ricavare indicazioni diagnostiche sempre più precise e puntuali.

La seconda osservazione è inerente al fatto che la cronicizzazione della malattia tumorale, dovuta alla migliore diagnostica ed alla sempre maggiore efficacia delle terapie, in molti casi ha finito per selezionare classi di pazienti con popolazioni di cellule tumorali in fondo non così aggressive, in grado cioè di consentire a queste persone periodi di sopravvivenza anche di molti anni in condizioni di relativo benessere: in pratica è cambiata la popolazione sulla quale noi dobbiamo fare diagnosi.

GIUSTINI – Vorrei sottolineare come medico di medicina generale che questa osservazione è particolarmente importante nel contesto della cronicizzazione di alcune (molte?) patologie tumorali in alcune delle quali sono veramente cambiati i relativamente vecchi paradigmi di morbilità e mortalità e quindi quelli assistenziali. Siamo insomma sempre più chiamati a prenderci cura di sottogruppi di pazienti nei quali ad un certo punto della loro esistenza, prendono il “sopravvento” altre malattie (diabete, cardiopatia ischemica ad esempio).

DI COSTANZO – Sulla scorta di dati statunitensi ed europei possiamo oggi dire che l’aumento della curva di sopravvivenza (addirittura raddoppiata in caso di malattia avanzata) di alcune neoplasie quali quelle della mammella, del colon e dello stomaco è stato in buona parte attribuito alla chemioterapia adiuvante.

Questo significa che l’avanzamento delle conoscenze ci consente oggi di individuare con notevole precisione quei soggetti ai quali ragionevolmente po-

tere garantire qualche vantaggio. Anche se riusciamo ad ottenere oggi dei risultati fino a poco tempo fa impensabili, è bene tuttavia non creare false illusioni, dal momento che si parla di sopravvivenza di circa 6 mesi con le terapie di supporto e di un anno con la chemioterapia.

MINI – Le osservazioni che sono state fatte dimostrano chiaramente che siamo sulla strada giusta per procedere con successo ad una sempre maggiore integrazione tra le differenti opzioni terapeutiche disponibili che porti ad un ulteriore miglioramento della prognosi e prolungamento della sopravvivenza dei pazienti. Non bisogna però dimenticare che nei prossimi anni si assisterà verosimilmente ad un incremento sostanziale del numero di nuovi casi di tumore sia nei Paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo. Questa considerazione pone già da oggi anche dei problemi di carattere economico ed etico, visto che il costo sempre maggiore della diagnostica e della terapia inevitabilmente condizionerà l’entità degli investimenti nelle realtà meno dotate di risorse.

DI COSTANZO – A quanto diceva adesso il prof. Mini, vorrei aggiungere anche la questione del sempre maggiore invecchiamento della popolazione nei Paesi industrializzati con il conseguente aumento della patologia tumorale.

TOSCANA MEDICA – *Continuando a parlare della terapia personalizzata, affrontiamo il caso paradigmatico del tumore polmonare non a piccole cellule. Iniziamo con una panoramica di questa condizione neoplastica.*

AMUNNI – Si tratta di un tumore largamente diffuso, presente in Italia in circa 24.000 persone di sesso maschile e 7.000 di sesso femminile, con una prevalenza annua di 78.000 casi. È responsabile ogni anno di circa 20.000 decessi nei maschi e 5.000 nelle donne. È una neoplasia certamente legata all’abitudine al fumo, tanto è vero che si raggiunge una parità negativa tra i sessi strettamente legata alla riduzione del fumo tra gli uomini ed al suo aumento nella popolazione femminile. Purtroppo, ad eccezione di alcune esperienze di carattere sperimentale come lo studio “Italung” condotto sulla popolazione dei fumatori, per questa neoplasia non esistono programmi di screening e ancora poche sono le possibilità di una diagnosi veramente precoce.

Oggi grandi speranze nella cura di questa malattia sono riposte in un nuovo farmaco, il Gefitinib, che sembra avere dimostrato particolare efficacia in gruppi selezionati di pazienti quali ad esempio soggetti asiatici non fumatori, con istotipo adenocarcinomatoso. Il Gefitinib risulta efficace soltanto in presenza di una determinata mutazione dell’EGF-R (recettore del Fattore di Crescita Epidermica, fattore fondamentale nel processo di crescita cellulare anche nelle cellule neoplastiche), riscontrata però solamente nel 10-20% della popolazione di riferimento.

Si tratta pertanto di un approccio terapeutico che richiede una attenta selezione dei pazienti, per indi-

viduare con la massima accuratezza quelli nei quali potrebbe garantire qualche risultato realmente soddisfacente.

RIBECCO – La variante non a piccole cellule rappresenta circa l'80% di tutte le diagnosi di neoplasia polmonare che purtroppo, in circa il 75% dei casi, viene diagnosticata in fase localmente avanzata o già metastatizzata.

In accordo con quanto detto, anche io voglio sottolineare l'importanza della ricerca biomolecolare tesa ad individuare sottogruppi di popolazione, seppure limitati in termini numerici, sui quali costruire strategie terapeutiche veramente personalizzate.

TADDEI – Tornando per un attimo al rapporto fumo di sigaretta-tumore polmonare (soprattutto adenocarcinomi), vorrei ricordare che questa associazione, estremamente significativa per la popolazione maschile, non lo è altrettanto per quella femminile. Questo significa che le linee neoplastiche seguono spesso percorsi differenti e che sempre maggiore appare, come già sottolineato, la necessità di individuare sottoclassi cellulari sulle quali i nuovi farmaci possano esplicare con efficacia la loro azione terapeutica. Tra l'altro non bisogna dimenticare che si tratta di farmaci di gran costo che quindi dovrebbero essere usati in pazienti che realmente potrebbero trarne giovamento.

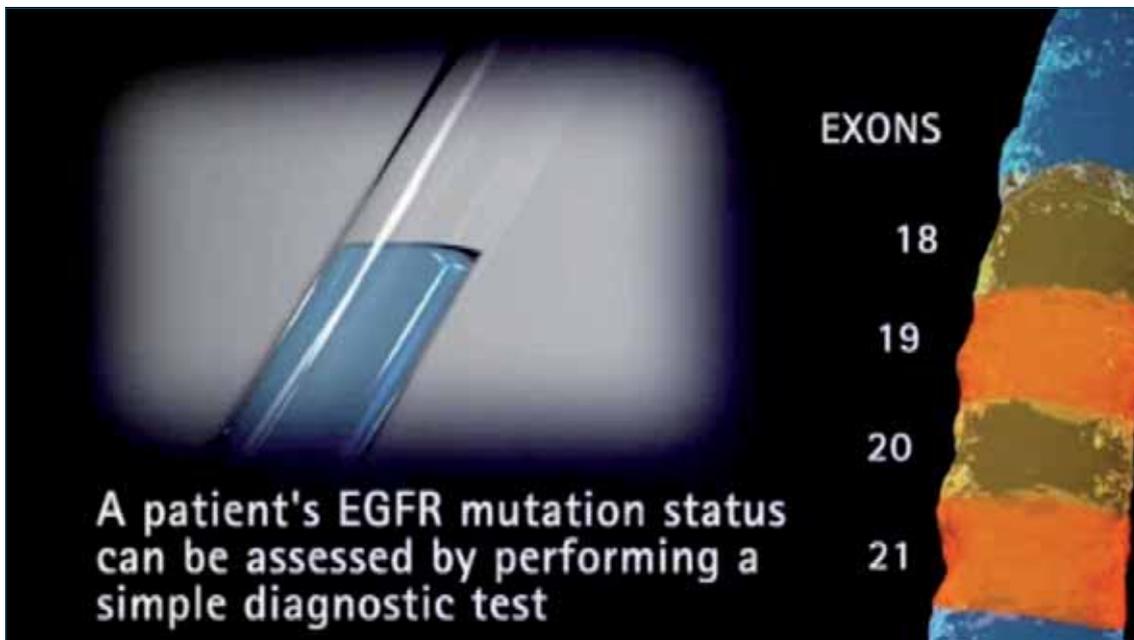
DI COSTANZO – Alcuni dati epidemiologici in aggiunta a quelli riportati in precedenza. Nella nostra Regione attualmente i casi di neoplasia polmonare sono 2.268, 618 donne e 1.650 uomini, il 64% dei quali si presenta con malattia Stadio III B-IV, quindi molto avanzata. In linea generale negli stadi I e II si utilizza la chirurgia con una chemioterapia adiuvante, mentre in caso di forme più progredite si ricorre all'uso dei farmaci di più recente introduzione.

TOSCANA MEDICA – *Parlando della terapia personalizzata con i nuovi farmaci, quali sono i test che possono condurre all'identificazione dei gruppi di pazienti sui quali impiegare queste molecole?*

AMUNNI – In primo luogo devo dire che se non vogliamo che l'innovazione sia considerata la principale voce di spesa in campo oncologico, bisogna che su questo punto venga fatta la massima chiarezza. Ad oggi noi disponiamo di un test, sostanzialmente e semplicisticamente della classe della Proteina C Reattiva (PCR), che ci permette di avere dati molto sensibili sulla predittività dell'efficacia di un trattamento con un farmaco innovativo. In questo contesto la prima cosa sulla quale assolutamente non possiamo transigere è fare in modo che la prescrizione sia obbligatoriamente legata all'esecuzione del test e che questo test possa essere disponibile per tutti i cittadini che dovessero averne bisogno.

Questo, a mio parere, significa creare un sistema organizzativo all'interno del quale l'attività diagnostica sia quanto più possibile centralizzata, al fine di garantire dal punto di vista terapeutico anche quei pazienti la cui diagnosi di malattia neoplastica (e ricordo che stiamo parlando del tumore polmonare) sia stata ottenuta con metodiche differenti in altre strutture.

TADDEI – Come patologi siamo ovviamente molto interessati alla questione organizzativa della diagnostica di queste malattie. Tralasciando per il momento i casi di malattia in fase iniziale, prendendo quindi in considerazione gli stadi III B e IV, la nostra opera consiste fondamentalmente nel selezionare le cellule neoplastiche e di processarle in maniera adeguata mediante PCR-Sequenza, per esempio, in modo tale da evidenziare anomalie geniche sia su preparati istologici che citologici, per far sì che il paziente possa essere indirizzato verso lo schema terapeutico più adeguato alla sua condizione.



Per quanto riguarda il cancro del polmone la situazione appare più complessa di quanto avviene ad esempio nel caso delle neoplasie colon rettali, infatti in queste ultime viene indagato soltanto un esone, mentre nelle neoplasie polmonari gli esoni indagati sono 4: 18, 19, 20, 21. Quando il materiale da esaminare è scarso, secondo i dati disponibili in letteratura, l'analisi molecolare dovrebbe essere limitata ai solo esoni 19 e 21 in quanto risultano più frequentemente mutati.

Quando il materiale di cui disponiamo è scarso dobbiamo limitarci allo studio del 19 e del 21 perché sono quelli che, in caso di positività di alterazioni geniche, più significativamente dovrebbero risultare coinvolti. Quando invece il materiale su cui poter lavorare è più abbondante conviene sempre sequenziare tutti e quattro gli esoni prima ricordati.

In questo campo di studio estremamente delicato la competenza del patologo veramente può fare la differenza tra positività e negatività, ad iniziare dalla scelta del campione cellulare da studiare e alla selezione delle cellule sulle quali eseguire le metodiche di biologia molecolare.

Queste considerazioni hanno condotto al problema del controllo di qualità delle prestazioni erogate che in Toscana hanno consentito di individuare tre Centri (Firenze, Siena e Pisa) nei quali fare confluire tutto il materiale da esaminare. Per fornire qualche numero, da gennaio a settembre 2010 abbiamo studiato 75 casi, nel 5% dei quali erano presenti mutazioni geniche.

DI COSTANZO – A questo punto vorrei introdurre un concetto che deve assolutamente essere chiaro non solo agli oncologi ma a tutti i medici. L'Oncologia, oltre ad un'ottima Radiologia ed un'altrettanto ottima Anatomia Patologica, oggi ha bisogno anche di una rete di laboratori che siano in grado di studiare con efficacia tutta una serie di marcatori biomolecolari di fondamentale importanza sia per il trattamento che per la ricerca.

In campo terapeutico poi l'AIFA ha giustamente imposto dei limiti molto stretti all'impiego dei nuovi farmaci antitumorali come il Gefitinib che possono ad oggi essere somministrati soltanto a classi di pazienti selezionati. Anche se quindi l'utilizzo inappropriato di queste molecole non dovrebbe rappresentare un problema, rimane invece molto sentita la questione dei costi. Facendo riferimento alla situazione epidemiolo-



gica della Toscana noi abbiamo oggi circa 250 pazienti che possono utilmente ricevere il Gefitinib con un ovvio, notevole impegno di spesa. In realtà i costi sono molto maggiori perché, a livello di individuazione di questi soggetti, gli anatomopatologi hanno dovuto studiare ben 11 pazienti per trovarne uno solo eleggibile per questo tipo di trattamento.

TOSCANA MEDICA – *Dopo la selezione dei pazienti, spieghiamo adesso quale è il meccanismo di azione di questi nuovi farmaci ed in particolare del Gefitinib.*

MINI – In linea di massima si tratta di molecole che hanno come bersaglio delle proteine superespresse, ovvero espresse in quantità nettamente superiore nelle cellule tumorali rispetto a quelle normali, oppure presenti esclusivamente nelle cellule tumorali, come ad esempio accade per l'Imatinib in caso di leucemia mieloide cronica. L'Imatinib ha infatti per bersaglio una proteina ad attività enzimatica (bcr-abl) prodotta dall'omonimo gene di fusione derivato da una traslocazione cromosomica presente solo nelle cellule leucemiche.

Per quanto riguarda il carcinoma del polmone non a piccole cellule, come già accennato, oggi sappiamo che la sua crescita dipende in buona misura dalla presenza del recettore per il Fattore di Crescita Epidermico (Epidermal Growth Factor, EGF). L'EGF legandosi allo specifico recettore, espresso a livello delle cellule tumorali nella quasi totalità dei casi, ne provoca l'attivazione ed induce l'inizio della trasduzione del segnale che consiste nella fosforilazione di varie proteine oncogeniche e porta ad un'aumentata trascrizione genica, responsabile della proliferazione della neoplasia, dell'invasione da parte del tumore dei tessuti circostanti, della neoangiogenesi e del processo di metastatizzazione.

Questo meccanismo patogenetico viene bloccato dal Gefitinib e nei pazienti con mutazioni geniche del dominio tirosin chinasi associato al recettore per l'EGF, che rendono costitutivamente attiva questa via di trasduzione del segnale, la sua attività farmacologica specifica si traduce in un effetto clinico positivo.

Purtroppo i tumori non geneticamente mutati appaiono resistenti all'azione di questo farmaco e per questo nel caso del carcinoma polmonare non a piccole cellule si parla soltanto di un 10-15% di pazienti caucasici che possono beneficiare di questo tipo di trattamento.

TOSCANA MEDICA – *L'efficacia della terapia somministrata nei pazienti selezionati è sempre e comunque garantita?*

MINI – Non nella totalità dei casi, anche se le percentuali di remissione della malattia raggiungono il 70%, un livello che in Oncologia rappresenta un indicatore estremamente significativo. Nel 25-30% dei pazienti che, seppure selezionati in base al risultato dei test biomolecolari, non rispondono alla terapia esistono evidentemente altre cause di insuccesso che ad oggi non sono ancora del tutto chiarite quali, ad esempio, vie alternative di attivazione del tumore oppure mutazioni nella via di trasduzione del segnale a valle

del recettore per EGF che sottendono alla cosiddetta chemioresistenza primaria o intrinseca. Da non dimenticare poi che esiste anche una chemioresistenza secondaria o acquisita che, ad intervalli variabili di tempo dall'inizio della terapia, può comparire nei pazienti che hanno ottenuto una risposta positiva alla terapia. Questo tipo di resistenza è dovuto all'insorgenza di eventi biomolecolari secondari che vanificano l'efficacia del farmaco.

DI COSTANZO – Non bisogna però dimenticare che i buoni risultati terapeutici ottenuti con il Gefitinib devono essere confrontati con quelle che solo fino a pochi anni fa erano in pratica le uniche armi che avevamo a disposizione per curare il carcinoma polmonare, cioè la chemioterapia con le varie associazioni di farmaci antitumorali. In questo senso il parametro più importante da considerare è il tempo libero di progressione della malattia che il Gefitinib, negli studi a 9 mesi, riesce ad incrementare di circa 3-4 mesi rispetto alla chemioterapia tradizionale. Ulteriore notazione di enorme importanza è rappresentata dal fatto che il Gefitinib viene somministrato per bocca, potendo in questo modo evitare al paziente le somministrazioni di altre terapie, per lo più endovenose, molto più pesanti ed impegnative.

TOSCANA MEDICA – *Facendo riferimento all'ultimo intervento del dottor Di Costanzo che ha chiaramente descritto i vantaggi complessivi della terapia orale con Gefitinib rispetto alla chemioterapia classica e considerando che il guadagno di 3-4 mesi si riferisce soltanto alla progressione di malattia e non all'outcome finale, quale è la qualità della vita che questi pazienti possono ragionevolmente aspettarsi?*

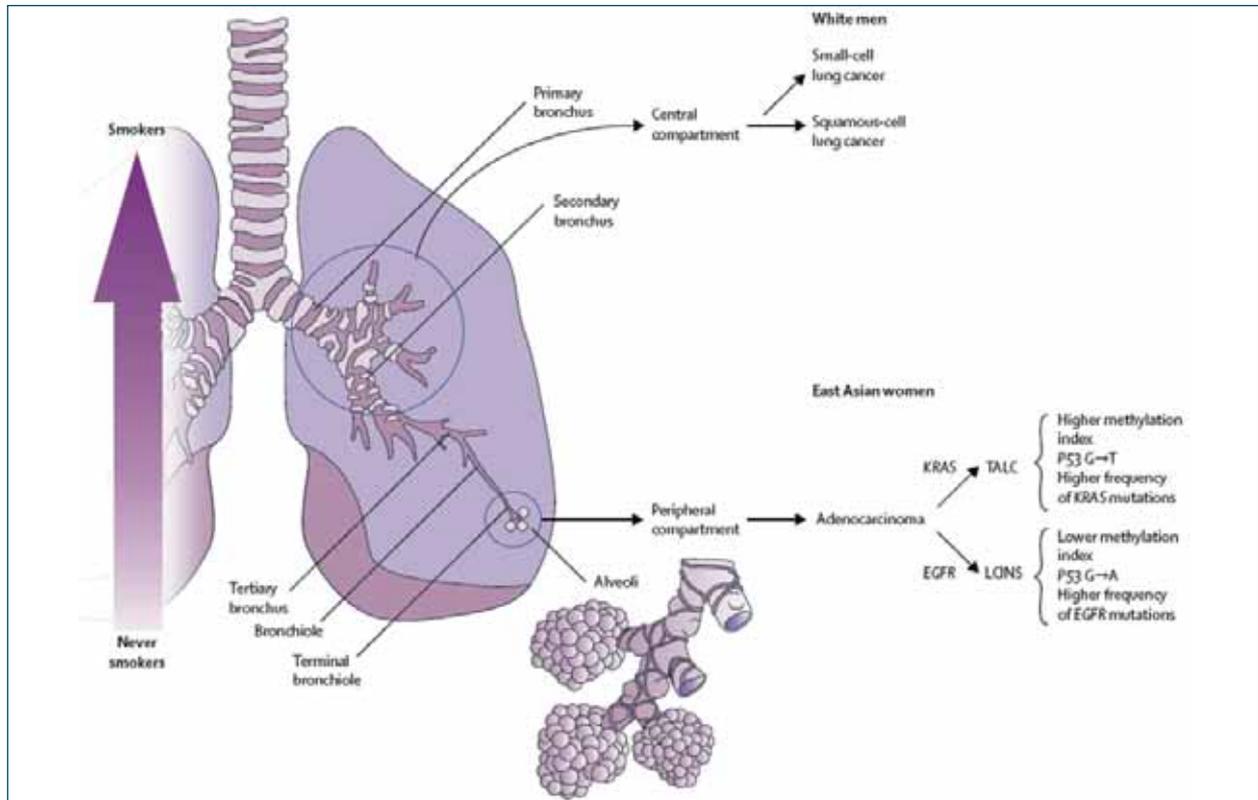
DI COSTANZO – Uno dei vantaggi più importanti della terapia con Gefitinib, fatto salvo il suo costo elevato, è senza dubbio la sua ridotta tossicità rispetto agli antitumorali tradizionali, anche se qualche effetto collaterale può venire riscontrato quali diarrea e rash cutanei. Inoltre, nettamente ridotta appare l'incidenza di importanti fenomeni indesiderati come la leucopenia le cui complicanze spesso richiedono l'ospedalizzazione dei pazienti. Certamente dal punto di vista strettamente economico il rapporto costo-efficacia è senza dubbio a favore del Gefitinib.

RIBECCHIO – Per quanto riguarda la qualità della vita dei pazienti, gli studi in fase III hanno confermato che la terapia con i farmaci biologici e quindi anche con il Gefitinib garantisce un buon controllo dei sintomi nella malattia in fase avanzata.

Come già detto il profilo tossicologico di queste molecole è ampiamente soddisfacente, anche se il follow-up dei pazienti deve essere molto accurato, soprattutto a livello di Medicina Generale, per individuare e trattare il prima possibile eventuali complicazioni quali la diarrea e la più rara, ma misconosciuta interstiziopatia polmonare.

MINI – Vorrei ancora una volta sottolineare il fatto che il miglioramento della qualità della vita dei soggetti affetti da carcinoma polmonare è anche legato al fatto che questo tipo di farmaci viene assunto una sola volta al giorno per via orale, senza pertanto la necessità di recarsi in ospedale per ricevere la terapia endovenosa.

A questo proposito non dimentichiamo che i pazienti con carcinoma polmonare molto spesso sono soggetti anziani con importanti comorbidità che dispo-



nendo di un'alternativa valida al trattamento chemioterapico citotossico classico godono di una migliorata qualità di vita.

DI COSTANZO – La semplicità di assunzione degli antitumorali di più recente introduzione non deve fare però dimenticare che un eventuale errore posologico può portare a delle problematiche di rilievo. Per questo di fondamentale importanza appare l'attività del medico di famiglia nel monitoraggio domiciliare della terapia, oltre ovviamente a quella delle strutture specialistiche di riferimento.

TOSCANA MEDICA – *Alla luce delle considerazioni adesso riportate appare comunque legittimo chiedersi se il costo molto elevato dei farmaci biologici antitumorali sia eticamente accettabile in un sistema sanitario che appare sempre meno sostenibile dal punto di vista delle risorse economiche disponibili. Sempre da un punto di etico, oltre che strettamente medico, sono pertanto giustificabili le varie forme di controllo applicate alla erogazione ed alla commercializzazione di queste molecole?*

AMUNNI – L'aumento del numero assoluto dei tumori legato al prolungamento della vita e quello della sopravvivenza grazie a terapie sempre più efficaci comporta necessariamente un aumento esponenziale dei costi per l'Oncologia con conseguenti problematiche di sostenibilità da parte del servizio sanitario pubblico.

In Toscana credo che la questione venga affrontata in maniera sostanzialmente corretta, non limitandosi solamente ad un discorso di tipo "ragionieristico", ma coinvolgendo attivamente tutti i professionisti a vario titolo coinvolti nella gestione di questi ammalati. Elenco brevemente alcune considerazioni che mi sembrano opportune per chiarire quanto ho detto adesso.

In primo luogo non è detto che l'impiego di un determinato farmaco debba sempre e comunque venire legato alle sue indicazioni registrative: il professionista dovrà valutare caso per caso il rapporto costo-beneficio legato alla sua eventuale somministrazione. Secondariamente, l'appropriatezza prescrittiva deve essere non solo ricercata ma anche garantita e monitorizzata perché non è accettabile per farmaci di questo genere un utilizzo che non tenga conto degli indicatori di predittività.

Un modo per aiutare i medici a mettere in pratica comportamenti complessivamente virtuosi di controllo della spesa potrebbe essere quello delle cosiddette "azioni di risparmio", concetto per il quale le risorse risparmiate in un determinato settore vengono reinvestite proprio al suo interno.

Un'altra considerazione che non possiamo assolutamente evitare è legata poi alla decisione, talvolta davvero drammatica, di somministrare oppure no, seppure in presenza di indicazioni terapeutiche corrette, un farmaco estremamente costoso che però sappiamo essere in grado di modificare assai poco una determinata condizione in termini di sopravvivenza e qualità della vita.

Tra l'altro, considerando che in linea generale i

sistemi sanitari comprano i farmaci quando questi producono risultati e l'industria paga quando questi invece non ci sono, credo che sia fondamentale ricercare ad ogni livello una logica di vera collaborazione e non certo di scontro e contrapposizione tra industria e sistemi sanitari.

Sempre in termini puramente economici non posso prescindere da una valutazione complessiva che tenga conto non solo del singolo caso ma dei bisogni dell'intera collettività. Mi spiego in termini forse un po' semplicistici ma efficaci: può essere considerato etico ed accettabile, all'interno di un sistema sanitario dalle risorse assai limitate, spendere cifre notevoli per garantire qualche giorno di vita in più con qualità della vita non certo esaltante a poche persone, privandone in questo modo moltissime altre, ad esempio, di fondamentali iniziative di screening? La risposta a questa domanda, paradigma di molte altre di simile rilevanza, non può essere demandata solo ai medici ma deve necessariamente coinvolgere gli organi di governo pubblico, i cittadini e l'industria.

La Toscana si sta muovendo in questa direzione, come dimostra anche la delibera che regola l'uso "off label" dei farmaci, nel tentativo di continuare a garantire un servizio sanitario regionale davvero equo ed universale.

TADDEI – I nuovi farmaci antitumorali hanno innescato tutta una serie di ricerche che verosimilmente in un prossimo futuro porteranno a molte altre acquisizioni di enorme importanza terapeutica.

Purtroppo dobbiamo anche riconoscere che la cascata di eventi molecolari che conducono alla trasformazione di una cellula in un elemento tumorale è ancora ben lontana dall'essere chiarita completamente. Questo significa che mi sembra eticamente corretto cercare di garantire la miglior terapia possibile esclusivamente a quei malati che possono davvero giovare, all'interno di un sistema sanitario che dispone di risorse ad oggi davvero molto limitate.

DI COSTANZO – Partendo dalla considerazione che il Gefitinib è realmente un farmaco dotato di notevolissime potenzialità terapeutiche, seppure dal costo molto elevato (circa 20.000 Euro per un trattamento completo in un paziente), mi sembra che il suo impiego oggi sia oggi assai ben regolamentato dalle norme dettate dall'AIFA, soprattutto per quanto riguarda la selezione dei pazienti eleggibili per questo tipo di terapia.

Noi abbiamo parlato fino ad ora del cancro del polmone, ma lo stesso discorso può essere fatto anche per altri tipi di neoplasia per i quali la ricerca ha creato molecole altrettanto efficaci del Gefitinib e, purtroppo, parimenti costose. Questo significa che in futuro la malattia neoplastica sarà sempre più spesso affrontata con farmaci molto efficaci ma anche di gran costo e di questo le amministrazioni centrali e regionali non potranno non tenere conto per cercare di evitare il collasso economico dei sistemi sanitari. Si tratta di problemi che, seppure proiettati nel futuro, necessitano fin da ora della massima attenzione in particolare per quanto riguarda gli aspetti economico-gestionali dell'intera questione.

MINI – Il futuro di cui parla il dottor Di Costanzo in realtà è molto più vicino di quanto si pensi considerando che sono attualmente in fase di sperimentazione clinica oncologica in tutto il mondo circa 1.000 nuovi principi attivi. Considerando che di questi soltanto il 7-8% riuscirà effettivamente a superare il processo di validazione clinica, è ipotizzabile che nel prossimo decennio potranno essere disponibili nella pratica clinica circa 70 molecole di nuova o nuovissima concezione.

Per quanto riguarda il Gefitinib, concordo sul fatto che si tratti di un farmaco dal costo complessivo accettabile, come del resto attestato anche dall'analisi farmacoeconomica che ha permesso all'Istituto

Nazionale per la Salute e l'Eccellenza Clinica (NICE) britannico, un'autorità regolatoria particolarmente autorevole e rigorosa, di esprimere un parere favorevole al rimborso dei costi del farmaco da parte del Sistema Sanitario inglese in quanto il suo impiego non comporta un aggravamento dei costi sanitari ed è più vantaggioso rispetto alla chemioterapia tradizionale.

DI COSTANZO – Una curiosità: il Gefitinib come media europea costa circa 2.400 a fialone, con punte di 2.700 in alcuni Paesi come la Germania. L'Italia è riuscita ad ottenere il prezzo di 2.100 Euro per una confezione di 30 compresse.

La medicina personalizzata

ANTONIO PANTI

L'innovazione farmacologica fa compiere frequenti balzi in avanti all'oncologia. Anche prima la terapia era personalizzata secondo la stadiazione del tumore, le caratteristiche del paziente e altro. Oggi la ricerca genetica e farmacologica rendono disponibili farmaci che agiscono a seconda della espressione genica e molecolare del tumore. Si può selezionare un target di pazienti e offrire chemioterapie con la certezza, o quasi, di colpire nel segno. La definizione del profilo genetico e biomolecolare consente di categorizzare i tumori a seconda del possibile bersaglio di specifiche terapie. Obiettivo dell'oncologia moderna è la personalizzazione della cura, la tailored therapy, vantaggiosa per il paziente e per la sostenibilità del sistema.

Lo stigma del cancro, la metafora del male di Susan Sontag, dovrebbe scomparire dall'immaginario collettivo. Gli screenings consentono anticipazioni diagnostiche che migliorano la prognosi, mentre l'integrazione operativa e i progressi della chirurgia, della radioterapia e della chemioterapia hanno aumentato l'efficacia delle cure. Aumenta la prevalenza delle malattie oncologiche perché sempre più spesso il tumore cronicizza con una accettabile qualità della vita. Un progresso medico (e umano) che tuttavia comporta di sommare il costo dell'innovazione e quello della sopravvivenza. La sopravvivenza di tutti i tumori è migliorata ma l'incidenza aumenta a causa anche dell'invecchiamento della popolazione. Un problema su cui tutti siamo chiamati a riflettere.

In questo quadro, i nostri esperti hanno puntato l'attenzione sul tumore polmonare non a piccole cellule, che rappresenta oltre l'80% dei tumori polmonari. L'adenocarcinoma polmonare, la cui causa principale almeno negli uomini è il fumo, colpisce in Italia circa 23.000 uomini ogni anno e 7.000 donne, con una prevalenza di circa 7.000 casi. In Toscana ad oggi vi sono circa 2300 casi, di cui 1600 uomini e 600 donne. Purtroppo nella maggior parte dei casi la dia-

gnosi viene posta quando il tumore è già allo stadio 3 o 3b, se non addirittura al 4, cioè in fase avanzata e metastatizzante. La mancanza di uno screening efficace rende difficile la diagnosi precoce.

Tuttavia circa il 20% dei casi può essere trattato con un nuovo farmaco biologico, il gefitinib. Sono i casi in cui è possibile dimostrare una mutazione genetica delle cellule tumorali che le rende sensibili a questo farmaco. È bene ricordare che solo alcuni centri, tre in Toscana, sono autorizzati per questa diagnosi cellulare. È ovvio che il test deve essere garantito a tutti i pazienti, il che aumenta i costi, perché occorre testare 11 pazienti per trovarne uno eligibile a questa terapia.

Il gefitinib agisce sui fattori di crescita tumorale, è un antimetabolita che dà risultati apprezzabili sul 70% circa dei soggetti trattati, un buon risultato in oncologia.

Il punto fondamentale in questa situazione, è che la chemioterapia classica è meno efficace, più tossica e più soggetta a reazioni avverse. Ulteriore vantaggio è la somministrazione orale il che comporta, tra l'altro, minori costi di ricovero. Comunque, siccome questi farmaci si usano spesso in politerapia, l'attenzione tossicologica è assai importante. In conclusione un farmaco che offre indubbi vantaggi in termini di allungamento del tempo libero da progressione del male e di qualità della vita. Il costo è indubbiamente elevato, anche se non tra i più onerosi tra i farmaci biologici oncologici. Per questo l'uso è soggetto a disposizioni AIFA e il rimborso avviene attraverso il moderno meccanismo del pagamento a risultato.

La terapia personalizzata rappresenta un grande progresso della medicina. Tuttavia i costi incrementali potrebbero, se l'uso non è appropriato, mettere in crisi la sostenibilità del sistema. Affrontare questo problema e individuare le soluzioni che coniughino il diritto individuale con l'interesse della collettività è questione che spetta all'intera società.

TM

*Si ringrazia AstraZeneca
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione*



Dalla McDonaldizzazione della Medicina alla Medicalizzazione della McDonald's

Il cerchio si chiude

Nel 1997 usciva in Italia, per i tipi del Mulino editore, la traduzione di un libro del 1996 di un sociologo americano, George Ritzer, dal titolo esplicito, "Il mondo alla McDonald's".

L'autore, interessato *in primis* ai processi di produzione degli alimenti, prendeva le mosse dai lavori di un sociologo tedesco degli anni 20, Max Weber, in particolare adottandone un concetto chiave, la "razionalizzazione". Nell'accezione di Weber e poi di Ritzer, questo termine perde quella connotazione positiva che siamo soliti attribuirgli, per indicare semplicemente il tentativo di eliminare tutte le variabili di ostacolo alla standardizzazione di un processo produttivo, avendo un solo obiettivo finale: l'abbattimento dei costi, la massimizzazione dei profitti. Nel libro, Ritzer mostra come questa analisi, partendo dai processi di produzione degli alimenti, si può ben applicare ad altri campi: nello specifico, ci sono pagine assolutamente illuminanti sulla "McDonaldizzazione" in medicina.

"Storicamente, non si può dire che la medicina sia stata qualcosa di prevedibile. I medici, nella loro pratica privata, hanno sempre agito in grande autonomia e secondo i propri metodi. In passato, se accadeva che entrassero in qualche organizzazione, tipo ospedali o laboratori professionali, mantenevano tuttavia una notevole libertà rispetto ai possibili condizionamenti della struttura che avrebbero potuto uniformare la loro attività.

Ma da più parti ci sono spinte in questa direzione, nel senso cioè di annullare le differenze fra le diverse pratiche mediche da un posto all'altro. La crescente influenza delle organizzazioni burocratiche sui medici, soprattutto per via del numero sem-

pre maggiore di medici impiegati al loro interno, sta portando la professione a una standardizzazione sempre più evidente. Tutte queste organizzazioni, come le burocrazie in genere, sono fondate su una serie di regole, procedure, e su controlli regolari che condiziona-

ROBERTO COMI

Medico cardiologo, Firenze

no i medici con lo scopo di portarli a esercitare in maniera più uniforme. Vale a dire che il comportamento medico non si discosterà di molto da quello degli altri; certe decisioni, prese in determinate circostanze e in un dato luogo, non differiranno da altre prese altrove e in circostanze diverse. Se questo vale in genere per tutte le strutture mediche, ancor di più si potrà dire per quelle private con caratteristiche di impresa. Scopo di queste ultime è di garantire profitti, come pure una crescita prevedibile degli utili da un anno all'altro. Esigenze che portano a imporre una uniformità sempre maggiore all'attività dei medici impiegati. Una maggiore prevedibilità dei comportamenti porta a livelli più certi di redditività. E quanto più grande è la struttura, tanto più forte è la pressione verso la standardizzazione, e la tendenza dei medici ad associarsi favorisce indubbiamente quest'evoluzione. I "Mc Doctors", concepiti sul modello dei fast food, si basano su regole, procedure e controlli, sicché ciò che i medici fanno in tali strutture avrà un alto indice di prevedibilità. In modo analogo agiscono sul mondo medico le pressioni provenienti dal settore assicurativo e previdenziale. Invece di una valutazione soggettiva da parte del medico, i tempi di ricovero e tipi di esami per i pazienti saranno decisi sulla base delle politiche governative e previdenziali".

Quanti di noi si riconoscono in quanto sopra detto? E solo quelli che operano nelle strutture private? Si badi bene, è chiaro che i processi

all'opera hanno spesso delle connotazioni indubbiamente positive, almeno in partenza; ad esempio *“Un altro fattore che agisce da pungolo verso una maggiore standardizzazione della pratica medica è lo sviluppo della tecnologia. Sostanzialmente è all'opera la tendenza di sostituire il giudizio soggettivo del medico con le valutazioni più oggettive consentite da diverse forme di alta tecnologia. In questo senso un medico non ha più bisogno d'una serie di esami diagnostici per ipotizzare un'occlusione coronarica; basta ordinare un arteriogramma coronarico per dimostrare oggettivamente la presenza di questa patologia”*.

Credo che nessuno voglia tornare ad una pratica medica intrisa di soggettività, ma il problema sta nella degenerazione di metodi e procedure pure improntate a necessità stringenti, basti pensare al divario tra le risorse a disposizione ed i costi di un'assistenza sanitaria in paesi dall'età media in continua crescita. La trappola della McDonaldizzazione della Medicina può essere riassunta così: di fronte ad una domanda in continua crescita (domanda, si badi bene, spesso indotta dalla stessa medicina), si reagisce cercando di fare di più, appunto “razionalizzando” i processi: come avviene per gli hamburger, si offre sempre di più, a costi apparentemente sempre più ridotti, ma con una qualità (un contenuto d'informazione) progressivamente minore, e con un impatto sempre più elusivo. La salute complessiva può peggiorare, i costi in definitiva possono paradossalmente lievitare. Qualche esempio:

1) L'abbattimento dei tempi delle liste di attesa. Una delle vie adottate può essere, ed è, quella di incentivare i Medici a fare la stessa prestazione in minor tempo. E la qualità della prestazione?

2) I DRG. Quante diagnosi di dimissione leggiamo come questa: “Dolore toracico di nnd in paziente con riscontro di elevati valori pressori”. La genericità è colpa dei medici, oppure del meccanismo che non consente approfondimenti e/o deroghe?

3) Gli *screening* di massa. Hanno sempre davvero la capacità di realizzare quanto atteso? (per

una stringente critica al riguardo, si veda il volume di Roberto Volpi, “L'amara medicina”, Mondadori 2008).

La “razionalizzazione” in atto viene ad avere tutta una serie di conseguenze sgradevoli o addirittura pericolose; possiamo parlarne come di “effetti collaterali”. Per i medici, perdita dell'autonomia e dell'identità (sempre più vincolante il controllo esercitato da classi di burocrati, spesso non medici, sulla propria professione). Per i pazienti, degrado del rapporto medico/paziente (“siamo solo dei numeri”), declino della qualità della pratica medica, con conseguente deterioramento della salute.

“Come esempio estremo di irrazionalità si può immaginare il risultato non previsto di un declino della qualità della pratica medica e insieme il deterioramento della salute dei pazienti. Può darsi che la razionalizzazione progressiva dei sistemi sanitari, con l'accento posto sull'abbassamento dei costi e l'aumento dei profitti, abbassi il livello qualitativo delle terapie. E ciò varrà in particolar modo per i membri più poveri della società. È per lo meno probabile che un certo numero di persone si ammaleranno in modo più grave, e forse arriveranno a morire, per via del processo in corso. Come pure che la salute in generale ne soffrirà. Si tratta di possibilità che solo il futuro, perdurando la razionalizzazione del sistema, potrà confermare o no. Non c'è però alcun dubbio sul fatto che il sistema continuerà su questa strada. Alla luce di questo dato, pertanto, il personale sanitario ed i pazienti faranno bene ad imparare a controllare strutture ed istituzioni razionali per far fronte alla conseguenze degli assetti irrazionali che queste inducono”.

A 13 anni di distanza dalla pubblicazione del libro, saranno i Colleghi a giudicare la capacità profetica dell'autore; ma la realtà ci riserva un'altra sorpresa: a chiudere il cerchio, a conferma che “Ci sono più cose in cielo ed in terra, Orazio, di quante ne sogni la tua filosofia”, ecco in arrivo il McStatin...

TM

CONVENZIONI COMMERCIALI PER MEDICI (vedi anche il sito www.ordine-medici-firenze.it)

INFORMATICA PERSONALE COMPUTERS VENDITA E ASSISTENZA

B.D.A. COMPUTERS & SOFTWARE (Sconto 10% su P.C. Notebook e pda Asus)

B.D.A. Computers & Software offre uno sconto del 10% sull'acquisto di notebook e pda della linea ASUS inoltre sconti ed agevolazioni per noleggio hardware/software, e per tutti i servizi di assistenza tecnica post vendita come p.c. sostitutivo, assistenza hardware, assistenza software, assistenza sistemistica, formazione e consulenza.

B.D.A. Computer & Software

Via Bassa 31/a - 50018 Scandicci FI - Tel. 055 735 1467 - Fax 055 754 931

info@bda.it - www.bda.it - www.computeria.net

È in arrivo il McStatin?

Tra le riviste che mi è capitato di leggere durante l'estate appena passata desidero sottolineare il clamoroso contrasto tra l'ottimo articolo di Carlo Manfredi comparso su Toscana Medica di luglio-agosto, dedicato al rischio dell'uso crescente di tanti farmaci per "indicazioni" che non hanno niente a che vedere con la cura delle malattie (i cosiddetti *lifestyle drugs*) ed un lavoro apparso il 15 agosto 2010 sull'*American Journal of Cardiology*. In quest'ultimo, un gruppo di cardiologi britannici avanza la sua bizzarra proposta strategica per neutralizzare il rischio cardiovascolare causato da abitudini alimentari scorrette. Basta che nei *fast food* si renda disponibile e gratuita, insieme al sale, alla maionese ed al *ketchup*, una compressa di statina, da consumarsi intera o spruzzata sull'*hamburger* o sulle patate fritte.

La ricerca sembra ineccepibile sul piano dei metodi statistici: l'ipotesi di fondo è stata quella di verificare se il rischio relativo di un'azione nociva per la salute, in questo caso un pasto al McDonald's, potesse essere "neutralizzato" da una controazione quale l'assunzione di una statina. La scoperta "scientifica" è stata che il danno causato da un *cheeseburger* associato ad un frappè (36 grammi di grassi) è compensato da una compressa di statina, il cui effetto è stato desunto da una recente metanalisi di sette trial di prevenzione primaria con questi farmaci. Forti di questa eccezionale scoperta, gli autori si spingono oltre, ed arrivano a porsi la seguente domanda: perché la gente può scegliere comportamenti dannosi per la salute, come mangiare in un McDonald's o bere alcoolici in eccesso, senza dover consultare un medico, mentre è obbligata a passare dal dottore per avere una prescrizione di statine? Una questione tremenda, da far impallidire anche i più grandi filosofi morali della storia. A sostegno del loro ragionamento gli autori, con un ardito salto concettuale, citano il casco per i motociclisti o le cinture di sicurezza per gli automobilisti: di conseguenza si sentono autorizzati a proporre il lancio del McStatin con un candore ed una ingenuità che fanno dubitare o della loro indipendenza scientifica ed integrità morale o delle loro capacità logiche.

Questa nuova "trovata" scientifica ci dà l'occasione per riflettere sulla pericolosa deriva che il cibo ed i farmaci hanno imboccato negli ultimi anni: sempre più prodotti di un mercato la cui unica regola è il profitto, nel disprezzo della salute, sempre più soggetti ad analisi del loro "prezzo" e sempre più spogliati del loro "valore". La mercificazione dell'Alimentazione e della Cura li sta espropriando dei loro significati culturali e li ridu-

ce a processi in cui contano solo in quanto beni di consumo. Con la conseguenza che si sta consumando un bene: quello della nostra autonomia, della nostra libertà di scelta, sempre meno soggetti capaci di vivere secondo valori propri e sempre più oggetti consumatori ed al tempo stesso con-

sumati, soldatini intruppati da decisioni prese da pochi grandi speculatori che controllano il Grande Mercato. Ed ora, ad un cibo "spazzatura" assimilabile ad un carburante di bassa qualità, si pensa di associare una sorta di "additivo" per ridurre quei danni che il carburante provoca al motore.

Di fronte ad una ricerca del genere (ma come ha fatto un Comitato Etico a autorizzarla?) verrebbe di controbattere sul piano medico-scientifico, con obiezioni estremamente facili (basti pensare al fatto che dell'effetto delle statine sui bambini e sui giovani, frequentatori abituali, purtroppo, dei *fast food*, non sappiamo nulla...): ma il problema è molto più serio, perché sottende anche il mondo dell'informazione scientifica. Perché solo il *British Medical Journal* ha deciso di non pubblicare più ricerche che spingono alla medicalizzazione di soggetti sani? Forse non è male ricordare le parole proprio del suo past-Editor, Richard Smith: "Le riviste mediche influenzano la vita di ognuno di noi, e non sempre per il meglio. Non solo orientano i comportamenti terapeutici dei medici e le decisioni delle autorità regolatorie, ma hanno un peso importante su come noi concepiamo la nascita, la morte, il dolore e la malattia. E nella strutturazione di una rivista i valori sono quasi sempre nascosti piuttosto che espliciti".

È più di un secolo che Jules Romaines ci avverte con il suo Dottor Knock dei pericoli della medicalizzazione della vita: non abbiamo proprio imparato nulla? Dobbiamo stare molto attenti, e forse, come medici, far sentire un po' di più la nostra voce: Forse non è poi così lontano un futuro in cui, sedendoci al ristorante, leggeremo un molto politicamente corretto menù "per la tua salute" su questa falsariga:

Antipasto: Tagliere di formaggi e salumi al profumo di statine fresche di stagione.

Primo: Tagliatelle alla carbonara (uova da galline alimentate con Acido acetilsalicilico, Omega3, Folina, Vitamine A, B, C, E).

Secondo: Baccalà marinato ai quattro sartani.

Dessert: Tiramisù farcito con crema antiaggregante di ultima generazione. **TM**

ALFREDO ZUPPIROLI

Presidente Commissione Bioetica, Regione Toscana

Anestesista “expatrié” in Haiti

8 settimane con Medici Senza Frontiere

Medici Senza Frontiere (MSF) è una organizzazione medico-umanitaria indipendente creata in Francia il 20 Dicembre 1971 da alcuni medici francesi reduci dalla guerra di secessione del Biafra in Nigeria e da alcuni giornalisti che avevano lanciato un appello per portare soccorso alle vittime di inondazioni nel Pakistan Orientale, l'attuale Bangladesh. **Ancora oggi le basi degli interventi di MSF sono: azione medica e testimonianza.**

Nel 1999 ha ricevuto il Premio Nobel per la Pace come riconoscimento per “il lavoro umanitario pionieristico che l'Organizzazione ha realizzato in vari continenti”.

L'indipendenza economica, derivante dal fatto che l'80% dei finanziamenti proviene da privati, permette di intervenire rapidamente nel caso di un disastro naturale o di emergenza sanitaria, in maniera completamente svincolata da agende politiche o militari.

Per MSF l'indipendenza è una prerogati-

va irrinunciabile per l'azione umanitaria.

MSF è costituita da un Ufficio Internazionale a Ginevra e da 19 sezioni presenti in diversi Paesi tra cui l'Italia.

Chi scrive ha collaborato dal 6 Marzo al 30 Aprile 2010 per la sezione Olandese di MSF: MSF OCA (Operating

Center Amsterdam).

Il 12 Gennaio 2010, giorno in cui il sisma ha scosso la capitale Port-au-Prince riducendo interi quartieri allo stato di rovine (Figura 1), MSF lavorava già in Haiti con 4 strutture sanitarie mentre attualmente conduce 19 strutture sanitarie con una capacità di circa 1200 posti letto ed uno staff complessivo di circa 3200 persone. Chi scrive ha svolto attività presso l'Orthopedic Carrefour Hospital che accoglie circa 80 pazienti ed è organizzato con grandi tende all'interno del complesso scolastico “École Nationale des Arts et Metiers” (Figura 2).

Per ogni tenda è assicurata un'assistenza diurna e notturna da parte dello staff infermieristico nazionale che è alle dipendenze di MSF come lo è

REMO BARBAGLI

*Dirigente Medico I Livello, SOD Anestesia
e Rianimazione DAI Ortopedia, Azienda Ospedaliera -
Universitaria Careggi, Firenze*



Figura 1

tutto il personale locale degli altri servizi sanitari, logistici ed amministrativi dell'Ospedale.

All'ingresso del cortile della scuola sono poste due tende dove un medico dello staff nazionale effettua la prima valutazione e selezione dei pazienti. L'accettazione dei pazienti avviene nelle 24 ore mentre l'attività chirurgica si svolge tra le 8 del mattino e le 5 del pomeriggio.

All'interno dell'edificio scolastico sono allestiti una sala (Figura 3) con 3 tavoli operatori (blocco 1) ed una sala di risveglio, i locali di farmacia, sterilizzazione, decontaminazione e radiologia dove è disponibile uno dei pochi apparecchi della capitale.

Dal 18 Marzo è stata attivata una seconda sala operatoria all'interno di containers collocati nel cortile della scuola (Hospitainer). Questa seconda sala operatoria che offre buone condizioni di sterilità (Figura 4) ha permesso l'avvio delle procedure chirurgiche di fissazione interna di fratture.

La patologia trattata all'interno dell'Ospedale Carrefour è prevalentemente traumatica causata dal sisma del 12 Gennaio ma sono in aumento le lesioni determinate da incidenti domestici o stradali. Circa l'11% dei ricoveri mensili è legato ad episodi di violenza, **augmentati in seguito al terremoto che ha scardinato le porte delle carceri e ha stremato l'economia di quello che era già uno dei più poveri paesi al mondo dove l'80% della popolazione, nel 2003, era stimata vivere in povertà.**

Ogni giorno operano 2 chirurghi "expatriés" e 2 chirurghi dello "staff nationale" mentre l'attività anestesiológica viene svolta dall'anestesista "expatrié" in qualità di supervisore e, per lo "staff nationale", da 2 medici, 2 infermieri di anestesia e 2 infermieri della sala di risveglio. Il personale dello "staff nationale" è assunto da MSF con rap-

porto di lavoro giornaliero o contrattuale. A parere dello scrivente uno dei punti di forza dell'organizzazione MSF è la capacità di portare, in situazioni di catastrofi naturali, oppure legate a guerre e violenze o a gravi carenze sanitarie, non solo un aiuto materiale alla popolazione in termini di **logistica e professionalità** ma **l'opportunità** di ricostituire **un minimo di** tessuto sociale **generando** posti di lavoro ed occasioni di formazione.

Nel periodo compreso tra l'11 Marzo ed il 28 Aprile sono stati complessivamente trattati 262 pazienti. Nel blocco 1 **in cui le condizioni di sterilità non possono essere rigorose perché allestito in condizioni di emergenza due settimane dopo il terremoto per un approccio chirurgico inevitabilmente "quick and dirty"**, sono stati prevalentemente eseguiti gli interventi meno invasivi ed i trattamenti di emergenza-urgenza. Si è trattato più dettagliatamente di 203 interventi: 21 trapianti di pelle, 37 interventi ortopedici quali manovre di riduzione chiusa di fratture, posizionamento di filo di trazione, rimozione di fissatori esterni, 2 laparotomie esplorative. Gli altri 143 interventi si riferiscono al trattamento di ustioni di vario grado e a revisioni e medicazioni di ferite: "les pansements".

L'età media dei pazienti è stata di 28 anni, 32 pazienti avevano età inferiore o uguale a 10 anni.

Per quanto riguarda il trattamento anestesiológico sono state eseguite 20 anestesie spinali (Figura 4) (8%), 1 anestesia generale con intubazione tracheale e ventilazione controllata manualmente con pallone di Ambu e concentratore di Ossigeno, 11 blocchi regionali (4%) (ascellare, interscalenico, sciatico e femorale) che sono stati eseguiti mediante la tecnica di ricerca di parestesie non essendo disponibile un neurostimolatore. Per il



Figura 2

resto si è trattato di anestesie generali di durata e profondità variabile, senza intubazione tracheale, condotte mediante l'impiego di Ketamina, Valium, Fentanyl e Tramadolo.

La Ketamina si è confermata come un anestetico versatile, prezioso quando non è possibile disporre di un ampio spettro di farmaci ed utile per il suo profilo di sicurezza in tutte le situazioni in cui manca un complesso monitoraggio ed in cui l'apporto di Ossigeno e di elettricità possono essere discontinui. Il farmaco può essere somministrato per via endovenosa, intramuscolare, sottocutanea e addirittura orale nella stessa preparazione endovenosa. Nei bambini, sia in condizione di elezione che in condizioni di emergenza, ad esempio nelle ustioni, è sempre stata effettuata una premedicazione intramuscolare nel braccio con Ketamina seguita, nel piccolo paziente reso così più docile, dal posizionamento di un accesso intravenoso od intraosseo per l'induzione di un più profondo stadio di anestesia sempre con Ketamina.

Interessante l'impiego del concentratore di Ossigeno, strumento portatile e maneggevole, capace di produrre Ossigeno ad una concentrazione del 95% e ad un flusso di 6 litri/min mediante il passaggio dell'aria atmosferica attraverso lo zeolite, minerale che adsorbe azoto. Il concentratore permette di fare a meno delle ingombranti e pesanti bombole di Ossigeno, esauribili e pericolose in tutte le zone in cui maggiori sono i rischi di esplosione.

Nel secondo blocco operatorio (Hospitainer), dotato di 1 tavolo, sono stati complessivamente trattati 59 pazienti per 39 fratture degli arti inferiori e 16 fratture degli arti superiori. In questo caso si è trattato di interventi più complessi, più spesso di fissazione interna mediante placche e/o viti, **espressione di una crescita nell'approccio e presa in carico dei bisogni sanitari della popolazione dopo la prima fase di emergenza e di chirurgia "quick and dirty"**.

Anche l'impegno anestesiológico è risultato maggiore con una maggiore percentuale di anestesie spinali, 37 pari al 63% dei pazienti e di blocchi loco-regionali, 20 pari al 34% dei pazienti.

Al fine di migliorare l'analgesia postoperatoria è stata incoraggiata la pratica della infiltrazione della ferita chirurgica con anestetico locale al termine dell'intervento. Anche l'età media dei pazienti trattati era più alta, pari a 34 anni.

In questa sala operatoria la strumentazione anestesiológica e di monitoraggio era più complessa: monitor DASH 3000 completo di tracce per Ecg, Nibp (pressione arteriosa non invasiva), SpO2 (saturazione in Ossigeno del sangue arterioso) ed EtCO2 (CO2 di fine espirazione), ventilatore Monnal 2 alimentato dal concentratore di Ossigeno e provvisto di vaporizzatore per Alotano, eccellente agente anestetico volatile oramai poco usato nelle nostre sale operatorie ma sempre valido per l'induzione ed il mantenimento dell'ane-



Figura 3



Figura 4



Figura 5

stesia e poco costoso rispetto ai più nuovi agenti volatili. La maggiore complessità della strumentazione anestesiológica ha permesso di iniziare il trattamento dei pazienti con ventilazione control-

lata meccanicamente (Figura 6).

Si conclude volendo sottolineare l'elevato valore umanitario e formativo di questa esperienza professionale. L'impressione è che il lavoro **svolto con Medici Senza Frontiere** abbia un impatto determinante su una realtà disastrosa **grazie agli oramai 40 anni di attività svolte nei più svariati scenari e che si traducono in competenza e professionalità per una rapida ed efficace risposta**. Il professionista che porta il suo contributo in realtà come **Haiti** sviluppa la consapevolezza che il suo singolo contributo **all'azione del team** partecipa al risultato finale di un'assistenza **medica** senza la quale la popolazione colpita sarebbe ancora più sofferente. Ma il valore dell'esperienza è stato formativo perché l'incarico di supervisione di altri colleghi specialisti ha permesso anche di apprendere da loro che malgrado gli scarsi mezzi a disposizione ed in una situazione ambientale difficilissima si può correttamente lavorare nel rispetto di semplici ma efficaci protocolli di sicurezza e di **linee guida consolidate** contribuendo **al raggiungimento dello scopo finale di MSF in ambito umanitario: azione medica e testimonianza a favore delle popolazioni più vulnerabili.** **TM**



Figura 6

Ancora in tema di Burn out. Considerazioni sulle cause

“Medici assediati, messi sotto accusa dai media per gli episodi di malasanità spesso presentati come la regola e non l'eccezione, sospettati di negligenza da parte dei pazienti, vittime di amministratori che li vorrebbero più efficienti, succubi di chi impone orari, turni, ferie obbligatorie ma anche di chi decide, per tornaconto economico, apparecchiature e fornitori che il medico non può mettere in discussione se non vuole rischiare il posto di lavoro”.

da “Nelle tue mani” Ignazio Marino, Einaudi 2009.

Nel numero di Toscana Medica di Giugno 2010, Alfredo Zuppiroli¹ affronta il tema del burnout del medico. Un tema di grande attualità che l'autore tratta con la consueta chiarezza ed efficacia, frutto di una grande competenza e di una forte passione civile.

Molti i fattori che possono interagire nella genesi di questa sindrome, alcuni dei quali fanno parte della sfera individuale e come tali non sono oggetto di questa riflessione.

Possiamo invece cercare di identificare alcune cause, diciamo così, oggettive in quanto correlate con gli aspetti principali della moderna profes-

sione medica. Molti di noi si trovano in difficoltà: in primo luogo rispetto ai grandi temi bioetici riguardanti le patologie ad elevata complessità e le problematiche connesse con la fine della vita. Temi enormi che meritano una trattazione separata. E poi:

- **Il rapporto medico-paziente.** Oggi siamo testimoni di una grande crisi di fiducia: siamo passati dal paternalismo aprioristico di cui parla Zuppiroli ad una pregiudiziale diffidenza del cittadino di fronte all'Istituzione Sanitaria di cui il medico è il principale rappresentante. Crisi di fiducia generata anche dalla effettiva carenza dei tempi dedicati all'ascolto, non determinabili preventivamente nella loro durata

FABRIZIO CELLERINI

S.S. Cardiologia - Ospedale del Mugello
Borgo S. Lorenzo (FI) - Azienda Sanitaria Firenze

a causa della complessità dei contenuti (informazione/educazione, comunicazione di cattive notizie o di decisioni importanti) e dell'impatto sul singolo paziente. È possibile supporre anche una mancanza da parte dei medici della cultura necessaria per la gestione dei rapporti umani. Sta di fatto che il cittadino rimane disorientato davanti ad una istituzione sanitaria che funziona bene, come dimostrano inequivocabilmente i dati epidemiologici, ma dove è molto difficile trovare un dottore per parlare dei propri problemi di salute.

- **L'organizzazione del lavoro.** Oggi è impossibile sfuggire ai ritmi forzati della nostra giornata di lavoro; senso di frustrazione e stress fanno ormai parte del quotidiano di molti di noi. La classe medica ha in questo le sue responsabilità: abbiamo accettato molti compromessi, siamo da sempre autoreferenziali e scarsamente propositivi. Tuttavia oggi, a causa di scelte organizzative non concordate né condivise, ci troviamo ad erogare prestazioni ispirate alla quantità più che alla qualità ed appropriatezza, giungendo alla negazione dei principi espressi negli articoli 5 e 6 del Codice Deontologico.

- **L'eccessiva burocratizzazione della medicina pubblica.** Questa comporta una sottrazione del tempo da dedicare al malato, ma soprattutto uno spostamento dell'attenzione più sulle carte e sui percorsi diagnostico-terapeutici che sulla realtà clinica che abbiamo di fronte.

- **Il pressing commerciale ed economico.** Siamo nella situazione che L. Payer² descrive come *disease mongering* (letteralmente "vendita di malattie"): trasformazione dei comuni disturbi in problemi medici, loro valorizzazione facendoli apparire pericolosi, proposte di terapie di cui si esaltano i benefici e si sottostimano i possibili rischi. E poi la mentalità economicistica che pervade tutta la nostra attività: il concetto di ospedale sostituito con quello di azienda; la continua insistenza sul budget; la scelta del DRG economicamente più vantaggioso; la "corsa al ribasso", così come la definisce M. Bobbio³, riguardo la continua revisione dei valori soglia di parametri clinici e strumentali al di sopra dei quali è indicata una certa terapia.

- **Il crescente contenzioso medico-legale.** Oggi si tende sempre più a trasformare la giusta esigenza di un equo risarcimento in un business di caccia all'errore grazie anche alla influenza dei mass media che diffondono informazioni talvolta falsate enfatizzando successi inesistenti oppure etichettando come malasania incolpevoli eventi

sfavorevoli. La conseguenza è il crescente aumento della pratica della medicina difensiva con i noti effetti negativi non solo di tipo economico.

- **La "sovraesposizione" a dati ed informazioni; il "sovraccollamento" sanitario.** La medicina progredisce in modo straordinario, un costante e tumultuoso divenire che lascia spesso il medico stordito e disorientato rischiando di fargli perdere di vista il suo obiettivo primario rappresentato dalla cura della persona sofferente. E poi tante le figure professionali che ruotano attorno al malato, tanti gli interessi in gioco. E tutti a "spintonare" il medico che si trova nel mezzo e che in fin dei conti è il solo che dovrà rispondere delle scelte.

Per uscire da questa situazione sono state avanzate proposte forti. Ignazio Marino⁴ scrive:

"In questo contesto di forte animosità e di generale scoraggiamento è impossibile che lo scenario si modifichi da solo o sperare in una autoregolamentazione. È il momento di cambiare le regole del gioco. In che modo?: Azzerare tutto". "Cambiare partendo sia dalle Università che dagli Ospedali, dove i migliori di noi siano premiati ed incoraggiati ad opera di un organismo autonomo e super partes che ancora però in Italia non esiste". "È ancora necessario un riequilibrio delle funzioni e delle responsabilità ma spetta soprattutto ai medici riappropriarsi di un ruolo di leadership in maniera autonoma ed indipendente". Obiettivi enormi che richiedono tempo per essere raggiunti. In tempi brevi, sottolineando che le riforme di struttura sono indispensabili e che sono una "condicio sine qua non", non si può che condividere quello che scrive Zuppiroli e cioè che per curare il burnout bisogna recuperare la vera motivazione per la quale si dovrebbe avere scelto di fare il medico e non un lavoro qualsiasi. Da qui l'importanza di lavorare sui fondamenti deontologici del medico allo scopo di mettere in atto una vera e propria opera di prevenzione nei confronti del burnout.

È compito dell'Università formare la futura generazione medica su solide e corrette basi deontologiche. Spetta all'Università fornire il "sapere". Tuttavia spetta a noi accompagnare i giovani colleghi, le nostre migliori nuove energie, nel percorso di acquisizione del "saper fare" per raggiungere la sintesi del "saper essere".

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: fabrizio.cellierini@asf.toscana.it

TM

¹ A. ZUPPIROLI, *Il burnout del medico: una proposta di cura*, Toscana Medica Giugno 2010.

² L. PAYER, *Medicine & culture: varieties of treatment in the United States, England, West Germany and France*, H. Holt 1988.

³ M. BOBBIO, *Il malato immaginato*, Einaudi 2009.

⁴ I. MARINO, *Nelle tue mani*, Einaudi 2009.

Che cosa è la qualità clinica in medicina d'emergenza-urgenza extraospedaliera?

Nella sua essenza più pura la Medicina è l'incontro fra due persone: una con un problema di salute (nel senso estensivo del termine) e l'altra che ha il compito di aiutarla a risolvere o a gestire il problema. La Medicina attuale è in realtà estremamente più complessa, più attornata da "sovrastutture", più al centro di interessi generali (sociali, politici, economici, legali, ecc.), più legata a tecnologie e macchine, tanto da rendere davvero difficile discernere quella essenza originale.

Nelle situazioni di emergenza-urgenza tutto è reso ancora più complicato dai fattori tempo e intensità del problema. In una situazione del genere appare molto impegnativo il compito di coloro che vogliono definire, studiare, misurare e migliorare la qualità. La diversa ottica con cui il problema può essere affrontato contribuisce a creare quella differente sensibilità che esiste fra differenti attori del sistema: basta ascoltare quanto spesso sono lontane le prospettive del Paziente, del Clinico e

dell'Amministratore. Eppure è la qualità che fa la differenza quando si ha un problema clinico. Anni fa ci stupì una frase di un dirigente sanitario che

afferitava che l'unica cosa che gli interessava della qualità nell'emergenza extraospedaliera era che arrivasse subito un mezzo, che facesse rumore e avesse tante luci accese! Pensiamo

che questa non sia la qualità clinica. I livelli di assistenza offerti al cittadino nell'ambito dei vari sistemi 118 possono essere molto diversi ed è importante che siano chiaramente esplicitati. La Figura 1 fornisce una possibile schematizzazione dei vari modelli organizzativi di cui è importante tener conto quando si voglia valutare la qualità del servizio offerto.

La qualità clinica deve essere, oggi più che mai, coniugata ad una sostenibilità economica e tutto passa attraverso l'appropriatezza, perché se è vero che "la salute non ha prezzo", è altrettanto vero che ha un costo che sarà influenzato dalle decisioni cliniche. E l'inappropriatezza più spesso non è un costo, ma uno spreco. Ma che

M. MONTOMOLI, M. MARZIALI, G. PANZARDI,
G. CALZERONI, C. BECORPI*

*Referenti per la Toscana COMES-FIMEUC
*Presidente Nazionale COMES (Coordinamento
Medici Emergenza Sanitaria - Ass. Scientifica)*

I tre livelli organizzativi dei Sistemi 118

- **1) 118 che fanno trasporto urgente e assistenza di base**
- **2) 118 che, oltre alla funzione, 1 portano sul territorio personale (medici e infermieri formati) e know how della Medicina d'Emergenza-Urgenza (diagnosi e terapia)**
- **3) 118 che svolgono le funzioni 1 e 2 e in più sviluppano ricerca clinica applicata**

Figura 1



Figura 2

cosa è appropriato clinicamente? In epoca di Evidence Based Medicine la risposta sembrerebbe semplice: basta seguire le linee guida. In realtà, il clinico sa che le linee guida, pur rappresentando sicuramente la base di partenza del ragionamento, raramente diranno cosa è appropriato per il Sig. Giovanni o per il Sig. Paolo. Giudizio clinico e punti di vista del paziente sono le altre condizioni da prendere in considerazione in ambito clinico. La questione non è così semplice, e non si ha la pretesa di esaurirla in poche righe o frasi teoriche. Piuttosto, appare utile condividere un metodo, uno strumento guida (Figura 2) che possa aiutare nella discussione tutti gli attori del Sistema dell'Emergenza-Urgenza (i Pazienti e le loro associazioni, gli Operatori Sanitari e le loro società scientifiche, gli Amministratori). È necessario ricostruire uno "spirito di squadra" fra tutte queste componenti: la conflittualità eccessiva fa soffrire e fa sprecare tempo e risorse.

Tenendo al **centro del Sistema il Paziente**, gli elementi fondamentali della qualità clinica (ma anche di quella organizzativa) sono: una solida base di **Formazione** ("sapere, saper fare, saper essere, far sapere") coniugata con l'**Aggiornamento e Addestramento Continuo**, al fine di garantire efficienza ed efficacia; una diffusa

cultura del **Risk Management** e di Auditing; l'**Apertura** dell'Organizzazione al confronto, alle revisioni, alle proposte costruttive; la condotta di una serie di **Progetti di Ricerca Clinica applicata allo specifico setting** dell'emergenza-urgenza extraospedaliera (la cui mancanza ovviamente rende difficili significativi progressi nel tempo).

A tutte queste enunciazioni teoriche deve corrispondere un processo di registrazione, verifica e revisione dei progressi effettuati: quale è il Piano di Formazione per l'anno in corso? Quali sono state le ricadute operative della formazione effettuata? Quali sono i percorsi diagnostico-assistenziali di emergenza attivati e dimostrabili con un protocollo scritto? È diffusa fra il personale la cultura del Risk management? L'audit è uno strumento impiegato sistematicamente? Viene effettuata ricerca clinica applicata all'emergenza extraospedaliera o ci si accontenta solo di ciò che viene pubblicato in realtà estere differenti dalla nostra? Questi esempi di revisione sistematica potrebbero contribuire a portare ad una risposta all'emergenza-urgenza qualitativamente più omogenea su tutto il territorio, in modo da evitare disparità di trattamento fra cittadini.

TM

Dai Gruppi di Auto Aiuto Psichiatrico al progetto Esperienze Compartecipate e Sistemi Locali di Salute Mentale

Il progetto internazionale Esperienze Compartecipate e Sistemi Locali di Salute Mentale, siglato nell'ottobre 2009 da parte di esponenti politici, responsabili di servizi e rappresentanti di associazioni di Firenze, di Prato e del Lanarkshire, è in continuità con i primi gruppi di auto aiuto psichiatrico fiorentini e pratesi degli anni 80, collegati con analoghe realtà statunitensi e nord-europee.

Nei primi tempi i gruppi di auto aiuto, ispiratisi alle suddette esperienze fiorentine e pratesi, trovarono non poche resistenze a collocarsi in Italia. Spesso ad essi si affiancarono altre esperienze di collaborazione fra familiari, utenti e operatori, caratterizzate per lo più da attività etero-centrate con finalità di socializzazione e di inclusione sociale. Si diceva che la cultura italiana, così legata alla famiglia, non consentisse che persone con problemi psichici potessero sviluppare momenti di gruppo sufficientemente autonomi.

I suddetti gruppi venivano inoltre criticati per il fatto che, incontrandosi fuori dalle sedi dei servizi, affrontavano questioni vere e proprie di disturbo individuale. Ciò avrebbe portato ad una ghettizzazione permanente delle persone, impedendo loro di uscire dalle condizioni di sofferenza. Fuori dai servizi, nella comunità territoriale, era più opportuno creare invece occasioni orientate alla convivialità e alla socializzazione. Le questioni individuali di disturbo-malattia, per chi ne ammetteva l'esistenza, andavano piuttosto portate e trattate in sedi terapeutiche appropriate. L'accusa che tali gruppi fossero "terapeutici" e in contesti inappropriati, che giungeva da alcune parti dell'opinione pubblica, contrastava in modo stridente con quella opposta, di pressapochismo e di inconsistenza che giungeva da alcune parti dei servizi. I gruppi di auto aiuto tentavano, invece, di esprimersi libe-

ramente nel loro ambiente di vita per quello che erano, con coraggio, senza pregiudizi e offrendo la possibilità di approcci innovativi, più o meno alternativi rispetto agli interventi specialistici.

Negli anni 90 iniziò la diffusione dei gruppi psico-educativi legati

all'industria farmaceutica. Si trattava di momenti di informazione sulle patologie psichiatriche. Il principio era che i partecipanti accettassero il modello medico di malattia e cercassero di convivere al meglio con i propri disturbi adottando stili di vita più consoni al migliore sviluppo personale possibile. Il rapporto con i movimenti originari dell'auto aiuto, anche su questo fronte, fu critico. Veniva contestato soprattutto che grandi case farmaceutiche, puntando sulle potenzialità comunicative degli stessi utenti, li coinvolgessero direttamente in nuove organizzazioni per veicolare il modello biomedico di malattia.

Di particolare interesse la questione del rapporto fra il cosiddetto "sapere locale", legato all'esperienza e alla storia dei singoli all'interno delle rispettive comunità, e il cosiddetto "sapere globale", legato invece al mondo scientifico e tecnologico. Qualcosa che ha a che fare con il cosiddetto rapporto fra gli *experts by experience* e gli *experts by profession*. Per mantenere aperto tale rapporto occorre che i saperi locali si organizzino e si sviluppino autonomamente evitando di essere sovrachiarati dallo strapotere del sapere globale. Nessuno vuole trasformare le persone in semplici consumatori di prodotti prefabbricati.

Per chi ritiene che la sofferenza mentale abbia una notevole componente psicosociale è fondamentale il rapporto con comunità locali competenti e interattive. I gruppi e le associazioni, a partire da quelli di auto aiuto, costituiscono risorse indispensabili anche per incrementare le competenze della comunità sulla salute mentale.

PINO PINI

Medico psichiatra, Firenze - già Direttore del Dipartimento di Salute Mentale della Asl di Prato

Le varie tappe del progetto “Esperienze partecipate e Sistemi Locali di Salute Mentale”, di cui ho detto all’inizio e le cui prime edizioni risalgono agli inizi del 2000, hanno consentito di ipotizzare la costituzione di un’Area Intermedia fra i servizi e la comunità locale, dove sia i gruppi di auto aiuto di soli utenti, che i gruppi misti di utenti, familiari e operatori, possano svilupparsi al meglio creando sinergie molteplici. Tale area intermedia dovrebbe essere alimentata con le risorse dei servizi e della comunità, pur rimanendo autonoma da questi. Il governo di tale area dovrebbe essere composto da rappresentanti dei servizi, degli enti locali e delle associazioni degli utenti e dei familiari. Per uscire dalla conflittualità reciproca fra i vari gruppi e associazioni sono state denominate Esperienze Compartecipate le esperienze di collaborazione alla pari fra gruppi/associazioni, servizi ed enti locali. Con tale termine sono stati definite i progetti di tutti i gruppi che intendano, sia sviluppare le proprie caratteristiche peculiari, sia collaborare alla costruzione dell’area intermedia e alla realizzazione di un vero e proprio sistema locale di salute mentale. Quest’ultimo consentirà un rapporto strutturato ottimale fra i servizi, la comunità e i gruppi associazioni di utenti e di familiari.

L’edizione 2009 del progetto, partendo dalla

condivisione delle nozioni di Esperienza Compartecipata, di Area Intermedia e di Sistema Locale di Salute Mentale, si articola attraverso molteplici confronti teorico-pratici. Si affrontano questioni individuali di salute mentale, ma si è aperti ad altri importanti ambiti come quelli educativi, economici, lavorativi, alloggiativi, giuridici, etc. L’obiettivo è lo sviluppo di un sistema nel quale il contributo attivo delle persone con problemi mentali abbia la giusta rilevanza per un adeguamento continuo ai bisogni e ai desideri dei diretti interessati.

Il progetto, riconoscendo la propria matrice nelle esperienze di auto aiuto, vuole non solo incrementare le attività di confronto fra pari per chi soffre di un disturbo personale, ma anche stimolare atteggiamenti proattivi da parte di chi, a livello locale (persone e organizzazioni), ritenga opportuno doversi assumere un impegno diretto nel settore della salute mentale. Sembra ragionevole pensare che le esperienze partecipate possano crescere ed essere utili quando si costruisca un sistema locale democratico con il contributo di molteplici componenti della comunità. Le visite reciproche fra i soggetti coinvolti e alcuni primi dati rilevati (Trieste Febbraio 2010, Coatbridge giugno 2010), confermano l’efficacia del progetto come attivatore di risorse personali e della comunità locale. **TM**

Ricordo di Giancarlo Muscas



Quando la notizia della improvvisa scomparsa di Giancarlo Muscas si è diffusa un flusso di stupore, dolore e smarrimento ha attraversato Careggi, il suo ospedale, che non sarebbe stato più lo stesso senza di lui.

Ricordare un amico, fraterno, un collega straordinario, un neurologo di fama internazionale, un compagno nell’impegno sindacale, un uomo di grande sensibilità e dolcezza è difficile, non potendo facilmente districare i ricordi dal grande vuoto lasciato dalla sua scomparsa.

Traccio quindi il suo ricordo con alcune delle testimonianze raccolte nei giorni successivi alla sua scomparsa. Alcuni studenti che lo avevano conosciuto ricordavano quanto fossero stati colpiti dalla sua disponibilità, dalla bontà che traspariva dal suo sguardo e dai suoi modi, dall’affetto con il quale entrava in contatto con i suoi pazienti. La sua spontanea empatia, sia verso il giovane che si forma per diventare un medico che verso il malato, faceva di Giancarlo un maestro di assoluto valore. L’ospedale non gli aveva ancora riconosciuto il ruolo che si meritava; tuttavia Giancarlo ha formato allievi oggi conosciuti come professionisti di grande valore sul piano clinico e umano. Era giovane fra i giovani.

Molti colleghi, che avevano con lui la consuetudine delle consulenze nei tanti reparti dell’ospedale e lo chiamavano scherzando il “neurologo itinerante”, esprimevano un profondo senso di smarrimento. Era comune l’espressione: “e ora come faremo? E’ impossibile sostituirlo! Anche da loro la testimonianza di un uomo che era un professionista di un valore unico e una persona di grande spessore.

Sarà davvero difficile fare a meno di lui, del suo modo di attraversare la vita. Con il suo modo tipico di camminare, con il quale percorreva i viali di Careggi. Con la sua piccola macchina fotografica, sempre in tasca, con la quale fissava gli attimi, le persone, le emozioni che lo colpivano, quasi a voler prendere nota di tutti i momenti di una vita che viveva con curiosità e con pienezza, ma che sfuggiva inesorabile al suo sorriso, a volte sognante, a volte ironico ma sempre carico di dolcezza.

Luciano Gabbanì

Il percorso diagnostico-assistenziale per i celiaci nell'Azienda USL 11 di Empoli

Sono 600, su una popolazione di 233.887 abitanti dell'Az. USL 11 di Empoli, le persone che a fine 2009 risultano essere affette da celiachia (Tabella 1), un dato che è andato progressivamente aumentando dal 2001 quando i soggetti celiaci rilevati erano 168.

Nell'Az. USL 11, come da Delibera Regionale 723-2004, è stato attivato un percorso diagnostico-assistenziale per celiaci (Figura 1) che mette in collegamento le figure professionali che già collaboravano nell'assistenza di questi soggetti, integrandole in un'attività di informazione nutrizionale e di educazione terapeutica al fine di assicurare un corretto follow-up della patologia oltre che ricercare una fattiva continuità tra ospedale e territorio. Il coinvolgimento diretto dell'associazione dei pazienti (Associazione Italiana Celiachia) è stata una caratteristica imprescindibile proprio perché l'intento è quello di creare un percorso che, oltre ad essere interprofessionale e interdipartimentale, coinvolga i soggetti direttamente interessati.

Il percorso diagnostico-assistenziale è uno strumento fondamentale nella gestione di condizioni croniche come la celiachia, poiché i soggetti che ne soffrono necessitano oltre che di trattamenti efficaci, di continuità assistenziale, di informazione e sostegno al fine del raggiungimento della massima consapevolezza di malattia e delle capacità necessarie per l'autogestione della propria condizione.

Il percorso inizia con l'invio, da parte del medico di medicina generale, Pediatra o altro specialista, del soggetto con sospetta celiachia presso l'U.O.C.

di Gastroenterologia, centro diagnostico individuato dalla Regione Toscana, per la conferma e certificazione di celiachia. Dopo la diagnosi il celiaco è inviato all'U.O.S. Farmaceutica Territoriale, per il rilascio delle autorizzazioni mensili alla spesa di alimenti privi di glutine. Tali autorizzazioni sono spendibili presso le Farmacie convenzionate presenti nel territorio di competenza dell'Az. USL 11 di Empoli, i supermercati e altri esercizi commerciali convenzionati.

Il monitoraggio clinico del soggetto celiaco viene effettuato dalle U.O.C. di Gastroenterologia e U.O.C. di Pediatria al fine di verificare il miglioramento clinico, la presenza di patologie associate e la comparsa di complicanze.

Ai soggetti celiaci offriamo quindi un servizio di assistenza nutrizionale effettuato dall'U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, in collaborazione con le altre UU.OO. coinvolte nel percorso, attraverso incontri di educazione terapeutica e di informazione nutrizionale individuali o di gruppo, in cui vengono fornite le informazioni nutrizionali ed affrontati eventuali problemi nella gestione della dieta aglutinata.

Nel caso in cui sia presente altra patologia associata (es Diabete, obesità) o disordini metabolici il soggetto viene inviato, oltre che allo specialista di competenza, alle Dietiste Ospedaliere per una specifica dietoterapia.

Visto il ruolo preventivo e protettivo di una corretta informazione del paziente celiaco per il suo stato di salute e la prevenzione delle complicanze, è stato dato ampio sviluppo al servizio di educazione

FRANCESCA CALELLA¹, ELENA CORSINOVI²,
GIOVANNA SBRANA³, ROBERTA CARLI⁴,
MARIA GIANNOTTI⁵, ROBERTO BERNARDINI⁶,
ISABELLA CINAGLIA⁷, MASSIMILIANO BIAGINI⁸

¹ Medico UOC Gastroenterologia

² Dietista UOC Igiene degli Alimenti e Nutrizione

³ Medico UOC Pediatria

⁴ Medico UOC Igiene degli Alimenti e Nutrizione

⁵ Direttore UOC Igiene degli Alimenti e Nutrizione

⁶ Direttore UOC Pediatria

⁷ Direttore UOS Farmaceutica Territoriale

⁸ Direttore UOC Gastroenterologia-Dipartimento Medico.
Azienda USL 11 Empoli (FI)

Tabella 1 - Celiaci dell'AUSL11 al 31.12.2009

Fasce di età	Maschi	Femmine	Totale
0-1 aa	0	0	0
1-3,5 anni	3	5	8
3,5-10 anni	22	38	60
10-65 anni	132	361	493
Oltre 65 anni	2	37	39
	159	441	600

terapeutica e di informazione nutrizionale. Considerata la scarsa efficacia dell'approccio prescrittivo, abbiamo ritenuto più utile utilizzare lo strumento dell'educazione terapeutica, attraverso metodologie ispirate al counseling nutrizionale, che prevedessero un approccio maggiormente partecipativo.

Per rispondere alle esigenze di varie tipologie di utenti offriamo la possibilità di scegliere tra **un'assistenza nutrizionale individuale e una di gruppo**. Il servizio, soprattutto nell'approccio di gruppo, è un validissimo aiuto anche per l'accettazione della patologia e della dieta aglutinata e la condivisione che comporta è di grande aiuto per la socializzazione di questi pazienti, spesso carente, date le difficoltà spesso incontrate nel consumare un pasto sicuro fuori casa.

Al gruppo vengono offerti cinque incontri in cui vengono affrontate le problematiche cliniche della celiachia, spiegate le modalità di acquisizione ed utilizzazione dei buoni per gli alimenti oltre che fornite informazioni in merito ai prodotti senza glutine. In particolare vengono analizzati in modo approfondito gli alimenti, passando in rassegna sia quelli che contengono glutine sia quelli che naturalmente ne sono privi; sono inoltre affrontate tematiche pratiche riguardanti gli alimenti senza glutine e le precauzioni che devono essere tenute nella loro manipolazione, per evitarne la contaminazione con fonti di glutine. Uno degli obiettivi principali è lo sviluppo dell'alimentazione naturalmente priva di glutine, costituita da alimenti

che possono essere utilizzati in tutta tranquillità dal soggetto celiaco così da ridurre l'uso dei dieto-terapeutici a maggior densità calorica. Infine, avendo l'utente conosciuto gli alimenti a disposizione, viene aiutato ad organizzare la propria giornata alimentare in maniera equilibrata prevalentemente secondo la tradizione di dieta mediterranea riconosciuta associata alla prevenzione delle malattie croniche e dell'obesità.

Dal 2008 ad oggi sono stati attivati otto incontri di gruppo, che hanno coinvolto 57 pazienti e sono stati visti 40 soggetti a livello individuale. Alla fine di ogni percorso di gruppo abbiamo utilizzato un questionario di valutazione di gradimento, che ha dato dei risultati buoni in quanto hanno tutti reputato come rilevanti, o molto rilevanti, gli argomenti trattati. La qualità educativa fornita dal percorso è stata reputata, dalla maggior parte dei partecipanti, come soddisfacente, se non in alcuni casi addirittura eccellente, ed il percorso complessivamente è stato reputato efficace o molto efficace per cambiare alcuni o molti aspetti della propria alimentazione.

Gli incontri di gruppo sono gratuiti, vi possono partecipare anche il partner o un familiare, vengono organizzati più volte l'anno quando raggiunto il numero minimo di sei soggetti e vi si può accedere telefonando al numero 0571704800 dal Lunedì al venerdì dalle 9 alle 13 ed il Sabato dalle 9 alle 12.

TM

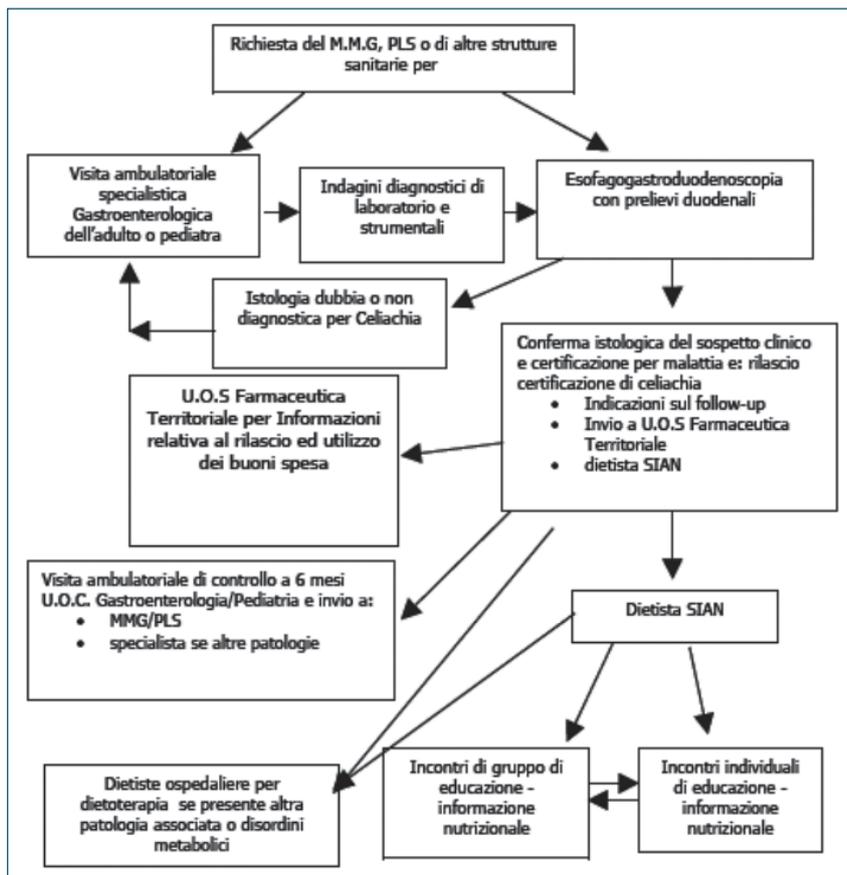


Figura 1 - percorso diagnostico-assistenziale per celiaci

Professioni Sanitarie quali autonomie?

In questo periodo di transizione e di necessità diffusa di percorsi assistenziali interprofessionali, il medico non deve temere, la sua autonomia non è messa in discussione, è garantita perché deriva dalle competenze che si concretizzano con meccanismi di selezione che sono presupposto fondamentale della responsabilità che lo Stato affida a questa figura professionale.

EGISTO BAGNONI

*Presidente, Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Pisa*

È necessario evitare le assemblee delle autonomie perché la chiarezza e la soluzione a questi problemi deve partire dalle Università e poi deve essere il contesto organizzativo a stabilire e permettere le varie autonomie. Il lavoro in collaborazione fra le varie professionalità non deve portare a conflitti ma al contrario deve portare ad una collaborazione completa e leale per realizzare il Governo Clinico, quello vero e non quello falso dove il medico deve andare a mettere il cappello su quello che altri hanno deciso.

Oggi si assiste ad una confusione di ruoli perché nei due ultimi decenni vi sono stati, nella società, cambiamenti di grande importanza che hanno introdotto 22 nuove professioni sanitarie regolamentate con profili professionali, con formazione certificata dalla laurea triennale, con codice deontologico richiamato dalla legge, integrate da percorsi formativi post-base con autonomia ampia che trova un solo limite nell'atto medico.

Il problema è sorto anche perché ad oggi non è stata data una definizione giuridica di atto medico, infatti i Giuristi non hanno mai regolamentato questo ambito, non esisteva la necessità, coincidendo l'attività sanitaria con quella medica. Attualmente il limite dell'attività delle professioni sanitarie è rappresentato dall'atto medico che non è definito. I professionisti della sanità sono legittimati in base alle competenze e quindi dobbiamo porci la domanda che cosa si intende per competenza.

Esistono due accezioni: "compito e capacità". I Legislatori hanno inteso la competenza come capacità e pertanto il concetto è assolutamente flessibile come una norma che si adatta ai tempi con una interpretazione storico-evolutiva.

La discussione in atto avviene anche sul concetto di autonomia che è difficilmente classifica-

bile, ma a mio avviso è una autonomia tecnica su mandato della prescrizione medica per un trattamento o per un progetto che presuppone una diagnosi a monte.

È evidente che non vi è ancora una consolidata integrazione dei professionisti e non esiste una dominanza della professione medica che dovrà realizzarsi in senso funzionale per la superiorità della cultura scientifica.

L'atto medico, quindi dal punto di vista giuridico è indifferente, mentre dal punto di vista giurisprudenziale è importante che sia stabilito il fondamento della liceità dell'atto medico partendo dalla considerazione che è attività sociale e che necessita del consenso del paziente. L'atto medico come norma penale è in "bianco" ma può essere estratto, in senso negativo dall'art. 348 del Codice Penale: esercizio abusivo di una professione protetta che conferisce attraverso un corso di laurea competenze specifiche che sono verificate da un esame di abilitazione che obbliga, per l'esercizio professionale, alla iscrizione all'albo Ordinstico.

La Cassazione definisce l'atto medico come atto funzionale e finalistico orientato alla individuazione di malattie (diagnosi) ed all'approccio terapeutico con relativa prescrizione. L'atto medico pertanto risulta indubbiamente caratterizzato dall'attività di diagnosi e cura e rappresenta necessariamente l'inizio di qualsiasi trattamento sanitario e non è assolutamente funzione delegabile ad altra figura professionale che non sia il medico. L'attività sanitaria invece viene interpretata in senso evolutivo che prevede percorsi sanitari, prima riservati ai medici, ed ora eseguiti da altri professionisti con riconosciuta competenza certificata dai gestori della cultura e dallo Stato.

In questo caso il giudice non ha da contestare alcuna decisione per le scelte operate da chi organizza i servizi sanitari a meno che non venga dimostrata la mancata tutela del cittadino per altri interessi come il mero risparmio.

In base a quanto espresso non deve essere intaccata la posizione sovraordinata del medico per le sue maggiori conoscenze per il principio che "chi più sa più deve fare" non certo per privilegio ma per la capacità di assumere maggiore responsabilità.

TM



Il diabete, stato dell'arte e possibilità terapeutiche

TOSCANA MEDICA – *Il diabete nei Paesi sviluppati sembra diventare con sempre maggiore frequenza un vero e proprio problema di Sanità pubblica, cosa che ovviamente preoccupa medici, amministratori e popolazione. Iniziamo quindi con una panoramica che illustri i costi complessivi di questa malattia, secondo i dati attualmente disponibili.*

DEL PRATO – Purtroppo devo iniziare il mio intervento osservando che, al contrario di quanto affermato adesso da "Toscana Medica", in linea generale la popola-

zione ancora oggi non sembra più di tanto preoccupata del diabete e dei rischi ad esso connessi, nonostante la sua sempre maggiore diffusione. Se possibile, ancora minore è anche la consapevolezza di una sua efficace prevenzione.

In Italia la prevalenza del diabete sta aumentando ed oggi si stima (probabilmente al ribasso) che essa si aggiri intorno al 5% della popolazione.

A questa percentuale si deve aggiungere un 2-2.5% di diabetici non noti ed un altro 15% di soggetti a rischio di sviluppare la malattia: in numeri assoluti si parla di circa 7-8 milioni di persone che in Italia hanno a che fare, direttamente o indirettamente, con il diabete o con alterazioni della tolleranza glucidica.

Il problema è che l'iperglicemia, a parte i casi più gravi, è sostanzialmente asintomatica per cui il malato tende spesso a sottovalutarla avviandosi progressivamente verso le temibili conseguenze e complicazioni della malattia.

È stato calcolato che ben il 55% delle spese legate alla condizione diabetica è sostenuto dalla necessità di ospedalizzare i malati al fine di fare fronte alle complicazioni sia d'organo che acute.

I dati più recenti di farmaco-economia provenienti dagli Stati Uniti calcolano che il diabete incide per ben il 7% della spesa sanitaria complessiva, vale a dire circa 10.000 dollari all'anno per

paziente.

Mi sembra che questi dati dovrebbero fare riflettere tutti, medici, cittadini, politici ed amministratori della cosa pubblica.

CRISTIANA BAGGIORE¹, TERESA BROCCA²,
ALESSANDRO BUSSOTTI³, STEFANO DEL PRATO⁴,
SAFFI ETTORE GIUSTINI⁵, ALESSANDRO MUGELLI⁶,
CARLO MARIA ROTELLA⁷

¹ Coordinatrice dei servizi di Diabetologia della ASL di Firenze

² Direttrice del Dipartimento del Farmaco della ASL di Firenze

³ Medico di Medicina Generale, Direttore dell'Agenzia per la Continuità Assistenziale dell'AOU "Careggi" di Firenze

⁴ Ordinario di Endocrinologia dell'Università di Pisa

⁵ Medico di Medicina Generale a Pistoia, SIMG Area Farmaco e componente della Commissione Terapeutica Regionale

⁶ Ordinario di Farmacologia dell'Università di Firenze;

⁷ Ordinario di Endocrinologia dell'Università di Firenze

ROTELLA – Anche nel campo del diabete la precocità della diagnosi appare di capitale importanza e questo chiama in causa soprattutto i medici di Medicina Generale ai quali, tra l'altro, è anche affidato il compito di insegnare ai pazienti che non siamo più di fronte ad una malattia cronica, invariabilmente ingravescente

e dalle conseguenze inevitabilmente tragiche. La diagnosi precoce e le nuove opzioni terapeutiche oggi disponibili ci permettono infatti di modificare in maniera efficace la storia naturale della malattia con evidente riduzione dei costi complessivi legati alla sua gestione.

BAGGIORE – Il diabete è una malattia molto diffusa ed i dati 2008 riferiti alla Toscana parlano di 133.571 persone con esenzione dal ticket a causa di questa condizione.

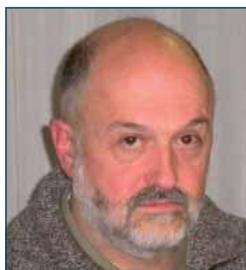
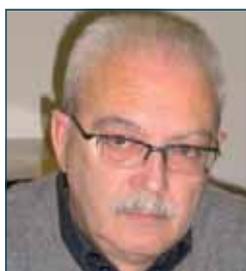
Il numero dei diabetici nella nostra Regione è però molto più alto dato che molti di questi, per svariati motivi, non hanno esenzione dal ticket non presentando situazioni cliniche che richiedano prestazioni specifiche di particolare impegno assistenziale.

In ogni caso le spese legate al diabete non potranno che andare ad aumentare, sia che si decida di seguire una politica sanitaria di attesa o una di iniziativa basata sulla prevenzione primaria e la diagnosi precoce.

BROCCA – A conferma degli enormi costi della malattia, vi presento i dati dell'Azienda 10 di Firenze relativi al periodo novembre 2008 - dicembre 2009 (Grafico 1).

In questo lasso di tempo sono stati assisti-

PARTECIPANO

Cristiana
BaggioTeresa
BroccaAlessandro
BussottiStefano
Del PratoSaffi Ettore
GiustiniAlessandro
MugelliCarlo Maria
Rotella

ti 46.362 diabetici su una popolazione di circa 874.000 soggetti, con una prevalenza della malattia del 5.3% ed una spesa superiore ai 7 milioni di Euro solo per i farmaci, senza cioè contare i costi di presidi come strisce reattive e lancette pungidito ecc. che assommano ad altri 5 milioni e mezzo erogati, a partire dal 1° gennaio 2008 attraverso le farmacie convenzionate a seguito dell'applicazione della delibera regionale n. 113/2006.

In precedenza la distribuzione di tali presidi avveniva direttamente attraverso i punti farmaceutici aziendali.

MUGELLI – Sempre rimanendo in tema di valutazione epidemiologica è stato stimato che il diabete causa nel mondo ogni anno 4 milioni di morti, più o meno lo stesso numero di quelli causati dal fumo di sigaretta!

TOSCANA MEDICA – *Continuando a ragionare in termini di costi e di prevenzione della malattia, è stato detto in precedenza che la condizione iperglicemica molto spesso può decorrere in maniera del tutto asintomatica: questo può fare pensare al diabete contemporaneamente sia come malattia che come fattore di rischio?*

DEL PRATO – Certamente il diabete, in particolare quello di tipo 2, è un fattore di rischio cardiovascolare primario, componente essenziale di un quadro sindromico del quale molto spesso fanno parte obesità, dislipidemie (ipercolesterolemia LDL ed ipocolesterolemia HDL) ed ipertensione arteriosa.

Oggi si può dire che la persona con diabete, mediamente, ha una aspettativa di vita inferiore di 12-15 anni rispetto al soggetto non diabetico ed in questo senso la prevenzione della disendocrinopatia potrebbe giocare un ruolo importante anche in quella delle malattie cardiovascolari.

Un commento sui dati economici presentati prima. Siamo di fronte certamente a spese di enorme entità, però non bisogna dimenticare che i costi legati ai farmaci sono in fondo quelli sui quali è possibile un maggiore intervento contenitivo, ben più difficile da realizzare il contenimento dei costi indiretti della malattia quali quelli legati alle giornate di lavoro perse, allo scadimento della qualità della vita, ai mille problemi legati alla condizione di invalidità progressiva.

GIUSTINI – Cercare di lottare contro una malattia come il diabete significa molto di più di una "semplice" questione scientifica. Si tratta infatti di un problema di ordine sociale che investe innumerevoli aspetti della vita quotidiana, dalla modifica dello stile di vita, al controllo dell'obesità nei bambini, dalla spesa farmaceutica alle giornate di lavoro perse, dalla prevenzione del rischio cardiocerebrovascolare alla necessità di curare la polipatologia spesso associata al diabete.

Tra l'altro, rimanendo in tema di soldi, da membro della Commissione Terapeutica Regionale, devo dire che tutto sommato quelli destinati ad prendersi cura dei pazienti affetti da diabete non sono poi così esorbitanti (si fa per dire, ovviamente!), se si pensa che in numerosi data base della Medicina Generale il numero dei diabetici arriva a sfiorare il 10% della totalità degli assistiti.

Inoltre, sempre secondo l'esperienza della Medicina Generale, è stato dimostrato che in moltissimi casi i diabetici conclamati non seguono la terapia ottimale impostata secondo le linee-guida attuali: anche per questo il diabete potrebbe dav-

vero diventare il paradigma di attuazione del "Chronic Care Model".

BUSSOTTI – Se è vero che il diabete è uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare, all'interno del "Chronic Care Model" adesso citato bisognerebbe quindi anche preoccuparsi della sua prevenzione, in termini soprattutto di cambiamento dello stile complessivo di vita e, solo in un secondo tempo, di adeguata terapia farmacologica della malattia conclamata.

BAGGIORE – Il diabete è certamente un paradigma della patologia cronica e proprio per questo la sua gestione non può assolutamente prescindere dal paziente, inserito in un complesso sistema di controllo e monitoraggio della malattia del quale fanno parte i medici di famiglia, gli specialisti, gli infermieri, i farmacisti ecc. Pertanto appare fondamentale mantenere alta la compliance del paziente durante i lunghi anni di malattia, stimolando la sua attenzione e partecipazione attiva al processo di cura nei momenti inevitabili di calo e di disinteresse.

TOSCANA MEDICA – *In concreto cosa si può fare per favorire il cambiamento dello stile di vita?*

ROTELLA – La malattia conclamata, con tutti i problemi ad essa connessa, è ormai ben classifi-

cata ed identificata. Il problema è oggi quello di definire i criteri classificativi della sindrome metabolica ed in questo senso il valore glicemico discriminante a fini diagnostici è stato abbassato da 110 a 100 durante la fase ancora preclinica.

D'altra parte la glicemia non può essere considerata da sola un fattore di rischio. Quello che, soprattutto per il diabete di tipo 2, appare veramente importante contrastare è invece la sempre maggiore incidenza dell'obesità, visto che oggi il 12% della popolazione italiana è obeso, cioè presenta un Indice di Massa Corporea superiore a 30 e ben il 35% è sovrappeso.

La prevenzione quindi deve essere impostata in maniera sinergica sia per quanto riguarda l'obesità che il diabete e deve convincere le persone a cambiare davvero lo stile di vita, non modificandolo solo per poco tempo come caratteristicamente accade quando si avvicinano le vacanze estive oppure dopo le scorpacciate natalizie. Bisogna cioè creare dei modelli credibili, accattivanti e facilmente riproducibili, da proporre a tutta la popolazione con l'aiuto indispensabile dei Medici di famiglia in veste di veri e propri educatori sanitari.

DEL PRATO – Per realizzare interventi concreti, in primo luogo bisogna potere disporre di fondi adeguati.

Come diabetologi avevamo proposto alla Regione un programma, mutuato da alcune esperienze

Azienda USL di FIRENZE

Indicatori di Prevalenza DIABETICI (ATC A10 Nov 2008-Ott. 2009) su Popolazione (Gen 2009)

Fascia età - sesso	Popolazione [A]	Trattati A10 [B]	Indicatore di prevalenza: [B/A x 1.000]	Popolazione [C]	Trattati A10 [D]	Indicatore di prevalenza: [D/C x 1.000]	Popolazione [E]	Trattati A10 [F]	Indicatore di prevalenza: [F/E x 1.000]
	Femmine			Maschi			TOTALI		
0-14	48.420	56	1,2	51.055	40	0,8	99.475	96	1,0
15-17	9.785	30	3,1	10.099	19	1,9	19.884	49	2,5
18-19	6.601	15	2,3	6.969	13	1,9	13.570	28	2,1
20-24	17.317	95	5,5	16.830	59	3,5	34.147	154	4,5
25-34	50.258	429	8,5	46.321	256	5,5	96.579	685	7,1
35-44	74.657	834	11,2	72.704	758	10,4	147.361	1.592	10,8
45-54	63.603	1.367	21,5	63.155	2.145	34,0	126.758	3.512	27,7
55-59	27.922	1.283	45,9	27.218	1.811	66,5	55.140	3.094	56,1
60-64	30.728	2.071	67,4	28.330	2.699	95,3	59.058	4.770	80,8
65-74	54.945	5.672	103,2	47.396	6.518	137,5	102.341	12.190	119,1
=>75	73.438	9.318	126,9	45.791	6.879	150,2	119.229	16.197	135,8
n.d. (1)								3.995	
TOTALI	457.674	21.170	46	415.868	21.197	51	873.542	46.362	53
Dati Istat 2008			52			44			48

Azienda Sanitaria Firenze

Grafico 1

internazionali, strutturato su tre livelli di intervento, purtroppo poi non andato a buon fine.

Il primo riguardava la popolazione generale e si proponeva di realizzare quegli interventi che realmente potessero permettere alle persone di cambiare stile di vita: è inutile infatti dire alla gente di fare più movimento se nelle nostre città non esistono, ad esempio, posti dove fare jogging, oppure piste ciclabili per permettere ai ragazzi di andare a scuola in bicicletta.

Il secondo intervento, basato sull'azione dei medici di base e dei farmacisti, era mirato all'identificazione dei soggetti a rischio, cosa molto più facile di quanto in realtà non si creda soprattutto se si usano strumenti semplici e flessibili come questionari validati.

Il terzo livello è quello più strettamente medico, imperniato sulla gestione a livello di Medicina di base e specialistica delle persone con diabete conclamato.

Questo avrebbe potuto essere un modello condivisibile di intervento preventivo, probabilmente in grado di ottimizzare le scarse risorse disponibili con risultati più che accettabili a livello di popolazione.

BAGGIORE – A livello di prevenzione primaria io penso che molta parte del lavoro sia da fare sui bambini e in questo possiamo disporre di un alleato in teoria estremamente potente rappresentato dalla scuola. Purtroppo però le sue enormi potenzialità sono per lo più del tutto ignorate ad eccezione di qualche lodevolissima e sporadica iniziativa su base esclusivamente volontaristica, simili a quelle che vengono realizzate a Signa e Lastra a Signa nelle vicinanze di Firenze. Si tratta di interventi, realizzati in collaborazione con "Slow Food Italia", che hanno condotto alla realizzazione nei giardini delle Scuole di veri e propri orti dove i ragazzi imparano a coltivare ed apprezzare i prodotti naturali e genuini, al fine di generare comportamenti alimentari il più virtuosi possibili.

MUGELLI – Un altro potenziale alleato in questa battaglia dovrebbero a mio parere essere i politici e gli amministratori della cosa pubblica visto che, tanto per rimanere nell'ambito scolastico, in fondo dipende da loro tutto quello che ruota intorno alla qualità dei prodotti che arrivano sulle mense delle scuole.

DEL PRATO – Riallacciandomi a quanto detto adesso dal prof. Mugelli, bisogna riconoscere che la Regione Toscana ha dimostrato un buon livello di impegno in questo settore, attuando campagne specifiche nelle scuole e divulgando al massimo le tematiche della cosiddetta "piramide alimentare".

GIUSTINI – Siamo di fronte veramente ad un problema che riguarda tutta la società e per questo i medici, soprattutto quelli di famiglia non devono essere lasciati soli nel cercare di gestire i propri

assistiti affetti da diabete.

Voglio dire che una persona, opportunamente informata dal proprio medico di medicina generale, potrebbe anche essere intenzionata a cambiare stile di vita; però per fare questo bisogna che possa disporre di strumenti veramente efficaci a livello di contesto sociale e lavorativo (mezzi di trasporto, alimentazione, attività sul posto di lavoro). Parimenti è inutile che i bambini a scuola imparino a mangiare pesce, frutta e verdura se poi a casa vengono nutriti a surgelati, merendine e cibi precotti!

Per fortuna in Toscana abbiamo ancora una cultura e una tradizione legate ad una alimentazione "mediterranea" ... ma certo non possiamo cullarci sugli allori.

TOSCANA MEDICA – Allora, una volta che abbiamo identificato un soggetto diabetico, dobbiamo costruire il suo percorso terapeutico gestito dal medico di base e, quando serve, dallo specialista?

BUSSOTTI – La Regione Toscana ha deciso di seguire sostanzialmente le indicazioni del "Chronic Care Model" statunitense ed anche il diabete rientra a pieno diritto in questo scenario.

L'aspetto più strettamente medico della questione viene strutturato secondo le direttive della medicina d'iniziativa per la quale il paziente non si rivolge al medico quando ne ha bisogno, ma viene da questi contattato e "controllato" secondo schemi e protocolli ben definiti.

In questa maniera si cerca di ottenere un buon controllo della popolazione che, soprattutto nel caso di malattie croniche come il diabete, presenta spesso casi ampiamente seguiti e ben controllati accanto ad altri trascurati e sottotrattati.

ROTELLA – Secondo me di fondamentale importanza appare la condivisione dei protocolli diagnostico - terapeutici con il paritetico coinvolgimento di tutti gli operatori interessati alla gestione del paziente diabetico, medici di base, specialisti territoriali e professionisti dei Centri universitari o ospedalieri di riferimento.

Ogni paziente deve essere seguito nella maniera più omogenea e standardizzata possibile, per evitare sprechi legati ai fenomeni migratori extra-regionali ed ad interventi diagnostici differenziati e spesso sovrapponibili all'interno di realtà territoriali diverse.

Su questo scenario di base uniforme per tutti devono necessariamente inserirsi momenti peculiari che prima o poi tutti questi malati devono affrontare, come per esempio la gestione delle complicanze in acuto oppure alcune decisioni terapeutiche di particolare impegno quali quelle riguardanti il processo di insulinizzazione.

DEL PRATO – Di fronte all'enorme numero di pazienti con diabete conclamato lo specialista non

può essere lasciato solo e quindi qualsiasi attività di condivisione, intelligente e partecipata, con altri professionisti non può che essere vista con il massimo favore, anche e soprattutto in un modello organizzato come quello del “Chronic Care”.

Tra l'altro un accordo a livello nazionale è già stato sottoscritto sia dalle organizzazioni degli specialisti che da quelle della Medicina Generale e quindi le cose potrebbero iniziare a funzionare in maniera corretta. Purtroppo questa collaborazione in molti casi richiede un opportuno ed attento periodo di rodaggio ed a me risulta che ancora troppo poco numerosi sono i contatti strutturati con i referenti dei Centri di riferimento a livello universitario ed ospedaliero.

Secondo me è necessario mettere in pratica ogni sforzo per cercare di gestire al meglio il diabete di tipo 2 che oggi appare malattia estremamente complessa, coinvolgente un numero straordinario di organi ed apparati, nella quale entrano in gioco numerosi e complessi meccanismi fisiopatologici, oggetto di un trattamento con un numero crescente di nuovi farmaci, enormemente diverso da quella condizione che conoscevamo solo pochi decenni fa e, cosa fondamentale, drammaticamente frequente.

BAGGIORE – Anche io considero il “Chronic Care Model” una potentissima opportunità, da gestire efficacemente dall'interno, per limitare al massimo le distanze comunicative tra tutti gli operatori coinvolti nella gestione del malato diabetico. In questa maniera si potrebbero anche superare con relativa facilità alcune situazioni spiacevoli che si sono verificate soprattutto in passato, quali il progressivo disinteresse della Medicina Generale nei confronti della malattia e il carico forzatamente eccessivo di lavoro che è servito in determinate

realità per giustificare il mantenimento in vita di strutture e servizi.

Oggi in tutta onestà sinergie e comportamenti condivisi non possono proprio più venire ignorati.

TOSCANA MEDICA – *Iniziamo ora a trattare la questione della terapia farmacologica del diabete. Esistono delle novità di rilievo in questo settore?*

GIUSTINI – Prima di parlare di terapia, vorrei fare una premessa. Recentemente in Gran Bretagna, dove non esistono come da noi diabetologi e Centri anti malattia diabetica in senso stretto, sono state pubblicate le nuove linee-guida indirizzate soprattutto ai medici di medicina generale, ai quali sono state espressamente presentate le novità terapeutiche ed i differenti protocolli di utilizzo.

In Italia questo non è mai successo anche perché almeno da dieci anni il medico di famiglia si è praticamente distaccato dalla terapia del diabete, soprattutto quando si tratta di prescrivere l'insulina, considerata una sorta di “ultima spiaggia” oltre la quale non c'era più niente da fare se non rassegnarsi ad una sorte più o meno sfavorevole. La situazione è stata inoltre aggravata da tutta una serie di norme regolatorie che hanno di molto ostacolato la prescrizione da parte dei medici di MG delle nuove insuline e, recentemente, dei glitazoni, delle incretine e degli inibitori delle dipeptidil-peptidasi-4 (DPP-4).

Questo approccio secondo me dovrebbero cambiare sia livello nazionale sia regionale per avvicinarci ad un sistema di costi messo in relazione alla quanta salute può essere mantenuta o prodotta con determinate scelte terapeutiche.

MUGELLI – La ricerca farmacologica nel campo del diabete ha avuto in questi ultimi anni un impulso

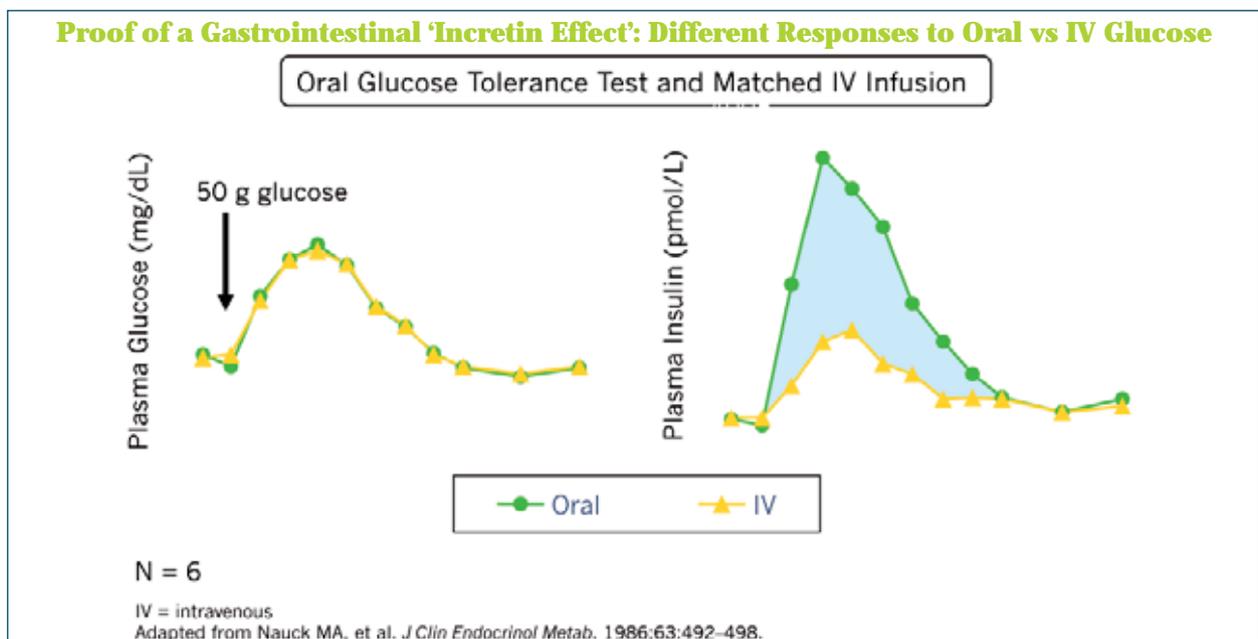


Figura 1

veramente notevole; farmaci efficaci e sicuri sono infatti necessari per il trattamento del diabete la cui prevalenza sta crescendo in modo drammatico in tutto il mondo. Molte aziende farmaceutiche stanno sviluppando molecole in questo settore.

Le novità più importanti, accanto ai già citati analoghi delle insuline, sono state introdotte di recente grazie alla migliore comprensione dei meccanismi fisiopatologici alla base del diabete di tipo 2. I farmaci antidiabetici tradizionali non modificano infatti i meccanismi che portano alla progressiva perdita di funzionalità delle cellule beta delle isole pancreatiche di Langherans, che è alla base del progressione della malattia. Negli ultimi anni sono state sviluppate terapie basate sulla azione delle incretine (INtestinal seCRETion of INSulin). Le incretine sono ormoni intestinali, (Glucagon-Like Peptide-1, GLP-1), e Glucose-dependent Insulinotropic Peptide (GIP) secreti rispettivamente dalle cellule L e K intestinali in risposta ad un pasto (e quindi al glucosio). Questi ormoni sono responsabili del fenomeno conosciuto come "effetto incretine", cioè del fatto che la risposta insulinica evocata da un carico di glucosio orale è più grande di quella che si ha in risposta ad una infusione endovenosa di glucosio che dà la stessa variazione di glicemia (Figura 1). Questa risposta è alterata nel soggetto diabetico (Figura 2).

GLP-1 aumenta la secrezione di insulina, riduce quella di glucagone, diminuisce l'assunzione di cibo e riduce il peso corporeo. Nell'animale da esperimento la somministrazione di GLP-1 aumenta la massa delle β -cellule pancreatiche. L'azione insulinotropica del GLP-1 è glucosio dipendente, cioè stimola la secrezione di insulina solo durante l'iperglicemia.

Abbiamo già o stanno per essere disponibili analoghi del GLP-1 (exenatide, liraglutide) e inibitori delle dipeptidil-peptidasi-4 (DPP-4), l'enzima che rapidamente metabolizza il GLP-1 (sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin).

Siamo pertanto di fronte a vere novità terapeutiche, molecole cioè attive su meccanismi diversi da quelli che regolano la liberazione di insulina o il metabolismo glucidico, e potenzialmente in grado di modulare direttamente la funzionalità delle β -cellule del pancreas.

Ovviamente l'efficacia e la sicurezza di questi farmaci, in teoria estremamente promettenti, nel lungo periodo non è ben conosciuta.

BROCCA – Vorrei a questo punto presentarvi i dati delle prescrizioni della ASL 10 nel periodo 2008 - ottobre 2009 (Grafico 2).

Il 76.9% dei pazienti trattati ha ricevuto almeno un ipoglicemizzante, il 12,9% solo insulina, il 10,2%, sia insulina che ipoglicemizzanti orali.

Trattandosi poi di soggetti con pluripatologie, almeno il 28% ha ricevuto prescrizioni di statine.

Le prescrizioni da parte dei medici di base delle nuove molecole (incretine ed inibitori delle dipeptidil-peptidasi-4), ricordate adesso dal prof. Mugelli, sono state fortemente limitate dai vincoli amministrativi e sono state effettuate dallo specialista diabetologo in quanto sono inserite nell'elenco dei farmaci sottoposti a monitoraggio intensivo con obbligo di registrazione nel sito AIFA.

TOSCANA MEDICA – È giusto mantenere dei vincoli amministrativi e burocratici così severi o forse sarebbe meglio snellire le procedure per la prescrizione di questi nuovi farmaci?

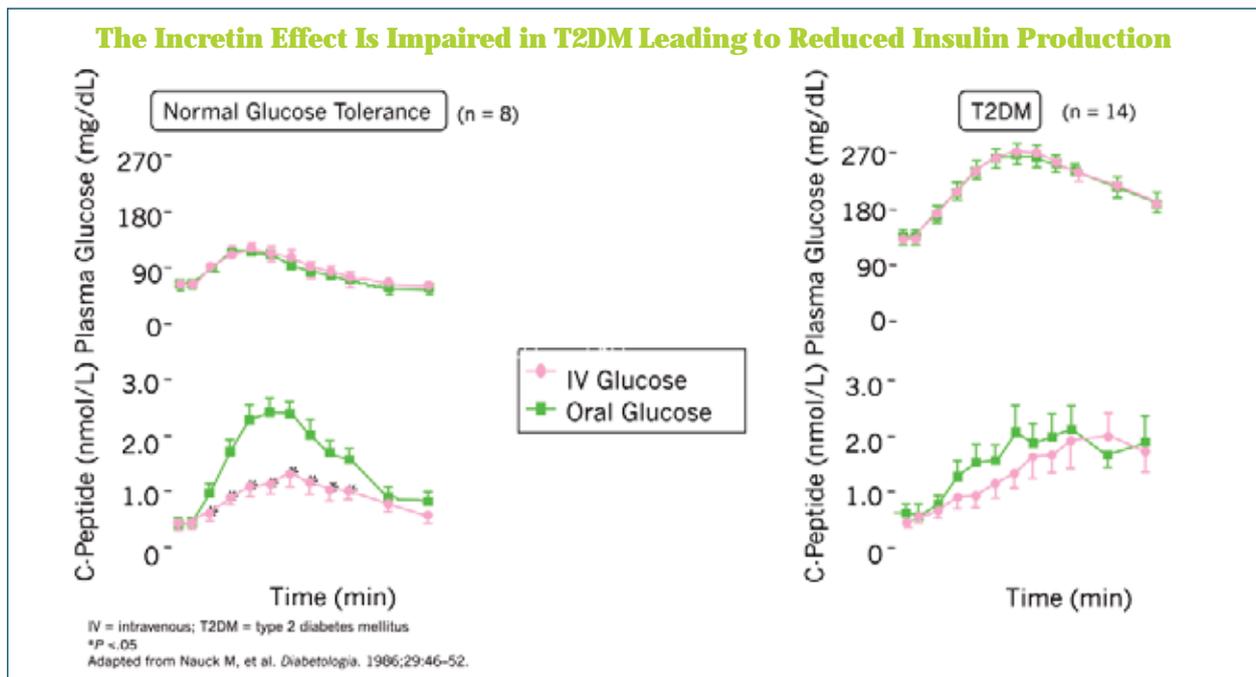


Figura 2

BROCCA – Secondo me le procedure dovrebbero venire snellite. Soprattutto dopo che sia stato correttamente identificato il medico che per primo attiva la prescrizione, il medico di famiglia dovrebbe poterla reiterare al pari di quanto accade con altri farmaci come per esempio l'eritropoietina.

ROTELLA – Senza polemica, secondo me i meccanismi informatizzati di monitoraggio delle prescrizioni servono a ben poco dal punto di vista della farmacovigilanza, limitandosi a proporsi solo come malcelati sistemi di controllo della spesa da parte delle amministrazioni. Senza dubbio possono però aiutare i medici ad orientarsi all'interno del sempre più numeroso armamentario terapeutico che negli anni a venire si arricchirà di nuove e differenziate classi di molecole.

Rimanendo sul piano strettamente economico bisogna dire che le nuove molecole antidiabetiche, seppure gravate da un costo indubbiamente elevato, sembrano tuttavia dotate anche di altre azioni oltre a quella ipoglicemizzante. Sarebbe infatti stata dimostrata una loro azione antiipertensiva e di modulazione dell'assetto lipidico con conseguenti effetti cardioprotettivi, oltre che una non ancora ben chiarita efficacia neuroprotettiva. In questa ottica secondo me sarebbe necessario rivedere almeno in parte i meccanismi di controllo della spesa, inserendo il costo di questi farmaci nel contesto di una risposta terapeutica più ampia ed articolata.

BAGGIORE – I piani terapeutici, se correttamente strutturati e ben utilizzati, possono davvero rappresentare uno strumento molto efficace che la Medicina di base potrebbe utilizzare per selezionare i pazienti in grado davvero di beneficiare delle nuove opzioni di cura.

Oggi questa possibilità è ampiamente limitata dalla necessità che la prima prescrizione provenga da uno specialista con l'attivazione del monitoraggio AIFA. In questo modo secondo me si riduce di molto il campo di intervento dei medici di base, vanificando le loro potenzialità di contatto con larghe fasce di popolazione ed assistiti.

Questa situazione può spiegare almeno in parte l'ancora relativamente limitato impiego delle più recenti molecole ipoglicemizzanti.

BUSSOTTI – Io credo, semplicemente, che tutti i vincoli dovrebbero essere eliminati, perché in fondo si finisce implicitamente per definire come un burocratico quello che invece dovrebbe essere demandato alla sola competenza professionale.

È buffo pensare che lo Stato paghi dei professionisti, i Medici di Medicina Generale, per occuparsi della salute dei cittadini e poi, non fidandosene, affidi ad altri la prescrizione dei nuovi, efficaci ma costosi, ritrovati della ricerca farmacologica!

Certo, potendo trovare i medici di famiglia qualche oggettiva difficoltà a seguire la verosimile, futura crescita vorticosa anche delle molecole antidiabetiche (al momento sono 13 le classi di farmaci ipoglicemizzanti disponibili sul mercato!), appare davvero necessario potenziare al massimo grado la comunicazione e la collaborazione tra professionisti.

GIUSTINI – Dal punto di vista della pratica clinica vorrei sottolineare alcuni vantaggi delle glitpine, quali la assai ridotta o assente capacità di provocare ipoglicemia, la scarsa o nulla influenza sull'aumento del peso corporeo ed il loro rapporto costo efficacia tutto sommato molto favorevole, come dimostrato da alcuni recenti studi.

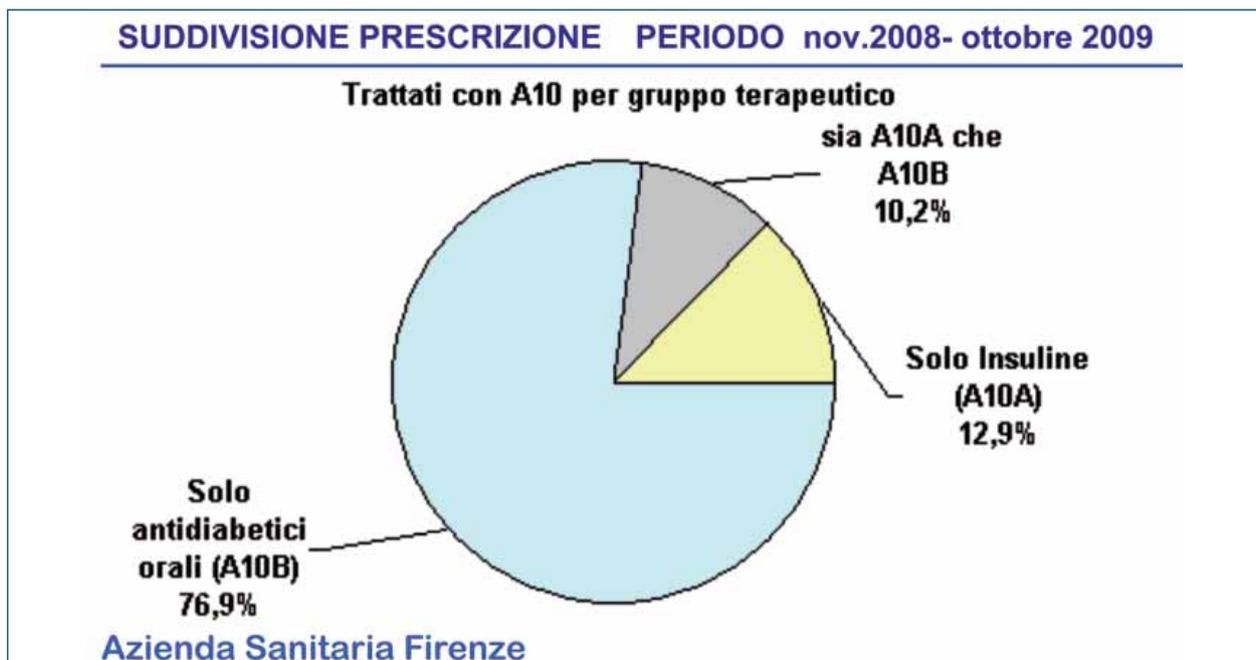


Grafico 2

DEL PRATO – A mio parere se il medico di famiglia e lo specialista arrivano a condividere linee-guida e protocolli, la questione della prescrivibilità delle nuove molecole ipoglicemizzanti potrebbe scomparire automaticamente. I professionisti devono arrivare ad una integrazione dei concetti che sono alla base della gestione del malato diabetico, scambiandosi informazioni e decidendo, ognuno

per le proprie competenze, gli opportuni adattamenti e cambiamenti di percorso. Questo modo di operare secondo me non può che realizzarsi all'interno del "Chronic Care Model" nella misura in cui il rispettivo ruolo dello specialista e del medico di medicina generale confluiscono in un unico percorso, nel rispetto delle competenze del primo e del ruolo di prevenzione del secondo.

Tornare alla savana

ANTONIO PANTI

Quando eravamo "sapiens" da poco, nella savana, correvamo per cacciare e mangiavamo pochi grassi. Il diabete non esisteva e gli obesi erano travolti dalla durezza della vita che, come dice Hobbes, era "lurida, bestiale, rozza e breve". Stiamo meglio ora che la tecnologia ha rivoluzionato il mondo. Però abbiamo cambiato stile di vita, non il metabolismo. Oggi il diabete colpisce più del 5% della popolazione, un altro 2,5% ha una forma misconosciuta, circa il 15% delle persone sono a rischio di diventare diabetici. Si calcola che quasi il 45% della popolazione sia obesa o in sovrappeso combinando così il rischio diabetico con quello cardiovascolare.

Il diabete, inoltre, è esso stesso un fattore di rischio per la frequenza e la gravità delle complicanze. Sommando le spese per farmaci con quelle per accertamenti e ricoveri, le inabilità e le giornate di lavoro perdute, il diabete è una delle maggiori cause dei costi della sanità. E, tuttavia, dobbiamo scoprire i diabeti preclinici perché, per quanto così aumenti la spesa, l'incremento sarà sempre minore del costo delle gravissime complicanze e delle cronicità invalidanti. Per rendere più sostenibile la spesa sanitaria occorre investire in prevenzione primaria e in diagnosi precoce e risparmiare sui costi umani e sociali delle sequele della cronicità.

In Toscana vivono circa 150.000 diabetici (sono soltanto gli esenti ticket) che incidono per il 5,5% sulla spesa per farmaci e al 4,5% di quella per presidi, cui aggiungere ricoveri e accertamenti. Si calcola che circa 4 milioni di persone muoiano ogni anno nel mondo per cause legate al diabete. Stiamo parlando, è ovvio, del diabete tipo 2 di cui la glicemia è solo un sintomo insieme alla dislipemia, all'obesità, all'ipertensione. Una sindrome complessa da affrontare a tutto campo.

Tra le diverse proposte di politica sanitaria la più conosciuta è il Chronic Care Model, la medicina di iniziativa che ribalta i classici canoni della

medicina di attesa, trasformando il medico in cacciatore di possibili malati prima che si ammalino davvero. Ma lo stile di vita non si può cambiare soltanto prima di andare al mare! Il cambiamento deve essere radicale e continuo. Il contesto lo consente? No, è l'amara constatazione dei nostri esperti. L'ambiente in cui viviamo e gli stimoli che riceviamo sono il contrario della vita sana.

La società e i politici si debbono far carico di questo colossale problema. La prevenzione primaria si articola in tre fasi, quella sulla popolazione generale per cambiare lo stile di vita di tutti e agire sui rischi primari. Significa costruire piste ciclabili e favorire un'alimentazione sana. La scuola ha grande importanza in questa fase. La seconda consiste nell'identificare i soggetti a rischio, mediante il lavoro sinergico di medici generali, specialisti e di altri professionisti. Infine occorre agire sui soggetti a rischio e sugli obesi. Un progetto che deve partire dal controllo dei bambini e delle gestanti. Un cambiamento quasi antropologico, forse favorito in Toscana da un retaggio alimentare contadino, la celebre piramide alimentare.

Occorre sinergia tra medici generali e specialisti, anche per affrontare la terapia farmacologica, sempre più complessa. Molti farmaci innovativi si affacciano all'orizzonte e altri sono già in commercio come le incretine che agiscono modulando la funzionalità delle beta cellule, ma subiscono vincoli prescrittivi assai forti.

Se i medici generali non possono prescrivere i farmaci innovativi e i loro certificati non valgono per l'esenzione dal ticket, si sentiranno meno interessati alla cura del diabete. L'uso limitato di farmaci innovativi è dovuto anche a questi vincoli che i nostri esperti vorrebbero aboliti del tutto per incrementare la comunicazione tra colleghi. Creare più forti legami professionali che consentano di agire meglio su questa che sta diventando la malattia dei tempi moderni.

TM

*Si ringrazia Merck Sharp & Dohme
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione*

Consiglio Sanitario Regionale

La riorganizzazione delle attività di ricovero negli ospedali toscani

Nel 2007 abbiamo pubblicato il Documento delle Società Scientifiche Ospedaliere sull'Ospedale per Intensità di Cure. A distanza di tre anni, in preparazione del prossimo Piano Sanitario, le stesse Società hanno elaborato un ulteriore documento che affronta le criticità tuttora presenti in questo periodo di trasformazioni ospedaliere.

Il Consiglio Sanitario Regionale ha approvato questo documento insieme al contributo degli infermieri e dei tecnici di radiologia. Questa collaborazione tra diverse discipline e diverse professioni, possibile soltanto in Toscana, ha una importanza eccezionale per garantire i migliori risultati delle cure.

La riorganizzazione delle attività di ricovero, come prevista dalla LR 40/2005 e dal PSR 2008-2010, ha fatto importanti progressi nell'ultimo anno in tutti gli ospedali toscani, ma il cambiamento ha interessato quasi esclusivamente l'area chirurgica. Nell'area funzionale medica non si è realizzata su scala apprezzabile la conversione dei reparti di degenza in più ampie aggregazioni basate sul livello di intensità di cure, l'innovazione che specificamente incide sulla gestione delle risorse.

Qual'è il motivo di questa differenza tra le aree? Le varie considerazioni possibili si riassumono in un'unica conclusione: nell'area chirurgica il nuovo modello organizzativo non è entrato in conflitto con il modello assistenziale specialistico (garantito dalle competenze esclusive in sala operatoria), mentre in area medica il problema sussiste e la situazione è alquanto complessa.

Nelle aziende ha circolato per anni un'interpretazione dell'intensità di cure d'ispirazione manageriale, la cui pedagogia tendenzialmente confonde il graduale abbandono dei reparti dedicati con l'abolizione delle unità operative e ostacola la presa in carico specialistica dei pazienti dell'area medica sia a livello di assegnazione in PS, sia nella gestione dei posti letto.

Questa interpretazione, alla quale si sono opposte nel 2007 ventitre società scientifiche dei medici del SSR, sopravvive nelle aziende periferiche nonostante le evidenti difficoltà intrinseche e nonostante la diversa evoluzione del modello registrata anche nel PSR 2008-2010 e sicuramente non ancora conclusa.

È necessario un riallineamento del sistema, ottenibile con specifici indirizzi attuativi emanati dalla Giunta Regionale, come previsto dall'art. 68 della legge 40. A supporto degli organi tecnici della regione, le società scientifiche hanno aderito all'invito di sviluppare ulteriormente il lavoro di analisi e di consenso iniziato tre anni fa. Hanno

costituito a questo scopo un gruppo di lavoro, coordinato dall'Osservatorio per l'intensità di cure (sottocommissione "high care").

Il presente documento presuppone gli 8 punti del documento pubblicato su Toscana Medica il 2 agosto 2007 ("Ospedalizzazione per intensità di cure"). Nell'ottica delle linee di indirizzo attuative, è stato fatto un focus sui seguenti punti strategici:

- criteri di assegnazione del paziente dal Pronto Soccorso;
- la presa in carico interprofessionale del paziente;
- multidisciplinarietà dell'assistenza;
- la funzione di tutoraggio medico;
- la gestione dei posti letto nelle aree di degenza;
- organizzazione dell'alta intensità di cura;
- organizzazione dei servizi di guardia;
- l'impatto della nuova organizzazione sui flussi informativi;
- rapporti con il territorio e problematica delle cure intermedie.

Sono escluse da questo elenco diverse problematiche che necessitano di ulteriore approfondimento: come per esempio le specificità del modello organizzativo rispetto alle tipologie degli ospedali, diverse per missione, dimensioni, complessità. Tra le problematiche da sviluppare dobbiamo annoverare anche la presa in carico interprofessionale del paziente, che è materia per un tavolo allargato alla rappresentanza degli infermieri e delle altre professioni sanitarie e che figura in elenco solo per la presa d'atto dell'urgenza e dell'impegno necessario.

Lo stesso vale per la gestione della bassa intensità di cure ospedaliere (livello 3) e della continuità assistenziale ospedale-territorio, tematiche sulle quali il lavoro di analisi è appena iniziato.

Non sono state esaminate le problematiche particolari di singole specialità, che appartengono a un diverso livello di analisi.

Criteria di assegnazione dei pazienti dal DEA/PS

1) Il personale medico dell'UO di accettazione e PS esercita la responsabilità delle decisioni assistenziali in PS. L'episodio di cura può esitare nella dimissione del paziente, nel ricovero ospedaliero di tipo ordinario oppure nell'attivazione di percorsi alternativi disponibili in azienda, che comportano la presa in carico da parte di altre UO ospedaliere (es. presso DH/DS, Day Service) o di presidi territoriali.

2) I pazienti ricoverati vengono assegnati al livello di intensità di cure appropriato in base alla valutazione della criticità assistenziale. Contestualmente la SDO viene attribuita a una UO a dirigenza medica, che assume con ciò la responsabilità del paziente.

3) I criteri di assegnazione sono determinati dall'appropriatezza clinica e da protocolli aziendali.

Appropriatezza clinica: in linea generale è stabilita dal problema emergente che ha determinato il ricovero. Se l'aspetto prevalente è la complessità polipatologica, la competenza è da attribuire alla medicina interna o a disciplina equipollente.

I protocolli clinici e organizzativi: sono il risultato di accordi multilaterali tra il DEA e le altre UO, coordinati con la programmazione aziendale delle risorse. Sono necessariamente diversi a seconda della tipologia degli ospedali (missione, dimensioni, dotazioni tecnologiche e risorse umane) e della divisione del lavoro concordata localmente.

4) I protocolli dovranno rispettare i principi di una organizzazione flessibile e snella dei processi decisionali, evitando ad esempio di subordinare l'assegnazione del paziente alla consulenza specialistica della UO accettante.

5) I pazienti in elezione e programmati non devono transitare dal DEA ma devono accedere direttamente alla degenza o al DH secondo modalità prestabilite.

La presa in carico interprofessionale del paziente

Per una riflessione generale sull'introduzione delle unità infermieristiche negli ospedali toscani si rimanda al paragrafo "La gestione dei posti letto nelle aree di degenza". Non ha senso invece affrontare il tema della presa in carico interprofessionale senza la presenza allo stesso tavolo delle rappresentanze delle altre professioni sanitarie che partecipano alla presa in carico del paziente e hanno una specifica autonomia. L'osservatorio per l'intensità di cure si farà carico di organizzare un gruppo di lavoro allargato. Alcuni problemi, inerenti ad es. allo skill mix nelle nursing units polispecialistiche e alla microsociologia del mutato ambiente di lavoro, hanno non solo assoluto bisogno di una riflessione in comune, ma anche una

particolare urgenza di tradursi in piani di intervento, dal momento che la messa in opera dell'intensità di cure è già in atto.

Un altro tema critico da sottoporre a riflessione comune è il parametro assistenziale del livello 2 nell'ospedale per acuti.

Multidisciplinarietà dell'assistenza

La legge che disciplina il SSR prescrive un modello assistenziale basato sulla multidisciplinarietà. In questo modo la collaborazione tra gli specialisti di discipline diverse, da materia di metodologia ed etica professionali, diventa anche dominio organizzativo e pone problemi almeno in parte nuovi.

Finora si avevano pochi esempi di partnership regolate dall'esterno, tipicamente process-driven e centrati sulla separazione delle competenze, con barriere anche di tipo normativo (ad es. la partnership tra chirurgo e anestesista). Il concetto di multidisciplinarietà della LR 40/2005 è notevolmente diverso: si tratta di una norma generale, valida per tutte le attività cliniche, la cui applicazione non è guidata dalle particolarità dei processi ma dalle caratteristiche del paziente.

Gli strumenti organizzativi sono:

1. percorsi clinici per patologia, che mappano le partnership più frequenti.
2. flussi informativi che documentano i carichi di lavoro delle UO collegati alla multidisciplinarietà dell'assistenza.
3. regolamenti che disciplinano la partecipazione di più specialità alla presa in carico del paziente.

Raccomandazioni per i regolamenti aziendali:

- Il direttore della UO che detiene la SDO ha la responsabilità primaria del paziente essendo garante del percorso diagnostico terapeutico e della funzione di tutoraggio clinico.
- Équipe multidisciplinari, formate dal tutor e dai consulenti specialistici, si costituiranno ad hoc e saranno contingenti al caso.
- La consulenza non può più essere intesa come semplice prestazione ma comporta una partecipazione alla presa in carico del paziente per il problema di competenza, con una responsabilità di équipe. Ove necessario il rapporto è continuato nel tempo. Lo specialista assicura in tal caso anche una continuità personale, nei limiti del possibile, e si fa carico di sorvegliare l'esecuzione degli esami da lui richiesti e della interpretazione dei risultati.
- La consulenza deve essere registrata in modo che generi un flusso informativo atto a documentare l'inizio e la fine della responsabilità di équipe e i carichi di lavoro.
- Qualora durante il decorso clinico si verifichi un cambiamento della patologia predominante, la

responsabilità primaria del paziente viene assunta da un'altra UO in base alla competenza clinica, con trasferimento della SDO e della funzione di tutoraggio clinico. Non sono escluse da questa possibilità UO che nell'azienda non hanno storicamente in carico letti di degenza, come anche indicato dal PSR 2008-2010. Il loro impegno dev'essere previsto e dimensionato, in modo concordato, dai percorsi assistenziali per patologia.

La gestione dei posti letto nelle aree di degenza

La legge 40 prescrive il graduale abbandono dei reparti differenziati secondo le discipline a favore di una "strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero".

Questo modello organizzativo ha trovato da tempo applicazione in altri paesi, dove i reparti di degenza sono gestiti come unità infermieristiche (nursing units o nursing wards).

Gli elementi in comune a queste esperienze sono:

- il reparto ricovera pazienti con bisogni assistenziali simili;
- gli infermieri sono assegnati al reparto ed esercitano competenze professionali autonome;
- i letti sono di regola assegnati alle UO specialistiche, in modo flessibile (fanno eccezione il Day Hospital e strutture ad alto turnover per osservazione temporanea e degenze brevi). Lo specialty bed planning è oggetto di programmazione periodica.

Per altri aspetti le unità infermieristiche sono declinate in modi diversi a seconda dei paesi, del tipo di ospedali e di altre condizioni: possono essere dedicate a singole discipline oppure polispecialistiche, a seconda dei volumi della casistica, della complessità specialistica e altre specificità.

Nelle unità polispecialistiche i pazienti assistiti dagli stessi medici sono tendenzialmente raggruppati. Salvo casi particolari (es. terapie intensive) le nursing units non hanno meno di 20 letti e, grazie alle economie di scala, sono in generale più efficienti dei reparti tradizionali nella gestione delle risorse. In termini di efficacia, non ci sono prove che siano superiori o inferiori rispetto ai reparti tradizionali.

L'introduzione negli ospedali toscani delle unità infermieristiche è il singolo cambiamento organizzativo che maggiormente sfida la cultura e le pratiche tradizionali. Nello stesso tempo è anche il cambiamento veramente nucleare della nuova organizzazione. Le società scientifiche hanno già preso posizione nel 2007, scrivendo che "la gestione efficientistica dei posti letto, condotta con buon senso, appare in generale compatibile con gli standard di qualità assistenziale". Per questo nella fase d'implementazione è necessario un nuovo focus su alcuni concetti.

1) I "livelli" ospedalieri. La linea guida del

2003 per la costruzione dei nuovi ospedali ha creato il corto circuito metonimico tra il "livello di intensità di cure", che è un parametro assistenziale, e il cosiddetto "livello strutturale", che è l'area di degenza dove i pazienti si ricoverano in base al parametro. A parte il fatto che lo schema si applica con una certa difficoltà ai vecchi presidi, il problema più importante è che tutti gli ospedali stanno diventando davvero ospedali per acuti, almeno in Toscana, e che la corrispondenza del livello strutturale (unità infermieristiche) con il livello d'intensità non potrà essere mantenuta fino in fondo neppure nei nuovi ospedali. Infatti il bisogno di assistenza subintensiva o HD, con parametri di intensità di livello 1, emerge anche nel livello 2 strutturale, con frequenza e tipi di casistica clinica che impongono una nuova riflessione. Ferma restando la validità dell'indicazione generale di metodo, è necessario che le aziende sanitarie abbiano la libertà di adottare le soluzioni che meglio coniugano efficienza ed efficacia in ciascuna specifica realtà, anche in deroga al principio della separazione strutturale dei livelli.

Il tema sarà ripreso nel paragrafo "organizzazione dell'alta intensità di cura" di questo documento.

2) Gli infermieri sono assegnati al reparto e i letti alle specialità, in modo flessibile.

Questa è una formula che può sembrare in contraddizione con il concetto che i letti sono assegnati all'area funzionale. Ma di nuovo il modello si deve confrontare con la realtà. È ovvio che le aziende debbono allocare le risorse alle specialità in base a dati storici o previsioni programmatiche di attività, da rivedere periodicamente. In modo altrettanto ovvio è appropriato che i pazienti assegnati a una stessa UO siano tendenzialmente raggruppati per facilitare la presa in carico interprofessionale dei problemi clinici e assistenziali (layout specialistico delle aree di degenza).

Quando ciò non è possibile siamo di fronte a un segno di disfunzione, in genere associato ad altri segni di eccessivo affollamento ospedaliero.

3) Il tasso programmato di occupazione dei posti letto. È un convitato di pietra di cui non si parla volentieri, ma la cultura manageriale corrente in sanità riconosce che il tasso medio di occupazione dei posti letto ordinari negli ospedali per acuti non dovrebbe essere superiore all'85% (più basso per i letti intensivi). Nel Regno Unito la soglia è stata abbassata all'82% nel 2000, dopo che alcuni studi hanno riscontrato una correlazione tra valori più elevati del TO medio e la mortalità per infezioni ospedaliere.

Il mantenimento del TO sotto l'85% è in ogni caso un importante indicatore di performance aziendale.

La funzione di tutoraggio medico

La funzione di tutoraggio medico è un'innovazione con cui le aziende rispondono alla doman-

da di continuità personale da parte dei pazienti ricoverati. L'esigenza della continuità personale è sentita anche nei reparti tradizionali, dove però la risposta è orientata verso bisogni espressi dall'organizzazione più che dai degenti. Il peculiare rapporto bilaterale del tutor con il singolo paziente pone problemi organizzativi nuovi, le cui soluzioni difficilmente saranno le stesse in tutti gli ospedali e per tutte le discipline. Il punto critico è rappresentato dalle risorse. Per garantire in tutte le situazioni concrete i medici fuori turno necessari per svolgere la funzione tutoriale, occorrerà introdurre la possibilità di spalmare la funzione su "équipe di medici tutor" (il paziente si riferisce a una ristretta "équipe tutoriale").

Dal punto di vista professionale, la funzione tutoriale è una funzione di referenza e non ha contenuti professionali specifici. Non modifica i rapporti del medico con l'UO di appartenenza.

La responsabilità ad personam del medico tutor non esonera gli altri membri dell'UO dalla condivisione dei piani di trattamento e dalle risposte di tipo sussidiario. In generale tutti gli aspetti della continuità sono meglio gestibili con un layout specialistico delle aree di degenza.

Anche altri elementi di sistema, come l'informaticizzazione aziendale e in particolare della cartella clinica, condizionano la performance tutoriale.

Il tutoraggio clinico segue il paziente nel livello di intensità 2 anche se cambia setting (2a/ 2b) e anche su livelli di intensità di cura superiore (subintensiva) o inferiore (DH, DS), purchè il paziente resti attribuito alla stessa UO.

Il tutoraggio clinico cambia quando il paziente viene affidato ad altra UO, con trasferimento di responsabilità e quindi di SDO. Il passaggio ad altra UO può avvenire per cambiamento della problematica emergente sia come referenza specialistica sia come livello di intensità (ad esempio terapia intensiva Livello 1).

In alcuni casi, per il tipo di patologia e per la complessità dei percorsi interdisciplinari (vedi ad esempio paziente oncologico), la funzione di tutoraggio clinico svolta all'inizio del percorso diagnostico terapeutico costituisce un riferimento per quel paziente nel tempo (anche dopo la dimissione) e si coordina con quella di episodio clinico (ad esempio ricovero in degenza ordinaria).

Un regolamento aziendale preciserà i compiti del tutor.

1. Il medico tutor ha la responsabilità clinica e relazionale del paziente, esercitata all'interno di un'équipe di lavoro. L'incarico è assegnato dal direttore della UO, che mantiene la responsabilità di supervisione e controllo.

2. Il tutor applica i piani di lavoro prestabiliti dalla UO e ne verifica l'attuazione sul singolo paziente.

3. Favorisce la messa in atto dei percorsi in-

traospedalieri condivisi.

4. Applica protocolli trasversali all'Area Medica.

5. Rende partecipi i medici della UO con protocolli di comunicazione ben definiti.

6. Informa costantemente e collabora con il Direttore di UO.

7. Collabora con l'infermiere referente nella definizione e attuazione degli obiettivi assistenziali.

8. Organizza e partecipa al briefing giornaliero con le altre professionalità (infermieri, fisioterapisti, ecc) e con i consulenti, valuta la opportunità di coinvolgere nel briefing anche altre figure (ad esempio radiologo, infermiere della dimissione programmata, Medico di Medicina Generale ecc.).

9. Richiede le consulenze e ne verifica il corretto svolgimento.

10. Cura e verifica la corretta compilazione della cartella clinica integrata.

11. Mantiene i rapporti con il paziente e i familiari.

12. Mantiene i rapporti con il Medico di Medicina Generale e si fa carico di concordare il percorso assistenziale post dimissione.

13. Compila la SDO che viene firmata dal Direttore di UO.

Organizzazione dell'alta intensità di cura

Nel lessico corrente dell'intensità di cure, il livello di "alta intensità" viene definito LIVELLO 1. Ad esso corrisponde una tipologia di posti letto classificati in base alle dotazioni strumentali, le cure erogate e allo staffing, con un quoziente infermieri/posti letto di 1 a 2 per le terapie intensive (High Therapy, HT) e di 1/4 per le subintensive (Low Therapy [LT] o High Dependency [HD])

La situazione attuale:

Negli ospedali in cui sono presenti letti di livello 1, questi sono gestiti da UO di specialità diverse:

– in tutti gli ospedali di riferimento più alcuni altri presidi delle reti zonali sono presenti terapia intensiva rianimatoria e unità coronariche.

– Alcuni ospedali di riferimento delle reti zonali sono dotati di stroke unit di secondo livello, di Unità di Terapia Intensiva Intermedia Respiratoria.

– Solo nelle AOU sono presenti altre tipologie (Unità di Terapia Intensiva Respiratoria, Unità neurointensiva, Unità spinale e altre).

I setting specialistici sono ottimizzati per l'efficacia, e hanno strutture, personale e servizi di guardia dedicati. La dislocazione delle strutture non è sempre ottimale per la gestione.

La riorganizzazione del livello 1:

La progettazione dei nuovi ospedali, in base alle linee guida fornite dalla regione, ha previsto aree di degenza dedicate al livello 1. Il PSR

2008-2010 auspica che anche negli altri presidi, ove possibile, si costituisca un livello 1 strutturale (par. 5.5.3). In linea di principio, mettere in contiguità attività con caratteristiche simili in termini di logistica e di risorse impiegate può favorire sia l'efficienza della gestione che l'integrazione delle competenze e gli interventi diretti a questo scopo hanno un rationale valido.

Altro problema sono i cambiamenti organizzativi che toccano specifici standard di qualità delle strutture sanitarie. Lo scenario attuale dell'high care in Toscana è fatto di modelli organizzativi e assistenziali ben definiti, in parte anche validati da prove di efficacia in termini di outcome clinico. Di questi modelli si debbono rispettare le peculiarità, ivi incluso il personale infermieristico dedicato, con appositi percorsi formativi, e le guardie specialistiche, lasciando alle singole strutture la libertà di studiare ed esplorare le reciproche permeabilità e di evolvere di conseguenza.

Al livello 1 possono afferire anche nuove attività, purché la presa in carico specialistica dei corrispondenti letti LT garantisca anche la continuità assistenziale. In tutti i casi la responsabilità medica primaria del paziente è stabilita dalla titolarità della SDO. La raccolta dati del progetto Margherita Due e l'adozione del protocollo StART debbono essere estesi a tutte le attività del livello 1.

I bisogni emergenti nel livello 2 (media intensità di cura):

I pazienti ricoverati nei letti del livello 2 non hanno bisogni omogenei in termini di intensità di cure. Il problema non è nuovo, ma con il calare del tasso di ospedalizzazione sta aumentando in tempi rapidi la proporzione di pazienti instabili sul totale dei ricoverati, già calcolata intorno al 10% in uno studio dedicato all'area medica in Toscana. Strumento per la valutazione del rischio clinico è il Modified Early Warning Score (MEWS), adottato in Toscana con delibera della Giunta Regionale. I pazienti con un rischio elevato, che non sono eleggibili per uno dei setting specialistici di livello 1, debbono avere accesso a un'assistenza subintensiva nel cosiddetto "livello 2" (inteso come area di degenza) con gli stessi parametri assistenziali dei letti LT/HD del livello 1.

Il fabbisogno di letti: come per i letti ordinari, il numero deve essere programmato sulla base di una stima dei bisogni di tutte le UO dell'area funzionale e di una previsione del tasso medio di occupazione dei PL non superiore all'85%.

Caratteristiche funzionali:

- Letti attrezzati per il monitoraggio multiparametrico.
- Presenza continua del medico (della UO titolare della SDO o della guardia di continuità), ma non necessariamente negli stessi locali.

- Quoziente infermieri/posti letto (minuti di assistenza) e skill mix infermieristico conformi agli standard di qualità per il bisogno assistenziale. Un esame approfondito della tematica dei parametri assistenziali è da demandare a un gruppo di lavoro ad hoc, con la rappresentanza delle altre professioni sanitarie.

La gestione dei posti letto: si possono schematicamente considerare le seguenti possibilità:

1) *Upgrade dei posti letto ordinari:*

Le risorse sono attribuite alla unità infermieristica, in base a una previsione della percentuale di pazienti con elevato rischio clinico.

Vantaggi: il paziente non subisce spostamenti. Il numero di PL subintensivi e i parametri assistenziali si adattano al bisogno contingente.

Svantaggi: complessità organizzativa, incertezza delle risorse. Una vera sfida per il management.

2) *Unità dedicate*

Le risorse sono proprie.

Vantaggio: modello noto, organizzativamente senza incognite.

Svantaggi: il paziente dev'essere spostato. Minore flessibilità dimensionale (PL) e assistenziale.

È evidente che la seconda ipotesi rappresenta una deroga maggiore rispetto al modello dell'intensità di cure. Ma come tutti i modelli anche questo non può essere uno scopo in sé. Le aziende sanitarie hanno la libertà di adottare le soluzioni che meglio coniugano efficienza ed efficacia in ciascuna specifica realtà.

Organizzazione dei servizi di guardia

Guardia di continuità del livello 1:

La continuità assistenziale è specialistica ed è garantita dalle UO a cui i pazienti sono assegnati.

Guardia di continuità del livello 2:

È un servizio di continuità assistenziale per l'area funzionale, assicurato da uno o più medici per turno a seconda del numero di posti letto e della logistica delle strutture, in base ad accordi aziendali. Sono accettabili entrambe le ipotesi seguenti: a) servizio gestito dalla sola medicina interna (insieme alla specialità equipollente di geriatria, ove presente); b) servizio gestito dalla medicina interna con l'apporto di medici, assegnati ad altre U.O., che siano anche in possesso di sufficiente competenza generalista. Il curriculum individuale è valutato in questo caso dal responsabile di area. In ambedue le ipotesi debbono essere assegnate le risorse necessarie.

La partecipazione di una U.O. all'erogazione del servizio non conferisce privilegi per l'assegnazione dei pazienti da parte del PS (non è un criterio di appropriatezza specialistica dell'assegnazione).

Guardie specialistiche

L'accordo sulla continuità assistenziale nel

contesto ospedaliero, siglato dai sindacati e dalla GRT il 24/11/2008, prevede, per le AOU e per gli ospedali zionali di riferimento per la rete dei presidi di ASL, guardie specialistiche “per motivate situazioni organizzative, per attività di particolare significatività, per il profilo quali-quantitativo delle stesse o per frequenza di supporto al DEA”.

L'esigenza di ottimizzare l'uso delle risorse impone una verifica nelle singole aziende, necessariamente condizionata dalle situazioni locali, in termini sia di logistica che di epidemiologia. Sulla linea indicata dall'accordo sindacale, si possono ulteriormente precisare i criteri generali per l'appropriatezza:

- la guardia specialistica è una risorsa di presidio (nel livello 2, non è quasi mai giustificata dai bisogni di continuità assistenziale di una singola UO);
- dev'essere giustificata innanzi tutto dalla riconosciuta specificità delle competenze richieste in urgenza;
- deve corrispondere anche a congrui carichi di lavoro documentabili (prestazioni urgenti nel settore delle degenze e nel PS);
- l'appropriatezza dell'uso delle risorse è determinata da entrambi i criteri precedenti e la soglia dei volumi di attività va fissata caso per caso dalle aziende;
- l'utilizzo di questi criteri può giustificare, caso per caso, sia l'abolizione di turni esistenti che l'introduzione di nuovi servizi di guardia.

L'impatto della nuova organizzazione sui flussi informativi

Responsabilità clinica

La responsabilità primaria del paziente, che spetta al direttore della UO, dev'essere chiaramente attribuita in tutti i momenti del ricovero. È tracciata dalla responsabilità della documentazione (scheda di dimissione ospedaliera). La responsabilità personale nel lavoro in équipe è registrata dalla cartella clinica. Da questo punto di vista la nuova organizzazione non introduce ulteriori complessità o incertezze rispetto a quelle già esistenti.

Responsabilità gestionale e carichi di lavoro

Con l'introduzione delle unità infermieristiche polispecialistiche, i flussi che registrano la consegna dei beni di magazzino ai reparti non sono più in grado di attribuire il consumo a una o all'altra delle UO che condividono l'unità di degenza. Quindi è necessario passare da una gestione per reparto a una gestione per paziente, gestendo l'attribuzione per centro di costo non direttamente in uscita da magazzino di farmacia ma dall'armadio di reparto al singolo.

Nel nuovo tipo di organizzazione cambia anche il concetto di attribuzione economica delle risorse: scomparendo i reparti, i “centri di costo” corrispondono ai “pazienti”, che potranno essere aggregati

successivamente per definire i costi delle diverse attività.

I flussi aziendali registrano le singole prestazioni (esami) erogate al paziente. Manca invece un dispositivo per la definizione dei carichi di lavoro corrispondenti alla partecipazione alla presa in carico inerente alle prestazioni consulenziali, che non corrispondono più a singole prestazioni e possono comportare carichi di lavoro alquanto diversi. La pesatura e la registrazione dei carichi di lavoro introdotti dall'assistenza multidisciplinare costituiscono un problema aperto.

Le criticità sono le seguenti:

- informatizzazione;
- riconoscimento e tracciabilità del paziente e delle prestazioni;
- corretta compilazione della cartella clinica e SDO;
- corretta codifica delle SDO.

Il rilevamento delle attività tramite le SDO anche nell'organizzazione tradizionale è considerato come non adeguato alla realtà sia della diagnosi che della cura. Pazienti classificati con un codice uguale di malattia possono avere una diversa gravità e conseguentemente condizionare un tipo diverso di impegno di cura e ciò tramite la SDO non è quasi mai rilevabile. Questo comporta anche una notevole disomogeneità di costi rispetto a DRG uguali, mentre sarebbe, quello di “omogeneizzare” i costi, uno degli scopi del DRG. Un esempio sono i pazienti anziani fratturati con multiple comorbilità che vengono seguiti da più specialisti: dal solo DRG non si riesce a rilevare la diversa complessità.

Azioni suggerite:

1. Ogni specialità dovrebbe dare indicazioni utili a individuare, a livello regionale, codici integrativi dei codici ICD9, utili per registrare nella SDO i maggiori gradi di gravità di specifiche diagnosi che abbiano una significativa diversificazione dell'impegno nella cura e nei costi, in modo da colmare, laddove siano presenti, le lacune del DRG.
2. Identificare il paziente (braccialetto e software) e iniziare da qui a tracciarlo con dati anagrafici in conformità ad altri progetti regionali che impattano sullo stesso argomento.
3. Collegamento all'anagrafe regionale e di altre ASL (codice fiscale, numero di cartella ecc.).
4. Cartella clinica unica informatizzata per tutta la regione.
5. Accesso diretto alla cartella informatizzata da parte delle strutture che erogando prestazioni inseriscono i propri dati.
6. Attribuzione automatica del nuovo sistema ICD9.
7. Collegamento del paziente/SDO ai flussi regionali, in modo che in automatico ci siano le compensazioni delle prestazioni tra ASL.

8. Collegamento del paziente/SDO a tutte le prestazioni assistenziali ricevute comprese le terapie, i dispositivi medici, le prestazioni diagnostiche, le consulenze.

Degenze ospedaliere di livello 3 (bassa intensità di cura), cure territoriali e rapporto tra Medici di Medicina Generale e Ospedale

Continuità dell'assistenza

La Toscana è al primo posto in Italia nel 2008 per il valore più basso del tasso di ospedalizzazione. Questo risultato è stato ottenuto quasi esclusivamente per mezzo di interventi sul sistema ospedaliero (osservazione temporanea e degenze brevi nel DEA, sviluppo di percorsi alternativi al ricovero, in carico alle UO ospedaliere: Day Service). Non è stato sviluppato invece un soddisfacente sistema di continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Questo stato di cose rappresenta una distorsione profonda di sistema, sia per l'evidente inappropriata organizzazione, sia per l'indotto culturale (one stop shopping ospedaliero).

È necessario sviluppare una rete di servizi con due obiettivi a breve termine: 1) evitare il ricovero nei casi che possono essere gestiti a livello territoriale; 2) dimettere più precocemente possibile i pazienti che hanno ottenuto un inquadramento diagnostico adeguato e una stabilizzazione delle condizioni cliniche.

Un terzo obiettivo, a lungo termine, è quello di fornire l'infrastruttura (risorse e professionalità) per una svolta nella cultura del consumo sanitario, che gradualmente riduca la pressione sulle strutture dell'emergenza.

Il corretto rapporto tra territorio ed ospedale, presupposto indispensabile per la funzionalità del sistema globale delle cure, è argomento di grande complessità, sul quale le Società Scientifiche Toscane hanno da poco iniziato un lavoro di consenso. Quanto segue è una ricognizione preliminare su alcuni temi cruciali, in preparazione di un iter ulteriore.

Il sistema delle cure intermedie

Un ruolo strategico di buffer dovrà sempre più essere esercitato dal sistema delle cure intermedie tra ospedale e territorio, in grado di assistere tutti quei pazienti che non presentano una patologia acuta che richieda un'intensità di cura di tipo ospedaliero, ma non possono essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio, per motivi di natura propriamente sanitaria o in parte anche sociali.

L'offerta delle cure intermedie dev'essere abbastanza differenziata da trovare una configurazione peculiare sempre tarata sull'intensità assistenziale richiesta.

Al domicilio del paziente:

- Assistenza domiciliare.
- Assistenza domiciliare programmata.
- Assistenza domiciliare integrata.

In strutture dedicate:

- RSA.
- Ospedale di comunità.
- Presidio di continuità.

Il Presidio di continuità è inteso come il livello di cura a maggiore intensità, dove dovrà essere garantita nelle 24 ore oltre all'assistenza infermieristica anche quella medica ed inoltre dovrà essere possibile l'erogazione diretta degli accertamenti diagnostici di primo livello e delle consulenze specialistiche.

È in corso una riflessione sulla posizione del livello 3 ospedaliero (bassa intensità di cura) rispetto al sistema territoriale.

Accesso diretto alle procedure diagnostiche

Al Medico di Medicina Generale (MMG) deve essere data la possibilità di accedere direttamente a procedure diagnostiche di primo livello che almeno in parte potrà direttamente erogare.

Inoltre il MMG dovrà avere a disposizione pacchetti di prestazioni complesse erogabili in regime ambulatoriale o in Day Service, seguendo percorsi diagnostico-terapeutici programmati e concordati con la Medicina Specialistica.

Così il ricovero ospedaliero dovrà e potrà essere evitato non solo nei casi con prevalente bisogno sociale ma anche nelle patologie croniche o in quelle acute che non costituiscono un imminente pericolo per la vita e che possono essere assistite in modo efficace e tempestivo a livello domiciliare o ambulatoriale, mediante l'attivazione di percorsi dedicati (ad esempio, il TIA, la sincope, la polmonite, la TVP).

Responsabilità clinica del paziente

In ospedale il MMG deve poter essere cooptato nell'équipe multidisciplinare e coinvolto nei processi decisionali. Dovrà essere favorito il rapporto con il tutor che ha la responsabilità della continuità personale durante la degenza. In particolare il MMG deve partecipare alla messa a punto del "discharge plan" già nei primi giorni dopo il ricovero, quando le condizioni cliniche del paziente suggeriscono la necessità di proseguire l'intervento assistenziale anche dopo la dimissione.

Lo stesso vale per lo specialista ospedaliero che deve far parte dell'équipe assistenziale nell'ambito delle cure intermedie ad esempio quando effettua una visita a domicilio nell'ambito dell'ADI o in altre forme organizzate di prestazioni sanitarie delle cure primarie (RSA Ospedale di comunità Presidio di continuità).



Nuovo test per la diagnosi precoce di Tirosinemia Tipo I

La tirosinemia, malattia causata dal deficit dell'enzima fumarilacetoacetato idrolasi, ha un'incidenza di circa 1 bambino affetto su 100-120 mila nati vivi ed è particolarmente frequente in Canada, dove l'incidenza è compresa tra 1:1.200 e 1:12.000 neonati. L'incidenza, la gravità della forma clinica e soprattutto la presenza di una terapia efficace fa sì che nella maggior parte dei paesi industrializzati la tirosinemia tipo I sia inserita nei pannelli di *screening* neonatale allargato. La tirosinemia ereditaria di tipo I è un difetto metabolico congenito, associato a malattia epatica severa nell'infanzia.

Nella forma acuta si presentano delle alterazioni durante il primo mese di vita: i bambini mostrano crescita ridotta, splenomegalia, epatomegalia, addome teso, gonfiore alle gambe e tendenza ad emorragia. L'ittero può essere accentuato. Spesso tra i 3 ed i 9 mesi di età sopravviene la morte a causa dell'insufficienza epatica. I bambini che soffrono di questa malattia sono candidati al trapianto di fegato.

Dal 2004 la Regione Toscana è l'unica in Italia a effettuare con specifica delibera n. 800 del 2 agosto 2004, lo *screening* neonatale allargato a circa 40 malattie metaboliche rare, utilizzando la spettrometria di massa, presso i laboratori del Meyer di Firenze.

Si tratta di una tecnica analitica applicata alla diagnostica che permette di misurare, da una goccia di sangue, un numero molto elevato di analiti del metabolismo intermedio. In pazienti affetti da questo tipo di difetti enzimatici si può verificare

l'accumulo di sostanze tossiche per l'organismo che, nei casi peggiori, possono anche portare a morte immediata. Fino ad oggi in Toscana, sono stati sottoposti a *screening* neonatale più di 250.000 neonati con oltre 150 diagnosi.

GIANCARLO LA MARCA, PHARM SC,

*Ricercatore, Dipartimento di Farmacologia Clinica e Preclinica, Università degli Studi di Firenze
Sezione di Malattie Metaboliche e Muscolari Ereditarie,
Clinica di Neurologia Pediatrica, AOU Meyer, Firenze*

Su questi 250.000 neonati sono noti soltanto due falsi negativi, uno dei quali nato nel 2006 affetto da Tirosinemia tipo I. Fino a quel momento, in tutti i centri di *screening* neonatale del mondo, si cercava di identificare questa patologia rara utilizzando come marcatore la tirosina.

In questo difetto metabolico però, il blocco enzimatico è 4 tappe a valle della tirosina, che quindi può risultare assolutamente normale, nei primi giorni di vita. Infatti, la letteratura scientifica internazionale¹ riferiva la maggior parte dei neonati affetti, alla nascita, presentava valori anormali di tale aminoacido.

Un altro aspetto rendeva il vecchio test diagnostico ancora meno attendibile: la concentrazione circolante di tirosina aumenta, per immaturità enzimatica nei neonati prematuri. È facilmente intuibile, quindi che, questa può aumentare in una percentuale consistente di bambini sani e può essere normale nella maggior parte di quelli realmente affetti. La diagnosi pertanto era quasi esclusivamente clinica, dopo manifestazione dei sintomi e spesso in fase avanzata di malattia.

Il blocco della via metabolica dovuto a deficit dell'enzima fumarilacetoacetato idrolasi, porta all'accumulo di succinilacetone, che era già noto, quindi, come marcatore primario del difetto metabolico. Tuttavia, la procedura analitica riconosciuta a livello internazionale per lo *screening* neonatale,

¹ Wilcken B, Wiley V, Hammond J, Carpenter K. *N Engl J Med.* 2003; **348**: 2304-2312.

non era in grado di estrarre dal sangue del neonato tale metabolita. È proprio per questa ragione che a partire dalla mancata diagnosi della fine del 2006, dal gennaio 2007 al Meyer, è stata studiata una reazione chimica che rende il succinilacetone facilmente identificabile durante lo *screening* neonatale da goccia di sangue.

La nuova reazione è stata testata e validata per diversi mesi e il nuovo metabolita è stato inserito nel pannello di screening neonatale regionale. Dopo l'iter di validazione scientifica^{2,3} e grazie al supporto dell'Ufficio di Valorizzazione della Ricerca Biomedica (UVaR) della Regione Toscana e della Fondazione Toscana *Life Sciences*, il nuovo metodo è stato brevettato e il 16 agosto 2010 è stato siglato un accordo tra la società Perkin Elmer e l'AOU Meyer per la sua diffusione a livello internazionale.

Già nel 2009, proprio al Meyer, è stata fatta diagnosi del primo neonato italiano affetto da Tirosinemia Tipo I in fase asintomatica e a settembre di quest'anno è stato identificato un nuovo neonato affetto. Nella famiglia di quest'ultimo, ci sono stati, nei primi mesi di vita, tre decessi senza diagnosi in bambini nati non in Toscana.

La tirosinemia tipo I rientra a pieno titolo fra le patologie rare da sottoporre a screening neonatale di massa in quanto è disponibile un trattamento terapeutico efficace.

Questo si basa sulla somministrazione (per os) di un farmaco, il nitisinone (NTBC), che contrasta la formazione di succinilacetone che è il primo responsabile degli effetti tossici a livello renale ed epatico. Con il suo meccanismo d'azione, tuttavia, l'NTBC aumenta le concentrazioni circolanti di tirosina, che se eccessive possono portare ad importanti danni, prevalentemente oculari. Pertanto, all'impiego dell'NTBC, viene associata una dieta ad hoc, che limiti l'apporto alimentare di tirosina (e del suo precursore fenilalanina).

Nonostante non siano ancora disponibili studi a lungo termine su neonati identificati nei primi giorni di vita e quindi in fase asintomatica, si può supporre che qualora la terapia venga iniziata precocemente e seguita correttamente, venendo a mancare la formazione dei metaboliti tossici, i neonati affetti da tirosinemia tipo I potranno avere una vita normale. **TM**

² La Marca G, Malvagia S, Pasquini E, Innocenti M, Fernandez MR, Donati MA, Zammarchi E. *Rapid Commun Mass Spectrom.* 2008; **22**: 812-818.

³ La Marca G, Malvagia S, Funghini S, Pasquini E, Moneti G, Guerrini R, Zammarchi E. *Rapid Commun Mass Spectrom.* 2009; **23**:3891-3.

ORDINE DI FIRENZE

E-mail:

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

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Consulenze e informazioni:

COMMISSIONE ODONTOIATRI - il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45 - CONSULTAZIONE ALBI PROFESSIONALI
 sito Internet dell'Ordine

AMMI - e-mail: ammifirenze@virgilio.it - sito: ammifirenze.altervista.org
 FEDERSPEV - 1° mercoledì del mese dalle ore 10 alle ore 11,30

Newsletter:

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

~ ~ ~

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

Trapianto intracerebrale di nucleo striato fetale nell'uomo

INTRODUZIONE

Ricostruire una struttura cerebrale danneggiata ed i suoi circuiti attraverso il trapianto intracerebrale di tessuto nervoso fetale è una strategia sperimentale per riparare il cervello ammalato. Il razionale si basa sul presupposto che neuroblasti di un *primordium* umano, trapiantati nel cervello adulto, possono sopravvivere, moltiplicarsi senza incorrere in derive neoplastiche o teratogeniche, differenziarsi, sostituire i neuroni degenerati, ristabilire appropriate connessioni e ripristinare le funzioni. Il trapianto neuronale è attualmente in corso di sperimentazione, presso pochi centri di *Brain Repair* al mondo, quale potenziale terapia di malattie neurodegenerative, la cui fisiopatologia sia caratterizzata da perdita distrettuale di neuroni specializzati. Nel febbraio 2006, dopo avere conseguito le approvazioni del Comitato di Bioetica Nazionale, del Centro Nazionale Trapianti e del Ministero della Salute, presso la Clinica Neurochirurgica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze, è stato effettuato il primo intervento in Italia di trapianto intracerebrale ed avviata l'unica sperimentazione italiana di neurochirurgia riparativa nella malattia di Huntington.

RAZIONALE DI UN TRAPIANTO

La malattia di Huntington è una devastante patologia neurodegenerativa, autosomica dominante, incurabile, caratterizzata da disturbi psichiatrici, disordini del movimento (corea) e decadimento cognitivo. L'evoluzione progressiva conduce ad inabilità totale ed inesorabilmente a morte in circa 15-20 anni. In Italia sono stimati esserne affetti circa 4000 pazienti (prevalenza 5-10/100.000).

Evidenze sperimentali e cliniche suggeriscono che il quadro neurologico sia riconducibile ad una primaria degenerazione dello striato, in particolare a carico dei neuroni GABA-ergici. È stato dimostrato in modelli animali che i neuroblasti striatali trapiantati, proliferano, si differenziano, stabiliscono interconnessioni ed inducono una regressione dei deficit. Su questi argomenti, la ricostruzione dello striato e dei suoi circuiti, attraverso il trapianto intracerebrale di neuroblasti striatali, costituisce un ragionevole approccio riparativo nella malattia di Huntington.

PASQUALE GALLINA, MARCO PAGANINI,
LETIZIA LOMBARDINI, MIRCA MARINI,
SILVIA BUCCIANINI, ERICA SARCHIELLI,
ANDREA DI RITA, CLAUDIA MECHI,
ANNA MARIA ROMOLI, ELENA GHELLI,
MATTEO CAPOZZA, MATTEO COPPINI,
BENEDETTA MAZZANTI,
MARIA TERESA DE CRISTOFARO,
GIANPAOLO GIORDANO, MARIA CAMPOLO,
GIANNI ROMBOLÀ, BERARDINO PORFIRIO,
BENEDETTA NACMIAS, MARIO MASCALCHI,
RICCARDO SACCARDI, SILVIA PIACENTINI,
ALBERTO BOSI, SANDRO SORBI,
GABRIELLA BARBARA VANNELLI,
NICOLA DI LORENZO.

Università degli Studi di Firenze
Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

IL TRIAL CLINICO ITALIANO A CAREGGI

Pazienti

Sono stati sottoposti a trapianto intrastriatore bilaterale (in due sessioni) 14 pazienti (4 donne e 10 uomini, età 32-56 anni, media 45.9). I soggetti, seguiti per almeno un anno prima dell'intervento, presso la Clinica Neurologica, presentavano un set individuale di ingravescenti disturbi motori, cognitivi e psichiatrici. La RM mostrava atrofia cortico-striatale e la PET vari gradi di ipometabolismo.

Donatori

Sono stati utilizzati singoli feti (9-12 settimane di età gestazionale) ottenuti da interruzioni volontarie di gravidanza (legge 194) di donne che hanno espresso il consenso alla donazione al termine della procedura.

Preparazione del tessuto fetale

Lo striato è stato microdissezionato dall'abbozzo emisferico dai ricercatori del Dipartimento di Anatomia Umana. Presso la Banca Toscana di Sangue Placentare, il materiale è stato sottoposto

a frammentazione meccanica e dopo verifica di vitalità, reso disponibile per il trapianto sotto forma di sospensione (entro 4-6 ore dal prelievo). Frazioni dei campioni sono stati conservati per analisi genetica e verifica di sterilità.

Intervento chirurgico

Attraverso una procedura di neurochirurgia stereotassica robotica, lo striato fetale è stato trapiantato a livello della testa del nucleo caudato e del putamen (Figura 1a,b - Figura 2a,b,c). Dal giorno dell'intervento è stata instaurata immunosoppressione con metilprednisolone, azatioprina e ciclosporina A.

Risultati

Nessuna complicanza chirurgica. La RM post-operatoria ha mostrato in tutti i casi la corretta traiettoria dei tragitti stereotassici e l'accuratezza dei depositi tissutali (Figura 3a,b). *Nessun even-*

to infettivo. Due pazienti hanno presentato (1, 2 mesi dopo il trapianto) ematoma subdurale che ha richiesto evacuazione chirurgica (senza complicanze neurologiche). Follow-up: 1-53 mesi. Una paziente è deceduta per cause non correlabili alla malattia, né al trapianto, a distanza di 3 anni dall'intervento, allorché era in buone condizioni cliniche. I risultati neurologici preliminari hanno dimostrato un certo grado di stabilizzazione ed in taluni casi il miglioramento, di alcuni indici motori e\o cognitivi. Non sono state osservate immagini di aberrante proliferazione del graft. In 8 pazienti è stata documentata alla RM, a partire dal sesto mese dopo il trapianto, la neo-generazione di tessuto metabolicamente attivo, con aspetto simil striatale, accompagnata da segni di migrazione cellulare dal graft verso appropriati target cortico-sottocorticali (Figura 4). Lo sviluppo del nuovo tessuto si è autolimitato nel tempo, arrestandosi a distanza di circa 9-12 mesi dal trapianto.



Figura 1 - Sistema robotico NeuroMate in uso presso la sala operatoria di neurochirurgia del CTO di Firenze. a) È un robot antropomorfo corredato da un sistema di neuronavigazione per l'elaborazione della traiettoria. b) Particolare dello specifico toll-holder per trapianto intracerebrale montato sul polso del robot.

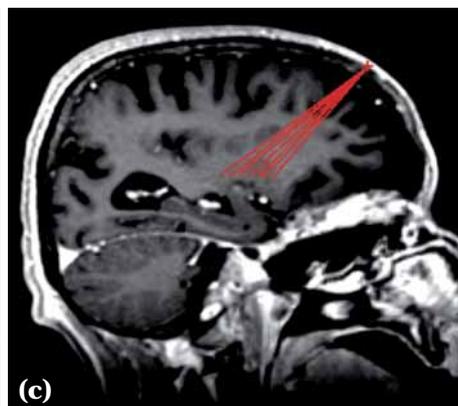
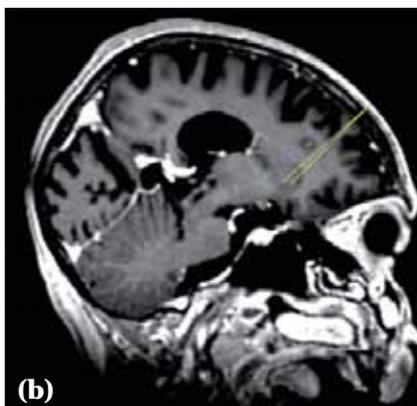
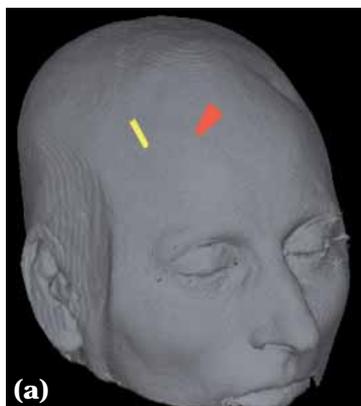


Figura 2 - Pianificazione stereotassica dell'intervento di trapianto intracerebrale su immagini RM tridimensionali generate dal sistema di neuronavigazione. a) Raffigurazione sul cranio dei punti di ingresso dei tragitti stereotassici. b) visualizzazione in tripla obliquità dei tragitti per la testa del nucleo caudato e c) del ventaglio di tragitti per il putamen.

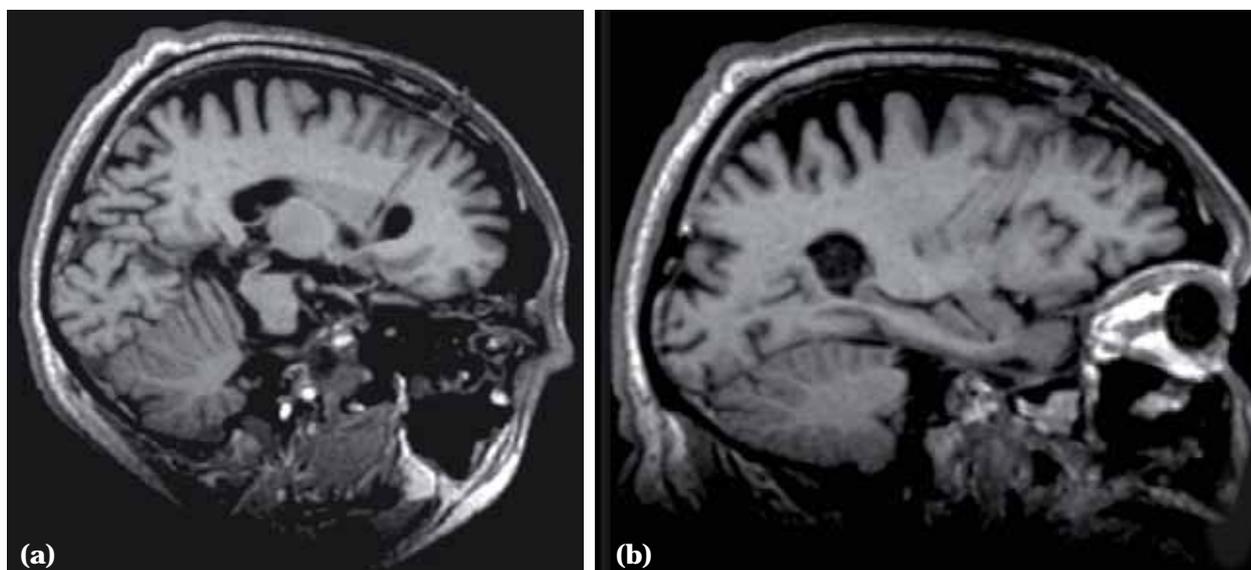


Figura 3 - Immagini RM tridimensionali post-operatorie che mostrano le tracce corrispondenti a) ai tragitti nella testa del caudato e b) a quelli putaminali.

DISCUSSIONE

Il trapianto intracerebrale di striato fetale si è dimostrato fattibile, nonostante la sua complessità tecnica e sicuro a breve e lungo termine, in relazione ai rischi chirurgici, infettivi e tumorali. Sebbene il *follow-up* non sia sufficiente per esprimere giudizi conclusivi riguardo il reale impatto clinico della terapia, i risultati, ad oggi, suggeriscono che l'intervento induce un effetto clinico benefico. Ulteriori studi sono necessari per comprendere le effettive potenzialità terapeutiche di tale approccio. Sul piano biologico è stato per la prima volta dimostrato nell'uomo che un *primordium* nervoso, trapiantato in un cervello adulto, privo degli stimoli ambientali specifici dell'encefalo fetale, è capace, ricapitolando la propria ontogenesi nell'ospite, di progredire nello sviluppo, migrare e costruire nuovo tessuto con caratteristiche simili a quelle della corrispondente struttura matura. La condizione perché questi eventi si realizzino è che il *primordium* venga prelevato dal donatore in una finestra temporale tale da minimizzare il rischio neoplastico e teratogenico, garantire una sufficiente capacità proliferativa ed un adeguato grado di commissionamento dei precursori dei neuroni GABA-ergici. I risultati di questa esperienza hanno dimostrato la grande potenzialità terapeutica del tessuto nervoso fetale ed una plasticità del cervello adulto di gran lunga maggiore di quanto finora pensato.

Sebbene le staminali possano costituire una promettente sorgente di cellule per riparare il tessuto nervoso danneggiato, il loro utilizzo sull'uomo non pare ragionevolmente collocarsi su un orizzonte vicino. Ad oggi, solo i neuroblasti fetali sono utilizzabili in clinica. Tale trapianto non era stato mai in precedenza realizzato in Italia. Oltre alla complessità tecnica, non eludibili problematiche etico-legislative relative alla sorgente

di cellule non avevano consentito, prima che il nostro programma ne sollevasse la discussione e favorisse la risoluzione, di effettuare questo tipo di intervento nel nostro Paese. Il Comitato Nazionale per la Bioetica ha stabilito che il reperimento di tessuto da feti morti a seguito di interruzione volontaria di gravidanza ed il suo utilizzo clinico a fini di pratiche di particolare rilevanza scientifica o terapeutica, è da considerarsi bioeticamente lecito e moralmente ammissibile. L'autorizzazione alla ricerca in ambito di trapianto neuronale, rilasciata alla nostra Istituzione per il trattamento di una malattia devastante ed incurabile quale la corea di Huntington, ha di fatto aperto la strada della neurochirurgia riparativa in Italia. **TM**

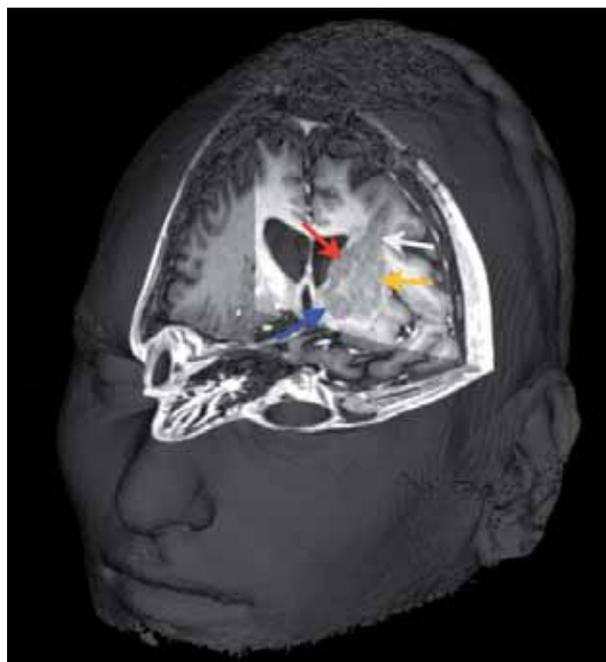


Figura 4

Una scelta attuale per
una terapia al passo con i tempi



Gli originali

La certezza di una **Informazione Scientifica qualificata.**
Attività degli ISF impegnati negli "Originali Pfizer".
La certezza di una **attenzione ai budget.**

Il farmaco equivalente non è mai perfettamente uguale
al prodotto imitato, ma solo "essenzialmente simile"

Care 2003;2:30-2

Gli originali **Pfizer**

CARDIOVASCOLARE

NORVASC
amlodipina besilato

CARDURA
doxazosin

Esapent
acetilcolina glicilpiridato

Fragmin
dalteparina sodica

IBUSTRIN
indobufene

Accuprin
guafesin

ACCURETIC
guafesin cloridrato/Cloridrato

SISTEMA NERVOSO CENTRALE

Zoloft
sertralina

Xanax
alprazolam

Halcion
fluciclidio

SERMION
nicergolina

EDRONAX
reboxetina

ANTIBATTERICI

ZITROMA
Aзитromicina

DIFLUCAN
fluconazolo

Zimox
amoxicillina triidrato

LINCOCIN

AMPLITAL

CLEOCIN
clindamicina fosfato

DALACIN
clindamicina

DALACIN-T
clindamicina

FANS

FELDENE Family
piroxicam

CORTICOSTEROIDEI

Medrol Family
metilprednisolone

INTEGRATORI

Neovis
flu

Neovis
PLUS

Pfizer



Assistenza sanitaria e centralità del paziente

What, Why, How

Dopo l'approvazione della Riforma sanitaria (marzo 2010), la sanità americana continua ad essere il terreno di un durissimo scontro politico. La nomina, avvenuta lo scorso luglio, da parte del Presidente Obama di **Donald Berwick**, professore di Harvard, a **direttore generale dei programmi assicurativi pubblici, Medicaid e Medicare**, ha suscitato una forte e aspra opposizione da parte dei Repubblicani. Berwick è accusato di simpatizzare con i sistemi sanitari universalistici europei, in particolare per quello britannico, e questo è sufficiente per bollarlo come un pericoloso "socialista"¹.

In verità la scelta di mettere D. Berwick a capo della più importante organizzazione sanitaria pubblica (un ruolo di fatto equivalente a quello del ministro della sanità) è stata tanto inaspettata, quanto fortemente simbolica. Si è infatti scelta una persona che incarna l'esatto opposto della "filosofia" prevalente della sanità americana, fondata sul business e sul profitto. D. Berwick, medico, pediatra, è da anni a capo di organizzazioni a sostegno della qualità delle cure e a favore della centralità dei pazienti. In un'intervista rilasciata a Health Affairs un anno prima della tanto contestata nomina, Berwick confessava di essere un "estremista" riguardo ai diritti dei pazienti² ed è noto lo slogan dell'associazione internazionale - *PoeplePower*³ - a supporto della centralità dei pazienti, di cui Berwick è stato promotore: "*nothing about me without me*" ("niente che mi riguardi deve essere fatto senza il mio consenso").

Non è certamente un caso che Health Affairs subito dopo la sua nomina abbia pubblicato un lungo articolo dal titolo: "**Perché la nazione ha bisogno di una forte spinta politica verso un'assistenza sanitaria centrata sul paziente**"⁴. Un articolo che offre la definizione di "*patient-centered care*" e si fa utilmente carico di

definirne il profilo (**WHAT**), di riassumerne gli effetti sulla salute (**WHY**) e di come tradurlo in pratica i principi (**HOW**).

GAVINO MACIOCCO

Dipartimento di Sanità pubblica, Università di Firenze

Cosa è? (What?)

In primo luogo bisogna premettere **cosa non è** l'assistenza cen-

trata sul paziente: non è capitolare di fronte alle richieste del paziente e neppure inondare l'assistito di informazioni lasciandolo solo nel momento di prendere le decisioni.

Secondo la definizione coniata dall'*Institute of Medicine* (IOM - www.iom.edu) l'assistenza centrata sul paziente significa "rispetto e attenzione ai bisogni, alle preferenze e ai valori del paziente, garanzia che quei valori guideranno ogni decisione clinica".

Alla base dell'assistenza centrata sul paziente c'è **la relazione di cura tra medico e paziente**, e estensivamente tra medico e i membri della famiglia. Una relazione che si nutre di un continuo **scambio bidirezionale** d'informazioni finalizzato a esplorare le preferenze e i valori del paziente, a aiutare il paziente e la sua famiglia a fare le scelte giuste, a facilitare l'accesso alle cure appropriate, a rendere possibili i cambiamenti negli stili di vita necessari per mantenere o migliorare lo stato di salute. Tutto ciò deve portare a due risultati.

Il medico deve arrivare a conoscere e rispettare i valori, le speranze, le reazioni del paziente, oltre che i suoi sintomi. In questo contesto il medico sarà in grado di fornire un'assistenza personalizzata e veramente ritagliata sui bisogni del paziente.

Il paziente sarà messo nelle condizioni di partecipare alle decisioni che riguardano la sua salute e anche di diventare attore consapevole dei processi di prevenzione, di guarigione e di cura.

Raggiungere questi obiettivi spesso richiede **la presenza di una comunità ben coordinata di professionisti sanitari**. Perché, sebbene il contributo di ciascun clinico sia fondamentale, **può risultare troppo impegnativo per un singolo**

medico soddisfare da solo le aspettative di tutti i suoi pazienti.

A cosa serve? (Why?)

Anche in questo caso è necessaria una premessa. La centralità del paziente nei processi di cura è **una cosa intrinsecamente giusta**, indipendentemente dal fatto che questa raggiunga dei risultati in termini di qualità delle cure, di benessere del paziente o di corretta distribuzione delle risorse. **Da una prospettiva strettamente etica l'assistenza centrata sul paziente risponde all'obbligo dei professionisti di porre l'interesse del paziente al di sopra di ogni altro.**

Premesso ciò, l'assistenza centrata sul paziente ha davvero dimostrato di funzionare anche in termini di risultati di salute. Un'ampia letteratura raccolta nell'arco di 25 anni dimostra che questo approccio migliora la percezione di benessere del paziente, sia direttamente riducendo l'ansietà e la depressione, sia indirettamente promuovendo la fiducia e la coesione sociale. Tutto ciò aumenta la capacità del paziente di affrontare le avversità legate alla malattia, di gestire meglio le emozioni e di navigare più efficacemente nei meandri del sistema sanitario⁵. I risultati di una più intensa comunicazione tra paziente e team assistenziale – elemento fondamentale dell'assistenza centrata sul paziente – sono stati studiati in una serie di ricerche che hanno dimostrato **il raggiungimento di una serie di outcome, come il miglioramento della qualità della vita, una più lunga sopravvivenza, il contenimento dei costi assistenziali (es: minori accertamenti diagnostici, minori ricoveri ospedalieri⁶) e la riduzione nelle disegualanze nella salute⁷ (Figura 1).**

Come può funzionare? (How?)

Se – come abbiamo affermato all'inizio – alla base dell'assistenza centrata sul paziente c'è la relazione di cura tra medico e paziente, va subito aggiunto che la forza e l'efficacia di tale relazione è influenzata in maniera decisiva dal contesto. Elenchiamo di seguito alcune condizioni che favoriscono la crescita delle relazioni di cura e di conseguenza l'affermazione dell'assistenza centrata sul paziente:

1. L'assetto organizzativo. Il lavoro in team, la presenza di personale non medico qualificato, il coordinamento degli interventi per favorire l'accessibilità e garantire la continuità delle cure sono gli elementi essenziali di un contesto organizzativo favorevole all'assistenza centrata sul paziente. Ciò è tanto più importante, quanto più complesse sono le situazioni cliniche dei pazienti, come nel caso delle malattie croniche. Qui entra in gioco il senso di responsabilità collettiva tra molteplici professionisti nei confronti della salute del paziente e non solo il rispetto di una procedura e l'adempimento di un compito.

2. Le infrastrutture informatiche. Una serie di funzioni che favoriscono lo sviluppo dell'assistenza centrata sul paziente richiedono la dotazione di infrastrutture informatiche evolute. Pensiamo ai registri di patologia, ai sistemi automatici di allerta e richiamo, ai sistemi per organizzare i dati clinici, le prescrizioni elettroniche, i sistemi di comunicazione e di prenotazione via internet.

3. I sistemi di valutazione. Nonostante la sua complessità, l'assistenza centrata sul paziente può essere misurata, in modo che i *policy makers* possano monitorare i progressi verso un sistema sanitario più centrato sul paziente. A questo proposito l'articolo cita una recente monogra-

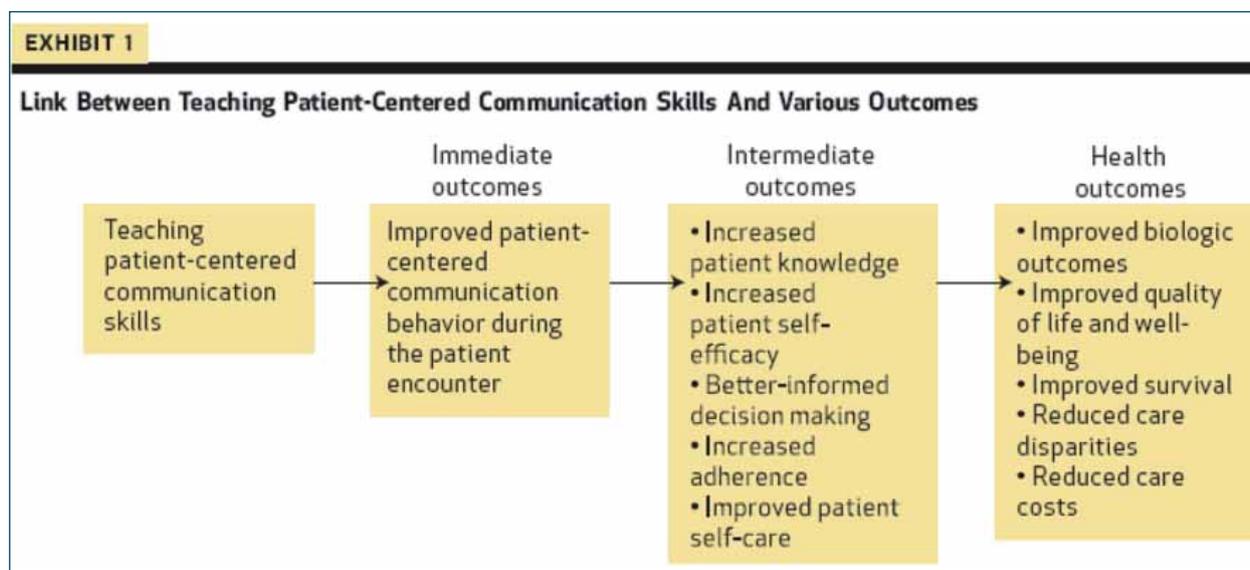


Figura 1 - Comunicazione centrata sul paziente e risultati di salute.
Fonte: Riferimento bibliografico n. 6.

fia del *National Cancer Institute*⁸ che evidenzia sei aspetti misurabili dell'assistenza centrata sul paziente: a) la crescita delle relazioni di cura; b) lo scambio di informazioni; c) la risposta alle emozioni; d) la gestione dell'incertezza; e) prendere le decisioni; e f) supportare il *self-management*. Questi sei elementi interagiscono tra loro e alla fine influenzano i risultati di salute (Figura 2).

4. La formazione. L'università deve occuparsi più frequentemente e rigorosamente delle abilità interpersonali dei professionisti, così come le organizzazioni a tutela dei cittadini devono incoraggiare i pazienti a intervenire nella gestione della loro assistenza e a condividere le decisioni

sulla loro salute. Le organizzazioni sanitarie, infine, devono promuovere la cultura della centralità del paziente attraverso politiche che favoriscono le relazioni di cura.

5. La politica. Molto dipenderà anche dalla politica, dal ruolo che vorranno svolgere i *policy makers* a livello nazionale e locale, "dal loro impegno (*commitment*) nel sostenere trasformazioni strutturali e personali difficili, ma necessarie".

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: gavino.maciocco@unifi.it

TM

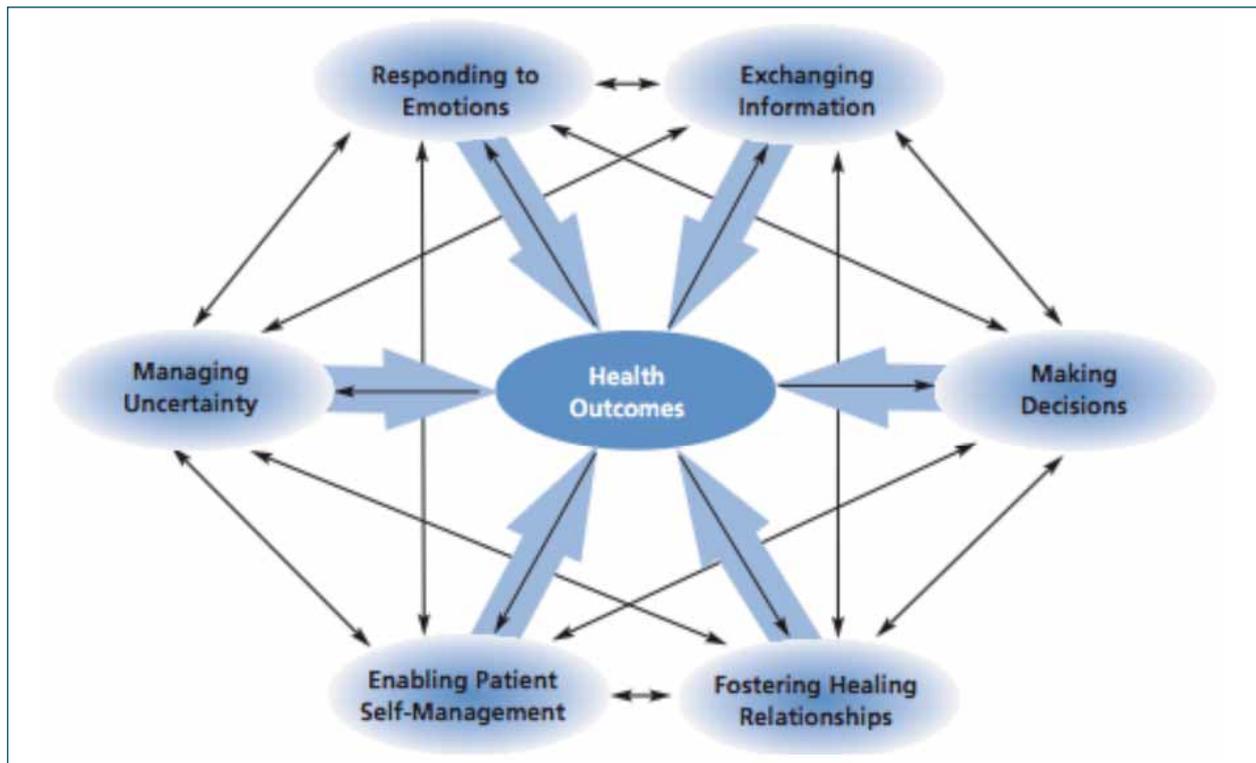


Figura 2 - I sei elementi della comunicazione medico-paziente che interagiscono tra loro e agiscono sui risultati di salute. Fonte: Riferimento bibliografico n. 8.

Note

¹ Socialist Dr. Berwick Gets Recess Appointment, <http://www.verumserum.com/?p=15698> (accesso 29 ottobre 2010).

² D. Berwick, What 'Patient-Centered' Should Mean: Confessions Of An Extremist, HEALTH AFFAIRS ~ Web Exclusive w555, May, 2009.

³ T. Delbanco, D.M. Berwick et al, Healthcare in a land called PeoplePower: nothing about me without me, Health Expectations, 2001, 4, pp. 144-150

⁴ R.M. Epstein et al, Why the Nation needs a policy push on patient-centered health care, HEALTH AFFAIRS, August 2010, 29:8, 1489-95.

⁵ R.L. Jr Street, Makoul G, N.K. Arora, R.M. Epstein, How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes, Patient Educ Couns. 2009 Mar; 74 (3): 295-301.

⁶ R. Kate et al, Evidence Suggesting That a ChronicDiseaseSelf-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization, Medical Care 1999, Volume 37, Number 1, pp. 5-14.

⁷ W. Levinson, C.S. Lesser, R.M. Epstein, Developing Physician Communication Skills For Patient-Centered Care, HEALTH AFFAIRS, July 2010, 29:7, 1310-17.

⁸ R.M. Epstein, R.L. Street, Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering. Bethesda (MD): National Cancer institute; 2007, NHI Pub. No.: 07-6225.



jurnista[®]
Idromorfone cloridrato

Depositato presso AIFA in data 15/11/2010



jurnista[®]
Idromorfone cloridrato

Janssen-Cilag SpA

janssen 
PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Johnson & Johnson



L'incidenza dei tumori nel Registro Toscano Tumori: dati 1996-2005

In Italia, come nel resto d'Europa, l'incidenza dei tumori nel loro complesso ha mostrato un trend crescente fino alla metà degli anni '90, quando, almeno per quanto riguarda il sesso maschile, si è assistito ad una stabilizzazione e successivamente ad un decremento nel numero di nuovi casi di neoplasia. Anche per quanto riguarda la Toscana, dove si stima per il 2010 l'insorgenza tra i residenti di circa 25.000 nuovi casi di tumore maligno, 12.752 fra gli uomini e 11.852 fra le donne nella fascia di età fra 0 e 84 anni (www.ispo.toscana.it), il trend di incidenza delle neoplasie appare in diminuzione, ma solamente nel sesso maschile.

Il grafico mostra i tassi di incidenza per tutti i tumori del Registro Tumori della Regione Toscana dal 1996 al 2005, standardizzati secondo la struttura per età della popolazione europea (x 100.000). La standardizzazione per età è necessaria per eliminare l'effetto dell'invecchiamento della popolazione che non permetterebbe un confronto

non distorto tra i diversi anni nei quali la quota degli anziani – tra i quali l'incidenza di tumori è più elevata – è crescente. L'andamento medio nel periodo considerato nell'area coperta dal Registro Tumori della Regione Toscana risulta decrescente fra gli uomini (con un cambiamento percentuale annuo – APC – del tasso significativo, APC: -0.9, CI -1.2, -0.7) e stabile fra le donne.

La riduzione dell'incidenza di tumori tra gli uomini è fortemente legata alla recente diminuzione dell'abitudine al fumo, che ha determinato una riduzione nei tassi di incidenza del tumore polmonare: escludendo il tumore del polmone dall'analisi dei dati, l'incidenza risulta stabile anche fra gli uomini.

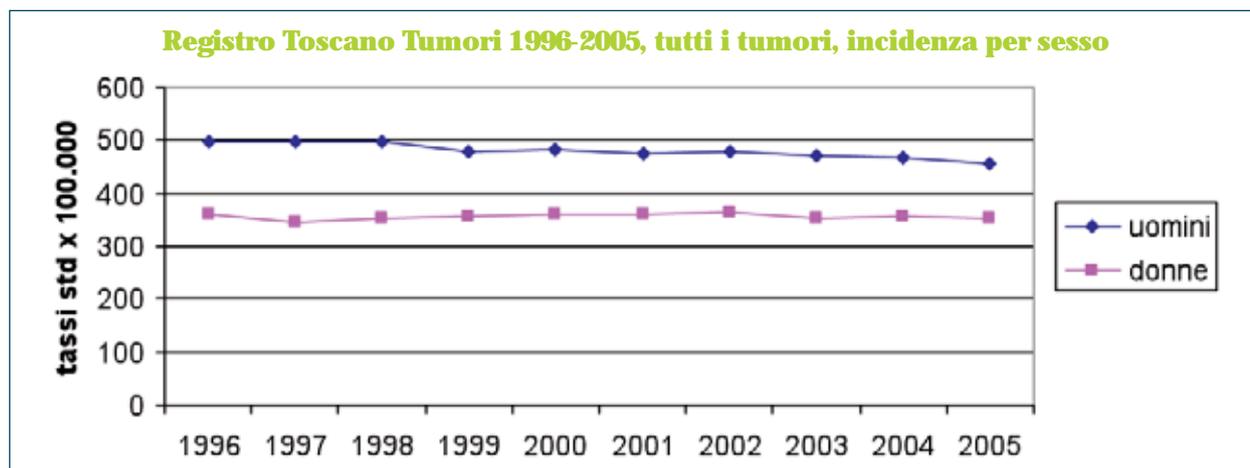
A. CALDARELLA, C. SACCHETTINI, G. MANNESCHI,
L. NEMCOVA, A. CORBINELLI, T. INTRIERI

UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva,
ISPO Istituto per Studio e la Prevenzione Oncologica

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a:
a.caldarella@ispo.toscana.it

TM



Metodi: Sono stati utilizzati i dati del Registro Tumori della Regione Toscana (www.ispo.toscana.it) relativi ai residenti nelle province di Firenze e Prato. La standardizzazione per età è stata effettuata con il metodo diretto utilizzando la popolazione standard europea. La variazione media annuale percentuale dei tassi (APC) viene calcolata adattando ai dati una retta di regressione dei minimi quadrati sul logaritmo naturale dei tassi, utilizzando l'anno di calendario come variabile di regressione, secondo la procedura del software SEER*Stat.



Modified Early Warning Score (MEWS): precisazioni

Nel loro articolo su Toscana Medica di settembre 2010, Oggioni e coll. presentano come "MEWS" uno score composito, costituito dal MEWS originale (Subbe CP, QJM. 2001 Oct;94(10):521-6.) con l'aggiunta della diuresi come quinto parametro fisiologico da esaminare, più altre ulteriori modifiche minori.

Riteniamo opportuno segnalare ai lettori che questo nuovo score composito non può essere definito a rigore "MEWS".

Non siamo a conoscenza se l'aggiunta della diuresi a questo score sia stata sottoposta alle consuete procedure di derivazione (attraverso le quali viene attribuito al singolo parametro il punteggio 0, 1, 2 o 3) e di validazione prospettica. Altrettanto si deve osservare per l'attribuzione del punteggio

1 allo stato di "agitato-confuso" (di nuova introduzione), e alle variazioni percentuali della pressione arteriosa sistolica.

MARCO CEI*, NICOLA MUMOLI**

* Medicina Generale 1

** Medicina Generale 2

Azienda USL 6 di Livorno - P.O. Di Livorno

Inoltre, il calcolo della diuresi oraria, possibile solo nel paziente cateterizzato, introduce un considerevole ritardo (almeno un'ora) nella definizione del punteggio complessivo, cosa che rende questo nuovo score meno "early" del modello originale. In ultimo, nell'ambito della Medicina Interna toscana, il MEWS originale è stato da noi validato prospetticamente come strumento di *triage* all'ammissione sia sulla nostra casistica di UO (Cei M, Bartolomei C, Mumoli N. Int J Clin Pract. 2009 Apr; 63(4):591-5) che in una policentrica che ha coinvolto 22 unità operative (Bartolomei C, Cei M, Italian Journal of Medicine 2007; (1)2:31-39), per un totale di oltre 1600 pazienti. **TM**

Droga: che fare?

Pubblichiamo volentieri la lettera del Collega Papini, nell'auspicio di aprire un dibattito tra i lettori perché vi si sollevano due problemi ineludibili per la medicina oggi. Da un lato il problema dell'uso non terapeutico di sostanze chimiche. Siamo d'accordo con Manfredi (vedi articolo "farmaci per sentirsi meglio in assenza di malattia", pubblicato sul numero 7 2010 di Toscana Medica), che il problema delle droghe sia in definitiva antropologico e poi medico e politico. Dall'altro perché affronta il tema del rapporto tra medicina e società. Chi stabilisce ciò che appartiene alla medicina?

Antonio Panti

Spett.le Redazione, ho letto con interesse l'articolo "Lotta alla droga o al drogato?" del Dr. Ubaldo Nannucci su Toscana Medica n. 7, 2010.

Posso condividere in linea di principio che la repressione non basta, forse non solo non basta ma non serve come deterrente per la diffusione delle droghe. L'articolo non rammenta, però, che se un atto o un comportamento sono ritenuti lesivi di una normativa vigente, questi devono essere sanzionati. Non solo, ma al cittadino arriva un messaggio chiaro: drogarsi è reato. Intanto lo Stato definisce in termini

chiari un comportamento. Questo è assolutamente positivo, poiché è l'unica voce che si leva a definire negativamente le droghe. In Italia non si dice mai che le droghe fanno male, che la marijuana determina la schizofrenia, tanto è vero che in Inghilterra sono stati denunciati 25.000 casi

di schizofrenia da marijuana. Nessuno si preoccupa di fare una campagna informativa. Chi è schierato a sinistra accoglie senza condizioni la tossicodipendenza, chi è schierato a destra, la combatte con leggi e carte da bollo. E ai nostri giovani arriva un messaggio: drogarsi è un problema politico.

ALESSANDRO PAPINI

Medico Chirurgo

Specialista in Andrologia e Urologia, Arezzo

Ma nessuno dice che fa male, che fra 15-20 anni noi spenderemo miliardi di euro per curare una generazione guastata dalle droghe che vengono chiamate "sostanze ricreative", perché il termine droga potrebbe disturbare. Nessuno racconta di cosa provoca a livello mentale lo spinello che tanti

professori difendono per una posizione ideologica. La domanda è: per ammettere che il fumo uccide ci sono voluti decenni e milioni di morti; quanti morti e quanti malati necessitano prima che si parli delle droghe per quello che sono e cioè un problema medico e non un problema politico?

Illusioni o malafede?

Gentile Direttore,

la mostra di Scientology al Palagio di Parte Guelfa, tenutasi lo scorso settembre a Firenze, è solo l'ultima "perla" di una lunga serie di inesattezze, di bugie, di attacchi più o meno grossolani agli operatori, della salute mentale. Detta consuetudine ci addolora ma non ci impedisce di lavorare quotidianamente, in condizioni oggettivamente sempre difficili, per tentare di lenire la sofferenza di molte persone e delle loro famiglie. Non desideriamo parlare oltre della menzionata iniziativa; siamo più interessati a comprendere quale sia il clima che permette il germogliare di simili eventi. Verosimilmente il confronto di idee e di teorie sostenute da evidenze scientifiche, è una pratica che rischia di divenire "obsoleta" ma non riusciamo ad accettare ideologie più o meno logore, che hanno come stella polare, l'idea vaga ed utopica di migliorare, in qualche modo il benessere degli esseri umani. Solo chi o non vuol vedere o, peggio, è in malafede può negare l'impegno, la

GIAN FRANCO PLACIDI*, TERESA ALOI,
ANDREA BALLERINI, LEONARDO FEI,
SILVIO FIOREZZONI, FERDINANDO GALASSI,
LISA GIARDINELLI, GIAMPAOLO LA MALFA,
PRIMO LORENZI, STEFANO PALLANTI,
ROLANDO PATERNITI, VALDO RICCA

* *Direttore SOD Psichiatria.
Medici psichiatri del Dipartimento di Scienze
Neurologiche e psichiatriche
dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi.*

competenza, la passione, la centralità del medico e nella fattispecie dello psichiatra nella cura del paziente. Forse, da un episodio tanto deplorabile può partire una riflessione seria e serena che aiuti a sgombrare il campo dell'intervento medico e psichiatrico dal molto urlato ciarpane, dall'oscurantismo culturale per mettere al centro della discussione, riscoprendoli, valori come impegno, passione, serietà, competenza, riconoscendo il merito e ricacciando nell'angolo surrettizie interpretazioni che possono sembrare molto in voga al momento.

Ci rivolgiamo a voi che, per sensibilità e impegno istituzionale, riteniamo fondamentali per provare ad affrontare un simile percorso che reputiamo ineludibile. Vorremmo pertanto proporre, per dare continuità e sviluppo a questo nostro intervento, una giornata, di confronto sul ruolo, sulla figura dello psichiatra, sulle possibilità terapeutiche ed infine sulle acquisizioni neuroscientifiche, psicopatologiche e psicosociali che costituiscono le base del nostro agire. **TM**

Letti per voi / Libri ricevuti

Toscana Medica 10/10



Bambini, tutti a tavola!

Fabio Franchini
Editoriale Promotion

Fabio Franchini ha predisposto una vera propria strenna, trasformando la sua competenza pediatrica, assommata a quella nutrizionistica e pedagogica di Marina Piazza, in un libro, edito dalla Editoriale Promotion, suddiviso in quattro agili volumetti, uno per stagione, che propone consigli dietetici per la giusta alimentazione dei bambini. Ma la piacevole novità consiste nelle ricette culinarie, raccontate in forma

agile, ben curata sul piano grafico e, più che altro, precise e quindi realmente eseguibili anche da una cuoca di poca esperienza. Insomma il mix di consigli medici e culinari è sicuramente ben riuscito e quindi utile alle mamme e anche ai babbi che si vogliono cimentare in qualcosa di meglio delle merendine preconfezionate.

Bruno Rimoldi

Una vittoria sull'handicap

Elena Grassi

Piano B Edizioni

Elena Grassi, pediatra pratese, ci racconta in un libro pubblicato da Piano B Edizioni, "Oltre ogni ragionevole scommessa" la storia di un altro collega, nato con un grave disturbo della motricità, e che è stato capace di giungere alla laurea in medicina, ad esercitare con successo, ad avere una normale vita familiare.

Un racconto coinvolgente e umanamente bello, perché mostra come la volontà di vincere la disabilità, congiunta con una situazione familiare favorente, un impegno infaticabile dei genitori e una somma di incontri, talora sfortunati, ma spesso decisivi con educatori di grande valore abbia

consentito un risultato insperabile. Tanto più che negli anni cinquanta non solo vi erano competenze inconfondibili con quelle di oggi ma l'approccio all'educazione del disabile era rigido e segregante. Una situazione superata grazie a doti individuali di intelligenza, costanza e di coraggio. Il libro della Grassi non è né vuol essere una storia edificante bensì un riconoscimento alla forza d'animo del collega e un esempio di quel che si può fare (o si potrebbe fare) con un'attenzione sociale e un impegno di risorse tuttora insufficiente nel nostro paese.

TM

Postura e visione Ginnastica oculare e prescrizione prismatica monoculare nel trattamento delle alterazioni posturali

M. Casini, S. Esente, F. Panzera, R. Saggini, G. Sarti

Fabiano Editore

A fine settembre è pubblicato un volume sul rapporto postura e visione che vuole dare un contributo innovativo allo studio e cura degli squilibri posturali. L'informazione visiva e quella vestibolare sono integrate nel Sistema Posturale Fine capace di elaborare i vantaggiosi aggiustamenti posturali, eliminando le torsioni di capo, collo e tronco, che hanno portato alla sindrome algica disfunzionale, o si adoperano per mantenerla.

Un ampio spettro di figure professionali si occupano di postura; anche gli Autori provengono da esperienze culturali e professionali diverse. Mario Casini, laureato in Chimica ha frequentato il corso per Ottici a Vinci ed è responsabile per la Associazione Italiana Ottici del programma di formazione ECM. Stefano Esente è Specialista Oftalmologo Chirurgo e Direttore Sanitario del "Centro Oculistico" di Firenze. Francesco Panzera, Specialista in Medicina dello Sport, ha conseguito il Master di Posturologia presso La "Sapienza" di Roma, è specialista ambulatoriale presso l'UO Medicina dello Sport ASL 3 Pistoia e medico addetto alle Squadre Nazionali della Federazione Ciclistica Italiana e della Federazione Italiana Hockey e Pattinaggio, inoltre è medico sociale dell'A.C. Prato 1908. Raul Saggini è Specialista in Ortopedia e Traumatologia, in Terapia Fisica e Riabilitazione e Medicina dello Sport. Professore Ordinario in Medicina Fisica e Riabilitazione

presso la Facoltà di Scienze dell'Educazione Motoria dell'Università di Chieti. Giuliano Sarti, laureato in Ottica ed Optometria presso l'Università Statale di Riga (Latria) dove come ricercatore ha avuto l'intuizione di modificare il Test di Shober per la diagnosi delle forie, ed è responsabile scientifico del programma ECM "Visione e Postura".

I primi capitoli del volume sono dedicati allo stato dell'arte attuale della postura, allo studio analitico della postura, ai fattori che la influenzano attraverso i vari recettori. Si passa poi all'esame posturale, ai test clinici e strumentali su tutti i recettori posturali. Grossi capitoli sono dedicati all'Optometria Comportamentale Posturale, all'astenopia, all'educazione visiva, alle ginnastiche oculari ed all'uso del prisma. Ampio spazio è dato al trattamento dell'astenopia e della postura attraverso la prescrizione monoculare prismatica. Una esaustiva casistica del gruppo di studio del "Centro Oculistico" di Firenze completa il volume.

Il problema delle correlazioni fra postura e visione è in notevole crescita anche per il notevole uso del computer e dei videotermini e per le cattive abitudini posturali non corrette in età pediatrica e dello studio in generale.

Il taglio dato dagli autori rende avvincente e pratico l'avvicinamento e la spiegazione dei vari test e delle varie teorie, fino ad oggi poco trattate e poco conosciute.

TM



CELEBRAZIONE 100 ANNI DELL'ORDINE DEI MEDICI

Sabato 11 dicembre 2010

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze

INGRESSO LIBERO

Quest'anno il tradizionale augurio di Natale coincide con un'importante ricorrenza, il centenario della legge istitutiva degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri. Cento anni di meravigliose scoperte scientifiche e di enormi trasformazioni sociali che hanno profondamente mutato l'esercizio della professione. Tuttavia i valori radicati nella tradizione della medicina sono tuttora vivi e operanti e segnano il filo rosso che lega la figura del medico, che cura e si prende cura del paziente, con il futuro tecnologico della medicina. Per questo abbiamo voluto offrire ai medici una serata in cui, dopo una breve rievocazione filmica del secolo trascorso, ascolteremo dalla viva voce di alcuni protagonisti della scena medica fiorentina la testimonianza di una professione vissuta in tempi così difficili ma sempre guidata dai valori secolari della deontologia.

15.30 **Introduzione**
ANTONIO PANTI

15.45 **"PROFESSIONE MEDICO"**
Filmato realizzato dalla FNOMCeO

16.30 **ASCOLTIAMO I PROTAGONISTI**
Moderatore: MASSIMO ORLANDI, giornalista

Intervengono:

MANFREDO FANFANI
GRAZIELLA MAGHERINI
MANRICO GABRIELE
GIOVANNI ORLANDINI
GIAN GASTONE NERI SERNERI
GABRIELE STRINGA
LUCILLA ZILLETTI

18.00 **UN CODICE PRIMA DEL CODICE**
IL CODICE DEONTOLOGICO DELL'ASSOCIAZIONE MEDICA FIORENTINA
ESTHER DIANA

18.30 Inaugurazione Mostra pittori

BRINDISI E AUGURI DI NATALE

Info: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze
Via G.C. Vanini 15 - 50129 Firenze - Tel: 055.496522 int 3

Conflitto di interesse: un incontro all'Ordine

"Il conflitto di interesse e la medicina moderna: una convivenza possibile?", questo il tema di una serata di discussione e dibattito che si è svolta lo scorso 11 novembre presso la sede fiorentina dell'Ordine dei medici. Una domanda di grande interesse, ancora più intrigante adesso in tempi di non voluta ribalta mediatica occupata da episodi che dall'ambito regionale hanno finito per acquistare carattere di rilevanza nazionale.

Proprio in seguito a queste recenti vicende, alcuni professionisti (attualmente 102) hanno indirizzato una lettera aperta al Presidente dell'Ordine di Firenze con la richiesta di approfondire una questione di così grande interesse ed aprire un dibattito all'interno dell'intera classe medica. Il dottor Panti di buon grado ha accolto la richiesta ed ha riunito intorno ad un tavolo i rappresentanti delle categorie a vario livello coinvolte nelle mille te-

matiche del conflitto di interesse.

Moderati da Pierluigi Tosi, Direttore Sanitario della ASL di Firenze, di fronte ad una platea numerosa ed interessata, hanno portato il proprio contributo Loredano Giorni (Regione Toscana), Francesco De Santis (Farmindustria), Gianfranco Gensini (Università di Firenze), Alfredo Zuppiroli (Commissione regionale di Bioetica), Carlo Manfredi (Federazione regionale toscana degli Ordini dei medici).



Gli argomenti trattati sono stati tanti ed ognuno affrontato da un interessante e particolarissimo punto di vista.

Ecco quindi Manfredi che ricorda l'obbligo di tutti i medici di comportarsi sempre nel rispetto delle norme deontologiche, anche se oggettivamente il conflitto di interesse può talvolta interpersi tra le loro scelte ed i bene dei pazienti. Importante il richiamo forte del rappresentante della Federazione toscana degli Ordini ai colleghi perché si sforzino di fare capire alla gente di essere loro stessi ben consci di queste problematiche nel tentativo di comportarsi in maniera corretta, seppure senza forzatamente volere ignorare il problema. Purtroppo, conclude Manfredi, è stato scientificamente ed incontrovertibilmente dimostrato che i medici sono altamente condizionabili nelle loro scelte e comportamenti!

Zuppiroli si è chiesto se siano davvero necessarie nuove regole a normare le mille attività di medici (ricerca, lavoro clinico, formazione, informazione ecc.), arrivando alla conclusione che probabilmente quelle esistenti sono più che suffi-

cienti, soprattutto se impostate alla rigorosa osservazione di quanto scritto nel Codice di Deontologia medica. Importante una considerazione: il conflitto di interesse perde gran parte della sua valenza quanto viene apertamente dichiarato ed esplicitato, evitando in tal modo che i medici finiscano per diventare veri e propri elementi di marketing.

I meccanismi di controllo e di gestione di queste tematiche elaborati dalla industria farmaceutica sono stati descritti da De Santis che ha illustrato il Codice Deontologico di Farindustria, l'attività dell'Ente Certificativo esterno che valuta le modalità con le quali le aziende svolgono la propria attività di divulgazione ed informazione, il contratto che specifica dettagliatamente i rapporti tra medici ed industria, i controlli anonimi che vengono svolti durante corsi e convegni sponsorizzati, il Giurì che rappresenta un vero e proprio organo di appello.

Il "rischio" della maggiore esposizione di fronte alle tematiche del conflitto di interesse dei medici universitari, a causa della loro istituzionale attività di fare ricerca, è

stato il filo conduttore dell'intervento di Gensini. Il Preside di Medicina ha sottolineato che a fronte della drammatica carenza di risorse economiche disponibili, il ricorso al sostegno dell'industria può in molti casi rappresentare una scelta perseguibile, a patto che tutto venga correttamente esplicitato e condiviso, secondo i meccanismi di controllo propri della struttura universitaria.

Giorni, partendo dall'analisi dell'attività prescrittiva relativa ad alcune classi di molecole di grande diffusione, in maniera incisiva ed efficace ha incentrato il proprio intervento sul concetto secondo il quale il conflitto verrebbe automaticamente a scomparire se sparisse, a tutti i livelli, l'interesse! Il rappresentante della Regione ha però onestamente riconosciuto che in questo caso il passaggio dalla teoria alla pratica appare di oggettiva ed ardua difficoltà.

I molti concetti espressi hanno reso interessante e proficua la discussione del pubblico. Conclusioni della serata affidate al Presidente Panti.



L'incerta qualificazione dello studio del medico di famiglia

Lo studio del medico di medicina generale è un locale che rientra nei cosiddetti "locali aperti al pubblico", oppure è uno studio professionale privato? La questione non è di poco conto, perché dalla risposta a questa domanda discendono conseguenze importanti dal punto di vista dei requisiti strutturali, impiantistici e organizzativi. Fino ad oggi i regolamenti regionali e anche la giurisprudenza erano orientati nel ritenere gli studi dei medici di famiglia come studi privati, non aperti al pubblico perché accessibili dai soli pazienti in carico

ai medici convenzionati. Ma questo orientamento non è stato condiviso dal TAR della Sicilia che, con la sentenza n. 9199 del 05/08/2010 pronunciata dalla III sezione, ha affermato che tali studi devono essere considerati "studi aperti al pubblico" perché nella convenzione nazionale per la medicina generale lo studio del medico di famiglia è definito "presidio del servizio sanitario nazionale". Di conseguenza, secondo il TAR, lo studio deve possedere i requisiti strutturali previsti dalla legge per tutti i locali aperti al pubblico e, quindi, devono

essere rimosse anche le barriere architettoniche che limitano l'accesso ai disabili. Con questi principi, il TAR ha bocciato il permesso concesso da un Comune siciliano ad un gruppo di medici di medicina generale che chiedevano il cambio di destinazione di un appartamento (da civile abitazione ad ufficio) per impiantarvi i loro studi, perché non erano state rimosse le barriere architettoniche. C'è da scommettere che ora la vertenza andrà al vaglio del Consiglio di Stato.

Libro bianco sugli Stati Vegetativi

Sul sito internet del Ministero della Salute www.salute.gov.it è stato pubblicato il "Libro bianco sugli Stati Vegetativi e di Minima Coscienza", che raccoglie il punto di vista delle associazioni che rappresentano i familiari dei pazienti che versano in tali condizioni. In particolare hanno collaborato alla redazione le associazioni aderenti a: La Rete (Associazioni riunite per

il trauma cranico e gravi cerebrollesioni acquisite), FNATC (Federazione Nazionale Associazioni Trauma Cranico) e VI.VE (Vita Vegetativa). Per la prima volta le associazioni dei familiari di chi è in stato vegetativo o di minima coscienza si sono riunite allo stesso tavolo e hanno potuto raccontare che cosa vuol dire davvero vivere con persone in condizione di gravissima

disabilità, quali sono le difficoltà quotidiane già a partire dall'evento traumatico iniziale, quali sono le tutele effettivamente offerte dalla legge e che cosa ancora è carente. Il testo raccoglie le buone pratiche cliniche e le problematiche relative ai percorsi assistenziali dall'evento traumatico all'assistenza domiciliare, sia dal versante sanitario che da quello sociale.



Opportunità di lavoro in Svezia

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici rende noto che attraverso il servizio EURES - European Employment Services della Commissione Europea - la

Svezia ricerca oltre cento medici con varie specializzazioni. Gli interessati possono avere ulteriori informazioni consultando il sito internet <http://ec.europa.eu/eures>

oppure contattando i consulenti EURES in Italia: per la Toscana Sig.ra Paola Bobini - Assessorato al Lavoro della Regione Toscana - tel. 055.4382023.

Sicurezza del parto in Italia

Il Ministero della Salute ha reso noti sul proprio sito internet i dati sulla mortalità infantile in Italia, che dimostrano un trend in continuo miglioramento a livello nazionale: dal 2001 al 2006, per i maschi si è scesi da 4,9 a 4,1 decessi per 1.000 nati vivi, mentre per le femmine si è passati da 4,2 a 3,2 decessi per 1.000 nati vivi. Il dato della riduzione della mortalità infantile interessa tutto il territorio nazionale, anche se permangono differenze fra le regioni del Nord-Centro e quelle del Sud del Paese.

Analoga situazione si rileva per la mortalità neonatale, che è pari al 2,35 per mille. Su 559.102 parti registrati dalle Schede di Dimissione Ospedaliera nell'anno 2008, la proporzione complessiva di parti cesarei è di 38,3%; tra le 474.468 donne senza pregresso cesareo, la proporzione nazionale scende a 29%. La proporzione a livello regionale di parti cesarei totali varia da un massimo di 61,9% in Campania (62% in più rispetto alla media nazionale) ad un minimo di 21,3% in Friuli Venezia Giulia (circa la metà

della media nazionale). Nel periodo compreso tra settembre 2005 ed agosto 2010, sono stati segnalati 40 casi di eventi sentinella relativi a mortalità neonatale e 21 eventi sentinella relativi alla morte materna al parto, a fronte di circa 2.800.000 parti nello stesso periodo di tempo. Pertanto questi dati consentono di dare una risposta di assoluta tranquillità in termini di sicurezza sia per la madre che per il neonato. A fronte di quasi 3 milioni di parti, sono stati segnalati solo 61 eventi sentinella materni o neonatali.

CORSI E CONVEGNI

EUNOMIA SANITÀ'

Eunomia Sanità è un corso di alta formazione di politiche per la salute. È finalizzato a elevare le competenze di chi, a vario titolo, ha responsabilità di governo di istituzioni che si occupano della promozione e tutela della salute del cittadino. Eunomia Sanità è parte integrante dell'Associazione Eunomia e della Fondazione Eunomia, costituite con l'obiettivo di promuovere iniziative di formazione delle classi dirigenti e di migliorare l'attività politica delle Istituzioni. Il primo corso di Eunomia Sanità, tenutosi nel 2009, ha avuto una rilevante presenza di operatori, a varia estrazione, provenienti da diverse aree della Toscana e da altre regioni italiane. Eunomia Sanità 2010 prevede una serie di incontri, workshop e lezioni di alto profilo, volti a sollecitare proposte innovative di sanità integrata, rispondenti alle esigenze dei cittadini e finalizzate alla costruzione di un modello sempre più efficiente di pubblica amministrazione, nel sistema dei rapporti tra pubblico e privato. Questa Seconda edizione, che si terrà a Firenze dal **16 al 18 dicembre 2010**, sarà incentrata sul seguente filone tematico: "Sanità e federalismo: quali percorsi?" ed è in collaborazione con l'Assessorato al Diritto alla Salute della Regione Toscana e ANCI Toscana. In allegato inoltriamo il Primo Annuncio del Corso. Info: www.eunomiaonline.it. Segr. Org.va: 055.47891322

NUTRIZIONE UMANA E DIETOTERAPIA

L'équipe di nutrizionisti "Nutrimarva" organizza un master in Nutrizione umana e dietoterapia che si svolgerà a Firenze, in luogo ancora da stabilire, per nove weekends (sabato e domenica) a partire dal **22 gennaio** e fino al **9 aprile 2011**. Il master è rivolto a 100 laureati in Medicina e Chirurgia, Farmacia, Biologia, Scienze della nutrizione umana, Dietistica. Crediti ECM richiesti. Per informazioni: D.ssa Valentina Guttadauro, tel. 349.5697615.

La Facoltà di Medicina dell'Università di Siena organizza un MASTER UNIVERSITARIO DI II LIVELLO TEORICO-PRATICO IN MEDICINA INTEGRATA. A.A. 2011-2012

Tre percorsi didattici per il conseguimento del Diploma con indirizzo in Omeopatia o Agopuntura o Fitoterapia. Scadenza iscrizioni **23 dicembre 2010**. Requisiti di ammissione: Laurea in Medicina, Farmacia, CTF, Odontoiatria. Biennale, da Gennaio 2011 a giugno 2012. 80 CFU. Esonero ECM per tutta la durata del Master. Al termine della Formazione l'Università di Siena rilascia Diploma di Master Universitario di II Livello in Medicina Integrata con indirizzo Omeopatia o Fitoterapia o Agopuntura. Sede: Polo didattico di Colle Val D'Elsa (SI). Stage pratici presso i servizi pubblici di Omeopatia, Fitoterapia e Agopuntura della regione Toscana e presso Ospedale di Medicina Integrata di Pitigliano, in collaborazione con Università di Medicina Tradizionale di Pechino e Royal London Homoeopathic Hospital. Video della seduta di Diploma del Master 2009-2010 in: www.siommi.it/news (<http://www.siommi.it/apps/news.php?id=874>).

PER INFORMAZIONI: Università di Siena: franchi@unisi.it; fonzi@unisi.it. Tutor: Simonetta Bernardini bernardinis@virgilio.it; Cell. 340.7291939. Segreteria Organizzativa: Maddalena Ceredi, FIMO srl. - Tel. 055.6800389. e-mail: m.ceredi@fimo.biz



BACHECA

Pubblichiamo solo alcuni dei numerosi annunci consultabili sul sito dell'ordine: www.ordine-medici-firenze.it pagina BACHECA già suddivisi nelle seguenti categorie: Affitti professionali, Cessione attività, Collaborazioni non mediche, Iniziative tempo libero, Offerte lavoro, Offerte strumenti, Sostituzioni, Sostituzioni odontoiatri.

OFFERTE LAVORO

- Studio dentistico (zona piazza Beccaria, Firenze) ricerca assistente alla poltrona per lavoro full time. Tel. 055.241208.
- Studio odontoiatrico in Firenze cerca urgentemente odontoiatra con esperienza. Chiamare al 328.3097460 o allo 055.4379620.
- Studio Odontoiatrico cerca assistente alla poltrona per part-time pomeridiano per sostituzione maternità. Si richiede esperienza. Tel. 055.2590057.
- Altro Lavoro S.p.A. cerca Medici Psichiatri per strutture ospedaliere e assistenziali a carattere riabilitativo e psichiatrico del NORD Italia. Si offre assunzione diretta da parte della struttura per contratti full-time oppure con Partita Iva per collaborazioni part-time 6-10 ore a settimana. Inviare CV a selezione.sanita@altrolavoro.it Tel. 055.3984836.
- Altro Lavoro S.p.A. cerca Medico Fisiatra per struttura privata convenzionata in provincia di Milano. La struttura è specializzata in riabilitazione. Si valutano anche candidature di neo specializzati. Si offre assunzione diretta da parte della struttura, retribuzione commisurata all'esperienza. Inviare CV a selezione.sanita@altrolavoro.it.
- Altro Lavoro S.p.A. cerca un Medico con specializzazione in Anestesia per struttura ospedaliera di Cortina d'Ampezzo (BL) accreditata con il SSN. Si offre: retribuzione prevista dal CCNL di riferimento, contratto a tempo determinato con assunzione diretta da parte della struttura e possibilità di alloggio nei pressi. Inviare CV a selezione.sanita@altrolavoro.it.
- Altro Lavoro S.p.A. cerca Medici con specializzazione in ortopedia per struttura ospedaliera di Cortina d'Ampezzo (BL) accreditata con il SSN. Si offre: retribuzione prevista dal CCNL di riferimento, contratto a tempo determinato, assunzione diretta da parte della struttura ed appartamento nei pressi. Inviare CV a selezione.sanita@altrolavoro.it.

SOSTITUZIONI

- Abd Ali Ahmad, iscritto all'Ordine di Firenze, specializzato in urologia, è disponibile per sostituzioni a medici in tutta la Toscana o presso case di cura. Tel 380.2635059.
- Imani Parissa, si rende disponibile ad effettuare sostituzioni dei medici di Medicina Generale/Guardia Medica/Servizi Sportivi/ Servizi in Strutture Assistenziali e Turistiche/ a FI e in Prov. Cell. 331.3377945.
- Giulia Paladini con esperienza lavorativa sul territorio è disponibile per sostituzioni a mmg, guardie mediche in case di cura private, servizi sportivi, servizi in strutture assistenziali e turistiche in FI/PO e prov. Cell. 333.4969758 Abit. 055.8428274.
- Luisa Vuolo, abilitata alla professione, è disponibile ad effettuare sostituzioni a mmg, guardie mediche in strutture assistenziali, in FI e prov. Tel: 347.4012739.
- Michele Arcangelo Martiello è disponibile ad effettuare sostituzioni a mmg, guardie mediche in strutture assistenziali, nel territorio di Certaldo e Empolese-Valdelsa, Chianti, Firenze. Tel: 347.1869689.
- Michele Mercuri, abilitato alla professione, Master universitario in medicina estetica presso l'Univ. di Roma "Tor Vergata" è disponibile per sostituzioni di mmg, guardie mediche in strutture private, servizi sportivi, prelievi in FI e prov. Tel. 347.2117469.
- Davide M. Guglielmini, abilitato alla professione, è disponibile per sostituzioni a mmg, guardie mediche, assistenza medica a manifestazioni ed eventi sportivi, servizi in strutture assistenziali, servizi di assistenza domiciliare, prelievi, nel territorio di FI e prov.. Cell: 347.0872641 E.
- Specialista in Chirurgia Generale, disponibile per sostituzioni sul territorio di FI e PO. Tel. 340.5718161, e-mail: fferoci@yahoo.it.
- Lucia Cerchiara, è disponibile per sostituzioni di mmg, turni di guardie mediche in case di cura private, competizioni sportive, laboratorio analisi, centri sportivi o altro. Esperienza in sostituzioni di medicina generale, prelievi ematici, assistenza a manifestazioni sportive e guardie mediche in casa di cure private. Tel: 320.5572273.
- Giulia Papucci, abilitata alla professione, è disponibile per sostituzioni a mmg e pls, guardie mediche in strutture private, assistenza medica a competizioni sportive in tutto il territorio di FI, Scandicci, Signa, Empoli, PO. Cell: 333.6475145.
- Naika Ferrucci, abilitata alla professione, è disponibile per sostituzioni a mmg, guardie mediche territoriali e in case di cura private e assistenza medica a competizioni sportive a FI, PO e provincia. Cell. 349.3941886.
- Valentina Zanobini, laureata a Firenze, è disponibile per sostituzioni a mmg, guardie mediche in strutture private, assistenza medica a competizioni sportive. Cell.349.7116511.
- Martina Moneglia, è disponibile per sostituzioni di medicina generale in Firenze, Bagno a Ripoli, Impruneta, Sancasciano, Pratolino, Scandicci e per turni di guardia in case di cura. Cell. 328.6976438.
- Ngateu Kamela Thierry Fleury, abilitato alla professione è disponibile per sostituzioni a mmg, guardie mediche territoriali e in case di cura private e assistenza medica a competizioni sportive a Firenze e provincia. Cell. 333.8308522.
- Soumaya Douar, abilitata, si rende disponibile per sostituzioni a mmg - Guardia Medica - Servizi Sportivi - Servizi in Strutture private Assistenziali e Turistiche - prelievi - docenze a Prato/FI e Prov. Cell 388.6549631.
- Tommaso Chini abilitato, si rende disponibile ad effettuare sostituzioni a mmg-Guardie Mediche in strutture private-assistenza medica a competizioni sportive in tutto il territorio di Firenze, Sesto fiorentino, Scandicci. Cell.328.8396450.
- Giulia Paladini abilitata alla professione, con esperienza lavorativa sul territorio è disponibile per sostituzioni a mmg, guardie mediche in case di cura private, servizi sportivi, servizi in strutture assistenziali e turistiche in FI/PO e provincia. Cell. 333.4969758 Abitaz. 055.8428274.

COLLABORAZIONI NON MEDICHE

- Ragazza 28enne cerca lavoro come apprendista assistente alla poltrona, senza esperienza, zona FI, motivo di trasferimento da parma per convivenza. Disponibilità immediata sia per orario part time che full time. Tel. 339.1912798.
- Assistente alla poltrona diplomata, con più di 15 anni di esperienza cerca lavoro part-time. Libera da impegni familiari, ottima manualità ed esperienza sia in chirurgia come gestione di studio. 346.0056530.
- Segretaria 39enne con pluriennale esperienza cerca lavoro part time oppure full time e/o turnazione. Laureata in lingue (Inglese, francese, tedesco e russo). Esperienza nel settore medico .Buon uso del PC e varie esperienze di relazione con utenze varie. Massima serietà. cell. 340.9225682.
- Segretaria studio medico assistente alla poltrona esperienza trentennale iscritta liste mobilità cerca urgentemente impiego full-time disponibilità immediata tel 338.4056033.
- Psicologa in formazione psicoanalitica presso l'Istituto di Training della SPI, è disponibile per consulenze e collaborazioni. is@ilariasarmiento.it.
- Ragazza 26 anni, diploma biologico sanitario, tirocini-stage presso laboratorio analisi, preparazione farmaci e cosmetici cerca lavoro come segretaria, assistente poltrona o presso laboratori analisi; Bella presenza, serietà. Inviare e-mail: agrumina@yahoo.it.

COMBISARTAN[®] 160 mg / 25 mg

C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

COMBISARTAN[®] 160 mg / 12,5 mg

C09DA03

valsartan + idroclorotiazide

depositato presso AIFA il 30/09/05

VALPRESSION[®] 160 mg

C09CA03

valsartan



Menarini, salute senza confini

Conformità a Linee Guida per la
certificazione delle attività di
informazione scientifica
Verificata da



Certificato Nr
50 100 4785

VACO 05-05



Manfredi Fanfani

L'ARTE: UN POTENTE MEZZO MEDIATICO D'INFORMAZIONE NELL'EVOLUZIONE DELLA MEDICINA

Continuazione dell'articolo in pubblicazione prossimamente nella rivista.

F. Fanfani M. Bamoshmoosh

Cardio/TC

Coronarografia non invasiva

Autori:

M. Bamoshmoosh

M. Bellini

N. Carrabba

L. Carusi

G. Casolo

A. Colella

F. Fanfani

L. Padeletti

C. Ricci

S. Terrani

N. Villari

Presentazione:

G.F. Gensini

N. Villari

