



# ToscanaMedica

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



## L'aderenza alla terapia in psichiatria

D. Coletta, T. Corona, S. Domenichetti, A. Fagiolini,  
C. Pedace, P. Tosi, G. Zaccara

## La chirurgia generale oggi: principi di riorganizzazione

A. Valeri

## Aziendalizzazione e responsabilità di sistema in Sanità

S. Bernardini, C. Catalani, S. Fini

## La pubblicità digitale sanitaria necessita di regolamentazione

M. Masoni, M.R. Guelfi, G.F. Gensini

# N° 1 GENNAIO 2012

# Giorgio Vasari nobilissimo nelle arti



*M. Nasolino da Panicale,  
Madonna dell'umiltà*



*Duccio di Buoninsegna,  
Madonna col Bambino*



*L. Signorelli stendardo,  
Crocifissione con S. Antonio Abate*

*Buffalmacco,  
San Michele Arcangelo*



**LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA**

- Giorgio Vasari nobilissimo nelle arti  
*F. Napoli* 4

**EDITORIALE**

- La centralità del medico  
*A. Panti* 5

**OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani**

- L'aderenza alla terapia in psichiatria  
*D. Coletta, T. Corona, S. Domenichetti, A. Fagiolini  
C. Pedace, P. Tosi, G. Zaccara* 6
- L'aderenza alla terapia  
*A. Panti* 13

**RICERCA E CLINICA**

- La chirurgia generale oggi: principi di riorganizzazione  
*A. Valeri* 14

**QUALITÀ E PROFESSIONE**

- Perché un Centro del Pavimento Pelvico?  
*J. Martellucci e coll.* 16
- Aziendalizzazione e responsabilità di sistema in Sanità  
*S. Bernardini e coll.* 18
- Che fare per salvare la Sanità?  
*M. Geddes e coll.* 21
- La pubblicità digitale sanitaria necessita di regolamentazione  
*M. Masoni e coll.* 22
- La Riforma della medicina penitenziaria in Toscana  
*F. Ceraudo* 24
- Valutazione del rapporto tra colesterolemia LDL e mortalità generale nell'uso terapeutico delle statine  
*A. Battaglia e coll.* 26
- Allora... meno LDL = meno mortalità?  
*L. Santoiemma e coll.* 27
- L'Europa, l'Ordine e la Groupon  
*A. Panti* 37
- Genitori e figli  
*C. Mancarella* 38
- Sul filo del rasoio  
*P. Francesconi e coll.* 39
- Meglio ossidati che tonti  
*P. Dolara* 40

- Primo anno di attività dell'Hospice "La Limonaia" Asl 3 Pistoia  
*L. Lavacchi e coll.* 42
- La medicina interna nell'ospedale per intensità di cure  
*G. Landini e coll.* 44
- Per una prevenzione collettiva "2.0"  
*M. Valiani* 45
- Mastocitosi: approccio multidisciplinare a una patologia misconosciuta  
*L. Pieri e coll.* 47
- Bella e impossibile... la medicina oggi  
*A. Panti* 50

**REGIONE TOSCANA**

- La vaccinazione contro il papilloma virus umano (HPV) in Regione Toscana  
*E. Balocchini, S. Gallicchio* 29
- L'implementazione del Chronic Care Model in Toscana  
*P. Francesconi, V. Barletta* 33
- Linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell'ipertensione  
*Commissione Terapeutica Regionale  
G. Gensini, S. Taddei, R. Nuti* 36

**MEDICINA LEGALE**

- La "colpa grave" per intervento eseguito in difetto di consenso informato  
*L. Papi* 51

**BACHECA**

- SANITÀ NEL MONDO  
Crisi economica, sistemi sanitari e salute  
*G. Maciocco* 53

**FRAMMENTI DI STORIA**

- Santa Maria Nuova nelle opere iconografiche  
*S. Boccadoro* 55
- L'astio forentino  
*F. Prattichizzo* 56
- Guglielmo Röntgen annunzia la scoperta dei Raggi X  
*F.G. Romeo* 58

**LETTI PER VOI**

- VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani 60

**NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi**

- CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI 62

# ToscanaMedica

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



Fondato da  
**Giovanni Turziani**

Anno XXX n. 1 - Gennaio 2012  
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  
*Fotografie di Alessandro Benci*  
*Soprintendenza Beni A.P.S.A.E. di Arezzo*

Prezzo € 0,52  
Abbonamento per il 2011 € 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](mailto:toscanaмедica@ordine-medici-firenze.it)

**Editore**

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

**Pubblicità**

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

**Stampa**

Nuova Grafica Fiorentina  
via Traversari - Firenze

**COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA**

- Inviare gli articoli a: [toscanaмедica@ordine-medici-firenze.it](mailto:toscanaмедica@ordine-medici-firenze.it).
- Lunghezza max articoli: 6 mila battute spazi inclusi (2-3 cartelle), compresa iconografia.
- Lunghezza max Lettere al Direttore: 3 mila battute spazi inclusi.
- Taglio divulgativo e non classicamente scientifico.
- No Bibliografia ma 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 appartenenza.
- Criterio di pubblicazione: per data di ricevimento.

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



## Giorgio Vasari nobilissimo nelle arti

**I**n un mondo come quello attuale fatto di specializzazioni, celebrare l'eclettica figura di Giorgio Vasari è un po' andare controcorrente, ricollegandosi a quel sapere enciclopedico e a quella genialità creativa propria di personaggi di un passato ormai archiviato. L'eclettismo, inoltre, mette sotto i nostri occhi una professionalità portata alle estreme raffinatezze e un tempo volta al servizio totale del potente che così vedeva nel cortigiano un riverbero fedele.

È il caso appunto di Giorgio Vasari che nel quinto centenario della nascita trova in due mostre aretine (sua città natale) la giusta celebrazione: se da un lato Vasari è architetto, pittore, riferimento per tutta l'attività della corte medicea, realizzatore di opere ammirate, dall'altro è anche un teorico raffinato attento e meticoloso, rivelatosi come tale attraverso *Le Vite*, prima strutturata ragionata cronologia su secoli d'arte; opera cronachistica, critica e filosofica sull'arte dal Duecento fino ai giorni suoi. I due aspetti dell'artista sono illustrati ad Arezzo in altrettante mostre, l'una ospitata presso la **Galleria Comunale d'Arte Contemporanea**, l'altra presso la **Basilica di San Francesco**.

La prima si titola **Giorgio Vasari 1511-2011 Disegnatore e pittore. I studio, diligenza et amorevole fatica** (a cura di Alessandro Cecchi, Alessandra Baroni, Liletta Fornasari) e propone Vasari come un protagonista d'eccellenza alla metà del Cinquecento, in mostra con opere che ne documentano l'iter artistico (spesso restaurate per l'esposizione) e disegni preparatori di imprese artistiche a largo respiro (gli affreschi nel Salone dei Cinquecento a Firenze): le figure sono ampie, strutturate fisicamente secondo dettami formali desunti dall'amato Michelangelo – vedi l'esposta *Deposizione nel sepolcro* –, i colori corposi e stesi con sapienza, le composizioni mosse, articolate scenograficamente secondo i dettami di quanto lui stesso definirà con il termine *maniera* – esemplari in esposizione *Le Tentazioni di San Girolamo*–.

Non mancano naturalmente opere celebrative – il ritratto di *Alessandro de' Medici* (proveniente dagli Uffizi) –, né a tema mitologico – *La fucina di Vulcano* –, a indicare una attività svolta su più fronti e sorretta da interessi diversi, capace di adattarsi a differenti compiti e commissioni.

Si conferma qui la figura dell'artista al servizio del committente, autore tanto più richiesto quanto maggiormente versatile nei soggetti e nella ispirazione: in questo Vasari si rivela campione indicativo di una realtà sociale passata, artista in senso lato *formale* perché cortigiano.

Ma anche i disegni esposti rivelano la qualità dell'operato: opere maggiormente private, incisive,

forti, precise, con le curiosità che questi fogli di studio suscitano nei confronti di opere finite, quali appunto i riferimenti agli affreschi di Santa Maria del Fiore a Firenze (dal Louvre) o al ciclo nel Salone dei Cinquecento in Palazzo Vecchio di Firenze, accompagnato anche da una lettera di Michelangelo a Cosimo I avvallante il progettato intervento di Vasari nel Salone.

FEDERICO NAPOLI

E questo foglio rimanda il visitatore all'altra mostra aretina, quella

ospitata nella Basilica di San Francesco e titolata **Il primato dei toscani nelle Vite del Vasari. Svegliando l'animo di molti a mille imprese** (a cura di Paola Refice) interamente dedicata al suo testo storico-critico, stilato valutando e comparando generazioni di artisti a lui precedenti (con qualche contemporaneo). Da poliedrico intellettuale, ecco l'artista svolgere sotto i nostri occhi una grande storia popolata di figure fra loro connesse secondo spunti cronologici, ma anche e soprattutto in base ad una visione evolutiva delle arti: dai precursori quali Cimabue e Giotto, attraverso Paolo Uccello e Masaccio, fino a giungere a Leonardo o Andrea del Sarto e infine a Michelangelo, che come dice lo stesso Vasari *nacque sotto fatale e felice stella*.

Dunque, due mostre che, in questa ricorrenza celebrativa, inquadrano un artista significativo per il suo tempo, pietra miliare nell'arte, irrinunciabile fonte di informazione, interprete di un gusto cortigiano tutto cinquecentesco, capace di porsi come punto di riferimento per la successiva stagione manierista, alternativa al barocco romano. Un artista spinto da *un ardente desiderio di bene operare, con una grande et indefessa fatica, e l'amore grandissimo portato alle arti*.

TM



Fotografie  
di Alessandro  
Benci  
Soprintendenza  
Beni A.P.S.A.E.  
di Arezzo



# La centralità del medico

ANTONIO PANTI

**F**inalmente, ha esclamato un'importante personalità politica regionale, un piano sanitario, quello 2012/2015, che pone al centro il paziente! In realtà i precedenti piani sanitari della Toscana non si sono occupati della lotta alla peronospora né della coltivazione dei piselli, bensì di migliorare le cure offerte dal sistema.

È vero che nella sanità gli interessi (non morali ma economici) sono molteplici, dei medici, dei politici, dei farmacisti, delle industrie chimiche, delle associazioni dei pazienti, anche degli avvocati e dei giudici e di altri ancora. E spesso l'interesse del singolo malato viene stirato da troppe parti. Ma non è questo il punto. È l'ora di fare modestamente presente che la medicina la fanno i medici e che la sanità funziona perché medico e paziente si incontrano alla pari e dalla loro relazione empatica scaturisce il percorso della cura e della possibile guarigione.

Usciamo dalla retorica, dal *politically correct*, dal buonismo rituale, dalle giaculatorie che coprono incapacità decisionali, per ricordare che il paziente è certamente al centro delle cure per norma e per deontologia (è il soggetto debole), ma che il medico è ugualmente centrale al fine del funzionamento del servizio. È incredibile e sorprendente che il piano socio-sanitario, che disegna la sanità dei prossimi decisivi anni, trascuri, anzi non valuti affatto uno dei principali problemi della sanità moderna: il disagio dei medici...

... che sono spinti nel loro faticoso lavoro dalla curiosità per la scienza e dall'etica dell'assistenza, ma appaiono sopraffatti dall'economicismo, dalla burocrazia, dalle richieste assurde, dalla medicina difensiva, mentre i contratti sono bloccati, le carriere incerte, nebuloso il futuro previdenziale, le precarietà defatiganti (il lavoro fisso giunge verso i quaranta anni).

Ora tutti sanno che la medicina oggi si pratica in "aziende sanitarie". Strane aziende in cui per costume e per legge le "maestranze" sono tutte

composte da dirigenti (siano essi dipendenti o convenzionati), autonomi nelle loro decisioni a letto del malato. Aziende in cui non si trasforma pelame in scarpe ma si tenta di restituire la salute a chi si presenta sofferente. In cui il personale risponde in proprio di quel che fa e se il paziente si lamenta lo fa col medico che ha di fronte e, se si irrita, chiama in giudizio il medico, non l'amministratore né l'assessore. Se i medici perdono serenità, questa è la concreta minaccia che incombe sul servizio sanitario, ne saranno danneggiati i pazienti.

Però nessuna autorità prende in considerazione questo stato di cose. Un brutto segno. Eppure tutti i testi di ergonomia, tutti gli esperti del lavoro, sostengono che il buon clima interno sia il principale motivo di successo di qualsiasi impresa. E le organizzazioni sanitarie si sono sempre rette sulla consapevole dedizione dei medici che, al di là delle poche "pecore nere" presenti in qualsiasi gruppo umano, lavorano senza guardare l'orologio. La mancanza di serenità genera disaffezione. Allora è bene che le leggi e i piani pongano al centro il paziente, anzi il cittadino, perché non si ammali e per curarlo nel migliore dei modi quando ciò accada. Ma sarebbe bene considerare anche la centralità del medico. Se la cura è una relazione a due, una di queste non può essere posta in condizioni di disagio. Pena il buon andamento dell'assistenza.

Se si vuole qualità e responsabilità dal medico bisogna anche garantirgli rispetto ed equità, tempo per ogni paziente, libertà da vincoli assurdi e maggiori garanzie di lavoro. Nessun medico può opporsi a mettersi in gioco mediante valutazioni e controlli dal momento che opera in un sistema pubblico e usa i soldi dei contribuenti. Ma al centro del sistema delle cure stanno entrambi, il medico e il paziente. Dimenticarlo è segno di miopia politica, non rivendicarlo di scarsa consapevolezza professionale.

TM



# L'aderenza alla terapia in psichiatria

## Un problema sempre importante

**TOSCANA MEDICA** – *La questione della compliance alla terapia farmacologica anche in campo psichiatrico rappresenta senza dubbio un problema di grande importanza. Esistono dati statisticamente significativi, nazionali o internazionali, che in qualche modo riescono a descrivere al meglio questo fenomeno?*

**DOMENICHETTI** – Vorrei iniziare con una precisazione. Il termine “compliance” viene oggi usato sempre con minore frequenza, essendo ancora legato alla vecchia concezione gerarchica della Medicina per cui il medico ordina e prescrive ed il malato obbedisce e basta. Modernamente si parla di “alleanza” o “aderenza” (“adherence” in lingua inglese) per descrivere quel particolarissimo rapporto che è la capacità di collaborazione tra medico ed ammalato nel seguire una terapia dall’uno prescritta e dall’altro attivamente accettata e condivisa.

In campo psichiatrico, soprattutto per quanto riguarda i farmaci antipsicotici, i dati relativi alla aderenza alle terapie sono preoccupanti, se è vero

che a livello internazionale si parla di una percentuale di abbandono di questi farmaci del 50% dopo un anno e di ben il 75% dopo due anni. L’importanza di questi dati è confermata dal fatto che ormai la letteratura internazionale è concorde nel ritenere

che per iniziare a vedere qualche miglioramento clinico significativo in questo tipo di pazienti siano necessari almeno due anni di assunzione corretta e continuativa dei farmaci prescritti.

**FAGIOLINI** – Purtroppo la scarsa aderenza al trattamento farmacologico non interessa solo i pa-

zienti che volontariamente decidono di interrompere la terapia. La maggior parte dei pazienti che assume i farmaci in modo diverso da quanto prescritto non è infatti consapevole della parziale non aderenza e di quanto questa contribuisca in modo determinante al rischio di ricaduta. E ad ogni ricaduta sono associati una serie di eventi negativi: aumenta la possibilità di ospedalizzazione, la remissione può essere più lenta e meno completa, la malattia può diventare più resistente, aumenta il carico per i familiari e diventa sempre più difficile raggiungere un livello di funzionamento.

**ZACCARA** – Anche in campo neurologico la questione dell’aderenza alla terapia assume carattere di notevole importanza. Uno dei metodi oggi scientificamente più appropriati per valutare questo parametro è rappresentato dal rapporto tra la percentuale realmente usata di un determinato farmaco attivo su una certa situazione patologica e la quantità che ne viene realmente prescritta, dati entrambi ricavabili da appropriate indagini di farmaco-epidemiologia: l’aderenza ad uno schema terapeutico viene considerata sostanzialmente soddisfacente quando il rapporto descritto si aggira intorno allo 0.80%.

In campo neurologico, prendendo in considerazione una condizione relativamente frequente come quella della epilessia, è stato dimostrato che questo rapporto in una popolazione non selezionata di soggetti decresce in maniera esponenziale dopo la prima prescrizione con conseguente fortissima ri-

DAVID COLETTA<sup>1</sup>, TIBERIO CORONA<sup>2</sup>,  
SANDRO DOMENICHETTI<sup>3</sup>, ANDREA FAGIOLINI<sup>4</sup>,  
CLAUDIO PEDACE<sup>5</sup>, PIERLUIGI TOSI<sup>6</sup>,  
GAETANO ZACCARA<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Medico di medicina generale a Empoli

<sup>2</sup> Direttore del Servizio Farmaceutico della Asl di Pisa

<sup>3</sup> Responsabile del Servizio di Salute Mentale della Asl di Firenze

<sup>4</sup> Responsabile del Dipartimento di Salute Mentale di Siena

<sup>5</sup> Distretto Socio-Sanitario di Arezzo

<sup>6</sup> Direttore Sanitario della Asl di Firenze

<sup>7</sup> Direttore della UO di Neurologia della Asl di Firenze



Robert Wright, Taxi, Artwork from the National Art, Exhibitions of the Mentally Ill Inc., an organization dedicated to discovering and preserving the art of people with mental illness.

## PARTECIPANO



David Coletta



Tiberio Corona



Sandro Domenichetti



Andrea Fagiolini



Claudio Pedace



Pierluigi Tosi



Gaetano Zaccara

duzione della probabilità di una corretta assunzione del farmaco antiepilettico. Questo ovviamente si traduce in un aumento significativo delle crisi epilettiche, situazione molto frequente e di potenziale pericolo soprattutto in ambito geriatrico, gravata tra l'altro da notevoli costi sia diretti che indiretti.

**COLETTA** – Anche in medicina generale la necessità di creare un'alleanza efficace e costruttiva fra medico e paziente appare molto sentita, soprattutto per mantenere nel corso del tempo una buona aderenza alle terapie proposte. Purtroppo, tanto per fare un esempio, è stato dimostrato che ben il 50% dei pazienti in terapia preventiva secondaria dopo un evento cardiovascolare abbandona la cura dopo solo un anno. Questo fenomeno è direttamente correlato sia all'intensità del rapporto di counseling che il me-

dico riesce ad instaurare con il soggetto che al numero dei farmaci che questi è costretto ad assumere quotidianamente. In molti casi infatti è il malato stesso che dopo un certo numero di mesi, a fronte della necessità di assumere 10-15 "pasticche" tutti i giorni, decide autonomamente quali continuare a prendere e quali invece sospendere per propria decisione.

In buona sostanza, anche un cattivo rapporto medico-paziente può essere causa della scarsa aderenza ad una terapia prescritta.

**TOSCANA MEDICA** – *Quali possono essere altre cause di scarsa aderenza alla terapia?*

**PEDACE** – Evidentemente il problema della non aderenza alla terapia assume valenze diverse a seconda che si tratti di farmaci, per esempio, assunti in prevenzione secondaria per lunghi periodi di tempo, oppure di molecole impiegate per il trattamento di patologie di interesse psichiatrico. In entrambi i casi esistono tuttavia alcuni aspetti comuni rappresentati essenzialmente dalla constatazione che il paziente generalmente tende a "dimenticarsi" la terapia quanto più si allontana nel tempo l'evento acuto che l'ha resa necessaria e dal fatto che una cattiva qualità del rapporto medico-paziente non contribuisce certo a migliorare le cose. I risultati di simili situazioni possono essere drammaticamente differenti. Se la mancata assunzione di statine in prevenzione secondaria dopo un evento acuto cardiovascolare è ipotizzabile che possa portare ad eventuali conseguenze pericolose in tempi medio-lunghi, lo stesso non può dirsi, ad esempio, per quanto riguarda le demenze soprattutto dei soggetti anziani in cui la scarsa aderenza alla terapia con farmaci specifici può portare a conseguenze veramente pesanti e pericolose.

In ambito psichiatrico inoltre grande importanza assume anche la qualità del rapporto che viene ad essere instaurato tra il medico curante ed i caregivers del paziente i quali molto spesso gestiscono in prima persona le terapie prescritte.

**FAGIOLINI** – L'interruzione volontaria è spesso dovuta ad effetti collaterali non adeguatamente considerati e trattati (se necessario, anche con un cambiamento di farmaco) da parte del medico. Altre volte l'interruzione è dovuta all'erronea convinzione di essere guariti. Nella maggior parte dei casi però l'interruzione è solo parziale ed i pazienti non prendono i farmaci perché si dimenticano o hanno difficoltà ad andare dal medico o in farmacia o perché ricevono regimi di trattamento troppo complessi per essere seguiti alla lettera.

**TOSCANA MEDICA** – *Il problema del paziente "che non si cura" finisce inevitabilmente per ripercuotersi anche sull'organizzazione dei servizi sanitari, in termini ad esempio di aumento del numero dei ricoveri in ospedale. In ottica aziendale come viene affrontata questa situazione?*

**TOSI** – Come premessa devo purtroppo riconoscere che ad oggi appare molto difficile, in senso generale,

valutare quanto la non aderenza ad una determinata terapia sia responsabile dell'aumento dei ricoveri in ospedale.

Con gli strumenti oggi disponibili possiamo invece quantificare quanto i pazienti si attengano alle prescrizioni mediche, monitorizzando ad esempio la spesa farmaceutica per singolo medico ed i consumi per singolo assistito.

Quello che mi meraviglia è il fatto che di fronte ad una patologia eclatante come è l'epilessia si parli di scarsa aderenza alla terapia. Un simile comportamento sarebbe forse stato più comprensibile di fronte ad altre situazioni come ad esempio gli stati depressivi per i quali la Toscana ha un consumo di farmaci una volta e mezzo più alto rispetto ad altre Regioni italiane. In questo settore è stato dimostrato che ben il 70% delle persone che assumono farmaci antidepressivi non vanno oltre la seconda confezione, lasciando intendere o che la diagnosi di partenza non era corretta oppure che la depressione non era poi così grave da fare sentire la necessità di acquistare la seconda confezione del farmaco!

**DOMENICHETTI** – Il rapporto medico-paziente, come già detto di fondamentale importanza per una corretta aderenza alle terapie prescritte, in campo psichiatrico assume una valenza tutta particolare considerando anche il fatto che dal punto di vista della prescrizione medica sempre più frequentemente alcuni psicofarmaci non vengono prescritti secondo le principali indicazioni prescrittive. Per esempio oggi vediamo che in moltissimi casi gli antidepressivi hanno finito semplicemente per sostituire le benzodiazepine nella gestione, ad esempio, di stati d'animo legati a problemi esistenziali o di crisi di ansia di lieve entità. Paradigmatico di questa situazione è l'impiego, oggi frequente e spesso concettualmente non corretto, degli inibitori del re-uptake della serotonina, molecole certamente gravate da un numero significativamente minore di effetti collaterali rispetto ai "vecchi" triciclici.

Non bisogna poi dimenticare che anche nella nostra realtà situazioni quali quelle prima ricordate (angoscia esistenziale, stati depressivi ed ansiosi di modesta rilevanza) spesso vengono trattate anche con antipsicotici di ultima generazione. La scelta dei farmaci deve quindi essere orientata nella direzione di una corretta diagnosi, senza dimenticare che le aziende produttrici, secondo una logica puramente commerciale, sono molto più attratte dai grandi numeri che dalle patologie di nicchia: gli psicotici schizofrenici, in buona sostanza, sono molto meno numerosi di coloro che più o meno a ragione rientrano nella categoria degli ansiosi o dei depressi.

Per restare in ambito puramente psichiatrico, uno degli aspetti clinici che caratterizzano la psicosi schizofrenica prima ricordata è proprio la non consapevolezza da parte del malato del proprio stato di salute e questo ovviamente rende l'aderenza alla terapia estremamente difficile da raggiungere.

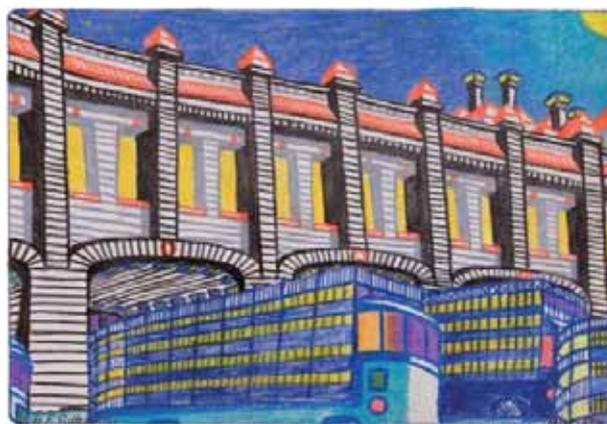
In Italia si è cercato di affrontare questo ed altri problemi peculiari della malattia psichiatrica, con un'organizzazione dei servizi sanitari che si prende cura di questi soggetti con operatori che li contattano, li visitano periodicamente, riescono ad

instaurare un rapporto di fiducia e collaborazione e si assicurano che assumano la terapia. In questo modello, anche secondo la nostra esperienza, la figura centrale di riferimento è l'infermiere che con la sua azione assai spesso riesce ad attenuare la mancata aderenza alla terapia antipsicotica per periodi di tempo sufficientemente lunghi per vederne il risultato clinico.

In ambito psichiatrico abbiamo poi a che fare con soggetti che frequentemente cambiano rapidamente i farmaci prescritti, impedendo in questo modo di capire se la terapia impostata poteva venire considerata efficace oppure no. Anche per questo motivo appare pertanto di fondamentale importanza che questi soggetti vengano seguiti all'interno di progetti strutturati e gestiti da Servizi di Salute Mentale pubblici in grado di monitorizzare al meglio l'andamento della malattia.

**ZACCARA** – Sono d'accordo con quanto affermato adesso dal dottor Domenichetti e vorrei aggiungere che un altro motivo di scarsa aderenza alla terapia in ambito psichiatrico è rappresentato dalla facilità, quasi dalla superficialità, con cui questi farmaci, come anche prima ricordato, vengono spesso prescritti. Del resto è stato ormai chiaramente dimostrato anche in ambito neurologico che la frequenza con cui viene cambiato un farmaco correla direttamente con una perdita significativa di aderenza alla terapia prescritta.

Affrontando la questione dal punto di vista farmaco-economico e di organizzazione dei servizi sanitari, credo sia interessante ricordare che l'impiego dei farmaci generici in alcuni casi ha permesso il raggiungimento di una migliore aderenza terapeutica, verosimilmente per il vantaggio economico particolarmente apprezzato dalle persone con bassi redditi. In altri casi invece questo fenomeno non si realizza, visto che il ricorso al generico viene visto dal paziente come un elemento confondente rispetto ad una consuetudine di assunzione che magari andava avanti immutata da anni. Io ho fatto parte del gruppo di lavoro che ha elaborato le linee-guida nazionali sull'epilessia e devo dire che in quell'ambito



Carlos Stela, Untitled, Artwork from the National Art, Exhibitions of the Mentally Ill Inc., an organization dedicated to discovering and preserving the art of people with mental illness.

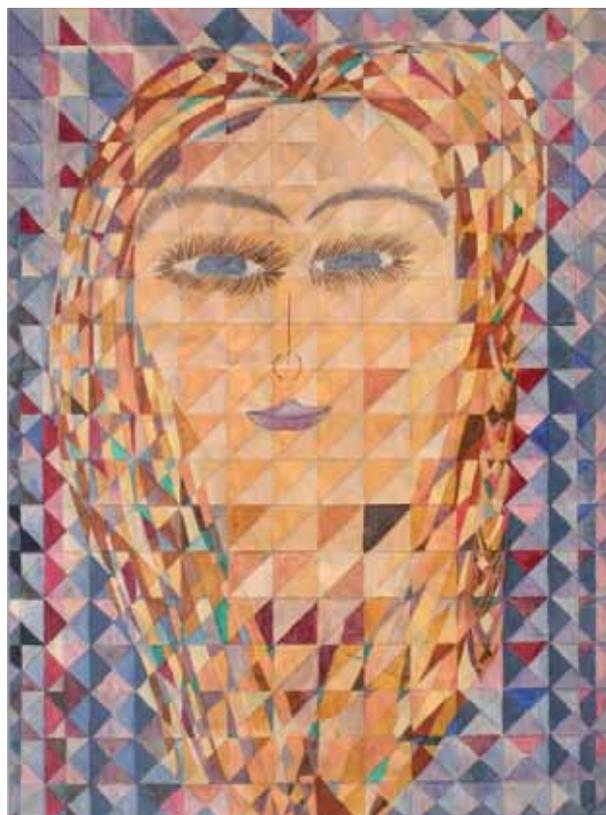
specialistico ed abbastanza ristretto si era raggiunto un accordo che era favorevole all'impiego dei generici se questi farmaci erano prescritti fin dall'inizio dell'iter di cura. Al contrario le linee guida nazionali, come anche quelle della regione toscana, controindicano lo "switching automatico" (il cambio cioè del farmaco ad opera per lo più del farmacista che in maniera autonoma decide la sostituzione del prodotto) perché questa procedura può essere pericolosa. A parte tutte le questioni di biodisponibilità e di efficacia legate all'impiego dei generici, bisogna infatti ricordare che soprattutto per un paziente anziano vedersi cambiata improvvisamente la "pasticca" che era abituato a prendere da tanto tempo, può rappresentare davvero un motivo importante di scarsa aderenza alla terapia oltre che fonte anche di altri tipi di errori.

**FAGIOLINI** – Credo anch'io che le nostre terapie farmacologiche siano fin troppo complicate per chiunque e ancora più difficili da seguire per pazienti le cui capacità cognitive siano compromesse dalla malattia. Oggi sappiamo che anche un gap di 1-10 giorni raddoppia il rischio di ospedalizzazione in pazienti con schizofrenia, un gap di 11-30 giorni lo triplica ed uno superiore ai 30 giorni lo quadruplica. E i pazienti che non vengono ospedalizzati sono a volte ancora più sfortunati.

**TOSCANA MEDICA** – *Sempre rimanendo in tema di organizzazione dei servizi sanitari abbiamo sentito che i malati psichiatrici vengono per lo più inseriti in un programma di cura che garantisce una sufficiente aderenza alle terapie anche per lunghi periodi di tempo. Ampliando il discorso al campo della geriatria, soprattutto per quanto riguarda il grande campo delle demenze senili e più in generale il settore della cronicità, quale tipo di organizzazione sarebbe necessario per ottenere il migliore risultato possibile?*

**PEDACE** – È indubbio che una buona organizzazione dell'assistenza è in grado di limitare i problemi connessi alla scarsa aderenza alle terapie, agendo positivamente anche sulla questione dei costi. A questo proposito vorrei ricordare che, secondo dati risalenti ormai al 2005 ma senza dubbio ancora interessanti, negli Stati Uniti in quegli anni la scarsa aderenza alla terapia nella popolazione di pazienti psicotici veniva a "costare" un miliardo e mezzo di dollari all'anno spesi soprattutto per cure e ricoveri in ospedale.

Se vogliamo allargare il discorso al campo geriatrico, lasciando un ambito in fondo molto specialistico e dai numeri non particolarmente significativi, credo che la prima cosa da fare sia di ottenere la massima chiarezza soprattutto per quanto riguarda le indicazioni terapeutiche per ogni classe di farmaci. Infatti, per esempio, non appare metodologicamente corretto trattare fin da subito lo stato di agitazione di un anziano con un antipsicotico, magari accampano una discutibile e **ritondante** diagnosi di "demenza", senza prima approfondire se non sia invece più probabile avere a che fare con uno stato ansioso o depressivo.



*Dominia Diloreto, Atomic Forest, Artwork from the National Art, Exhibitions of the Mentally Ill Inc., an organization dedicated to discovering and preserving the art of people with mental illness.*

Nel campo delle patologie psichiatriche croniche dell'anziano e quindi anche delle demenze, assistiamo oggi ad un pericoloso sovradosaggio di farmaci, molte volte neppure correttamente prescritti, con tutto quello che ne può conseguire soprattutto in termini di eventuale effetti indesiderati.

Concludo ricordando che anche per me il cambio di un generico con un altro da parte del farmacista non può che confondere le idee ad un paziente anziano e politrattato con inevitabili ricadute sull'aderenza alla terapia.

**DOMENICHETTI** – Anche l'industria farmaceutica ha ben presente questo problema ed infatti oggi si sta sempre concentrando su molecole antipsicotiche a rilascio prolungato o da somministrare una sola volta al giorno.

**ZACCARA** – Uno dei sistemi per cercare di aumentare l'aderenza alla terapia in ambito neuropsichiatrico, oltre alla già citata semplificazione degli schemi terapeutici o il ricorso a farmaci a lunga durata d'azione, può essere anche quello di impiegare molecole che, in caso di comorbidità, riescono ad essere efficaci su più bersagli. Nel caso ad esempio di un soggetto epilettico ed obeso il farmaco antiepilettico non dovrà essere scelto tra quelli che causano obesità, bensì tra quelli che non presentano tale caratteristica o che possono addirittura determinare riduzione di peso. Mi sembra infatti francamente poco condivisibile prescrivere un neurolettico che

determina aumento del peso corporeo, associandolo però ad un altro farmaco che contrasti questo effetto.

Ciò che rende difficile ma anche interessante il lavoro del medico in questo ambito è proprio la capacità di selezionare il prodotto più adatto al singolo paziente considerandone la propensione a determinati effetti avversi e le eventuali altre patologie associate.

Ancor prima della scelta del farmaco adatto, la sensibilità del medico lo deve indurre ad interpretare la propensione del paziente al trattamento. Se ci si trova di fronte un soggetto che appare fortemente motivato ad affrontare e possibilmente risolvere un determinato quadro psichiatrico o neurologico, saremo più facilmente indotti a prescrivere un farmaco. Se invece il soggetto appare titubante e poco disposto ad assumere la terapia che gli viene proposta, può essere più appropriato aspettare soprattutto se il rapporto rischio/beneficio conseguente all'uso del farmaco è incerto o non chiaramente a favore del trattamento. Dopo una prima crisi epilettica ad esempio, il rapporto tra rischio di una recidiva ed il rischio di effetti collaterali della terapia deve essere attentamente valutato e gli aspetti psicologici e sociali ed in definitiva la propensione del paziente, hanno un ruolo determinante nell'orientare la scelta.

**TOSCANA MEDICA** – *Oltre al fondamentale rapporto medico-paziente che fino ad ora abbiamo sentito molte volte ricordare, anche l'industria farmaceutica può essere d'aiuto per migliorare l'aderenza alla terapia in campo psichiatrico?*

**DOMENICHETTI** – Come ricordavo in precedenza il cammino intrapreso dall'industria si indirizza oggi verso farmaci con monosomministrazione giornaliera ed a rilascio prolungato, anche nel campo degli antipsicotici atipici. Questo atteggiamento, certamente legato a giustificati interessi commerciali ed a strategie di mercato legate alla scadenza di alcune coperture brevettuali, risente però anche di una nuova consapevolezza da parte degli psichiatri che in molti casi hanno riscoperto un interesse forse in precedenza un poco appannato per la farmacocineti-

ca ed i suoi meccanismi.

In quest'ottica rientra ad esempio la corretta prescrizione dello ziprasidone, un antipsicotico la cui assunzione orale per essere efficace deve essere accompagnata dall'introduzione di almeno 500 calorie a pasto.

L'aderenza alla terapia in campo psichiatrico può essere migliorata anche con la creazione di quelli che noi chiamiamo "gruppi psicoeducativi", secondo un modello organizzativo che abbiamo importato dai colleghi di Barcellona. In pratica si tratta di organizzare dei gruppi di malati cognitivamente indenni che per un anno a scadenza settimanale incontrano insieme ai familiari uno psicologo o uno psichiatra con il quale discutono delle proprie malattie e del funzionamento dei farmaci assunti. I risultati ottenuti con questa tecnica anche nella nostra esperienza sono stati davvero eccellenti.

**FAGIOLINI** – Stiamo inoltre assistendo alla riscoperta dei farmaci long acting (depot). L'uso del depot non è più vissuto come uno scarico del paziente: il depot assicura l'assunzione e la stabilità del farmaco ed i clinici possono dedicare più attenzione ad altri aspetti importanti, come la psicoterapia e la riabilitazione. È però necessario bilanciare il vantaggio di una maggiore aderenza con i costi che spesso sono superiori a quelli della terapia orale.

**TOSCANA MEDICA** – *Dottor Corona abbiamo sentito prima che i dati di spesa farmaceutica possono essere molto utili, se correttamente interpretati, per monitorizzare l'aderenza ad una determinata terapia. Nel campo degli antipsicotici quali dati abbiamo oggi a disposizione per quanto riguarda la situazione della Toscana?*

**CORONA** – Gli antipsicotici in senso lato vengono acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale a prezzo ospedaliero e quelli orali, iniettabili e a lunga durata di azione vengono dispensati in corso di prestazioni ambulatoriali all'interno dei Servizi di Psichiatria.

Anche i costi di questa classe di farmaci vengono monitorati e l'aumento che in Toscana osserviamo è per lo più legato all'aumento del numero di pazienti che ne hanno bisogno, essendo la Psichiatria un settore che, a differenza di altre branche specialistiche, non richiede molte altre risorse se non quelle strettamente di natura farmacologica.

Per quanto riguarda i consumi direi che in questi ultimi anni in Toscana si è registrata una sostanziale regolarità di impiego dei farmaci antipsicotici cosiddetti atipici, con qualche shift legato all'introduzione di alcuni "long acting" quali il risperidone ed il paliperidone.

Come ASL n. 5 abbiamo sempre cercato di coinvolgere attivamente gli psichiatri nella gestione di questi farmaci al fine di limitarne l'impiego e contenere i costi riuscendo ad esempio a fare passare dei pazienti alla terapia orale dopo avere abbandonato quella parenterale somministrata all'interno dei Servizi psichiatrici.

**TOSCANA MEDICA** – *È possibile quantificare i costi generali dell'assistenza psichiatrica? Ed ancora, in*



Mario Mesa, Social Fire, Artwork from the National Art, Exhibitions of the Mentally Ill Inc., an organization dedicated to discovering and preserving the art of people with mental illness.

*Psichiatria la non aderenza alla terapia cosa provoca in termini puramente economici?*

**TOSI** – In un'ottica puramente aziendale la Psichiatria richiede un bassissimo impegno economico per quanto riguarda la spesa farmaceutica, accompagnato però ad una notevolissima richiesta legata ad esigenze di personale ed organizzazione dei servizi.

È in fondo facilmente comprensibile come i farmaci incidano in piccola parte sui budget aziendali al contrario di quanto avviene invece con le risorse umane, in un campo in cui il rapporto malato/operatore sanitario continua ad avere una valenza del tutto particolare.

Anche parlando di assistenza psichiatrica, sempre dal punto di vista aziendale, dobbiamo cercare di affrontare due ordini di problemi, strettamente correlati tra di loro. Il primo è rappresentato dalla necessità di "inseguire" la cronicità ed il secondo dall'"intercettare" l'acuzie, essendo stato dimostrato chiaramente che quanto più facilmente vengono presi in carico i malati acuti tanto minore risulta il numero di coloro che entrano in qualche settore della cronicità. La non aderenza alla terapia, inserita in un simile percorso, finisce inevitabilmente per essere fonte di spesa, con tutto il sistema forzatamente occupato a seguire i cronici e, di conseguenza, incapace di "intercettare" gli acuti.

**TOSCANA MEDICA** – *I medici di famiglia ed i geriatri si trovano d'accordo con le affermazioni del dottor Tosi?*

**COLETTA** – Il medico di famiglia in linea generale è il primo che entra in contatto con i pazienti affetti da problematiche psichiatriche e dovrebbe pertanto avere le necessarie competenze per riconoscerle e per identificare eventuali segnali di allarme in soggetti non ancora francamente sintomatici. Tra l'altro, ricordando che molte di queste condizioni presentano un certo grado di familiarità, proprio il medico di medicina generale, che conosce bene tutta la situazione familiare di un assistito, può precocemente identificare i casi a rischio, indirizzandoli opportunamente ai Servizi di riferimento prima che si scateni l'evento acuto.

Ovviamente la medicina generale si deve occupare della cronicità di questi soggetti i quali in molti casi appaiono estremamente fragili anche dal punto di vista sociale e della vita di relazione.

**PEDACE** – In maniera forse un po' discordante vorrei ricordare che un aumento dei costi per i farmaci destinati ad un certo ambito terapeutico in fondo potrebbe essere visto anche come un segnale di buona aderenza alla terapia, volendo pertanto considerare in questa ottica la persistenza del sintomo un motivo invece di scarsa aderenza.

Per cercare di ridurre il più possibile il già ricordato passaggio dall'acuzie alla cronicità, causa importante di aumento dei costi, è necessario monitorare con attenzione l'aderenza terapeutica, servendosi in maniera oculata dei molti sistemi che oggi permettono questo tipo di attività, tra i quali



*Peyi, Blue, Rhapsody, Artwork from the National Art, Exhibitions of the Mentally Ill Inc., an organization dedicated to discovering and preserving the art of people with mental illness.*

di particolare efficacia mi sembrano le scale apposite di valutazione, di facile impiego sia in medicina generale che in ambito specialistico, geriatrico e/psichiatrico.

**DOMENICHETTI** – Alcuni psichiatri ancora oggi tendono a valutare l'efficacia di un intervento terapeutico, e quindi la buona o cattiva aderenza alla terapia, non tanto sull'effetto clinico manifestatosi quanto sulla comparsa di eventuali effetti collaterali. Secondo questa impostazione metodologica il paziente che assumeva antipsicotici in grado di causare obesità e diventava effettivamente obeso non poteva che avere dimostrato un'ottima aderenza alla cura prescritta! Purtroppo però le cose non stanno proprio così perché ormai è stato dimostrato che la durata di un trattamento con antipsicotici si calcola in mesi ed addirittura anni prima di potere essere eventualmente considerato efficace, mentre i suoi effetti collaterali si manifestano molto prima, dando pertanto la falsa illusione che il farmaco stia garantendo il risultato clinico auspicato. Senza poi dimenticare che questo tipo di obesità, per rimanere all'esempio citato, ha bisogno di periodi di tempo anche molto lunghi per regredire dopo la sospensione del farmaco antipsicotico, con tutto quello che ne consegue in termini di morbidità e mortalità cardiovascolare.

**ZACCARA** – Sono d'accordo completamente con quanto detto adesso dal dottor Domenichetti al quale vorrei aggiungere una notazione interessante legata al campo delle epilessie. In uno studio pub-

blicato qualche anno fa è stato dimostrato che la qualità della vita di un paziente affetto da epilessia correla più con l'assenza di effetti collaterali di tipo cognitivo che con la frequenza delle crisi: se un paziente ha 30 o 40 crisi al mese la sua qualità della vita purtroppo cambia poco. Al contrario, la comparsa di problemi della sfera cognitiva quale effetto collaterale della terapia antiepilettica rappresenta per il malato un momento di reale e grande sofferenza.

**TOSI** – Ovviamente se il paziente non assume la terapia prescritta, a livello aziendale si può fare ben poco. Quello che invece stiamo sperimentando nelle RSA della ASL è un nuovo modello organizzativo validato da numerose esperienze in molti Paesi esteri, basato sulla preparazione dei farmaci da somministrare ad un determinato paziente, anche in caso di multiterapie, in un blister in grado di coprire tutti i giorni della settimana. L'infermiere apre questa confezione, somministra il farmaco per quel determinato giorno e lo mette da parte per il giorno successivo. In questa semplice maniera è possibile capire subito se una terapia prescritta è stata correttamente dispensata oppure no. Il blister, in caso le condizioni cognitive lo consentano, può essere affidato anche al malato stesso che così vedrà ben controllato il proprio iter terapeutico. Il costo legato all'attività dell'infermiere che materialmente deve preparare i contenitori per i singoli pazienti, alla fine viene recuperato da un'aderenza terapeutica certamente soddisfacente ed efficace.

**CORONA** – Il metodo descritto dal dottor Tosi appare certamente interessante, anche se forse un po' laborioso visto che i farmaci da inserire nelle confezioni personalizzate devono prima essere sconfezionati da quelle originarie di vendita.

Purtroppo bisogna considerare che in alcuni casi questa modalità di dispensazione della terapia potrebbe non essere indicata, per motivi legati al malato stesso o ai suoi caregivers: se non esiste un farmaco che va bene per tutto, probabilmente ancora non esiste neppure una modalità di somministrazione adatta per tutti i pazienti.



Vela Millet, Starving Marv, Artwork from the National Art Exhibitions of the Mentally Ill Inc., an organization dedicated to discovering and preserving the art of people with mental illness.

**DOMENICHETTI** – Il modello descritto dal dottor Tosi lo stiamo impiegando in una piccola comunità terapeutica nella quale l'attività di somministrazione giornaliera delle terapie rappresentava una percentuale importante dell'attività del personale infermieristico. Con l'introduzione dei blister settimanali personalizzati siamo riusciti in buona parte a "liberare" gli infermieri da questo carico di lavoro, potendoli utilmente destinare ad altre attività.

**TOSI** – Un aiuto importante potrebbe venire senza dubbio dalle moderne tecnologie informatiche che possono aiutare il medico a verificare concretamente l'assunzione delle terapie da parte dei pazienti valutando, per esempio, il tempo trascorso tra una prescrizione e l'altra. Se questo "controllo" si limita solo come spesso accade alla domanda "ma lei ha preso i farmaci che le avevo prescritto?" la risposta altrettanto spesso è affermativa, ma senza nessuna possibilità di reale verifica oltre alla generica collaborazione offerta dal paziente.

Mi sembra insomma abbastanza inutile cercare di organizzare un buon modello di Chronic Care Model, senza poi servirsi degli indispensabili aiuti informatici.

**COLETTA** – A dire il vero uno dei software più impiegati in medicina generale fa più o meno quello che diceva ora il dottor Tosi e questo, impiegato insieme alle strategie di intervento tipiche del Chronic Care Model, certamente può migliorare l'aderenza alla terapia. Tra l'altro, usando questo tipo di tecnologie il medico riesce anche ad evitare l'iperprescrizione, dato che il computer gli fornisce tutte le indicazioni necessarie per tenere sotto controllo le richieste di farmaci avanzate dai pazienti. Ovviamente l'informatica non può fare niente per tenere sotto controllo azioni squisitamente mediche quali l'indicazione terapeutica o la determinazione della corretta posologia.

**TOSI** – Quello che diceva il dottor Colletta è vero e software simili potrebbero essere impiegati dai medici ospedalieri, anche loro prescrittori di farmaci ed indagini diagnostiche, nell'ottica di una sempre migliore integrazione delle attività ospedaliere e territoriali.

**PEDACE** – L'integrazione tra i vari settori che a vario titolo si occupano dei pazienti psichiatrici è veramente importante perché un eventuale difetto di comunicazione tra medico di base e specialista, per esempio nella gestione dell'iter terapeutico, non può che tradursi in una ovvia diminuzione di aderenza alla terapia stessa.

Da geriatra volevo poi spendere due parole sulle preparazioni long-acting che negli anziani hanno dimostrato di creare problemi talvolta anche non trascurabili, legati alla difficoltà di mantenere un costante ed efficace livello plasmatico del farmaco (in questo caso l'antipsicotico) a causa della secchezza della cute e della scarsità del pannicolo adiposo sottocutaneo generalmente presenti nelle persone in età avanzata.

**COLETTA** – Anche secondo la mia esperienza i long-acting nel soggetto anziano possono essere fonte di qualche preoccupazione, a causa della fisiologica riduzione di funzionalità di molti organi ed apparati legata all'invecchiamento ed al numero spesso molto alto di farmaci assunti quotidianamente da questi pazienti.

**FAGIOLINI** – Effettivamente in pazienti molto anziani è spesso necessario ricalibrare il dosaggio dei

farmaci, a causa di malattie concomitanti o di cambiamenti delle condizioni esterne (es disidratazione) che alterano il fragile equilibrio di questi pazienti. Questi pazienti non sono quindi gli ideali candidati ad una terapia long acting, ad eccezione di casi particolari in cui il rischio di non aderenza superi quello dovuto all'uso di un farmaco ad una concentrazione non rapidamente modificabile.

*Per la sua corporate image Janssen utilizza le opere d'arte della NAEMI (National Art Exhibition of the Mentally Ill), una galleria d'arte fondata nel 1988 a Miami, dedita a scoprire, studiare, promuovere, esporre e preservare l'arte di tutti quegli artisti che in tutto il mondo lottano contro la malattia mentale.*

## L'aderenza alla terapia

ANTONIO PANTI

**G**iustamente il termine *compliance* è caduto in disuso per la sua connotazione paternalistica ed è sostituito dal concetto di "aderenza alla terapia", che si situa all'interno dell'alleanza terapeutica tra medico e paziente. La scarsa aderenza, che purtroppo si registra con grande frequenza in ogni patologia, è segno principalmente di un cattivo rapporto tra medico e paziente. Il medico non ha saputo spiegarsi o non ha ben compreso le esigenze e la psicologia del paziente. Certamente la responsabilità è anche del paziente che si stanca delle terapie croniche, oppure le interrompe non appena sta meglio, oppure non ritiene di essere tanto malato da doversi curare. Ma per lo più il medico non ha saputo creare un approccio terapeutico condiviso.

Tutto ciò è grave per il paziente e per la sanità che dovrà sobbarcarsi le spese delle riacutizzazioni. Nei pazienti psichiatrici è particolarmente importante perché i risultati delle cure si apprezzano dopo anni di terapia e, invece, è dimostrato che l'aderenza si riduce del 50% dopo un anno di cura e del 75% dopo due anni. Molti pazienti non migliorano perché in realtà non si curano (o non si curano più). Il fenomeno è rilevante anche nelle persone anziane e in chi dovrebbe curarsi in prevenzione secondaria. Vi sono anche terapie troppo complesse che, seguite alla lettera, forse farebbero danni. Il compito fondamentale del medico, in particolare quello di famiglia, è di mettere in ordine di importanza le patologie di ciascun paziente per curarle in conseguenza.

In definitiva i pazienti sembrano meno attenti alle cure via via che si allontanano dall'evento acuto. Eppure, concordano gli esperti, l'aderenza alle cure ha lo scopo di intercettare le acuzie e evitare le cronicità. In Italia questo fenomeno dovrebbe essere meno evidente che negli USA a causa della presenza dei medici generali; purtroppo non è così e le

conseguenze sulle cronicità psichiatriche sono assai rilevanti. Una risposta efficace risiede nell'organizzazione dei servizi. Allora il ruolo dell'infermiere è fondamentale non solo per assicurarsi dell'aderenza alla cura ma per mantenere un rapporto di affidamento continuativo col servizio. Spesso invece si risponde alla non aderenza semplicemente col cambiare la terapia. Inoltre occorre evitare l'eccesso di trattamento con antipsicotici per eccesso di indicazioni, cedendo alle pressioni del mercato.

L'altro corno del dilemma sta nella somministrazione. Oggi la moderna farmacologia mette a disposizione del medico molteplici forme farmaceutiche, tra le quali le forme *long acting* possono giocare un ruolo importante nel favorire l'aderenza alla cura. Così sono importanti i gruppi di sostegno psicologico e, d'altro canto, il riconfezionamento dei farmaci in blister personalizzati e consegnati al paziente o al *care giver*. Ricordando che nella psichiatria i costi gravosi sono quelli del personale o dei ricoveri cronici; nella psichiatria l'aumento della spesa farmaceutica, segno di miglior aderenza alla cura, può rappresentare un risparmio in termini di gestione complessiva del paziente.

È chiara l'importanza del medico generale il cui intervento rientra nel modello di assistenza ai cronici. Sorge allora inevitabilmente il problema dell'informatizzazione unica di tutto il servizio, ospedaliero, specialistico e territoriale. Una questione ancora aperta nonostante i molti lodevoli tentativi finora incompleti e parziali.

In conclusione, contro la scarsa aderenza alle cure si può fare di più sul piano della scelta di farmaci di più agevole somministrazione, su quello dell'organizzazione e dell'informatizzazione dei servizi e su quello, infine, del miglioramento della capacità del medico di interpretare i bisogni del paziente.

TM

*Si ringrazia Janssen Italia  
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione*



Andrea Valeri, dal 1979 al 1989 Assistente supplente ed incaricato c/o Osp. di PO, dal 1980 al 1988 Assistente di ruolo c/o il Pol. Careggi, dal 1988 al 2001 Aiuto c/o la AOU Careggi - dal 2001 al 2010 Dirigente di II livello di struttura complessa SOD 1 Chirurgia Generale, d'Urgenza, e di Chirurgia Mini-invasiva AOU Careggi.

## La chirurgia generale oggi: principi di riorganizzazione

**L**a chirurgia Generale insieme alla medicina interna costituiscono lo scheletro portante di ogni ospedale e da queste due

madri originano le branche specialistiche.

Se non viene investito su questi due settori non si può pensare di avere un buon servizio in termini di assistenza ai cittadini e di formazione del personale sanitario.

Per valorizzare l'attività della chirurgia generale, anche alla luce della strutturazione degli ospedali secondo il modello dell'ospedale per intensità di cura, è necessaria una **riorganizzazione**.

Tale riorganizzazione deve prevedere alcune modifiche strutturali essenziali:

### Punto primo

La presenza di un unico dipartimento di chirurgia che comprenda i vari reparti di chirurgia generale con i vari servizi di anestesia e rianimazione che sostengono la loro attività. Solo la presenza di un'area omogenea può permettere l'ottimizzazione delle risorse e la creazione di nuovi servizi eliminando i doppioni. Esistono in molti ospedali reparti che hanno il valore di strutture organizzative dipartimentali con pochissimi posti letto e modesta attività assistenziale, mentre strutture interdipartimentali che svolgono attività di alto profilo come la chirurgia bariatrica, la chirurgia endoscopica o la chirurgia del pavimento pelvico, non hanno una loro identità definita e si appoggiano a letti di degenza di altre strutture.

### Punto secondo

Superare il concetto troppo stretto dei posti letto e delle sedute operatorie assegnate di principio, indipendentemente dai reali flussi di attività e dalle liste di attesa.

### Punto terzo

La creazione di SOD interdipartimentali con settori specifici di attività.

La creazione di queste SOD specialistiche nell'ambito della chirurgia generale, anche se non completamente isorisorse, permetterebbe una crescita professionale, culturale e di assistenza con un servizio anche di riferimento per altre strutture ospedaliere del territorio metropolitano e dell'area vasta.

Ho specificato che questo modello organizzativo sarebbe quasi isorisorso perché, come per la SOD di bariatrica e di endoscopia chirurgica di Careggi, una quota dell'attività è svolta da personale delle SOD complesse dalle quali sono derivate quelle interdipartimentali. È ovvio che anche se il gros-

so dell'assistenza è assicurata da personale già in servizio, volendo creare dei settori di alta competenza, almeno un responsabile e un suo vice per ognuna di queste realtà andrebbe considerata e potrebbe essere realizzata attraverso un modesto aumento o una riorganizzazione degli organici.

### Punto quarto

La creazione di SOD interdipartimentali ad alta specializzazione potrebbe permettere di creare un servizio fruibile da parte degli ospedali metropolitani e di area vasta.

Esistono infatti delle patologie e degli interventi (resezioni epatiche, pancreatiche, interventi di laparoscopia avanzata, interventi di chirurgia bariatrica, tecniche di endoscopia operativa avanzata etc.) che per essere realizzate nel massimo della sicurezza non possono prescindere da una serie di attrezzature e soprattutto di professionalità e di organizzazione nonché di abitudine a trattarle che non è pensabile avere in tutti i presidi ospedalieri.

Le Aziende Ospedaliere-Universitarie potrebbero mettere a disposizione degli altri presidi ospedalieri che desiderassero usufruirne anche con modalità innovative.

Può infatti realizzarsi una situazione nella quale un chirurgo, che deve attuare un certo tipo di intervento, pur avendone le capacità tecniche, non dispone nella sua realtà della presenza di

ANDREA VALERI

*Dirigente Area Medica, Direttore SOD Complessa, Struttura DEA e Medicina e Chirurgia Generale e di Urgenza, Chirurgia Generale e di Urgenza 1 e Mininvasiva*

strutture o di altri professionisti che, in caso di complicanze, possano con la loro azione contribuire a ridurre la mortalità conseguente alle medesime.

Si introduce così l'idea del chirurgo "itinerante" (*wandering surgeon*) che si muove dalla sua sede con il paziente e viene ad operarlo presso l'Ospedale "centrale" di riferimento con i colleghi di una équipe dedicata ivi presente.

Nel post operatorio poi, se intervenisse qualche complicanza (basta pensare alle complicanze post duodenocelopancreatectomia che incidono in circa il 20% delle procedure) al paziente sarebbe assicurata la azione di radiologi interventisti, angiologi, endoscopisti operativi etc 24h/24 con conseguente contenimento della mortalità.

Questo è un concetto che riprende il principio dell'"alto flusso" che viene però traslato dal chirurgo all'Ospedale.

È ovvio che l'esperienza del chirurgo nell'esecuzione di certi interventi si presenta come una variabile molto significativa ma ha anche dimostrato che un chirurgo che esegue sole 6 duodenocelopancreasectomie ogni anno è tecnicamente in grado di avere ottimi risultati in termini di mortalità se coadiuvato in maniera adeguata.

Il vero problema è infatti legato al fatto che il chirurgo che esegue un numero ridotto di certi interventi maggiori lavora spesso in ospedali più periferici che non hanno quel supporto di altre professionalità necessarie al contenimento della mortalità postoperatoria.

Questa proposta, permetterebbe alle Aziende ospedaliere di centralizzare certe patologie senza ridurre le possibilità di crescita professionale dei chirurghi che lavorano in centri più periferici assicurando una attività di tutoraggio e di diffusione di capacità e, soprattutto, fornendo il massimo di sicurezza ai pazienti.

Questa centralizzazione, rispettando i presupposti di sicurezza per il paziente e di soddisfazione professionale per i chirurghi porterebbe, sicuramente, anche ad un risparmio grazie a una centralizzazione di risorse.

Per realizzare questo progetto sarebbe utile disporre anche di uno studio epidemiologico che evidenziasse l'incidenza delle varie patologie per capire meglio la distribuzione delle risorse nei vari presidi ospedalieri e un rilevamento delle varie professionalità presenti nei vari ospedali e la loro disponibilità nell'arco delle 24h. Questo con lo stesso criterio con il quale, per l'urgenza si definiscono i centri in *Hub* e *spoke*.

In questa riorganizzazione potrebbe anche dimostrarsi che ospedali che non sono Azienda ospedaliera universitaria siano in grado per tutte o per alcune patologie di svolgere l'azione di *Hub*.

È comunque da sottolineare che una priorità deve essere riservata alle Aziende ospedaliere universitarie dove incide la formazione degli stu-

denti e degli specializzandi ma solo se, ovviamente, sono presenti professionalità e modelli organizzativi idonei a permettere la reale funzione di centro di riferimento.

### Punto quinto

Non è concepibile una distribuzione di tecnologia, soprattutto se costosa che prescindendo da una valutazione dei bacini di utenza e dei professionisti in grado di utilizzarla.

Questo in riferimento a tecnologie di particolare costo come i Robot per uso chirurgico.

È attualmente evidente una distribuzione assurda dei robot chirurgici in Toscana: 3 sono presenti nella sola area vasta sud-est, uno nell'area vasta centro, a Careggi, per solo uso urologico, ed uno nell'area vasta nord-ovest.

### Punto sesto

Incentivare l'attività di reparti di medicina interna dedicati a supportare i pazienti chirurgici secondo un modello che a Careggi stiamo sperimentando con grande soddisfazione.

Da quando, infatti, è stato attivato un servizio di Medicina Perioperatoria a cui indirizzare i pazienti chirurgici con importanti comorbilità interistiche, abbiamo notato un miglioramento consistente dell'outcome. I pazienti possono così essere seguiti adeguatamente quando la morbilità legata alle patologie concomitanti diventa superiore a quella legata all'intervento chirurgico nel periodo postoperatorio, ma anche essere preparati adeguatamente all'intervento da un punto di vista metabolico-nutrizionale preoperatoriamente. Questo modello di integrazione tra chirurghi e internisti dedicati costituisce un modello di medicina perioperatoria vincente.

### Punto settimo

Per una attività come quella proposta, con open space chirurgici e modelli di ospedale per intensità di cura, sarebbe indispensabile poter disporre della cartella medica informatizzata che permetterebbe un migliore scambio di informazioni tra i vari reparti nei quali si troverà a passare il paziente riducendo anche il rischio di smarrimento dei memoriali che incidono più frequentemente proprio nei pazienti più complessi, che accedono a più reparti nell'arco della degenza.

Sarebbe auspicabile che il modello di cartella clinica informatizzata fosse unica per tutti gli ospedali della toscana e con varianti inseribili secondo specifiche esigenze dei vari reparti perché questo semplificherebbe anche percorsi più complessi come quelli proposti tra ospedali più periferici e centrali. Questo permetterebbe veramente di poter parlare di rete ospedaliera della Regione Toscana.

TM



Jacopo Martellucci, specializzato in Chirurgia dell'Apparato Digerente presso l'Università di Siena, Dottorato di ricerca in Oncologia e Genetica. Si è a lungo occupato di chirurgia colo-rettale, proctologica e del pavimento pelvico presso centri di riferimento in Italia e all'estero, con particolare attenzione all'ecografia coloproctologica, alla neuromodulazione sacrale, alla fisiopatologia digestiva e all'oncologia.



# Perché un Centro del Pavimento Pelvico?

## Presentazione del nuovo Centro del Pavimento Pelvico di Careggi

**I**l Pavimento Pelvico è una struttura muscolo-fasciale complessa, che chiude in basso la cavità addomino-pelvica ed ospita le sezioni terminali degli apparati genito-urinario e digerente. Esso ha il compito di sostenere tali strutture, modulare la loro funzione ed opporsi alla loro fuoriuscita.

Classicamente si riconoscono nel pavimento pelvico tre comparti:

- Anteriore: complesso uretro-vescicale e sue connessioni alla sezione vaginale anteriore
- Medio: comprende lo scavo di Douglas, l'utero e la volta vaginale con il suo sistema legamentoso
- Posteriore che comprende l'ano-retto e le connessioni alla parete vaginale posteriore.

Tale compartimentazione ha determinato, per ciascuna branca, un proprio approccio specifico sia nella diagnosi che nella cura delle patologie pelviche.

Oggi, il concetto di pavimento pelvico come un'unica unità funzionale e meritevole di un approccio globale, sta raccogliendo sempre maggiore consenso tra gli specialisti che si occupano dei problemi legati alla disfunzione di una o più componenti pelviche. In questo modo la divisione sistematica in comparto anteriore, centrale e posteriore, che fino ad ora ha distinto le aree specifiche d'interesse, viene ad essere disgregata; è ormai chiaro che tali unità, anatomicamente contigue, sono funzionalmente integrate al punto che l'attività fisiologica di un segmento non può prescindere dallo stato anatomico degli altri due.

Con il progredire delle conoscenze fisiopatologiche emerge quindi negli stessi specialisti ma soprattutto nei pazienti la necessità di un approccio terapeutico multidisciplinare.

I disturbi del pavimento pelvico comprendono le seguenti disfunzioni, che spesso coesistono e si presentano associate, proprio in considerazione delle cause comuni che le generano:

- Incontinenza Urinaria
- Ritenzione Urinaria
- Incontinenza Fecale
- Stipsi espulsiva
- Prolasso Rettale, Invaginazione, rettocele
- Prolasso Emorroidario
- Prolasso Uro-Genitale

- Dolore pelvico cronico.

Bisogna considerare che con l'allungamento dell'aspettativa di vita media e con il progressivo invecchiamento della popolazione, queste patologie assumono un impatto impressionante anche da un punto di vista sociale ed economico.

Se si considera che in oltre l'80% delle donne

dopo i 60 anni è riscontrabile una situazione anatomica in cui siano individuabili alterazioni a carico del pavimento pelvico, anche se non necessariamente sintomatiche, che le percentuali di pazienti che lamentano un dolore pelvico di tipo cronico sono sovrapponibili a quelli che lamentano il "mal di schiena" o l'influenza stagionale, che la nostra alimentazione e lo stile di vita predispongono allo sviluppo di numerose delle alterazioni sopra menzionate, si riesce appena ad apprezzare l'entità del problema.

Fino ad oggi invece gran parte di queste patologie sono state trattate con autogestione da parte dei pazienti, o non trattate affatto, sottostimando abbondantemente i dati riportati riguardo all'incidenza di questi problemi.

Inoltre, alcuni dati ci riportano che più del 50% di pazienti che hanno intrapreso un percorso diagnostico-terapeutico per risolvere un disturbo a carico del pavimento pelvico si sono rivolti ad una media di

JACOPO MARTELLUCCI<sup>1</sup>,  
GIUSEPPE DE SCISCIOLLO<sup>2</sup>, GIULIO DEL POPOLO<sup>3</sup>,  
VINCENZO LI MARZI<sup>4</sup>, LUIGI PICIOCCHI<sup>5</sup>,  
MARIA LUISA ROTTOLI<sup>6</sup>, ELISABETTA SURRENTI<sup>7</sup>,  
ANTONIO TODARO<sup>1</sup>, ANDREA VALERI<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Chirurgia Generale 1, d'Urgenza e Mininvasiva

<sup>2</sup> Neurofisiopatologia

<sup>3</sup> Neurourologia

<sup>4</sup> Urologia 2

<sup>5</sup> Ostetricia e Ginecologia 1

<sup>6</sup> Radiodiagnostica 2

<sup>7</sup> Fisiopatologia Digestiva e Motilità

AOU Careggi, Firenze

più di tre diversi specialisti per poi sospendere le visite in mancanza di una risposta terapeutica valida.

Riguardo ai trattamenti chirurgici poi, fino al 30% dei pazienti ha una situazione sovrapponibile o addirittura peggiorativa rispetto al periodo precedente all'intervento.

Tutti questi elementi hanno contribuito fino ad oggi ad alimentare lo scetticismo e a sostenere il circolo vizioso per cui il paziente, per vergogna o per scarsa fiducia in una possibilità di trattamento risolutivo, tende naturalmente a trascurare le problematiche a carico del pavimento pelvico.

Tutto questo evidenzia la necessità di una standardizzazione della valutazione iniziale del paziente e soprattutto di la presenza di un gruppo multidisciplinare di professionisti che integrino le proprie conoscenze sia da un punto di vista diagnostico che terapeutico.

La formula organizzativa per offrire questi servizi è quella del Centro del Pavimento Pelvico.

### **Il Centro del Pavimento Pelvico di Careggi**

Il Centro nasce sull'esempio dei pochi centri accreditati in Italia, ed è il primo in Toscana ad offrire un modello assistenziale definito, in cui la multidisciplinarietà non sia solo teorica, ma venga sostenuta da numerosi canali di scambio tra i vari specialisti. Liste di attesa condivise, i frequenti incontri formativi e di confronto, la presenza di ambulatori comuni e soprattutto comuni finalità rendono questa realtà non solo un progetto teorico, ma un servizio concreto di alto livello.

Inoltre, il Centro si interfaccia con l'utenza semplicemente con degli ambulatori di primo livello in cui, prenotando una visita generica proctologica o uroginecologica, il paziente con un disturbo più complesso viene automaticamente preso in carico e condotto attraverso il percorso diagnostico ed eventualmente terapeutico direttamente dagli specialisti del centro, semplificando così sia le modalità di accesso a questi servizi, sia i successivi percorsi. Non esiste più, quindi, il continuo rimandare il paziente al medico di medicina generale con esami da prenotare e da richiedere, consulenze da altri specialisti, diagnosi incomplete, terapie empiriche.

L'attuale servizio, successivo alla visita di primo livello, prevede di consegnare direttamente al paziente tutto il successivo programma diagnostico già stabilito e prenotato, consentendo così al paziente di uscire dal percorso del Centro solo al termine di un iter che abbia consentito di effettuare una diagnosi precisa e che abbia indicato una terapia specifica o comunque un percorso terapeutico per steps ben definito.

La presenza di un unico numero di riferimento per le prenotazioni delle visite e di un indirizzo e.mail a disposizione dei pazienti e dei medici permette una comunicazione con l'équipe del Centro ancora più facilitata.

Oltre agli ambulatori di primo livello, e ai normali percorsi ambulatoriali pre e postoperatori,

sono stati attivati degli ambulatori di II livello, a cui il paziente accede al termine di un percorso diagnostico che richieda un successivo inquadramento terapeutico.

**Ambulatorio di sintesi del pavimento pelvico:** ambulatorio dedicato alle patologie del pavimento pelvico già valutate. I pazienti vengono inviati soltanto dai medici specialisti che svolgono gli ambulatori di primo livello. Ruolo dell'ambulatorio è rivalutare i pazienti in un contesto multidisciplinare con la presenza di più specialisti, in cui vengono considerati entrambi i settori di interesse del pavimento pelvico (posteriore e medio-anteriore) contemporaneamente.

I pazienti che afferiscono a questo ambulatorio hanno già completato il percorso diagnostico, e sono pertanto già in possesso di tutte le risposte degli esami che gli sono stati richiesti (ecografia, manometria, defecoRM, urodinamica, EMG, ecc), oltre alle eventuali valutazioni dei singoli specialisti (uroginecologo, gastroenterologo, urologo, ecc.). Il fine ultimo dell'attività dell'ambulatorio è di concordare con il paziente, come completamento del percorso diagnostico integrato, il percorso terapeutico più opportuno.

Le patologie di interesse sono esclusivamente quelle a carico del pavimento pelvico (doppie incontinenze, patologie da prolasso multicompartimentale, patologie concomitanti a carico del pavimento pelvico, dolore pelvico cronico). Dall'ambulatorio sono escluse le comuni programmazioni di terapie per patologie proctologiche semplici (emorroidi, ragadi, fistole, ecc.) o uroginecologiche semplici.

**Ambulatorio di valutazione funzionale:** ambulatorio dedicato alla valutazione funzionale postoperatoria dei pazienti operati per patologia retto-ale. I pazienti vengono inviati direttamente dai medici del reparto chirurgico in seguito ad interventi come resezioni transanali del retto per patologia benigna, resezioni anteriori del retto per patologia maligna, in previsione o in seguito a ricanalizzazione intestinale. Ruolo dell'ambulatorio è di fornire un supporto di tipo fisioterapico-riabilitativo del pavimento pelvico nei pazienti sottoposti ad interventi chirurgici specifici.

### **I professionisti, la diagnostica e i trattamenti**

Il Centro, accanto alla figura del *chirurgo coloretale e proctologo* e all'*uro-ginecologo* prevede la presenza di molti altri specialisti. Al fine di ampliare le possibilità assistenziali sono state coinvolte alcune figure professionali essenziali per un corretto inquadramento globale dei pazienti. Queste figure sono: *il gastroenterologo, l'urologo, e il neurourologo*. Questo permette di valutare gli organi presenti nel pavimento pelvico non come strutture terminali ma come parte di sistemi più complessi, da considerare interamente.

Da un punto di vista diagnostico, grazie alla presenza di un *radiologo* e di un *neurofisiologo* dedica-

ti, che aggiungono la loro professionalità ai servizi di manometria anorettale, urodinamica, ecografia pelvica ed endocavitaria (anale e vaginale) ed endoscopia, il Centro può offrire indagini come la Risonanza Magnetica Defecografica (Defeco-RMN) e lo studio Neurofisiologico del nervo Pudendo (Elettromiografia, Tempi di Latenza, Potenziali Evocati, Riflessi, ecc).

Queste indagini rappresentano esami altamente specialistici e che conferiscono grande prestigio all'offerta diagnostica del Centro, rendendolo così ulteriormente un riferimento regionale e nazionale.

Tra le proposte di alta qualità del Centro riveste un ruolo assolutamente determinante il percorso fisioterapico-riabilitativo, che grazie al lavoro di *fisioterapisti* e *infermieri* dedicati permette di offrire un approccio terapeutico con altissime percentuali di risultato sulle patologie funzionali del pavimento pelvico, permettendo così di evitare trattamenti più invasivi e demolitivi.

Grande attenzione è inoltre affidata alle terapie minimamente invasive ad alta componente biotecnologia come per esempio la Neuro Modulazione Sacrale.

Questo trattamento rappresenta un esempio evidente di come una terapia possa influire su tutto il pavimento pelvico senza distinzione di compartimento, stimolando le radici sacrali direttamente alla loro origine, e modulandone così la funzione.

Il Centro dispone inoltre, accanto ai trattamenti chirurgici convenzionali, di tutte le moderne tecnologie e dei dispositivi all'avanguardia per il trattamento delle patologie del pavimento pelvico,

inserite in una tradizione chirurgica ampiamente affermata e sempre più orientata verso trattamenti combinati, che prevedano cioè l'intervento di più specialisti nello stesso momento operatorio.

Infine, il Centro si sta già distinguendo in campo nazionale ed internazionale per la ricerca scientifica e la formazione sulle patologie e la cura del pavimento pelvico.

Tutto questo contribuisce a rendere il Centro del Pavimento Pelvico di Careggi non solo un punto di riferimento ma soprattutto un esempio di come la medicina abbia sempre più bisogno di una visione olistica delle patologie e della cura del malato.



Centro  
Pavimento  
Pelvico  
Careggi

Per l'accesso ai servizi del centro basta semplicemente prenotare una visita di primo livello, in base al contesto sintomatologico del paziente, con la denominazione di **visita coloproctologica o visita uroginecologica**.

I pazienti possono prenotare la visita dal lunedì al venerdì, dalle 9.00 alle 18.00 telefonando al numero: 055 7947943.

È anche disponibile un indirizzo email del centro, in cui è possibile da parte dei medici, lo scambio di informazioni e di percorsi sui pazienti, sulla gestione, sui risultati: [centropavimentopelvicocareggi@gmail.com](mailto:centropavimentopelvicocareggi@gmail.com)

TM



Sarah Bernardini si è laureata in Filosofia all'Università di Firenze con una tesi in Bioetica. Ha frequentato il Master Interdisciplinare di II livello in Bioetica presso la stessa Università. Ha collaborato con il Comitato Etico Locale dell'Azienda USL3 di Pistoia e svolge attività di ricerca nell'ambito della filosofia pratica, della bioetica e della promozione della salute.

## Aziendalizzazione e responsabilità di sistema in Sanità

L'impatto negativo della disoccupazione e dell'insicurezza del lavoro sulla salute è ampiamente documentato. Esso non è limitato al periodo del-

l'evento, ma condiziona la traiettoria di vita delle persone che lo subiscono, provocando un accumulo di svantaggi, estendendosi anche alla collettività.

Questo scenario, drammaticamente attuale, rischia di mettere in crisi il welfare e nello specifico la tutela del diritto alla salute.

Se l'Azienda Sanitaria è lo strumento fondamentale per met-

SARAH BERNARDINI\*, CORRADO CATALANI\*\*, SIMONE FINI \*\*\*

\* Filosofo bioeticista

\*\* Direttore U.O. Educazione e Promozione della Salute AUSL 3, Pistoia

\*\*\* Coordinamento Dipartimento Processi amministrativi integrati e sviluppo servizi socio-sanitari della montagna AUSL 3, Pistoia

tere in atto la fruizione di questo diritto quali considerazioni si possono fare su limiti e criticità correnti in grado di interferire con il raggiungimento di questo obiettivo prioritario? E quale profilo di responsabilità è tracciabile sulla base degli attuali assetti di "governance"? Il processo per l'aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale ha avuto inizio con il D.Lgs 502 del 1992 subendo continui adeguamenti normativi sia a livello nazionale che regionale. Con il D.Lgs 229 del 1999 l'impianto organizzativo del sistema sanitario ha subito una forte trasformazione dando un sostanziale impulso all'attuazione di un moderno servizio sanitario. Con la modifica del titolo V della Costituzione le singole regioni hanno normato modelli spesso sufficientemente diversi l'uno dall'altro che a livello di efficienza-efficacia si discostano notevolmente. Alcuni aspetti sono, comunque, univoci come, fra gli altri, quelli relativi alla "corporate governance" che, a tutt'oggi, rimane saldamente nelle mani quasi esclusive delle Direzioni Generali.

La costituzione dei Consigli dei Sanitari, in maggioranza elettivi, e soprattutto dei Collegi di Direzione, avrebbe dovuto "calmierare" il potere del Direttore Generale, generando un sistema di *governance* basato sul concetto di governo clinico. Questo, in molti casi non è avvenuto, continuando le Direzioni ad avere un'esclusività sulle varie nomine dirigenziali e soprattutto sui c.d. "poteri di gestione".

Ciò ha prodotto un sistema di *governance* basato principalmente sull'istituto della delega, ovvero di "trasferimento" della titolarità della funzione gestionale, mentre nelle altre amministrazioni con la nomina il dirigente assume già direttamente i poteri e le competenze che caratterizzano il proprio incarico. Orbene, se questo fenomeno non assume particolare rilevanza nell'esercizio diretto di professioni specifiche, in particolare, quelle sanitarie, in quanto qualunque titolo professionale possieda il Direttore Generale non potrà mai sostituirsi nella funzione specifica di professioni "certificate", assume caratteristiche "anomale" in un moderno governo di sistema aziendale complesso come quello sanitario. Questo aspetto "interventistico" può generare una linea di collegamento dirigente-direttore di forte subalternità che, qualora esercitato con frequenza, può produrre nella dirigenza un senso di appiattimento e accondiscendenza.

La conseguenza più diretta è proprio nel Collegio di Direzione, massimo organismo del governo clinico, i cui componenti, oltre ad essere logicamente nominati dal Direttore Generale, sono legati a questo ultimo dai legami relazionali sopra indicati e quindi, con poche possibilità di contrastare eventuali decisioni. In molti casi, quindi, il modello aziendale non ha favorito la diffusione dei centri decisionali, l'applicazione di principi interni di autogoverno e trasparenza,

con presenza di diffuse procedure di controllo e verifica, continuando in una *corporate-governance* quasi di tipo "padronale". In merito vi sono state alcune regioni che hanno introdotto modelli che tendono al superamento di questi fenomeni distorsivi.

Si cita solo per esempio la Regione Toscana, che ha previsto nel proprio ordinamento del servizio sanitario la presenza di un Ufficio di Direzione, per ogni azienda, che deve contribuire, supportando la direzione aziendale, per l'adozione degli atti di governo, con modalità previste nel singolo Statuto, con convocazioni a cadenza almeno mensile ed i cui pareri, sulle materie previste nello Statuto, sono obbligatori anche se non vincolanti. Sarebbe interessante verificare nello specifico quante aziende si sono dotate di questo strumento e di come venga utilizzato. Certo è che qualora non adottato e soprattutto quando non utilizzato potrebbe creare diversi problemi di legittimità agli atti assunti senza l'obbligatorio parere previsto da una fonte normativa primaria (legge regionale).

Altro esempio interessante di modelli organizzativi socio-sanitari che evidenziano uno sforzo del legislatore regionale al superamento di una *governance* monocratica e centralizzata è quello delle Società della Salute, ove la *governance* è distribuita all'interno di un'Assemblea e di una Giunta composte dall'Azienda Sanitaria e dagli Enti Locali di riferimento, mentre l'attività gestionale è competenza del "Direttore della SdS". Questa ultima è una figura dirigenziale individuata congiuntamente dalla Giunta della SdS e dalla Regione.

Nel mondo aziendale sanitario esiste, da sempre, una problematica condensabile nel concetto di "Alta Valutazione", ovvero come misurare i risultati di scelte di alta strategia e come eventualmente "giudicarne" la responsabilità. Queste scelte, come in precedenza analizzato, sono fortemente ancorate al livello di Direzione Aziendale. Per comodità di esposizione si cita, ad esempio, solo le decisioni che riguardano l'organizzazione aziendale che, qualora, non perfettamente funzionale potrà generare continue criticità anche a livello di gestione ordinaria del sistema. In questo caso la valutazione può andare a penalizzare il dirigente o la struttura da lui diretta quando gran parte dell'insuccesso dovrebbe gravare sul modello adottato. Inoltre, le imperfezioni di un sistema organizzatorio o di una strategia di alta direzione si evidenziano con vettori temporali ben diversi da quelli della valutazione ordinaria; infatti l'asimmetria temporale fra la durata degli incarichi della tecnostruttura e quelli dell'Alta Direzione, in sistemi non perfettamente equilibrati, può contribuire a generare incertezze nella valutazione e nell'individuazione delle varie responsabilità che non si identifichino con i classici canoni della responsabilità conosciuta a livello

giuridico (penale, civile, amministrativa, in alcuni casi politica).

Questa responsabilità può essere definita “di sistema” ed è in buona sostanza quella che è generata da scelte di alto livello politico-strategico e che non si manifesta direttamente in azioni o comportamenti censurabili sotto il profilo giuridico, ma che genera un terreno fertile perché azioni o comportamenti possano avere l’assenza del crisma delle tre E (efficienza, economicità, efficacia). Inoltre, l’insuccesso di questa tipologia di scelte si può manifestare, spesso, in periodi temporali medio lunghi, quindi con Direzioni diverse, e con indicatori sia di natura sanitaria sia economica. Per l’adozione di un modello organizzatorio che dopo anni produce un aumento della mortalità per una certa patologia, casomai perché era stata privilegiata la risoluzione di un problema immediato, esempio creazione di una nuova struttura operativa per rispondere ad una esigenza di politica territoriale, rispetto alla strutturazione di un sistema di prevenzione di tale patologia, sarà ben difficile riuscire ad individuare una qualsiasi forma di responsabilità giuridica da imputare ad un soggetto. Al contrario il sistema di valutazione aziendale può esprimere un giudizio negativo sul responsabile di quella struttura poiché l’indicatore di mortalità supera gli standard riconosciuti in letteratura.

La presenza di un sistema di valutazione, anche raffinato ed avanzato tecnicamente, come ad esempio il sistema MeS della Regione Toscana, dell’Alta Direzione, difficilmente potrà rilevare una “responsabilità di sistema” generata, casomai, molti anni prima, correndo, altresì, il rischio di imputare l’insuccesso alla “Nuova Direzione”.

La Conferenza dei Sindaci, altro soggetto che ha il compito di esprimere valutazioni sulla Direzione, troppo spesso non ha strumenti raffinati di verifica, dovendosi, pertanto, basare su giudizi “localistici” o, comunque, sufficientemente legati al periodo della legislatura comunale.

Inoltre, una Direzione Generale, non ha direttamente una responsabilità politica di mandato, ma può solo essere “sollevata” o non rinominata da parte della regione, senza, peraltro, particolari conseguenze se non quella, appunto, di cessare dall’incarico.

Alcuni recenti episodi, che hanno avuto forte risalto anche sulla stampa, in merito a responsabilità dell’Alta Direzione sulla redazione di atti come il bilancio aziendale, aprono nuovi scenari proprio su un’eventuale ricerca di responsabilizzazione delle Direzioni ed offriranno sicuri spazi di analisi giuridico-amministrative ai vari cultori e professionisti della materia. Responsabilità che, comunque, non potrà che essere tradotta, qualora esistente, in termini delle classiche “responsabilità giuridiche”, ovvero, *in primis* quella amministrativa.

Il fenomeno della responsabilità traslata nel tempo è, ovviamente, presente anche in molte altre organizzazioni, ad esempio nelle grandi imprese private, ma in questo caso tale responsabilità si concretizza in un “danno” economico (esempio minori ricavi o redditività) che l’impresa stessa subirà. Anche nelle amministrazioni pubbliche troviamo frequenti esempi di responsabilità che è possibile rilevare solo in periodi temporali sufficientemente lunghi, si cita solo per comodità di lettura l’esempio di un piano strutturale approvato da un comune le cui conseguenze sono evidenziate negli anni successivi. In questo caso, però, la responsabilità politica in qualche misura interviene sia nei confronti della maggioranza del governo dell’ente (il cittadino può sempre non votarla), sia nel caso di periodi temporali lunghi a livello di consenso per la parte politica che la citata maggioranza rappresentava. In Sanità, invece, la Direzione è svincolata dai fenomeni di consenso politico diretto, anche se nominata dalla regione, e difficilmente vi potranno essere fenomeni traslativi nei confronti della parte politica che ha espresso il manager che dopo anni risulti aver errato scelte strategiche fondamentali.

Da queste premesse preme fare alcune osservazioni:

- esiste una zona grigia di terreno alquanto inesplorato, definibile “responsabilità di sistema”, che si trova oltre la responsabilità giuridica *strictu sensu* ed oltre la responsabilità di politica aziendale valutabile dal livello politico;
- questa responsabilità di sistema, i cui principali indicatori, fra gli altri, sono quelli epidemiologici rilevabili solo in vettori temporali difficilmente compatibili con la permanenza in carica di una singola Direzione;
- questa responsabilità di sistema è in qualche modo identificabile come responsabilità etica?
- i sistemi sanitari regionali raggiungono livelli di efficienza diversi anche sulla base della velocità di analisi e quindi di valutazione delle direzioni aziendali delle loro aziende sanitarie regionali;
- le singole aziende dovrebbero utilizzare gli strumenti già esistenti per applicare una *governance* maggiormente equilibrata e soprattutto autodisciplinarsi tramite l’atto aziendale di diritto privato (Statuto); solo con una *corporate-governance* maggiormente in linea con i tempi attuali è possibile applicare con linearità, equilibrio, trasparenza e reale “pesatura del merito” il sistema valutativo.

Resta aperto alla riflessione il punto sulle “*governance* partecipative”, costantemente citate e celebrate, nonché sul loro ruolo nei momenti emergenziali caratterizzati da carenza di risorse per il finanziamento del sistema pubblico.

TM

# Che fare per salvare la Sanità?

**O**ggi i principali problemi che il servizio sanitario nazionale deve affrontare sono: l'esplosione delle malattie croniche, il dilatarsi delle disuguaglianze nella salute (in linea con la terribile espansione delle disuguaglianze socio-economiche), le sempre minore disponibilità di risorse finanziarie. Suggeriamo quindi a chiunque debba occuparsi di politica sanitaria di prendere nota delle idee, le vere idee nuove, utili per la salute delle persone, non nostre ma della comunità scientifica internazionale, che i suoi *ghost writers* sembrano ignorare.

## 1. LA PREVENZIONE

È stato dimostrato che con una dieta sana, una regolare attività fisica ed evitando l'uso del tabacco potrebbero essere evitati fino all'80% delle malattie coronariche, il 90% dei casi di diabete di tipo 2, e il 40% dei casi di tumori. Gli effetti degli stili di vita sullo stato di salute della popolazione sono tanto straordinari quanto inequivoci, a dimostrazione del fatto che nel destino di salute delle persone contano molto di più i comportamenti dei singoli che le influenze del patrimonio genetico. Ma ritenere che l'aderenza a un determinato stile di vita (e di conseguenza la probabilità di contrarre una determinata patologia) sia nient'altro che il frutto della libera e consapevole scelta dell'individuo è la banale semplificazione di un problema molto complesso. A testimoniare la complessità della questione sta la constatazione che i comportamenti nocivi per la salute si concentrano nelle fasce meno favorite della popolazione e che – come abbiamo già notato – queste fasce sono le più colpite da malattie croniche.

Non è semplice promuovere stili di vita salutari e ancor più difficile cercare di modificare i comportamenti francamente insalubri. Infatti, agli elementi soggettivi che inducono le persone a seguire stili di vita insalubri (condizioni di stress cronico, comportamenti compensativi, etc) si aggiungono i fattori di mercato che condizionano le scelte delle persone: la pubblicità, la moda e anche banali e spesso decisivi calcoli economici (es: i cibi ad alto contenuto calorico e a basso contenuto nutritivo sono in generale a più basso prezzo).

L'obiettivo è quello di "aiutare le persone a fare le scelte giuste per la loro salute" e quindi ridurre il numero delle persone che si ammalano.

La strategia è quella della "salute in tutte le politiche" (urbanistiche e ambientali, del welfare, della viabilità e del trasporto, del commercio e della grande distribuzione, della scuola, della cultura e dello sport, etc).

## 2. IL POTENZIAMENTO DELLE CURE PRIMARIE. LA SANITÀ D'INIZIATIVA

Dall'OMS in giù tutti concordano che per affrontare l'epidemia delle malattie croniche devono essere

potenziate le cure primarie e i servizi territoriali. La medicina generale è la chiave di volta di questo potenziamento e il suo ruolo (primo livello d'intervento e filtro) va rafforzato e non certo abolito. Il rafforzamento del ruolo dei medici di famiglia passa per lo sviluppo dell'attività associata e dei team multidisciplinari (con la determinante presenza degli infermieri), per la creazione di infrastrutture edilizie tipo "Case della salute", e per l'adesione a un modello d'intervento noto come "sanità d'iniziativa".

## 3. L'EQUITÀ NELLA SALUTE

Il richiamo all'equità è indispensabile in una situazione di crisi economica e sociale e di riduzione del reddito e dei risparmi familiari, che di fatto erode l'univer-

salità di accesso al Servizio sanitario nazionale, rendendo più difficile il ricorso al privato "out of pocket" con cui larga parte della popolazione controbilanciava le difficoltà

di accesso dovute alle lunghe liste di attesa o a carenze di offerta.

## 4. LA RESPONSABILITÀ E L'APPROPRIATEZZA

Nessuno vorrebbe mai pronunciare il termine "razionamento" applicato all'assistenza sanitaria, ma in una situazione come quella che stiamo vivendo – di riduzione effettiva delle risorse disponibili a fronte di una crescente domanda di servizi – l'unica strada per evitare che vengano ridotti i livelli essenziali d'assistenza (o che la qualità dei servizi offerti si deteriori pericolosamente) è quella della responsabilità e dell'appropriatezza. Il richiamo a questi due fondamentali principi riguarda tutti.

a) Riguarda in primo luogo **politici e amministratori** a cui è richiesta competenza, austerità e rigore morale nella gestione della cosa pubblica, nella lotta agli sprechi, nel perseguimento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'equità.

b) Riguarda il **mondo accademico, della scienza e della ricerca** a cui si chiede responsabilità e discernimento nel proporre soluzioni enormemente costose per ottenere minimi benefici clinici.

c) Riguarda il **mondo medico – nelle sue molteplici articolazioni**: ordini professionali, società scientifiche, organizzazioni sindacali, medici specialisti, medici di famiglia – per il quale l'appropriatezza prescrittiva, basata sui principi del costo-efficacia e/o dell'efficacia clinica, non è ormai più solo un requisito tecnico-professionale, ma anche un dovere etico, un imperativo deontologico.

d) Riguarda infine **tutti i cittadini** che devono imparare a considerare il servizio sanitario regionale un bene prezioso della comunità da usare con parsimonia e responsabilità.



Marco Geddes da Fivolaia, ha svolto attività di ricerca in ambito oncologico, come epidemiologo, collaborando con L'AI-RC. È stato direttore sanitario dell'Istituto Nazionale Tumori di Genova e vice presidente del Consiglio Superiore di Sanità (1997-2003). Assessore alla Sanità e servizi sociali del Comune di Firenze (1996-2000), è stato presidente della Conferenza dei sindaci dell'area fiorentina.

MARCO GEDDES\*, GAVINO MACIOCCO\*\*

\* Direttore sanitario del Presidio Ospedaliero Firenze centro (ospedale Santa Maria Nuova e stabilimento Piero Palagi, già IOT) dell'Azienda sanitaria di Firenze dal 2001.

\*\* Dipartimento di Sanità pubblica, Università di Firenze



Marco Masoni, specialista in Medicina Nucleare, lavora presso la Presidenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze, dove si occupa di Consumer Health Informatics ed e-learning, argomenti sui quali, rispettivamente, ha pubblicato *Ricerca e qualità dell'informazione medica disponibile in Internet* edito da EDIMES (2006) e *E-learning in Sanità* edito da Springer (2011). È inoltre autore di articoli pubblicati sul *British Medical Journal*.

# La pubblicità digitale sanitaria necessita di regolamentazione

**D**urante l'uso dei motori di ricerca, gli utenti della rete rischiano di incorrere in pubblicità ingannevoli e fuorvianti, provenienti da industrie che operano in ambito sanitario.

È quanto sottolinea un articolo pubblicato nella rubrica *Medicine and the Media* sulla prestigiosa rivista internazionale *British Medical Journal*, firmato da Marco Masoni, Maria Renza Guelfi e Gian Franco Gensini della Facoltà

di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze (Masoni M, Guelfi MR, Gensini GF, *Online healthcare advertising needs regulation*, *BMJ* 2011;342:c5778 <http://www.bmj.com/content/342/bmj.c5778.full>).

Per *Toscana Medica* gli Autori commentano il loro studio.

La pubblicazione in oggetto è correlata ad un'altra ricerca degli stessi Autori, pubblicata anch'essa sul *BMJ*, dal titolo "*Google needs better control of its advertisements and suggested links*" *BMJ* 2009; 338:b1083.

Un sondaggio del 2007 riporta che, durante i 12 mesi precedenti, il 56% di adulti americani ha ricercato informazioni relative a problemi personali di salute senza ricorrere al proprio medico curante, riscontrando un aumento del 38% rispetto a dati ottenuti da una simile statistica del 2001. Le sorgenti informative utilizzate dalla popolazione intervistata sono state diverse: quotidiani, riviste, televisione ed amici, ma Internet è lo strumento che ha registrato il maggior incremento d'uso negli ultimi sei anni.

Per recuperare informazioni in rete è sufficiente che l'utente inserisca opportune parole chiave all'interno di un motore di ricerca. Accanto ai risultati mostrati dal motore di ricerca, molti avranno notato la presenza di link sponsorizzati, cioè annunci pubblicitari direttamente correlati ai termini inseriti dall'utente.

Le industrie che operano in ambito sanitario

investono molto denaro nella pubblicità online utilizzando spesso il "search advertising", una tecnologia che consente di posizionare annunci pubblicitari accanto ai risultati che i motori di ricerca restituiscono all'utente in funzione delle parole chiave inserite.

Google, il più famoso motore di ricerca su Internet, guadagna la maggior parte dei suoi profitti da AdWords, un software che consente ad Aziende o privati che desiderano promuovere propri prodotti di inserire link sponsorizzati nella pagina dei risultati che il motore restituisce all'utente. Attraverso AdWords gli interessati possono

realizzare annunci pubblicitari (link sponsorizzati), specificando quali parole chiave genereranno gli annunci che intendono mostrare e la

somma che sono disposti a pagare per ogni utente che seleziona il link corrispondente. A questa fase della procedura completamente governata dall'utente, ne segue un'altra in cui Google decide autonomamente l'ordine e il posizionamento dei link sponsorizzati all'interno delle pagine dei risultati della ricerca.

È importante sottolineare che questa tipologia di pubblicità digitale è assai diversa rispetto a quella tradizionale mass mediale proposta attraverso televisione, radio o cartellonistica, un'area che gli esperti chiamano "interruption marketing", in cui i consumatori sono sottoposti a messaggi promozionali che interrompono le loro attività quotidiane e per i quali hanno sviluppato cospicui "meccanismi anticorpali".

I link sponsorizzati generati dal "search advertising" sono invece direttamente correlati ai bisogni informativi dell'utente che si trova in quel momento a svolgere una precisa attività tendente a soddisfare le proprie esigenze. È assai interessante la metafora proposta da Gummesson, che paragona l'utente a un pesce e l'azienda a un pescatore: l'utente è attivamente in cerca di informazioni e l'azienda propone un'esca che cerca di attirare l'attenzione e di indurre il navigatore all'azione facendo sì che selezioni il link sponsorizzato che lo trasporti automaticamente all'informazione correlata.

MARCO MASONI, MARIA RENZA GUELF, GIAN FRANCO GENSINI

Presidenza Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Firenze

Nella loro ricerca, gli Autori, hanno dimostrato che le compagnie che operano in ambito sanitario talvolta usano AdWords in modo inappropriato e ingannevole, scegliendo parole chiave in modo tale da massimizzare la visualizzazione delle inserzioni accanto ai risultati naturali restituiti da Google.

A partire dal Febbraio 2009, gli Autori hanno monitorato per mesi gli annunci sponsorizzati restituiti da Google utilizzando le parole chiave *laetrile* e *essiac*, due sostanze spesso chiamate in causa come possibile cura nei confronti di patologie oncologiche e per le quali non esiste alcuna evidenza di efficacia. La ricerca in oggetto ha evidenziato che, talvolta, i link sponsorizzati provenienti da industrie che operano in ambito sanitario indirizzano a pagine web contenenti informazioni non pertinenti rispetto alle parole chiave inserite dall'utente. Gli Autori hanno così individuato una particolare modalità con cui le industrie farmaceutiche attraggono gli utenti della rete al fine di aumentare il numero di accessi ai loro siti web e purtroppo constatato che questa tecnica non è infrequente.

Inoltre, i link sponsorizzati rilevati erano spesso collegati a pagine che contenevano informazioni relative a trattamenti sul cancro. Nella letteratura medico-scientifica esistono evidenze totalmente insufficienti relative all'efficacia di *essiac* e *laetrile* come agenti antineoplastici. La diagnosi di tumore è devastante e destabilizzante per il paziente e non è etico utilizzare mezzi pubblicitari per cercare di influenzare persone che si trovano in condizioni di particolare vulnerabilità per incrementare il numero di visitatori al sito web di una azienda.

Attualmente sono in crescita applicazioni sanitarie che utilizzano utilmente la pubblicità on-

line. Per esempio, il "search advertising" sta evolvendo come strategia innovativa di marketing sia per raggiungere e reclutare fumatori attraverso interventi mirati alla cessazione di questo tipo di dipendenza mediante il web e il telefono, sia per aumentare il numero dei partecipanti a studi per la prevenzione di malattie sessualmente trasmissibili. Ma per ottenere il massimo vantaggio dalla pubblicità sanitaria online è obbligatoria una regolamentazione in questa area.

Ad oggi non esistono disposizioni specifiche relative alla pubblicità sanitaria online e vengono applicate norme generali valide per tutti i media. Le linee guida del Food and Drug Administration (FDA), l'ente governativo statunitense preposto alla regolamentazione dei prodotti alimentari e farmaceutici, sono state pubblicate nel 1997 e completate nel 1999.

La regolamentazione di un ambiente dinamico e in continua evoluzione come Internet è certamente complessa poiché la tecnologia avanza più velocemente rispetto agli aspetti legislativi. È tuttavia tempo che le agenzie di regolamentazione si muovano da un approccio reattivo ad uno proattivo nei confronti di Internet e che debbano considerare non solo l'annuncio ma anche la parola chiave che ne produce la visualizzazione. Questo processo non è affatto semplice poiché occorre prestare attenzione a una particolare area grigia di sovrapposizione fra etica medica ed etica di marketing in cui queste due ambiti possono entrare in conflitto tra loro.

#### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [m.masoni@med.unifi.it](mailto:m.masoni@med.unifi.it)

TM

### Salute, Informazione, Mercato

La notizia è: il governo federale americano ha imposto a Google una maximita di 500 milioni di dollari per aver venduto pubblicità ad aziende farmaceutiche canadesi che, attraverso i propri siti, "spacciavano" farmaci proibiti (antidolorifici e stimolanti) nel mercato americano (Corriere della sera, 26 Agosto).

Il web è diventata la prima fonte di informazione sulla salute e sulle malattie e sulle loro modalità di trattamento. Nessuno, o quasi, controlla i contenuti della miriade di siti web dedicati alla salute e il rischio di affidarsi a trattamenti di non dimostrata efficacia o addirittura pericolosi può essere molto alto.

Su Internet tutto è possibile e il consumatore è totalmente indifeso: può facilmente trovare messaggi che attribuiscono ad un certo prodotto proprietà miracolistiche e può facilmente procurarsi quel prodotto attraverso l'e-commerce. Alcune regole di base possono però aiutare ad orientarsi nel labirinto del web-salute.

Ma il web può rappresentare anche un'opportunità, una formidabile risorsa per la salute delle persone e delle comunità attraverso l'accessibilità tempestiva e economica a informazioni su una vasta gamma di contenuti, scientifici, sociali e politici. Il web può inoltre essere un potente e agevole strumento di collegamento del cittadino e del paziente con la propria organizzazione sanitaria, in grado di migliorare in maniera significativa la qualità delle cure.



Francesco Ceraudo,  
già direttore del Centro  
clinico del carcere  
"Don Bosco" di Pisa.

# La Riforma della medicina penitenziaria in Toscana

**L**a Regione Toscana è indiscutibilmente all'avanguardia nell'applicazione dei principi ispiratori della Riforma della Medicina Penitenziaria.

È l'unica regione italiana che al momento attuale può presentare le carte in regola e anche per questo si è messa alla guida di un progetto ambizioso per realizzare servizi sanitari penitenziari a misura d'uomo.

Il Centro Regionale per la Salute in carcere, unico nel suo genere sul territorio nazionale, è stata un'intuizione felice, perché coadiuvato dal Comitato Consultivo di Sanità Penitenziaria, è stato in grado di delineare un preciso programma di riqualificazione dei servizi sanitari penitenziari agendo da stimolo verso quelle Aziende USL che si presentano in ritardo.

Del resto la Regione Toscana ha ereditato dall'Amministrazione Penitenziaria un cumulo di macerie con strutture fatiscenti, rete elettrica e rete idrica senza alcuna norma di sicurezza rispettata, tecnologia desueta e ormai inservibile e servizi sanitari assolutamente insufficienti soprattutto nell'ambito specialistico. A questo stato si era pervenuti in seguito ai continui, implacabili tagli lineari perpetrati dal Ministero della Giustizia soprattutto negli ultimi dieci anni e questo nonostante la popolazione detenuta crescesse in termini preoccupanti e la domanda di salute si facesse sempre più pressante.

Sono stati chiusi a decorrenza immediata molti servizi (Radiologia, Laboratori analisi e fisiokinesiterapia), perché non più in regola con le norme di sicurezza.

Il sovraffollamento della popolazione detenuta toscana con la mancanza di circa 1200 posti-letto ha reso poi tutto più difficile e complicato. L'indice di affollamento complessivamente è di circa il 50%, ma in alcuni Istituti (Firenze Sollicciano, Prato, Lucca e Pistoia) rasenta il 100%.

Le più elementari norme di Medicina Preventiva sono state messe in discussione.

Di fronte a questa situazione catastrofica, per fortuna la Regione Toscana non si è persa d'animo, ma con molta responsabilità si è rimboccata subito le maniche e ha creato le premesse per risalire la

china, pianificando un'organizzazione dei servizi sanitari corrispondente alle esigenze di salute della popolazione detenuta.

I detenuti chiedono attenzione e chiedono il rispetto di elementari diritti.

Dopo aver perso la libertà e la salute rischiano in queste condizioni di perdere perfino la dignità.

È stata messa in atto con immediatezza da parte del Centro Regionale una minuziosa ricognizione specifica dei Presidi Sanitari Penitenziari, facendo il punto della situazione e specificando le criticità e le manchevolezze che di fatto, ostacolavano una tutela puntuale della salute della popolazione detenuta.

È arrivata la Carta dei Servizi sanitari.

Risulta conformata la mappa dei rischi.

Le Aziende devono predisporre programmi mirati di educazione alla salute con particolare riferimento alle malattie infettive (tubercolosi, infezione da HIV, epatiti) e parassitarie, alla prevenzione della tossicodipendenza, dell'abuso di psicofarmaci, del fumo e delle più diffuse patologie sociali unitamente a una presa in carico particolarmente incisiva del disagio psichico.

Deve essere posta particolare cura al regime alimentare, agli ambienti malsani, alla mancanza di movimento, all'ozio avvilente, agli atti di violenza e di autolesionismo.

È arrivato il set igienico per il detenuto nuovo-giunto.

Sono arrivati i materassi nuovi.

È stato reso operativo il sistema di comunicazione, rendendo più agevoli i rapporti con le Aziende e con gli Ospedali, laddove si tratta di individuare dei percorsi preferenziali per l'esecuzione di particolari accertamenti diagnostici all'esterno.

È stata predisposta una importante delibera (N° 1307 del 29 /XII/2009) con la quale la Regione Toscana ha messo a disposizione risorse economiche pari a 3.500.000 Euro per le Aziende USL competenti per territorio per il rinnovo tecnologico delle apparecchiature medicali (ecografi, elettrocardiografi, spirometri, sfigmomanometri ecc.) e per potenziare i servizi specialistici, medici SIAS, quello tecnico-infermieristico e gli arredi degli ambulatori.

FRANCESCO CERAUDO

*Direttore Centro regionale per la salute in carcere*

Con l'acquisizione di quanto sopra, sono state abbattute le liste di prenotazione per gli accertamenti diagnostici e per le visite specialistiche all'esterno.

Persistono forti criticità all'OPG di Montelupo Fiorentino e a Firenze

Laddove si sono frapposte difficoltà di ordine economico da parte dell'Amministrazione Penitenziaria, la Regione Toscana con la Delibera n° 441 del 30/05/2011 (Qualità della salute dei cittadini detenuti) ha anticipato le risorse per gli interventi più urgenti con particolare riferimento alla rete elettrica e alla rete idrica.

Risulta programmata la formazione del personale con corsi specifici e ciò acquisisce particolare importanza nella gestione dei servizi sanitari penitenziari.

È in via di definizione la cartella clinica informatizzata.

Risulta delineato l'intervento del Centro di gestione rischio clinico regionale anche all'interno del carcere per approfondire gli eventi avversi che si verificano ed individuare azioni di miglioramento della sicurezza dei pazienti.

È stata ufficializzata la figura del mediatore culturale nell'ambito del Presidio Sanitario.

Il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che già valuta le performance di tutte le Aziende Sanitarie Toscane, valuterà anche la capacità del Servizio Sanitario Toscano di erogare servizi appropriati in linea con i bisogni di salute della popolazione detenuta.

La continuità terapeutica si pone quale principio fondante per l'efficacia degli interventi di cura.

Bisogna garantire tale continuità dal momento dell'ingresso in Istituto Penitenziario fino alla reimmissione in libertà.

Le urgenze sanitarie vengono gestite con estrema puntualità e tempestività attraverso sicure prassi consolidate.

L'approvvigionamento dei farmaci e dei presidi sanitari è stato assicurato dalle singole Aziende con puntualità.

È stato confermato e successivamente potenziato il *Progetto Psicologico Retintegrare* per la gestione del rischio suicidario.

La Regione Toscana rivoluziona il carcere: i detenuti tossico/alcooldipendenti potranno curarsi in comunità.

L'opportunità riguarda quei detenuti tossicodipendenti che possono usufruire di misure alternative alla detenzione. Nella delibera si stabilisce che il percorso di presa in carico dei detenuti tossicodipendenti dovrà essere equiparato in tutto e per tutto a quello delle persone tossicodipendenti in libertà.

Sono state allestite le linee di indirizzo per la gestione delle patologie più frequenti e più importanti in carcere.

Sono stati allestiti con la delibera 784/2010 i contratti per il Personale Sanitario valorizzando

le competenze e le esperienze specifiche.

Finalmente si esce dalle condizioni di *lavoro nero* e si entra in una prospettiva di lavoro dignitoso con specifiche tutele previdenziali ed assicurative.

Il posto di lavoro è stato salvaguardato per tutti.

La Riforma della Medicina Penitenziaria deve essere il punto di partenza di un progetto altamente qualificante dove il medico e l'infermiere devono assurgere a protagonisti diretti del cambiamento.

La Medicina dei Servizi è una modalità adeguata per consentire attraverso una incisiva rivisitazione dei compiti professionali dei singoli operatori una incisiva presa in carico della salute in carcere e su questo versante dobbiamo operare per acquisire risultati importanti anche attraverso l'utilizzazione della rete dei servizi che verrà messo a disposizione da parte delle Aziende competenti per territorio.

Dobbiamo essere in grado di lasciare alle nostre spalle la cosiddetta Medicina d'attesa collegata a episodi contingenti di necessità clinica.

Bisogna finalmente oltrepassare i criteri marginali e penalizzanti della Medicina difensiva. Una Medicina Penitenziaria che non deve agire come uno strumento per salvaguardare il concetto predominante della sicurezza.

Quanto sopra consentirà di passare da una Medicina Penitenziaria d'attesa e difensiva fortemente marginale ad una medicina penitenziaria di iniziativa e di opportunità, una Medicina Penitenziaria in grado di prevenire, di saper individuare i bisogni e le criticità.

Lo sviluppo della Medicina Penitenziaria di iniziativa si basa su un nuovo modello assistenziale per la presa in carico proattiva dei detenuti e su un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevedendo ed organizzando le risposte adeguate.

Restano in campo il raggiungimento degli obiettivi prefissati e la rivisitazione dei compiti professionali.

La loro applicazione verrà seguita dal Centro Regionale per la Salute in carcere con particolare cura ed attenzione, perché è proprio in questo che si compie il salto di qualità per assicurare la tutela della salute in carcere secondo i principi ispiratori della stessa Riforma.

È questo lo spirito che anima la Riforma e in questa prospettiva intendiamo muoverci con rinnovato vigore. La Riforma della Medicina Penitenziaria si carica di particolari valenze, perché non deve assicurare esclusivamente la tutela della salute in carcere, ma deve creare le premesse per un profondo, significativo cambiamento culturale e strutturale e in definitiva deve essere in grado di rendere più vivibile l'ambiente carcerario restituendo dignità e umanità alle persone.



A. Battaglia, Master univ. in Metodologia delle Revisioni Sistematiche in campo medico e sanitario (Univ. di MI). Corso di Perfez. univ. in Statistica applicata ai quesiti clinici a MO. Resp. Naz. le dell'Area Critical Appraisal di consulenza e supporto all'interno del segretariato scientifico della S.I.M.G. (Soc. Ital. di Med. Gen.) Membro esperto della Regione Veneto del Team di Progetto reg. le per la formaz. di base dei medici delle Cure Primarie Sperimentatori (ricerca farmacologia in fase III e in fase IV).

# Valutazione del rapporto tra colesterolemia LDL e mortalità generale nell'uso terapeutico delle statine

*Pubblichiamo l'articolo del Collega Battaglia con i commenti di Santoiemma e Giustini, allo scopo di sollecitare un dibattito su uno degli inconvenienti più rilevanti della medicina moderna: il valore dei trials.*

## Introduzione

La letteratura internazionale ha più volte considerato la natura del rapporto *outcome* cardiovascolari / variazioni della colesterolemia LDL statino-indotte ma i risultati non sono univoci. Capire la natura precisa di questo rapporto riveste invece una importanza enorme in quanto se l'associazione LDL-eventi (come da

molti sostenuto) è log-lineare – ossia se ad un determinato abbassamento della colesterolemia LDL corrisponde un abbassamento prevedibile della mortalità/morbilità cardiovascolare – la tipologia del trattamento di un paziente ad alto rischio candidato alla terapia con statine dovrebbe essere condizionata in prima istanza dalla potenza del farmaco, indipendentemente dal fatto che la ricerca clinica che ha legittimato l'immissione in commercio della molecola sia rappresentata da studi di eventi o, piuttosto, da studi di *end-point* surrogati come appunto la variazione della colesterolemia LDL. Se al contrario la natura del rapporto LDL-eventi non è chiara (perché per esempio il farmaco potrebbe esercitare il suo effetto non solo attraverso riduzione della colesterolemia LDL ma anche attraverso meccanismi alternativi) la scelta di un trattamento non dovrebbe essere tarata sulla potenza della statina ma piuttosto sulla sua tipologia.

In tal caso, cioè, la scelta dovrebbe cadere non sulla statina più potente ma piuttosto sul tipo di statina e sul tipo di dose che la ricerca clinica ha dimostrato efficace nella stessa tipologia di pazienti.

## Materiali e metodi

Abbiamo eseguito una ricerca sistematica in MedLine e in Cochrane Library di tutte le metanalisi sull'argomento prodotte da dieci anni dalla letteratura internazionale: tra 74 metanalisi reperite 31 obbedivano ai nostri criteri di inclusione.

Abbiamo recuperato tutti i 91 trial recensiti dalle 31 metanalisi selezionate e abbiamo estratto da questi lavori originali i dati necessari ad elaborare in modo autonomo i percorsi metanalitici seguiti dai singoli autori. L'obiettivo era analizzare la correttezza di questi percorsi e integrare le analisi stesse con ulteriori spunti di riflessione

attraverso analisi per sottogruppi, *sensitivity analysis* e tecniche di metaregressione.

Abbiamo creato così un database, che stiamo ancora perfezionando e integrando estraendo dai trial i dati in doppio con accurato controllo della qualità inputativa. Per ora abbiamo analizzato solo la relazione tra variazioni della colesterolemia LDL e mortalità generale. La scelta di questo *outcome* è giustificata dalla sua importanza clinica e dalla bassa probabilità di misclassificazione.

## Risultati

Solo otto metanalisi (sulle 31 pubblicate negli ultimi 10 anni) hanno affrontato esplicitamente il problema «associazione tra LDL colesterolemia e mortalità generale».

Tre di queste negano l'esistenza di una associazione log-lineare tra le due variabili.

Una di queste ha provato l'esistenza di questa associazione in un modello di metaregressione monovariata ma non è riuscita a

dimostrarla usando la metaregressione multivariata.

Tre metanalisi (tra cui la CTT 2005 integrata 2010, una importante metanalisi di dati individuali) sono invece a favore dell'esistenza di un rapporto log-lineare. Una, infine, era a favore di un rapporto lineare ma dimostrando una associazione inversa tra valori di colesterolemia LDL e mortalità.

L'associazione eventi – colesterolemia LDL è stata in genere studiata attraverso modelli statistici di metaregressione. Tra le otto metanalisi che hanno affrontato la relazione delta – LDL / mortalità solo tre hanno utilizzato modelli di metaregressione random effect based, considerati più idonei a questo scopo (Thompson 2002). Le altre quattro, compresa la CTT 2005, hanno utilizzato modelli fixed effect based.

La letteratura metodologica internazionale non ha ancora trovato accordo sulla misura in cui una analisi patient-level based debba essere integrata, a livello metanalitico, da una analisi trial-level-based ma comunque, avendo a disposizione i dati individuali, le due tecniche andrebbero integrate (Simmonds 2005) cosa che non è stata fatta dagli autori del più importante contributo sull'argomento (CTT 2005).

Ci siamo resi conto creando il nostro dataset della grande variabilità delle modalità con cui i metanalisti

A. BATTAGLIA, P. BASSETTO, C. CRISAFULLI,  
S.E. GIUSTINI, G. MERLINO, M. PERNICE,  
R. SCOGGIO, A. STIMAMIGLIO

(SIMG Area critical appraisal) Relazione presentata al  
Congresso Nazionale 2010 Nazionale 2010 *in situ* [http://www.simg.it/default2.asp?active\\_page\\_id=1126](http://www.simg.it/default2.asp?active_page_id=1126)

avevano estratto dai singoli trial i valori della colesterolemia LDL. A volte è stata utilizzata la media rilevata durante tutto il follow-up; a volte solo il valore rilevato alla fine del follow-up; altre volte la media ponderata dei valori rilevati in diversi punti del follow-up. In ogni caso solo tre metanalisi su otto hanno pubblicato i valori di LDL rilevati a livello di trial e solo quattro su otto hanno indicato con precisione le modalità utilizzate per rilevarli.

Una misclassificazione di questo outcome (o *meglio*: una diversa scelta delle modalità con cui i dati che si riferiscono a questa variabile sono estratti dai lavori originali) può condizionare pesantemente l'output delle singole analisi di metaregressione (come abbiamo dimostrato nella nostra esperienza).

Per cui, data la grande confusione esistente in letteratura non ci sentiamo di abbracciare la posizione sull'argomento di Linee Guida molto popolari come le AHA/ACC

americane. Nessuno discute che le statine comportino vantaggi in termini di mortalità (almeno in prevenzione secondaria, in prevenzione primaria cominciano ad affiorare i primi dubbi, vedi Ray 2010).

In assenza di chiarezza sulla esatta natura della relazione matematico-statistica tra variazioni di colesterolemia LDL ed eventi – vedi NICE 2005 e HTA 2005 – la classe medica dovrebbe essere orientata a nostro parere più che verso il raggiungimento di target ben definiti e rigidi di colesterolemia LDL (le “soglie” rappresentano i valori rilevati in *un'analisi per sottogruppi* dello studio HPS e i valori rilevati in nei trial TNT, e IDEAL), quanto verso l'adozione di terapie antiiperlipidemizzanti rappresentate dalle molecole e dalle dosi utilizzate nei trial che hanno dimostrato efficacia su pazienti simili a quelli verso cui dovrebbe essere orientata la prescrizione. **TM**

## Allora... meno LDL = meno mortalità?

### L'ANTEFATTO

Nella prevenzione secondaria della malattia cardiovascolare su base aterosclerotica, e, forse, anche nella prevenzione primaria nei soggetti a rischio medio-elevato, l'utilità di farmaci inibitori della Idrossi-Metil-Glutaryl-CoA-Redattasi, statine, non è in discussione. Il meccanismo di azione, l'unico al momento documentato, di questi farmaci è la riduzione dei livelli di colesterolo, sia totale che LDL.

Se nei primi grandi trials era il valore della colesterolemia totale ad essere preso in considerazione parallelamente agli esiti clinici (riduzione della mortalità generale, cardiovascolare, infarto miocardio, ictus), via via sempre maggiore interesse si è concentrato sulla riduzione del colesterolo LDL. Riduzione inseguita con target sempre più stringenti, tanto che oggi abbiamo seri problemi a definire la *ipercolesterolemia*, indicazione condivisa di tutte le statine e conditio sine qua non, in Italia, per la rimborsabilità delle stesse a carico del SSN.

Qual è il valore normale della colesterolemia?

Qualche anno fa definivamo ipercolesterolemia valori di colesterolo totale superiori a 290 mg/dl.

Se oggi lasciassi andare in giro un mio paziente cardiopatico o diabetico o anche solo fumatore e moderato iperteso, con questi valori, sarei considerato da molti miei colleghi un pericoloso assassino a piede libero ... E forse a ragione.

La deriva, però, di valori costantemente al ribasso, è che abbiamo valori di “normalità” diversi da paziente a paziente e, soprattutto, non stiamo riuscendo a capire dove fermarci con la rincorsa verso il basso.

A giudicare da varie Linee Guida di società scientifiche e istituzioni internazionali, nazionali e perfino regionali, la tesi che sembra più sostenibile è quella del “lower is better”, più scende il colesterolo, meglio se LDL, meglio è. Non abbiamo ancora trovato una soglia al di sotto del-

la quale non è più conveniente scendere, quindi scendiamo. E dobbiamo scendere con le statine più potenti, piuttosto che con associazioni di farmaci ipocolesterolemizzanti, perché probabilmente esistono delle azioni “pleiotropiche”, benefiche, delle statine, importanti negli esiti clinici.

L'altra tesi di approccio al problema, “hit and forget” – individua il problema, dai una statina (qualsiasi) e scordatene, quello che dovrete fare l'hai fatto – sembra perdere quotazioni.

Ma è proprio evidente che la letteratura è fortemente orientata verso la prima tesi e che il consenso è pressoché unanime in letteratura, verso una correlazione lineare tra riduzione del colesterolo LDL e riduzione degli eventi?

Il valoroso drappello condotto da Alessandro Battaggia si è posto questa domanda ed è partito alla ricerca dei fatti a sostegno di questa tesi.

### IL LAVORO

Gli Autori hanno cercato tutte le metanalisi sull'argomento rintracciabili in importanti data bases prodotte negli ultimi dieci anni; ne hanno trovato 74 ma solo 31 allineate ai criteri di inclusione della ricerca. Hanno rintracciato i 91 trials originali fonte delle 31 metanalisi recuperandone i dati e costruendo un nuovo database.

Obiettivo, per ora, correlazione tra variazioni della colesterolemia LDL e mortalità generale.

Delle 31 metanalisi solo 8 si sono poste lo stesso obiettivo (ma come, va bene che è un “hardest end point”, ma come fare a meno di questo tipo di risultato!) e i risultati sono:

- 3 metanalisi non trovano correlazione tra mortalità e riduzione del COL-LDL;
- 1 la trova con un approccio statistico e la perde con



Luigi Santoiemma, medico di medicina generale e farmacologo di Bari. Componente Commissione Appropriatezza prescrittiva, Regione Puglia.

LUIGI SANTOIEEMMA\*, SAFFI ETTORE GIUSTINI\*\*

\* Medico di medicina generale e farmacologo, Bari

\*\* Medico di medicina generale, Pistoia

un altro approccio statistico;

- 3 la trovano;
- 1 trova una correlazione opposta, ovvero la mortalità aumenta con la riduzione del COL-LDL.

### Che altro scoprono gli investigatori?

Che solo 3 su 8 metanalisi adottano un modello di meta-regressione considerato adatto a questo tipo di indagini, mentre le altre usano un modello meno idoneo.

Che andrebbero eseguite due diverse analisi sui dati disponibili (patient-level-based e trial-level-based) e che gli autori del lavoro più importante non l'hanno fatto.

Che non tutti hanno misurato lo stesso colesterolo LDL: qualcuno lo ha misurato nella media di tutto il follow up, altri alla fine del follow up, altri hanno misurato la media ponderata dei valori rilevati a punti fissati del follow up.

Alla luce di questi dati gli Autori concludono che:

- nessuno discute la riduzione della mortalità, almeno in prevenzione secondaria, legato all'impiego delle statine;
- non è possibile oggi sostenere con certezza una correlazione lineare tra riduzione del colesterolo LDL e riduzione della mortalità generale;
- oggi dovremmo impiegare statine e dosi utilizzate nei trials che hanno dimostrato efficacia su pazienti simili a quelli che dovrebbero ricevere il trattamento.

### IL COMMENTO

All'inizio della storia non si faceva così.

Una persona, attenta a quello che accadeva, notava un fenomeno, rifletteva sulle cause possibili e sperimentava delle soluzioni.

I margini di risposte positive, sulle grandi scoperte, erano talmente ampi che non c'erano da fare complicati funambolismi statistici.

Semmelweis ottenne una riduzione dei casi di febbre puerperale dall'11% all'1%, lavandosi e facendo lavare le mani ai colleghi tra una visita e l'altra con una soluzione di cloruro di calcio.

Una Riduzione del Rischio Relativo superiore al 90%!

Amministratori delegati di aziende farmaceutiche si svenerebbero per produrre un farmaco che producesse questi risultati!

I primi lavori sull'impiego della penicillina nel trattamento della polmonite non dovettero ricorrere ad alcun giochino statistico perché la mortalità scendeva dal 30% al 1%.

RRR superiore al 90%, amministratori delegati etc, etc...

• Oggi, 74 metanalisi sull'argomento non riescono a dimostrare che esiste un rapporto lineare tra riduzione di colesterolo LDL e mortalità, né a dimostrare il contrario.

Eppure l'introduzione in terapia delle statine è considerata, e sicuramente a ragione, una delle grandi svolte in terapia medica!

Solo che Semmelweis e Chain e Florey non avevano spinte poderose alle spalle per dimostrare che ci vogliono sempre più farmaci per vivere bene e a lungo e che abbassare il limite di normalità del colesterolo, della pressione arteriosa, significa rendere malati, di colpo, milioni di persone che pensavano di essere sane...

Ma questi sono cattivi pensieri.

Un po' di paradossi da letteratura:

1. si pubblicano lavori e metanalisi relative su terapie "salvavita" e non si misura la mortalità generale;
2. più della metà dei pochi lavori che si sono posti

il problema, lo ha affrontato con limiti metodologici importanti;

3. non si è raggiunto neanche un consenso su quando misurare il colesterolo LDL.

Se la situazione di partenza è questa, cosa succede quando facciamo la metanalisi delle metanalisi, ovvero il lavoro di cui ci stiamo occupando?

"Garbage in, garbage out" dogma in campo informatico e audiofilo è sempre valido: se immettiamo spazzatura, ovvero dati imperfetti, otterremo spazzatura, ovvero risultati imperfetti.

Ovvero, il lavoro di Alessandro Battaglia e Co, è, come ci ha abituato, rigoroso, faticosissimo, esaustivo, ma non fornisce risposta alla domanda primitiva: meno LDL, meno mortalità?

E non ci fornisce la risposta perché i dati in ingresso non sono buoni, sono disomogenei negli obiettivi di ricerca e nella metodologia di esame degli stessi, "garbage in".

Ci serve, e molto anche, a stabilire che oggi non è possibile affermare con sicurezza la tesi su esposta ma, a sua volta, non ci fornisce risposte.

• Ci fornisce invece un preoccupante spaccato tra la quantità incredibile di pubblicazioni che ci piovono addosso ogni giorno che il Signore ci dà, per la precisione 75 RCTs e 11 revisioni sistematiche, e la scarsa qualità di tanta di questa letteratura (Seventy-Five Trials and Eleven Systematic Reviews a Day: How Will We Ever Keep Up? Hilda Bastian and colleagues examine the extent to which critical summaries of clinical trials can be used by health professionals and the public. PLoS Med 7(9): e1000326. doi:10.1371/journal.pmed.1000326. Published: September 21, 2010).

• Quanto è utile il lavoro di Battaglia nella mia pratica quotidiana di medico di medicina generale?

Molto, quando mi dice "Occhio a quello che qualcuno vuole venderti, non è certo che tu debba inseguire il più basso valore possibile del COL-LDL".

Poco, quando mi propone, per il momento, di cercare di inserire il mio paziente nel quadro di un trial che si è occupato di quel tipo di paziente e di usare per lui la statina e la dose usata in quel lavoro.

Purtroppo, in quei 75 trials quotidiani, si trova tutto e il contrario di tutto e qualcuno riuscirà a vendermi il lavoro Pippo Trialist in cui vien fuori che il suo farmaco è meglio di quello usato nella Topolino Collaboration ...

No. La soluzione è altrove.

• Criteri condivisi di qualità dei trials, nella individuazione degli obiettivi e nella metodologia di raccolta e analisi dei dati: serve un Manifesto, un Codice di qualità. Se il tuo lavoro ha tot punti viene pubblicato, altrimenti non si pubblica o per lo meno non si pubblica sulle riviste che hanno condiviso questo approccio.

• Valutazione, a fine articolo, dell'impatto che può/deve avere sulla pratica clinica: se l'impatto è basso, nessuno lo potrà usare per venderti qualcosa.

E intanto che aspettiamo una letteratura più scarna, più efficace e meno "telecomandata" cosa facciamo?

Beh, continuiamo a leggere e commentare, magari in forma strutturata, tipo "La SIMG legge e commenta per te..." **con due gruppi di reviewers, uno clinico, l'altro metodologico** (perché la metodologia serve ma non dobbiamo perdere di vista gli obiettivi, curare persone) che esamina e commenta in maniera combinata i lavori clinici di maggiore risonanza, esprimendo una valutazione di impatto sulla pratica quotidiana...

Un vero e proprio archivio critico, piuttosto che esperienze spot...

TM

# La vaccinazione contro il papilloma virus umano (HPV) in Regione Toscana

**L**l papillomavirus umano, HPV (dall'inglese *Human Papilloma Virus*), è un virus a DNA che, per quanto riguarda i tipi che infettano le mucose, si trasmette soprattutto tramite rapporti sessuali e si replica nelle cellule epiteliali. Degli oltre 120 genotipi esistenti, che contagiano l'uomo, e che si differenziano per i tipi di tessuto che infettano, un terzo circa è as-

sociato in entrambi i sessi a patologie del tratto urogenitale (cervice uterina, vagina, vulva, retto, uretra, ano, pene), sia benigne che maligne [1].

Dai dati di studi epidemiologici disponibili, si evince che i tipi di HPV più frequentemente implicati nell'infezione persistente e nella genesi del carcinoma cervicale, per questo e definiti ad "alto rischio", sono quindici (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82). In particolare, la maggior parte dei tumori della cervice uterina (70%) è causato da due tipi di HPV: 16 e 18 [1].

L'HPV 16 è quello più frequentemente isolato nelle lesioni tumorali. La presenza e la frequenza di altri tipi virali varia nei diversi paesi e nei diversi gruppi di popolazione. Oltre al tipo sembra che anche le varianti, cioè gli HPV che differiscono per una quota inferiore al 2% del DNA virale, possano avere un ruolo determinante. Infatti non tutte le lesioni da HPV 16 progrediscono in carcinoma: sembra che la variante HPV 16 E6 sia quella a maggior rischio, ma i dati in proposito non sono definitivi [2]. Per contro dodici genotipi (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, CP6108) sono invece definiti a "basso rischio", in quanto legati alla gran parte delle displasie di basso grado rilevate nel corso dello screening, quelle cioè che nella maggior parte dei casi regrediscono spontaneamente, e ad oltre il 90% delle lesioni condilomatose [3]. Fra questi i più frequenti sono HPV 6 e HPV 11. Per altri genotipi mancano dati sufficienti per una classificazione certa.

Il cancro cervicale è il secondo tumore più diffuso nelle donne in tutto il mondo, ed è la terza causa di morte per cancro nella popolazione fem-

minile mondiale (circa 230.000 decessi l'anno) [4]. È il primo riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come totalmente riconducibile ad un'infezione. In Italia ogni anno vengono diagnosticati circa 2880 nuovi casi di carcinoma della cervice uterina, e si hanno circa 900 decessi [5]; in Toscana ne vengono diagnosticati circa 215.

Fino ad oggi, l'unica arma di prevenzione del carcinoma cervicale è stato lo screening effettuato utilizzando il Pap-test, tuttora raccomandato in Italia ogni tre anni per le donne tra i 25 e i 64 anni. Questo esame consente infatti di identificare le lesioni precancerose e di intervenire prima che evolvano in carcinoma. Avendo ormai accertato il ruolo causale dell'HPV nell'oncogenesi del cervicocarcinoma, l'Agenzia europea per i farmaci (EMA) ha autorizzato in Europa un vaccino quadrivalente che previene le lesioni causate da quattro tipi del virus: HPV 16 e 18 (complessivamente associati a circa il 70% di tutti i carcinomi cervicali), 6 e 11 (responsabili del 90% circa dei condilomi genitali), ed un vaccino bivalente per la prevenzione delle lesioni causate da HPV 16 e 18 [6].

Questi due tipi di vaccini profilattici anti-HPV sono commercializzati e distribuiti in oltre 100 paesi nel mondo. La disponibilità di tali vaccini apre quindi la strada ad una prevenzione primaria del carcinoma della cervice, da affiancare alle attuali politiche di screening.

Valutazioni condotte in bambine e ragazze tra 9 e 15 anni hanno dimostrato che in questa fascia di età il vaccino dà una risposta immunitaria maggiore di quella osservata nelle donne tra i 15 e 26 anni. La vaccinazione prima dell'inizio dei rapporti sessuali è quindi particolarmente vantaggiosa perché induce una protezione elevata prima di un eventuale contagio con HPV. I dati di immunogenicità hanno mostrato che oltre il 98% delle donne tra 15 e 26 anni presentava anticorpi specifici per i tipi di HPV contenuti nei vaccini, un mese dopo la somministrazione della terza dose.

EMANUELA BALOCCHINI, SARA GALLICCHIO

*Settore Servizi di Prevenzione in Sanità Pubblica  
e Veterinaria, Regione Toscana*

La vaccinazione non ha un target pediatrico ma è indirizzata a ragazze pre-adolescenti e dovrà prevenire una malattia che colpisce prevalentemente l'adulto ovvero che si manifesta più di venti anni dopo la vaccinazione. Questa avrà una efficacia maggiore se verrà somministrata a soggetti mai infettati precedentemente.

I trial clinici condotti prima dell'immissione in commercio dei due vaccini hanno mostrato che le reazioni più frequenti, associate significativamente alla vaccinazione sono la febbre e reazioni locali nella sede di iniezione. Queste reazioni hanno avuto una frequenza  $\geq 10\%$ . Come per tutti i farmaci sono state raramente segnalate anche reazioni di possibile natura allergica (broncospasmo, orticaria). La presenza di un'infezione da HPV al momento della vaccinazione non modifica il profilo di sicurezza [6].

Studi epidemiologici dimostrano che il rischio di contrarre l'infezione da HPV permane costante per tutta la vita: le donne sieropositive per un determinato ceppo virale mantengono un livello di rischio per le nuove infezioni simili a quella delle donne sieronegative. È infatti documentato che il grado di rischio per le infezioni da HPV nelle donne di 20-24 anni è quasi sovrapponibile a quello delle ragazze di 15-19 anni (34,4% vs. 38%), anche dopo l'inizio dell'attività sessuale. Tale fenomeno è da attribuirsi ad una inefficace protezione dopo il contatto naturale con il virus.

**L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), sulla base delle evidenze attualmente disponibili, raccomanda, come target prioritario della vaccinazione anti-HPV, le preadolescenti tra 9 e 13 anni di età e, come target secondario, le ragazze tra 14 e 26 anni di età. Inoltre viene riportato come la vaccinazione in questa fascia d'età avrà probabilmente un impatto di salute più limitato [6].**

In Europa, la *Survey Venice 2*<sup>1</sup> sulla vaccinazione del papillomavirus umano ha valutato lo stato dell'introduzione della vaccinazione contro l'HPV nei programmi d'immunizzazione nei 29 Paesi partecipanti (i 27 Paesi dell'UE, più Islanda e Norvegia). A partire da luglio nel 2010, 18<sup>2</sup> Paesi hanno inserito la vaccinazione contro l'HPV nel loro calendario vaccinale. Le politiche di immunizzazione [7] variano comunque tra i diversi

Paesi in termini di gruppi di età, infrastrutture per la somministrazione del vaccino e copertura vaccinale raggiunta. I limiti finanziari rimangono l'ostacolo maggiore per gli 11 Paesi che non hanno ancora introdotto la vaccinazione. Rispetto alla precedente *survey* condotta sullo stesso tema, sono emersi degli aspetti importanti: 13 nuovi Paesi hanno introdotto la vaccinazione contro l'HPV nelle loro campagne nazionali d'immunizzazione e la grande maggioranza dei Paesi privi di una vaccinazione di routine contro l'HPV erano Paesi della parte orientale dell'UE, dove i costi sembrano essere l'ostacolo principale. Dei 18 Paesi dove la vaccinazione è stata introdotta, circa il 50% ha implementato le campagne di *catch-up*<sup>3</sup>. Come popolazione target è stata scelta quella femminile nella pre-adolescenza, ma le età selezionate variano da Stato a Stato. Secondo i dati disponibili solo due Paesi hanno raggiunto una copertura vaccinale al di sopra del 60% per la vaccinazione di routine e solo uno per i programmi di *catch-up* [8].

In Italia, tutte le Regioni hanno avviato l'offerta della vaccinazione contro l'infezione da HPV 16 e 18 entro la fine del 2008, con un'ampia finestra temporale da luglio 2007 a novembre 2008. In accordo con l'Intesa del 20 dicembre 2007 tra il Ministero della Salute e le Regioni/Province Autonome, la vaccinazione viene offerta attivamente e gratuitamente alle dodicenni tramite i servizi vaccinali del Servizio Sanitario Nazionale in tutte le Regioni [9].

La Regione Toscana, da anni impegnata nella promozione della profilassi vaccinale, prosegue la "mission" sulla comunicazione e sull'offerta delle vaccinazioni. Una prima campagna di vaccinazione contro il virus del papilloma umano (HPV) è stata avviata nel 2008. La vaccinazione è stata offerta attivamente e gratuitamente alle dodicenni (coorte del 1997) e in regime di gratuità su richiesta dei genitori alle adolescenti nate nel 1996 [10].

A partire dal gennaio 2009 l'offerta gratuita della vaccinazione è stata allargata alle ragazze dal tredicesimo al sedicesimo anno di età. Inoltre è prevista la gratuità, su richiesta dei genitori, per le adolescenti nel tredicesimo, quattordicesimo e quindicesimo anno di vita, negli anni in cui non sono chiamate attivamente a vaccinarsi.

<sup>1</sup> Survey VENICE: Vaccine European New Integrated Collaboration Effort, progetto di collaborazione sulle nuove politiche vaccinali in Europa; il nuovo progetto *Venice 2* è stato lanciato il 23 dicembre 2008.

<sup>2</sup> I 18 Paesi che hanno inserito la vaccinazione contro l'HPV nel loro calendario vaccinale, sono: Austria, Belgio, Danimarca, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lussemburgo, Norvegia, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Romania, Slovenia, Spagna, Svezia.

<sup>3</sup> Catch-up: attività integrativa con verifica attenta dello stato vaccinale del bambino in occasione dei normali accessi per le vaccinazioni obbligatorie o altre occasioni opportune; attività straordinaria con convocazione attiva per coorte di tutti i soggetti non precedentemente immunizzati.

Questo diritto permane anche in caso di adesione ritardata, fino al limite dei 16 anni compiuti per l'inizio del ciclo vaccinale. L'immunizzazione che prevede tre iniezioni intramuscolari sul braccio nell'arco di sei mesi, si effettua nei Centri vaccinali delle Aziende Usl.

La copertura vaccinale raggiunta nelle ragazze nate nel 1998, al 31/12/2010 risulta del 76,2% con una dose, del 75% con due e del 66,9% con tre dosi [11]. La vaccinazione si affianca, in ogni modo, ai programmi di screening oncologico (Pap-test) al fine di ridurre l'incidenza dei tumori del collo dell'utero.

Per promuovere la vaccinazione anti-papilloma virus umano, la Regione Toscana attraverso "la nuova campagna vaccinale anti-HPV", prevede la realizzazione di specifiche azioni di informazione rivolte alla popolazione, l'attivazione di alcuni percorsi formativi rivolti agli operatori sanitari coinvolti nelle attività di profilassi vaccinale, e l'implementazione delle attività di profilassi, promozione e monitoraggio<sup>4</sup> degli interventi intrapresi nel corso di questi anni (rif. DGRT n. 586/2011) [12]. Il programma di immunizzazione a titolo gratuito è rivolto attivamente a tutte le ragazze che frequentano la scuola dell'obbligo. La modalità dell'offerta risulta perciò accessibile anche ai gruppi socialmente svantaggiati.

La disponibilità del vaccino anti-HPV rappresenta, oltre che un'importante occasione di prevenzione individuale, una opportunità per l'intera comunità. Fondamentale è l'impiego di questo strumento di prevenzione primaria, supportato da una informazione corretta, contro una malattia che colpisce doppiamente la donna, in quanto malattia oncologica e poiché interessa l'apparato riproduttivo.

In base alle evidenze attualmente disponibili, ed in accordo con le raccomandazioni dell'OMS [13], i 12 anni risultano essere, nella realtà italiana, l'età più indicata per la vaccinazione. La vaccinazione, prima dell'inizio dell'attività sessuale, è infatti particolarmente vantaggiosa perché induce una protezione elevata prima di un eventuale contagio con l'HPV. D'altronde il successo delle strategie vaccinali si fonda, da sempre sulla vaccinazione prima dell'esposizione all'agente infettivo. Compito della Regione Toscana è quello di sensibilizzare sull'importanza della vaccinazione non solo il singolo assistito, ma l'intero nucleo familiare e di conseguenza tutelare la popolazione tutta coinvolgendo anche i pediatri, i medici di medicina generale, gli oncologi e gli operatori sanitari del settore.

Le difficoltà nel caso della vaccinazione anti HPV, rispetto alle altre patologie sessualmente trasmesse sono ancor più numerose: infatti sono molteplici le figure (genitori, pediatri, medici di medicina generale, operatori sanitari e di counseling, insegnanti ed educatori) che si dovranno relazionare con le dodicenni chiamate alla vaccinazione.

C'è quindi bisogno di più personale specializzato, in grado di interloquire con le giovani donne, con le adolescenti e con le famiglie.

Sia il pediatra che il medico di medicina generale avranno, pertanto una funzione di supporto alla pratica vaccinale. Infatti, se tradizionalmente il coinvolgimento di queste due figure professionali riguardava due ambiti diversi, rispettivamente le vaccinazioni in attività pediatrica e quelle dell'adulto, nel caso della vaccinazione anti-HPV (considerata l'età target dell'intervallo a cavallo tra l'infanzia e l'età adulta) non solo la collaborazione risulta fondamentale, ma è quanto mai necessario rafforzarne le sinergie e le alleanze attraverso una attività di programmazione mirata all'integrazione [6].

In questa ottica è anche attraverso il lavoro di tutti gli operatori che informazioni semplici e dirette devono essere divulgate, cosicché la campagna per la vaccinazione anti-HPV rivolta a tutta la popolazione, sarà lo strumento per facilitare la comunicazione con e attraverso le famiglie, infatti l'esperienza legata alla prevenzione dell'HIV aveva già dimostrato quanto potesse essere difficile affrontare temi legati alla sessualità in maniera efficace ed appropriata.

La vaccinazione anti-HPV potrebbe, quindi, diventare un'occasione per iniziare un percorso di sensibilizzazione, rivolto non solo alla prevenzione delle neoplasie della cervice uterina (con conseguente adesione ai programmi di screening), ma anche alla protezione delle altre malattie sessualmente trasmesse e all'importanza di assumere comportamenti adeguati a prevenirle, primo fra tutti l'utilizzo corretto del preservativo in occasione di tutti i rapporti sessuali.

Ci sono tuttavia alcuni aspetti che meritano di essere tenuti in considerazione. La vaccinazione, anche se efficace, non annulla il rischio di avere un tumore della cervice. Alta è l'attenzione sull'efficacia e la durata della protezione legata alla vaccinazione. Il vaccino non potrà evitare quel 30% di tumori causati dagli altri tipi virali. Tutte le donne, anche quelle vaccinate, devono per questo continuare a sottoporsi regolarmente allo screening per le lesioni precancerose.

<sup>4</sup> Monitoraggio: è importante disporre di dati di prevalenza dell'HPV locali. Questi dati saranno inoltre utili per monitorare l'impatto che i vaccini anti HPV avranno sui tipi virali circolanti. La sorveglianza dei tipi virali è necessaria per monitorare l'impatto dei vaccini anti HPV rispetto all'epidemiologia dei tipi virali circolanti.

La promozione di questa nuova campagna vaccinale potrebbe finalmente rappresentare la svolta necessaria per creare un servizio “pro-giovani”, concepito per riconoscere e soddisfare le richieste di salute e di informazione delle ragazze, e perché no anche dei ragazzi.

La Regione Toscana, mediante queste attività di promozione della salute, si prefigge l'obiettivo di creare occasioni di contatto tra gli adolescenti, le famiglie e le strutture vaccinali e attivando azioni volte a favorire l'integrazione ed il confronto con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e altre categorie specialistiche, da sempre impegnate nella prevenzione, diagnosi e cura delle patologie cronico-degenerative dell'apparato riproduttivo femminile, al fine di ottenere nel minor tempo possibile il raggiungimento delle coperture vaccinali.

Per questo motivo se l'efficacia del processo vaccinale si compirà nel modo auspicato, parteciperemo a due positivi risultati: alla riduzione dell'incidenza del tumore e ad una rilevante opportunità per migliorare la salute di tutte le donne.

### Bibliografia

[1] LEVI F, LUCCHINI F, NEGRI E, FRANCESCHI S, LA VECCHIA C., Cervical Cancer mortality in young women in Europe: patterns and trends. *Eur J Cancer* 2000; 36:2268-2271.

[2] PEREZ-GALLEGO L, MORENO-BUENO G, SARRIO D, et al. Human papillomavirus-16 E6 variants in cervical squamous intraepithelial lesions from HIV-negative and HIV-positive women. *Am J Clin Pathol* 2001;116:143-8.

[3] MUNOZ N, BOSCH FX, DE SANJOSE S, et al; International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med* 2003;348:518-27 [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12571259?dopt=AbstractPlus>].

[4] World Health Organization. Preparing for the introduction of HPV vaccines. Policy and programme guidance for countries. UNFPA & World Health Organization, Geneva. 2006.

[5] WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre) Human Papillomavirus and Related Cancers in World. Summary Report 2010 [[www.who.int/hpvcentre](http://www.who.int/hpvcentre)].

[5] WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre) Italy Human Papillomavirus and Related cancers, Fact Sheet 2010 (Sep 15, 2010) [[http://apps.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country\\_pdf/ITA\\_FS.pdf?CFID=5277998&CFTOKEN=33740805](http://apps.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country_pdf/ITA_FS.pdf?CFID=5277998&CFTOKEN=33740805)].

[6] Intesa tra il governo, le Regioni e le Province autonome concernente “Strategie per l'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV in Italia” del 20 dicembre 2007.

[7] Eurosurveillance a novembre 2010 in “The current state of introduction of human papillomavirus vaccination into national immunisation schedules in Europe: first results of the Venice2 2010 survey”.

[8] Eurosurveillance, Volume 15, Issue 47, 25 November 2010 Rapid communications, The current state of introduction of human papillomavirus vaccination into national immunisation schedules in Europe: first results of the VENICE2 2010 survey F Dorleans1, C Giambi2, L De-

matte3, S Cotter4, P Stefanoff5, J Mereckiene4, D O'Flanagan4, P L Lopalco6, F D'Ancona2, D Lévy-Bruhl1, on behalf of the VENICE 2 project gatekeepers group7 Department of Infectious Diseases, Institut de Veille Sanitaire (InVS), French Institute for Public Health Surveillance, Paris, France National Centre for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion, Istituto Superiore di Sanità (ISS, National Institute of Health), Rome, Italy CINECA Consortium of Universities, Bologna, Italy Health Protection Surveillance Centre (HPSC), Dublin, Ireland National Institute of Public Health- National Institute of Hygiene, Warsaw, Poland Scientific Advice Unit, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Sweden The members of the group are listed at the end of the article [<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19730>].

[9] Stato di avanzamento della campagna vaccinale per l'HPV: dati di copertura vaccinale al 31/12/2010 e aggiornamento delle decisioni in merito alle strategie vaccinali. C. Giambi (Reparto di Epidemiologia di Malattie Infettive del CNESPS, ISS). Giugno 2011 1:11.

[9] Rilevamento sull'introduzione della vaccinazione anti-HPV nelle Regioni italiane: Risultati preliminari. Documenti del Cnesps (ISS) del 6/11/2007.

[9] Ricognizione delle decisioni regionali in merito alla vaccinazione anti-HPV e stato di avanzamento dei programmi vaccinali nelle regioni italiane a fine anno 2008. A cura del Reparto di Epidemiologia di Malattie Infettive del CNESPS (ISS) e del Gruppo Sanità Pubblica del Coordinamento Interregionale della Prevenzione.

[9] Ricognizione delle decisioni regionali in merito alla vaccinazione anti-HPV e primi dati di copertura vaccinale a fine anno 2009. Giambi C.

[9] Dati regionali di copertura vaccinale per HPV al 30/06/2010 e aggiornamento delle decisioni in merito alle strategie vaccinali. Cristina Giambi (REMI, CNESPS)

[9] Strategie vaccinali nazionali e regionali per la vaccinazione anti-HPV e primi dati di copertura vaccinale: a che punto siamo. Giambi C et al. *Ben Notiziario ISS* 2010; 23(11).

[10] Delibera n. 586 del 11/07/2011. DGRT 856/2008. Proseguimento del Programma Regionale di vaccinazione anti-papilloma virus umano (HPV).

[11] Flusso 57 - Rilevazione coperture vaccinali per vaccinazione anti HPV per coorte di nascita dal 1993 al 1999 (12-16 anni). Regione Toscana. 31/12/2010 - Schede di rilevazione avanzamento del programma di vaccinazione elaborate dalle Aziende USL 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 e 12. Decreto n. 6250 del 21/12/2010. Sistema flussi dati Settore Servizi di Prevenzione in Sanità Pubblica e Veterinaria.

[11] Flusso 57 - Rilevazione coperture vaccinali per vaccinazione anti HPV per coorte di nascita dal 1993 al 2000 (12-16 anni). Regione Toscana. 30/06/2011 - Schede di rilevazione avanzamento del programma di vaccinazione elaborate dalle Aziende USL 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 e 12. Decreto n. 6250 del 21/12/2010. Sistema flussi dati Settore Servizi di Prevenzione in Sanità Pubblica e Veterinaria.

[12] Delibera n. 856 del 27/10/2008. Recepimento dell'intesa Stato, Regioni e Province Autonome del 20/12/2007 e approvazione del programma regionale di vaccinazione anti-papilloma virus umano (HPV). Direttive alle Aziende Usl.

[13] La “Strategia Globale dell'OMS per la prevenzione ed il controllo delle infezioni sessualmente trasmesse: 2006-2015”, approvata durante la 59ª Assemblée Mondiale della Sanità nel 2006, mette in risalto le opportunità offerte dalla vaccinazione anti-HPV, come prevenzione dell'infezione da HPV e del cervicocarcinoma, e come occasione contro le malattie sessualmente trasmesse in genere.

# L'implementazione del Chronic Care Model in Toscana

## Primi dati sull'impatto del progetto sui processi di cura del diabete

**I**n questa fase della transizione demografica ed epidemiologica, il carico di malattia dovuto alle condizioni croniche è molto elevato ed è in ulteriore crescita. Contestualmente, i sistemi sanitari non sempre si sono dimostrati adeguati per prendersi cura degli assistiti affetti da queste condizioni e la gestione delle malattie croniche sul territorio si è spesso rilevata sub-ottimale.

Nella nostra Regione, per far fronte a questo, su indicazione del PSR 2008-2010, si è deciso di passare da una medicina d'attesa ad una sanità d'iniziativa, adottando il Chronic Care Model (CCM) come nuovo modello organizzativo e operativo delle cure primarie mediante l'attivazione del "Progetto per l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale".

L'unità elementare del progetto è rappresentata dai moduli, aggregazioni funzionali di MMG con una popolazione di circa 10.000 assistiti. All'interno di ogni modulo, che è coordinato da un MMG, opera un team multi-professionale costituito dai MMG e da infermieri e OSS (1/10.000 assistiti). Infermieri e OSS sono operatori di provenienza aziendale, opportunamente formati e assegnati funzionalmente al gruppo di MMG. La sede del modulo è l'ambulatorio della MMG. Qui sono svolte e registrate sulla cartella clinica del MMG tutte le attività previste dai percorsi assistenziali per le 4 malattie finora prese in considerazione (diabete, scompenso cardiaco, pregresso ictus e BPCO).

I percorsi contengono i controlli periodici differenziati in base al rischio individuale, in occasione dei quali viene eseguito il counselling e il supporto al self management. Il progetto ha preso l'avvio a giugno 2010 coinvolgendo, nella fase pilota, 504 MMG distribuiti in 11 ASL della Toscana sui percorsi di cura per diabete e insufficienza car-

diaca. Più recentemente, nella fase di estensione, sono stati considerati anche il pregresso ictus e la BPCO e sono stati coinvolti altri 280 MMG per un totale complessivo di 943 MMG distribuiti in 93 moduli.

PAOLO FRANCESCONI, VALENTINA BARLETTA

*Agenzia Regionale di Sanità*

L'Agenzia Regionale di Sanità, sulla base dei dati forniti dal Sistema Informativo Sanitario, utilizzando i metodi per l'identificazione dei pa-

zienti affetti da specifiche condizioni croniche e per la misura dei livelli di adesioni a specifiche raccomandazioni cliniche messi a punto nel progetto MaCro<sup>1</sup>, sta conducendo uno studio quasi sperimentale per valutare l'impatto del progetto implementato in Toscana sulla qualità delle cure, in termini di indicatori di processo, e sui tassi di utilizzo di specifiche prestazioni sanitarie, a partire dai pazienti affetti da diabete mellito arruolati nella fase pilota del progetto.

A tal fine, gli assistiti residenti in Regione affetti da Diabete sono stati divisi in assistiti di MMG aderenti al progetto ed in assistiti di MMG non aderenti al progetto prevalenti a inizio 2009 (26.276 pazienti nel gruppo di intervento e 112.988 nel gruppo di controllo) e a inizio 2010 (27.149 del gruppo di intervento e 121.110 controlli). Sono stati poi calcolati gli indicatori di processo e i tassi di utilizzo di specifiche prestazioni sanitarie relative al 2009 (prima dell'intervento) ed al 2010 (dopo l'intervento). Gli indicatori calcolati sono riportati in tabella 1.

Nelle figure 1-5 sono riportati i risultati degli indicatori di processo.

Nelle figure 6-8 sono riportati i risultati dei tassi di utilizzo di specifiche prestazioni sanitarie.

Nel periodo di osservazione, si osserva un generale incremento degli indicatori di processo per il gruppo di intervento, più marcato rispetto al leggero aumento (o alla diminuzione nel caso

<sup>1</sup> <https://www.ars.toscana.it/marsupio/macro/>

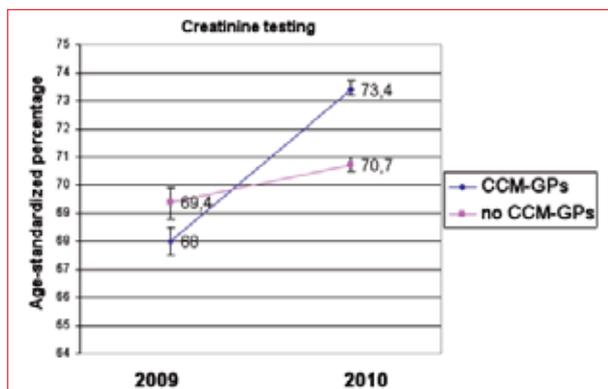


Figura 1

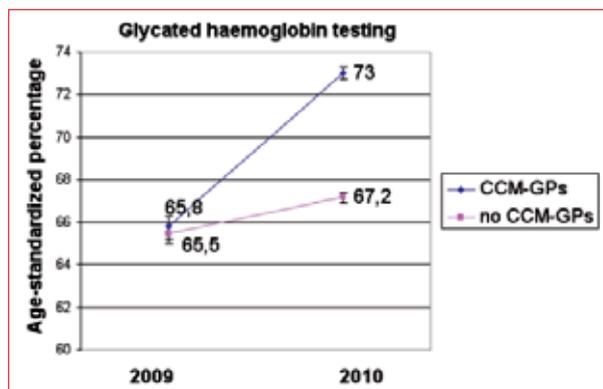


Figura 2

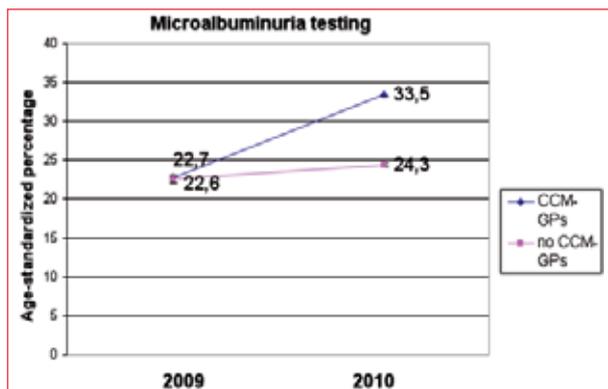


Figura 3

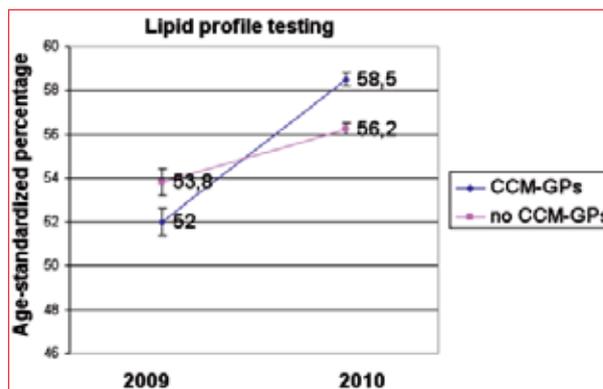


Figura 4

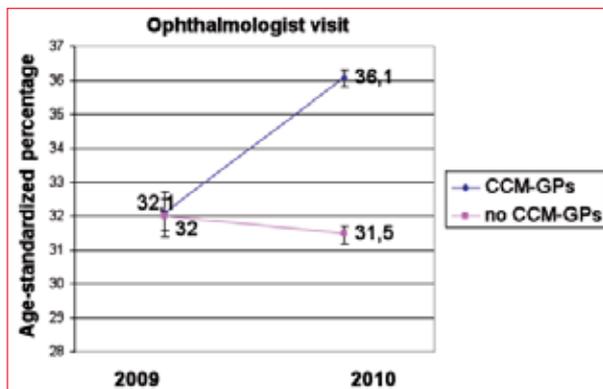


Figura 5

Tabella 1

Indicatori di processo
% pazienti con monitoraggio di emoglobina glicata nell'ultimo anno
% pazienti con monitoraggio di microalbuminuria nell'ultimo anno
% pazienti con monitoraggio di creatinemia nell'ultimo anno
% pazienti con monitoraggio di profilo lipidico nell'ultimo anno
% pazienti con visita oculistica nell'ultimo anno
Tassi utilizzo specifiche prestazioni specialistiche
Visite specialistiche
Esami di diagnostica di laboratorio
Esami di diagnostica strumentale

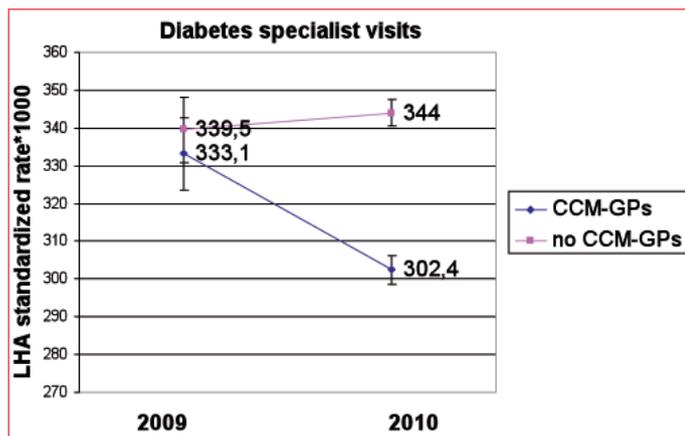


Figura 6

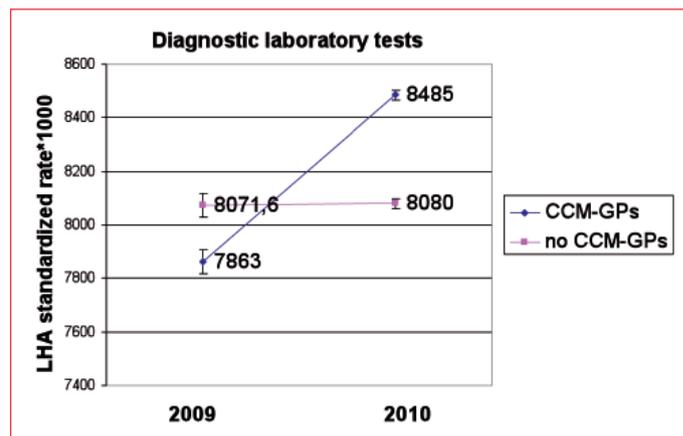


Figura 7

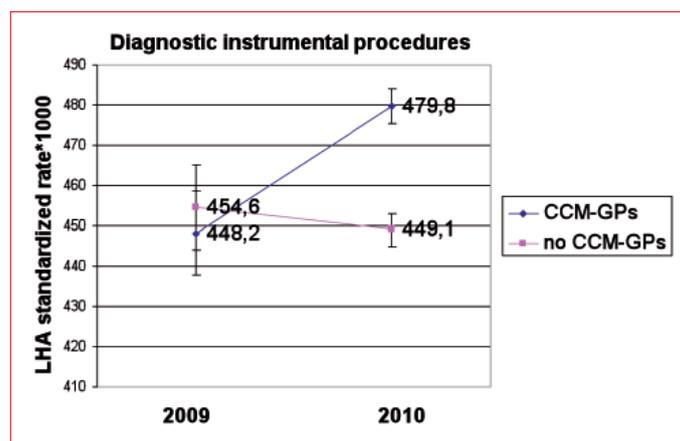


Figura 8

della visita oculistica) degli stessi indicatori per il gruppo di controllo. In particolare, gli indicatori riguardanti il monitoraggio mediante esami di laboratorio aumentano in maniera più marcata rispetto agli indicatori riguardanti il trattamento con specifici farmaci, con differenze che vanno dal 5,4% del monitoraggio della creatinemia fino al 10,8% del monitoraggio della microalbuminuria e dal 1,2% della terapia con ACE inibitori fino al 3,5% della terapia con statine. La percentuale di pazienti che effettuano una visita oculistica nei 12 mesi di osservazione aumenta del 4%.

Per quanto riguarda il consumo di prestazioni sanitarie specifiche, nel gruppo di intervento il tasso delle visite diabetologiche diminuisce (maggiore presa in carico dei pazienti da parte delle cure primarie) mentre, come atteso, aumentano gli esami di laboratorio e la diagnostica strumentale. Da sottolineare l'incremento generale degli indicatori di processo, non solo per l'indicatore riguardante il monitoraggio dell'emoglobina gli-

cata, unico ad essere preso in considerazione per il sistema incentivante la sanità d'iniziativa, ma anche per tutti gli altri. Ciò che si temeva era un aumento del carico di lavoro del MMG e pertanto una possibile minore attenzione nel monitoraggio delle patologie non prese in considerazione dalla sanità di iniziativa. Per fugare questo dubbio, sono stati calcolati gli indicatori di processo per una patologia quale il pregresso ictus che nel 2010 non era ancora inserita tra le patologie del Chronic Care Model. Dalla valutazione è risultato che gli indicatori restano invariati sia per quanto riguarda il gruppo di intervento che per quello di controllo in entrambi gli anni.

Possiamo quindi concludere che la sanità d'iniziativa è un modello che funziona e rappresenta il primo passo verso una sanità in cui la gestione delle cure torna nelle mani del MMG, presupposto essenziale per una sanità equa e orientata verso la persona, non più verso la patologia.

# Linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell'ipertensione

**C**aro Collega,  
La Commissione Terapeutica Regionale si è sempre adoperata per indicare principi di buona pratica clinica, assumendo a volte posizioni scomode, ma che con il tempo si sono rivelate esatte. (*allegato delibera Giunta Regionale n° 802 del 6 giugno 2010*).

Per quanto riguarda la terapia antiipertensiva, considerando che i farmaci più impiegati sono i bloccanti del sistema renina-angiotensina, la Commissione Terapeutica Regionale (CTR) ha sempre indicato gli ACE-inibitori quali farmaci di prima scelta rispetto agli AT-1 antagonisti, in quanto altrettanto efficaci ma assai meno costosi. Le evidenze scientifiche suggeriscono una superiorità degli ACE-inibitori sugli AT-1 antagonisti. Infatti le linee guida ESH/ESC indicano un maggior numero di indicazioni cliniche per gli ACE-I rispetto agli AT-1 antagonisti (*Journal of Hypertension* 2007, 25: 1105-1187), e costantemente le metanalisi indicano che gli ACE-I sono in grado di prevenire l'infarto del miocardio (*Hypertension* 2005; 46:386-92; *Circulation* 2006; 114:838-854; *Journal of Hypertension* 2007; 25: 951-958), caratteristica non dimostrata per gli AT-1 antagonisti (*Circulation* 2006; 114:838-854; *Journal of Hypertension* 2007;25: 951-958; *BMJ* 2011; 342:d2234). È vero che alcune metanalisi suggeriscono un effetto protettivo degli AT-1 antagonisti sul rischio di ictus, ma questo dato non è dimostrato da tutte le metanalisi.

Nonostante questo nella nostra Regione si osserva un utilizzo degli AT-1 antagonisti che è decisamente superiore a quello atteso e questo è difficilmente spiegabile

Inoltre, per quanto riguarda gli AT-1 antagonisti, siamo di fronte a una fase importante: la molecola capostipite, il losartan, ha perso il brevetto già da 1 anno, mentre anche il valsartan è in procinto di perdere il brevetto (novembre 2011) con la conseguente importante riduzione del prezzo.

È necessario sottolineare come queste due molecole siano caratterizzate dalla più ampia letteratura scien-

tifica a sostegno delle indicazioni di utilizzo della classe, una copertura pressochè totale delle indicazioni da scheda tecnica e una disponibilità di varie posologie che assicurano la possibilità di soddisfare ogni esigenza terapeutica.

**Sulla base di queste premesse, quando il valsartan si affiancherà al losartan, sarà difficile**

**poter giustificare una prescrizione diversa da queste due molecole nell'ambito dell'utilizzo degli AT-1 antagonisti nella terapia dell'ipertensione arteriosa<sup>1</sup>.**

Se, al momento della perdita del brevetto, i pazienti attualmente trattati con valsartan conti-

nueranno questa terapia (senza passare a farmaci della stessa classe coperti da brevetto) il risparmio sarà superiore a 20 milioni di Euro/anno.

Sinceramente pensiamo che questi dati non abbiano bisogno di commento.

Pertanto, sottolineiamo ancora una volta che per quanto riguarda la terapia dell'ipertensione arteriosa, se ritieni che esista l'indicazione a somministrare un farmaco che blocca il sistema renina-angiotensina, le linee di indirizzo suggerite dalla CTR sono:

- il farmaco di prima scelta è l'ACE-inibitore, somministrato a dosaggio pieno (nell'ipertensione arteriosa i bassi dosaggi di ACE-inibitore non vanno impiegati in quanto non coprono le 24 ore);

- la letteratura riporta un'incidenza media di effetti collaterali degli ACE-inibitori intorno al 20% e in questi casi è ragionevole sostituire l'ACE-inibitore con un AT-1 antagonista;

- tra gli AT-1 antagonisti si raccomanda di prescrivere losartan o valsartan: non esistono indicazioni per prescrivere altri AT-1 antagonisti che non offrono benefici aggiuntivi ma che hanno un prezzo almeno 3 volte superiore.

Ovviamente se un paziente presenta valori pressori ben controllati dalla terapia in atto questa non va modificata. Ma in tutti i pazienti di nuova diagnosi oppure nei quali è necessario modificare lo schema terapeutico, si raccomanda di applicare le indicazioni sopra riportate.

COMMISSIONE TERAPEUTICA REGIONALE  
GIAN FRANCO GENSINI\*, STEFANO TADDEI\*\*,  
RANUCCIO NUTI°

\* *Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze*

\*\* *Ordinario di Medicina Interna dell'Università degli Studi di Pisa*

° *Prof. Ordinario di Medicina interna dell'Università degli Studi di Siena*

<sup>1</sup> Dal momento che il losartan è già genericato e il valsartan lo diventerà nei primi mesi di quest'anno è chiaro che l'uso di questi due farmaci al nuovo prezzo ridotto consentirà di coprire praticamente tutte le esigenze dei pazienti bisognosi di terapia con i sartani.

# L'Europa, l'Ordine e la Groupon

ANTONIO PANTI

**N**elle missive indirizzate al Governo italiano per indurci a riordinare i conti del nostro disastrato paese, le istituzioni europee impongono, tra le tante misure, di affievolire i poteri degli Ordini professionali. Il Governo ha recepito questo "consiglio" col consenso, dobbiamo ammetterlo, di tutte le forze sociali, Confindustria, Sindacati, Partiti. I toni variano, ma il succo è identico: gli Ordini ostacolano il mercato e limitano la crescita che nasce dalla libera concorrenza (quella virtuosa o quella tra mercati finanziari?). Aboliamo gli Ordini e tutto tornerà in ordine!

Il mercato oggi non vuole regole e i guai che ne derivano sono sotto gli occhi di tutti. I veri liberali, Einaudi o Adam Smith, sostenevano che i mercati debbono operare per il bene comune e non per le speculazioni di pochi: quindi rispondere a regole ferree. La domanda è: gli Ordini rappresentano strumenti regolatori in un mercato volto solo al profitto oppure vincoli asfittici allo sviluppo? La risposta dipende dal bene protetto. Se si tratta di salute qualche organismo dovrà pur preoccuparsi della qualità dei professionisti cui la gente si affida nella malattia. Già molti anni or sono l'Antitrust riconosceva l'utilità degli Ordini dei Medici e degli Avvocati in quanto posti a tutela di due beni primari, la salute e la difesa in giudizio. Di fronte alla pletora di Ordini inutili i detrattori sostengono che gli albi potrebbero essere tenuti da qualsiasi ente pubblico per eliminare le pressioni "corporative" che limitano l'accesso alla professione e la concorrenza.



Ammettiamo, comunque, che gli oppositori si convincono che almeno l'Ordine dei Medici non meriti di essere abolito. Eppure ancora qualcosa non convince. L'Ordine garantisce ai cittadini che i medici sono in grado di curarli al meglio, contro ogni ciarlataneria, e quindi dovrebbe sanzionare chi non offre sufficiente qualità. È proprio così? No, a causa di leggi ultracentenarie, inadatte a regolamentare la medicina moderna nella sanità attuale. Basterebbe allora una nuova legge, idonea al controllo deontologico, adeguata alle esigenze dell'oggi. La Federazione degli Ordini ha inviato molteplici proposte al Parlamento, finora del tutto inascoltate.

In questa situazione di stallo gli Ordini godono di arcaici poteri e mostrano vistose carenze, mentre il mondo procede, i costumi mutano e società commerciali entrano nel mercato professionale, formalmente chiuso. Oggi i capitali sostengono ogni attività medica che resta, sì, intellettuale, ma bisognosa di strumenti e personale e, quindi, di apporti finanziari. La Groupon è una di queste società commerciali e si avvale delle leggi che hanno abolito la tariffa minima e liberalizzato la pubblicità. È il mercato che riesce a far coincidere profitto con "low cost". Al posto degli Unni calano i dentisti ungheresi e non c'è alcun Leone Terzo che li fermi. Le società anche multinazionali entrano in un mercato quale la sanità che spende il giusto per dare un buon servizio, ma non può rispondere a tutti i bisogni dei cittadini che già tirano "out of pocket" alcuni miliardi di euro. Il Ministro dice: bene così purché si seguano le regole. Ma chi detta le regole e chi le applica?

Infatti non solo occorre garantire la professionalità dei medici; il cittadino si tutela anche liberalizzando la pubblicità (il paziente/cliente deve conoscere le offerte tra cui scegliere) e abolendo la tariffa (il limite alla concorrenza è soltanto la qualità). Altresì è innegabile che, quando è a rischio la salute, qualcuno deve garantire la qualità dell'offerta troncando concorrenze surrettizie o sleali, se non addirittura fraudolente. È quello che stiamo facendo nel nostro Ordine, chiamando i singoli medici al rispetto delle norme deontologiche. Il "caso Groupon" è stato segnalato alle autorità competenti, compresa l'Antitrust. Ma allora ci si accorge che l'Ordine deve sopravvivere come strumento regolatore: la sanità risponde a logiche diverse da quelle del mercato. I controlli sui comportamenti dei medici sono necessari come lo è la loro libertà di giudizio. È necessario un organo di autogoverno che operi nell'interesse dei cittadini senza pregiudizio per l'autonomia della professione. Le proposte non mancano, finora latita la volontà politica e questo è il vero danno per i cittadini. **TM**



Chiara Mancarella, Pedagogista Infantile, specializzata in Dirigenza scolastica e socio-educativa, attualmente iscritta al corso di "Pedagogista Clinico" presso l'ISFAR di Firenze. Fa parte del Gruppo di Studio degli Aspetti Nutrizionali e Comportamentali dell'Adolescenza di Firenze diretto dal Prof. Fabio Franchini, Professore Associato di Pediatria dell'Università di Firenze.

# Genitori e figli

## Agitare bene prima dell'uso

**È** necessario modificare il meno possibile lo sviluppo armonico del bambino, senza fargli mancare quella presenza costante, affettiva di cui ha bisogno per crescere in equilibrio.

CHIARA MANCARELLA

*Pedagogista infantile, Lecce*

I genitori sono, in ogni caso, le persone più adeguate per poter ascoltare ed accogliere le paure dei figli, aiutandoli a superarle.

Ciò è possibile principalmente trovando il tempo e la tranquillità necessarie e rispettando le loro emozioni. I genitori di oggi, però, troppo presi dal lavoro, dall'arricchirsi, dal divertimento non sono più in grado, o quasi, di prendersi le responsabilità verso i figli, tanto che si sono messi in testa di comportarsi come degli amici, di avere, quindi, un rapporto alla pari... niente di più sbagliato!

Secondo alcuni autori, questa struttura delle attuali famiglie rappresenta "una delle sindromi più drammatiche della società odierna".

L'ansia dei genitori rende la vita difficile a tutta la famiglia, giacché i figli reagiscono con un'angoscia ancora maggiore, che a sua volta aggrava quella dei genitori, in una reazione a catena. Ma, indipendentemente dall'evento scatenante, la reazione d'ansia del genitore suscita nel figlio un malessere molto intenso: compaiono sintomi quali vomito, insonnia, tachicardia ecc.; il figlio, cioè reagisce a quello che ha suscitato l'ansia nel genitore, qualunque cosa sia, come se si trattasse di una catastrofe, della fine del mondo.

La preoccupazione, soprattutto di una madre, viene immediatamente percepita dal suo bambino, il quale fa di tutto per soddisfare i bisogni del genitore nonostante si senta contemporaneamente incapace e indifeso.

Spesso uno dei bersagli principali delle ansie nevrotiche del genitore può essere il figlio stesso e per questo l'adulto diventa fin troppo protettivo.

Per padroneggiare ciascuna nuova fase del suo sviluppo sia fisico che sociale, il ragazzo ha bisogno della comprensione, della sensibilità e dell'aiuto dei suoi genitori, altrimenti la sua futura personalità sarà segnata dalle cicatrici di ferite psicologiche.

Come ammettono importanti scuole di pensiero, la dottrina comportamentista e quella freudiana, i nostri atteggiamenti, il nostro comportamento, la nostra personalità possono modificarsi, e di fatto si modificano, nel corso di tutta la vita.

Spesso il fattore decisivo è il modo in cui il genitore si muove in una data situazione,

perché è questo che per il figlio costituisce la guida al significato dell'evento.

Gli atteggiamenti interiori del genitore, quali si esprimono nella sua condotta nelle singole situazioni, piccole e grandi, sono ciò che più agisce sul ragazzo.

Per questo motivo un buon genitore è quello le cui azioni e reazioni sono attenuate tenendo in considerazione il punto di vista del figlio.

È necessario, quindi, essere decisi e sicuri per quanto riguarda l'educazione alle regole che si ritengono fondamentali. La mancanza di queste e l'incoerenza provocano, infatti, paura ed insicurezza nei confronti dell'ambiente.

È, inoltre, di fondamentale importanza evitare di sottoporre i bambini e i ragazzi a richieste eccessive: ciò può provocare sentimenti di incapacità che possono sfociare in paure e stati d'ansia.

Infine, è bene ricordare che non è compito dei genitori stabilire chi sono e qual è il progetto a cui sono destinati i figli. Sta a loro diventare ciò che vorrebbero essere perché come ha scritto K. Gibran, poeta libanese vissuto tra il 1800 e il 1900, in una poesia intitolata "I figli" (solo per citarne alcuni versi):

I FIGLI NON SONO I VOSTRI FIGLI.  
 ESSI SONO I FIGLI E LE FIGLIE  
 DELLA VITA CHE BRAMA SE STESSA.  
 VENGONO PER MEZZO DI VOI,  
 MA NON PER VOI,  
 E, BENCHE' ESSI SIANO CON VOI,  
 COMUNQUE NON VI APPARTENGONO...  
 ...POTETE TENTARE DI ESSERE SIMILI A LORO,  
 MA NON FARLI SIMILI A VOI.

### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: chiara81m@libero.it

TM

# Sul filo del rasoio

## Screening e prevenzione per l'anziano fragile



Paolo Francesconi, medico, specializzato in Igiene e Medicina Preventiva presso l'Università di Firenze, ha conseguito un Master of Science (MSc) in Public Health presso la London School of Hygiene & Tropical Medicine. Dal 2006 è responsabile del settore "Epidemiologia dei Servizi Sanitari e dei Percorsi Assistenziali", Osservatorio di epidemiologia, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana.

**S**i stima che oggi vivano in Toscana circa 70 mila anziani non autosufficienti, numero che crescerà nei prossimi anni per il progressivo invecchiamento della popolazione. L'impatto della perdita dell'autonomia sulla qualità della vita degli anziani e delle loro famiglie, oltre che sulla domanda di assistenza socio-sanitaria, rende la prevenzione della non autosufficienza una priorità di sanità pubblica: dopo aver aggiunto "anni alla vita" dovremmo aggiungere "vita agli anni", ritardando il più possibile l'esordio della disabilità. Saremo in grado di perseguire tale obiettivo se, anziché attendere che il cittadino ricorra ai servizi quando ha già dei problemi significativi, saranno i servizi stessi ad individuare i soggetti a rischio per indirizzarli verso azioni di prevenzione e di assistenza integrate.

La prevenzione primaria, che mira a modificare gli stili di vita a rischio nella popolazione generale, rappresenta l'intervento più efficace anche per la prevenzione delle condizioni disabilitanti, siano queste malattie croniche, che aumentano il rischio di disabilità "progressiva", o eventi acuti, che possono determinare la comparsa di disabilità "catastrofica". D'altra parte, non sono da sottovalutare le potenzialità della prevenzione secondaria della disabilità, rivolta ad anziani già identificati come "fragili".

Gli anziani fragili, che rappresentano circa il 10% degli ultrasessantacinquenni, sono persone ancora autonome che, per la ridotta riserva funzionale di cui dispongono, sono più vulnerabili in caso di stress fisico o ambientale, e maggiormente soggetti a eventi avversi quali perdita dell'autonomia, ospedalizzazione e morte. Negli ultimi anni la ricerca ha sviluppato strumenti per l'identificazione precoce della fragilità e ha dimostrato che lo *screening* della fragilità negli anziani è più utile per orientare interventi di prevenzione rispetto ad approcci tradizionali, basati sulla ricerca di

single condizioni di rischio, come l'ipertensione arteriosa o il diabete.

In linea con le più recenti politiche europee sull'invecchiamento, anche nel nostro Paese le scelte di ricerca e di azione si sono sviluppate, tra le altre cose, intorno a temi quali la promozione di stili di vita e comportamenti salutari, la prevenzione e il rallentamento della progressione verso la malattia. Questi concetti, coerentemente con quan-

to previsto dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, sono alla base della programmazione di ricerca-intervento promossa dal "Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie" (CCM), organismo del Ministero della Salute che si coordina con le Regioni nella gestione e valutazione di efficacia di progetti di sorveglianza e prevenzione. Tra gli studi-intervento finanziati dal CCM nel 2009 figura il progetto

biennale "La prevenzione della disabilità negli anziani ad alto rischio di declino funzionale" il cui obiettivo è la definizione e la sperimentazione di modalità di individuazione degli anziani fragili da indirizzare ad interventi mirati di prevenzione secondaria della non autosufficienza. Questo lavoro, che costituisce un fondamentale anello di congiunzione fra gli studi che individuano e promuovono stili di vita salutari e quelli che affrontano il problema della diffusione delle migliori pratiche di cura per chi è già nel circuito assistenziale, coinvolge, sotto il coordinamento dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, l'U.F. di Geriatria dell'Università di Firenze, l'U.O. Geriatria dell'Azienda Sanitaria Fiorentina e le Società della Salute (SdS) Valdichiana Senese e Fiorentina Sud-Est.

PAOLO FRANCESCO<sup>1</sup>, MATILDE RAZZANELLI<sup>1</sup>,  
FRANCESCO PROFILI<sup>1</sup>, MAURO DI BARI<sup>2</sup>,  
ENRICO MOSSELLO<sup>3</sup>, ANNA SALVIONI<sup>4</sup>,  
CARLA CORRIDORI<sup>5</sup>, MICHELA PAZZAGLIA<sup>6</sup>,  
STEFANIA BANDINELLI<sup>7</sup>,  
MARIA DONATA BELLENTANI<sup>8</sup>, TERESA DI FIANDRA<sup>9</sup>

<sup>1</sup> ARS Toscana

<sup>2</sup> Direttore Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università degli studi di Firenze

<sup>3</sup> UF Gerontologia e Geriatria, Università degli Studi di Firenze

<sup>4</sup> Resp. del progetto SdS Fiorentina Sud-est

<sup>5</sup> Resp. UF Segretariato sociale e Resp. progetto SdS Valdichiana Senese

<sup>6</sup> Geriatra Servizi Territoriali, USL 9, SdS Colline Metallifere

<sup>7</sup> UO Geriatria ASL 10 Firenze, Principal Investigator INCHIANTI Study

<sup>8</sup> Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

<sup>9</sup> Ministero della Salute, DG Prevenzione

Le modalità di individuazione dei soggetti fragili proposte dal gruppo di lavoro, prevedono due fasi:

**1) screening**, realizzato tramite questionario postale inviato agli anziani di età compresa tra i 70 e gli 85 anni di età, per rilevare la presenza di alcuni fattori di rischio per lo sviluppo di disabilità (vivere con altri, problemi nel cammino e facile affaticabilità, perdita involontaria di peso, pregresse cadute e ricoveri, problemi di vista e di memoria, assunzione di più di 4 farmaci die, assenza di una rete sociale);

**2) valutazione multidimensionale a domicilio**, realizzata da infermieri o da assistenti sociali, in relazione alla maggiore pertinenza sanitaria o sociale attesa dalla valutazione e proposta a tutti gli anziani che riferiscono allo screening 4 o più fattori di rischio.

Le informazioni derivanti dallo screening e dalla valutazione domiciliare consentono di classificare l'anziano come fragile in base ai criteri proposti da Linda Fried nel Cardiovascular

Health Study. I risultati della valutazione, sotto forma di scheda sintetica, vengono quindi inviati al medico curante e/o ai servizi sociali, per riferire le criticità emerse in modo che questi possano valutare l'opportunità di attivare percorsi di prevenzione efficaci, già disponibili sul territorio.

La sperimentazione, partita nell'aprile 2011, coinvolgerà oltre 13.600 anziani nella SdS Fiorentina Sud Est e circa 10.000 anziani nella SdS Valdichiana Senese: queste due SdS già nei Piani Integrati di Salute 2006-2008 avevano attivato progetti sperimentali "Prevenzione della disabilità negli anziani fragili". La sperimentazione è stata recentemente estesa anche a circa 6.000 residenti nella SdS Colline Metallifere.

I risultati preliminari del progetto stanno peraltro supportando le attività del gruppo di lavoro istituito dal Consiglio Sanitario Regionale "Azioni regionali nell'ambito della fragilità" il cui primo documento, approvato con parere 18/2011, recepisce la definizione operativa di fragilità sviluppata nel contesto del progetto.

TM

## Meglio ossidati che tonti



Piero Dolara, dal 1986 ordinario di Farmacologia e Tossicologia dell'Univ. di FI, è stato coordinatore di numerosi programmi di ricerca naz.li ed internaz.li (AIR, FAIR, ESCO-OD, POLYBIND, NUGO, FLAVO) sugli effetti di sostanze chimiche ambientali, di prodotti naturali e di contaminanti presenti nella dieta. Ha pubblicato circa 180 articoli su giornali scientifici internazionali ed è Editor dell'European Journal of Nutrition.

Ognuno di noi conosce il concetto di frutto ossidato, di olio ossidato, di cancello ossidato. L'ossidazione viene automaticamente associata con processi di decadimento. Questa è una possibile sorgente della popolarità degli antiossidanti. Cominciò Bruce Ames negli anni '80, dimostrando che il danno ossidativo era correlato alla durata

PIERO DOLARA

Ordinario di Tossicologia, Università di Firenze

della vita: alto danno ossidativo (roditori) = vita breve; basso danno ossidativo (esseri umani, tartarughe, elefanti) = vita lunga. Fiorirono negli anni successivi osservazioni sul danno ossidativo nei processi patologici, favorite indubbiamente dalla messa a punto di metodi sensibili di dosaggio.

In breve, il danno ossidativo è diventato il *primum movens* delle più importanti alterazioni patologiche: arteriosclerosi, Alzheimer, Parkinson, e naturalmente, della bestia nera dei contemporanei, l'invecchiamento.

Queste ricerche contengono degli aspetti di verità. È difficile per un organismo basato sul consumo

di ossigeno, restare indenne dal danno ossidativo. Tuttavia, se vivere e respirare causa danno ossidativo, perché non utilizzare antiossidanti per bloccarlo e quindi controllare i comuni processi patologici? Gli antiossidanti sono presenti nella maggior parte degli alimenti vegetali, e le diete vegetariane si associano a basse frequenze di malattie degenerative e ad una lunga vita. Inoltre gli epidemiologi prevedono per la metà del secolo un'epidemia internazionale d'obesità con effetti disastrosi: ridurre l'apporto alimentare sarebbe una soluzione, ma pochi sono disposti a farlo. Invece di mangiare meno, è più attraente

imboccare la strada meno dolorosa, ovvero supplementare la dieta con antiossidanti.

Con questo tipo di premessa si è anche scatenato l'interesse per una "magic bullet", equivalente all'elisir di lunga vita degli anni duemila (vedi dipinto di Lucas Cranach). Come Editor dell'European Journal of Nutrition ricevo articoli da tutto il mondo sugli antiossidanti delle piante più strane. Di solito ringrazio e li rispedisco al mittente. Quasi tutte le piante contengono antiossidanti (polifenoli, carotenoidi, tocoferoli ecc.) ma ciò non significa che abbiano una rilevanza terapeutica o che siano la fonte della giovinezza.

La frenesia della ricerca in questo settore si è diffusa in tutto il mondo. Al momento sono registra-

ti in PubMed circa 1700 clinical trials con antiossidanti, di cui molti in fase di reclutamento. Questi grandi numeri sono legati ad una scelta degli Americani negli anni '70: essendo afflitti da una dieta ipercalorica-iperlipidica-iperproteica, nonostante la spesa sanitaria più alta del mondo, i loro indici di salute non sono buoni. La soluzione pareva consistere nell'assunzione di miracolosi composti presenti nella frutta e nella verdura. Successivamente si sono mosse in questa direzione le società scientifiche del resto del mondo.

In questo contesto è cresciuta l'offerta di prodotti commerciali: negli Stati Uniti gli *Health Food Stores* sono più grandi dei supermercati. Ci si trova di tutto, dalle vitamine, alle erbe esotiche, alle sostanze naturali più diverse, quasi sempre proposte a megadosi. L'abitudine è arrivata successivamente anche da noi. Le farmacie sono piene di questi prodotti e si reclutano specialisti per proporre nutrizione personalizzata e integratori basati su programmi informatici di valore scientifico sicuramente inferiore allo zero.

È passato ormai abbastanza tempo ed è possibile una prima valutazione dei risultati di questi interventi, in USA, Inghilterra, Francia, Finlandia, Cina, Bangladesh e pure in Italia. Alcuni sono pubblicati sulle migliori riviste scientifiche del mondo (*Lancet*, *New England Journal of Medicine*). Vediamo cosa dicono.

I primi studi in USA e in Finlandia negli anni '90 su fumatori ed esposti all'asbesto si sono conclusi prematuramente, perché i soggetti trattati con beta-carotene e alfa-tocoferolo si ammalavano di cancro più dei controlli. Adesso sappiamo che paradossalmente per ridurre la crescita tumorale sarebbe forse più promettente somministrare proossidanti, con la speranza di indurre apoptosi selettiva delle cellule trasformate.

Successivamente sono stati conclusi studi su soggetti sani con integratori, antiossidanti e vitamine. Il numero di reclutati è dell'ordine delle centinaia di migliaia e le cifre investite colossali.

Le sostanze più popolari testate sono il beta-carotene, l'alfa-tocoferolo, la vitamina C, il selenio, i complessi polivitaminici, gli oligoelementi e le mescolanze di quanto sopra. La durata della somministrazione varia da qualche mese a diversi anni, e il *follow up* arriva fino a un ventennio. Molte ricerche hanno un disegno sperimentale impeccabile e un'ottima analisi statistica. Alcuni trattamenti sono capaci di interrompere fenomeni ossidativi a livello di organi o cellule. È opportuno peraltro ignorare questi dati e guardare parametri di risposta più sostanziali, ad esempio la mortalità. Come dicono i medici di Pinocchio, il paziente può essere vivo o morto, il resto non interessa. Se un supplemento alimentare prolunga la vita (o ne migliora la qualità) ha diritto alla nostra considerazione. Altrimenti ha un interesse puramente commerciale. Vediamo i dati sulla mortalità generale, considerando solo gli studi più grandi pubbli-

cati sulle migliori riviste scientifiche:

1) La maggior parte dei risultati dimostra che la supplementazione con vitamine e antiossidanti (range di durata del trattamento: 4.5-13 anni) non ha effetti significativi sulla mortalità. Questo è il caso di beta-carotene (circa 160 000 soggetti in USA e Bangladesh), vitamina E (71 000 soggetti in Canada, USA e Finlandia), selenio (2300 soggetti in USA), vitamina E e C associate (14 000 soggetti in USA) supplementi vitaminici, antiossidanti e oligoelementi (38 000 soggetti in USA, UK e Canada).

2) Alcuni studi (la minoranza) indicano un modesto effetto protettivo sulla mortalità in particolari sottogruppi di soggetti: vitamina E (solo se associata ad alta assunzione di vitamina C ed età 66-69 anni, Finlandia, studio con 29 000 fumatori); selenio, vitamina E e beta-carotene (età < 55 anni, Cina, frazione dello studio su 30 000 soggetti); infine un piccolo studio con esito positivo su pazienti affetti da AIDS in Canada (332), trattati con multi-vitaminici e carotenoidi).

3) Alcuni studi dimostrano che la supplementazione con antiossidanti e vitamine aumenta la mortalità: retinolo e beta-carotene (18 000 soggetti, USA, con alta assunzione di vitamina C ed età > 66 anni; vitamina E, Finlandia, frazione dello studio di 29 000 fumatori con età 50-62 anni).

Evidentemente l'ipotesi iniziale era erranea. Non si può bloccare il danno ossidativo mediante la somministrazione di antiossidanti, forse perché non è possibile o forse perché non si conosce la dose ottimale. Infatti la maggior parte degli antiossidanti non ha curve dose-effetto sigmoidali, ma ad U. Cioè la tossicità si evidenzia a basse ed alte dosi, la dose migliore è nel mezzo e spesso non è conosciuta. Quando la popolazione era malnutrita, somministrare vitamine e antiossidanti aveva un senso, ma adesso la maggior parte delle popolazioni del mondo ha una dieta ipercalorica con sufficiente apporto di antiossidanti. Somministrare una dose ulteriore di antiossidanti come supplemento di solito non ha effetti, ma può provocare anche una sindrome da iperdosaggio (la "sindrome dell'orso polare", un'intossicazione degli esploratori polari che mangiavano il fegato d'orso bianco pieno di beta-caroteni). Gli effetti nocivi di alte dosi sono ben dimostrati anche nel caso della vitamina E.

Qual è la raccomandazione pratica per i colleghi, bombardati da messaggi promozionali e dalle richieste dei pazienti, riverberanti dalle informazioni sanitarie di quotidiani, settimanali e TV?

Non date integratori e antiossidanti a soggetti con dieta normale e bilanciata. Consigliate un frutto e un piatto di verdura in più. Nonostante i pesticidi, fanno bene alla salute. Salvaguarderete il loro portafoglio e allungherete loro la vita.

#### Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [piero.dolara@unifi.it](mailto:piero.dolara@unifi.it)

TM



Luca Lavacchi Medico Anestesista Rianimatore si occupa da tempo di Terapia del Dolore e Cure Palliative. Dal 2008 Direttore dell'UF Cure Palliative e dell'Hospice "La Limonaia" dell'ASL 3 di Pistoia. Nella propria Azienda Coordina il Comitato Ospedale Territorio senza Dolore ed è Responsabile dei COTSD della Area Vasta Centro.

# Primo anno di attività dell'Hospice "La Limonaia" Asl 3 Pistoia

**G**li Hospice sono strutture la cui modalità di cura si individua essenzialmente nel trattamento dei pazienti in fase avanzata di malattia con gli

obiettivi primari di alleviare i sintomi e di fronteggiare i bisogni dei malati e delle loro famiglie con appropriati interventi di ordine clinico, psicologico, sociale e spirituale.

L'Hospice "La Limonaia" è una struttura sanitaria dell'Azienda USL 3 di Pistoia a gestione pubblica che si integra nella Rete di Cure Palliative Aziendale. La struttura assistenziale è situata in località Spicchio, comune di Lamporecchio, ed è immersa nel verde delle colline toscane, e risponde ai requisiti minimi strutturali del DPCM del 20 gennaio 2000.

Nella Struttura sono presenti sette Unità Residenziali con 8 posti letto e possibilità, oltre al ricovero residenziale, anche di Day-Hospice.

Ogni stanza è dotata di letto per la degenza regolabile automaticamente, poltrona letto per il familiare, servizi singoli, televisione con DVD.

L'assistenza è garantita da 3 medici esperti in Medicina del Dolore e Palliativa che svolgono anche assistenza domiciliare sul territorio, 7 infermieri formati in Cure Palliative, Coordinatrici infermieristiche, 5 Operatori addetti all'assistenza, la psicologa e il fisioterapista in alcune ore della giornata.

L'Hospice di Spicchio ha iniziato la propria attività alla fine del 2008, i dati riportati si riferiscono al primo anno di attività. Il nostro elaborato si focalizza principalmente sulle degenze e sulle procedure assistenziali applicate in struttura allo scopo di monitorare l'attività svolta e conseguentemente con l'intento di valutarla, al fine di migliorare e garantire la massima efficacia ed efficienza del servizio erogato.

Sin dall'inizio abbiamo impostato il lavoro cercando di garantire i principi di uguaglianza, imparzialità, continuità assistenziale, diritto di scelta e partecipazione cercando di assicurare una presa in cura globale del paziente e al suo mondo di affetti.

## DATI ANNO 2009

Nel primo anno di attività (anno 2009) in Hospice sono stati ricoverati 138 pazienti (51,2% maschi e 48,8% femmine) con età media di 70 anni e con Indice Karnofski medio di 40. Il 37,4% è stato dimesso ed il 62,6% è deceduto. Il tasso di occupazione dei posti letto è risultato l'82,8% con la media di giorni di ricovero di 16; il tempo medio di

attesa per l'ingresso in struttura dalla data di segnalazione è di cinque giorni.

Per quanto riguarda la provenienza dei pazienti ricoverati circa la metà sono soggetti già assistiti a domicilio dalla rete di cure palliative, il 37,7% giungono dai presidi ospedalieri della provincia di Pistoia, il 3,8% da altre sedi sanitarie con collocazione extraprovinciale ed i restanti utenti vengono segnalati alla struttura dai medici di medicina generale.

In accordo con l'appropriatezza di ricovero stabilite dal regolamento Hospice della Regione, i motivi di ricovero avvengono nella maggioranza dei casi per la stabilizzazione dei sintomi, negli altri casi per ragioni sociali o per sollievo alla famiglia.

All'ingresso del paziente in Hospice viene compilata una scheda ASGO. Confrontando nelle varie attività di vita la condizione di completa autosufficienza (o stabilità) con i vari gradi di alterazione (inadeguatezza) abbiamo rilevato che le dimensioni maggiormente mantenute sono lo stato di coscienza e il sensorio. L'area più critica è risultata la deambulazione (Tabella 1).

LUCA LAVACCHI<sup>1</sup>, BARBARA TRUOCCHIO<sup>2</sup>,  
ROSELLA PETRETTO<sup>3</sup>, VANIA POLI<sup>4</sup>,  
GIUSEPPINA CARAVELLO<sup>5</sup>, CATERINA REPOLE<sup>6</sup>,  
RAFFAELE CIPOLLINI<sup>7</sup>, ALBERTO BOLOGNA<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Direttore UF Cure Palliative e Hospice "La Limonaia" USL 3 Pistoia

<sup>2</sup> Infermiera Hospice Pistoia

<sup>3</sup> Infermiera Coordinatrice Infermieristica Hospice Rete Cure palliative

<sup>4</sup> Coordinatrice Infermieristica Hospice Rete Cure palliative

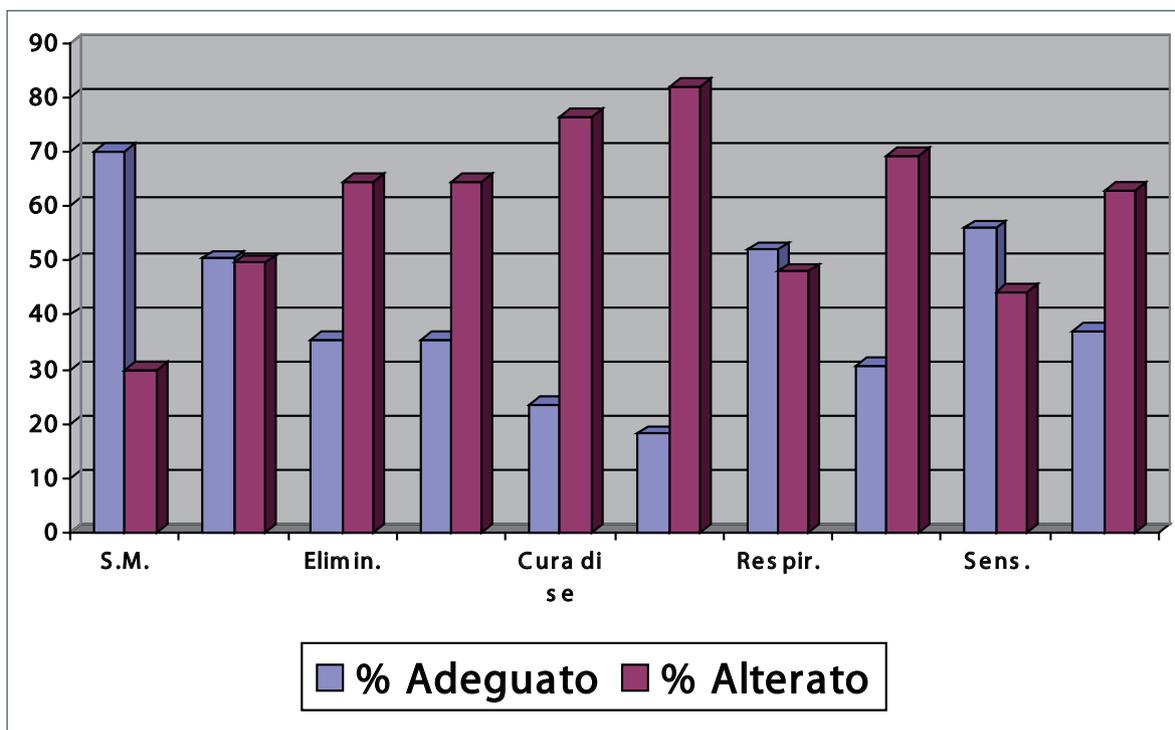
<sup>5</sup> Psicologa Hospice e Rete di Cure palliative

<sup>6</sup> Medico Hospice Rete di Cure palliative

<sup>7</sup> Infermiere Hospice Pistoia

<sup>8</sup> Medico Hospice Rete di Cure palliative

Tabella 1



Dei 138 pazienti ricoverati in Hospice, si rileva che il 51% degli utenti sono consapevoli della diagnosi ma che di tale percentuale solo il 17,5% è conscio della prognosi. Per quanto riguarda i familiari si osserva che, rispetto agli utenti, sono nettamente più informati e consapevoli del quadro clinico del paziente.

La rilevazione dei bisogni assistenziali durante il ricovero dimostra che il paziente in hospice presenta caratteristiche molto sfaccettate che richiedono interventi fortemente personalizzati ed una intensa e complessa attività assistenziale. La terapia infusiva è presente in quasi il 90% dei casi. L'accesso più utilizzato è quello endovenoso periferico (50%) al quale si aggiunge (o coesiste) un accesso endovenoso centrale (27%). In quasi la metà dei pazienti (45%) i farmaci sono somministrati tramite pompa elastomerica posizionata per via endovenosa o sottocutanea.

In circa metà dei casi sono stati eseguiti esami ematici di controllo, il ricorso alle emotrasfusioni è avvenuto solo nel 3,8% dei pazienti. L'alimentazione è un problema frequente nel paziente in Hospice e questo comporta che un 20% di pazienti si alimenti attraverso NET o NPT.

In questo primo anno di attività nel 23% dei pazienti ricoverati è stata eseguita una sedazione palliativa le ragioni principale per il ricorso alla sedazione sono state la dispnea, il delirium e meno frequentemente per un dolore refrattario alla terapia analgesica.

## DISCUSSIONE

I dati esposti mettono in evidenza che in questo primo anno di attività alcuni indicatori richiesti dal ministero della salute vengono in parte rispettati, le degenze inferiori ai sette giorni sono il 28,8% del totale contro uno standard inferiore a 20% mentre quelle superiori ai trenta giorni rappresentano il 11,6% dei ricoveri verso uno standard inferiore al 25%. Questo dimostra, come per molte realtà di assistenza domiciliare, che l'inserimento nella Rete di Cure Palliative viene richiesta troppo spesso solo nelle ultime fasi della malattia.

Altro dato da sottolineare è la scarsa consapevolezza sia rispetto alla diagnosi che alla prognosi dei pazienti affetti da patologie spesso ad esito infausto, questo indica la difficoltà relazionale dell'intero sistema e quindi l'impossibilità dei soggetti di scegliere autonomamente del proprio percorso di cura.

Sarà utile poter confrontare questi nostri dati con altri centri residenziali di Cure Palliative che in questi ultimi anni sono nati sul territorio regionale in modo da adeguare il nostro modo di operare. Un adeguato flusso informativo è utile a livello regionale per la programmazione della Rete di Cure Palliative anche alla luce della recente legge 38 che stabilisce un diritto del cittadino di ricevere assistenza palliativa e terapia del dolore.

## Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: [luca.fi@virgilio.it](mailto:luca.fi@virgilio.it)

TM



Giancarlo Landini direttore della SC di Medicina Interna Ospedale Santa Maria Nuova di Firenze (ASF). Past President FADOI Toscana fa parte del Board Nazionale Formazione FADOI. Si è particolarmente occupato di Patologia Vascolare e dei rapporti Ospedale-Territorio. Membro del Consiglio Sanitario Regionale coordina la Commissione Diabetologica Regionale e fa parte dell'Ufficio di Presidenza del Consiglio.

# La medicina interna nell'ospedale per intensità di cure

**N**onostante sia stato definito dalla LR 40 ed affrontato nel Piano Sanitario Regionale l'interpretazione dell'ospedale per intensità di cure rimane molto variabile fra le varie USL. È chiaro che i principi generali vanno adattati alle realtà locali in maniera flessibile ma ci deve essere

una unitarietà di fondo che faccia dialogare il sistema e garantisca ai cittadini un'assistenza omogenea nel territorio regionale.

Il documento delle Società Scientifiche del Luglio 2010 e fatto proprio dal Consiglio Sanitario Regionale (pubblicato a dicembre 2010 su Toscana Medica) mette bene in evidenza i rischi di una interpretazione tutta gestionale dell'intensità di cure che non tenga conto delle esigenze tecnico-professionali dei medici e delle altre professioni sanitarie.

Particolarmente critica è la gestione dell'Area Medica del livello 2 che coinvolge la Medicina Interna e tutte le discipline di settore medico (cardiologia, pneumologia, gastroenterologia neurologia etc...). Qui c'è un problema di stratificazione orizzontale data la difformità sia assistenziale che clinica dei malati e la constatazione che l'aumento dell'età media dei pazienti rende sempre meno frequente il caso di un paziente i cui bisogni clinici si riferiscono tutti ad una unica specialità medica. Al contrario è sempre più frequente il caso di pazienti polipatologici, per i quali è difficile evidenziare con chiarezza una afferenza clinica prevalente e che comunque necessitano dei servizi e delle consulenze di numerosi medici appartenenti a diverse discipline. È quindi inevitabile la multidisciplinarietà dell'assistenza e il ruolo predominante della Medicina Interna come specialità che fa da "tessuto connettivo" dell'Area Medica.

La conseguenza di questi fatti è che bisogna mantenere alta la capacità tecnico-professionale della Medicina Interna pena la non funzionalità del sistema con netto aumento di rischio clinico dei nostri ammalati.

L'Unità Operativa di Medicina Interna è quindi il cardine della Area Medica perché l'80% dei pa-

zienti ricoverati è polipatologico e perché è l'unica che ha la capacità (insieme alla Geriatria ove è presente) a garantire autonomamente la continuità.

A questi dati teorici e di fatto devono conseguire dei comportamenti che non interpretino l'intensità di cure come un sistema per tagliare risorse ma come una modalità per utilizzarle meglio. Per la Medicina Interna in particolare bisogna garantire:

1) Personale medico sufficiente che possa svolgere la guardia di continuità (possibilmente integrato da altri medici specialisti con adeguata preparazione generalista) ma che possa svolgere anche un tutoraggio adeguato dei propri malati polipatologici che nessun altro specialista è in grado di seguire.

2) Valorizzazione tecnico-professionale delle UO di Medicina Interna che non siano composte da medici tutor isolati, che svolgano una funzione "tampona" fra le altre figure specialistiche, ma che facciano parte di una organica *équipe* di lavoro con un definito responsabile tecnico professionale (Direttore UO) che assegni il tutoraggio, coordini la UO e svolga il necessario raccordo ed integrazione fra dirigenti medici.

3) Evitare confusione fra il ruolo gestionale e quello tecnico-professionale che non va penalizzato a scapito del primo. Nessun altro specialista di area può supplire alle funzioni di un internista, mentre è vero il contrario e questo vale sia a livello del dirigente medico che di direttore di UO.

Se l'evoluzione dell'ospedale per intensità di cure è verso una gestione da parte dell'Hospitalist in un quadro di Hospital Medicine questo potrà essere fatto in sicurezza solo se manteniamo integre e sviluppiamo le UO di Medicina Interna presenti nei nostri Ospedali.

Se si pensa, che essendo le UO di Medicina Interna le più numerose come quantità, di effettuare proprio in queste tagli quali-quantitativi non appropriati il sistema non reggerà ed avremo un drammatico calo della qualità dell'assistenza.

Come società scientifica di Medicina Interna abbiamo dato la nostra disponibilità ad incontri informativi su questo argomento con la Regione e con le Direzioni Generali Aziendali.

G. LANDINI, G. PANIGADA, A.TAFI

Consiglio Direttivo FADOI (Federazione Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti) Toscana

# Per una prevenzione collettiva “2.0”

## Verso il Piano Socio Sanitario Integrato Regionale 2012-2015



Mauro Valiani si è laureato a Siena nel 1976 ed è specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Medicina del Lavoro e Medicina Legale. Ha lavorato dal 1977 nei servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro e nella sanità territoriale di ASL toscane. Dal 1996 è direttore del Dipartimento della Prevenzione dell'ASL 11 di Empoli.

**I** Dipartimenti della Prevenzione – che negli anni hanno visto una progressiva perdita dell'antico potere “autorizzativo/certificativo” e lo sviluppo di nuovi orientamenti quali il “controllo dell'autocontrollo” (si pensi al campo dell'igiene pubblica, degli alimenti e della veterinaria) – si trovano oggi “alla periferia” delle aziende sanitarie e certamente le relative attività non sono tra le priorità della struttura sanitaria pubblica. Si è affievolita la cultura della prevenzione primaria. Alla base di ciò vi è soprattutto la crisi economica, la paura della perdita del posto di lavoro, la precarietà che si estende e il venir meno di una delle principali spinte del passato, i lavoratori organizzati, spesso fonte diretta di domanda sociale verso le istituzioni, verso la modifica delle condizioni di rischio. Il rischio forte è davvero che “la crisi metta in crisi” la prevenzione collettiva.

Non bisogna tuttavia nascondersi che le stesse strutture della prevenzione collettiva, con un numero di operatori consistente, tra i più alti in Italia (oltre 2000), ancorché abbiano sviluppato diversi percorsi qualità (soprattutto in seguito ad importanti norme EU sulla sicurezza alimentare) e contribuito a tante esperienze efficaci di prevenzione in diversi campi, evidenziano la necessità di un'aggiornamento della missione, di un nuovo senso della funzione e una rimotivazione degli operatori. La realtà quindi ci spinge a pensare in termini di riforma, non di continuità.

Prima di tutto è necessaria, da parte principalmente della Regione, una ridefinizione della rilevanza della prevenzione primaria nelle diverse politiche e nel servizio sanitario. L'esperienza accumulata dai servizi di prevenzione collettiva è il maggiore patrimonio che può favorire quel passaggio, spesso rammentato, “dalla cura della malattia alla tutela della salute” e dare anche un contributo per contenere, a fronte dei notevoli miglioramenti degli indicatori di salute della popolazione *generale*, il grave fenomeno, caratteristico anche dei paesi sviluppati, della crescita delle “diseguaglianze ingiuste” tra i diversi gruppi.

### 1. SVILUPPO DELLE COMPETENZE E SEMPLIFICAZIONE DELLE STRUTTURE ORGANIZZATIVE

Dobbiamo rammentare che in sanità la *struttura* è forse l'elemento più semplice da modificare (la complessità dei servizi non permette certo di identificare nessuna struttura come *adeguata* in assoluto) ed è

la dimensione meno rilevante dell'organizzazione rispetto al ruolo delle *competenze* e delle *relazioni*. In una prospettiva di cambiamento più generale può tuttavia essere utile una *revisione dell'assetto organizzativo*, per come esso si è sviluppato, con la sua estrema varianza tra le ASL toscane, nel corso degli ultimi 20 anni.

È necessaria una semplificazione delle linee gestionali ed un appropriato sviluppo delle competenze degli attuali Dipartimenti della Prevenzione. Anche in occasione del turn over naturale, dobbiamo procedere ad una revisione dei tipi di professionalità più utili e necessari.

La valorizzazione dell'*Area Vasta* deve proseguire, anche in termini di coordinamento gestionale, non solo professionale, ed attivare tutti i diversi possibili livelli di integrazione e di interconnessione. Sarebbe opportuno attivare uno studio sui vantaggi di *un dipartimento per area vasta* (con mantenimento presidi per aree territoriali omogenee).

È necessario rafforzare uno dei caratteri voluti dalla vecchia 833 per i servizi di prevenzione: quello della pluralità delle funzioni – quindi non solo vigilanza – e rafforzare una più complessiva funzione di *“authority”* dei servizi di prevenzione collettiva. I rapporti con le varie articolazioni della società (associazioni, sindacati, ecc) devono essere costanti e costruttivi per assicurare buoni livelli di *convivialità* e collaborazione, pur nella reciproca autonomia e distinzione delle funzioni dei rappresentanti sociali e dei servizi pubblici di prevenzione. Un campo dove questo rinnovato orientamento, anche a fronte della grave crisi economica, sarebbe particolarmente apprezzato è quello delle attività di informazione e assistenza per la microimpresa e i lavoratori autonomi.

Una semplificazione dell'assetto organizzativo deve prevedere chiari punti di programmazione del lavoro, “unici” per l'insieme delle figure professionali, delineando meglio, nella necessaria struttura a matrice, la distinzione tra unità organizzative prevalentemente gestionali e quelle prevalentemente professionali. La peculiarità dei servizi di prevenzione consiste nella loro multiprofessionalità e la spiccata interdipendenza tra i diversi tipi di professionisti è veramente necessaria per molti tipi di attività.

Il ruolo della dirigenza ha subito forti sollecitazioni: o cerca di migliorare continuamente il proprio ruolo (studio, innovazione, guida, ascolto, program-

MAURO VALIANI

Direttore del Dipartimento della Prevenzione,  
Asl 11, Empoli

mazione e valutazione di attività o di operatori), puntando particolarmente sulla funzione motivazionale (e relazionale, anche con la realtà esterna), o non si faranno i necessari passi in avanti in termini di efficacia ed efficienza.

Avvertiamo il bisogno di elevare la qualità tecnico-scientifica e relazionale e di un uso efficiente delle risorse. Allora è utile riconsiderare i diversi gradi d'interdipendenza tra tipi di operatori e gruppi e rivedere le diverse possibilità di mettere a comune risorse. L'obiettivo, anche con riferimento al ventitato prossimo rinnovamento della legge di organizzazione sanitaria regionale, dovrebbe essere dunque la revisione dei raggruppamenti ottimali e delle necessarie partizioni (livelli d'integrazione e differenziazione). Un esempio possono essere le esperienze del raggruppamento in due settori di tutte le strutture organizzative: "veterinaria-sicurezza alimentare" e "prevenzione ambiente di vita e di lavoro".

Potremmo dire: meno strutture organizzative e ruoli di alta dirigenza, ma più operatori competenti nei diversi campi, per un più proficuo confronto con la realtà.

## 2. PREVENZIONE E MEDICINA DI COMUNITÀ

La soluzione dei problemi di efficacia ed efficienza dei servizi di prevenzione sarà favorita se sapremo guardare al di fuori delle attuali strutture componenti il Dipartimento della Prevenzione. Ad esempio, l'esperienza di questi anni suggerisce un'integrazione (subito) ed un'unificazione (nel medio periodo) di quelle attività e processi dell'attuale Dipartimento della Prevenzione prevalentemente rivolte alla *persona* (educazione e promozione dalla salute, screening, malattie trasmissibili, ...) con le strutture della complessiva sanità territoriale, nel quadro di un rilancio delle Società della Salute. Ciò è necessario per far procedere il *chronic care model*, nel contesto di una sempre più importante Medicina di Comunità, con al centro i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.

## 3. AUTONOMIA ORGANIZZATIVA E DIREZIONE REGIONALE

Avvertiamo la necessità di una più cogente direzione regionale, oltre che di *coordinamento* e *controllo*, pur nella valorizzazione delle specificità territoriali e curando intensamente i rapporti con le istituzioni locali (a partire dai comuni). Una nuova autonomia organizzativa (Azienda regionale?) e un rinnovato profilo "specialistico" di queste strutture corrispondenti a processi orientati alle problematiche che si occupano di impatto sulla salute dei sistemi produttivi, dell'organizzazione del territorio, della sicurezza alimentare e salute degli animali, con tutte le funzioni di vigilanza, assistenza, ricerca e informazione-comunicazione.

Ciò favorirebbe anche il riordino di un'altra questione mai ben esplicitata: quella dell'"ordine delle priorità dei problemi". Un tema, tra direttive

nazionali ed europee, tra vincoli di legge e prove di efficacia, sempre difficile, ma necessario, da trattare. Si pensi, per fare solo un esempio, a come sono mutati negli ultimi lustri i rischi di tossinfezione alimentare (ridotti) o quelli derivanti dalla "chimizazione" dell'ambiente (aumentati).

## 4. INTEGRAZIONE TRA SERVIZI PER LA SALUTE COLLETTIVA E PER LA TUTELA AMBIENTALE

Tra i determinanti delle malattie croniche occorre sottolineare maggiormente, rispetto a quanto viene fatto nel dibattito attuale sul Piano, quelli di tipo ambientale, che si stima possano incidere per almeno un quarto delle malattie e delle morti.

Sempre maggiori evidenze suggeriscono che le più importanti trasformazioni epidemiche degli ultimi decenni (ad es. obesità/sindrome metabolica/insulino-resistenza/diabete; asma/patologie allergiche e immunomediatae in senso lato; patologie degenerative a carico del sistema cardio-vascolare e neurologico...) sono un epifenomeno di una trasformazione epocale ambientale ed epi-genomica ed hanno origine, pur manifestandosi spesso in età adulta, nelle primissime fasi dello sviluppo conseguenti all'esposizione, anche materna, a varie tipologie di sostanze.

L'inquinamento atmosferico, causato in gran parte dal traffico, dalle emissioni industriali e dai sistemi di riscaldamento/raffreddamento degli edifici, è causa certa e misurabile di mortalità e di morbosità per cancro, malattie respiratorie e cardiovascolari.

In un recente incontro di OMS Europa sono stati precisati alcuni obiettivi generali di salute delle popolazioni, alcuni dei quali devono interessare anche la nostra regione e potrebbero trovare qualche riferimento diretto anche nel testo del Piano<sup>1</sup>.

Oltre l'attuale Comitato di Coordinamento ambiente salute a livello regionale, sono auspicabili:

- la riunificazione degli attuali laboratori analisi ARPAT e Lab San Pubblica;
- l'aggiornamento dei temi concreti di lavoro congiunto (azienda a rischio rilevante, pratiche complesse di valutazione d'impatto sulla salute quali AIA, VIS, VIA, ecc.); su quest'ultimo punto sarebbe molto utile definire l'*obbligo di parere congiunto tra ASL e Arpat*.

Ciò potrebbe essere viatico per il superamento della frattura tra Arpat e parte delle attuali strutture dei Dipartimenti della Prevenzione con la realizzazione un nuovo sistema organizzativo integrato ambientale-sanitario che assicuri livelli d'intervento professionale ed etico appropriati ai problemi e ai bisogni territoriali, che susciti una rinnovata partecipazione degli operatori e una nuova riconoscibilità delle strutture della Prevenzione e Tutela Ambientale da parte delle varie istanze della società...

Penso che questo sia il periodo del cambiamento, contro il tirare a campare di questi ultimi anni. **TM**

<sup>1</sup> OMS Europa, Mosca 13-16 sett 2010 - *Future of the European environment and health process*. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/119554/RC60\\_edoc17.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/119554/RC60_edoc17.pdf).

# Mastocitosi: approccio multidisciplinare a una patologia misconosciuta



Lisa Pieri, specializzata in Ematologia presso l'Univ. di Firenze. Dal 2009 assegnista di ricerca presso la Sez. di Ematologia del Dip. di Area Critica Medico-Chirurgica, AOU Careggi. Collabora con il gruppo per lo studio delle neoplasie mieloproliferative croniche Philadelphia negative, coordinato dal Prof. A. Vannucchi.

**L**e Mastocitosi comprendono un gruppo di patologie rare caratterizzate dalla proliferazione e dall'accumulo di mastociti in vari organi e tessuti, che possono essere innanzitutto distinte in una forma cutanea (MC) e una sistemica (MS).

Nella maggior parte dei pazienti la prima manifestazione clinica è rappresentata dalla comparsa di lesioni cutanee. L'orticaria pigmentosa dell'adulto (mastocitosi maculo-papulosa) può associarsi nel 30% circa dei casi ad impegno sistemico. La diagnosi di orticaria pigmentosa, suggerita dal tipo di manifestazioni oggettive e dal corollario sintomatologico (prurito, arrossamento e rilevamento delle lesioni dopo confricazione, altri sintomi legati alla liberazione di istamina) va confermata dai reperti istopatologici.

In assenza di lesioni cutanee la mastocitosi può essere sospettata allorquando compaiono flushing, orticaria, crampi addominali, nausea, vomito, diarrea, episodi di ipotensione, cefalea. Questi pazienti hanno un aumentato rischio di sviluppare anafilassi e tutti i soggetti che soffrono di anafilassi potrebbero essere affetti da mastocitosi non riconosciuta. Gli episodi di anafilassi possono essere IgE mediati, come in seguito a punture di imenotteri (ape, vespa comune, polistes Dominulus, calabrone) o ad assunzione di farmaci (antibiotici, FANS, anestetici generali e miorilassanti, anestetici locali, mezzi di contrasto iodati), ma possono manifestarsi anche in assenza di sensibilità allergica dimostrabile. L'allergologo riveste quindi un ruolo particolare nell'inquadramento della sindrome da rilascio di mediatori e nell'identificazione dei meccanismi IgE mediati in questi pazienti.

Nelle forme cutanee e/o con sintomi da rilascio di mediatori è necessario effettuare il dosaggio della triptasi sierica, un enzima contenuto nei granuli dei mastociti e che si ritrova in concentra-

zioni aumentate nel siero di pazienti con interessamento sistemico della malattia.

Le forme sistemiche sono caratterizzate, oltre che da possibili manifestazioni cutanee o da rilascio di mediatori, da interessamento del midollo osseo o di altri organi extra-cutanei.

L'organizzazione mondiale della sanità ha classificato questa patologia fra le neoplasie mieloproliferative croniche Philadelphia negative (Tabella 1). I criteri diagnostici sono riportati nella Tabella 2.

Per facilitare la corretta diagnosi di queste forme, dal 2007, presso la SOD di Ematologia della AOU Careggi, è stato attivato un "percorso diagnostico" mirato per la Mastocitosi Sistemica, inserito fra

LISA PIERI<sup>1</sup>, MARIA LOREDANA IORNO<sup>2</sup>,  
ELISA DIFONZO<sup>3</sup>, FABIO ALMERIGOGNA<sup>4</sup>,  
NICOLA PIMPINELLI<sup>5</sup>, CARLA CARDINALI<sup>6</sup>,  
ELISABETTA ANTONIOLI<sup>1</sup>, PAOLA GUGLIELMELLI<sup>1</sup>,  
ALBERTO BOSI<sup>1</sup>, PAOLO FABBRI<sup>3</sup>,  
ALESSANDRO M. VANNUCCHI<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sezione e SOD di Ematologia, Dipartimento di Area Critica medico-Chirurgica, AOU Careggi, Firenze

<sup>2</sup> Allergologia ed Immunologia Clinica Ospedale S. Giovanni di Dio, Azienda Sanitaria di Firenze

<sup>3</sup> Dipartimento di Area Critica Medico-Chirurgica, Sezione di Dermatologia, Allergo-Immunologica e Infettivologia, Univ. di Firenze

<sup>4</sup> SOD Immunoallergologia, AOU Careggi, Dipartimento di Medicina Interna, Firenze

<sup>5</sup> Dipartimento di Area Critica Medico-Chirurgica, Clinica Dermatologica, Sezione di Dermatologia Clinica, Preventiva e Oncologica, Univ. di Firenze

<sup>6</sup> Dermatologia, Ospedale di Prato

**Tabella 1** - Classificazione delle neoplasie mieloproliferative croniche secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità 2008

## Neoplasie mieloproliferative

1. Leucemia mieloide cronica (LMC)
2. Policitemia vera (PV)
3. Trombocitemia essenziale (TE)
4. Mielofibrosi primaria (MFP)
5. Leucemia cronica neutrofilia
6. Leucemia cronica eosinofilia inclassificabile
7. Sindrome ipereosinofila
8. Mastocitosi
9. Neoplasie mieloproliferative inclassificabili

## Neoplasie mielodisplastiche/ mieloproliferative

1. Leucemia mielomonocitica cronica
2. Leucemia mielomonocitica giovanile
3. Leucemia mieloide cronica atipica
4. Forme inclassificabili

## Neoplasie mieloproliferative con eosinofilia e anomalie molecolari di PDGFRa, PDGFRb o FGFR1

quelli per le neoplasie mieloproliferative croniche Ph-negative. Questo prevede l'esame istologico e immunohistochimico della biopsia osteomidollare, l'immunofenotipo midollare e la ricerca delle mutazioni cKIT, oltre ad altre alterazioni genetiche utili ad individuare altre neoplasie mieloproliferative che si possono associare alla mastocitosi.

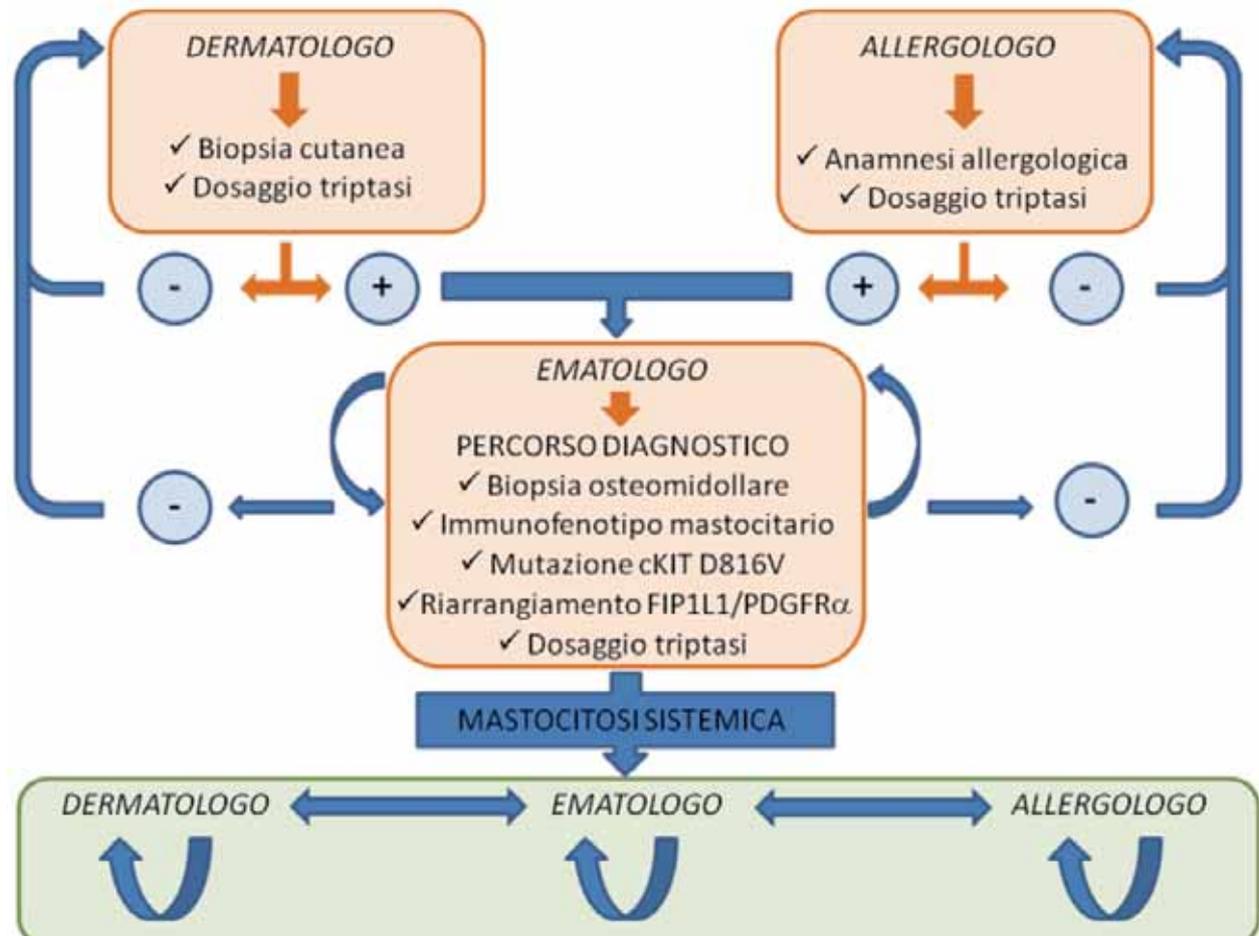
Il decorso clinico delle forme sistemiche può essere indolente (mastocitosi sistemica indolente) o aggressivo (mastocitosi sistemica aggressiva) a seconda rispettivamente dell'assenza o presenza di un danno d'organo (Tabella 3). Pertinenza dell'ematologo è eseguire una stadiazione per

individuare le forme di mastocitosi aggressiva, in cui sia cioè presente un danno d'organo dovuto alla proliferazione incontrollata dei mastociti. Il danno d'organo può variamente manifestarsi con fratture patologiche o osteoporosi inadeguata all'età del paziente, linfadenopatie, epatosplenomegalia, anemia, piastrinopenia, diarrea con malassorbimento per localizzazione intestinale e ascite. Non ultimo, in una piccola percentuale dei casi è possibile l'evoluzione in leucemia acuta.

La gestione di questi pazienti richiede quindi figure professionali diverse, e per tale motivo nel 2009 è stato costituito un gruppo multidiscipli-

**Tabella 2** - Criteri diagnostici per Mastocitosi Sistemica

<p><b>Maggiore</b> Infiltrati multifocali compatti di &gt;15 mastociti nel midollo osseo o in altri organi extracutanei</p>
<p><b>Minori</b>  <b>a.</b> Mastociti nel midollo osseo o in altri organi extracutanei con anomala morfologia fusata (&gt;25%)  <b>b.</b> Mutazione c-kit D816V in organi extracutanei (altre mutazioni attivanti del codone 816 di c-kit valgono come criterio minore)  <b>c.</b> Mastociti nel midollo osseo che esprimano CD2 e/o CD25  <b>d.</b> Triptasi sierica &gt;20 ng/ml</p>
<p>La diagnosi viene posta se sono presenti almeno un criterio maggiore e un minore oppure tre criteri minori.</p>



**Figura 1** - Percorso diagnostico-terapeutico per le mastocitosi sistemiche.

nare per la diagnosi e la cura delle mastocitosi, coordinato dal Prof. A.M. Vannucchi della SOD di Ematologia della AOU Careggi.

Questa collaborazione permette ad ogni specialista che sospetti una diagnosi di mastocitosi di accedere rapidamente al percorso diagnostico ematologico e, successivamente, di riferire ogni paziente con diagnosi di mastocitosi ad un gruppo di esperti che si facciano carico degli ulteriori aspetti diagnostici, della terapia e del monitoraggio in maniera olistica; fanno parte di questo gruppo collaborativo specialisti in dermatologia e allergologia oltre all'ematologo (Figura 1).

Il gruppo multidisciplinare partecipa inoltre attivamente alla Rete Italiana Mastocitosi (RIMA, <http://mastocitosi.net/>) e al Registro Italiano Mastocitosi (RIM, <http://www.registroitalianomastocitosi.it/rim/home/home.htm>).

I colleghi che volessero ulteriori informazioni possono rivolgersi a Ematologia: Dr.ssa Lisa Pieri, [lisa.pieri@libero.it](mailto:lisa.pieri@libero.it), 055 7947688. Allergologia: Dr.ssa Maria Loredana Iorno, [mirian.iorno@asf.toscana.it](mailto:mirian.iorno@asf.toscana.it), 055 6932542. Dermatologia: Prof.ssa Elisa Difonzo, [elisa.difonzo@asf.toscana.it](mailto:elisa.difonzo@asf.toscana.it), 055 6939636.

**Tabella3** - Varianti della mastocitosi secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità 2008.

Varianti	Sub-varianti
Mastocitosi Cutanea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MC maculo papulosa (Orticaria pigmentosa) dell'adulto</li> <li>• MC maculo-papulosa del bambino</li> <li>• Teleangiectasia macularis eruptiva (adulto)</li> <li>• Mastocitoma solitario o multiplo (bambino)</li> <li>• MC diffusa (bambino)</li> </ul>
Mastocitosi Sistemica Indolente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MS Smouldering</li> <li>• Mastocitosi midollare isolata</li> </ul>
Mastocitosi Sistemica con associata patologia clonale ematologica della linea non mastocitaria	SM-AML SM-MDS SM-MPD SM-CMML SM-NHL
Mastocitosi sistemica aggressiva	
Leucemia mastocitaria	Variante aleucemica
Sarcoma mastocitario	
Mastocitoma extracutaneo	



# CAREGGI

VIA DELLE PANCHE

VENDESI

UFFICI PERFETTI PER STUDI MEDICI,  
PROFESSIONALI, SHOW-ROOM  
A PARTIRE DA 200 MQ.  
AMPIA DISPONIBILITÀ DI POSTI AUTO.

Info 055 582772

[www.giudicicostruzioni.it](http://www.giudicicostruzioni.it)

**giudicicostruzioni**  
COSTRUTTORI DI FIDUCIA.

# Bella e impossibile... la medicina oggi

ANTONIO PANTI

L'identità professionale ha subito fieri colpi che hanno creato sconcerto tra i medici e reazioni ambigue nella società. Eccessive speranze e delusioni sono la non ultima causa del diffuso *burn out*. Tuttavia il codice deontologico ha retto assai bene come dimostra l'uso che ne fa la Magistratura. I riferimenti alla scienza e alla coscienza rendono l'identità del medico ancora ben riconoscibile nonostante le trasformazioni della medicina, il prevalere della tecnica e il difficile equilibrio tra vincoli economici e bisogni crescenti. Tuttavia fare il medico è molto più che avere le cognizioni per farlo. La questione dell'identità pone quella della giustificazione professionale secondo parametri diversi rispetto a ieri.

La medicina è una un'attività svolta regolarmente da persone che rivendicano una legittimazione esclusiva a fornire alla società prestazioni in ragione di una formazione specifica e riconosciuta e dell'agire secondo valori etici. Vi è sempre stata un'autorizzazione ad agire (curare è un'attività intenzionalmente volta al bene ma che non sempre porta al bene) sul piano della legittimità professionale (competenza), giuridica (titolo universitario), morale (deontologia) e sociale (accordo con le strutture della società).

Ma i problemi sono immani, antropologici, sociali, scientifici, relazionali, tecnologici, demografici, nosologici e politici. Senza entrare nel merito di questioni assai discusse, ricordiamo che la medicina può nuocere tanto più oggi che spesso cronicizza senza guarire o mantiene in una pseudo vita senza risveglio. Ecco la ricerca di una rinnovata giustificazione rispetto allo scopo (scienza e coscienza) e all'etica (beneficio, equità, autodeterminazione del cittadino). Il medico non può opporsi né alla valutazione tecnica (è un bravo medico?) né a quella morale (è un medico buono?) né giuridica (agisce lecitamente?).

È mutato il concetto di giustificazione, sia dell'efficacia rispetto allo scopo (accanimento terapeutico) sia della legittimità morale e giuridica (chi decide, il medico, il paziente, la legge?). È cambiato il ruolo della medicina che ne esalta gli aspetti pubblici mentre mutano le strutture sociali, dall'assistenza individuale a quella collettiva.

La medicina non è più una professione individuale. La sanità è un bene pubblico elargito dagli Stati (sotto molteplici forme ma con le stesse finalità sociali), quindi la medicina non deve solo curare ma prevenire, tutelare interessi individuali e collettivi, e non può trovar misura a questi palesi conflitti solo nella deontologia. La medicina ha acquistato una dimensione politica e sociale; la tutela della salute è una questione dei governi e delle comunità.

Fare il medico è quindi assai complicato e basti

pensare all'incombente burocrazia e alla gestione del budget. Essere parte di una grande impresa sociale e economica, pur condividendone i valori (universalità del diritto e uguaglianza dell'accesso), è difficile: quale grado di libertà ha il medico? Una professione che fatica a essere ancora libera e non è più liberale.

Altresì, come scrivono Weinstein e Fineberg "la scienza è probabilistica, l'informazione incompleta, gli esiti incerti, le risorse limitate, le decisioni urgenti".

Tre epoche si intrecciano oggi: l'era dell'espansione dei servizi medici (irrefrenabile, chiunque paghi), l'era del contenimento dei costi (appropriatezza, sostenibilità, controllo della domanda), l'era della valutazione responsabile (la *clinical governance*, la riflessione sui limiti della medicina, il controllo dell'offerta). Reperire risorse è compito della politica, agire secondo efficienza riguarda sia i medici che l'amministrazione, valutare il rapporto tra costi e efficacia spetta ai medici.

Allora quale futuro per il medico? Un medico che opera tra la medicina dei desideri, l'ecomedicina, la promozione della salute, la genomica, la medicina sistemica, l'*antiaging*, la biotecnologica, la fragilità e la cronicità. Il riduzionismo tecnologico e specialistico, il *disease mongering*, le *medical humanities*, la bioingegneria e la biostatistica, il biodiritto e la bioetica, il controllo dei costi, che difende sia il cittadino che la società. La medicina è oggi come la canzone, "bella e impossibile".

Il medico è un uomo colto, che sa trasformare le sue competenze cognitive e comportamentali in parte integrante della sua personalità morale, operando secondo valori di partecipazione, di curiosità, di indignazione. Quanto è possibile nell'Italia oggi?

Il problema è mondiale e esige un grande processo culturale e formativo volto alla complessità, alla continuità, alla relazione e all'interprofessionalità, e che impegna le organizzazioni mediche, in Italia piuttosto recriminatorie, e l'università, particolarmente chiusa. Poco possiamo aspettarci dal mondo, in altre faccende affaccendato. Dobbiamo raccogliere i colleghi di buona volontà. Studiare e capire.

Infine quale futuro per il medico? Ottimo (ogni giorno offre una nuova opportunità) purché si sintonizzi colla società. Tutto va bene quando la deontologia coincide con i compiti e le responsabilità che le leggi o le consuetudini assegnano ai medici. Ma in questo tempo di crisi è difficile fare previsioni. L'invito è a non essere autoreferenziali ma a cercare di capire ciò di cui ha bisogno chi soffre e ciò che si può chiedere alla medicina. Si intravede una nuova identità fondata su antichi valori ma non è chiaro come realizzarla.

TM



Luigi Papi, ricercatore in Medicina Legale nell'Univ. di Pisa, titolare dell'insegnamento di Med. Legale nel corso di Laurea di Odontoiatria, Infermieristica ed altre professioni sanitarie, oltre che nella Scuola di Specializzazione, autore di oltre 50 pubblicazioni in materia di responsabilità prof. le, valutazione del danno alla persona e patologia forense, tra cui un libro di testo di medicina legale per il corso di Infermieristica.

## La “colpa grave” per intervento eseguito in difetto di consenso informato

Come è noto, i medici dipendenti di una struttura pubblica (od anche in regime di convenzione) devono rispondere del proprio operato non soltanto al cospetto della giustizia ordinaria (penale o civile) ma anche nei confronti della magistratura contabile, in relazione all'ipotesi di danno erariale (cioè un danno economico diretto od indiretto) cagionato all'Ente pubblico per condotte dolose o connotate da colpa grave.

La radice normativa di tale fonte di responsabilità risiede nell'art. 47 della legge di riforma sanitaria n. 833 del 1978, che dispone che per il personale sanitario si applicano le previsioni di carattere generale che governano il pubblico impiego in materia di responsabilità amministrativa.

L'elemento oggettivo della responsabilità amministrativa è costituito da un danno patrimoniale causato all'ente pubblico (non necessariamente coincidente con quello di appartenenza), con la condizione che l'evento dannoso sia causalmente riconducibile al comportamento del dipendente la cui condotta si caratterizzi per l'elemento soggettivo del dolo o della colpa grave, secondo quanto espressamente disposto dall'art. 1 comma 1 della legge 14 gennaio 1994 n. 20, come modificato dal D.L. 23 ottobre 1996, n. 543 e dalla relativa legge di conversione 20 dicembre 1996, n. 639.

Le disposizioni normative non contemplano, però, una espressa definizione del concetto di «colpa grave», i cui caratteri definitori devono pertanto essere desunti dalla giurisprudenza dell'organo giudicante competente in materia, cioè la Corte dei Conti.

Secondo l'orientamento della Corte, specie in riferimento a procedimenti a carico di personale sanitario, la «colpa grave» può essere individuata in prestazioni svolte in casi privi di difficoltà oggettive ed eccezionali con condotte caratterizzate dall'inosservanza del minimo di diligenza richiesto o da grossolana superficialità, ovvero con comportamenti improntati alla massima negligenza o imprudenza o particolare noncuranza dell'interesse della pubblica amministrazione.

Le sentenze di condanna contro i medici sin qui emesse dalla Corte dei Conti per condotte colpose (tralasciando cioè le ipotesi di dolo, quali quelle relative, ad esempio, a truffa o peculato o per attività riprovevoli produttive di un danno all'immagine della pubblica amministrazione) hanno dunque avuto per oggetto casi nei quali emergevano gravi ed inescusabili inosservanze delle comuni regole di cautela, con conseguente grave danno alla salute dei pazienti.

Diversamente, il caso sottoposto recentemente al parere della magistratura contabile è relativo ad una fattispecie di responsabilità del tutto diversa, consistente nell'aver sottoposto una paziente ad intervento chirurgico, produttivo di complicanze, in difetto di consenso informato.

L'affermazione di responsabilità del medico per violazione del consenso informato si è da tempo imposta nell'ambito della giurisprudenza civile ordinaria (tra le altre, Cassazione civile n. 9374/1997, 5444/2006), con la conseguente condanna al risarcimento di danni iatrogeni ricon-

LUIGI PAPI  
Professore Aggregato di Medicina Legale  
Università di Pisa - Sezione di Medicina Legale

ducibili ad insuccessi o complicanze del trattamento non dovuti a colpa professionale secondo le consuete regole dell'imperizia, imprudenza o negligenza o violazione di norme codificate, ma dei quali il paziente non era stato adeguatamente informato, essendogli in tal modo preclusa la possibilità di decidere se sottoporsi o meno all'intervento. Peraltro, recenti sentenze della Suprema Corte (Cass. civ. n. 2487, 16394/2010) hanno posto un limite alla risarcibilità di tali situazioni, subordinando il diritto del paziente a percepire un ristoro economico alla dimostrazione (anche in via presuntiva) che questi, se adeguatamente informato, avrebbe rifiutato di sottoporsi al trattamento.

La Corte dei Conti è stata chiamata a pronunciarsi, per la prima volta, sulla sussistenza di eventuale responsabilità amministrativa per violazione del consenso informato, valutando la responsabilità di un chirurgo per le complicanze insorte a seguito di un intervento di tiroidectomia totale, consistite in ipotiroidismo post-operatorio, dopo che il Tribunale civile ordinario aveva condannato la struttura ospedaliera universitaria, in solido con il medico, al pagamento di € 103.500,00 oltre interessi, a titolo di risarcimento del danno subito dalla paziente. Nel caso in esame, l'individuazione di responsabilità per il chirurgo operatore scaturiva non per colpa professionale di natura tecnica, essendo risultate corrette sia l'indicazione terapeutica che le modalità di effettuazione dell'intervento, ma per non aver fornito alla paziente un'adeguata informazione sulla tipologia dell'intervento chirurgico, sulle complicanze postoperatorie e sui rischi specifici del trattamento, anche per la genericità ed incompletezza del modulo di consenso informato sottoscritto dalla paziente.

A seguito del giudizio civile l'Azienda Ospedaliera era ricorsa alla magistratura contabile, che in primo grado (Corte dei Conti Sezione Giurisdizionale per la Regione Siciliana, sentenza 26 aprile 2010 n. 828) condannò il sanitario al pagamento di € 13.207,00 (pari alla metà dell'esborso residuo a carico dell'Ente Ospedaliero in quanto il restante fu coperto dalla Compagnia assicuratrice) ritenendo che la mancata verifica da parte del chirurgo della completezza del consenso informato integri certamente i presupposti della colpa grave, dalla cui affermazione dipende la sussistenza della responsabilità amministrativa.

La sentenza è stata successivamente ribaltata in appello (Corte dei Conti - Sezione Giurisdizionale Appello Sicilia, sentenza n. 32 del 22 febbraio 2011) con l'assoluzione del medico in base al fatto che, secondo il protocollo interno messo a punto dal Direttore dell'Unità Operativa, di regola il consenso non veniva acquisito dal chirurgo che procedeva all'intervento, ma dal medico che curava la tenuta della cartella clinica, per cui i Giudici contabili hanno ritenuto che sul chirurgo operatore non gravasse l'obbligo di far sottoscrivere nuovamente alla paziente un'ulteriore specifica dichiarazione di assenso.

Anche se il procedimento contabile si è concluso positivamente per il sanitario, dalla vicenda risuona un forte segnale d'allarme per i medici. L'esonero di responsabilità, nel caso specifico, si è concretizzato solamente perché il chirurgo si è adeguato al protocollo interno all'Unità Operativa, ma la Corte dei Conti ha chiaramente enunciato, come regola generale, che la violazione del consenso informato può prefigurarsi come «colpa grave» sostenendo che *«per la sua sussistenza non si richiede una condotta assolutamente scriteriata o abnorme, ma è sufficiente che l'agente abbia serbato un comportamento contrario a regole deontologiche elementari, tralasciando, cioè, quelle cautele che costituiscono lo standard minimo di diligenza richiesto con specifico riguardo all'attività esercitata»*.

Da qui, il monito, per la categoria medica, a riservare la massima diligenza ed attenzione alla procedura di acquisizione del consenso, con l'avvertenza che essa si fondi su di un'effettiva ed adeguata informazione del paziente in merito al trattamento, ai rischi ed alle complicanze correlati, in modo da garantirgli (e garantirsi) una partecipazione consapevole alla strategia terapeutica. Tale attività, oltre che costituire, ovviamente, un imprescindibile dovere etico-professionale, può contribuire a ridurre i rischi di incorrere nel giudizio avverso della magistratura ordinaria, che da tempo si è dimostrata particolarmente vigile sulle problematiche relative alla violazione del diritto di autodeterminazione del paziente, e di quella contabile che, con il caso in commento, ha rivolto per la prima volta la sua attenzione a questo specifico profilo di responsabilità medica.

TM

## BACHECA

Si ricorda che numerosi annunci sono consultabili sul sito dell'Ordine: [www.ordine-medici-firenze.it](http://www.ordine-medici-firenze.it) pagina BACHECA già suddivisi nelle seguenti categorie: **Affitti professionali, Cessione attività, Collaborazioni tra medici, Collaborazioni non mediche, Iniziative tempo libero, Offerte lavoro, Offerte strumenti, Sostituzioni, Sostituzioni odontoiatri**. I colleghi hanno spontaneamente fornito i loro recapiti telefonici ed e-mail per questa pubblicazione.



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

## Crisi economica, sistemi sanitari e salute

### Il caso Grecia

**I**l sistema sanitario greco è una specie di "incompiuta", un sistema "atipico" e pieno di contraddizioni che la terribile crisi economica ha enormemente amplificato.

La Grecia fa parte dei paesi del sud Europa – insieme a Italia, Spagna e Portogallo – che tra gli anni 70 e 80 decisero di passare dal modello "mutualistico" ("Bismarck") al modello "servizio sanitario nazionale" ("Beveridge"). Ma in Grecia questa transizione non si è mai completamente realizzata, registrando una serie interminabile di crisi<sup>1</sup>.

L'atto di nascita del servizio sanitario nazionale ellenico risale al 1983, ma questo non ha sostituito la diffusa e complessa rete di assicurazioni sociali che si erano stratificate nel tempo a partire dal 1922. Varie leggi varate negli anni 90 e – la più recente – nel 2004 hanno cercato di razionaliz-

zare il sistema, ma senza successo con la conseguenza che a tutt'oggi nel paese coesistono due sotto-sistemi sanitari, uno – il servizio sanitario nazionale – finanziato dalla fiscalità generale, l'altro – il sistema mutualistico – finanziato dai contributi dei datori di lavoro e dei dipendenti. Ma a causa dell'inefficienza del sistema la principale fonte del finanziamento (circa il 40%) proviene direttamente dalle tasche dei cittadini che ricorrono – *out-of-pocket* – al florido mercato privato e

che spesso, nel settore pubblico, devono pagare sotto-banco gli operatori sanitari per ricevere le prestazioni. L'inefficienza del sistema spiega anche perché la Grecia registri – con il 9,6% del PIL destinato alla sanità – un livello di spesa sanitaria totale superiore alla media OCSE.

GAVINO MACIOCCO  
Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze

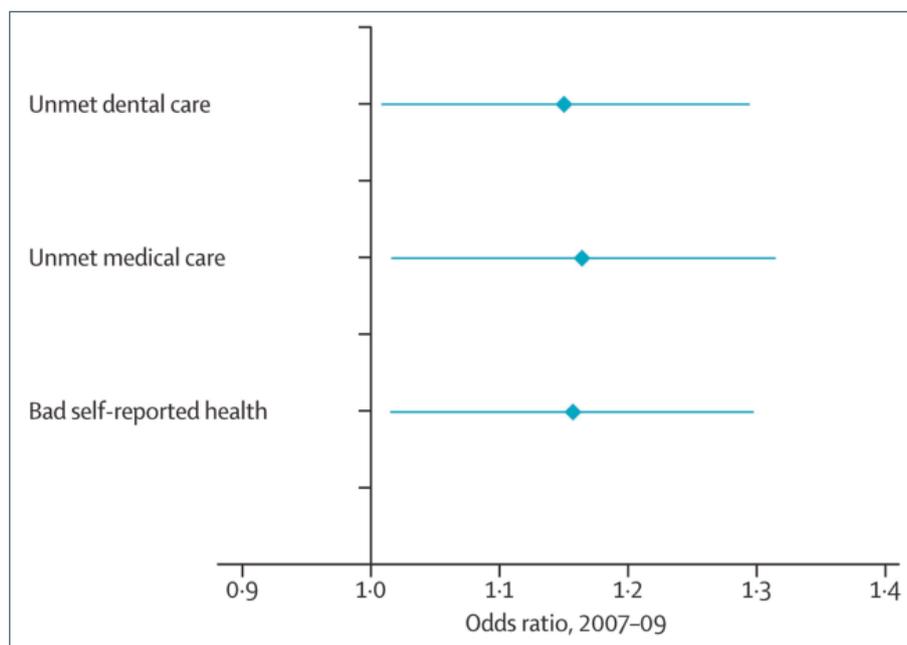


Figura 1

<sup>1</sup> C. Economou, Greece, Health system review, Health System in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.

La catastrofe economico-finanziaria in cui è precipitato il paese si è inevitabilmente riflessa sul sistema sanitario e sulla salute dei cittadini. Una situazione drammatica che *Lancet* sta seguendo con articoli e corrispondenze dirette dal paese.

Il budget della sanità è stato duramente tagliato e hanno perso il lavoro 26 mila dipendenti pubblici del servizio sanitario, di cui 9.100 medici<sup>2</sup>. Anche a causa del malfunzionamento dei servizi ambulatoriali, i ricoveri ospedalieri sono aumentati del 24% dal 2009 al 2010 e dell'8% nella prima metà del 2011 rispetto allo stesso periodo del 2010. Ospedali che peraltro funzionano sempre peggio a causa del taglio budget del 40%, e della conseguente carenza di farmaci e personale.

I ricercatori greci e inglesi dell'Università di Cambridge e della London School of Hygiene and Tropical Medicine, autori di uno degli articoli di *Lancet*<sup>3</sup> che ha avuto una larga eco nella stampa internazionale, riportano una serie di dati che segnalano un peggioramento delle condizioni di salute della popolazione. È aumentata la percentuale di persone che considera la propria salute "cattiva" o "molto cattiva" e di coloro che rinunciano a curarsi a causa della crisi (Figura 1).

I **suicidi** sono aumentati del 17% dal 2007 al 2009 e – dato ufficioso riferito in parlamento – del

25% dal 2009 al 2010. Secondo il Ministro della Sanità nella prima metà del 2011 i suicidi sono aumentati del 40% rispetto allo stesso periodo del 2010.

Altri indicatori allarmanti sono l'aumento della violenza, con **omicidi e rapine** che sono raddoppiati tra il 2007 e il 2009. È stato registrato un significativo aumento delle **infezioni da HIV**: +52% nel 2011 rispetto al 2010 (922 nuovi casi vs 605). Metà di questo incremento è legato alle infezioni contratte da consumatori di stupefacenti per via iniettiva. La prevalenza dell'**uso di eroina** è aumentata del 20% dal 2009 al 2010, mentre nello stesso periodo si è ridotto di un terzo il budget destinato ai servizi per tossicodipendenti.

“Complessivamente – così conclude l'articolo<sup>3</sup> – il quadro della salute in Grecia è preoccupante. Questo ci deve far riflettere sul fatto che nel tentativo di ripianare il debito la gente comune sta pagando il prezzo più alto: non avendo più accesso alle cure e ai servizi di prevenzione, esponendosi a maggiori rischi di contrarre HIV e altre malattie sessualmente trasmesse, e nei casi peggiori perdendo la propria vita. È necessaria una maggiore attenzione alla salute e all'accesso ai servizi sanitari per evitare che la crisi greca non minacci la principale fonte della ricchezza del paese – il suo popolo”.

**TM**

<sup>2</sup> K. Triantafyllou, C. Angelotopoulou, IMF and European co-workers attack public health in Greece, *Lancet* 2011; 378: 1459.

<sup>3</sup> A. Kentikelenis et al, Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy, *Lancet* 2011; 378: 1457-58.

## 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](http://www.ordine-medici-firenze.it)**



Sandro Boccadoro, libero docente in Igiene presso il Dipartimento di Sanità pubblica dell'Università di Firenze. Direttore sanitario della ASL di Firenze (1995/98). Membro del Consiglio Superiore di Sanità (1988/90). Presidente del Comitato regionale della CRI di Firenze (1988/93). Autore di 107 pubblicazioni scientifiche. Consulente sanitario per 24 progettazioni ospedaliere.

## Santa Maria Nuova nelle opere iconografiche

L'iconografia si occupa delle opere figurative presentate come documentazione utile alla ricostruzione storica. Le immagini iconografiche sono rappresentazioni artistiche che possono riguardare la storia di vari soggetti: personaggi, avvenimenti, città, chiese, palazzi storici, ospedali secolari.

Santa Maria Nuova, l'ospedale più antico di Firenze, è riprodotto in numerose iconografie che attestano la sua immagine nel corso del tempo e che si possono ammirare in rinomate incisioni a stampa, in alcune raccolte cartografiche, in pregevoli affreschi murali. È questo uno degli aspetti più rilevanti per cui l'Istituzione ospedaliera ha assunto dignità patrimoniale, come ho rilevato nel mio primo ar-

ticolo pubblicato su Toscana Medica nel 1986, che avevo intitolato "Santa Maria Nuova patrimonio culturale di Firenze".

L'affresco più significativo riprodotto in molte pubblicazioni, è quello di Bicci di Lorenzo nel quale sono raffigurate le facciate dell'ospedale e dell'annessa chiesa Sant'Egidio, come apparivano nei primi decenni del '400 in occasione di una cerimonia officiata dal papa Martino V. L'opera è conservata nel salone di rappresentanza dedicato al nome del pontefice, dove si può ammirare anche la sinopia dell'affresco.

SANDRO BOCCADORO  
Già Direttore Sanitario Asl Firenze

Allo stesso periodo risale la rappresentazione della chiesa e dell'ospedale inclusa nel *Codice Rustici*, conservato presso la galleria degli Uffizi. Un'altra stampa è inclusa nella raccolta del *Fondo Cappugi*, conservato nella biblioteca Nazionale, che comprende vedute di Firenze a cura del cartografo Federico Bernardo Weber.

Nella seconda metà del 1500 fu coniatata una *medaglia* da Domenico Poggini, che riproduce un'immagine stilizzata dell'ospedale per celebrare l'ingrandimento della crociera degli uomini. In un'altra medaglia, stampata nel Regolamento del 1979, è riprodotto il prospetto stilizzato del loggiato del Buontalenti.

La prima *pianta topografica* di Firenze, che sia a noi pervenuta, è quella che nel 1584 rilevò il monaco olivetano don Stefano Bonsignori, cosmografo del granduca Francesco I de' Medici. Con una visione prospettica l'autore raffigura i principali edifici della città, evidenziati nel contesto dei percorsi stradali e delle piazze. L'ospedale di Santa Maria Nuova vi appare in tutta la magnificenza della prima crociera, le infermerie degli uomini, al culmine della quale è visibile la cappella con la lanterna sovrastante progettata da Bernardo Buontalenti. In una pubblicazione sul patrimonio artistico di Santa Maria Nuova l'architetto Sergio Ardinghi scrive che questo piccolo e sconosciuto gioiello appare oggi snaturato da un assurdo restauro ottocentesco. All'origine internamente appariva alla vista dei degenti che dai propri letti,



allineati lungo il braccio principale della croce, potevano partecipare alle celebrazioni religiose. Un arco trionfale delimitava le degenze dallo spazio dedicato all'altare e agli arredi sacri.

Nei secoli successivi le stampe iconografiche presentano l'immagine della facciata disegnata da Bernardo Buontalenti già nella seconda metà del '500. Ma il loggiato che la caratterizza sarà realizzato in seguito, come attesta la stampa edita nel 1684 da Ferdinando Leopoldo Migliore, nella quale si vede il frontale ancora privo dei due bracci laterali. Il braccio laterale destro con le sue tre arcate, costruito nel primo decennio del XVII secolo, appare in una rinomata litografia di Giuseppe Zocchi, stampata a Londra nel 1774. La parte incompiuta del loggiato, il braccio del lato sinistro che sarà completato soltanto nel 1961 a cura della Cassa di Risparmio, appare in una stampa, di autore ignoto, dove sono raffigurate abitazioni risalenti alla seconda metà del 1600.

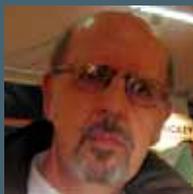
Altre prestigiose opere con l'immagine della piazza e del loggiato sono state prodotte da artisti vissuti tra il 1700 e il 1800, tra i quali Francesco Magnelli e Bernardino Rosaspina.

L'effigie dell'ospedale di Folco Portinari è ricorrente in molte raccolte iconografiche, conservate non solo a Firenze, come i citati Codice Rustici e Fondo Cappugi, ma anche in altre città: a Roma nei Codici Vaticani e nei musei di Berlino.

Per concludere, non possiamo dimenticare *le tavole* incise su rame annesse ai Regolamenti leopoldini del 1783 e del 1789, editi da Per Gaetano Cambiagi stampatore granduca.

Queste opere iconografiche possono essere ammirate in una recente pubblicazione promossa dal Centro di documentazione per la storia dell'assistenza e della sanità, curata con la consueta competenza dall'architetto Esther Diana

TM



Fernando Prattichizzo, medico ospedaliero di Medicina Interna con interessi di ricerca scientifica nel campo della Cardiologia, svolge anche attività di pubblicista storico-letterario e di artista pittore.

## L'astio fiorentino

L'individuazione e il riconoscimento del valore intellettuale di numerosi uomini dell'area fiorentina ha portato a coniare il termine prestigioso di "genio fiorentino", ma il principio generale predicato da Cicerone "homo homini lupus", scherzosamente trasformato in campo sanitario dal detto "medicus medico lupissimus", ci induce a sottolineare l'importanza storica anche dell'astio fiorentino, causa di autentici ed eclatanti crimini contro l'umanità.

Il primo esempio di vittima dell'odio di parte è costituito da Dante Alighieri, iscritto alla sesta delle Arti maggiori, quella dei medici e speciali, che erano anche cultori di studi filosofici. Come noto, Dante patì l'astio di Corso Donati e del partito dei Neri, che nel 1302 lo condannarono in contumacia all'esilio per due anni, alla multa di cinquemila fiorini piccoli da pagarsi entro tre giorni e alla esclusione perpetua dai pubblici uffici. Non essendosi presentato a pagare la multa, Dante fu condannato ad essere bruciato vivo, per cui non poté più rientrare in patria.

Per il secolo successivo ricordiamo innanzitutto Leonardo da Vinci, anatomofisiologo per necessità artistiche, che effettuò più di 30 autopsie presso l'ospedale di Santa Maria Nuova. Nel

1476 Leonardo fu accusato, processato e assolto dall'accusa di sodomia. L'accusatore anonimo lasciò nell'apposita cassetta, detta "tamburo", posta in piazza della Signoria, una denuncia rivolta agli Ufficiali di Notte, cioè alla magistratura che combatteva la sodomia, in cui si specificava che Jacobo Salterelli, sui 17 anni, era stato sodomizzato da dozzine di persone, tra i quali "Lionardo di ser Piero da Vinci". L'imputato fu assolto, perché la denuncia era anonima e perché non arrivò successivamente una nuova denuncia firmata. Leonardo lasciò Firenze nel 1482 per tornarvi solo sporadicamente e si trasferì definitivamente in Francia nel 1516, presso il maniero di Cloux, ove morì tre anni dopo.

Anche Michelangelo Buonarroti eccelse nelle arti visive dopo accurati studi anatomici, che effettuò nel convento di Santo Spirito, sezionando i cadaveri provenienti dall'ospedale del complesso stesso. Nel 1490

Michelangelo litigò a Firenze con lo scultore Pietro Torrigiani, noto per la sua avvenenza e per la sua ambizione. Durante un sopralluogo alla cappella Brancacci i due si azzuffarono e Michelangelo riportò una deturpazione del profilo nasale per un pugno in pieno volto da parte del rivale. Altra rivalità sorse col genio Leonardo, il quale votò per una posizione defilata della statua del David, sotto una nicchia nella Loggia della Signoria, quando faceva parte di una commissione chiamata a deciderne la collocazione. Con la nomina a console dell'Accademia delle Arti del Disegno nel 1563

FERNANDO PRATTICCHIZZO

Dirigente Medico UO Medicina Interna, Empoli

Cosimo I de' Medici rivolse l'ultimo accattivante invito a Michelangelo, affinché tornasse a Firenze, ma l'artista rifiutò e preferì morire l'anno dopo a Roma.

Il ferrarese Girolamo Savonarola si dedicò allo studio della teologia, dopo aver iniziato gli studi di medicina, cui era stato avviato dal nonno. Come frate domenicano svolse un'importante attività politica e religiosa nella Firenze di fine '400, suscitando un contrasto tra i suoi fautori, detti Frateschi o Piagnoni, e i filomedicei, detti Palleschi o Arrabbiati. Nel 1498 gli Arrabbiati lo processarono e lo condannarono, assieme agli altri due confratelli Domenico Buonvicini e Silvestro Maruffi, alla tortura, all'impiccagione e al bruciamento, con dispersione delle ceneri in Arno.

Nello stesso periodo storico visse Niccolò Machiavelli, segretario della repubblica fiorentina, che venne privato del suo ufficio nel 1512 dal cardinale Giovanni de' Medici al suo ingresso in Firenze. Il suo nome comparve in una lista di congiurati antimedicei, per cui venne arrestato e torturato. Riconosciuto innocente, si ritirò nel podere di Sant'Andrea in Percussina, presso San Casciano, nella villa detta "l'Albergaccio". Quando nel 1515 Lorenzo II de' Medici ricevette "Il Principe" da Machiavelli lo sfogliò appena e, diffidando di lui, prestò più attenzione ad una coppia di cagnolini appena ricevuti.

In altro ambiente di vita andò meglio al genio Galileo Galilei. Nell'aprile del 1604 l'amanuense Silvestro Pagnoni, suo dipendente, denunciò lo scienziato all'Inquisizione, perché effettuava oro-

scopi a pagamento ed in quanto non era ligio alla prassi religiosa, preferendo invece frequentare la casa della "putana" Marina Gamba. Per sua fortuna la Repubblica di Venezia riuscì a bloccare l'inoltro della denuncia all'Inquisizione di Roma, per cui non ci furono conseguenze.

Nell'800 il poeta Giosue Carducci fu accusato pubblicamente dal fiorentino Eduardo Arbib, che conosceva bene, perché apprendista nella tipografia del Barbera ai tempi in cui il Carducci vi collaborava per l'edizione di classici. Sul giornale romano "La libertà" Arbib lo accusò di scrivere poesie dietro compenso ed il poeta rispose sdegnosamente nella prefazione a *Juvenilia*, ricordando che aveva rinunciato finanche a presentare la domanda per insegnare a Firenze, in quanto a ciò intimato, e che aveva preferito abbandonare la Toscana, quando il ministro del regno Terenzio Mamiani gli aveva assegnato una cattedra all'Università di Bologna. Per il Carducci a Firenze "delle antiche virtù e qualità nulla rimane, né meno l'accorgimento e la furberia" e pesantemente conclude: "Sarebbe forse che parecchi italiani adoperano il coraggio a osare le più abiette vigliaccherie e l'ingegno, come diceva quel cardinale, a benedirsi l'un l'altro? La decisione alla statistica, la quale, dicono, è scienza, e scienza utilissima: dimostra, per esempio, che il *bel paese* supera d'assai la Francia e la Germania e non so quanti altri paesi men belli nel prodotto del genere *canaglia*, li supera nella copia e nella qualità".

Alcuni esempi per individuare l'astio, oltre al genio... fiorentino? **TM**



Acquerellato  
del compianto amico  
pittore Dilvo Lotti,  
raffigurante Carducci  
e D'Annunzio.

# Guglielmo Röntgen annunzia la scoperta dei Raggi X

(23 gennaio 1895)

**L**a scoperta dei Raggi X segna l'inizio di un nuovo rinascimento scientifico.

Gli studiosi, che fino ad allora conducevano ricerche per proprio conto e talvolta in segreto, si riuniscono, parlano delle loro esperienze, dell'avvenire della prodigiosa novità che lo stesso Röntgen, con supremo disinteresse, ha voluto mettere a disposizione dei colleghi per favorire ulteriori indagini.

In molte Università sorgono gruppi di studio ed un numero sempre più folto di appassionati si accosta alla nuova disciplina che in futuro, si dice, avrà applicazioni di grande interesse clinico, diagnostico e persino terapeutico.

Chi era Guglielmo Röntgen? Come avvenne la scoperta?

Leggiamo il resoconto che fece il Presidente della Società Fisico-Medica dell'Università di Würzburg nella seduta in cui venne annunciata la storica notizia. Ecco: "La seduta del 23 gennaio 1895 appartiene agli avvenimenti memorabili della mia vita. Che nel nostro Istituto di Fisica il Prof. Röntgen, conducesse degli studi importanti era noto solo a pochi, poiché il Professore non amava pubblicità a buon mercato. Ma la sorpresa fu grande quando, alla metà di gennaio ed in data 28 dicembre 1895, apparve nel Bollettino della Società Fisico-Medica una prima comunicazione di Röntgen dal titolo "Di una nuova specie di raggi".

Trovai la nota nel mio scrittorio rincasando per il pranzo. Non fu per me tanto più penosa quanto quella che dovetti pazientare prima di potermi recare all'Istituto onde pregare Röntgen di darmi chiarimenti sulla inaudita novità e pregarlo di riferire al più presto, il fatto favoloso alla nostra Società.

Era allora Guglielmo Röntgen nel pieno del suo vigore. Di alta statura, spalle larghe, naso energico, occhi bruni e penetranti ed una barba fluente. Promise di darne comunicazione nella seduta del 23 gennaio.

Infatti, alla data fissata, con semplicità, tra un gran numero di colleghi che affollavano l'aula, egli prese la parola. Non vi era in lui il minimo tentativo di ingigantire la cosa inaudita, con ipotesi astruse, calcoli complessi e previsioni messianiche. Nell'udi-

torio attento e silenzioso dimostrò le sue affermazioni con esperienze inoppugnabili.

Disse che i raggi si formano dall'urto dei raggi catodici sulla parete del tubo di Hittorf-Lenard quando questo sia vuoto al massimo grado. Lo schermo di platino-cianuro di bario s'illuminò nonostante fosse avvolto da carta nera impermeabile. Lo scienziato disse come certi metalli siano dotati di potere assorbente di fronte ai raggi X e che questi, possono attraversare spessi strati di stoffa leggera o sottili strati di stoffa pesante. Sullo schermo si videro corpi opachi proiettare immagini nette e si apprese che i raggi non vengono

riflessi, né rifratti né polarizzati.

Alla fine, tra la meraviglia generale, Röntgen pregò Von Kolliker, il venerando decano della Facoltà di Medicina, di concedere per breve tempo la sua mano, onde fotografarne le ossa attraverso le parti molli.

Gentilmente si alzò l'illustre scienziato dalla chioma argentata e pose la mano nella cassetta fotografica per alcuni istanti, dopo averla con cura avvolta nella carta nera.

Un silenzio solenne per alcuni istanti, poi rapido sviluppo nella camera attigua e poco dopo apparve agli occhi degli astanti l'immagine radiografica che risolveva il compito all'apparenza impossibile, con stupefacente perfezione. Scoppiarono applausi ed i convenuti ebbero l'impressione che la scoperta avrebbe avuto un grande avvenire per le scienze naturali e forse anche per la Medicina. Von Kolliker propose, intanto, di chiamare i nuovi raggi col nome dello scopritore ed un triplice evviva si levò in onore di Röntgen.

Un chirurgo presente espresse parere nettamente contrario a quello di Von Kolliker, affermando che, se la constatazione della presenza degli aghi, proiettili e lesioni traumatiche delle ossa assicuravano un impiego prezioso della nuova scoperta, nella diagnosi di organi interni il metodo non dava troppo affidamento.

Ma ormai il fatto prodigioso era avvenuto e nessuna critica avrebbe potuto arrestarlo.

Rivivendo quella scena memorabile, ancora oggi, si prova grande emozione. Il pensiero corre all'entusiasmo di quegli uomini semplici e straordinari i

FRANCESCO GIUSEPPE ROMEO

*Medico chirurgo, Firenze*

quali, dalla loro piccola Università, stavano per dare a milioni di loro simili una nuova speranza.

Fu il caso a legare il nome di Guglielmo Röntgen alla grande scoperta o non piuttosto la lotta, la tenacia, la convinzione, lo spirito di sacrificio? Certo la fortuna lo ispirò a muoversi in quella direzione, ma i risultati furono determinati dalla costanza nello studio, dall'energia dell'intelletto, dal profondo spirito critico, che uniti al genio creativo gli permisero di strappare alla natura una frazione del suo miste-

ro. È certo, però, che nell'imponderabile l'uomo deve far seguire il consapevole esercizio delle proprie capacità.

Quella di Röntgen fu una scoperta che non doveva rimanere isolata. Lo scienziato stesso non volle trarre il minimo vantaggio economico, incoraggiava gli studiosi di tutto il mondo a perfezionarla.

Per questa sua aspirazione, la morte che avrebbe potuto trovarlo doviziosamente ricco, lo sorprese nobilmente povero ma felice. **TM**

## Letti per voi

Toscana Medica 1/12



## Sanità e web

Walter Gatti

Springer Editore

**S**olo un vecchio giornalista esperto come Walter Gatti, direttore del portale della Federazione degli Ordini dei Medici, forte quindi di un lungo lavoro e di una diuturna frequentazione con questi problemi, poteva cimentarsi con un tema siffatto, di grandissima attualità ma estremamente difficile e complesso. "Come internet ha cambiato il modo di essere medico e malato in Italia" recita il sottotitolo. Il cambiamento invero è stato globale e ormai l'informatica è onnipervasiva assai più della stampa o della stessa televisione. Il libro risponde alle principali questioni sull'uso, sui rischi e sui benefici che il web porta alla medicina e alla sanità, affrontandone ogni risvolto, anche mediante interviste assai illuminanti a alcuni esperti. E tenta, con ancor maggiore ambizione, di delineare un futuro possibile. L'informatizzazione è, potremmo dire, il tema dei temi

per il futuro di essere medici. Il testo lo affronta senza tecnicismi, in modo discorsivo e comprensibile anche per chi ha meno dimestichezza con l'informatica. Le questioni di cui si discute sono veramente intricate. Non si tratta solo di pensare in modo "virtuale" il medico, il paziente, la stessa consultazione. È che tutto il nostro mondo, compresa la sanità che sembrava un'enclave chiuso se non altro per problemi di privacy, vive invece dentro la "rete", in una realtà dove tutti possono interloquire cosicché, quando ci si pone nell'atteggiamento di non credere a nulla perché è disponibile tutto e il contrario di tutto, proprio allora si può cadere nel tranello di credere a qualsiasi notizia apparsa sul web. Una grande sfida che questo piacevole e intrigante libro tenta almeno di chiarire in tutti i suoi risvolti. E non è poco.

Antonio Panti

## Radici robuste per un albero fiorentino

Francesco Tonelli AAVV

Edizioni Polistampa

**I**n occasione del Congresso Chirurgico di Firenze, Francesco Tonelli, ordinario di chirurgia a Careggi, ha curato un libro a più mani che traccia una breve biografia dei maggiori chirurghi fiorentini o che, comunque, hanno operato in Firenze dal settecento a oggi. Non si tratta soltanto di una galleria di ritratti di uomini illustri per la loro competenza professionale, per la capacità didattica, per l'importanza del contributo alla scienza medica che ciascuno di loro ha offerto. Ne esce, in filigrana, una storia dello "studio" fiorentino e di quanto peso di innovazione esso abbia portato nel panorama europeo. Firenze, città che nel tempo decadeva (ha interrotto ora questa china?), tuttavia è sempre stata capace di inserirsi nel corso impetuoso del progresso medico, un corso ognora più accelerato e entusiasmante e che ha portato la chirurgia alle attuali vette al servizio dell'uomo che soffre. Ed è bello e piacevole seguire questo scorrere di eventi scientifici straordinari e questo avvicinarsi di uomini che hanno realmente

e concretamente onorato la nostra scuola, da quando il Granduca ordinò che i laureati si abilitassero dopo due anni di frequenza presso lo studio fiorentino di Santa Maria Nuova, fino alla nascita dell'attuale Università che, in questo settore, ha sempre saputo integrarsi con i professionisti ospedalieri. Lo dimostrano le biografie contenute in questo testo tra le quali si annoverano le migliori menti e le più capaci mani dell'Università e dell'Ospedale. Non ultimo, per chi non è più giovanissimo, è fonte di piacevole e affettuoso ricordo il ripercorrere la storia di tanti illustri maestri di cui rammentiamo ancora l'insegnamento professionale e, più che altro, quello di vita da medico. "I protagonisti della chirurgia fiorentina", edizioni Polistampa s.i.p.; un libro da leggere e non soltanto come un semplice e piacevole amarcord ma per ritrovare nelle nostre radici le ragioni di un avvenire entusiasmante.

Antonio Panti



## Decreto "Salva-Italia": la posizione dell'Ordine

Il cosiddetto "Decreto Salva-Italia" prevede che se entro il 13 agosto 2012 non si perverrà alla riforma degli Ordini e Collegi professionali, scatterà in modo automatico l'abrogazione di tutte le precedenti norme istitutive. Non è ancora chiaro se tale abrogazione riguarderà gli Ordini e Collegi "tout-court", oppure se verrebbero abrogate solo le norme in contrasto con i principi previsti dalla legge n. 138 del 13 agosto 2011. Comunque l'impressione diffusa è che

aver fissato una data perentoria sia una sorta di "aut-aut" al Parlamento perché decida e non rinvii una riforma degli ordinamenti professionali più volte tentata negli ultimi vent'anni e sempre rimasta al palo, allo scadere delle legislature. Ma è proprio interesse delle categorie professionali arrivare ad una riforma incisiva degli Ordini che li possano rendere efficaci nei moderni contesti socio-economici. Perché le leggi che attualmente regolamentano gli Ordini risalgono al

periodo pre-repubblicano e sono, con tutta evidenza, oramai inadatte a disciplinare il mondo delle professioni. Per quanto riguarda le professioni sanitarie, è già al vaglio del Parlamento un disegno di legge proposto dall'ex Ministro Fazio, il cui esame è in fase molto avanzata. L'auspicio è che entro la fatidica data del 13 agosto 2012 sia approvato definitivamente. Sicuramente la categoria medica ed odontoiatrica lavorerà in questo senso.

## Pubblicità via internet: tuteliamo il consumatore

Di fronte al proliferare di annunci pubblicitari su siti internet come Groupon, Groupalia e simili da parte di medici e di odontoiatri, l'Ordine ricorda a tutti i propri iscritti queste semplici, ma chiare regole. Ferma restando la libertà della pubblicità informativa, ogni professionista deve necessariamente garantire che il con-

tenuto del messaggio pubblicitario sia corretto, veritiero e trasparente. Non è corretto vantare competenze che poi non si è in grado di documentare, così come non è corretto proporre prestazioni al pubblico che poi non si è in grado di fornire con il necessario e doveroso scrupolo. L'Ordine esegue controlli a campione su

questi annunci pubblicitari e chiede frequentemente chiarimenti ai propri iscritti nei casi di dubbio. Si spera che la categoria medica ed odontoiatrica sia sufficientemente matura per evitare all'Ordine di assumere sanzioni disciplinari per pratiche pubblicitarie scorrette.

### COMMISSIONE FORMAZIONE

Su iniziativa del Consiglio dell'Ordine, è stata istituita una nuova commissione destinata alla formazione. Si tratta di una iniziativa che opererà in molteplici direzioni nel campo della formazione, soprattutto con l'intento di aiutare i colleghi più giovani ad orientarsi in settori di fondamentale importanza quali, ad esempio, la previdenza, le coperture assicurative, l'attività di certificazione. "Toscana Medica" pubblicherà le iniziative della commissione che saranno riportate anche sul supplemento informatico. È stata attivata una casella di posta elettronica alla quale è possibile scrivere per porre domande ed avanzare suggerimenti: [formazione@ordine-medici-firenze.it](mailto:formazione@ordine-medici-firenze.it).



## Farmaci: vietato escludere le Regioni

Vietato rivedere i criteri di rimborsabilità dei farmaci senza coinvolgere le Regioni. La norma del 2010 che ha istituito il "tavolo farmaci" è costituzionalmente illegittima nella parte in cui "non prevede alcun coinvolgimento delle Regioni", privandole della possibilità "di differenziare, con determinazione amministrativa e per il proprio territorio, il livello di rimborsabilità dei farmaci". Lo ha stabilito la Corte Costituzionale, con la sentenza

n. 330/2011, depositata il 16 dicembre, accogliendo il ricorso della Toscana contro l'articolo 11, comma 6-bis, del decreto-legge n. 78/2010, che affidava al Ministero della Salute, dell'Economia, all'AIFA e alle associazioni di categoria la revisione dei criteri di remunerazione della spesa farmaceutica. Per la Consulta, la disposizione investe una pluralità di ambiti, dalla determinazione dei LEA, in cui rientra l'erogazione dei farmaci, alla tute-

la della salute, fino al coordinamento della finanza pubblica. In presenza di una simile sovrapposizione di materie e nell'impossibilità di individuarne una prevalente il legislatore statale "avrebbe dovuto attribuire adeguato rilievo al principio di leale collaborazione" e predisporre "adeguati strumenti di coinvolgimento delle Regioni, a salvaguardia delle loro competenze". Non facendolo, ha violato l'articolo 118 della Costituzione.

## Sul sito del Ministero tutti i concorsi

Il Ministero della Salute ha pubblicato il nuovo portale internet [www.trovalavoro.salute.gov.it](http://www.trovalavoro.salute.gov.it), per promuovere la massima conoscenza delle possibilità di lavoro offerte dal Servizio Sanitario nazionale sia per le professioni sanitarie come il medico, l'infermiere, il tecnico di laboratorio, sia per il personale non sanitario. Il portale, realizzato dalla Direzione

Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali del Ministero in collaborazione con l'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato (Ipzs), permette per la prima volta gratuitamente e liberamente la consultazione e la ricerca in tempo reale di concorsi ed esami in ambito sanitario e di tutte le informazioni correlate, come diari e graduatorie. Il portale contiene tutti

i concorsi in ambito sanitario pubblicati nella Gazzetta Ufficiale 4a Serie Speciale Concorsi (a partire dal 1° agosto 2011) avvisi e aggiornamenti. L'iniziativa editoriale online rientra nelle attività di sviluppo e ristrutturazione del portale istituzionale del Ministero.



## Convegno ENPAM “le strategie del cambiamento”

L'enorme importanza che il mantenimento nel tempo della solidità economica del nostro Ente previdenziale ha per ciascuno di noi, ma soprattutto per i più giovani, è stata largamente recepita dai partecipanti al Convegno ENPAM “Le Strategie del Cambiamento” tenutosi a Roma il 4 e il 5 novembre, tra i quali numerosissimi sono stati quelli che, intervenendo nella discussione, hanno contribuito, oltre che a sottolineare gli aspetti generali della problematica, anche a focalizzarne molti dettagli.

Tra le varie relazioni delle due giornate di lavoro, oltre a sottolineare i brevi ma decisi interventi del Presidente Parodi che ci ha invitato a difendere con i denti la “nostra” previdenza, annunciandoci che intende concludere il suo lungo mandato con il fondamentale varo del nuovo Statuto, mi limito a sintetizzarne brevemente alcuni.

Il Direttore Generale Volponi ci ha messo in guardia contro le incursioni legislative volte a diminuire l'autonomia dell'ENPAM, ed ha introdotto il quesito se sia o meno opportuno per il nostro Ente candidarsi a presiedere la previdenza di TUTTE le categorie sanitarie. Dalla discussione è poi emerso che la maggior parte dei colleghi preferisce che si continui a limitarsi a gestire soltanto la previdenza di medici ed odontoiatri.

Il prof. Amato, dopo aver parago-

nato Parodi a Bill Gates, ha riassunto come la situazione demografica sia profondamente cambiata negli ultimi 50 anni, diminuendo fortemente la percentuale di giovani ed aumentando in modo esponenziale il numero di anziani e di non autosufficienti, venendosi così a determinare nel campo previdenziale l'enorme problema dell'aumento di beneficiari associato alla diminuzione di contribuenti e di contributi, un problema non solo italiano, ma che interessa tutti i Paesi europei. Ha inoltre concordato sulla iniquità della tassazione dei redditi finanziari dell'ENPAM, che anziché venire abolita, è stata recentemente quasi raddoppiata, passando dall'11 al 20%, ed ha definito assurda la ventilata abolizione degli ordini professionali.

L'ing. Caccamo, responsabile dell'Area Gestione Patrimonio dell'ENPAM, ha illustrato la nuova “asset location” degli investimenti dell'ENPAM, evidenziando che da un'assoluta prevalenza dell'immobiliare (che rappresentava circa il 98%) siamo passati negli ultimi anni al prevalere del mobiliare, che oggi arriva quasi a 2/3 del patrimonio.

Fondamentali infine gli interventi della seconda giornata: Il prof. Angrisani, docente di Tecnica Attuariale, ha calcolato che gli attuali 80.000 pensionati dell'ENPAM diventeranno 250.000 nei prossimi anni per effetto della “gobba previdenziale”, e che dall'altra parte l'in-

roduzione del numero chiuso ha già diminuito drasticamente il numero dei nuovi iscritti.

Il dott. Del Sordo, Vice-direttore Generale dell'Ente, ha spiegato come, dato il progressivo aumento dell'età media (la sopravvivenza aumenta di due mesi ogni anno!), l'età pensionabile, in base al nuovo Statuto, dovrà passare gradualmente dai 65 anni del 2012 ai 68 anni del 2018, aumentando progressivamente di 6 mesi ogni anno.

Infine il dott. Olivetti, vice-presidente Vicario dell'ENPAM, in un lungo ed appassionato intervento che sarebbe qui impossibile riassumere, ha in particolare insistito sull'opportunità di continuare a fondare la nostra previdenza sul sistema contributivo, che consente di assegnare **subito** ad ogni contribuente la valorizzazione del suo contributo al momento del pensionamento. Ed è proprio grazie a questo meccanismo che ad ogni 1000 euro di versamenti corrispondono 90 euro di pensione annua in ENPAM, contro 54 euro in INPDAP e 65 euro in INPS (in entrambe queste ultime con forti contributi dello Stato, che l'ENPAM non riceve!). Ha infine precisato che ogni intervento di modifica agirà sui contributi incassati dopo la riforma, che le pensioni in essere non saranno toccate ed infine che sarà mantenuto l'attuale sistema di opzione della data di quiescenza.

*Giorgio Spagnolo*

## Associazione Slow Medicine Primo Convegno Nazionale a Torino

Si è svolto a Torino il 18-19 novembre il I Congresso Nazionale “Verso una Slow Medicine: per una cura sobria rispettosa e giusta”.

L'obiettivo era di raccogliere, rilanciare, condividere idee, azioni, conoscenze ed esperienze che vadano nella direzione di Slow Medicine, per attivare e mettere in moto una rete di progetti e persone che trasformino l'idea slow in una realtà in crescita. Hanno partecipato come relatori medici del lavoro, specialisti, direttori sanitari, psicologi, epidemiologi, economisti, infermieri, sociologi, esperti della comunicazione.

Il sottoscritto, definito come

“pioniere” della Slow Medicine dagli organizzatori del Convegno per l'articolo scritto nel lontano 2002, ha aperto i lavori, comunicando che il 15 dicembre anche a Firenze verranno dibattuti in un Convegno i temi della Slow Medicine. Andrea Gardini, direttore sanitario dell'Azienda Sanitaria Universitaria di Ferrara, ha ricordato le tappe della Slow Medicine in Italia con il Manifesto stilato nel maggio 2010 e la fondazione dell'Associazione a Ferrara nel giugno 2011.

Nella prima giornata sono stati presentati alcuni progetti replicabili in altre realtà, quali la prevenzione e la promozione della salute, le buone

pratiche comunicative nella relazione di cura, la salute nella riproduzione e nell'età infantile, la cura nell'età anziana e nel fine vita, la cura del malato acuto e del malato cronico.

Nella seconda giornata sono stati esaminati vari aspetti della Slow Medicine quali la sobrietà, il rispetto e la giustizia della cura.

Ha chiuso il Convegno Carlo Petrini, fondatore di Slow Food, con una stimolante relazione che ha sottolineato gli stretti rapporti tra una corretta alimentazione ed il mantenimento della salute.

*Alberto Dolara*

## Associazione italiana donne medico

Il 28/11/2011 presso l'Ordine dei Medici di Firenze si è riunita la sezione fiorentina dell'Associazione Italiana Donne Medica, che ha presentato il film documentario “per la mia strada”: la storia di 8 donne di successo nella vita personale e professionale. Alla proiezione è seguito un

dibattito che ha sottolineato non la superiorità delle donne in contrapposizione dualistica al mondo maschile, bensì come parte diversa di un universo di talenti personali e professionali.

All'evento, organizzato dalla Presidente dell'Associazione Italiana Donne Medico sezione di Firenze

Dr.ssa Marilù Bartiromo, hanno partecipato l'Assessore alla Sanità della Regione Toscana Dr.ssa Daniela Scaramuccia, il Presidente Nazionale dell'AIDM Dr.ssa Ornella Cappelletti e il Dr. Antonio Panti Presidente dell'Ordine di Firenze.



## PEC: facciamo chiarezza

Negli ultimi giorni molti medici hanno contattato l'Ordine per avere informazioni in merito alla scadenza del 29 di novembre per l'attivazione della Posta Elettronica Certificata (PEC). La notizia ha bisogno di essere precisata e vediamo di fare chiarezza. Con il Decreto Legge n. 185 del 2008 è stato stabilito che le imprese avrebbero dovuto dotarsi della PEC entro tre anni, mentre i professionisti entro un anno. Quindi, a rigor di legge, i professionisti (compresi i medici e gli odontoiatri) avrebbero dovuto già attivare la PEC fin dal 29 novembre 2009, mentre per

le imprese il termine è scaduto il 29 novembre 2011. La scadenza, quindi, non riguarda i professionisti, ma solo le imprese. Chiarito questo punto, è necessario ricordare che l'Ordine dei Medici di Firenze, già da tempo, offre la possibilità ai propri iscritti di dotarsi gratuitamente della PEC: basta visitare l'apposita sezione del sito internet dell'Ordine [www.ordine-medici-firenze.it](http://www.ordine-medici-firenze.it) e seguire le istruzioni. Quanto alle sanzioni per chi non si adegua, la legge non ne prevede per i professionisti, ma solo per le imprese. Quindi i medici e gli odontoiatri che ancora non hanno la PEC hanno

l'obbligo giuridico di provvedervi, ma se non lo fanno, allo stato attuale della normativa non rischiano sanzioni né pecuniarie (come invece rischiano le imprese), né disciplinari. L'invito dell'Ordine è comunque quello di adeguarsi, sia perché comunque la legge va rispettata anche se non si rischiano sanzioni, sia perché la PEC rappresenterà sempre più un'opportunità per i professionisti e non va vista solo come un appesantimento burocratico. Si pensi solo alle comunicazioni fra colleghi o con la Pubblica Amministrazione.

## Corsi per Conciliatore all'Università di Firenze

Con decreto rettorale del 16/11/2011, l'Università di Firenze ha istituito il corso di perfezionamento post-laurea in "La mediazione come tecnica di risoluzione dei conflitti", diretto dal Prof. Remo Caponi, dalla Prof.ssa Ilaria Pagni e dalla Prof.ssa Paola Lucarelli, presso il Dipartimento di Diritto Privato e Processuale. Il corso è valido ai fini dell'accreditamento come mediatore presso gli organismi di conciliazione

abilitati e si compone di 54 ore di didattica frontale. Il corso si svolgerà in più edizioni durante il 2012: nel periodo gennaio-febbraio, nel periodo maggio-giugno e in ottobre. L'Ordine consiglia ai propri iscritti medici e odontoiatri che aspirano a svolgere le funzioni di mediatore nelle controversie di natura sanitaria presso l'Organismo di Conciliazione Fiorentino (con il quale l'Ordine ha stipulato un accordo) a prediligere l'offer-

ta formativa proposta dall'Ateneo fiorentino, perché, oltre ad essere di alto valore scientifico, propone esempi concreti di tecniche di mediazione, in modo da fornire ai discenti tutti gli strumenti necessari per perfezionarsi in materia. Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito della Facoltà di Giurisprudenza: <http://www.unifi.it/dpdpp/CMpro-v-p-110.html>.

## Massima attenzione all'uso del ricettario

La Corte dei Conti del Molise ha condannato un medico specialista pubblico per danno erariale per non aver prestato la dovuta diligenza nella conservazione e nella gestione del suo ricettario. Questi i fatti. Il medico possedeva il cosiddetto "ricettario rosa" per la prescrizione di farmaci ed esami a carico del servizio pubblico. Egli aveva anche firmato in bianco parte delle ricette. Qualcuno, a sua insaputa, ha compilato delle ricette

che quindi sono state pagate dal servizio pubblico. Ebbene, la Corte dei Conti ha ritenuto il comportamento del medico gravemente negligente. Com'è noto, infatti, il ricettario è un "bene pubblico" che il medico deve conservare con la massima diligenza perché con esso si pongono a carico della spesa pubblica i costi dei farmaci e degli esami. Il fatto di averlo conservato in maniera poco scrupolosa, lasciandolo anche se non vo-

lontariamente nella disponibilità di altri e il fatto di averne addirittura firmato in bianco una parte, secondo la Corte dei Conti costituisce un comportamento troppo superficiale e non diligente. Passibile, quindi, di essere sanzionato. Il medico, quindi, è stato condannato a risarcire in favore del Servizio Sanitario Nazionale il costo delle prestazioni erogate, compresi interessi e spese di giudizio.

## Firenze-Pechino contro i tumori infantili

Un laboratorio per la manipolazione delle cellule staminali nascerà a Pechino dalla collaborazione scientifica e formativa tra l'Ospedale Pediatrico Meyer di Firenze e il Beijing Children's Hospital. La struttura permetterà ai piccoli pazienti portatori di patologie tumorali (leucemia, linfoma) di usufruire del trapianto di midollo, che oggi rappresenta la terapia più avanzata in questo ambito. Il proget-

to ha avuto inizio alcuni anni fa con l'obiettivo di trasferire le competenze toscane in questo settore agli specialisti cinesi con la prospettiva di sviluppare una intensa attività scientifica di ricerca. Si stima che la popolazione cinese di età inferiore ai diciotto anni sia circa di 350 milioni. L'incidenza delle patologie tumorali determina circa 40.000 nuovi casi per anno. Un centro di diagnosi e cura per tali

patologie costruito presso l'ospedale pediatrico di Pechino permetterà di concentrare un numero molto alto di tumori rari infantili. Inoltre i progetti di ricerca attivati potranno svolgersi in tempi molto più brevi rispetto a quelli necessari attualmente in Europa. L'accordo sottoscritto impegna per 10 anni l'ospedale pediatrico di Pechino a sviluppare progetti di ricerca con il Meyer di Firenze.

## Clopidogrel: abolito il piano terapeutico

Con determinazione pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 08/11/2011, l'AIFA ha abolito la compilazione del Piano Terapeutico per le specialità medicinali a base di Clopidogrel. Pertanto adesso tale medicinale è prescrivibile direttamente dai

medici di medicina generale. L'AIFA ha anche ampliato le indicazioni terapeutiche, affermando che il Clopidogrel, in associazione con ASA, è indicato nella prevenzione di eventi di origine aterotrombotica e tromboembolica, incluso l'ictus nei pazien-

ti adulti con fibrillazione atriale che possiedono almeno un fattore di rischio per eventi vascolari, non idonei al trattamento a base di antagonisti della vitamina K (AKV) e che possiedono un basso rischio di sanguinamento.



## Rilancio delle cure primarie

Team multiprofessionali e multidisciplinari, nuove forme associative per i medici, valorizzazione della sanità di iniziativa, evoluzione delle cure primarie, una sempre maggiore appropriatezza diagnostica e farmaceutica, ricorso più frequente alla telemedicina. Questi alcuni degli obiettivi dell'intesa sottoscritta in questi giorni tra la Regione Toscana e la Federazione medici di medicina generale, il cui contenuto è stato illustrato dall'Assessore al Diritto alla Salute Daniela Scaramuccia, assieme

a Vittorio Boscherini, Segretario Regionale FIMMG. In tempi di crisi e di risorse in costante diminuzione, in Toscana si fa di necessità virtù, non tagliando i servizi, ma piuttosto pensando a una diversa organizzazione: l'atto di intesa, infatti, prevede di ridurre la durata delle degenze ospedaliere puntando sempre più a forme di assistenza intermedia (residenziali o domiciliari), considerando il lavoro in team multiprofessionale e multidisciplinare la forma organizzativa di base per le cure primarie, estendendo

sempre di più il modello della sanità di iniziativa e promuovendo una sempre maggiore appropriatezza, sia nella prescrizione di visite ed esami, che in quella di farmaci, anche attraverso campagne di comunicazione per un ricorso appropriato al sistema sanitario da parte dei cittadini. Nell'accordo, anche la condivisione di processi di deburocratizzazione, per semplificare i percorsi assistenziali, e il riconoscimento del ruolo attivo del cittadino nella promozione e gestione della propria salute.

## Fattori di Rischio Cardiovascolare

In data 27 novembre 2011, presso la sala conferenze dell'Istituto Fanfani, si è svolto il Simposio: Fattori di Rischio Cardiovascolare. La manifestazione è stata organizzata da FNAT (Filippino Nurses Association in Tuscany) alla presenza del Console Onorario delle Rep. Filippine Dott. Fabio Fanfani.

Le malattie cardiovascolari sono la principale causa di morbilità e mortalità anche per la comunità Filippina e per questo è importante informare, educare e sensibilizzare la popolazione sui fattori di rischio e sulle modalità per attuare un programma di prevenzione.

I relatori del simposio sono stati

il Dott. Mauro Vannucci, cardiologo, che ha parlato dei principali fattori di rischio cardiovascolare ed ha dato indicazioni sul trattamento sia farmacologico che non farmacologico e la dr.ssa Eleonora D'Areglia, dietista, che ha dato indicazioni sulla dieta e sugli stili di vita da adottare per ridurre il rischio cardiovascolare.

## Arriva in Italia la "pistola" salva-cuore

È stata utilizzata per la prima volta in Italia, a Bologna, la "pistola salva cuore", un dispositivo inventato negli Stati Uniti che consente di inserire rapidamente un condotto dal ventricolo sinistro all'aorta discendente, bypassando la valvola aortica malata. A essere operata dall'équipe di Roberto Di Bartolomeo del Policlinico S. Orsola-Malpighi coadiuvata dagli anestesisti di Guido Frascaroli è

stata una paziente di 86 anni affetta da stenosi aortica critica per la quale, senza l'innovativa terapia, sarebbe stato difficile ricorrere a una procedura classica con un intervento di sostituzione valvolare che, generalmente, dura circa 3-4 ore: attraverso l'uso di questo nuovo "applicatore" e di un condotto provvisto di una valvola biologica, invece, l'operazione è durata meno di 2 ore. La paziente, spiega-

no i medici, è stata la sedicesima persona al mondo a sottoporsi a questa tecnica, ora sta bene ed è tornata a casa. L'innovazione consente di trattare una fascia di pazienti precedentemente non avviabili all'intervento classico e determina un'economia di costi complessivi per la struttura di circa il 30%.

### CORSI E CONVEGNI

#### X CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ENDOSCOPIA AREA CHIRURGICA (ISSE)

Nell'autunno 2012 si terrà a Firenze il X Congresso Nazionale della Società Italiana di Endoscopia Area Chirurgica (ISSE) - Resp. Prof. Luca Bandettini Professore Associato di Chirurgia - Dipartimento Area Critica Medico Chirurgica Università degli Studi di Firenze - Per chiarimenti o per offrire una collaborazione all'organizzazione del Congresso stesso si può fare riferimento al seguente indirizzo e-mail: [luca.bandettini@unifi.it](mailto:luca.bandettini@unifi.it)

#### XIII CDP MEDICINA TROPICALE E COOPERAZIONE SANITARIA-UNIVERSITÀ DI FIRENZE

Il corso, che si terrà nell'aula didattica al piano terra della Piastra dei Servizi, AOU Careggi, Largo Brambilla 3, 50134 Firenze, intende fornire le basi culturali sia per assicurare una risposta qualificata alla domanda di salute nei viaggiatori internazionali e negli immigrati che per facilitare l'inserimento dell'operatore in programmi di cooperazione sanitaria internazionale. Si articola in 4 moduli di quattro giorni ciascuno con orario dalle 9:00 alle 18:00 (19-20-21-22 marzo; 16-17-18-19 aprile; 14-15-16-17 maggio; 18-19-20-21 giugno 2012). Direttore del Corso: prof. Alessandro Bartoloni (e-mail [bartoloni@unifi.it](mailto:bartoloni@unifi.it), Tel 055/7949431) - Informazioni e iscrizioni: Segreteria Corsi di Perfezionamento, AOU Careggi, NIC, Tel. 055/4598772, Fax. 055/7496699, e-mail: [segr-perfez@polobiotec.unifi.it](mailto:segr-perfez@polobiotec.unifi.it), sito <http://www.med.unifi.it/cmpro-v-p-485.html>. ECM: in fase di accreditamento per medici-chirurghi e infermieri

#### MASTER UNIVERSITARIO BIENNALE DI II LIVELLO IN ANDROLOGIA E MEDICINA DELLA SESSUALITÀ

Il master è organizzato dall'Unità di Medicina della Sessualità e Andrologia (Direttore Prof. Mario Maggi) dell'Univ. di Firenze, accreditato Training Center dell'EAA (European Academy of Andrology) ed è rivolto a specialisti in endocrinologia, ginecologia, urologia, oltre che a laureati in Med. e Chirur. L'inizio lezioni è previsto per il 14 marzo 2012. Domanda di partecipazione on-line all'indirizzo <https://ammissioni.polobiotec.unifi.it/turul>, a partire dalle ore 9.00 del 13 gennaio 2012 fino alle ore 13.00 (ora italiana) del 3 febbraio 2012. Info: Segr. Org.va. Sig.ra Raffaella Gori; [raffaella.gori@unifi.it](mailto:raffaella.gori@unifi.it)

Manfredo Fanfani

La riforma  
sanitaria del Granducato  
di Toscana



La transizione dall'assistenza caritativa  
alla solidarietà sociale.  
Una anticipazione dei criteri di appropriatezza,  
efficacia e significatività clinica,

*In pubblicazione prossimamente nella rivista*