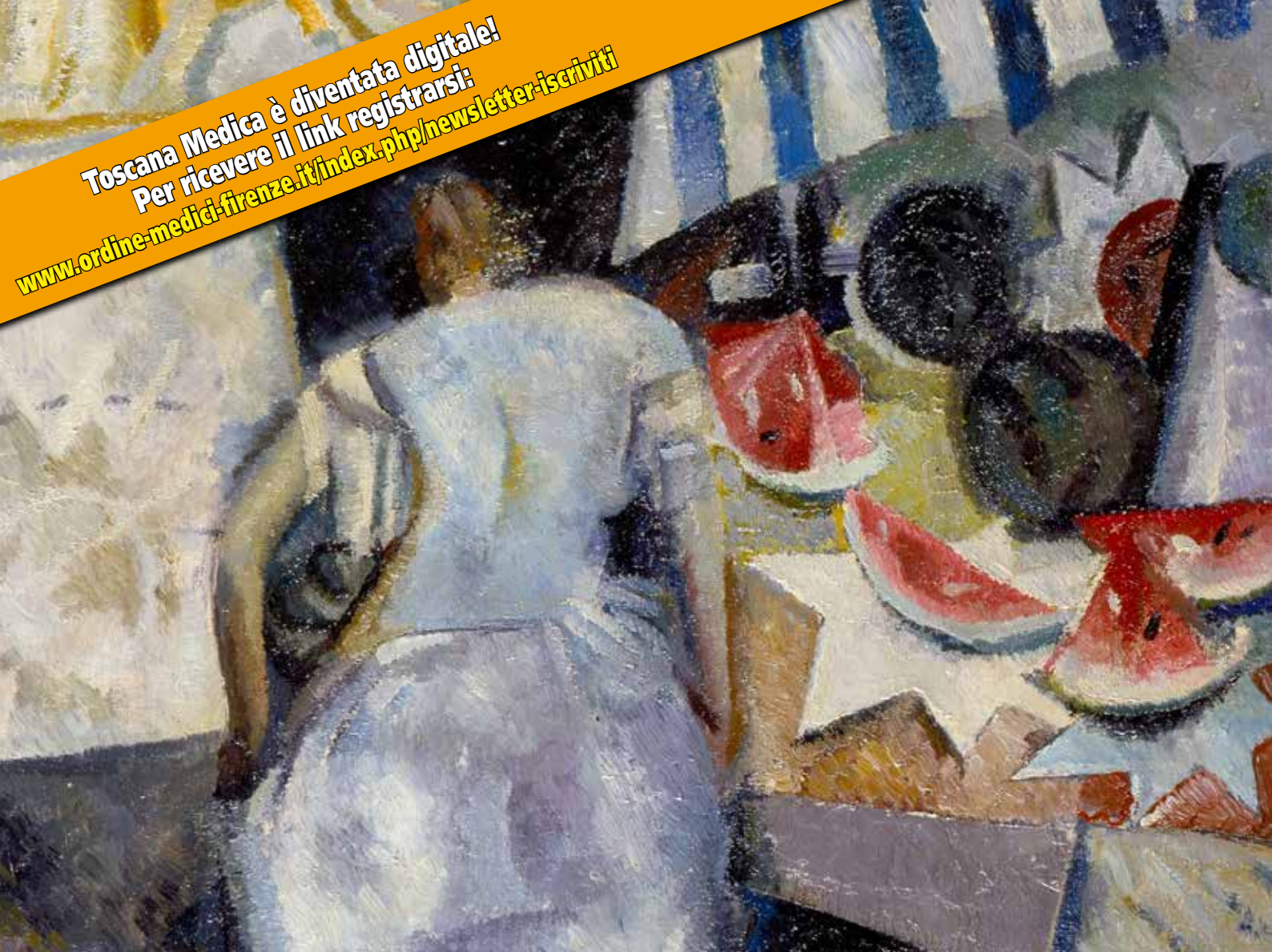


Toscana Medica è diventata digitale!
Per ricevere il link registrarsi:
www.ordine-medici-firenze.it/index.php/newsletter-iscriviti



Toscana Medica

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



Leucemie linfoidi: qualcosa di veramente nuovo?

R. Banfi, L. Bellino, M. Bocchia, A. Bosi, R. Danesi, M. Petrini

La sperimentazione dell'Open Access per le visite specialistiche di primo accesso

C. Campaiola, e coll.

Un'opportunità per la qualità dell'assistenza

S. D'Errico, D. Bonuccelli, M. Martelloni

Malattie Neglette: DNDi, Modello No-Profit di Successo

Daniele Dionisio

N° 7 LUGLIO/AGOSTO 2016



REVINTY[®] ELLIPTA[®]

92/22

fluticasone furoato/vilanterolo

92 microgrammi/22 microgrammi

Polvere per inalazione, in contenitore monodose



REVINTY[®] ELLIPTA[®]

184/22

fluticasone furoato/vilanterolo

184 microgrammi/22 microgrammi

Polvere per inalazione, in contenitore monodose



FARMINDUSTRIA
Linee Guida per
l'Informazione Scientifica
www.it.sgs.com



Fondato da
Giovanni Turziani

In coperta
La coccomeraia,
Primo Conti 1917.



Anno XXXIV n. 7 - Luglio/Agosto 2016

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

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

art. 1, comma 1, DCB Firenze

Prezzo € 0,52

Abbonamento per il 2016 € 2,73



Antonio Panti

Direttore Responsabile
Antonio Panti

Redattore capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segretaria di redazione
Antonella Barresi



Bruno Rimoldi

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



Simone Pancani

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



Antonella Barresi

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

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

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- ◆ Inviare gli articoli a: toscamedica@ordine-medici-firenze.it, con un abstract di 400 battute compresi gli spazi e 5 parole chiave
- ◆ Lunghezza max articoli: 6 mila battute spazi inclusi (2-3 cartelle), compresa iconografia.
- ◆ Lunghezza max Lettere al Direttore: 3 mila battute spazi inclusi.
- ◆ Taglio divulgativo e non classicamente scientifico.
- ◆ No Bibliografia ma solo un indirizzo email a cui richiederla.
- ◆ Non utilizzare acronimi.
- ◆ **Primo autore: inviare una foto e un curriculum di 400 battute da inserire nel testo e per motivi redazionali un numero telefonico e un indirizzo postale.**
- ◆ Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di appartenenza.
- ◆ Criterio di pubblicazione: per data di ricevimento.

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



LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4** Primo Conti, ritratto dell'Artista da giovane
F. Napoli

EDITORIALE

- 5** L'etica dei policy maker nella sanità
A. Panti

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- 7** Leucemie linfoidi: qualcosa di veramente nuovo?
R. Banfi, L. Bellino, M. Bocchia, A. Bosi, R. Danesi, M. Petrini
- 14** Nuove prospettive in oncoematologia
A. Panti

QUALITA' E PROFESSIONE

- 15** La sperimentazione dell'Open Access per le visite specialistiche di primo accesso
C. Campaiola, e coll.
- 18** Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa:
il Chronic Care Model (CCM) e la BPCO
S. Giustini, A. Fedi
- 21** Aspetti psicologici della solitudine
A. Bani, M. Miniati
- 27** L'esperienza del Centro Antifumo Ser.T. Zona Apuane
ambito territoriale Massa-Carrara Usl Nord Ovest
M. Varese, e coll.

REGIONE TOSCANA

- 23** Per vincere bisogna dare il sangue
S. Carli
- 25** Sanità di iniziativa in Toscana: impatto sulla cura degli assistiti con diabete
P. Francesconi, F. Profili, I. Bellini, L. Roti

RICERCA E CLINICA

- 29** Ipertrofia Prostatica. A Prato l'eccellenza toscana nella terapia con il Laser ad Holmium
Franco Blefari
- 34** Aspetti di terapia antinfettiva
F. Prattichizzo

MEDICINA LEGALE

- 36** Un'opportunità per la qualità dell'assistenza
S. D'Errico, e coll.

POLITICHE PER L'EQUO ACCESSO ALLA SALUTE

- 40** Malattie Neglette: DNDi, Modello No-Profit di Successo
D. Dionisio

LETTERE AL DIRETTORE

- 42** Il paziente X (...i soliti noti...)
T. Rubino

35 RICORDO: GIANCARLO BERNI

42 LETTI PER VOI

44 VITA DELL'ORDINE

45 NOTIZIARIO

FEDERICO NAPOLI

Primo Conti, ritratto dell'Artista da giovane

A undici anni dipinge il suo primo quadro - "Autoritratto" (1911) -; a tredici partecipa all'Esposizione Internazionale della Società di Belle Arti di Firenze e apre un suo studio in piazza Savonarola; a quindici anni trasferisce l'atelier in via dei Della Robbia; a diciassette conosce Pablo Picasso al Verdi durante lo spettacolo dei Balletti russi di Diaghilev. Stiamo parlando di Primo Conti (1900-1988), alla cui stagione artistica giovanile è dedicata la mostra *Primo Conti, un enfant prodige all'alba del Novecento*. Dagli esordi agli Anni Trenta, promossa dalla Fondazione Terre Medicee e dall'Assessorato alla Cultura del Comune di Seravezza presso le sale del locale Palazzo Mediceo.

Una precocità straordinaria, compresa e incoraggiata dalla famiglia, identifica la figura del fiorentino Conti, spirito artistico affamato di conoscenza, capace di toccare le varie novità del tempo - Liberty, Fauve, Cézanne, Futurismo, Metafisica - non assumendoli mai come modelli da imitare, ma utilizzandoli solo in quanto esperienze da situare e osservare. I preziosi quaderni di disegni datati 1914-15 presentano i vari passaggi indagatori, realizzati ora a penna ora a acquarello ora a tempera ora a matita, capaci di identificare l'irrequietezza intellettuale del giovane Conti. Non poco del materiale pittorico di questi primi anni è ricavabile da fotografie, in quanto andato perduto: è il caso del pannello liberty, vagamente secessionista che ornava una parete di fondo dello studio di via dei Della Robbia e del quale restano alcuni parziali studi preparatori. D'altro canto, l'influenza del gusto liberty può essere ascritta alla frequentazione di un negozio di Galileo Chini presente di fronte alla casa di famiglia posta in via Martelli. Ma nel tempo, nel giovane artista si insinua la scoperta dei colori fauve, aggressivi e brillanti di cui "Autoritratto con accappatoio al mare" (1915) è un esempio chiarificatore. Però, in quegli anni si odono in lui anche altre voci: le meditazioni sulla composizione dello spazio di Cézanne e l'esperienza futurista, dopo la conoscenza di Balla e di Marinetti (quest'ultimo incontrato a Napoli). Successivamente, conosce anche de Chirico e De Pisis, con il quale ha una lunga corrispondenza: ambedue gli lasciano tracce per una breve suggestione metafisica. Ma per Primo nessuno stile è mai una netta scelta di parte, bensì una continua conoscenza e messa alla prova di se stesso.

Arrivano gli anni viareggini, a cui la mostra di Seravezza guarda con una certa attenzione: nel 1914 Conti è a Viareggio per poi tornarvi stabilmente, dopo gli anni estivi spesi nella casa di famiglia ad Antignano, tra il 1926 e il 1930. Sulla costa livornese vive (dal 1916) e prolunga la vita del gruppo futurista già frequentato a Firenze - "Dimostrazione interventista" 1915 - e composto da Baldessari, Ginna, Achille Lega, Rosai, Venna, Vieri Nannetti, tra gli altri. A Lido di Camaiore, nella casa di Plinio Nomellini, il giovane Primo conosce Grazia Deledda, Ada Negri, Moses Levy, probabilmente rincontra Galileo Chini; nell'ambiente mondano vacanziero della costa versiliese, frequenta Bontempelli, Marta Abba e Pirandello, con il quale dopo il 1926 studia la possibilità di alcuni spettacoli teatrali; al drammaturgo siciliano dedica un ritratto (1928) che partecipa alla II Esposizione del Novecento organizzata da Margherita Sarfatti, pur tra i mille dubbi in merito perché Conti resta lontano dal "ritorno all'ordine" ufficiale della cultura italiana di quegli anni, come è estraneo anche al movimento "Valori plastici" di Mario Broglio. Le sue personali riflessioni sono rivolte individualmente alla riscoperta dei valori formali e cromatici del Quattrocento e del Seicento. Nei suoi quadri la pennellata ora è asciutta, trovando un linguaggio più a lui contemporaneo, come dovendosi raffrontare con la tecnica delle riproduzioni a stampa, quindi con un sapore compositivo quasi da af-

fiche. In questi anni versiliesi conosce Leonida Repaci e nel 1928 fonda con lui il Premio letterario Viareggio, insieme a Carlo Salsa, Alberto Colantuoni e Gian Capo. Ma incontra anche una giovanissima Munda Cripps, che sposa (lei diciassettenne) nel 1930. Il crollo economico della banca dello zio (1927) e il tracollo dell'intero comparto marmifero in Versilia (chiude anche l'industria dei Cripps) determina il ritorno a Firenze di Conti nel 1930.

L'anno successivo organizza una sua mostra retrospettiva sui primi venti anni di pittura - questa di Seravezza in qualche modo ne ripercorre le orme -, esposizione ordinata nelle sale di Palazzo Ferroni accanto alle delicate sculture di Arturo Martini, dal sapore primi Quattrocento.

Dunque, l'attuale mostra a Palazzo Mediceo, avvalendosi anche di documenti rari e foto d'epoca, pur impostata sulla figura di Primo Conti, permette una riflessione sugli anni iniziali del XX secolo in Italia, fra suggestioni d'oltralpe, novità locali, recuperi classicisti, dibattito su modi e temi di un'arte nazionale.

Fatica espositiva a cura di Nadia Marchioni, sorretta da un comitato scientifico presieduto da Carlo Sisi.

Primo Conti, un enfant prodige all'alba del Novecento. Dagli esordi agli Anni Trenta

Palazzo Mediceo di Seravezza

Fino al 2 ottobre

orario: lunedì-venerdì 17,00-23,00;

sabato-domenica 10,30-12,30/17,00-23,00
(fino al 4 settembre)

lunedì-sabato 15,00-20,00;

domenica 10,00-20,00 (dal 5 settembre)



Fiaschetto, bricco bianco e fagioli, Primo Conti 1916.

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



ANTONIO PANTI

L'etica dei policy maker nella sanità

La politica sanitaria è affidata non solo al Parlamento, al Governo e alle Regioni ma anche ai medici. La spesa infatti nasce da un numero enorme di microallocazioni: le prestazioni sanitarie. Scegliere saggiamente "*choosing wisely*" è un movimento che esalta il ruolo dei medici come decisori politici quando affrontano il problema dell'uso delle risorse e indirizzano il paziente verso scelte razionali. Una "politica professionale" che interpreta al meglio la tradizione del medico quale garante della salute della persona e della comunità.

I comportamenti di tutti debbono ispirarsi all'onestà, alla trasparenza, alla tolleranza e all'appropriatezza; l'etica indica le condotte idonee. Tuttavia l'etica del libero mercato, dominato dalla finanza e quella della solidarietà non conducono agli stessi esiti. I servizi sanitari universalistici hanno regole in conflitto con quelle del mercato e vi è contrasto tra la concezione della salute intesa come merito personale invece che come diritto della collettività che lo Stato tutela nell'interesse dell'individuo. Negli ultimi anni i costi di ogni caso trattato sono aumentati in modo logaritmico e l'incremento procede a causa degli oneri dell'innovazione. Occorre pensare in termini di intervento economico strutturale se si vuol mantenere l'assistenza universale e promuovere l'impegno dei medici. Vi sono quindi alcuni snodi che elenchiamo e su cui confrontarsi con la società per mantenere vivi i valori della medicina.

- 1) La relazione tra medico e paziente; nel riaffermare la medicina narrativa, quale istanza antropologica per una rinnovata personalizzazione delle cure in cui genetica, epigenetica e modello biopsicosociale si incontrano, occorre ricordare che la relazione umana esige tempo. Partiamo quindi dalla lotta al Taylorismo. Il tempo dedicato alla relazione col paziente è tempo di cura. I contratti di lavoro vanno ribaltati e misurati non sulla numerosità delle prestazioni ma sul tempo necessario per prendersi cura di ciascun paziente.
- 2) La valutazione degli esiti delle cure implica un nuovo concetto di responsabilità per tutti i policy maker per quanto attiene sia all'offerta che alla domanda. "Scegliere saggiamente" ribalta il concetto caro ad al-

cuni magistrati e politici di introdurre il populismo nei LEA. I medici rivendicano libertà e autonomia nelle cure ma, nello stesso tempo, debbono assumersi la responsabilità di convincere il paziente che l'interesse collettivo non può essere eluso e che quasi sempre in medicina "*less is better*".

- 3) Il rapporto fra scienza e diritto deve trovare un giusto equilibrio impedendo ai magistrati di diventare arbitri della scientificità delle cure. I casi Stamina e Di Bella rappresentano l'epifenomeno di un malinteso concetto di diritto e della scarsissima conoscenza dei magistrati della metodologia della scienza. La correttezza dei periti interessa quanto la qualità delle perizie; il problema del rapporto tra il giudizio dei magistrati e quello degli scienziati è urgente.
- 4) Dobbiamo assecondare l'innovazione tecnologica oppure affermare limiti etici? Quale è il ruolo dei medici nel decidere sugli strumenti di potenziamento psicofisico dell'essere umano e sui rapporti tra l'uso dei cosiddetti *big data* e il consenso informato?
- 5) I costi incrementali dell'innovazione riguardano i medici? Possiamo lasciarne la determinazione al mercato o, al contrario, esigere trasparenza nella formazione dei prezzi dei farmaci e dei dispositivi e concorrenza tra le imprese? Chi definisce l'equivalenza dei risultati e la sovrapponibilità delle reazioni avverse e individua quali farmaci e dispositivi possono essere posti a gara? Chi decide il "*value for money*" dei farmaci e dei dispositivi, la Borsa o i medici?
- 6) Di fronte alla tendenza ad abbreviare i tempi della ricerca per giungere alla precoce immissione in commercio di nuove tecnologie, pur nel rispetto delle esigenze dei pazienti, chi decide sul rispetto della metodologia della scienza e sulle garanzie per i cittadini, cioè se un farmaco sia efficace e sicuro?
- 7) Sui rischi ambientali è possibile che la professione esprima una mediazione - fondata sui dati - fra le esigenze di produttività e di sviluppo e la tutela della salute oggi e delle future generazioni?
- 8) E chi decide sull'equità, cioè sui limiti delle cure, ciascun medico in base alla propria autonomia o si cerca un compromesso con

l'amministrazione? Il trattamento di ciascun caso ha un costo sempre maggiore; se il bilanciamento fra interesse dell'individuo e della collettività è proprio della politica, la misura dei risultati inerisce la responsabilità delle organizzazioni sanitarie. Occorre trovare la misura tra la medicina da ipermercato e l'individualità della domanda di salute.

- 9) Le tecnologie moderne in particolare l'ITC sono strumenti potenti di integrazione e di supporto alla prassi medica. Tuttavia incidono negativamente sul rapporto col paziente che perde in individualità e possono avere effetti negativi sulla professione. La distruzione creatrice propria della tecnologia può portare alla necessità di un minor numero di medici. Chi trova la mediazione?
- 10) Ultimo punto di un elenco incompleto: i medici debbono aprire un grande dibattito sulla fase finale della vita. Non possiamo seguitare ad offrire tecnologie esorcizzando l'accanimento terapeutico. La fase "end stage" deve essere preparata col paziente e con i familiari con ampio margine di tempo e l'ascolto, la comprensione, lo stimolo anche spirituale alla resilienza e al coping, devono essere compiti del medico per riportare l'eutanasia al concetto primario di "buona morte" quanto più possibile serena e scevra da sofferenze. Di questo si deve discutere con la gente. La morte moderna non si esorcizza

con la tecnica ma con la palliazione intesa come abito mentale del medico.

Affrontare siffatti problemi rappresenta un lavoro politico arduo che non nasce spontaneo nei medici che, tuttavia, devono ragionare sui fatti e rinunciare all'autoreferenzialità. Se discutiamo sulla struttura della società, cioè sul rapporto tra economia e morale, almeno crederemo scandalo e consapevolezza. Nell'epoca dei grandi trionfi della medicina, quasi per una sorta di irrazionalità pervasiva, la domanda di salute appare distorta, la medicina è ben lontana dalla razionalità, i medici mostrano comportamenti spesso fuori del tempo. Proponiamo un "patto per la responsabilità" tra tutti i policy maker. I medici si assumono l'onere di combattere l'eccesso di consumismo inutile e dannoso e quindi, di fatto, di contrastare un mercato che fa aggio sulle eccessive attese della gente. I politici condividano queste scelte fornendo gli strumenti amministrativi e organizzativi necessari. I rapporti tra medicina e mondo e tra medici e pazienti sono assai cambiati negli ultimi decenni. Esprimere il parere dei medici sui problemi che assillano la società è ciò che la gente si aspetta e che restituisce autorevolezza alla professione. Troppo spesso i medici si volgono a sterili recriminazioni o a frustrazioni corali; non è mai troppo tardi per riprendere in mano il proprio destino.

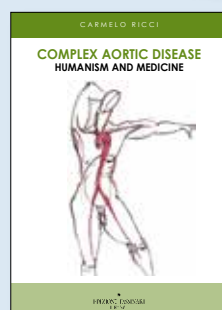
TM



EDIZIONI TASSINARI

L'editore di Toscana Medica offre prezzi ottimi per i medici

Inviare le caratteristiche, il numero di pagine e copie e riceverete il preventivo. Stampiamo anche ricettari, carta da lettere e biglietti da visita



ULTIME NOVITA!

RILEGATURE ARTIGIANALI IN CARTONATO, STAMPA SU TESSUTO

Viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze - Tel. 055 570323 - Fax 055 582789

www.edizionitassinari.it - pre.stampa@edizionitassinari.it

R. BANFI, L. BELLINO, M. BOCCHIA, A. BOSI, R. DANESI, M. PETRINI

Leucemie linfoide: qualcosa di veramente nuovo?

TOSCANA MEDICA – Leucemia linfoide cronica: un inquadramento generale.

BOSI – La leucemia linfoide cronica (LLC) si presenta tipicamente nei soggetti anziani ed è la forma leucemica di maggior riscontro nei Paesi occidentali. La sua caratteristica principale è quella di non avere nella maggioranza dei casi necessità di alcuna terapia, ad eccezione di un'attenta sorveglianza clinica. I criteri che orientano verso una maggiore aggressività della malattia e che quindi impongono il ricorso alle cure sono essenzialmente il raddoppio dei globuli bianchi (fino a 50.000) in un tempo inferiore ai sei mesi, la presenza di linfoadenomegalie ingravescenti, anemia e/o piastrinopenia ed un peggioramento complessivo del quadro clinico generale.

PETRINI – La prevalenza della LLC è di 5 individui ogni 10.000 abitanti con circa 25.000 pazienti presenti nella nostra Regione. Si tratta di una malattia generalmente a lungo decorso con una durata della vita media dopo la diagnosi di 10 anni e circa il 30% dei malati ancora in vita dopo questo periodo di tempo. Tale percentuale si riduce a circa l'8 - 10 % dopo 20 anni dalla diagnosi. Per questo come diceva il prof. Bosi è molto importante identificare il momento al quale iniziare la terapia per evitare il rischio di "intossicazioni" croniche ma anche, soprattutto, per non selezionare cloni cellulari sempre più resistenti alle cure. Senza dimenticare la possibile insorgenza di mutazioni cellulari legate all'uso dei farmaci antiblastici.

Ovviamente una simile situazione deve com-

- **La LEUCEMIA LINFATICA CRONICA (LLC)** è una malattia linfoproliferativa cronica di natura clonale
- Interessa nel 95% dei casi la linea B (LLC-B); in meno del 5% la linea T (LLC-T)

Leucemia linfatica cronica di linea B

Epidemiologia

- Incidenza diversa nelle varie razze:
 - La più frequente leucemia dell'adulto in Europa e USA (30% delle leucemie)
 - Solo 3 % in Giappone ed in altre razze orientali
- Incidenza età-dipendente:
 - Rara prima dei 40 anni; picco di frequenza tra 60 e 70 anni
 - < 10 - 20 casi/100.000/ anno
- Prevalenza maschile (rapporto maschi/femmine 2 : 1)

portare un rapporto di grande collaborazione con i pazienti che devono essere informati e rassicurati di fronte al fatto che, seppure in presenza di una malattia conclamata, non venga prescritta alcuna terapia. D'altra parte bisogna dire con chiarezza ai malati che si tratta di una situazione per la quale ad oggi non esistono possibilità di cura risolutive e che quelle ad oggi disponibili possono presentare dei seri rischi, come ad esempio il già ricordato aumento delle chemioresistenze. È necessario pertanto che i curanti sappiano assumere e mantenere un atteggiamento di fermo attendismo, programmando ovviamente controlli adeguati (almeno due volte l'anno) a tenere sotto controllo l'andamento della malattia.

TOSCANA MEDICA – Quale è il ruolo del medico di medicina generale nella gestione della logica risposta emotiva di un soggetto di fronte alla diagnosi di una malattia che nell'immaginario di molte persone ancora oggi rappresenta una condanna pressoché senza speranza?

BELLINO – Il riscontro di una LLC è di norma un riscontro occasionale in corso di accertamenti eseguiti per altre cause. In queste situazioni il compito principale del medico di famiglia è quello di tranquillizzare il paziente, inviandolo poi allo specialista ematologo per la conferma della diagnosi ed il "rafforzamento" delle indicazioni già fornite. In seguito, considerando che i pazienti continuano per lo più a condurre la propria vita senza particolari problemi legati alla malattia, c'è ben poco altro da fare, se non programmare controlli periodici ogni 6 mesi ed un normale follow-up clinico. Ovviamente bisogna sempre prestare la massima attenzione in caso le cose dovessero cambiare e magari in tempi anche relativamente brevi.

TOSCANA MEDICA – Rispetto a qualche tempo fa sono oggi aumentate le nostre conoscenze sulla patogenesi della LLC?

BOSI – Dati definitivi sulle cause che scatenano la malattia ad oggi non sono disponibili, ad eccezione della nota presenza di cluster familiari, peraltro ben riconosciuti anche in altre neoplasie ematologiche come il linfoma di Hodking ed il mieloma multiplo. Quello che però mi sembra importante ricordare è che oggi disponiamo di tecniche citogenetiche che ci permettono in qualche

modo di conoscere in anticipo la prognosi della malattia: per esempio la delezione del cromosoma 17 si correla con una prognosi decisamente peggiore rispetto a quella dei soggetti che non presentano questa alterazione del corredo cromosomico. A mio parere queste indagini, a fronte del numero elevato di pazienti e dell'altrettanta importante questione dei costi, dovrebbero comunque venire effettuate solo in Centri di alta specializzazione ed esclusivamente al momento dell'eventuale inizio della terapia.

TOSCANA MEDICA – Quale è oggi lo stato dell'arte relativamente alla terapia della LLC?

PETRINI – Le possibilità terapeutiche sono diverse e la scelta è fortemente condizionata da alcuni parametri tra i quali estremamente importante appare l'età del paziente. Si basano fondamentalmente sull'associazione rituximab/bendamustina (un anticorpo monoclonale ed un "vecchio" antitumorale molto attivo sulla linfopatia cronica) e su quella ciclofosfamide/fludarabina/rituximab. La seconda associazione, seppure più efficace nel ridurre la pausa libera da malattia, è gravata però da una maggiore tossicità rispetto alla prima e con un rischio aumentato di sviluppo di nuove forme di neoplasia. Lo schema generalmente di più largo impiego è pertanto il primo, considerato anche che la bendamustina non provoca la caduta dei capelli, causa scarsissima nausea, non è mielotossica ed è responsabile di un numero di episodi infettivi relativamente limitato.



Roberto Banfi,
Direttore della Farmacia
dell'AOU Careggi di
Firenze.



Leonardo Bellino,
medico di medicina
generale a Firenze,
componente
della Commissione
Terapeutica Regionale.



Monica Bocchia,
Direttore dell'UOC di
Ematologia del Policlinico
Le Scotte di Siena.

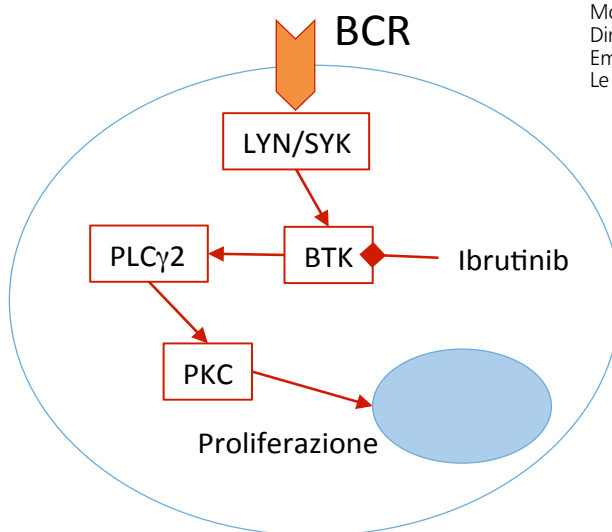


Figura 1 - Meccanismo di trasduzione di segnale e effetto inibitorio di ibrutinib su BTK. Abbreviazioni: BCR: recettore delle cellule B; LYN/SYK: tirosin chinasi LYN e SYK; BTK: tirosina chinasi di Bruton; PLCγ2: fosfolipasi Cγ2; PKC: protein chinasi C.



Alberto Bosi,
Direttore della SODc
Ematologia dell'AOU
Careggi di Firenze.



Romano Danesi,
Ordinario di Farmacologia
dell'Università di Pisa.



Mario Petrini,
Direttore dell'Ematologia
di Pisa.

In caso di pazienti anziani con LLC stabile nei quali non sia poi così importante ricercare a tutti i costi una lunghissima pausa libera da malattia, si può ancora utilizzare il "vecchio" clorambucile in associazione con rituximab.

TOSCANA MEDICA – I farmaci di più recente introduzione nella terapia della LLC in che cosa sono realmente innovativi rispetto a quelli già da tempo presenti sul mercato?

DANESI – I nuovi farmaci per la cura della LLC sono nati sulla scorta delle ricerche che hanno identificato i bersagli molecolari di malattia contro i quali indirizzarli.

In particolare, notevole interesse è stato riservato ai meccanismi di differenziazione e proliferazione dei linfociti B, processi nei quali è attiva la cosiddetta Bruton kinase, una tirosinchinasi intracellulare coinvolta nella proliferazione linfocitaria. La sua inibizione permette di controllare il fenomeno di espansione del clone neoplastico. Questo risultato può oggi essere ottenuto con l'impiego di una nuova molecola, ibrutinib, da assumere per via orale con vantaggi sulla compliance dei pazienti, come già detto per lo più anziani, e che non necessita di accesso in ospedale per le somministrazioni. L'assunzione continua per via orale e non a cicli, come spesso accade nelle terapie antineoplastiche tradizionali, consente poi un'azione continua sul bersaglio molecolare con vantaggi dal punto di vista farmacologico.

Ibrutinib viene principalmente metabolizzato a livello epatico per cui attenzione deve essere riservata alla contemporanea assunzione di farmaci potenzialmente attivi sul metabolismo del fegato, come ad esempio gli inibitori del CYP3A4, che potrebbero causarne una riduzione della tollerabilità con effetti negativi sulla continuità del trattamento e l'attività terapeutica.

TOSCANA MEDICA – La maggiore maneggevolezza di ibrutinib potrebbe estenderne l'impiego anche in quei soggetti nei quali gli schemi di terapia attualmente disponibili non appaiono sempre e comunque consigliati?

BOCCHIA – In linea di massima si può certamente affermare che la chemioterapia è gravata da una maggiore tossicità, anche se per i farmaci prima ricordati dal prof. Petrini sono state studiate delle formulazioni orali, meno tossiche e ovviamente più maneggevoli. È evidente che una molecola appositamente studiata per colpire un determinato bersaglio intracellulare è meno tossica di una ad azione sistemica, però questo non vuole dire che i nuovi farmaci siano del tutto sicuri e privi di potenziali effetti collaterali. Il loro impiego deve essere sempre attentamente monitorato anche in quei pazienti a prognosi sfavorevole come quelli portatori della alterazione genetica a livello del cromosoma 17 prima ricordata dal prof. Bosi.

Epidemiologia della Leucemia Linfatica Cronica

4,5 casi per 100.000 abitanti

Età mediana 72anni; Il 43% dei pazienti ha più di 75 anni

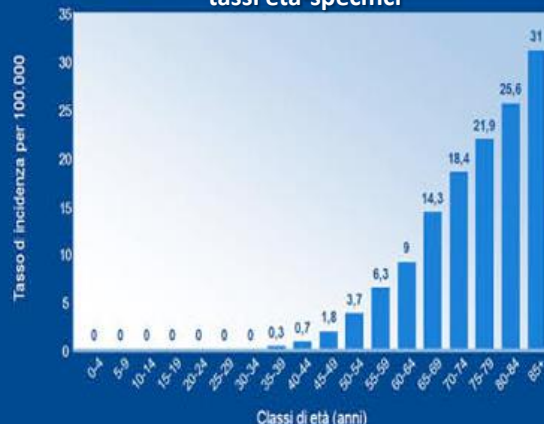
Più colpiti gli uomini delle donne (M:F=2:1)

Nel 10% dei pazienti c'è in famiglia un altro caso di neoplasia a cellule B

In Toscana stimata la diagnosi di circa 250-300 nuovi pazienti/anno

Circa il 20% dei nuovi pazienti necessita trattamento al momento della diagnosi

**Incidenza di Leucemia Linfatica Cronica
tassi età-specifici**



BOSI – Ibrutinib trova poi, a causa delle sue caratteristiche, un'altra indicazione molto importante nella terapia del linfoma mantel-lare, forma molto aggressiva spesso riscontrata nei pazienti anziani.

PETRINI – Fino a poco tempo fa si pensava che i linfociti fossero delle cellule più o meno inerti con scarsa capacità di proliferazione. Recentemente è stata invece dimostrata una notevole attività del loro recettore di superficie per l'antigene che ha permesso la nascita di molecole specificamente attive su ben determinati bersagli molecolari.

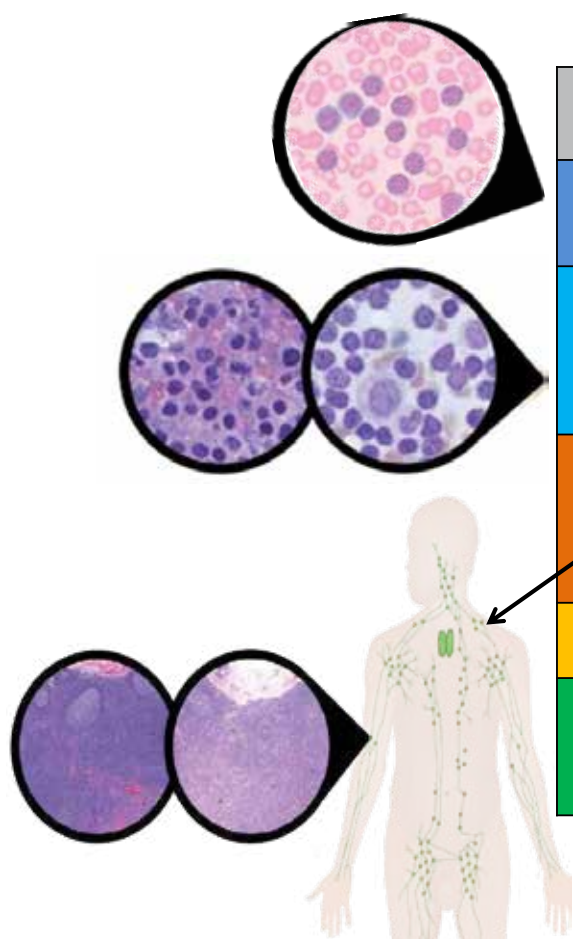
Concordo poi anche io sul fatto che non si deve fare assolutamente passare l'idea che si tratti di farmaci del tutto maneggevoli e privi di effetti collaterali che invece sono presenti ed importanti quali la diarrea, il malessere generale e la comparsa di emorragie sottocutanee anche estese e per questo esteticamente invalidanti.

Si tratta pertanto di farmaci da impiegare in classi selezionate di pazienti come quelli con assetto genetico legato a prognosi peggiore oppure in presenza di significative resistenze ai trattamenti convenzionali. Tra l'altro pro-

prio il problema delle resistenze è presente anche nelle terapie basate sulle molecole di più recente introduzione, senza dimenticare la questione dei costi oggi di particolare rilevanza.

TOSCANA MEDICA – Partendo proprio dalla questione economica adesso sollevata dal prof. Petrini, quale è il punto di vista del farmacista ospedaliero di fronte a queste nuove opzioni di cura?

BANFI – Dopo avere dato uno sguardo a quello che succede in Europa, devo dire che la posizione dei nuovi farmaci dal punto di vista economico è per lo più perdente rispetto alle terapie tradizionali che possono oggi contare su biosimilari ed equivalenti, anche se qualche risparmio si può ottenere dal non dovere ricorrere al ricovero in ospedale per la somministrazione delle terapie più recenti. In termini strettamente economici la situazione italiana è per lo più sovrapponibile a quella francese con il costo delle nuove terapie che oscilla dai 6.000 agli 8.000 Euro al mese. In Francia però è stato deciso di avviare un programma di distribuzione compassionevole del farmaco limitato solamente a 570 pazienti, con



Sedi di malattia	Segni e sintomi
Sangue periferico	Si parla di Leucemia Linfatica Cronica (LLC) se ci sono $>5 \times 10^9/L$ ($\geq 5000/\mu l$) linfociti B monoclonali nel sangue periferico
Midollo osseo	Nella LLC le cellule B maligne si accumulano nel midollo osseo e nel sangue. Nella LLC avanzata la vasta infiltrazione del midollo osseo da parte dei linfociti può portare a insufficienza midollare e citopenia
Linfonodi	I linfonodi ingrossati (linfadenopatie) sono di comune riscontro alla presentazione e possono essere generalizzati o localizzati. La biopsia del linfonodo non è richiesta per la diagnosi di LLC
Milza	I pazienti con LLC spesso hanno la milza ingrossata (splenomegalia)
Fegato	L'ingrossamento del fegato (epatomegalia) può essere presente ma un'epatomegalia significativa è meno comune della splenomegalia

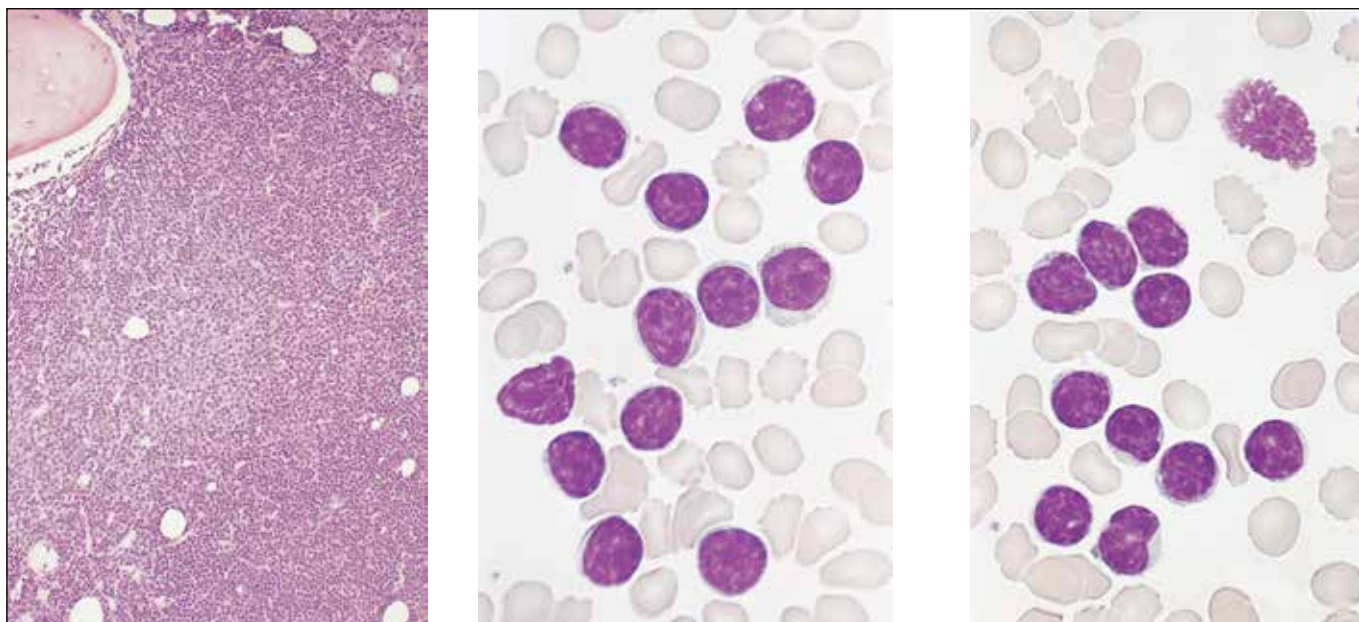


Figura 1 - LLC quadro morfologico tipico midollare e del sangue periferico.

evidenti problemi di carattere etico e deontologico, confrontando ibrutinib con un'altra molecola disponibile per le stesse indicazioni (idelalisib) alla ricerca di eventuali vantaggi di carattere sia medico che economico.

Negli Stati Uniti si assiste invece ad un atteggiamento per così dire anticipatorio con medici ed ospedali che somministrano ibrutinib rivalendosi poi sulle assicurazioni dei pazienti. La Gran Bretagna poi almeno per adesso si è semplicemente opposta al prezzo richiesto dal produttore, sottolineando che esistono valide alternative terapeutiche.

Concludo ricordando che al costo mensile prima ricordato di queste terapie si devono aggiungere quelli connessi alla gestione di eventuali effetti collaterali e complicanze insorte durante il percorso di cura.

TOSCANA MEDICA – Sempre per rimanere in campo economico, quanti sono in Toscana i pazienti con LLC nei quali si potrebbe utilemente impiegare ibrutinib?

PETRINI – Circa 24.000. Il mio Centro attualmente ne segue 5.

BOSI – La questione dei prezzi riporta necessariamente a quella della appropriatezza. In questo senso credo che anche nel caso delle nuove molecole di ambito ematologico la loro prescrizione debba essere riservata soltanto agli specialisti dei Centri di riferimento.

BOCCHIA – Credo però che un messaggio importante non possa essere ignorato: ibrutinib non può essere considerato per la LLC al pari di quanto imitinib lo è per la leucemia mieloide cronica, una leucemia con caratteristiche ben precise che se non adeguatamente trattata può evolvere acutamente anche nel giro di poco tempo.

TOSCANA MEDICA – Potrebbe pertanto essere ipotizzabile la creazione di un percorso strutturato, basato sulla collaborazione tra medici di famiglia e specialisti, che anche nella nostra Regione individui con precisione i soggetti nei quali impiegare ibrutinib?

BANFI – Penso che qualsiasi percorso si possa ipotizzare non possa prescindere dalla centralità del Centro di riferimento specialistico, l'unica struttura veramente in grado di rapportarsi e coordinare tutti gli interventi necessari alla gestione di questi pazienti. Quindi è necessario passare, per la prescrizione e diagnosi, da un criterio geografico al criterio delle competenze, anche se il cittadino dovrà recarsi in un diverso ospedale.

PETRINI – Un'altra figura di fondamentale importanza in questo ipotetico percorso è il medico di medicina generale il cui compito principale, oltre naturalmente l'assistenza clinica ai malati, dovrebbe essere quello di lavorare insieme a loro per evitare l'insorgenza

delle temibili resistenze alla terapia che come già ricordato interessano anche la LLC.

Bisogna comunque riconoscere che i farmaci di interesse ematologico dei quali stiamo parlando, seppure attivi nel migliorare la qualità della vita dei pazienti, nell'aumentarne la sopravvivenza e nel prolungare gli spazi liberi da malattia, non possono per lo più essere paragonati alla efficacia delle novità terapeutiche adesso disponibili per la cura dei tumori solidi. Credo sia pertanto giusto individuare con la massima precisione i settori dove sia veramente appropriato investire risorse, attenendosi quanto più possibile alle indicazioni delle linee-guida e valutando con attenzione il rapporto costo-beneficio di qualsiasi intervento.

BELLINO – Uno dei problemi che spesso i medici di medicina generale si trovano a dover affrontare è quello della sempre più diffusa tendenza da parte degli assistiti di andare a ricercare su internet informazioni e chiarimenti sulle nuove terapie, richiedendole poi direttamente ai propri curanti. Questo atteggiamento ovviamente vale anche per le informazioni rintracciabili in rete per quanto riguarda la LLC, anche se devo dire che nella mia esperienza personale questa tipologia di pazienti non è poi così rappresentativa. Un buon rapporto tra assistito e medico ed una adeguata autorevolezza di quest'ultimo generalmente riescono a risolvere questi problemi.

BOSI – Tornando alla terapia, tra qualche tempo potremmo contare su ben quattro molecole e cioè ibrutinib, idelalisib, obinutuzumab e venetoclax con tutte le problematiche legate alle scelte di cura che ne conseguiranno, soprattutto perché gli studi disponibili non mettono a confronto i nuovi farmaci tra di loro quanto piuttosto con quelli già in uso da tempo. In questo scenario prossimo venturo sarebbe davvero utile potere contare su indicazioni quanto più precise possibile per orientare le scelte dei medici secondo criteri di appropriatezza economica ed efficacia clinica.

TOSCANA MEDICA – Stiamo parlando di farmaci che riescono a garantire spazi liberi da malattia anche di durata significativa, come i due anni prima ricordati a proposito di ibrutinib in caso di LLC. Trattandosi però di soggetti per lo più di età avanzata è possibile che in questo lasso di tempo vengano a manifestarsi altre situazioni di patologia che si vanno a sommare a quella leucemica: in

questo caso potrebbero sorgere dei problemi di sostenibilità delle spese da parte dei sistemi sanitari?

BANFI – Ancora una volta torno a sottolineare l'importanza dei Centri di riferimento. Confrontare la loro attività e valutarne i risultati può infatti fornire indicazioni fondamentali circa le scelte di cura da fare e gli acquisti da proporre alle aziende sanitarie. A livello politico sarebbe poi molto importante ricorrere al meccanismo del cosiddetto *"payment for results"* per valutare con attenzione i rapporti costi/beneficio delle molecole di nuova concezione.

TOSCANA MEDICA – Prof. Danesi, esistono dei criteri diversi da quelli di AIFA per valutare l'eventuale portata innovativa di un farmaco?

DANESI – Si tratta di una questione molto complessa. AIFA e gli altri organi regolatori dispongono di algoritmi complessi che riescono a caratterizzare i parametri di innovazione di un farmaco. Tali indicatori tuttavia devono necessariamente confrontarsi con i dati della pratica clinica, di non facile quantificazione, specialmente quando si valuta la terapia nelle condizioni di *"real life"*. Sostanzialmente oggi il criterio che viene preso in considerazione è il miglioramento del risultato clinico anche tramite lo sviluppo di biomarcatori che consentano la selezione di classi di popolazione sempre più definite con conseguente maggiore efficacia delle cure. Un altro criterio importante è anche l'innovazione tecnologica che possa consentire processi di produzione dei farmaci con costi inferiori rispetto al passato.

BOCCHIA – Questi concetti devono comunque sempre venire tradotti nella pratica quotidiana. Per questo sono d'accordo con il dottor Banfi quando ricordava l'importanza dell'attività dei Centri di riferimento. Lo scambio di esperienze e risultati rimane infatti a mio parere un momento di fondamentale importanza per orientare scelte e comportamenti prescrittivi.

TOSCANA MEDICA – La conclusione alla quale ha condotto questa discussione si può riassumere nel modo seguente. Siamo di fronte ad una malattia ad andamento cronico, la LLC, che colpisce un numero relativamente limitato di persone per lo più anziane e per la quale esiste oggi una possibilità di cura, costosa, in grado ulteriormente di rallentarne l'evoluzione. La gestione ottimale di



Figura 2 - Linfadenomegalie in corso di LLC.

questa situazione dovrebbe essere incentrata sulla più ampia collaborazione tra medici di medicina generale e specialisti dei Centri di riferimento.

BOSI – Credo che una simile impostazione potrebbe essere il preludio alla creazione di un *budget* a livello regionale o per lo meno di area vasta che si occupi degli aspetti economici legati a questi nuovi farmaci. Penso inoltre che la medicina generale abbia in questo settore un ruolo veramente importante alla luce anche del fatto che alcune di queste molecole non hanno più la necessità di essere somministrate in ambito ospedaliero.

PETRINI – Fatta salva l'importanza della medicina di base, fortunatamente in Toscana abbiamo una rete di Centri di Ematologia ben funzionanti e coordinati alla perfezione tra di loro, in grado di garantire uniformità di trattamenti su tutto il territorio regionale e di evitare ai pazienti inutili e costosi spostamenti. Una criticità potrebbe essere rappresentata dalla pressione extra regionale che talvolta ci mette in imbarazzo soprattutto quando dobbiamo prescrivere farmaci costosi a pazienti

provenienti da fuori Toscana, in realtà dove vigono disposizioni di erogazione e criteri di concedibilità differenti dai nostri.

BANFI – Quello che diceva il prof. Petrini adesso rappresenta veramente un problema di grande importanza, visto il diverso assetto normativo che caratterizza ogni singola Regione.

BELLINO – Una cosa che aiuterebbe molto sia noi che i nostri pazienti sarebbe il miglioramento diretto della comunicazione tra i medici di base e gli specialisti. Talvolta infatti basterebbe un contatto diretto tra colleghi per evitare ai malati di perdere tempo in visite e consulti non sempre propriamente necessari.

PETRINI – In verità a Pisa abbiamo provato a creare una modalità di comunicazione telefonica diretta con i medici di base, però devo dire purtroppo con risultati piuttosto scarsi.

BOCCHIA – A Siena stiamo cercando di fare la stessa cosa attraverso la posta elettronica; si tratta di un esperimento ancora in fase iniziale, le cui premesse però appaiono molto interessanti.

TM

ANTONIO PANTI

Nuove prospettive in oncoematologia

La leucemia linfoide cronica è più frequente nelle persone anziane ed ha una prevalenza di circa 5 casi ogni 10 mila abitanti. Quindi una patologia non frequente e neppure tanto rara, che ha la caratteristica di rimanere silente per molti anni finché, in una percentuale variabile di casi, vira verso una malattia grave e progressiva. Tuttavia almeno il 30% delle persone affette sopravvivono dopo dieci anni.

Di fronte ad una diagnosi di questo tipo, spesso casuale, occorre seguire il paziente con controlli ripetuti e costanti, in modo da individuare subito i segni di trasformazione (raddoppio dei globuli bianchi, linfadenomegalia, anemia, piastrinopenia, sintomi generali ecc.) e, quindi iniziare immediatamente una terapia. Certamente per tutto questo periodo di tempo dobbiamo tranquillizzare il paziente che sicuramente sarà sconcertato e potrebbe accusare i medici di "non fare niente per lui"; ecco il ruolo fondamentale del medico di famiglia, titolare della fiducia del paziente, nel collaborare con i centri specialistici sia per il supporto psicologico sia per garantire la corretta periodicità dei controlli. Quindi una situazione da seguire molto attentamente, assicurando il paziente in un rapporto di consulenza continua per valutare i criteri clinici, compreso i marcatori biologici quali segnali di cambiamento.

Ad oggi la terapia è fondata su varie categorie di antiblastici che, come spesso accade, possono provocare pesanti effetti collaterali e sono meno utilizzabili nei pazienti anziani. L'innovazione farmacologica che è già in uso, l'ibrutinib, appartiene ad una categoria di farmaci innovativi, che si dimostra sempre più promettente perché agisce su bersagli definiti, in questo caso i linfociti B, controllando l'espansione dei cloni neoplastici. L'altro vantaggio del farmaco è la somministrazione per via orale, che oltretutto alleggerisce il peso

dei ricoveri. Infine vi è una maggior tollerabilità da parte dei pazienti anziani.

Tuttavia anche questi farmaci sono gravati da effetti collaterali importanti e quindi il loro uso va riservato a casistiche ben individuate e quando ve ne sia un sicuro vantaggio clinico. Come spesso accade anche questo farmaco solleva il problema della sostenibilità del suo uso nel servizio sanitario. In molti paesi del mondo sono stati introdotti criteri di delimitazione e in Francia si è calcolato di poter trattare soltanto 570 casi in tutto il Paese. In Italia probabilmente saremmo vicini a questi numeri e in Toscana non dovremmo superare i 40 casi. Ma, come sottolineano i nostri esperti, i costi sono rilevanti e ad oggi manca una sicura sperimentazione di confronto, che valuti i risultati reali delle terapie e i costi complessivi e i risparmi possibili derivanti dall'uso. Altresì il risultato medio di circa due anni liberi da malattia non è assolutamente da trascurare. Quindi questo farmaco pone due problemi generali. Uno è di individuare parametri migliori degli usuali algoritmi dell'AIFA per la valutazione di innovatività di un farmaco. L'altro di affidare ad un *network* di centri specialistici l'acquisizione dei dati di *outcome*. Comunque la scelta del paziente giusto è fondamentale; per questo la proposta è di affidare soltanto a centri specializzati l'uso del farmaco, di formare tra questi una rete che consenta l'utilizzo di linee guida omogenee e infine di attuare una continua e corretta collaborazione con il medico di famiglia, vera cerniera della relazione col paziente. Alcune sperimentazioni avviate in Toscana, quali la costituzione di punti di ascolto per il medico di famiglia e l'uso della comune posta elettronica, segnalano la necessità di migliorare la comunicazione del servizio sanitario, se si vuole realmente garantire la sostenibilità economica e l'interesse del paziente.



Cristiana Campaiola
Dirigente medico
igienista.
Dal 2004 al 2009 presso
direzione medica presidio
intermedio S.M.di Loreto
Crispi ASL Na1.
Dal 2009 al 2014 presso
direzione medica presidio
ospedaliero della Versilia
ASL 12 di Viareggio
Dal 2014 presso
direzione medica
A.O.U. Pisana, referente
medico per l'attività
ambulatoriale.

C. CAMPAIOLA, F. CASALINI¹, M. NERATTINI¹, S. PAGLIANTINI¹, A. PUPPATO¹, R. DELL'ANNA¹,
F. FRANZONI¹, M.R. FONTANELLI¹, L. PARDINI¹, S. PULLIA¹, C. RIZZUTI², F. GEMMI¹

La sperimentazione dell'Open Access per le visite specialistiche di primo accesso

La gestione delle liste di attesa ed il relativo abbattimento dei tempi rappresentano una delle criticità maggiori nelle organizzazioni sanitarie e, pertanto, ne costituiscono un obiettivo prioritario. La Regione Toscana ha recentemente deliberato un atto di Giunta (n°694/14) con cui dava delle linee di indirizzo per una ridefinizione delle modalità di accesso e dell'organizzazione dell'offerta clinico-diagnostica territoriale, nonché indicazione a ciascuna azienda sanitaria di definire un piano straordinario per la riduzione delle liste di attesa.

Aumentare progressivamente l'offerta con progetti incentivanti rappresenta una soluzione solo temporanea; un'alternativa può essere rappresentata da una diversa metodologia che consenta un riassetto organizzativo isorisorse.

L'attuale paradigma di funzionamento delle prestazioni sanitarie ambulatoriali nella maggior parte delle organizzazioni è di tipo tradizionale, in *batch*, ovvero basato proprio sulle liste di at-

tesa. Effetto collaterale di tale modello è suddividere la domanda in base ad un criterio di priorità, andando generalmente a peggiorare il *gap* temporale tra domanda ed offerta: in sostanza si visitano i pazienti la cui esigenza di cura risale a settimane precedenti.

Esistono, invece, sperimentazioni che, mutuando principi e tecniche dall'ambito dell'ingegneria industriale, hanno implementato il metodo Just In Time (JIT) nella programmazione delle visite ambulatoriali, cercando quindi di ridurre al minimo l'intervallo temporale tra domanda ed offerta.

Un modello che si basa su tali principi è l'Open Access, ideato nel 1994 da Murray, medico presso l'organizzazione sanitaria Kaiser Permanente (USA), per ridurre i tempi di attesa negli studi dei medici di cure primarie.

Il principio di base è offrire la prestazione in tempo reale (JIT- fare oggi quello che viene richiesto oggi) senza creare code che comporti-

Open access: i principi

- ✓ Analizzare, misurare e ottenere un equilibrio fra domanda ed offerta
- ✓ Ricalibrare il sistema riducendo la lista di attesa preesistente, o farla andare in parallelo ad esaurimento
- ✓ Ridurre il numero delle file riducendo il numero di tipo visita o della loro lunghezza
- ✓ Preparare dei piani alternativi per i tempi di aumento della domanda o di riduzione della stessa
- ✓ Influenzare la domanda (es ripensando gli intervalli di controllo o, meglio, affidando il secondo accesso ai medici su agende diverse)
- ✓ Gestire i vincoli o i colli di bottiglia tipici (levare ai medici ogni tipo di lavoro che può essere fatto da qualcun altro)

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA



Box 1 – Principi base Open Access

¹ Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

² Regione Toscana, DG Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale

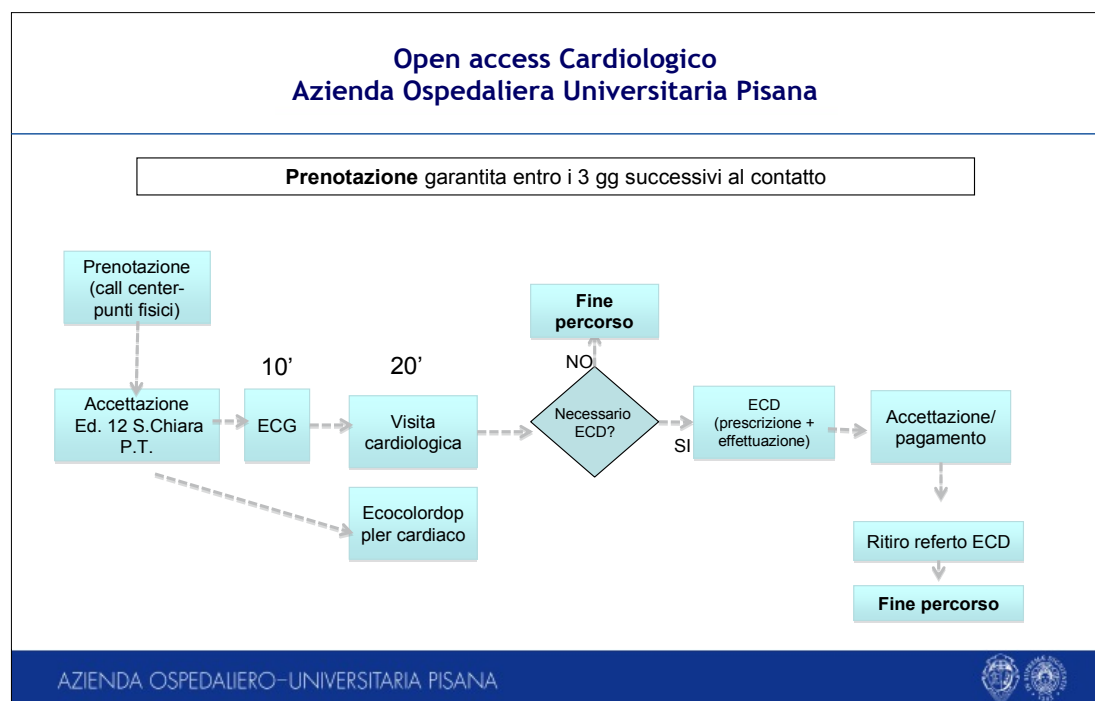


Figura 1 – Diagramma di flusso Open Access Cardiologico

no lavorare per un bisogno che si è generato molto tempo prima. Per garantire l'efficacia del modello è assolutamente necessario che il primo accesso sia controllato e gestito dall'organizzazione, mentre il secondo accesso sia direttamente gestito dagli specialisti che decidono quando rivedere il paziente prenotando lo stesso; inoltre, che il servizio *open access* sia riservato al bacino d'utenza su cui insiste la struttura sanitaria, mentre per i residenti fuori zona sia prevista una modalità di accesso differenziata ovvero tradizionale.

I principi base del modello sono rappresentati sinteticamente nel Box 1.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana ha, quindi, scelto di sperimentare il modello organizzativo *Open Access* sul bacino d'utenza pisano, elaborando un progetto isorisorse nell'ambito cardiologico all'interno di un piano di riorganizzazione dell'intera area cardiologica: un paziente che accede ad un punto CUP, richiedendo una prima visita cardiologica, ottiene un appuntamento entro tre giorni. Tale sperimentazione è stata pensata come "apripista" per la revisione completa di tutta l'offerta.

Il primo passo per arrivare a tale risultato è stato quello di effettuare una stima della domanda di prime visite cardiologiche nel bacino naturale di utenza dell'AOUP ovvero la Zona Pisana dell'ASL 5 di Pisa, tramite un'analisi dell'andamento delle prescrizioni elettroniche: è risultata una media piuttosto stabile di 40 prestazioni/die.

Contemporaneamente si è analizzata l'of-

ferta attualmente esistente all'interno dell'Azienda e si è evinto che la somma delle visite ed eco cuore erogate dai diversi ambulatori attivi è pressoché equivalente alla domanda: ciò dimostra che la lista d'attesa non deriverebbe da un deficit di capacità, ma dal modello organizzativo in *batch* e cioè in code differenziate per priorità.

Si è notato, inoltre, come l'offerta risulti frammentata tra diversi ambulatori e differenti distribuzioni temporali: è emersa quindi l'esigenza di creare un'unica agenda su cui far lavorare più professionisti in contemporanea, su tutti i giorni della settimana, mattina e pomeriggio, per un totale di ore di apertura sufficienti a coprire la domanda stimata.

Fin dall'inizio del progetto, la Direzione Sanitaria ha provveduto ad un coinvolgimento dei professionisti interessati: gli specialisti afferenti alle unità di Cardiologia e Medicina dello sport, il settore HTA, la direzione infermieristica, l'area amministrativa, tecnica ed informatica.

La sperimentazione, con durata di tre mesi, ha avuto inizio a metà febbraio 2015 e riguarda le prestazioni di visita cardiologica, l'elettrocardiogramma e l'ecocardiogramma: l'attività si svolge su due ambulatori medici, dal lunedì al venerdì con orario 8.00-16.00.

La stanza degli ecg è stata collocata a fianco a quelle dei due ambulatori e l'afflusso dei pazienti è stato programmato in fascia oraria, ogni ora 6 pazienti (quindi 3 pazienti/ora per ambulatorio): questo al fine di creare un flusso

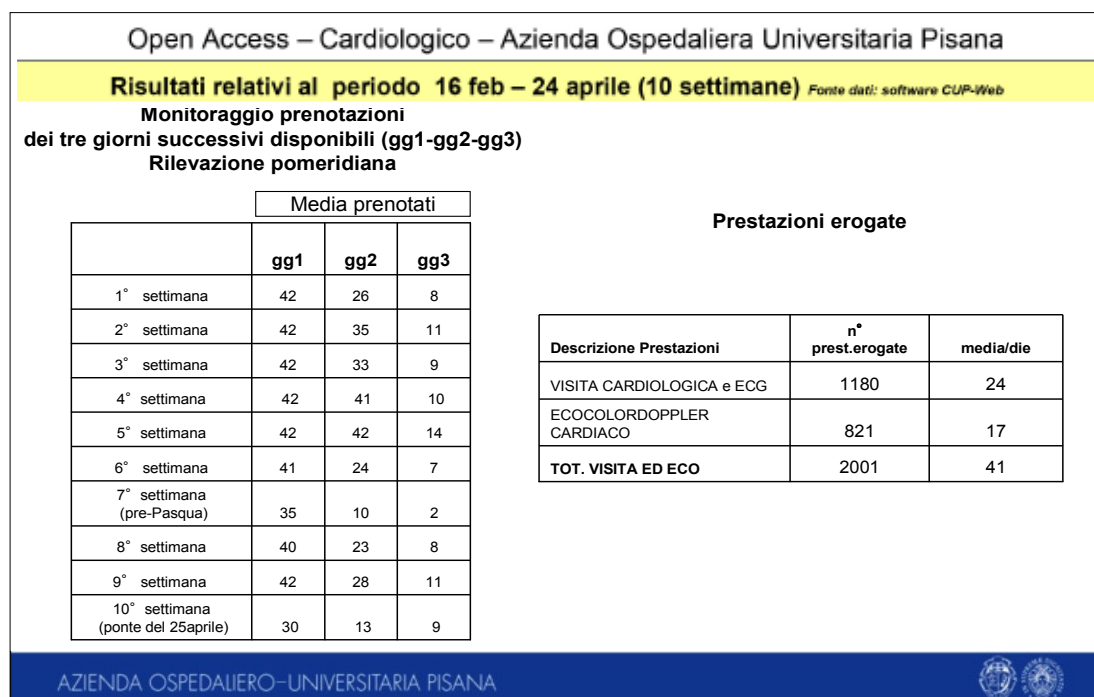


Figura 2 – Risultati monitoraggio

regolare dove si ottimizzano i tempi e si riducono gli sprechi.

Al momento della visita, ove il professionista lo ritenga opportuno, può essere effettuato un approfondimento ecografico, previa informazione all'utente: ciò comporta una riduzione della domanda interna aggiuntiva di prestazioni e una riduzione ulteriore dei tempi di attesa per gli approfondimenti specialistici.

Il paziente al termine della visita viene invitato alla regolarizzazione del pagamento dovuto ed al ritiro del referto. (Figura 1)

Un monitoraggio costante dell'andamento delle prenotazioni (Figura 2) si rende necessario per far fronte ad eventuali aumenti o diminuzioni della domanda (prescrizioni), ma anche per governare il flusso delle stesse prenotazioni, scollegato dalla prescrizione in quanto a totale discrezione dell'utente: al momento della rilevazione, che viene da noi effettuata a fine giornata, la distribuzione rispecchia il fatto che le prenotazioni sono quelle che esitano dai tre giorni precedenti.

Il processo della prenotazione effettuata dal cittadino è di per sé, infatti, un processo discontinuo per compensare il quale si offre un periodo di tre giorni di disponibilità. Metaforicamente l'andamento è come quello di un'onda generata dal prescrittore che si riflette con le prenotazioni sul riempimento dell'agenda.

Il risultato finale, per il cittadino, è che in qualsiasi giorno si rechi dal proprio medico di medicina generale, uscendo con la prescrizio-

ne, avrà la sicurezza di un posto disponibile a partire dal giorno successivo. Per l'Azienda erogatrice vi è invece la sicurezza che ogni giorno lavorerà verosimilmente con tutta la capacità offerta a saturazione, senza vuoti e sfruttando quindi tutta la sua operatività. Questo esempio dimostra la sintesi che cercavamo: fare oggi (o meglio domani) ciò che è richiesto oggi.

I primi risultati confermano quanto sopra esposto e quindi sono molto incoraggianti: dalla Figura 2 si nota che, il giorno immediatamente successivo alla rilevazione, tutti gli slot di prenotazione sono completi, mentre i due giorni seguenti sono riempiti circa al 65% ed al 25%, ad eccezione dei periodi in prossimità delle festività dove si osserva un fisiologico calo. Il numero di prestazioni aggiuntive (ecocardiogramma) è risultato basso (media di 3 prestazione/die).

L'esperienza del modello di Open Access nell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana dimostra come sia possibile lavorare in tempo reale sulle visite ambulatoriali di primo accesso, con risultati che, a parità di risorse impiegate, potevano sembrare inimmaginabili. Per l'estensione completa a tutta l'offerta specialistica, e per la sua riuscita, è necessaria comunque la completa sinergia, operativa e di offerta, di tutti gli erogatori, pubblici e convenzionati, presenti su un dato territorio.

TM

Info: c.campaiola@ao-pisa.toscana.it

SAFFI GIUSTINI, ANNA FEDI¹

Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa: il Chronic Care Model (CCM) e la BPCO



Saffi Giustini, medico di medicina generale (Modulo eCCM Montale di Pistoia).

PREMESSA

Dal 2008 la Regione Toscana ha scelto il **Chronic Care Model (CCM)** come modello per la ri-organizzazione dell'assistenza primaria, assegnando al *team* multidisciplinare di medici di medicina generale, infermieri e specialisti il compito di educazione terapeutica del paziente e della famiglia, poiché maggiore è il bisogno di assistenza, maggiore deve essere lo sforzo fatto nell'aiutare il paziente ad essere "esperto" della propria salute e della gestione della propria patologia.

Sviluppando una gestione globale e non per singola malattia del cittadino affetto da comorbidità attraverso la sanità di iniziativa e il CCM, si deve passare da un sistema assistenziale puntiforme e "passivo" ad uno costruito su forme di aggregazione territoriale "proattive" che si facciano carico dei malati cronici in modo integrato con altre figure professionali formate allo scopo soprattutto infermieri, ma anche alcuni specialisti, dietisti, fisioterapisti etc.

Organizzazione

L'unità elementare del progetto è rappresentata dai **Moduli**, aggregazioni funzionali di medici di medicina generale con una popolazione di circa **10.000 assistiti**.

All'interno di ogni modulo, che è coordinato da un medico di medicina generale, opera un **team multiprofessionale** costituito dai medici di medicina generale e da infermieri e OSS, operatori di provenienza aziendale, opportunamente formati e assegnati funzionalmente al gruppo di medici di medicina generale.

La **sede del modulo è l'ambulatorio del medico di medicina generale**. Qui vengono svolte tutte le attività previste dai percorsi, che sono **registrate sulla cartella clinica del** medico di medicina generale.

I ruoli

Il medico di medicina generale è il **responsabile clinico** del *team* e del paziente, con funzione di *supervisione* e orientamento della attività del *team* verso obiettivi condivisi, misurabili. Un medico di medicina generale assume le funzioni di coordinatore.

L'**infermiere** ha autonomia e responsabilità per funzioni specifiche alla gestione assistenziale del paziente, individuate sulla base dei protocolli operativi condivisi a livello aziendale, **è impegnato nel follow up e nel supporto al self management**.

L'**OSS** costituisce una risorsa di rilievo per l'attuazione del CCM, continuando a svolgere le funzioni di **assistenza alla persona al domicilio del paziente** nei casi di non autosufficienza o laddove risulti comunque necessario.

IL PROBLEMA BPCO

La prevalenza di BPCO mostra un *trend* crescente che varia dal 2,1% del 2003 al 2,9% del 2011, con stime sensibilmente maggiori negli uomini (2,8% nel 2003 vs. 3,5% nel 2011) rispetto alle donne (1,5% nel 2003 vs. 2,3% nel 2011). Si osservano sensibili differenze geografiche nella stima di prevalenza, con valori più elevati nel sud e più bassi al nord, con assenza di rilevanti differenze di genere. La prevalenza di BPCO mostra valori crescenti all'aumentare dell'età, con un netto incremento nel sesso maschile che raggiunge il picco negli ultra 85enni.

La prevalenza dei pazienti con BPCO che non ricevono alcuno dei farmaci respiratori appare costante negli anni considerati (47,5% nel 2003 vs. 48,2% nel 2011); in questi soggetti non si osservano particolari differenze legate alla distribuzione geografica, al sesso ed al tempo intercorso dalla diagnosi, mentre una relazione inversa si osserva rispetto all'età.

¹ Medico tirocinante I° anno, Corso Formazione Specifica Medicina Generale sede Firenze.

Chi fa che cosa...

La valutazione dell'efficacia degli interventi sanitari e socio- sanitari sul territorio – risultati monitorati dall'Agenzia Regionale di Sanità.

STADIO DI MALATTIA	INDAGINE DA ESEGUIRE:	3 VOLTE ANNO TRIMESTRALE	2 VOLTE ANNO SEMESTRALE	ANNUALE	QUINQUENNALE
STADIO 1 Pazienti a rischio	Valutazione Clinico-assistenziale			*	
	Vaccinazione Antinfluenzale			*	
	Vaccinazione Antipneumococcica			* (se vaccino 23 valente – all'ingresso se vaccino coniugato)	
	Valutazione-Educazione counselling			*	
	Somministrazione questionari sintomi			*	
	Counselling specifico nel paziente fumatore			*	
	Spirometria			*	
	RX del torace per escludere le altre patologie.	ALL'INGRESSO NEL PERCORSO in NUOVA DIAGNOSI			
	Esami biomorali: Emocromo + quelli ritenuti necessari a seconda delle variabili cliniche			*	
	Pulsossimetria			*	
	Valutazione del numero riacutizzazioni			*	
	Valutazione del grado di dispnea			*	
	Spirometria			*	
	Valutazione del numero riacutizzazioni		*		
	Valutazione del grado di dispnea		*		
	EGA (nel sospetto di IR o per il follow-up della IR)		*		
	Educazione/monitoraggio riabilitazione respiratoria autonoma		*		

La presa in carico richiede una forte integrazione dei ruoli



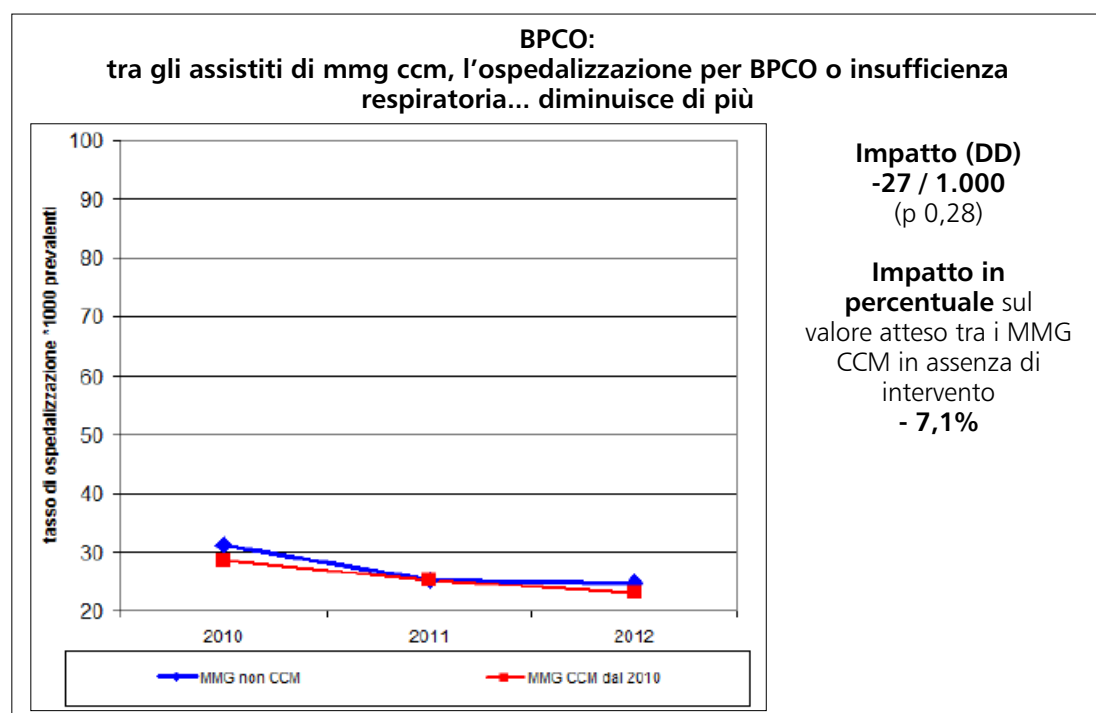
BPCO				
A – Indicatori di processo: livelli di adesione a raccomandazioni di monitoraggio e terapia (percentuale)				
	Valore medio al baseline	Impatto (Differenza nelle Differenze)	Significatività statistica	Impatto in percentuale sul valore atteso tra i MMG CCM in assenza di intervento
Spirometria	10.9	+ 0.02	>0.05	+ 0.2%
Terapia con broncodilatatori	23.8	+ 0.7	<0.05	+ 1.9%
B – Consumo di prestazioni territoriali: valorizzazione tariffaria (€) pro capite				
Specifiche				
Visite specialistiche ed es. respirazione	4.13	+ 0.06	0.67	+ 1.7%
Diagnostica Immagini e Strumentale	15.10	+ 0.35	0.34	+ 2.7%
Diagnostica Laboratorio	20.07	+ 0.64	0.037	+ 3.3%
Farmaci	248.92	+ 2.69	>0.05	+ 1.1%
Totali				
Prestazioni ambulatoriali	433.11	- 15.46	0.26	- 3.7%
Farmaci	918.07	+ 39.71	<0.01	+ 4.6%

Fonte P. Francesconi ARS Toscana

Impatto sugli accessi al pronto soccorso e sulle ospedalizzazioni

BPCO				
C – Pronto Soccorso: tassi di accesso per 100 prevalenti (dati dal 2010)				
	Valore medio al baseline	Impatto (Differenza nelle Differenze)	Significatività statistica	Impatto in percentuale sul valore atteso tra i MMG CCM in assenza di intervento
Cause correlate	6.0	- 0.1	0.67	- 5.4%
Totali	33.5	+ 0.1	0.88	+ 1%
D – Ospedalizzazione in regime ordinario: tassi di accesso per 1000 prevalenti – DD negativa				
Patologie correlate	40.3	- 2.7	0.28	- 7.1%

Fonte P. Francesconi ARS Toscana



Normativa:

- Piano sanitario regionale 2008-2010 - punto 4.3.1 "Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa".
- Parere Consiglio sanitario regionale 2008, n. 37.
- Delibera giunta regionale 2008, n. 894/2008 Allegato A. Indirizzi per l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale e per la gestione dei percorsi territorio – ospedale – territorio.
- Delibera giunta regionale 2009, n. 716 Allegato A. Progetto per l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale.
- Delibera giunta regionale 2010, n. 355 Allegato A. Scheda Indicatori fase di avvio (generali – diabete mellito – scompenso cardiaco).

TM

Info: saffigiustini@gmail.com



Alessandro Bani, medico chirurgo, spec. in Psichiatria c/o l'Univ. di Pisa, ha pubblicato, oltre che articoli in riviste scientifiche, diversi libri di argomento di Clinica Psichiatrica, tra i quali: *La Misura dell'Aggressività* (Ed. ETS, Pisa, 2002), *La Paura* (Ed. Centro Studi Psichiatria e Territorio, 2008), *La Menzogna*. Clinica Psichiatrica (Ed. Debatte, Livorno, 2014), *Fåfner. Lettere Psicoanalitiche* (Ed. Pacini, Pisa, 2014). Lavora presso il Servizio di Psichiatria dell'USL Nordovest, Toscana.

A. BANI, M. MINIATI¹

Aspetti psicologici della solitudine

Introduzione

La solitudine, come condizione psicologica e fisica, attraversa tutti gli ambienti della vita, dal lavoro alle amicizie, dalla scuola all'anzianità; ogni solitudine porta con sé una storia di sofferenza, un carico di paura e vergogna con sentimenti di inadeguatezza, altre volte anche se più raramente, rappresenta l'affermarsi della propria identità e la forza della vita come un valore assoluto. Gli aspetti della solitudine quindi, sono controversi: da una parte, frequentemente, è vissuta con dolore fino a poter rappresentare un rischio per il benessere e la salute dell'individuo, dall'altra è "elogiata", da alcuni, per la sua carica di creatività, positività e forza maturativa.

Aspetti della solitudine

Esiste una solitudine subita ed è quella dell'anziano abbandonato, che non ha risorse economiche o psicologiche per farcela da solo; è quella del giovane che non trova ascolto all'interno della famiglia; è quella della donna, relegata in casa in un ruolo che non riconosce come proprio. Nel corso dell'esistenza ciascuno di noi può sperimentarla e allora ci capita di ritirarci confusi perché a disagio in un mondo che corre veloce, incapaci di stare dietro a tutti i cambiamenti, le ideologie e le norme che si accavallano vorticosamente.

Esiste, d'altra parte, una solitudine creativa perché fluida e dinamica, quando vissuta nel momento giusto ed adeguata alla giusta condizione sia nell'adolescenza che nella età adulta. Si tratta di un sentimento necessario per fermarsi a riflettere su noi stessi, sul significato della nostra vita; creativo, quindi, quando riconosciuto utile per la propria libertà, per approfondire i propri pensieri che altri potrebbero plasmare, ingannandoti.

Solitudine e patologia psichica

Alla base del comportamento di isolarsi possono esserci vissuti adeguati al proprio sentire, alla propria soddisfazione, oppure l'isolarsi può nascondere la paura di stare con gli altri, una paura fobica (Fobia sociale) una paura paranoica (l'altro vuole farti del male: la solitudine, è fuga e quindi rimedio di rapporti interpersonali vissuti come persecutori), una paura dell'esistere

(la melanconia). Il soggetto può ripiegarsi su se stesso, rimuginare sulle preoccupazioni più pervasive ed in questo caso la persona non riuscirà a mettersi in sintonia con la realtà: questo meccanismo può rappresentare l'asse costitutivo del vissuto psicotico, "non più scelta elettiva consigliata dalle circostanze, ma difetto, origine della sofferenza e del dolore morale" (Smeraldi 2010).

Esiste, quindi, una relazione tra solitudine e patologia psichica quanto meno per la colorazione maggiore di sofferenza e di disillusione. La "solitudine psichica" è un sentimento che può coesistere con quadri clinici, ma che deve essere differenziata dai sentimenti di una personalità sana. Un sentimento che possiamo intravedere in disturbi affettivi o in disturbi quali la Schizofrenia e la Paranoia ed in Disturbi di Personalità quali lo Schizoide o l'Antisociale. Il sentimento di solitudine può accompagnare ed aggravare problemi di Dipendenze quali quelle da alcol, da sostanze o da internet (ancora non riconosciuta nella nosografia del DSM-5) con la sua comunicazione "anonima ed impersonale".

Non dovremmo dimenticare poi che la componente di "isolamento" è una delle principali caratteristiche dei Disturbi dello Spettro Autistico (DSA) dove la presenza di un sentimento di solitudine è certamente "inglobato" dalla patologia grave del neurosviluppo che presenta una dimensionalità nelle sue manifestazioni (Bani e Coll.: *La Solitudine*. 2016).

Solitudine e depressione

Esiste una differenza fra solitudine e depressione: la prima può contribuire a generare la seconda, tuttavia depressione e solitudine non sono la stessa cosa. Nella solitudine, pur nel disagio e nella sofferenza, le persone possono essere spinte a cercare nuovi contatti sociali e relazioni perdute. Una persona affetta dalla malattia depressiva, invece è cristallizzata nella sua condizione, non cerca soluzioni, il suo stato non è modificato dai rapporti con gli altri. La perdita del piacere è globalizzante e l'inibizione è frequente e grave.

Solitudine e psicosi

Alla base della ricerca della solitudine fisica, può esserci la difesa da un'ideazione persecu-

¹ Psichiatra, Pisa

toria così come un'ideazione di indegnità ed è così che il sentirsi solo può attraversare tutta la psicopatologia, affettiva e non.

Solitudine, timidezza, fobia sociale

Alla base del comportamento di isolarsi e vivere soli possono esserci la personalità ansiosa o comunque con tratti di timidezza, ma anche un vero disturbo come la fobia sociale: la solitudine quindi da scelta libera diventa scelta obbligata, doloroso tentativo di difesa dal timore dell'incontro con l'altro. Risulta importante precisare le differenze in quanto molte persone timide proprio a causa delle somiglianze con la fobia sociale si attribuiscono questo disturbo pur non avendolo. Va precisato che mentre la timidezza rientra nella normalità di un tratto caratteriale, la fobia sociale rappresenta un vero e proprio disturbo con sofferenza, alterazioni comportamentali e sintomi invalidanti. La timidezza può essere definita come un tratto di personalità che può far sperimentare un lieve o moderato imbarazzo nel momento in cui ci si espone, ma non rappresenta un ostacolo nello svolgimento della vita della persona. La timidezza è facilmente individuabile a livello comportamentale: la persona timida cerca di evitare il contatto visivo durante uno scambio verbale, presenta una certa rigidità nella forma del comportamento sociale, adotta un controllo rigido delle proprie reazioni emotive, ha la netta convinzione che i contenuti dei suoi discorsi siano poco interessanti. Tutto questo la conduce ad avere rare relazioni sociali e alimenta la solitudine.

Il Disturbo Evitante di Personalità

È caratterizzato da uno schema di comportamento di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e la tendenza ad evitare le interazioni sociali. Tipicamente i soggetti si presentano come persone che amano stare da sole, talvolta non ammettendo i loro disagi o le paure. Il disturbo evitante della personalità è di solito osservato all'inizio dell'età adulta.

La posizione psicoanalitica

"La solitudine non deriva dal fatto di non avere nessuno intorno, ma dalla incapacità di comunicare le cose che ci sembrano importanti o dal dare valore a certi pensieri che gli altri giudicano inammissibili. Quando un uomo sa più degli altri diventa solitario. Ma la solitudine non è necessariamente nemica dell'amicizia, perché nessuno è più sensibile alle relazioni che il solitario e l'amicizia fiorisce soltanto quando un individuo è memore della propria individualità e non si identifica più con gli altri" (C. G. Jung).

Nella psicoanalisi si evidenzia come la solitu-

dine abbia essenzialmente due valenze, quella negativa, legata alla pulsione di morte e quella positiva che se elaborata armonicamente conduce alla crescita e maturazione individuale.

Neurobiologia della solitudine

La solitudine non è "quello che può apparire ai molti" solo un sentimento indefinibile, astratto e incomunicabile; è qualcosa che può, in parte, essere rappresentato nella nostra organicità e coinvolgere il corpo nella sua totalità strutturale e funzionale. Analizzare la solitudine da un punto di vista neurobiologico vuol dire cercare il riscontro fra tale stato psicologico e quelle "regioni cerebrali" conosciute per l'importanza nei processi sociali, sottolineando il limite di queste ricerche in quanto solitudine non è solo una specifica di "sociale". La solitudine può modificare l'attività del cervello ed una ridotta attività di alcune parti del cervello stesso (struttura ventrale) può stimolare il senso di solitudine.

La solitudine della Rete

Il medico, pur avendo presente le diverse interpretazioni del ruolo di internet sulla mente umana, da una parte demonizzato e dall'altra enfatizzato positivamente facendolo diventare una religione contemporanea, non può scotomizzare le angosce ed i danni denunciati dai genitori a carico dei loro figli risucchiati in un mondo virtuale, soli e derealizzati. In particolare quando vediamo ragazzi chiudersi in se stessi davanti ad uno schermo per ore ed ore immersi in relazioni virtuali e lontane fisicamente. La realtà è sostituita da una virtualità, un nulla che assorbe ogni cosa e che fa sparire aspetti della verità e di umanità (Miniati M., Barsella E.: So quel che dico. 2014).

Consigli terapeutici

Le strategie del medico per aiutare ad alleggerire il disagio creato dal sentimento di solitudine, quando riconosciuto, devono tener presente le caratteristiche di quel soggetto, quale sia la maturità della persona e le risorse psicologiche sane per superare momenti difficili e di sofferenza. La solitudine, non essendo di per sé una malattia, ha bisogno di riflessione, di empatia da parte del medico e dello psicoterapeuta, ha bisogno di vicinanza. I consigli che possiamo dare sono facilmente comprensibili, ma difficilmente vengono messi in atto da parte di un soggetto solitario; tuttavia dobbiamo evitare che la persona solitaria si limiti ad una visione del mondo monotona e grigia con ripercussioni anche gravi sulla vita di relazione e sul proprio benessere. **TM**

Info: banialex@virgilio.it

Questo articolo rappresenta una sintesi del libro: "La solitudine, aspetti psicologici e psicopatologici", opera dell'autore e dei suoi collaboratori. (Debate Ed.)



A cura della Direzione
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Per vincere bisogna dare il sangue

Simona Carli

Direttore Centro Regionale Sangue – Regione Toscana

“Per vincere bisogna dare il sangue” è una espressione tipica del mondo dello sport e vuole esprimere nella sua sinteticità la necessità di un forte impegno per raggiungere obiettivi sfidanti ed impegnativi e proprio per questo è lo slogan più adatto ad esprimere la volontà e la determinazione della Regione Toscana, dei medici e degli operatori tutti dei Servizi trasfusionali, delle Associazioni di volontariato della donazione del sangue nel vincere la sfida della autosufficienza di sangue e plasma in Toscana.

La nuova campagna di promozione della donazione di sangue, plasma e piastrine realizzata dalla Regione Toscana è basata sullo sport, sullo spirito di squadra, sulla freschezza e allegria del

messaggio veicolato da grandi campioni, ma mette al centro della scena il donatore di sangue che assume lui il ruolo di protagonista.

Gli sport che fanno da sfondo alla campagna sono tutti sport di squadra e la scelta è stata quanto mai appropriata proprio per sottolineare che anche in sanità e a maggior ragione nel settore trasfusionale si vince se abbiamo un team valido, se abbiamo una strategia e se abbiamo degli obiettivi precisi.

Il sangue ed il plasma sono risorse indispensabili per i nostri Ospedali al fine di assicurare cure efficaci ed appropriate ai pazienti ricoverati negli Ospedali toscani, sia per attività di eccellenza come i trapianti o grandi interventi



Regione Toscana



Servizio
Sanitario
della
Toscana



In Toscana migliaia di persone vivono grazie alla donazione di plasma, sangue e piastrine.

La donazione è un gesto anonimo, volontario, gratuito e consapevole. www.regione.toscana.it/donareilsangue

chirurgici, ma il bisogno di sangue aumenta all'aumentare delle patologie croniche e come supporto sempre più importante nelle cure oncologiche permettendo trattamenti chemioterapici efficaci.

Lo scopo del Sistema trasfusionale toscano è quello di garantire l'autosufficienza regionale e nazionale, obiettivo questo mobile, legato sia al numero di donazioni, ma anche al buon uso del sangue. Per garantire l'autosufficienza è indispensabile una stretta sinergia tra tutte le componenti coinvolte nel processo di donazione per "donare quello che serve quando serve".

La Regione Toscana ha sempre mantenuto alti livelli dell'indice di donazione, ma si assiste ad un lieve calo: nel 2014, su una popolazione di 2.311.120 persone tra 18 e 65 anni, ci sono state in totale 231.775 donazioni, con un indice di donazione (numero di donazioni per 1.000 abitanti nella fascia di età 18- 65 anni) di 100, nel 2015 questo indice è sceso a 98.

Il raffronto tra 2015 e 2016 è possibile ovviamente solo per il primo quadrimestre, e mostra una diminuzione del 1,23%.

Questo indice, seppur alto, mostra notevoli variazioni (74-127) all'interno delle varie zone della Regione mostrando una necessità di ottimizzazione sia dell'attività delle Associazioni di Volontariato alle quali è affidato il compito di promozione e sensibilizzazione che dei servizi trasfusionali con attività sempre più "a misura di donatore".

Con il miglior uso del sangue nei nostri Ospedali anche attraverso l'implementazione del PBM (Patient Blood Management) si mira ad ottenere un uso più appropriato di questa risorsa preziosa e limitata frenando la sempre maggior richiesta.

Altra donazione fondamentale per il sistema sanitario è quella di plasma che, avviato alla lavorazione industriale produce farmaci in alcuni casi salvavita; nel 2014 la Regione Toscana ha raccolto circa 70.000 Kg. di plasma, questo tipo di donazione che impegna in misura minore il donatore, si può effettuare con maggiore frequenza temporale ed è ottimale per i donatori con gruppi sanguigni comuni.

Il sistema trasfusionale della Toscana opera ogni giorno grazie al prezioso supporto delle Associazioni di Volontariato della donazione del sangue e la Regione Toscana ritiene il volontariato una componente essenziale del sistema ed infatti tramite il Centro Regionale Sangue ed i Comitati di Coordinamento dei singoli Servizi trasfusionali coinvolge le Associazioni nelle fasi di programmazione e di verifica del Sistema trasfusionale regionale.

In Toscana sono attive le Associazioni con rappresentatività regionale AVIS, FRATRES, ANPAS e CRI alle quali si aggiungono altre Associazioni altrettanto importanti per il loro radicamento sul territorio.

Questi concetti sono da sempre alla base di tutte le iniziative promozionali della donazione portate avanti dalla Regione e dalle Associazioni ma c'era bisogno di trovare uno slogan ed un contesto capaci di veicolare in modo comprensibile questi concetti ed ecco allora la scelta del mondo dello sport da sempre simbolo di entusiasmo, partecipazione, impegno e determinazione nel conseguire obiettivi condivisi e di conseguenza l'utilizzazione di una delle frasi tipiche del mondo dello sport.

La nuova campagna vuole sottolineare con forza che la donazione è un gesto anonimo, gratuito, volontario e consapevole, che esprime grande generosità ed i toscani sono un popolo generoso, che finora ha donato molto, e che senza dubbio raccoglierà l'invito degli atleti.

Alle Associazioni è stato assegnato il compito non solo di portare sul territorio il messaggio degli atleti coinvolti come testimonial ma anche di aprire un dialogo proficuo e continuativo con il mondo dello sport ed in particolare con gli sport di squadra che meglio di altri simboleggiano la filosofia di lavoro in team che vuole essere il tema portante della campagna pubblicitaria.

Le Associazioni sono pertanto chiamate a giocare a fianco della Regione, a fianco del Centro Regionale Sangue e insieme ai trasfusionisti per andare oltre gli attuali 170.000 donatori volontari, anonimi, gratuiti e consapevoli, di sangue e plasma.

La campagna è iniziata lunedì 16 maggio, in tutta la Toscana, si avvale di un video di un minuto, che ha come protagonisti donatori e giocatori, e verrà trasmesso dalle tv. E poi pubblicità dinamica con pannelli su bus e tramvia, grandi poster in tutti i capoluoghi, pagine sui quotidiani, locandine, brochure. Sotto lo slogan "Per vincere bisogna dare il sangue", poche righe spiegano che "in Toscana migliaia di persone vivono grazie alla donazione di plasma, sangue e piastrine" e che "la donazione è un gesto anonimo, volontario, gratuito e consapevole".

La campagna è rivolta a tutti, ma vuole raggiungere in particolare i giovani, perché familiarizzino presto con la donazione e si abituino a considerarla un normale gesto di civiltà e generosità. Per questo la campagna sarà anche sui social network e su Google, oltre che sui siti delle squadre sportive. L'hashtag sarà #donareilsangue.

Il video e tutta la campagna si trovano sulle pagine del sito della Regione dedicate alla donazione. www.regione.toscana.it/donareilsangue

Grazie a tutti i donatori che con il loro gesto anonimo, gratuito, periodico e consapevole permettono alla sanità toscana di dare risposte certe, tempestive e di qualità a tutti i pazienti.



A cura della Direzione
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



A cura della Direzione
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

Sanità di iniziativa in Toscana: impatto sulla cura degli assistiti con diabete

Paolo Francesconi (medico, Osservatorio di Epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità), Francesco Profili (statistico, Agenzia Regionale Sanità), Irene Bellini (medico, Scuola di Specializzazione in Igien e Medicina Preventiva, Università di Firenze), Lorenzo Roti (medico, Regione Toscana).

La Sanità d'Iniziativa (SI) in Toscana è un modello assistenziale proattivo di gestione delle malattie croniche attuato secondo i principi del **Chronic Care Model (CCM)** grazie al quale migliorare la qualità delle cure erogate e gli esiti di salute degli assistiti affetti da condizioni croniche attraverso un'interazione tra un paziente attivo e informato e un team multiprofessionale preparato e proattivo (Figura 1).

A partire dal 2010, i medici di medicina generale hanno iniziato ad aderire al progetto su base volontaria ed hanno iniziato a formarsi i moduli della sanità d'iniziativa, team multiprofessionali costituiti da un gruppo di medici di medicina generale e da un infermiere.

Nello stesso anno è iniziato l'arruolamento dei pazienti affetti da scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva e pregresso ictus.

A fine 2010 avevano aderito al progetto 627 medici di medicina generale, organizzati in 56 moduli, per una popolazione assistita di circa 766 mila pazienti pari al 24% della popolazione ultra-16enne residente in Toscana.

L'ARS ha misurato l'impatto della SI sulla cura dei pazienti con diabete nel periodo di follow-up 2011-2014 in termini di adesione alle raccomandazioni delle linee guida, spesa per prestazioni specialistiche e farmaci, ricoveri in ospedale, incidenza di eventi cardio-cerebro-vascolari e mortalità, confrontando il gruppo dei pazienti arruolati nel 2010 (pazienti SI) con un campione di pazienti affetti da diabete e assistiti da medici che non hanno aderito alla SI (pazienti NoSI). Il gruppo di controllo è stato selezionato in modo che fosse confrontabile con il gruppo degli esposti al baseline in termini di genere, età, terapie farmacologiche, comorbidità, ASL di residenza. Le differenze tra i due gruppi osservate durante il periodo di follow-up grezze e aggiustate per i valori misurati durante il periodo precedente all'avvio della SI (2006-09) non differiscono significativamente tra di loro e per brevità di seguito riportiamo soltanto i valori osservati nei due gruppi durante il periodo di follow-up. I risultati possono quindi essere interpretati come prodotti da uno studio pre-post con gruppo di controllo, dove i valori misurati nel periodo precedente l'avvio del progetto sono pari tra i due gruppi di pazienti.

RISULTATI

Aumenta l'adesione alle raccomandazioni delle linee guida. In particolare, durante il periodo di follow-up, mediamente i pazienti SI hanno fatto una valutazione annuale dell'emoglobina glicata e almeno 2 tra visita oculistica, colesterolo totale e microalbuminuria nel 46,2% dei casi contro il 28,8% dei pazienti NoSI;

Diminuisce leggermente la spesa per visite diabetologiche e aumenta la spesa per prestazioni diagnostiche di laboratorio e per immagini specifiche per il follow-up del paziente diabetico. Considerando le tariffe delle prestazioni erogate, mediamente i pazienti SI hanno speso ogni anno 9,7€ pro capite per visite specialistiche diabetologiche, 34,1€ per la diagnostica di laboratorio, 66€ per la diagnostica per immagini contro rispettivamente

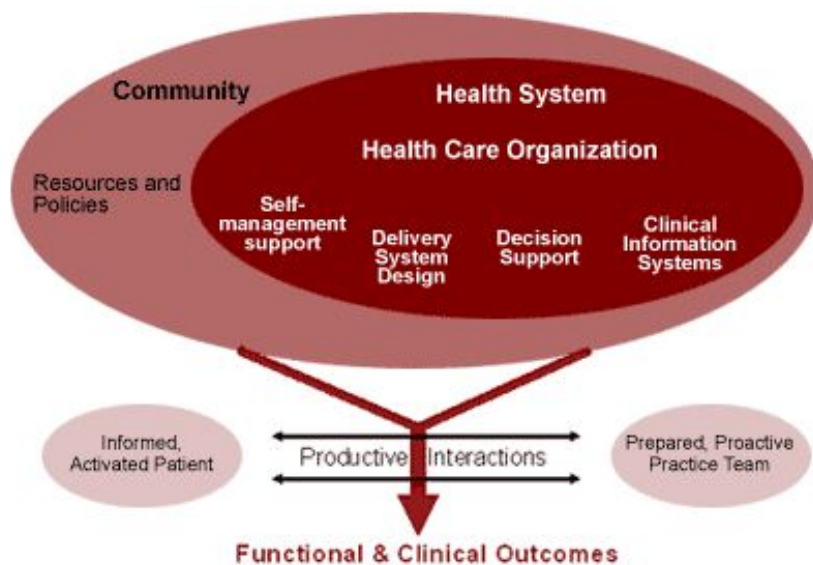


Figura 1 - Chronic Care Model, E. Wagner.

11,1€, 30,8€ e 56,3€ spesi dai pazienti NoSI;

Aumenta la spesa per farmaci ipoglicemizzanti. Mediamente i pazienti SI hanno speso ogni anno 233€ pro capite per farmaci ipoglicemizzanti e 62€ per farmaci agenti sui lipidi contro rispettivamente 218€ e 60€ spesi dai pazienti NoSI;

Non cambia il tasso di ospedalizzazione generale ma tende ad aumentare il tasso di ricoveri per complicanze a lungo termine del diabete a causa di un aumento del tasso di ricoveri programmati. Il tasso medio di ricoveri in regime ordinario in reparti per acuti è stato di 273 ricoveri per 1.000 anni persona in entrambi i gruppi. Il tasso medio di ricoveri per complicanze a lungo termine del diabete è stato di 109 ricoveri per 1.000 anni persona tra i pazienti SI contro 102 ricoveri per 1.000 tra i pazienti NoSI. L'aumento è quasi totalmente imputabile all'aumento del tasso medio di ricoveri programmati che è stato di 36 ricoveri per 1.000 anni persona tra i pazienti SI contro 30 ricoveri per 1.000 tra i pazienti NoSI (+13% in termini relativi; differenza significativa).

Diminuisce in maniera significativa il tasso di ricovero per ictus e infarto. Il tasso medio di ricoveri per eventi cerebro-cardio-vascolari acuti è stato di 14 ricoveri per 1.000 anni persona tra i pazienti SI contro 16 ricoveri per 1.000 tra i pazienti NoSI.

Diminuisce la mortalità. Il tasso medio di mortalità è stato di 42 decessi per 1.000 anni persona tra i pazienti SI contro 46 decessi per 1.000 tra i pazienti NoSI.

DISCUSSIONE

Valutare l'impatto di un progetto complesso come la sanità d'iniziativa in Toscana con uno studio osservazionale è impresa assai ardua a causa dell'adesione su base volontaria dei medici aderenti e, soprattutto, della selezione dei pazienti arruolati, che sono mediamente più giovani e con livelli di comorbidità più bassi rispetto ai pazienti non arruolati. Il rigore metodologico dello studio, che ha sicuramente minimizzato i problemi legati a questi bias di selezione, e la plausibilità degli impatti osservati, ci permettono però di poter considerare con sufficiente fiducia i risultati ottenuti.

Si tratta naturalmente di medie a livello regionale che possono nascondere significative variabilità tra le Aziende Sanitarie.

Secondo il framework "Triple Aim", sviluppato dall'Institute for Healthcare Improvement (Figura 2), per valutare l'impatto di un progetto in sanità è essenziale considerare contemporaneamente tre dimensioni: la qualità delle cure, la spesa pro-capite ed il guadagno di salute.

Qualità delle cure. È indubbio che la sanità d'iniziativa ha migliorato la qualità delle cure

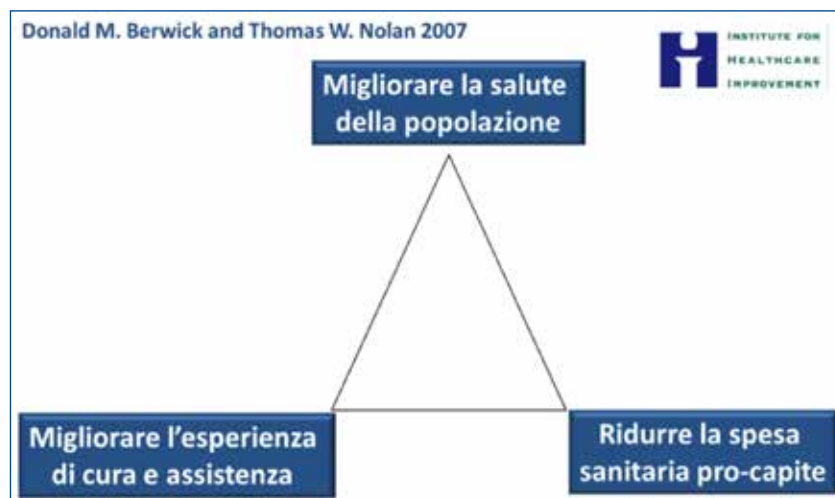


Figura 2

erogate almeno per quanto misurabile in termini di adesione alle raccomandazioni delle linee guida. Un aumento relativo aggiustato del 58% della percentuale di pazienti con diabete seguiti adeguatamente da un punto di vista di indagini diagnostiche di follow-up è un risultato eclatante che non lascia dubbi.

Spesa pro-capite. Era peraltro scontato che ciò non potesse avvenire senza un concomitante, seppur contenuto, aumento del consumo di prestazioni diagnostiche e di farmaci. Meno atteso l'impatto sul ricorso all'ospedalizzazione. L'aumento del tasso di ricoveri programmati per complicanze a lungo termine del diabete è verosimilmente dovuto ad un fenomeno di "emersione del sommerso" grazie a visite ed esami più frequenti. Ne consegue che questi ricoveri, più che come esiti negativi, sono da interpretare come importanti componenti del processo di cura, occasioni per approfondimenti diagnostici e per migliorare la terapia e l'educazione sanitaria del paziente.

Guadagno di salute. Eclatanti gli impatti sui tassi di eventi cardio-cerebro-vascolari acuti - la sanità di iniziativa si è dimostrata capace di diminuire significativamente il rischio cardio-vascolare degli assistiti affetti da diabete - e sulla mortalità.

La sfida per il futuro consiste nel consolidare i buoni risultati in termini di qualità delle cure e guadagno di salute. Sarà anche necessario sostenere, attraverso l'attuazione dei PDTA, l'appropriatezza clinica ed anche organizzativa delle cure specialistiche, limitando il ricorso al ricovero ospedaliero, ordinario o diurno, solo ai casi di effettiva complessità e gravità non gestibili a livello ambulatoriale (day service / PAC), aumentando allo stesso tempo la collaborazione multiprofessionale a livello territoriale tra medici di medicina generale e specialisti.

TM



Maurizio Varese,
Dirigente Medico II Livello
disciplina Farmacologia
Clinica. Master Post Lau-
rea di II livello Dipenden-
ze Patologiche: diagnosi-
trattamento-prevenzione;
Univ.di Pl. Corso per
Dirigenti di Struttura
Complessa Laboratorio
MeS, Pl. Responsabile
Area Dipendenze Usl
Nord Ovest. Direttore
U.O. Medicina delle far-
macotossicodipendenze
e Responsabile U.F. Ser.T.
Zona Apuane ambito
territoriale Massa-Carrara
Usl Nord Ovest.

M. VARESE, F. BALESTRACCI¹, M. RICCI ASTRID¹, C. BARACCHINI², M. PUCCI³, I. PUPPI³

L'esperienza del Centro Antifumo Ser.T. Zona Apuane ambito territoriale Massa-Carrara Usl Nord Ovest

La Regione Toscana ha sempre sviluppato la sua ampia attività di contrasto al tabagismo in un'ottica tesa ad assicurare sia l'osservanza dei divieti di legge e la tutela dal fumo passivo sia lo sviluppo della prevenzione primaria e del supporto alla disassuefazione dei fumatori.

La dipendenza è caratterizzata da una ricerca e da un uso compulsivo della sostanza, nonostante la consapevolezza in merito agli effetti negativi sulla salute che l'assunzione della sostanza comporta. Come tutte le altre sostanze psicoattive anche la nicotina attiva nel cervello i cosiddetti "circuiti della gratificazione", che regolano le sensazioni di piacere.

Il fumo di sigaretta produce una rapida distribuzione della nicotina nel cervello, con livelli di picco entro i 10 secondi dall'inalazione. Gli effetti acuti della nicotina scemano in pochi minuti, così come succede per l'associata sensazione di gratificazione, che costringe il fumatore a continuare l'assunzione al fine di mantenere gli effetti piacevoli della sostanza

e prevenire l'astinenza. I sintomi di astinenza da nicotina includono irritabilità, *craving* (forte desiderio di assumere la sostanza), deficit cognitivi e attentivi, disturbi del sonno e accresciuto appetito. Questi sintomi possono iniziare solo poche ore dopo l'ultima assunzione e portano generalmente il soggetto a fumare di nuovo. Il picco sintomatologico dell'astinenza avviene nei primi giorni dalla sospensione dell'uso di tabacco e può diminuire in poche settimane, anche se in alcune persone i sintomi possono protrarsi anche per mesi.

È ben documentato che la maggior parte dei fumatori giudicano il tabacco dannoso per l'organismo ed esprimono il sincero desiderio di ridurre il consumo o di smettere definitivamente di fumare.

Dal 2012 il Ser.T. Zona Apuane ha avuto la possibilità di monitorare in maniera più attenta gli utenti con dipendenza da tabacco, creando un'équipe specifica formata dalla figura del medico psichiatra, dello psicologo e dell'operatore tecnico di supporto del centro antifumo. Con

Disturbo organico concomitante

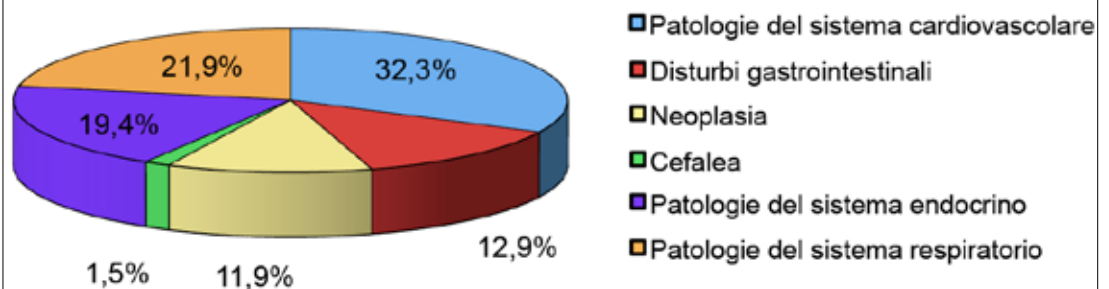


Figura 1

1 Psicologa specialista in
Psicoterapia a orientamento
cognitivo-comportamentale
Ser.T. Z.A. Asl1 Massa-
Carrara

2 Operatore tecnico presso
Centro Antifumo Asl1
Massa-Carrara

3 Psicologo Volontario
Servizio Civile Regionale
Anno 2015 Ser.T. Z.A. Asl1
Massa-Carrara

Comorbidità psichiatrica

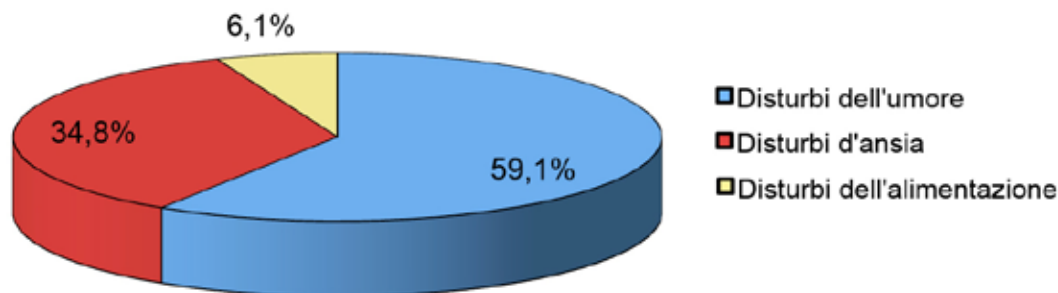


Figura 2

il crearsi di un'équipe dedita è stato possibile sviluppare progetti di prevenzione, diagnosi e cura dalla dipendenza da nicotina.

Dal 2012 a oggi sono stati visti oltre 228 utenti e trattati 198 utenti di cui 102 femmine (f) con un'età media di 52 anni e 96 maschi (m) con un'età media di 59 anni. Di questi il 53% (57 m e 48 f) erano coniugati, il 22,2% (m 19 e f 25) erano non coniugati, l'11,1% (m 12 e f 10) erano separati, il 7% (m 5 e f 9) era divorziato, il 3,1% era convivente (m 2 e f 4) ed infine il 3,6% (m 1 e f 6) era vedovo. Per quanto riguarda la condizione lavorativa, il 41,9% (m 39 e f 44) riferiva un lavoro stabile come dipendente, il 9,6% (m 10 e f 9) un lavoro autonomo, il 2% (m 2 e f 2) un lavoro saltuario, il 7,6% (m 12 e f 3) era disoccupato, il 26,3% (m 33 e f 19) era pensionato, l'1% (f 2) era studente e l'11,6% (f 23) era casalinga. Relativamente al titolo di studio, il 5,6% (m 7 e f 4) ha portato a termine la scuola primaria, il 33,3% (m 33 e f 33) le medie inferiori, il 50% (m 46 e f 53) le medie superiori, il 6,6% (m 7 e f 6) è in possesso di una laurea triennale e il 4,5% (m 3 e f 6) di una laurea quinquennale. Il 74,7% degli utenti (n 148) presentava in concomitanza della dipendenza da nicotina un disturbo organico. In particolare, il 32,8% (n 65) presentava una patologia a carico del sistema cardiovascolare, il 13,1% (n 26) disturbi gastrointestinali, il 12,1% (n 24) neoplasie, l'1,6% (n 3) cefalea e il 19,7% (n 39) disturbi a carico del sistema endocrino. Infine il 22,2% (n 44), presentava una patologia a carico dell'apparato respiratorio: lo 0,5% a carico delle vie aeree superiori, il 20,2% (n 40)

a carico delle vie aeree inferiori e l'1,5% (n 3) era affetto da tubercolosi.

Si è potuto inoltre osservare, nel 42,4% degli utenti (n 84), una familiarità per la dipendenza da nicotina.

Nell'11,3% del campione (n 22) è stata inoltre rilevata la presenza di una concomitante dipendenza da altre sostanze psicotrope (thc, alcol, eroina e cocaina).

Nel 30% (n 60) degli utenti, è emersa una diagnosi psichiatrica aggiuntiva, di questi in particolare, è stata rilevata la presenza di: nel 59,1% disturbi dell'umore (n 39), nel 34,8% disturbi d'ansia (n 23) e nel 6,1% (n 4) disturbi dell'alimentazione.

Il trattamento privilegia un percorso di psicoterapia di gruppo a orientamento cognitivo-comportamentale associato solo in specifici casi a trattamento farmacologico (vareniclina tartrato agonista parziale del recettore nicotinico per l'acetilcolina o sostitutivi della nicotina).

Fino alla fine del 2014, il 22% (n 33) dei pazienti ha completato con successo il trattamento, raggiungendo lo stato di astinenza, mentre il 7,3% (n 11) ha avuto una ricaduta e ha ricominciato a fumare. In aggiunta, il 20% ha interrotto il trattamento, mentre il 46,7% ha completato il percorso ma continua a fumare. Per quanto riguarda i pazienti del 2015, sarebbe precoce analizzarne i risultati, poiché ancora in trattamento, ma risulta importante considerare che il 31,2% (n 15) ha completato le "24 ore" di astinenza dal fumo.

TM

Info: m.varese@uslnordovest.toscana.it



Franco Blefari, è laureato in Med. e Chirur. con lode il 30.7.1980; Spec. in Chirurgia Generale nel 1986 ed in Urologia nel 1995. Urologo ospedaliero dal 1984 al 1997 a Treviglio (BG) e dal 1997 al 2002 a PO. Dal 2002 al 2008 Direttore di U.O. di Urologia a Orvieto e dal 2008 ad oggi a PO. Autore di numerosi lavori scientifici e Relatore a Congressi Nazionali ed Internazionali. Ha al suo attivo oltre 10.000 interventi chirurgici. Esperto in chirurgia laser è referente per il Centro Italia per il tutoring nella HoLEP.

FRANCO BLEFARI

Ipertrofia Prostatica. A Prato l'eccellenza toscana nella terapia con il Laser ad Holmium

L'Ipertrofia Prostatica (IPD) è la seconda patologia nel maschio, dietro solo all'ipertensione arteriosa e davanti ad altre malattie molto frequenti come infarto, dislipidemie e diabete mellito.

Considerando che la prevalenza dell'IPB aumenta con l'età e con l'invecchiamento progressivo della popolazione, l'impatto economico della patologia sarà sempre più importante.

DISTURBI MINZIONALI: lower urinary tract symptoms

Fase di Riempimento (Sintomi Irritativi)	Fase di svuotamento (Sintomi ostruttivi)	Fase post-minzionale
Urgenza Nocturia Frequenza Incontinenza	Mitto urinario debole Getto a spruzzo Flusso intermittente Esitazione minzionale Necessità di spingere con il basso ventre durante la minzione Gocciolamento terminale	Sensazione di mancato svuotamento Sgocciolamento post-minzionale

È una condizione caratterizzata da un aumento del volume prostatico che si manifesta con disturbi delle basse vie urinarie (LUTS, lower urinary tract symptoms) che interferiscono sulla qualità di vita dei soggetti di sesso maschile.

Questi interessano il 40% dei soggetti di età superiore a 50 anni. Si distinguono sintomi della fase di riempimento, sintomi della fase di svuotamento e sintomi post minzionali.

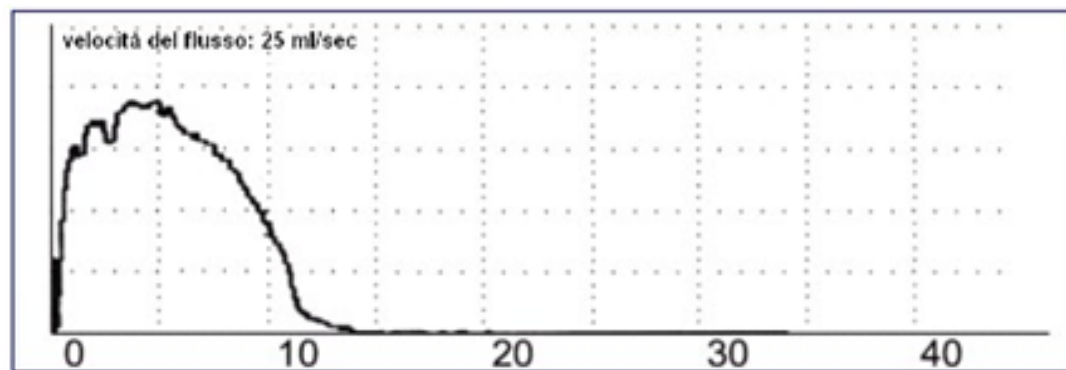
Gli uomini di 50 anni e oltre dovrebbero essere intervistati sulla presenza di disturbi minzionali, informati sul loro significato e sulle possibilità terapeutiche attraverso questionari specifici insieme all'anamnesi e all'esame obiettivo, con l'esplorazione rettale.

- L'esame completo delle urine, la valutazione della funzione renale ed il dosaggio del PSA Sono alla base dell'inquadramento diagnostico di laboratorio.
- Nei pazienti con ipertrofia prostatica la percentuale di complicanze a carico delle alte vie urinarie è del 3%, ma sale al 24% in caso di ritenzione urinaria cronica.
- Il volume prostatico è uno dei principali fattori predittivi di progressione della malattia e l'ecografia sovrapubica rappresenta un metodo di rapida esecuzione, poco costoso, non invasivo e facilmente ripetibile.
- L'ecografia transrettale fornisce un'eccellen-

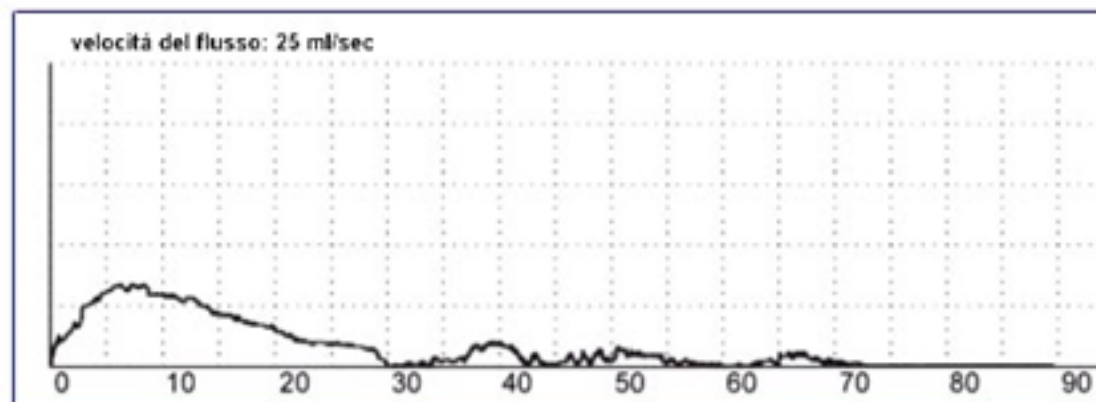
te valutazione dell'anatomia e della morfologia prostatica così come del volume della ghiandola, tuttavia la sua accuratezza non è significativamente superiore a quella offerta dall'ecografia sovrapubica.

- L'ecografia sovrapubica è il metodo più appropriato per la valutazione del residuo postminzionale da eseguire più volte in condizioni fisiologiche e correlata al riempimento vescicale o al volume svuotato.
- Il diario minzionale è un metodo semplice, poco costoso, non invasivo e ripetibile per la diagnosi differenziale tra pollachiuria e poliuria e per porre il sospetto di iperattività vescicale.
- La Flussometria consente di oggettivare le alterazioni del flusso urinario, deve essere eseguita prima di una terapia disostruttiva nelle condizioni più confortevoli possibili, evitando la sovraddistensione vescicale.
- Lo studio Pressione/Flusso fornisce informazioni sulla componente detrusoriale della minzione ed aiuta ad evidenziare la presenza o meno di ostruzione cervico-uretrale e/o l'eventuale ipocontrattilità vescicale. È un esame invasivo, costoso, non facilmente ripetibile, non indicato nella valutazione routinaria del paziente con disturbi minzionali.
- L'uretrocistoscopia non è indicata nella va-

Uroflussometria: non ostruito



Uroflussometria: ostruito



lutazione routinaria e dovrebbe essere riservata ai casi di sospetta neoplasia vescicale o patologia uretrale.

I farmaci possono agire riducendo il volume della prostata o contenendone la naturale evoluzione in accrescimento (finasteride, dutasteride, serenoa), agevolando l'apertura del collo vescicale al passaggio dell'urina per facilitare lo svuotamento vescicale (α-litici come alfuzosina, tamsulosina, silodosina ecc.), riducendo la sensibilità propriocettiva della vescica e aumentandone la capacità di riempimento (antimuscarinici come ossibutinina, solifenacina e b1 agonisti come migraberon). Recenti studi hanno dimostrato il miglioramento dei sintomi disurici con l'uso prolungato e quotidiano di Tadalafil, inibitore della fosfodiesterasi-5 (PDE-5).

Lo sviluppo di tecniche endoscopiche mini-invasive ha progressivamente soppiantato la chirurgia a cielo aperto. Tuttavia la scelta della procedura rimane sempre condizionata dalle dimensioni della ghiandola prostatica, dallo strumentario a disposizione e dall'esperienza del chirurgo.

Lo scopo della chirurgia è quello di eliminare l'ostacolo alla minzione o attraverso una semplice disostruzione (TURP, TUIP, ablazione con KTP, HoLAP, ThuLAP) o mediante una adenomectomia completa (ATV, HoLEP).

La resezione prostatica transuretrale (TURP),

rappresenta, al momento, il trattamento più utilizzato e di riferimento con il quale si confrontano tutte le altre metodiche, essa viene realizzata mediante l'utilizzo di un'ansa elettrica mono o bipolare. La complicanza più frequente in corso di TURP è quella emorragica con percentuali di trasfusione compresa tra il 2,5% e 8,6% con una media di 7,2%.

La TUIP prevede l'utilizzo di un elettrodo a punta, che, con la semplice incisione cervico-prostatica senza asportazione di tessuto, consente di migliorare lo svuotamento vescicale in

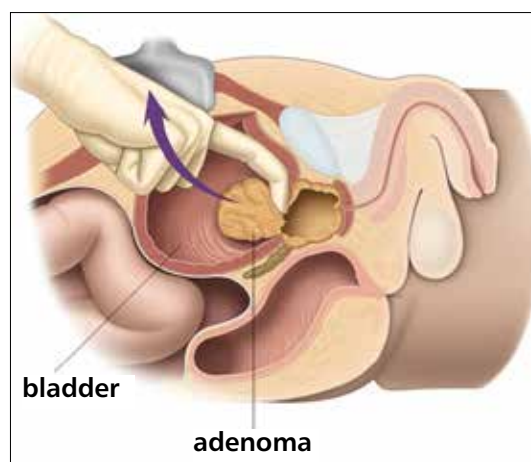


Figura 1

prostata di piccole dimensioni. Presenta minore incidenza di complicanze con minori tempi operatori e di ricovero ma una maggiore incidenza di reinterventi (9,3% TUIP vs 5,5% TURP) e assenza di tessuto da sottoporre ad esame istologico.

La scelta della tecnica a cielo aperto è abitualmente legata alle dimensioni della ghiandola prostatica essendo preferita per prostate di volume superiore a 80 - 100 ml. L'incidenza di trasfusioni dopo chirurgia a cielo aperto varia fra il 3% ed il 18%.

L'IPB e l'ostruzione cervico-uretrale possono essere trattate con diversi tipi di LASER. KTP (laser verde), Holmium e Thulium permettono la vaporizzazione della prostata, praticabile anche in pazienti in terapia anticoagulante con rischio emorragico minore rispetto alla TURP e all'ATV.

Per contro, la vaporizzazione è associata a maggiore incidenza di reintervento rispetto a TURP e ATV nelle prostate più grandi.

L'introduzione della HoLEP ha rappresentato un ulteriore miglioramento nell'ambito delle

procedure endoscopiche laser. Infatti, a differenza della vaporizzazione, nella HoLEP i lobi prostatici vengono interamente enucleati. Se comparata alla TURP, la HoLEP comporta un aumento significativamente maggiore del Qmax, garantisce minor tempo di cateterizzazione e riduzione della degenza postoperatoria. Diversi studi hanno comparato l'HoLEP alla TURP nel medio e lungo termine dimostrando che i risultati della HoLEP sono duraturi nel tempo. Nelle prostate con volume >100 ml, la HoLEP rappresenta un trattamento efficace nella stessa misura della ATV con uguale tasso di reintervento a 5 anni di follow-up.

Il termine HoLEP è un acronimo di Holmium Laser Enucleation of Prostate, tecnica endoscopica ideata da Gilling nel 1998 che utilizza un Laser ad Holmium e definita dagli autori anglosassoni una "endoscopic open prostatectomy".

La procedura è costituita da 2 tempi operatori: Enucleazione e Morcellazione.

Nel primo si incide il tessuto prostatico, si individua il piano di clivaggio tra l'adenoma e la

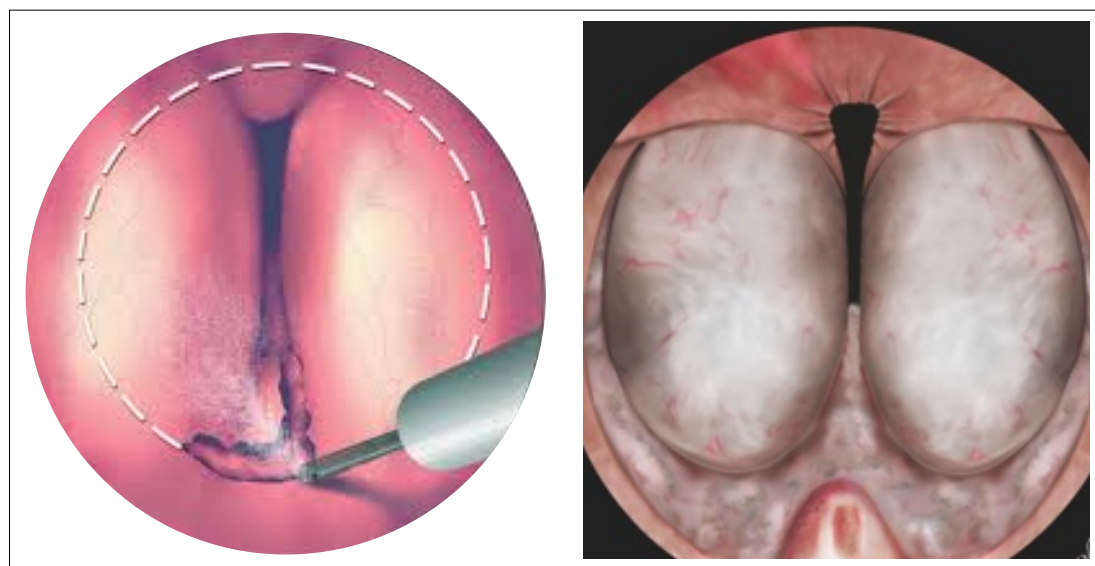


Figura 2

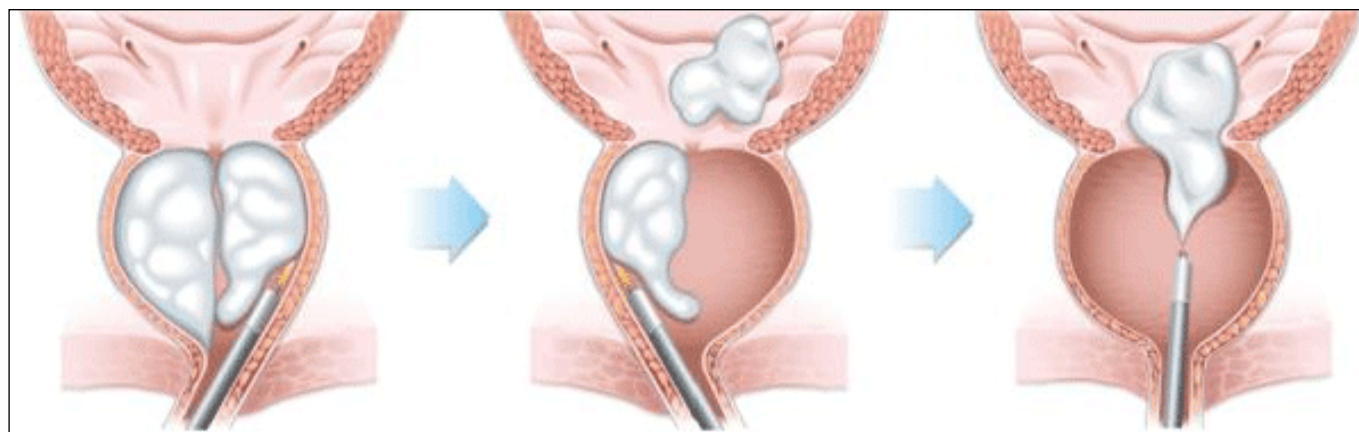


Figura 3

capsula prostatica e si scolla lo stesso piano fino a liberare completamente l'adenoma che viene fatto cadere in vescica in tre porzioni, secondo la tecnica classica, o in un unico blocco, secon-

do la tecnica modificata dalla nostra scuola.

La morcellazione, tempo conclusivo della procedura, è la frammentazione del tessuto enucleato e la sua estrazione all'esterno.



Figura 4

Casistica

- 768 Pazienti trattati con HoLEP da Maggio 2006 a Ottobre 2015
- Valutazione pre e post operatoria con IPSS, UroFlow, PVR
- In 71 casi era associata calcolosi vescicale trattata simultaneamente con lo stesso Laser

Risultati

Tempo operatorio	70 minutes
Volume medio della prostata	95 cc (40-270)
Volume medio dell'adenoma prostatico	70 cc (30-230)
Peso medio misurato dal patologo	58 gr
Rimozione del catetere	2-3 days after surgery
Degenza media postoperatoria	4,1 days
Emotrasfusione	37 (5%)

	Preoperatorio	A 2 mesi	A 6 mesi	2 anni (220 casi)
IPSS	23,7 (30-17)	10,8 (14-2)	8,8 (13-2)	9 (13-3)
Qmax medio	10,7 (2-14)	22,3 (11-36)	20 (11-28)	19 (11-27)
PVR	12 Pz (40-200cc)	5 Pz < 20cc	Non significativo	Non significativo
Incontinenza	-	55	7	2

Complicazioni

Lesioni della capsula prostatica	7
Lesioni della mucosa vescicale	5
Ritenzione postoperatoria	2
Ematuria prolungata (>3gg)	12
Sintomi irritativi duraturi (>20d)	65 (22>30d)
Reoperation rate	NO

Figura 5

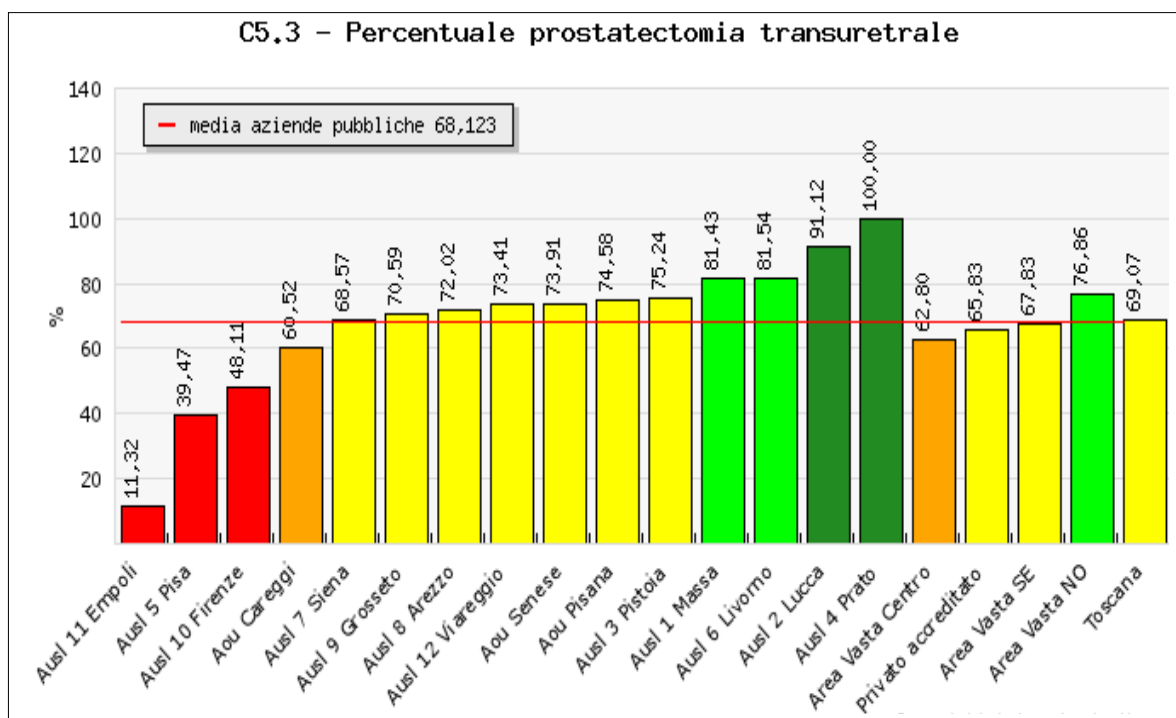


Figura 6

La HoLEP è la prima tecnica endoscopica che ha realizzato l'enucleazione del tessuto adenomatoso e molte tecniche di resezione e vaporizzazione, che utilizzano l'energia laser e non, si stanno convertendo all'approccio enucleativo (ThuLEP, GreenLEP).

Sebbene l'enucleazione dell'adenoma possa essere eseguita con diverse forme di energia, solo il laser ad olmio possiede una ideale combinazione di taglio e coagulazione, indispensabile per eseguire la procedura. Tra tutte le tecniche enucleative, al momento presenti per il trattamento dell'IPB, la HoLEP è quella più validata da un punto di vista scientifico ed, essendo la più longeva, è l'unica che dispone di un lungo follow-up in letteratura.

La U.O.C. di Urologia di Prato possiede una quindicennale esperienza di chirurgia laser e dal 2008 di HoLEP con gli oltre 1000 interventi. L'introduzione della HoLEP nell'uso routinario per il trattamento della ipertrofia prostatica ha fatto sì che dal 2010 il 100% degli interventi viene eseguito per via endoscopica rappresentando la *best practice* in Toscana come riportato dai dati del MES, a fronte dell'86% di interventi di chirurgia aperta che ancora vengono eseguiti sul territorio nazionale come rilevato da una *survey* della Società Italiana di Urologia nel 2014.

TM

Info: franco.blefari@gmail.com

LEGENDA

**SI RICORDA CHE È POSSIBILE ATTIVARE I LINK TRAMITE CODICE QR.
NELLA VERSIONE PDF, SCARICABILE DAL SITO DELL'ORDINE DI FIRENZE
O DALL'APP: ATTIVARE I LINK DOVE SONO PRESENTI I SEGUENTI SIMBOLI**



Codice QR - Rimando Link esterno con cellulare



URL - Rimando Link esterno



Sommario - Rimando pagina interno



E-mail - Rimando programma e-mail

FERNANDO PRATTICHIZZO

Aspetti di terapia antinfettiva

Tra biologia, microbiologia, farmacologia, immunologia e...clinica



Fernando Prattichizzo,
Dirigente Medico di
Medicina Interna,
Azienda Sanitaria Toscana
Centro

Le malattie infettive stanno acquisendo sempre maggior peso nell'assistenza sanitaria e sono fonte di crescente allarme sociale, come documentato dai recenti casi di meningite batterica letale. La crisi della *Evidence Based Medicine*, sancita nel 2014 sul *British Medical Journal* da Trisha Greenhalgh, che ha più opportunamente spostato l'attenzione sulla *Real Evidence Based Medicine*, impone che sempre più la clinica e le decisioni terapeutiche siano basate sul ragionamento clinico. Se questo costituisce il *thema decidendum* su cui ogni medico emetterà la sentenza di assoluzione o condanna del proprio operato, occorre passare ad analizzare il *thema probandum*.

Nel fondamentale lavoro *The origin of species by means of natural selection* del 1859 Charles Darwin poneva in campo biologico la pressione selettiva negativa alla base della "speciazione", concetto da completare con quello ben più vasto di "estinzione", considerato che il 99,9% di tutte le specie che siano mai esistite è ora estinto. I postulati di Koch nel 1884 consentirono la nascita della microbiologia, che ha studiato anche l'evoluzione dei microrganismi. Per citare una clamorosa recente scoperta, è stata addirittura attribuita l'estinzione di massa nel Triassico-Permiano (251 milioni di anni fa) ai protobatteri *Methanosarcina* per l'enorme quantità di metano che producevano. Recente è l'allarme lanciato per l'intestino, in cui i batteri benefici sono considerati a rischio di estinzione, a causa dell'alimentazione povera di fibre, che comporta una grave perdita di biodiversità. La farmacologia, anche se nata nella prima metà del '500 con Paracelso, si è sviluppata soltanto in anni recenti ed ha condotto all'individuazione dei meccanismi evolutivisti dell'antibiotico-resistenza, come l'inattivazione extracellulare o intracellulare, le modificazioni della parete e delle strutturali bersaglio, l'incrementata sintesi di enzimi inibiti dall'antibiotico, la diretta assunzione del prodotto metabolico inibito, le mutazioni spontanee, lo scambio genetico di materiale cromosomico ed extracromosomico, l'assunzione di DNA libero dall'ambiente, la trasduzione tramite batteriofagi o la coniugazione con trasferimento di plasmidi o episomi. In sostanza, abbiamo compreso gli

effetti evolutivisti della pressione selettiva negativa che esercita sui microrganismi la terapia antinfettiva, che quotidianamente prescriviamo. Inquietante e poco conosciuta, poi, è la compromissione esercitata dagli antibiotici sul sistema immunitario. L'immunologia, introdotta da Edward Jenner nel 1796 con il vaccino contro il vaiolo, infezione eradicata proprio grazie alla vaccinazione di massa, costituisce la disciplina fondamentale per impostare una corretta terapia antinfettiva. Oggi sappiamo che esistono chemioterapici inibitori: 1) la chemiotassi dei polimorfonucleati (gentamicina, amikacina, doxiciclina, tetraciclina, amoxicillina); 2) la fagocitosi dei polimorfonucleati (doxiciclina, tetraciclina); 3) l'immunità cellulomediata (amoxicillina, rifampicina); 4) l'attivazione del complemento (tetraciclina, ampicillina); 5) la risposta anticorpale (rifampicina, cotrimossazolo). Sappiamo anche che esistono antibiotici potenziatori l'immunità, come cefodizime, chinoloni e macrolidi, mentre la rifampicina compensa i citati aspetti negativi incrementando chemiotassi e fagocitosi. Di fronte a tali vaste problematiche, non deve meravigliare, quindi, che sul primo numero per il 2016 di JAMA un trial clinico randomizzato abbia dimostrato l'efficacia del trapianto di microbiota fecale fresco nella diarrea da infezione ricorrente del *Clostridium difficile*. Illuminante sul piano teorico, ma inutile dal punto di vista pratico, è apparso il concetto di "colonizzazione", come opposto a quello di "infezione". Nella colonizzazione la flora batterica è presente, ma non produce sintomi o malattia. Evidentemente ci sono situazioni di resistenza immunologica, tale da ostacolare efficacemente la comparsa di malattia, ma praticamente un clinico, che richieda un esame colturale su materiale biologico per un soggetto sano, senza sintomi e senza malattia, dev'essere condannato come minimo per inappropriata. Un altro aspetto della clinica appare devastante ed è costituito dalla frequenza elevata di soggetti sottoposti a terapia immunosoppressiva, per lo più corticosteroidica. I corticosteroidi non riducono la concentrazione di anticorpi circolanti, ma inibiscono la chemiotassi leucocitaria per inibizione di sintesi e/o azione delle citochine, sopprimono l'attivazione dei linfociti

T e impediscono l'amplificazione dell'immunità cellulomediata. La soppressione delle manifestazioni infiammatorie ad opera dei corticosteroidi può scatenare un disastro potenziale, celando sintomi e segni in soggetti in cui l'infezione può continuare a progredire. Particolarmente pericolosi appaiono per la riattivazione herpetica e tubercolare. Nei reparti ospedalieri di Medicina Interna la terapia immunosoppressiva, per tutte le vie somministrate, compresa quella inalatoria attraverso le vie respiratorie, raggiunge l'impressionante frequenza del 50-60%. Su questo sfondo si inserisce l'allarme lanciato dagli infettivologi per le multiple resistenze dei patogeni ESKAPE (*Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter*) e la messa in commercio, anche se ad altissimo costo, di nuovi antibiotici, come ceftarolina e ceftobiprol, in attesa di nuove associazioni, come ceftazidime/avibactam e ceftolozane/tazobactam. Non dimentichiamo, in ogni caso, il fondamentale presidio terapeutico delle immunoglobuline, riconosciute dalle Linee Guida Regionali come indicate per i

casi di deficienza anticorpale specifica (primaria o secondaria), nella sindrome di Good, nella grave malattia streptococcica di gruppo A, nello shock da stafilococchi, nella sepsi stafilococcica necrotizzante e nella grave o ricorrente colite da *Clostridium difficile*. In ogni caso occorre uno specifico ragionamento clinico che metta in ordine tutti i fattori e i cofattori della patologia infettiva, prescrivendo la terapia più adeguata. Di recente, ad esempio, abbiamo completamente risolto un caso di mucormicosi in soggetto diabetico, già trattato con antibiotici e corticosteroidi, mediante terapia mirata con anfotericina B liposomiale, basandoci esclusivamente sulla clinica. Attenzione, infine, deve essere prestata alle co-infezioni o riattivazioni infettive, che si manifestano sia per le malattie di base, che per le terapie praticate, come frequentemente avviene per le micosi e le riattivazioni erpetiche.

Ad ogni medico il verdetto sul proprio operato...

TM

Info: pratti@libero.it

RICORDO

UN MEDICO, UN AMICO: GIANCARLO BERNI

Gianni l'ho conosciuto al liceo. Poi abbiamo fatto l'Università nello stesso corso, con lo stesso calendario d'esami, io studiavo con Luciano Baldacci, lui con Gigi Bartoletti. Due coppie fisse, insieme ci siamo laureati nella prima sessione possibile. Era il Luglio del '61. Poi la professione che Gianni ha percorso in una sequenza di successi clinici e scientifici che lo hanno portato ai vertici della medicina italiana. Negli anni siamo sempre stati in contatto, finché ci siamo ritrovati in una collaborazione intensissima nel Consiglio Sanitario Regionale e nel Consiglio dell'Ordine. I giornali fiorentini hanno ricordato lo straordinario curriculum di Gianni, le sue affermazioni, le sue idee, il suo apporto inestimabile alla sanità toscana e nazionale (Berni ha portato nel nostro paese il concetto moderno di dipartimento di emergenza-urgenza nell'ambito delle esigenze cliniche e organizzative del territorio e dell'ospedale). Ma non è questo che prevale nel mio ricordo: Gianni era uno dei miei migliori amici, una persona di grande onestà intellettuale, un uomo vero, generoso, affettuoso, dolce ma decisiissimo nelle sue opinioni. Un uomo con la passione per la medicina, di una curiosità infinita, una spugna di tutto ciò che vedeva o leggeva e che ci riconsegnava metabolizzato dalla sua intelligenza delle cose e dalla sua scienza quasi sorprendente. Un uomo con una passione per la giustizia che si manifestava con una rigorosa equanimità. Capace ancora di indignarsi per l'iniquità del mondo, perché tutti debbono essere curati nello stesso modo. Un uomo con la passione per la sua professione, per portare aiuto a chi soffre. Tanti colleghi mi hanno telefonato quando è mancato; tutti ricordavano quel che da lui avevano ricevuto, l'incitamento allo studio della medicina, continuo, senza cedimenti, e l'insegnamento a prendersi cura del paziente come solo i veri medici, quelli che tengono alto il nome di medicina, sanno fare. Quanti allievi ha portato al successo accompagnandoli con sapienza e saggezza! Una scuola vastissima; il suo insegnamento a generazioni di medici è l'opera sua più grande. Come tutti noi Gianni ha vissuto illusioni e delusioni, successi e sconfitte, gioie e fatiche, ma niente lo ha distolto dai suoi principi, la sanità pubblica come strumento per realizzare l'antico sogno di assistere le persone con l'unico metro dei loro bisogni di salute. Ma ormai è trascorsa la vita. Una vita intera. È tanto e ora manca qualcosa. Manca Gianni e non si può sostituire finché vivremo.



Antonio Panti

S. D'ERRICO, D. BONUCELLI¹, M. MARTELLONI²

Un'opportunità per la qualità dell'assistenza

Il contenimento dei rischi e la sorveglianza sanitaria: attualità e prospettive future del riscontro diagnostico presso la S.C. di Medicina Legale di Lucca



Stefano D'Errico.
Dirigente Medico S.C. Medicina Legale – Azienda USL Nordovest – Lucca.
Autore di pubblicazioni su riviste scientifiche internazionali in tema di patologia forense e delle applicazioni sperimentali della microscopia digitale computerizzata e tradizionale. È autore di capitoli su trattati nazionali ed internazionali in materia di tecnica autoptica. È co-autore di una monografia sul tema della responsabilità professionale del medico di continuità assistenziale.

Abstract. Gli autori illustrano i risultati dei primi 18 mesi di attività autoptica con finalità diagnostica esperita sul territorio dell'(ex) Azienda USL2 di Lucca, analizzando punti di forza e criticità di un servizio che qualifica l'attività del medico legale in servizio presso le Aziende Sanitarie Locali, ed è esso stesso strumento di verifica e misura della qualità dell'assistenza sanitaria.

Keywords. Riscontro diagnostico, medicina legale, tecnica autoptica, qualità, sicurezza delle cure.

Introduzione

Do we still need autopsy? Abbiamo ancora bisogno dell'autopsia? Con questa domanda, nel 1970 Edwards apriva il dibattito sulla crisi del riscontro diagnostico.

Il calo della pratica autoptica nei casi di morte durante un ricovero o in tutti quei casi per i quali non è possibile stabilire con certezza la causa dell'exitus, attesta la percentuale delle autopsie ben **al di sotto del 1% dei decessi annui**.

Le motivazioni sono da ricercare nel progressivo viraggio degli interessi degli specialisti tradizionalmente competenti in materia (anatomo-patologi e medici legali) e nella percezione sospettosa dell'esame autoptico da parte della categoria medica. Nel mezzo, interagiscono negativamente, il contenimento della spesa sanitaria, la volontà di assecondare, sempre e comunque, le richieste dei familiari del defunto, tradizionalmente ostili alla prospettiva di una violazione dell'integrità cadaverica e, non ultimo, l'applicazione post-mortem di tecniche di *imaging* da taluni autori ritenute valida alternativa all'esperimento settorio quale momento diagnostico ex se sufficiente a chiarire le cause dell'exitus.

Le ripercussioni di questa discesa ripidissima della curva delle autopsie ospedaliere per anno, sono tutte negative e interessano i più diversi ambiti della scienza medica: la ricerca, la formazione universitaria, quello epidemiologico-sociale, della qualità dell'assistenza sa-

nitaria, della gestione del rischio clinico e del contenzioso medico-legale e non ultimo quello dell'amministrazione della giustizia, intimamente legato a programmi di *screening* diagnostico in tutti i decessi c.d. senza assistenza medica.

A partire da tali considerazioni, mossi dalla consapevolezza del ruolo decisivo del riscontro diagnostico all'interno di un sistema di contenimento e gestione dei rischi sanitari e del contenzioso medico-legale, facendo leva sulle competenze acquisite negli anni di formazione degli specialisti in medicina legale in servizio presso la S.C. di Medicina Legale dell'Azienda USL di Lucca, è nato il servizio di riscontro diagnostico di cui in questo contributo si declinano modalità organizzative, risultati e prospettive future.

Il "modello lucchese"

La realizzazione del modello è passata attraverso: 1. attribuzione di competenza dei riscontri diagnostici territoriali alla S.C. di Medicina Legale; 2. allestimento di una sala settoria funzionale alla pratica autoptica per spazi ed attrezzature, nel rispetto delle misure di sicurezza imposte dalla normativa vigente e la dotazione di un microscopio ottico di ultima generazione dotato di polarizzatore per l'osservazione dei campioni a luce normale e in modalità a contrasto di fase; 3. redazione di Istruzioni Operative Aziendali nelle quali hanno trovato ampio spazio la standardizzazione di una metodologia operativa al tavolo autoptico secondo standard

¹ Dirigente Medico S.C. Medicina Legale – Azienda USL Nordovest – Lucca

² Direttore S.C. Medicina Legale e Clinical Risk Manager – Azienda USL Nordovest – Lucca

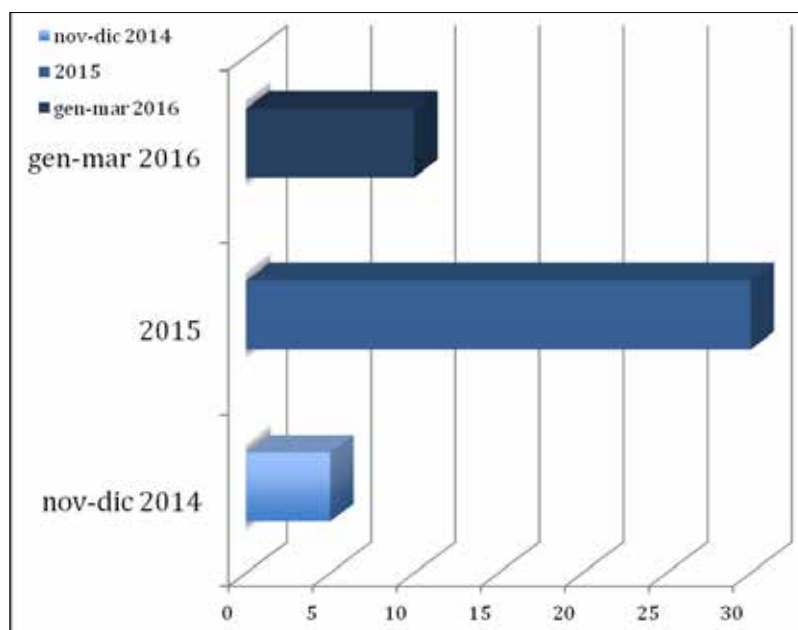


Figura 1

qualitativi condivisi ed in linea con i protocolli nazionali ed europei.

Nel periodo compreso tra il 1 novembre 2014 ed il 31 marzo 2016, la S.C. di Medicina Legale di Lucca ha eseguito 45 riscontri diagnostici (5 nel periodo novembre-dicembre 2014, 30 nel 2015, 10 nel primo trimestre del 2016).

I riscontri diagnostici sono stati eseguiti in tutti i casi di morte senza assistenza medica (ai sensi della L. 83/1961 e del DPR 285/90) occorsi nella zona della Piana di Lucca (37) e della Valle del Serchio (4) e sono stati richiesti di volta in volta, dal medico che ha constatato il decesso o dal medico necroscopo. In due circostanze, il riscontro diagnostico è stato eseguito su richiesta dei familiari.

I decessi senza assistenza medica, nel periodo preso in considerazione (ultimo bimestre 2014 – primo trimestre 2016), hanno visto una prevalenza per il sesso maschile (33 decessi contro 12) con una distribuzione prevalente per la classe di età media (tra i 41 ed i 60 anni).

In 29 casi la causa della morte è stata ricondotta nell'alveo della morte cardiaca improvvisa, con una prevalenza per un pattern morfologico di coronaropatia ostruttiva (19 casi). Nei restanti 16 casi, la causa della morte è stata attribuita ad un'ampia gamma di quadri patologici, tra cui si segnala una incidenza significativa di embolia polmonare massiva (4 casi), dissecazione aortica (3 casi) ed emorragia digestiva (2 casi).

In tre casi, la morte è stata ricondotta all'assunzione di sostanze d'abuso (eroina, cocaina) e di psicofarmaci e ne è stata data immediata

comunicazione all'Autorità Giudiziaria per le attività investigative di competenza.

Discussione

Il decremento del numero di esami autoptici effettuati con finalità diagnostica registrato in tutto il territorio nazionale e denunciato nelle riviste scientifiche internazionali più autorevoli, definisce solo in parte, l'entità di una crisi di settore che impone una riflessione degli addetti ai lavori.

L'affermazione della medicina legale aziendale di Lucca come riferimento per i riscontri diagnostici in tutti i casi di morte senza assistenza medica avvenuti sul territorio di competenza ed i risultati proposti dagli Autori nel breve periodo in esame, in controtendenza rispetto al trend nazionale ed internazionale, sottolineano la sensibilità e la consapevolezza di tutti gli operatori del settore coinvolti (medici di medicina generale, medici di Pronto Soccorso, medici del 118, medici necroscopi) dell'importanza epidemiologica e medico-legale dell'accertamento autoptico e la bontà di un "modello" organizzativo e funzionale che risponde al bisogno di approfondimento scientifico, di prevenzione nella tutela della salute e non ultimo, alle finalità di legge per cui è previsto.

A ciò si aggiunga che la recente competenza della S.C. di Medicina Legale Aziendale per i riscontri diagnostici dei decessi avvenuti in pendenza di ricovero presso i nosocomi dei Presidi Ospedalieri della Piana di Lucca e della Valle del Serchio, rappresenta un'opportunità per un ulteriore momento di crescita, culturale e scientifica per tutti i professionisti sanitari, coinvolti nella vicenda assistenziale del paziente, conclusasi con esito infausto.

La richiesta del riscontro diagnostico per rispondere ai quesiti sulla causa della morte lasciati aperti dagli accertamenti "convenziona-

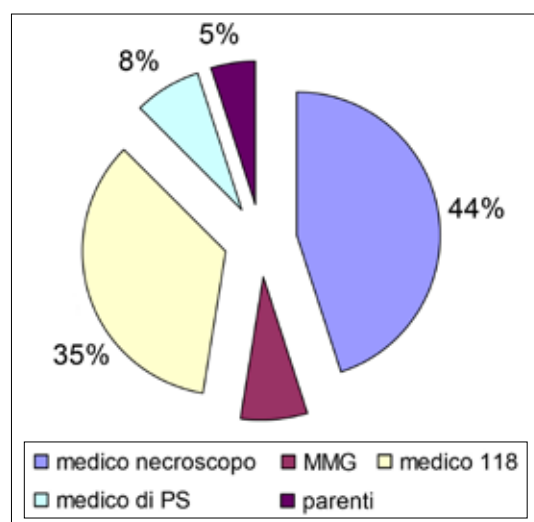


Figura 2

li" in vivo, vuol essere momento di confronto scientifico, di verifica tra pari, di trasparenza e condivisione con le famiglie e dunque strumento di miglioramento della qualità della prestazione sanitaria in quanto una diagnostica di eccellenza deve essere in grado di influenzare la prassi clinica, in una virtuosa connessione con la gestione del rischio clinico.

La letteratura scientifica internazionale è unanime nel riconoscere il significato dell'accertamento autoptico come strumento di controllo della qualità e come fonte di dati in grado di alimentare studi epidemiologici e statistici.

A tal proposito, una riflessione merita il ruolo del riscontro diagnostico nella gestione del contenzioso medico-legale. La forza ed il peso delle evidenze morfologiche, macroscopiche e microscopiche, costituiscono strumenti di valutazione insostituibili che guidano l'analisi medico-legale nella decisione di soddisfare le richieste di risarcimento, ovvero di respingerle in virtù di una oggettiva ed oggettivata conferma della congruità della condotta dei sanitari. Diversamente, l'impossibilità di risalire con certezza alla causa della morte può, in alcune occasioni, rappresentare il vulnus di un percorso difensivo, altrimenti agevole e favorevole. Si pensi, ad esempio, alla possibilità di documentare cause di morte estranee al percorso di diagnosi e cura, di documentare comorbidità di per sé sufficienti a giustificare l'exitus indipendentemente dalla prestazione sanitaria eseguita o anche solo a modificare sensibilmente le chances della prestazione terapeutica.

Il medico legale deve, dunque, affrontare con coraggio le seguenti sfide: a) far sì che l'autopsia divenga momento essenziale del curriculum medico, cosicché tutti i medici ne comprendano appieno il ruolo ed il valore co-

me strumento di qualità; b) organizzare l'attività autoptica in modo che i reperti raccolti, fatte salve le preminenti esigenze procedurali, vengano analizzati al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti, attraverso l'individuazione e la discussione di soluzioni per la prevenzione di eventi avversi; c) promuovere una cultura dell'autopsia volta ad implementare la comprensione del suo valore anche ai fini della ricerca; d) sviluppare una stretta collaborazione tra il medico che effettua l'accertamento autoptico e gli altri medici per diffondere una cultura che promuova e non ostacoli la effettuazione di tali accertamenti.

Ripartire dalla qualità della prestazione è dunque fondamentale e non può non passare attraverso la definizione di percorsi di formazione specifici per gli specialisti in medicina legale in servizio presso le Aziende Sanitarie nella tecnica autoptica e nell'osservazione microscopica dei preparati istologici, ma anche di un'organizzazione aziendale/interaziendale che sostenga il valore scientifico e culturale del riscontro diagnostico, ne favorisca la diffusione tra i professionisti sanitari, promuova la collaborazione interdisciplinare tra i laboratori e i servizi dedicati alla diagnostica (es. tossicologia, genetica, radiologia), definisca standard di qualità attraverso cui individuare sul territorio di competenza quei centri di riferimento in grado di soddisfare le richieste e le esigenze.

Il medico legale può dunque offrire la sua competenza nella valutazione autoptica emergente al seguito di ogni decesso intraospedaliero al quale non sia stata data chiara ed inequivoca spiegazione clinica, assumendo il ruolo di affidabile esperto nella valutazione delle oggettività morfologiche macroscopiche e microscopiche, nella progettualità dei programmi di

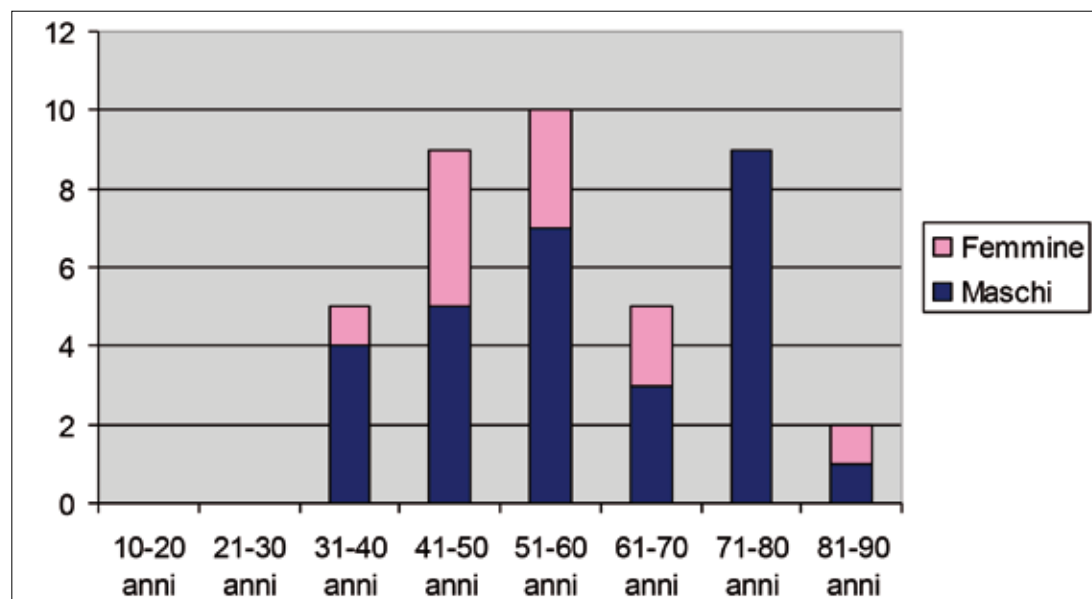


Figura 3

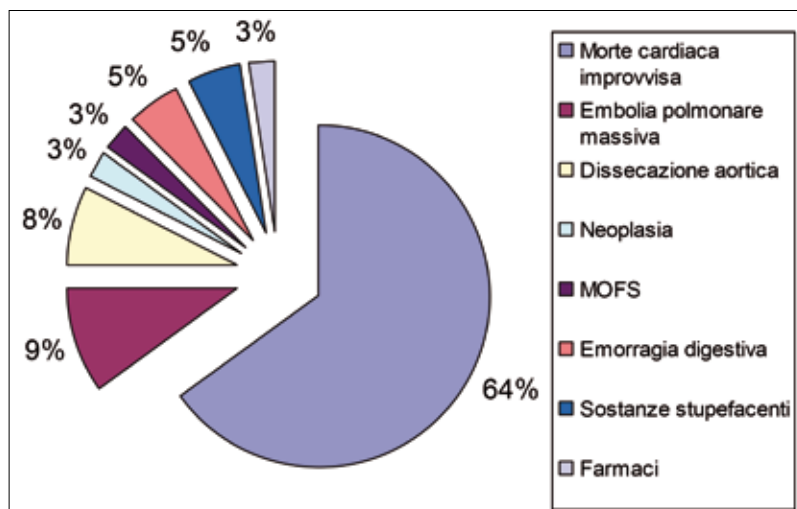


Figura 4

gestione del rischio clinico e, non ultimo, nei processi di peer-review diagnostici atti ad elevare il livello della qualità delle cure.

In una mirabile sintesi, Guy Ruttly nel 2001, anticipava queste considerazioni, auspicando un miglioramento della qualità delle autopsie ospedaliere e la centralità del medico settore in tutti gli ambiti in cui rileva l'esperimento autopsico; *"we do not necessarily need to do more autopsies, we need to do better autopsies"*: **non abbiamo necessariamente bisogno di fare più autopsie, ma di fare autopsie migliori.**

TM

Info: stefano.derrico@uslnordovest.toscana.it

ORDINE DI FIRENZE



E-mail e PEC:

presidenza@ordine-medici-fiorenze.it - informazioni@ordine-medici-fiorenze.it - amministrazione@ordine-medici-fiorenze.it
toscamedica@ordine-medici-fiorenze.it - relazioniesterne@ordine-medici-fiorenze.it
segreteria.fi@pec.omceo.it - presidenza.fi@pec.omceo.it - amministrazione.fi@pec.omceo.it

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Commissione Odontoiatri:

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

Consulenze e informazioni:

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

Newsletter:

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

~ ~ ~

Info: Via Giulio Cesare Vanini 15 - 50129 Firenze - Tel. 055 496 522 - Fax 055 481 045

Sito Internet: www.ordine-medici-fiorenze.it

DANIELE DIONISIO

Malattie Neglette: DNDi, Modello No-Profit di Successo

Dopo oltre un decennio di attività, DNDi può ritenersi un modello di successo che ha costruito una robusta 'pipeline' di farmaci rivoluzionari e distribuito trattamenti salvavita di qualità a milioni di pazienti.

DNDi (Drugs for Neglected Disease initiative) fu lanciata nel 2003 a seguito delle raccomandazioni del DND Working Group, una 'think tank' internazionale voluta da Medici Senza Frontiere (MSF) per l'analisi delle cause della crisi in Ricerca e Sviluppo (R&S) di farmaci per le malattie neglette. Il Working Group sollevò l'esigenza di strategie innovative per garantire lo sviluppo di nuovi farmaci economicamente accessibili per i pazienti 'dimenticati'. Su questa base, sette partners fondatori si coalizzarono per dar vita a DNDi: cinque organizzazioni di ricerca a sovvenzionamento pubblico – Malaysian Ministry of Health, Kenya Medical Research Institute, Indian Council of Medical Research, Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz) Brasile, e Institut Pasteur, Francia; l'organizzazione umanitaria MSF; e, quale osservatore permanente, lo Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR) sponsorizzato da UNICEF, UNDP, Banca Mondiale e OMS.

La visione di DNDi è esplicita: migliorare la qualità di vita e la salute delle persone affette da malattie neglette tramite l'impiego di un modello di sviluppo alternativo per nuovi farmaci 'ad hoc' basato sull'equità di accesso. In coerenza, DNDi si è spesa per la costruzione di networks di R&S in grado di sostenere le capacità di ricerca nelle aree endemiche in un'ottica di responsabilità pubblica globale.

Obiettivo primario è stato la messa a punto di terapie per un gruppo di malattie associate ad elevata mortalità. In particolare, leishmaniosi viscerale, tripanosomiasi africana, Chagas, malaria, HIV/AIDS pediatrico, filariasi linfatica, oncocerciasi e loiasi.

Nel merito, DNDi ha realizzato sei terapie dal suo avvio nel 2003: due combinazioni di antimalarici a dose fissa (ASAQ and ASMQ), la combinazione nifurtimox-eflornitina per la tripanosomiasi africana, la combinazione sodio stibogluconato e paromomicina per la leishmaniosi viscerale in Africa, un set di combinazioni terapeutiche per la leishmaniosi viscerale in Asia, e una formulazione pediatrica di benznidazolo per la malattia di Chagas. DNDi ha inoltre svilup-

pato piattaforme regionali per specifiche malattie basate su partenariati in aree endemiche per rafforzare esistenti capacità di ricerca clinica o costruirne di nuove ove necessario. Al riguardo, all'International Liver Congress dello scorso aprile in Barcellona, DNDi, l'industria egiziana Pharco Pharmaceuticals, e il Ministero per la salute della Malesia comunicavano la firma congiunta di un accordo per testare in Malesia e Thailandia un regime terapeutico efficace ed accessibile contro tutti i genotipi del virus responsabile dell'epatite C. Il regime, una combinazione di 'direct-acting antivirals' ravidasvir e sofosbuvir, dopo l'approvazione, sarà dispensato a meno di \$ 300 per ciclo di trattamento.

Ed è notizia recente che, in partenariato con la compagnia giapponese Eisai Co., Ltd, DNDi è prossimo a lanciare un trial clinico per il fosravuconazole, un potenziale nuovo trattamento per l'eumycetoma.

DNDi opera in ferma coerenza con quattro 'certezze': approccio mirato al paziente e alle necessità primarie; accesso equo ai trattamenti e libera circolazione dei dati; indipendenza finanziaria e scientifica; e potenziamento delle capacità e conoscenze mediante 'aggancio' di autorità governative, solide alleanze con università, compagnie farmaceutiche e 'biotech', e coinvolgimento diretto di partners pubblici e privati inclusivi di esperti da aree endemiche, ricercatori, clinici, 'control programme managers', OMS, e, quanto più possibile, rappresentanti di pazienti.

Al riguardo, due rappresentanti di pazienti con diversa provenienza geografica operano attivamente nel 'Board of Directors' per assicurare che tutti i livelli dell'organizzazione siano costantemente al corrente delle complesse realtà socio-economiche, politiche e di ricerca in cui DNDi si muove. Nel contempo, gruppi di medici di base sono coinvolti quali esperti nella definizione delle strategie scientifiche a garanzia della centralità del paziente nei processi decisionali.

In pratica, DNDi si impegna a garantire licenze i cui termini assicurino che la ricerca in sé e i suoi prodotti siano beni di dominio pubblico



Daniele Dionisio
Membro, European
Parliament Working
Group on Innovation,
Access to Medicines and
Poverty-Related Diseases.
Responsabile del Progetto
Policies for Equitable
Access to Health -PEAH
<http://www.peah.it/>

per l'avanzamento della salute. Nello specifico, DNDi negozia termini con i partners per impedire l'impiego di diritti di proprietà intellettuale ostacolanti la fruizione equa ed accessibile dei prodotti di ricerca, ovvero ostacolanti ogni ulteriore o successiva ricerca da parte di DNDi, partners o altri ricercatori specialmente nel campo delle malattie neglette.

Accesso libero a dati e conoscenze e alla loro condivisione per il progresso delle scienze sono cruciali per l'avanzamento della R&S contro le malattie della povertà.

Secondo DNDi, il 'gold standard' dei termini di licenza per assicurare equità ed accessibilità deve includere: perpetua esenzione da royalties e non esclusività; prodotti disponibili a prezzo di costo, più minimo margine, in tutte le aree endemiche e indipendentemente dal reddito; nessun limite a trasferimento di tecnologie e a produzione 'locale' così da elevare la competitività e ridurre il prezzo al pubblico.

In coerenza, DNDi non finanzia la propria ricerca e attività attraverso ritorni economici da diritti di proprietà intellettuale, mentre mantiene processi decisionali indipendenti riguardo a portafoglio progettuale, priorità e opportunità di R&S, scala delle necessità sul terreno, potenziali partners e fonti di finanziamento.

Uno dei modi principali attraverso cui questa indipendenza è assicurata è la diversificazione

delle fonti di finanziamento allo scopo di prevenire indebita influenza da parte di singoli donatori. Ciò include il bilanciamento fra supporto pubblico e privato per ridurre per quanto possibile donazioni per fini specifici e garantire che nessun donatore contribuisca per più del 25% del budget complessivo.

Dal 2003 ad oggi DNDi ha raccolto oltre 350 milioni di euro e ricevuto sostegno da un ampio numero di donatori, tra cui governi e istituzioni pubbliche (es. Regno Unito, Olanda, Francia, Spagna, Svizzera, Germania, Brasile, EU/EDCTP-European and Developing Countries Clinical Trials Partnership); MSF come partner fondatore; UNITAID; e organizzazioni filantropiche inclusive, tra le altre, di Bill & Melinda Gates Foundation e di Wellcome Trust.

Ma l'organizzazione sostiene che almeno 650 milioni di euro sono necessari per realizzare 16-18 nuovi farmaci per le malattie neglette e dar vita a un forte portafoglio di progetti dedicati.

Nel merito, tenuto conto delle variabili di rischio insite nei processi di sviluppo, DNDi ha stimato in 10-40 milioni di euro i propri costi massimi per ogni miglioria applicata a farmaci preesistenti, e in 100-150 milioni di euro quelli correlati allo sviluppo di ogni nuova entità farmaceutica.

TM

Info: d.dionisio@tiscali.it

PER APPROFONDIRE

DNDi <http://www.dndi.org/>

DNDi's Intellectual Property Policy <http://www.dndi.org/wp-content/uploads/2009/03/ip%20policy.pdf>

DNDi's key financial figures <http://www.dndi.org/donors/key-financial-figures/>

DNDi's fundraising policy <http://www.dndi.org/about-dndi/dndi-policies/fundraising-policy/>

An Innovative Approach to R&D for neglected patients: ten years of experience & lessons learned by DNDi
http://www.dndi.org/wp-content/uploads/2009/03/DNDi_Modelpaper_2013.pdf

Mycetoma is added to WHO List of 'Neglected Tropical Diseases'
<http://www.dndi.org/2016/media-centre/press-releases/mycetoma-who-ntd-list-response/>

The Drugs for Neglected Diseases initiative's hepatitis C drug development strategy based on patient needs, not profits
<http://www.dndi.org/wp-content/uploads/2016/04/AlternativeRDStrategyHepC.pdf>

DNDi's Business plan 2015-2023 http://www.dndi.org/wp-content/uploads/2009/03/DNDi_Business_Plan_2015-2023.pdf

Eliminating the Neglected Tropical Diseases: Translational Science and New Technologies
http://www.dndi.org/wp-content/uploads/2016/03/PLOSNTDS_Hotez_et_al_2016.pdf

Se il paziente è noioso non cambia la responsabilità del medico

Il paziente X, ma si potrebbe dire anche i pazienti X&X come B&B, C&C o M&M - perché trattasi spesso di sindrome familiare... è un paziente che si presenta in ambulatorio per situazioni varie almeno tre volte alla settimana per tutte le settimane lavorative, alternando o aggiungendo - a seconda dell'umore - alla presenza fisica quella telefonica con domande - le più circostanziate possibile - che all'inizio creano un certo feeling ma che poi - alla lunga - vengono a noia perché distolgono il sanitario... che di tempo ne ha veramente poco... dalla giusta attenzione e cura che deve essere giustamente rivolta a tutti e non monopolizzata da uno solo o da pochi.

Parlo di sindrome familiare perché spesso più membri della stessa famiglia presentano questa peculiarità comportamentale con la richiesta di tutto e subito ad ogni costo. Vengono essi pertanto sempre in ambulatorio ma pensano veramente (e lo dichiarano anche...) di non venire mai, togliendo purtroppo al sanitario ed agli altri pazienti spazio per le loro necessità. Per loro è tutta una ricerca dell'ultimo esame visto su Internet o del tipo strano di esenzione oppure del fatto *che il cugino dell'amica che se la fa con il loro parente* è andato da quel luminare che gli ha segnato quella medici-

na con quel nome strano (che loro hanno magari già preso sotto altro marchio...) e *gli ha fatto davvero bono* mentre loro non riescono ad uscire da quel dolorino che poi a volte è a sinistra, a volte in alto ed a volte in basso...

Praticamente per loro venire in ambulatorio o anche farti una domanda *amichevole* quando ti incontrano per caso, specie al bar (che ti fanno andare il caffè di traverso...) è una necessità o piuttosto un'abitudine di cui non possono fare a meno. Non si rendono conto che anche il dottore è di carne ed ha i suoi *bias mentali* per i quali la volta che avranno veramente qualcosa di serio, la sua mente potrebbe prendere senza intenzione sottogamba la malattia vera... per non parlare poi del loro abuso di farmaci che un problema aggiuntivo per la durata e la qualità della loro vita.

"Diffida sempre dei primi in ambulatorio..." diceva mio padre "... perché loro sono gli affezionati che sanno come funziona e sono sempre i primi a prendere il posto... mentre gli ultimi sono tali perché non vengono mai... e tu sei più stanco e puoi commettere errori mentre magari hanno una patologia anche seria..."

Tommaso Rubino,
medico di medicina generale a Lamporecchio

TM

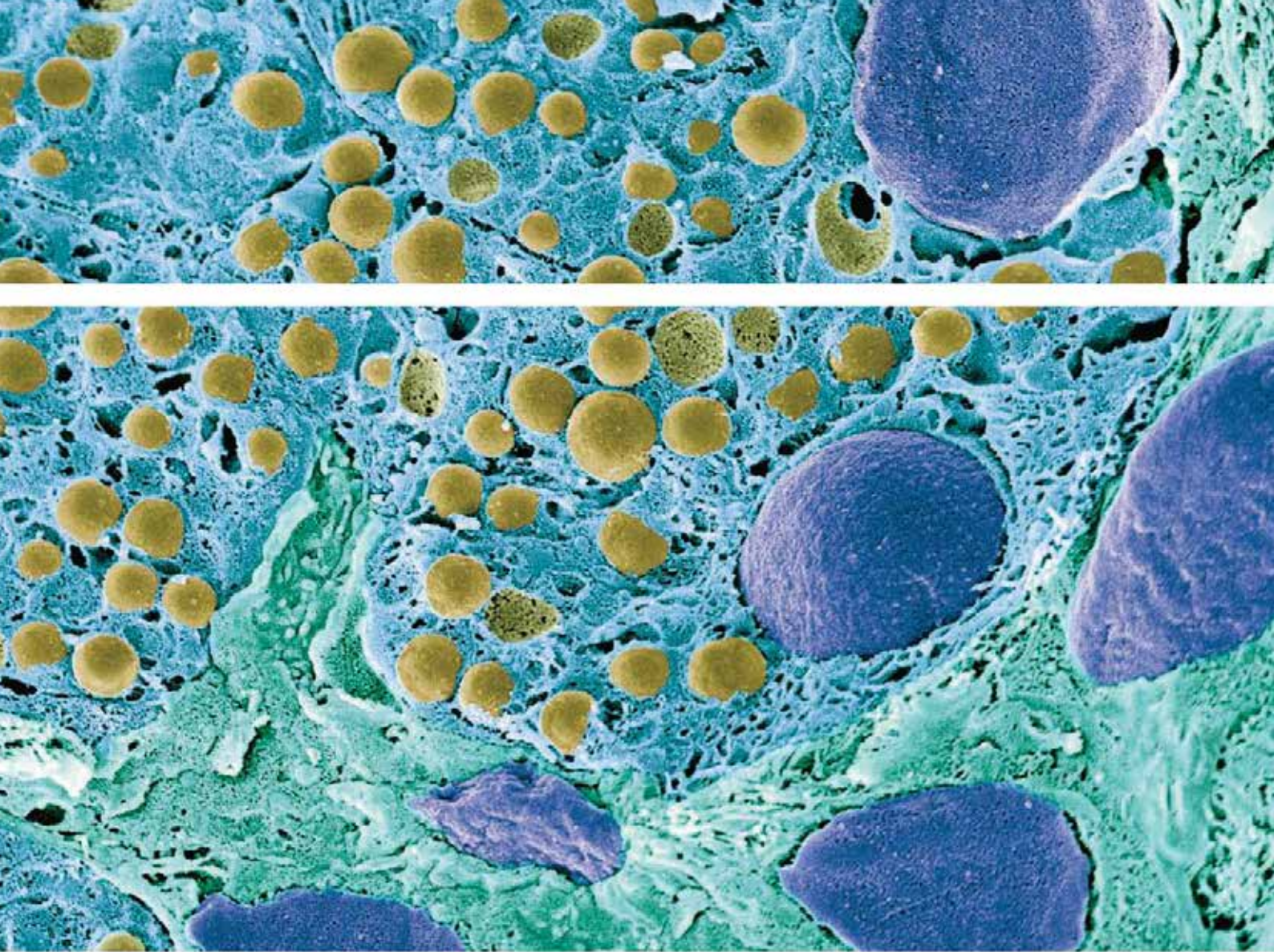
LETTI PER VOI

I protocolli clinici della terapia cognitivo comportamentale

Autori Vari - Editore Maddali

Carmelo La Mela insieme a molti e validissimi collaboratori ha pubblicato per l'Editore Maddali e Bruni questo importante strumento didattico. Si tratta di un'ampia panoramica su tutte le possibili patologie psichiatriche che possono essere affrontate con i mezzi terapeutici della metodologia cognitivo comportamentale. Questi sono descritte per il discente secondo uno schema assai preciso e ben congegnato. Si parte sempre dalla descrizione di un caso clinico paradigmatico che è affrontato sul piano fisiopatologico e epidemiologico, poi sono descritti i fattori di rischio, la diagnosi differenziale, i modelli psicopatologici di riferimento, infine ampio spazio è dedicato all'*assessment*. La valutazione del caso è sempre accompagnata da tabelle e esemplificazioni utili per il discente che deve familiarizzarsi con le principali questioni da cogliere nel singolo caso e sulle quali coinvolgere il paziente. L'ultima parte di ciascun capitolo tratta della terapia cognitivo comportamentale ma offre anche una panoramica su altre metodiche di cura, compreso il trattamento farmacologico al quale è anzi dedicata un'ampia sintesi finale. Pur essendo frutto di molteplici mani, il testo risulta omogeneo, approfondito sul piano scientifico e assai documentato su quello bibliografico. In conclusione ci troviamo di fronte a un vero trattato di psicologia cognitivo comportamentale utile per chiunque sia interessato ad approfondire questa disciplina psicologica. La CBT, nel grande quadro della fenomenologia, non solo fornisce strumenti di intervento idonei a modificare i sintomi psicopatologici, ma ambisce a misurare gli effetti del trattamento, estendendo nel tempo le possibilità di cura e mettendo a fuoco gli elementi cognitivi rispetto a quelli più strutturali della patologia. Il testo, anche nelle parti più tecniche, mantiene sempre una scrittura curata e semplice che ne fanno una lettura utile per qualsiasi medico o psicologo.

Bruno Rimoldi



Innovazione per tradizione.

Innoviamo, per tradizione. Da sempre, puntiamo sulla ricerca e lo sviluppo di soluzioni terapeutiche all'avanguardia, capaci di migliorare la qualità della vita. Innoviamo, rimanendo saldamente radicati alla nostra tradizione. Una tradizione fatta di ricerca, ma anche di valori, gli stessi che, da oltre un secolo, guidano le azioni e le decisioni di tutti i dipendenti del nostro Gruppo Johnson & Johnson.



Medici e Farmindustria per la Trasparenza

Dal 30 giugno è entrato in vigore il "disclosure code", Codice di trasparenza dell'EFPIA (la Federazione europea delle Associazioni e delle Industrie farmaceutiche). Il Codice prevede che tutte le imprese del farmaco pubblichino i dati relativi ai rapporti intercorrenti con i medici e le loro organizzazioni, nonché con le società scientifiche. Recentemente c'è stata la presentazione a Roma dell'intesa tra la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e Farmindustria, alla presenza del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, nella sede del Ministero. Un passo avanti significativo verso la trasparenza delle informazioni sui farmaci. L'importanza di questa collaborazione tra FNOMCeO e

Farmindustria è stata sottolineata dal Presidente degli Industriali del farmaco Massimo Scaccabarozzi: "È una collaborazione bilaterale strategica per il contributo che i medici daranno allo sviluppo della ricerca. Questo è un importante passo in avanti, ma già da tempo erano trasparenti i nostri rapporti con la classe medica e con le società scientifiche". Scaccabarozzi ha precisato: "Nel percorso che ci ha portati qui oggi, abbiamo riscontrato che già il settanta per cento dei medici ha dato il proprio consenso. È un grande risultato, ma si può ottenere molto di più con una buona informazione". In rappresentanza della FNOMCeO, è intervenuto il responsabile dell'Area comunicazione Cosimo

Nume, che ha ribadito "la particolare importanza dell'intesa, che è un punto di arrivo. Da parte della FNOMCeO ci sarà il massimo contributo che proseguirà nel futuro e darà buoni risultati. Noi saremo soddisfatti - ha aggiunto Nume - quando raggiungeremo il cento per cento delle adesioni. D'altra parte, la FNOMCeO si impegnerà a convincere i medici a rispettare ciò che da anni è previsto nel nostro Codice di deontologia medica. Come anche continueremo nell'azione di coinvolgimento delle associazioni perché in questa vicenda ci sono tre attori protagonisti: le Aziende, i medici, i cittadini".

La FNOMCeO diffida CONSULCESI

A pochi giorni dall'annuncio clamoroso di Consulcesi, che citava dati della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, secondo i quali il 50% dei medici italiani era non in regola con l'obbligo di crediti previsti dall'Educazione Continua in Medicina (Ecm), è la stessa FNOMCeO a prendere però le distanze da quei numeri. Con una nota la Federazione diffida

Consulcesi dall'utilizzare in modo improprio immagini e dati che la coinvolgono. "È paradossale e profondamente scorretto - prosegue la nota - estrapolare parti di una video intervista e farla passare per un video messaggio rivolto ad un convegno a cui la Presidente Roberta Chersevani e il Segretario Luigi Conte non avevano aderito e dove non erano presenti". "La que-

stione è aggravata dall'utilizzo di figure istituzionali per finalità commerciali e di autopromozione. Estrapolare dati frammentari, senza tenere conto del contesto in cui questi dati sono stati presentati, crea disorientamento e disagio nei professionisti della salute ed induce errate percezioni e preoccupazioni nei cittadini", conclude la FNOMCeO.

CONCORSO FOTOGRAFICO

Sanità e Assistenza: Il mondo della sanità nei suoi aspetti assistenziali, umanitari e sociali

SCADENZA INVIO OPERE 15 SETTEMBRE 2016

La Società Medica di Santa Maria Nuova presenta IL 2° CONCORSO FOTOGRAFICO per immagini digitali o digitalizzate. La partecipazione è aperta a tutti. Ogni autore è, e rimane, proprietario di tutti i diritti delle immagini presentate. Le immagini devono pervenire in formato JPG delle dimensioni di pixel 2500 nel lato lungo, con risoluzione 300 dpi, indistintamente dal tema a cui si partecipa. Le opere partecipanti dovranno essere inviate esclusivamente attraverso caricamento sul sito internet dedicato al concorso all'indirizzo:

www.societamedicadisantamarianuova.it

seguendo le istruzioni riportate nel sito e compilando tutte le informazioni richieste nel form di partecipazione. In caso di compilazione parziale l'autore non sarà ammesso al concorso. Si raccomanda l'attenta compilazione di tutti i campi del form, compreso l'indirizzo di posta elettronica, il recapito cui inviare eventuale materiale o premi ed il telefono, per eventuali comunicazioni.

La quota di partecipazione, fino ad un massimo di 5 foto, è di € 15,00;

la quota può essere inviata a mezzo Paypal dal sito: www.societamedicadisantamarianuova.it

Le opere non accompagnate dalla quota di partecipazione non saranno giudicate.

I risultati, i verbali e tutte le opere vincitrici saranno inseriti nel sito web:

www.societamedicadisantamarianuova.it

GIURIA: Lucio Trizzino, Donatella Carmi Bartolozzi, Cristina Garzone

CALENDARIO: Apertura sito web per caricamento immagini: Venerdì 1 Luglio 2016

TERMINE PRESENTAZIONE OPERE: Giovedì 15 Settembre 2016

RIUNIONE GIURIA: Sabato 24 Settembre 2016

COMUNICAZIONE RISULTATI: Entro Domenica 2 Ottobre 2016

PREMIAZIONE E PROIEZIONE: Giovedì 6 Ottobre 2016 nel corso del Convegno

"GIORNATE MEDICHE DI SANTA MARIA NUOVA 2016"

Certificati non agonistici: gli sport esclusi

In attuazione alle disposizioni del Ministero della Salute, il CONI ha diramato una circolare alle Federazioni Sportive e agli Enti di promozione sportiva con la quale specifica gli sport per i quali non è necessario il certificato medico per l'attività non agonistica. Si tratta di alcune discipline sportive per le quali l'impegno fisico è ritenuto molto ridotto o assente, tanto da rendere superflua la certificazione medica: gli sport di tiro, il biliardo, le bocce (ad eccezione del volo di tiro veloce), il bowling, il bridge, la dama, gli scacchi, il golf, la

pesca di superficie, il curling, i giochi tradizionali. Per tutti questi sport, i praticanti non agonisti, anche se tesserati ad una società o associazione sportiva affiliata ad una Federazione sportiva o ad un Ente di promozione sportiva, non hanno obbligo di alcuna certificazione medica. Viceversa, per l'attività sportiva in tutte le altre discipline, per i praticanti non agonisti tesserati resta obbligatorio il certificato medico non agonistico che, come prescritto dal Decreto Ministeriale dell'8 agosto 2014, può essere rilasciato dai medici sportivi, dai medici di fami-

glia (limitatamente ai propri assistiti in carico) e dai medici della Federazione medico sportiva del CONI osservando le linee guida contenute nel decreto stesso. Infine il CONI affronta il caso dei soggetti che, pur essendo tesserati ad una società o associazione sportiva affiliata ad una Federazione sportiva o ad un Ente di promozione sportiva, di fatto non praticano alcuna attività. Ebbene per costoro non è necessario alcun certificato medico, ma all'atto del tesseramento deve essere chiaro che si tratta di soggetto non praticante.

Rilevamento dei consumi alimentari nazionali

Il Ministero della Salute, il Centro di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione del CREA e l'Istituto Superiore di Sanità hanno presentato il percorso formativo sul tema: "Rilevamento dei consumi alimentari nazionali con metodiche armonizzate secondo le linee guida dell'European Food Safety Authority (EFSA): aspetti teorici e pratici, attività sul campo e significato in sanità pubblica". L'obiettivo del progetto è la costituzione di una base di dati quantitativa dei consumi alimentari individuali degli italiani finalizzata alla valutazione della qualità della dieta nei suoi diversi aspetti. Il corso è rivolto

prioritariamente al personale del SSN, ai medici di Medicina Generale, agli specialisti Pediatri e in Scienza dell'Alimentazione, per un massimo di 500 partecipanti. Il corso prevede due step formativi: il primo in modalità e-learning riguarderà la rilevazione dei consumi in età pediatrica e sarà attivo dal 15 settembre al 15 dicembre 2016 con un impegno di 24 ore e il riconoscimento di 36 crediti ECM. L'iscrizione è aperta dal 1° al 15 luglio 2016 sul sito www.eduiss.it. Il secondo step formativo, frequentabile solo da chi avrà svolto il primo step, sarà in modalità residenziale e sul campo e si svolgerà

nel periodo febbraio/marzo 2017 per la durata di una giornata in sedi itineranti e sempre con accreditamento ECM. L'iniziativa formativa è a titolo gratuito e coloro che completeranno il percorso otterranno, oltre ai crediti ECM, di essere inseriti in una banca dati nazionale di personale qualificato nella rilevazione dei consumi alimentari, di comparire nelle pubblicazioni scientifiche nazionali ed internazionali relative alla rilevazione e di poter utilizzare il software "FoodSoft" abitualmente utilizzato nella rilevazione dei consumi e nell'analisi nutrizionale degli stessi.

Requisiti studi odontoiatrici

Lo scorso 9 giugno la Conferenza Stato-Regioni ha approvato il documento sui requisiti minimi degli studi odontoiatrici. Un documento nato per cercare di armonizzare su tutto il territorio italiano le norme regionali, oggi a "macchia di leopardo", sui requisiti minimi di qualità e sicurezza per l'autorizzazione all'idoneità strutturale, tecnologica ed organizzativa degli studi,

nonché all'apertura e all'esercizio delle strutture dove vengono erogate prestazioni odontostomatologiche. Ma se da un lato la finalità era ampiamente condivisa, nel merito del documento si sono fatte sentire forti posizioni contrarie. L'ANDI, infatti, mette sotto accusa la non considerazione degli studi esistenti, in particolare di quelli allocati in immobili che non hanno i requisiti imposti

dalle nuove regole, la stesura di alcune procedure necessarie che risulterebbero inapplicabili, così come la scelta di classificare le strutture sulla base del numero di riuniti e del personale operante e non sulle terapie odontoiatriche praticate o sulla personalità giuridica di chi richiede l'autorizzazione. La questione, quindi, è ancora aperta e sarà necessario seguirne gli sviluppi.

Vaccini ed autismo: bocciata dalla cassazione la richiesta di risarcimento

La madre di un ragazzo affetto da autismo e sua amministratrice di sostegno aveva chiesto un risarcimento danni sostenendo la sussistenza del nesso causale tra la comparsa della malattia e la vaccinazione con-

tro morbillo, rosolia e parotite alla quale il figlio era stato in precedenza sottoposto. La richiesta è stata respinta durante i primi due livelli di giudizio ed ora la vicenda arriva definitivamente alla conclusione con il

deposito da parte della Sezione Lavoro della Cassazione della sentenza 12427/2016, che sostanzialmente conferma l'impostazione seguita dai magistrati del Tribunale e della Corte di Appello.

Nuove Linee Guida CDC sugli oppioidi nel dolore cronico: "Adelante, Pedro, con juicio"...

A cura di:

Luigi Santoiemma – MMG Modugno (BA), Commissione Appropriata Prescrittiva Regione Puglia

Lora Accettura – Corso di Formazione Specifica MG, Bari

Saffi Giustini – MMG Montale (PT), Commissione Terapeutica Regione Toscana

Da VobisNewSMagazinE Anno VI - Giugno 2016

LE 12 RACCOMANDAZIONI SU: Inizio e prosecuzione della terapia oppioide

- 1) Per il trattamento del dolore cronico vengono preferite la terapia non farmacologica e quella non basata sugli oppioidi. **I medici dovrebbero considerare l'uso degli oppioidi solo se prevedono che i benefici attesi su dolore e limitazione funzionale siano maggiori dei rischi e, comunque, andrebbero associate, se necessarie, la terapia non farmacologica e quella farmacologica non oppioide.**
- 2) Prima di avviare la terapia con oppioidi per il dolore cronico, i medici devono stabilire gli obiettivi terapeutici con i pazienti e considerare l'interruzione della terapia se i benefici non superano i rischi. **Il trattamento con oppioidi deve essere continuato solo se si osserva un miglioramento clinicamente significativo del dolore e dello stato funzionale.**
- 3) Prima di iniziare e periodicamente durante il trattamento, **i medici devono discutere con i pazienti su rischi noti e benefici reali degli oppioidi e stabilire i compiti del medico e del paziente nella gestione della terapia.**
- 4) **All'inizio del trattamento, i medici dovrebbero prescrivere oppioidi a rilascio immediato piuttosto che oppioidi a lento rilascio/lunga durata.**
- 5) Quando è avviato il trattamento, **va prescritto il più basso dosaggio efficace. I medici devono scegliere con cautela il dosaggio dell'oppioide, esaminare attentamente rischi e benefici quando prevedono un aumento del dosaggio ≥ 50 mg equivalenti di morfina (MME) al giorno ed evitare o motivare scrupolosamente incrementi ≥ 90 MME al giorno.**
- 6) Spesso per un dolore acuto viene avviato un trattamento a lungo termine con oppioidi. **In caso di dolore acuto, abbastanza severo da richiederne l'utilizzo, deve essere prescritta la minima dose efficace di oppioidi a rilascio immediato e in quantità non superiore a quella necessaria per la durata attesa del dolore.** Spesso sono sufficienti 3 o meno giorni di terapia e raramente più di 7 giorni.
- 7) **Entro 1-4 settimane dall'inizio o dall'aumento del dosaggio degli oppioidi per il dolore cronico e ogni 3 mesi o più frequentemente durante il trattamento, i medici con i pazienti devono valutare benefici ed eventuali danni.** Se i benefici non superano gli effetti collaterali, vanno ottimizzate altre terapie e si rende necessario scalare per ridurre il dosaggio o sospendere il trattamento.
- 8) Prima di iniziare e periodicamente durante la terapia, **i medici devono valutare i fattori di rischio per lo sviluppo di danni da oppioidi e prevedere strategie per minimizzare i rischi, compresa la prescrizione di naloxone quando ci siano condizioni che incrementino la possibilità di overdose**, come una storia di overdose o di disordine da uso della sostanza, una terapia con dosaggi elevati di oppioidi (≥ 50 MME al giorno), uso concomitante di benzodiazepine.
- 9) All'inizio della terapia con oppioidi per un dolore cronico e periodicamente durante il trattamento, ad ogni nuova prescrizione o al massimo ogni 3 mesi, **il medico deve controllare se il paziente sta assumendo un dosaggio di oppioidi o una combinazione di farmaci che possano aumentare il rischio di overdose**, utilizzando la cartella clinica informatizzata.
- 10) **I medici devono richiedere un esame urine per la ricerca di oppioidi prima di cominciare la terapia e poi almeno annualmente per valutare i farmaci prescritti e altre sostanze illecite.**
- 11) **I medici dovrebbero evitare, quando possibile, di prescrivere contemporaneamente oppioidi per il dolore e benzodiazepine.**
- 12) **I medici dovrebbero offrire o programmare interventi basati su prove di efficacia per pazienti con disordine da uso di oppioidi** (solitamente trattamenti farmaco-assistiti con buprenorfina o metadone e terapia comportamentale).



Manfredo Fanfani

IMPIANTI E REIMPIANTI



Un sogno prediletto
dell'uomo
vissuto nell'immaginario
degli artisti

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

Articolo in pubblicazione prossimamente nella rivista

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