

Toscana Medica è diventata digitale!
Per ricevere il link registrarsi:
www.ordine-medici-fiorenze.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



La pretesa sconfitta delle malattie infettive e l'antibiotico-resistenza

E. Alti, A. Bartoloni, L. Galli, A.R. De Gaudio,
F. Menichetti, M. Scatizzi, A. Vannucci

Antibiotico-resistenza: la situazione attuale in Italia e Toscana

S. Forni, V. Molese, G. Paggi, S. D'Arienzo

La medicina di emergenza-urgenza in Toscana

Stefano Grifoni

I servizi informatici a supporto della cura: le app medicali

Erasmus Bitetti

N° 8 SETTEMBRE 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
Al bois de Boulange,
Giuseppe De Nittis.

Anno XXXIV n. 8 - Settembre 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: toscanaмедica@ordine-medici-firenze.it



Simone Pancani

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

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



Antonella Barresi

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



LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4** Mostra al Centro Matteucci: una perla sul Tirreno
F. Napoli

EDITORIALE

- 5** Benzina senza motore
A. Panti

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- 6** Un problema mondiale: la pretesa sconfitta delle malattie infettive e l'antibiotico-resistenza
E. Alti, A. Bartoloni, L. Galli, A. R. De Gaudio, F. Menichetti, M. Scatizzi, A. Vannucci
- 13** La resistenza agli antibiotici
A. Panti

QUALITA' E PROFESSIONE

- 14** Vaccini preventivi per le infezioni da HPV
C. Martinelli, P. Corsi, A. Carocci
- 16** Un successo scientifico e una questione sociale: il Social Freezing
M. Cozzolino
- 18** Antibiotico-resistenza: la situazione attuale in Italia e Toscana
S. Forni, e coll.
- 20** Disturbi da dipendenza e correlati all'uso di sostanze: l'approccio della medicina generale
F. Fabiani Tropeano e coll.
- 27** I servizi informativi a supporto della cura: le app mediche
E. Bitetti
- 31** Un vanto della cultura toscana: la medicina di emergenza-urgenza. Un ricordo di Giancarlo Berni
S. Grifoni

REGIONE TOSCANA

- 23** La Farmacovigilanza in Toscana: mantenimento di un sistema efficiente
T. Corona

MEDICINA LEGALE

- 34** Gestione diretta dei sinistri in Regione Toscana. Il punto di vista dei medici legali
M. Martelloni, G. Terranova

POLITICHE PER L'EQUO ACCESSO ALLA SALUTE

- 36** Global Nutrition Report 2016: una guida per l'azione
D. Dionisio

SANITA' NEL MONDO

- 38** Gambero Italia
G. Maciocco

40 STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

17, 46 CORSI E CONVEGNI

44 VITA DELL'ORDINE

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- ◆ Inviare gli articoli a: toscanaмедica@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.

FEDERICO NAPOLI

Mostra al Centro Matteucci: una perla sul Tirreno

Vista la località che la ospita, possiamo considerare una *perla sul Tirreno* la mostra "Il tempo di Signorini e De Nittis. L'Ottocento aperto al mondo nelle collezioni Borgiotti e Pineni", presentata presso le sale del Centro Matteucci per l'Arte Moderna, a Viareggio.

L'esposizione nasce dal raffronto fra due accurate selezioni di opere provenienti da altrettante collezioni private: quella di Enrico Pineni (ora divenuta Fondazione) e quella di Mario Borgiotti. Milanese l'uno, livornese l'altro, nell'arco della loro vita hanno amato raccogliere opere del secondo Ottocento italiano e questo in anni in cui verso tale periodo artistico c'era poca sensibilità ed interesse. Così, oggi, stimolata da un progetto di Giuliano Matteucci, grazie alla cura selezionatrice di Claudia Fulgheri e di Camilla Testi, è possibile godere dell'attuale mostra, che vanta anche la collaborazione della Amministrazione comunale di Viareggio.

Nella seconda metà dell'Ottocento in pochi decenni cambia la realtà dell'Italia: un'unità solo parzialmente raggiunta, le deluse speranze patriottiche e sociali, l'acceso dibattito su di un'arte nazionale. Per la Toscana, il passaggio da un piccolo funzionale stato ad una regione tra le altre: una marginalizzazione. Parimente, l'arte della nuova Italia passa dalla rivoluzione (tecnica, prospettiva, luminosa, contenutistica) della *macchia* - per altro preceduta, quanto meno, da precedenti esperienze meridionali -, ad un'arte borghese celebrativa, tradizionale. Chi, invece, in quegli anni va a Parigi si trova catapultato in una dinamica società moderna.

Nella mostra di Viareggio, dalla collezione Borgiotti, collezionista attento alla tradizione toscana, ma anche studioso e critico del mondo macchiaiolo, provengono quattro opere di Giovanni Fattori, comprese tra il 1859 e il 1890, dove affiora l'attenta composizione architettonica delle opere - ciò appare anche in un quadro di Raffaello Sernesi - e l'interesse per gli effetti luministici. Straordinario in tal senso "Portico di villa toscana" di Serafino De Tivoli, costruito tramite decise ombre, al limite aspro.

Telemaco Signorini, Abbati, Cecioni accompagnano questa parte della mostra con opere che indicano come preponderante in tali autori sia l'interesse per il verismo, il quotidiano, l'umile, il sociale, l'antiaccademico. Il quadro in ordine cronologico più recente esposto dalla collezione Borgiotti è "Stampa giapponese" (1927) di Oscar Ghiglia: eleganza borghese, nitore quasi metafisico, concessione alla moda orientalizzante, l'opera indica dove e come finisca l'avventura dei macchiaioli e successivi epigoni - compresa la piacevole imitazione fattane dal Gruppo labronico -.

Dalla *Toscanina*, ambiente culturale nel quale si consuma la rivoluzione tecnica compositiva e contenutistica della *macchia*, ma che subisce un drastico ridimensionamento già ai tempi di Firenze capitale, escono *les italiens de Paris* (ante litteram), cioè Giuseppe De Nittis, Federico Zandomenoghi, Giovanni Boldini, specifiche passioni di Enrico Pineni. Essi trovano in terra parigina la cifra del loro successo non inferiore a molti altri interpreti del gruppo impressionista, narrando della società contemporanea abitudini, gusto della mondanità, comportamenti, interessi, con

qualche inevitabile studiata provocazione (Boldini). Attraverso gli autori toscani collezionati da Borgiotti e quelli più francesizzanti provenienti dalla Fondazione Pineni è possibile avvertire un passaggio di interesse, un mutamento del protagonista sociale nella seconda metà dell'Ottocento. Infatti, l'opera più tarda qui esposta è "La signora Maria Caputo Sommaruga" di Ulisse Caputo (1906-7): siamo di fronte ad un quadro che pure con l'accennato cromatismo e la scioltezza della pennellata rivela come la società ai primi del Novecento persegua e ricerchi il conforto della corretta tecnica, invece di un destabilizzante contenuto.

La mostra ci indica come in pochi decenni alla fine del XIX secolo il panorama artistico nazionale cambi decisamente, passando dal sapore "rivoluzionario" e in questo senso risorgimentale di Fattori, Lega e amici, ad una pittura che vuole essere più genericamente rassicurante. Quindi, adatta ad una Nazione che deve avere la sua arte ufficiale.

Stimoli, idee, documenti pittorici anche inediti, comunque sempre di alta qualità, considerazioni: aspetti che questa *perla* di mostra propone ai visitatori e a chi voglia cercare di capire come eravamo (e come siamo diventati).

Il tempo di Signorini e De Nittis L'Ottocento aperto al mondo nelle collezioni Borgiotti e Pineni

Viareggio, Centro Matteucci per l'Arte Moderna
Fino al 26 febbraio 2017

orari diversi a secondo della stagione (lunedì chiuso)



Omaggio
a Toulouse,
Federico
Zandomenoghi.

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



ANTONIO PANTI

Benzina senza motore

Ogni volta che i medici si incontrano o comunque parlano di se stessi e della loro professione si lamentano e i massa media e la società fanno coro. Troppi cambiamenti, troppa burocrazia, pazienti troppo esigenti, politici incompetenti, amministratori miopi, magistrati ostili, la medicina procede troppo rapidamente e la sanità che vorremmo si allontana sempre di più. C'è molto di vero in questo. Siamo nati e cresciuti nel dogma di un avvenire migliore del presente e ora, in quest'epoca di caotiche trasformazioni, è come se avessimo paura del futuro. Tutte le incredibili invenzioni della tecnica, le scoperte della scienza, l'ingrandirsi continuo dei servizi medici che seduce le élite, professionali, evocano anche il timore di perdere posizioni sociali, di scendere nella scala del benessere, portano a superficie la difficoltà di stare al passo, e finiscono col sostituire la diffidenza, il disagio, la paura alla speranza. Quindi un agitarsi e un protestare dei medici cui tuttavia non seguono azioni coerenti, non si intravede una via d'uscita, non si sente una parola d'ordine nella categoria. Come benzina che scorre, che ha voglia di infiammarsi, cui manca il motore, non c'è un'idea di medico per il duemila.

Sono entrato per la prima volta a Santa Maria Nuova nel novembre 1955. Al di là dei ricordi giovanili, fatalmente idealizzati, il mondo era alquanto peggiore, la sanità più misera, la medicina era dotata di strumenti primitivi rispetto a quelli odierni. E intanto il progresso delle conoscenze e delle tecnologie non si arresta, anzi si esalta. Però le differenze non sono solo queste. Da un lato è innegabile l'eccessivo peso di un'amministrazione che rende difficile l'agire quotidiano dei medici, dall'altro un sentirsi sempre sotto pressione, quasi incompresi. Tutto deve esser fatto di gran fretta e bene e questo non è quasi mai possibile. In effetti l'autonomia del medico si è assai ristretta. Nell'epoca dei maggiori successi della medicina l'attore principale di questi, il medico, si sente insoddisfatto del proprio lavoro, incerto sul futuro professionale, quasi alla ricerca di un'identità perduta.

Il rischio allora è di rifugiarsi nel ricordo di un passato che non è mai esistito, come se la medicina degli anni Cinquanta del secolo scor-

so, quando ho cominciato a studiare, fosse migliore di quella di oggi. E così, nei medici e nella gente, torna la nostalgica rimembranza del vecchio condotto col calesse, del medico amico che si permetteva lunghe visite a casa col bicchierino di rosolio, dell'infermiera devota, del tressette col farmacista. Una sorta di utopia del passato; quando il domani non si annuncia migliore privilegiamo fantasticare sopra un ieri rassicurante. Di fronte a un domani angosciante ci inventiamo un passato migliore.

Il futuro non è un posto nel quale ci si reca in gita; è il frutto della vita presente costruita sulle radici del passato comune e cresce nella realtà che ci è data. Tuttavia mai come ora i governanti che dovrebbero disegnare l'avvenire per i governati sono propensi a venir meno alle promesse. Il rapporto tra potere e cittadini si è incrinato. Tutti, governanti e cittadini, sembrano aver perso il controllo sulla globalizzazione del mondo che procede con regole sue che molti criticano ma nessuno riesce a cambiare. È più facile allora rivolgersi alla parte ancestrale di ciascuno e capita che ottengano più successo quelli che in campo sindacale o ordinistico evocano impossibili ritorni a un medico che forse non è neppure mai esistito invece che affrontare razionalmente la realtà dei fatti. Il medico si deve posizionare come l'attore indispensabile del processo di assistenza, il leader naturale del percorso di cura. Il che, nonostante difficoltà o ostilità, è possibile anzi facile. Basta sapere la medicina e riuscire a ascoltare il malato. Certamente bisogna adeguare qualche comportamento, ad esempio rendersi conto per rendere conto di quel che si fa. O pensare come rivalidare la laurea o abituarsi a dire la nostra su questioni nodali per la società quali il prezzo dei farmaci o che fare nel fine vita.

Ma recriminare è la soluzione peggiore. Per fortuna i giovani non lo possono fare perché conoscono solo il loro tempo e non hanno ricordi. Ma sanno ragionare sul loro futuro? I vecchi sanno solo parlare del passato, i giovani non lo conoscono. Eppure si potrebbe tenere tutto in una sorta di passaggio di valori. Ancora utopia?

TM

E. ALTI, A. BARTOLONI, L. GALLI, A.R. DE GAUDIO,
F. MENICCHETTI, M. SCATIZZI, A. VANNUCCI

Un problema mondiale: la pretesa sconfitta delle malattie infettive e l'antibiotico-resistenza

TOSCANA MEDICA - *Quale è la dimensione complessiva del fenomeno dell'antibiotico-resistenza, costi diretti ed indiretti, impatto sulle scelte di cura, modifiche eventuali dei nostri atteggiamenti nei confronti delle malattie infettive, importanza a livello ospedaliero e territoriale ecc.?*

MENICCHETTI - Si tratta di un fenomeno di assoluto rilievo, in particolare a livello ospedaliero dove sempre più spesso ci troviamo di fronte ad infezioni causate da germi multi- o addirittura panresistenti che in molti casi vanno a colpire soggetti già deboli come ad esempio i pazienti chirurgici o quelli in trattamento chemioterapico. Un esempio è rappresentato dagli enterobatteri resistenti ai carbapenemici, responsabili di gravissime setticemie e polmoniti spesso mortali. Per fronteggiare tali infezioni oggi disponiamo soltanto di "vecchie" molecole come colistina, tigeciclina, fosfomicina e gentamicina mentre attendiamo con impazienza la commercializzazione di nuovi antibiotici.

BARTOLONI - In Italia circa il 5% dei pazienti ricoverati in ospedale contrae un'infezione durante la degenza. A causa di queste infezioni associate alle pratiche assistenziali si verificano 5.000-7.000 decessi ogni anno, con costi che si aggirano intorno ai 100 milioni di Euro annui. Penso che solo questi dati possano fare capire al meglio la drammaticità del fenomeno dell'antibiotico-resistenza.

VANNUCCI - Io vorrei affrontare il problema dal punto di vista della popolazione, in sostanza cioè della Sanità Pubblica. Generalmente si tende a considerare l'antibiotico-resistenza un fenomeno essenzialmente ospedaliero, dimenticando invece che i suoi orizzonti sono molto più ampi ed interessano un gran numero di professionisti della salute tra i quali anche, ad esempio, i veterinari ed i pediatri, entrambi per lo più grandi prescrittori di antibiotici.

Questo significa che la lotta al suo contrasto necessita inevitabilmente di una politica condivisa e concertata a più livelli. Si tratta di un problema molto grave, in preoccupante aumento come dimostrano anche i dati ottenuti dagli studi condotti dall'Agenzia Regionale di Sanità insieme a vari soggetti quali istituzioni regionali, ospedali, laboratori di microbiologia eccetera. Purtroppo in alcuni casi i risultati toscani ottenuti sono anche peggiori di quelli nazionali ed abbiamo così osservato, ad esempio, casi di Klebsiella resistenti alle cefalosporine di terza generazione o di Escherichia Coli insensibili ai fluorochinoloni. Tra l'altro abbiamo evidenziato in Toscana un consumo molto più alto rispetto alla media nazionale e difficilmente spiegabile proprio di chinoloni rispetto ad altre classi di antibiotici, oltre che una significativa variabilità di prescrizione terapeutica tra ospedali diversi della nostra Regione. Possiamo però affermare che il nostro consumo di antibiotici in ospedale appare ancora inferiore rispetto ai valori europei.

DE GAUDIO - Come tutti sappiamo le Rianimazioni sono Reparti in cui il rischio di infezione è più alto e questo dipende da diversi motivi. Il più importante è rappresentato dal fatto che, ad oggi, circa il 60% dei nostri pazienti sono di età superiore ai 65 anni, mentre il 7% supera gli 85. La mortalità si aggira sul 20% ed i germi maggiormente coinvolti sono prevalentemente Gram negativi, seguiti dai Gram positivi e dai Funghi. Questi pazienti anziani sono sempre più frequentemente sottoposti ad interventi chirurgici di elevata complessità, che favoriscono, in maniera significativa, la depressione della risposta immunitaria e li espongono al rischio infezione.

TOSCANA MEDICA - *Nello specifico della vostra attività lavorativa quanto ritenete importante il fenomeno dell'antibiotico-resistenza?*



Elisabetta Altì, medico di medicina generale a Firenze, Responsabile di AFT.



Alessandro Bartoloni, Direttore SOD Malattie Infettive e Tropicali, AOU Careggi, Firenze.



Luisa Galli, Direttore SOD Malattie Infettive, AOU Meyer, Firenze.



Angelo Raffaele De Gaudio, Ordinario di Anestesia e Rianimazione, Università degli Studi di Firenze.



Francesco Menichetti, Professore Straordinario di Malattie Infettive, Università di Pisa, Direttore UOC Malattie Infettive, AOUP.



Marco Scatizzi, Direttore della Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale ed oncologica, Ospedale di Prato.



Andrea Vannucci, Coordinatore Osservatorio Qualità ed Equità della Agenzia Regionale di Sanità della Toscana.

SCATIZZI - La mia esperienza di chirurgo generale è assolutamente condivisibile con quella dei colleghi rianimatori nel senso che molto spesso dobbiamo gestire insieme pazienti di questo tipo in scadentissime condizioni generali. È quanto capita ad esempio in caso di sepsi addominali dovute a deiscenze anastomotiche o perforazioni intestinali che hanno richiesto pesanti procedure chirurgiche e che nel post operatorio si sono dimostrate del tutto insensibili a qualsiasi terapia anti infettiva. In queste situazioni il chirurgo oggi sempre più spesso si vede costretto ad aumentare la propria "aggressività", a riportare più e più volte il paziente in sala operatoria per bonificare il focolaio infettivo, ad impiantare una terapia topica a pressione negativa, cercando in ogni maniera di favorire al massimo la diffusione dell'antibiotico all'interno dell'organismo, il tutto con risultati però talvolta assolutamente scoraggianti.

Oggi la Chirurgia non si ferma praticamente davanti a niente ed anche i grandi anziani con la loro fragilità e le loro polipatologie diventano sempre più spesso nostri pazienti, con tutto quello che ne consegue in termini di possibili complicanze infettive durante tutto il percorso chirurgico.

ALTI - Per quanto riguarda il territorio ci sono due aspetti che vorrei sottolineare. Il primo è legato alla questione delle resistenze alla terapia, situazione che a livello di medicina generale sta diventando sempre più evidente, come dimostrano le preoccupanti infezioni delle vie urinarie resistenti praticamente a tutto come quelle da *Escherichia Coli* contro le quali non sappiamo più cosa impiegare. Il secondo è la tendenza ad una diminuzione nell'impiego degli antibiotici a livello territoriale (meno 6.6%), con penicillina, macrolidi e fluorochinoloni saldamente ai primi posti.

Tradotto in cifre, nella mia AFT fiorentina che conta circa 27.000 assistiti, si vede che nel 2015 noi abbiamo speso ad esempio 56.000 Euro per l'associazione amoxicillina - acido clavulanico localizzata al 12mo posto nella lista dei primi sessanta farmaci maggiormente prescritti. In 29esima posizione abbiamo la rifampicina, in 53esima la levofloxacina ed a oltre metà graduatoria il ceftriaxone, con una percentuale del 18% di antibiotici per via parenterale rispetto alla totalità di quelli utilizzati in linea con quella indicata come obiettivo regionale.

Purtroppo lo stesso non può dirsi per quanto riguarda la prescrizione di fluorochinoloni, che sono oltre la percentuale indicata come

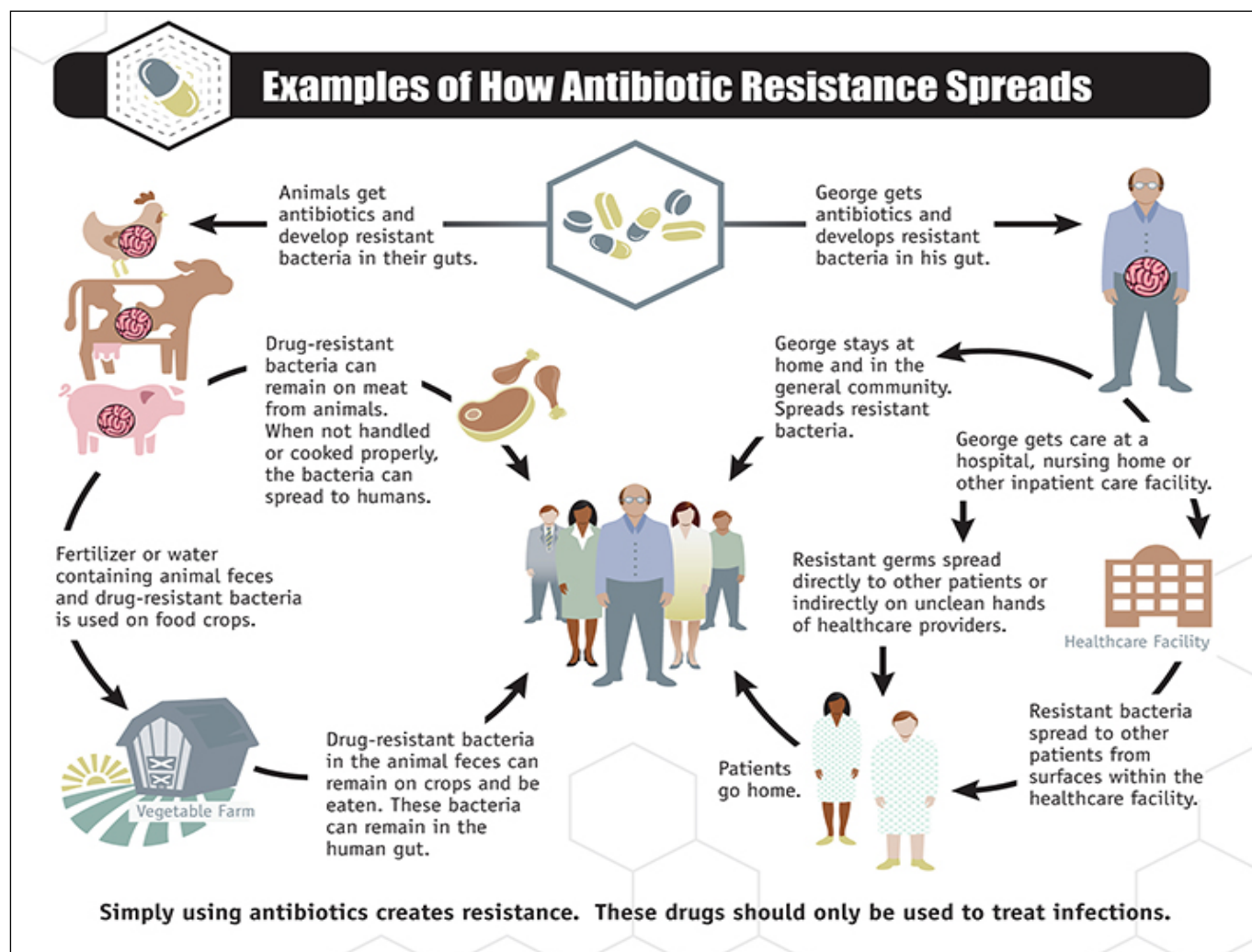
obiettivo regionale. Non abbiamo macrolidi tra i primi sessanta principi

Concludo ricordando la necessità assoluta per il territorio di disporre di dati costantemente aggiornati ed attendibili sulla prescrizione farmaceutica e sulle resistenze locali, per permettere agli operatori di valutare con esattezza la valenza dei propri comportamenti prescrittivi e di attuare le modifiche eventualmente ritenute necessarie.

GALLI - In ambito pediatrico le antibiotiche resistenze incidono molto sia a livello territoriale che ospedaliero. Nel primo caso bisogna riconoscere che in passato è stato fatto abuso e maluso degli antibiotici e che ancora oggi i pediatri sono dei grossi prescrittori di queste molecole, soprattutto a pazienti nelle prime età della vita. Sul territorio uno dei problemi più gravi è rappresentato dalla resistenza dello *Pneumococco* ai macrolidi, proprio a causa dell'uso eccessivo che ne è stato fatto in passato, aggravato dalla resistenza del batterio alla penicillina. Peraltro, l'amoxicillina rimane ancora oggi farmaco di prima scelta nelle polmoniti pneumococciche, se prescritto a dosi adeguate.

A livello ospedaliero i dati sono forse anche più sconcertanti, come anche posso ricavare dalla mia esperienza di responsabile del Comitato per le Infezioni ospedaliere del "Meyer". In linea di massima possiamo dire che ad oggi abbiamo un 40% di *Pseudomonas aeruginosa* multiresistenti, tra le Enterobacteriaceae circa il 10% appare resistente ai carbapenemi e ben il 40% degli *Stafilococchi* presenta meticillino-resistenza. Nel caso di quest'ultimo batterio un fenomeno sta oggi assumendo particolare gravità in ambito pediatrico, vale a dire l'infezione da *Stafilococco* meticillinosistente di comunità che, proveniente dagli Stati Uniti e dall'America Latina si sta adesso diffondendo anche alle nostre latitudini. Si tratta di un fenomeno molto complesso nel quale non sono implicati soltanto gli abusi terapeutici ma anche altri fattori come ad esempio specifiche mutazioni genetiche dei microorganismi coinvolti.

Un altro aspetto peculiare in ambito pediatrico e che consegue al fenomeno delle multiresistenze è la necessità di ricorrere, per il trattamento di infezioni da microrganismi multiresistenti, a molecole antibiotiche impiegate in modalità "off label" con tutto quello che ne può conseguire in termini di alterata farmacocinetica e farmacodinamica nonché di possibile comparsa di eventi avversi anche di notevole gravità.



TOSCANA MEDICA - Alla luce di quanto detto dal medico di famiglia e dal pediatra, quale è la valutazione degli specialisti infettivologi?

MENICCHETTI - Tra le cause dello sviluppo di resistenza agli antibiotici la più importante è rappresentata dalla pressione selettiva correlata al loro abuso prescrittivo. Spesso l'appropriatezza delle scelte terapeutiche è discutibile e le stesse problematiche che si osservano in ospedale si riscontrano anche a livello territoriale dove si registra un consumo di antibiotici nettamente superiore a quello che si verifica in ospedale.

Nella realtà ospedaliera pisana cerchiamo di governare il fenomeno con la cosiddetta "stewardship antimicrobica" o prescrizione assistita. In pratica insieme ai colleghi che lavorano negli altri reparti concordiamo una lista di molecole antinfettive che viene sottoposta a delle restrizioni di impiego, discusse, condivise ed accettate da tutti. La gestione di questi farmaci è affidata agli infettivologi che hanno la "responsabilità" di autorizzare gli altri colleghi a prescriberli e che garantiscono un servizio di

consulenza attivo sulle 24 ore.

Questo modello organizzativo, che ovviamente richiede una grande comunione di intenti tra tutti i professionisti interessati, funziona abbastanza bene in ospedale che, per quanto grande ed articolato, è pur sempre una comunità relativamente ristretta. La sua applicazione alla realtà extra-ospedaliera mi sembra onestamente non impossibile ma certamente più ardua.

ALTI - Sono d'accordo con il dottor Menichetti ed anche io credo che la condivisione di linee - guida e protocolli debba essere favorita al massimo anche a livello territoriale. Noi abbiamo assoluto bisogno di dati ed informazioni (ed in questo grande aiuto lo possono fornire infettivologi e microbiologi) per impostare il più correttamente possibile la terapia delle infezioni che più spesso ci troviamo ad affrontare, quali quelle delle alte e basse vie respiratorie e delle vie genito-urinarie. La nuova organizzazione della medicina generale fornisce oggi gli strumenti per costruire percorsi condivisi e validati.

Un altro aspetto a mio parere di fondamentale importanza è poi l'educazione sanitaria dei pazienti. Oggi nessuno vuole più aspettare il decorso naturale di condizioni come il raffreddore o la bronchite ed immediatamente tutti, in particolare i genitori di pazienti pediatriche, richiedono l'antibiotico, in questo purtroppo assecondati da alcuni medici che finiscono così per potenziare sempre di più il deleterio effetto della cosiddetta "prescrizione indotta".

DE GAUDIO - Il problema della scarsa appropriatezza terapeutica in campo infettivologico, i rianimatori lo vivono quotidianamente quando si trovano a dovere gestire malati provenienti dal territorio affetti, per esempio, da insufficienza respiratoria acuta in corso di broncopneumonia da *Stafilococco* meticillina resistente, acquisito in comunità. Questa condizione clinica fino a 10 anni fa era molto rara e la meticillina resistenza veniva attribuita ad uno stato infettivo contratto ed aggravatosi esclusivamente in ospedale. Lo stesso discorso può essere fatto anche per la *Klebsiella pneumoniae*, germe divenuto multiresistente e causa di gravi complicanze in moltissime Terapie Intensive.

VANNUCCI - La scarsa appropriatezza prescrittiva in campo infettivologico nel nostro Paese si associa anche ad un panorama di molecole disponibili sostanzialmente immutato ormai da tanti anni, che solo in questo ultimo periodo sta dimostrando qualche interessante novità.

Dal punto di vista della farmacoeconomia è poi interessante notare che, nonostante il costo degli agenti antiinfettivi risulti ancora oggi piuttosto elevato, la pressione dei controlli e gli inviti alla correttezza delle prescrizioni da parte delle Autorità di controllo, vanno sostanzialmente ad indirizzarsi verso altre classi di farmaci.

Una buona notizia a mio parere in questo campo è rappresentata dalla presenza di un vero e proprio Piano nazionale di prevenzione per il periodo 2014 - 2018 basato su quattro punti principali: miglioramento dei meccanismi di sorveglianza delle patologie infettive, monitoraggio del consumo degli antibiotici (attività che per la prima volta rientra a pieno titolo nel sistema dei LEA), organizzazione tramite manifestazioni di consenso di appositi protocolli di *stewardship* antibiotica, potenziamento delle attività di formazione nel campo della patologia infettiva e delle sue terapie. I primi risultati positivi di questo impegno iniziano a farsi vedere proprio in questi mesi.

BARTOLONI - Anche a mio parere la "*stewardship antimicrobica*", nella cui organizzazione includerei anche il farmacista ed il farmacologo, appare di fondamentale importanza, in primo luogo nell'interesse del paziente e anche

per questioni di carattere puramente economico. Nel caso di un'infezione da germi multiresistenti se non viene somministrato precocemente il farmaco appropriato è evidente che le conseguenze possano essere potenzialmente fatali per il paziente. Inoltre deve essere considerato il costo derivato da trattamenti inutili, procedure diagnostiche strumentali e microbiologiche, e allungamento della degenza. Comunque nell'ottica di limitare al massimo la diffusione delle resistenze, un campo sul quale a mio parere è necessario garantire un grande sforzo è quello del controllo delle infezioni, sia in ospedale che sul territorio. Certamente operare in questo senso rappresenta un dovere etico per il personale sanitario a livello territoriale, inoltre, bisogna che i medici svolgano una corretta educazione sanitaria a pazienti e familiari per aumentare le conoscenze sui rischi di trasmissione di infezioni e indirizzare i comportamenti verso il contenimento del problema.

TOSCANA MEDICA - *Ma gli antibiotici quanto incidono sul consumo totale di tutti i farmaci?*

BARTOLONI - Uno studio condotto nel 2012 su 43 ospedali della Toscana ha descritto una prevalenza di utilizzo di antibiotici pari al 47%, con il maggior utilizzo registrato nei reparti di Terapia Intensiva, Geriatria e Chirurgia.

MENICHETTI - A Pisa la terapia anti infettiva grava più o meno per il 25% sulla spesa farmaceutica complessiva, percentuale equamente divisa tra i farmaci antiretrovirali e farmaci antibatterici ed anti fungini, attestandosi circa sui 7-8 milioni di Euro all'anno.

GALLI - In campo pediatrico i dati dei quali disponiamo provengono per lo più da un grosso progetto europeo (al quale il "Meyer" partecipa) denominato ARPEC, cioè *Antibiotic Resistance and Prescribing in European Children*, che mira a valutare sia l'antibioticoresistenza che le prescrizioni di farmaci antiinfettivi in ospedale e sul territorio in molti Paesi europei. I risultati di questo studio evidenziano che in Italia l'84% dei bambini sotto i due anni di vita, fascia di età in cui la stragrande maggioranza delle infezioni sono di origine virale, ha ricevuto almeno una volta un antibiotico; che sempre nel nostro Paese la prescrizione di antibiotici ai bambini è 4 volte superiore a quella del Regno Unito e 6 volte a quella dell'Olanda; che l'antibiotico preferito dai pediatri italiani è l'amoxicillina-clavulanato anche se le maggiori linee - guida suggeriscono che la semplice amoxicillina non protetta è in grado di contrastare la massima parte delle più comuni condizioni.

A livello ospedaliero è stato poi riscontrato un larghissimo impiego di antibiotici in profi-

lassi in ambito neonatale. Negli ospedali pediatrici italiani, tra cui anche il "Meyer", è stato anche documentata una predilezione per le cefalosporine di terza generazione per la profilassi perioperatoria, comportamento assolutamente non condivisibile e contrario alle raccomandazioni delle linee guida nazionali e internazionali. A questo proposito devo dire che al "Meyer" è stato, negli ultimi anni, portato avanti un progetto di formazione che ha avuto come oggetto l'applicazione delle linee guida sulla profilassi perioperatoria, ottenendo una riduzione della prescrizione incongrua di profilassi ovvero la scelta dell'antibiotico corretto (cefalosporina di prima generazione), quando vi era invece l'indicazione alla profilassi.

Risultati non esaltanti sul consumo di antibiotici nella realtà pediatrica italiana ospedaliera sono il ricorso di prima linea alle cefalosporine di terza generazione, in particolare il ceftriaxone, nella terapia delle polmoniti di comunità ed il largo uso dei carbapenemici (9% rispetto alla media europea del 5%). In particolare, i carbapenemici vengono anche utilizzati *off label* nei primi tre mesi di vita, fascia di età in cui il ricorso a queste classi di farmaci, soprattutto il meropenem, non è autorizzato.

Questi dati mettono in evidenza senza ombra di dubbio quanto lavoro ci sia ancora da fare in ambito pediatrico nel nostro Paese.

SCATIZZI - In Chirurgia le cose ormai sono piuttosto ben definite e, per fare un esempio, ormai da tempo è esattamente codificata la profilassi antibiotica preoperatoria secondo linee - guida che in Italia in molti casi sono anche più restrittive di quelle statunitensi.

In linea di massima, per interventi puliti il farmaco che usiamo in profilassi è la cefazolina, alla quale aggiungiamo il metronidazolo in caso di procedure a rischio infettivo maggiore.

In caso di chirurgia di superficie (ad esempio una ernioplastica) addirittura le nostre linee-guida non prevedono profilassi antibiotica preoperatoria, al contrario di quanto invece avviene negli Stati Uniti.

Ovviamente anche secondo me la collaborazione con i colleghi infettivologi appare di fondamentale importanza ed a Prato devo dire che le cose in questo senso stanno andando ormai da anni nella giusta direzione. Proprio per questo, per fare un esempio, noi chirurghi abbiamo accettato il fatto di non essere autorizzati ad usare le tetracicline, se non dietro indicazione dello specialista, anche se si tratta di molecole estremamente utili nella gestione delle forme severe di sepsi addominali.

MENICHETTI - La resistenza antimicrobica riconosce due determinanti principali, la pressione selettiva esercitata dagli antibiotici che

può essere contenuta con la già citata *anti-microbial stewardship* e la diffusione crociata dei microorganismi resistenti, fenomeno soprattutto evidente in ambito ospedaliero. Purtroppo bisogna riconoscere che le procedure di *infection control* in ospedale sono ancora piuttosto carenti, spesso basate più su documenti teorici e di programma che su azioni concrete e di pratica applicazione.

A questo si associa poi un'altra criticità rappresentata dalla mancanza di novità terapeutiche significative, visto che l'industria da tempo ha depotenziato la ricerca di nuovi antibiotici a vantaggio di altre molecole più redditizie come ad esempio gli antiretrovirali. In questo senso sarebbero necessarie nuove regole da parte degli organismi di controllo (AIFA e EMA) oltre a nuovi incentivi, sull'esempio di quanto fatto negli Stati Uniti da parte dell'amministrazione Obama che ha reso disponibili un miliardo e duecento milioni di dollari per le aziende che sono tornate ad investire e a studiare nuove molecole.

Un ulteriore problema è poi rappresentato dalla carenza di nuove strategie terapeutiche legata, per così dire alla "povertà" della ricerca indipendente.

Oggi i ricercatori ricevono per lo più le committenze dalle industrie farmaceutiche e non accade più come in passato quando erano loro stessi a studiare, ideare e realizzare i protocolli di ricerca proponendoli poi alle aziende.

DE GAUDIO - Un altro aspetto che vorrei sottolineare parlando di antibioticoresistenza è quello del dosaggio al quale somministriamo gli antibiotici. I farmaci che usiamo quotidianamente sono stati testati quasi sempre in volontari sani che presentano risposte farmacologiche molto diverse da quelle dei pazienti infetti o, peggio ancora, settici. Sulla scorta di queste considerazioni potrebbe essere utile impostare schemi di cura che prevedano all'inizio dosaggi più alti per prevenire la resistenza, eventualmente regolando la dose in seguito, in base all'evoluzione clinica del quadro di malattia.

Un altro aspetto da non sottovalutare è il ricorso attuale a "vecchi" farmaci (ad esempio la gentamicina) che per anni sono stati un po' messi da parte e, una volta reintrodotti, hanno dimostrato una sorprendente efficacia su molti microorganismi con i quali per lungo tempo non avevano avuto contatto.

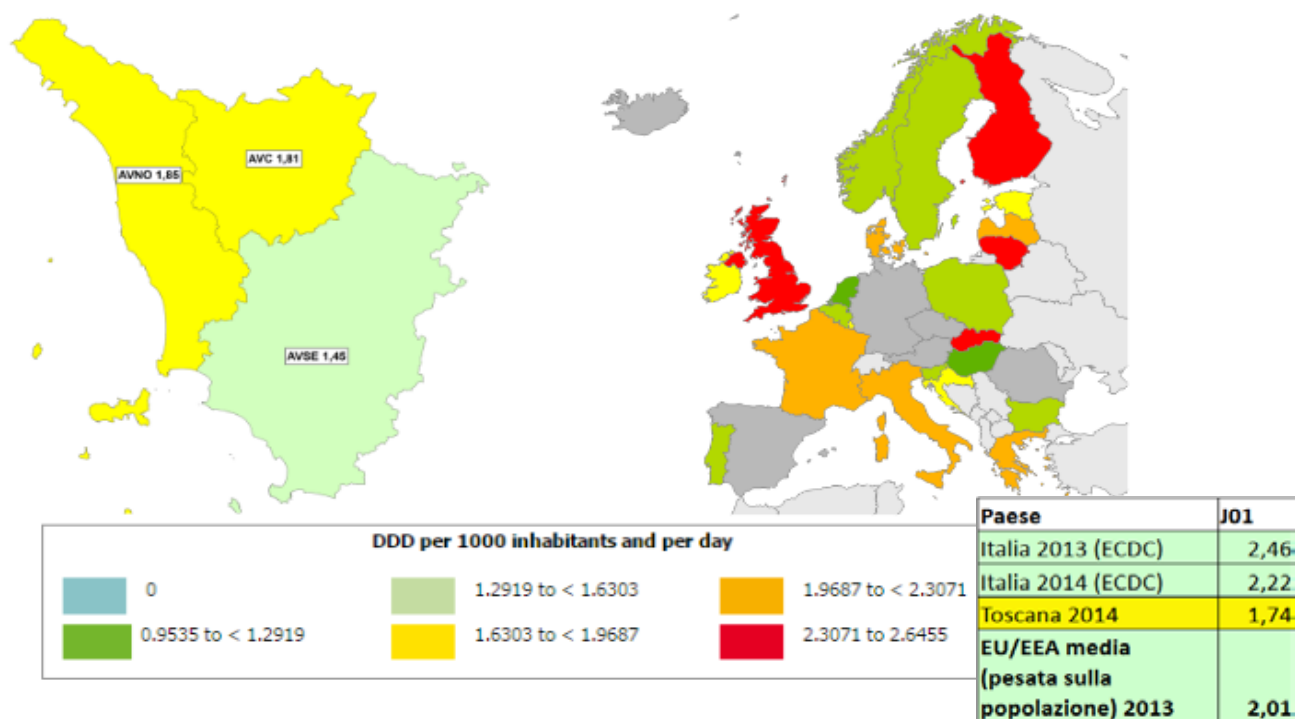
MENICHETTI - Il batterio è un organismo molto semplice, in grado di adattarsi anche a condizioni non propriamente favorevoli alla sua sopravvivenza semplicemente mutando. Le mutazioni cromosomiche sono infatti il meccanismo classico che porta allo sviluppo delle resistenze: l'antibiotico "avvelena" una

Consumo di antibiotici in ospedale

Toscana 88,7 per 100 gd
ER* 92,6 per 100 gd

In aumento

Figura 2.8 - Distribuzione percentuale del consumo (DDD/1.000 abitanti/die) di antibiotici per uso sistemico (J01) per Area Vasta di residenza (Toscana 2014) e paesi europei (2014).



*ER - Emilia Romagna / gd - giornate di degenza

determinata popolazione di batteri eliminandone una quota parte, mentre un'altra muta diventando resistente a quel "veleno". Questa resistenza è tra l'altro spesso trasmissibile tramite plasmidi per cui il microorganismo la trasmette ad altra popolazione della stessa famiglia o anche di famiglie diverse.

Questo è quello che storicamente è sempre accaduto per qualsiasi antibiotico introdotto in terapia e questo spiega la necessità di ricorrere a più farmaci per la cura di malattie come ad esempio la tubercolosi o l'HIV.

La resistenza batterica può essere in pratica considerata un meccanismo darwiniano di sopravvivenza che certamente viene potenziato dall'uso improprio degli antibiotici che espone i microorganismi ad una pressione selettiva del tutto inutile quando non francamente pericolosa.

TOSCANA MEDICA - Dal punto di vista farmacologica si intravede qualche novità all'orizzonte oppure l'industria continua ancora ad essere disinteressata all'argomento?

BARTOLONI - Qualcosa recentemente si sta per fortuna muovendo e stiamo assistendo allo sviluppo ed alla prossima messa in commercio di nuovi farmaci, combinazioni di beta - lattamici con inibitori degli enzimi deputati a distruggere gli antibiotici stessi, che potrebbero dare un grosso aiuto nella gestione delle infezioni da Gram negativi multiresistenti.

Ci sono anche alcune nuove molecole molto efficaci sui Gram negativi che sui Gram positivi, che possono essere somministrate anche una volta alla settimana oppure in monosomministrazione con evidente vantaggio in termini di compliance da parte dei pazienti.

Alcuni di questi sono già in commercio, altri lo saranno a breve.

MENICHETTI - Il regolatorio di queste nuove molecole purtroppo varia da Paese a Paese e può pertanto accadere che negli Stati Uniti i pazienti ne possano già disporre al contrario di quanto avviene per i malati italiani o di qualche altra nazione europea. Sarebbe pertanto auspicabile che il prima possibile queste

diseguaglianze venissero sanate, a beneficio sia dei pazienti che delle industrie che hanno investito risorse e giustamente si aspettano ora dei ricavi.

GALLI - La situazione in ambito pediatrico è ancora più complessa. Infatti tutti i farmaci che vengono autorizzati all'immissione in commercio dalle autorità regolatorie dovrebbero essere stati opportunamente testati anche sulla popolazione pediatrica. Purtroppo questo non sempre succede e questi studi o non vengono neppure intrapresi oppure vengono iniziati e mai condotti a termine. A complicare ulteriormente la situazione poi si associa una notevole discrepanza tra quello che AIFA ed EMA autorizzano o meno per l'impiego di cura nei bambini.

La mancanza di studi finisce per penalizzare proprio quelle classi di bambini più complessi che non possono quindi ricevere le nuove molecole, come i bambini con patologia oncoematologica, quelli con fibrosi cistica o vari quadri di immunodeficienza, i neurologici oppure quelli ricoverati nelle Terapie Intensive.

Come infettivologi pediatri chiediamo perciò da tempo che gli studi di sperimentazione clinica e di farmacovigilanza vengano sempre realizzati anche sulla popolazione pediatrica.

DE GAUDIO - In Terapia Intensiva la sfida più ardua è quella di cercare di limitare al massimo i danni causati da ESKAPE, acronimo che significa Enterococco, Stafilococco meticillino-resistente, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter, Pseudomonas aeruginosa, Enterobacteriaceae. Sul versante Gram positivi siamo relativamente tranquilli anche se lo stesso non può dirsi sul quello dei Gram negativi che continuano a creare grossi problemi.

Anche noi ovviamente guardiamo con grande interesse alle novità farmacologiche che tra breve dovrebbero essere disponibili.

TOSCANA MEDICA - *I medici sono oggi sufficientemente formati ed informati su queste tematiche oppure qualche iniziativa in merito potrebbe essere utile? Ed ancora, quanto conta l'educazione sanitaria delle persone di fronte a chi con 38° gradi di febbre pretende inevitabilmente l'antibiotico?*

ALTI - Io mi occupo tra l'altro anche della formazione dei futuri colleghi medici di medicina generale e devo dire che nell'ambito dello specifico tirocinio molta importanza viene riservata alla antibioticoresistenza ed alla corretta gestione delle terapie antibiotiche. Inoltre,

anche l'attuale organizzazione della medicina generale, permettendo il superamento della divisione tra medico di famiglia e di continuità assistenziale ed avendo dato vita alle AFT, ci consente di organizzare occasioni di confronto e dibattito tra di noi e con gli specialisti dei vari settori, nonché con coloro che devono fornirci i dati relativi ai farmaci e alle resistenze per potere organizzare al meglio il nostro lavoro. Modificare un atto medico non può dipendere solo da un protocollo o da una linea - guida, ma richiede confronto, condivisione e, soprattutto, analisi accurata del proprio modo di agire, di quello che abbiamo fatto e di quello che invece avremmo dovuto fare.

BARTOLONI - Educazione sanitaria significa anche osservanza di alcune regole elementari, sia in ospedale che sul territorio, da parte soprattutto dei professionisti della salute, come lavarsi frequentemente le mani ed usare correttamente il gel alcolico. In questo modo, dando l'esempio, il medico riesce a divulgare comportamenti virtuosi presso i propri pazienti.

GALLI - La linea - guida certamente non rappresenta la soluzione per ogni problema, però ha il vantaggio enorme di tutelare il medico ed i pazienti di fronte alla sempre più devastante medicina difensiva ormai ben radicata anche in ambito pediatrico.

Un grosso aiuto alla correttezza terapeutica nel mio settore potrebbe derivare dalla sempre più diffusa disponibilità di metodiche diagnostiche attendibili e rapide: esempio banale, l'uso del test rapido per la ricerca dello Streptococco Beta emolitico di tipo A può ad esempio evitare l'antibiotico in tutte quelle forme di faringotonsillite che nel bambino sono spessissimo di natura virale. Ovviamente poi i pediatri devono lavorare molto sul versante educativo, facendo chiaramente capire ai genitori i danni delle resistenze e placando la loro ansia di fronte a situazioni di semplice gestione clinica.

Tutti i medici devono comunque potere contare sul supporto attivo e convinto delle istituzioni in questa lotta contro l'inappropriatezza delle prescrizioni di antibiotici.

VANNUCCI - Gli amministratori dovrebbero avere il coraggio di fare proprie le ultime considerazioni della prof.ssa Galli e decidere di allocare le risorse al momento disponibili in quegli ambiti dove veramente possano essere di utilità: la lotta alle antibioticoresistenze potrebbe essere proprio uno di questi.

ANTONIO PANTI

La resistenza agli antibiotici

Qualche decennio fa i medici pensavano di aver quasi sconfitto le malattie infettive e oggi invece si trovano di fronte a due gravissimi problemi. Da un lato la comparsa di nuove e gravi malattie infettive, dall'altro il fenomeno della resistenza agli antibiotici.

Le mutazioni batteriche dovute alla pressione selettiva dell'abuso e del maluso degli antibiotici insieme con una certa facilità alla disseminazione intraospedaliera, hanno portato a una sempre più frequente incidenza di forme infettive dovute a germi resistenti agli antibiotici in commercio. Si calcola che il 5% dei pazienti in ospedale contragga un'infezione iatrogena e non si conosce l'incidenza del fenomeno nel territorio. Tutto ciò porta a qualche migliaia di decessi ogni anno con un costo che incide fortemente sul *budget* della sanità.

In questo quadro, ormai all'attenzione dell'OMS, la Toscana si colloca abbastanza bene nella prescrizione di antibiotici, ma piuttosto male per quanto riguarda la antibiotico-resistenza. In Toscana si è ridotto anche l'utilizzo della terapia iniettiva, ma non l'uso inappropriato di antibiotici rispetto alle indicazioni.

È ovvio che il problema dell'antibiotico-resistenza è più rilevante in chirurgia e in terapia intensiva ma è presente anche nella medicina generale e nella pediatria territoriale. Si calcola che oltre l'80% dei bambini oltre 3 anni abbia ricevuto un antibiotico, spesso per banali forme virali.

Schematizzando questa situazione possiamo dire che la resistenza agli antibiotici è dovuta sia alla pressione selettiva esercitata dall'uso improprio, che ingenera un fenomeno darwiniano nella cellula batterica, sia da una disseminazione crociata tra ricoverati. Alla prima situazione si può rispondere con quella che viene chiamata la *stewardship* dell'anti-

biotico. Cioè la consulenza continua sia diretta che attraverso apposite APP, tra lo specialista e il medico prescrittore. Occorre quindi un accordo condiviso tra tutti i medici, che garantisca una *leadership* del fenomeno, un *team* multidisciplinare che definisca le linee guida e un corretto esercizio del monitoraggio e della formazione degli operatori. Di fronte al secondo fenomeno, della disseminazione crociata, il rimedio è il cosiddetto *infection control*, cioè l'attuazione del complesso delle regole a difesa dalla diffusione infettiva, dal banale ma negletto lavaggio delle mani fino alle più complesse operazioni di asepsi e di pulizia delle sale. I nostri esperti hanno tenuto ad aggiungere che questo quadro è reso ancor più complesso per i problemi creati da una frequente inappropriata dosaggio. Inoltre questo quadro, di per sé drammatico, rischia di peggiorare per la carenza di farmaci innovativi, anche se qualche nuova molecola appare all'orizzonte, e per la scarsità di una ricerca indipendente non solamente in Italia ma in tutto il mondo.

Comunque è chiaro che prescriviamo troppi antibiotici, che spesso li usiamo in modo inappropriato, che talora eccediamo in profilassi, insomma che ancora le condizioni di un uso corretto sono senz'altro migliorate ma non del tutto adeguate.

Questo è un caso in cui sarebbe necessaria un'intesa tra i governi, che debbono tutelare la salute dei cittadini, e le industrie produttrici. Non dimenticando però la necessità di un'opera estesa di educazione sanitaria, che sfati il mito dell'antibiotico che abbassa la febbre e che cura tutte le malattie. Se vogliamo vincere questa battaglia occorre maggiore responsabilità da parte di tutti e maggiori investimenti per evitare che le malattie iatrogene colpiscano sempre di più.

Progetto realizzato con il sostegno di



CANIO MARTINELLI, PAOLA CORSI¹, ANTONIO CAROCCI¹

Vaccini preventivi per le infezioni da HPV



Canio Martinelli,
Responsabile
Ambulatorio Infezioni
Sessualmente Trasmesse,
SOD Malattie Infettive e
Tropicali (Dir. A. Bartoloni)
Azienda Ospedaliero -
Universitaria, Careggi

I papilloma virus umani (Human Papillomavirus, HPV) sono virus a DNA di dimensioni relativamente piccole che sono capaci di infettare la cute, l'epitelio della mucosa ano-genitale e orofaringea dell'uomo. In riferimento alla manifestazione clinica, il condiloma genitale o verruca genitale esterna (EGW) è conseguenziale all'infezione da tipi virali a basso rischio oncogeno (tipi 6 e 11). Un'alta percentuale dei carcinomi cervicali contiene l'oncogeno HPV 16 e gli altri sierotipi virali ad alto rischio sono il 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, isolati da lesioni neoplastiche maligne dell'area anogenitale. Un importante sviluppo per quanto riguarda la prevenzione dell'infezione da HPV è stata la disponibilità di vaccini. Questi hanno un'efficacia protettiva dal 93 al 100% contro la comparsa di lesioni displastiche indotte dai genotipi presenti nei vaccini e contro le lesioni di grado 2 o > di 2 a livello del collo, della vulva e della vagina delle giovani donne arruolate. Questi studi, inoltre, hanno evidenziato che i vaccini sono molto efficaci se somministrati prima che ci sia un'infezione da HPV e quindi prima del "debutto" dell'attività sessuale. La letteratura scientifica, inoltre, riporta molti dati favorevoli alla vaccinazione nei maschi. L'OMS riconosce l'importanza del cancro cervicale e le altre malattie HPV-correlate come problemi di salute pubblica globale e ribadisce la sua raccomandazione di introdurre il vaccino HPV nei programmi di immunizzazione nazionale.

Introduzione

I papilloma virus umani (Human Papillomavirus, HPV) appartengono alla famiglia *Papillomaviridae* e sono virus a DNA di dimensione relativamente piccole che sono capaci di infettare la cute, l'epitelio della mucosa ano-genitale e orofaringea dell'uomo. Sono virus a DNA a struttura circolare di dimensione relativamente piccole, presentano un genoma costituito da una doppia elica di DNA circolare della lunghezza di circa 7,9 paia di kilobasi. I geni vengono distinti in quelli che si esprimono nella fase precoce del ciclo replicativo, denominati E (early) che codificano proteine non strutturali con varie funzioni regolatrici, i geni che codificano le proteine strutturali e che sono espresse tardivamente nel ciclo replicativo denominati L (late) ed infine è presente una regione LCR (Long Control Region) contenente sequenze che regolano la trascrizione genica. È stata identificata un'ampia eterogeneità di HPV, con più di 190 sierotipi che si differenziano tra loro sia per il grado di infettività che di potenzialità oncogene oltre che essere differenti per quanto riguarda i caratteri antigenici, la diversità di proteine strutturali ed il tropismo tissutale. Gli HPV sono strettamente epiteliotropi con alcuni tipi che presentano un particolare tropismo per l'epitelio cheratinizzato e sono gli agenti eziologici dei vari tipi di verruche cutanee e di una particolare condizione, l'*epidermodisplasia verruciforme* (diffusione delle verruche su tutto il corpo). Altri tipi di HPV, invece, tendono ad infettare l'epitelio scarsamente che-

ratizzato e umido delle mucose e sono stati riscontrati nei carcinomi della regione anogenitale, dei papillomi della mucosa orale, dei seni nasali, della laringe. In riferimento alla manifestazione clinica, il condiloma genitale o verruca genitale esterna (EGW) è conseguenziale all'infezione da tipi virali a basso rischio oncogeno (tipi 6 e 11). Un'alta percentuale dei carcinomi cervicali contiene l'oncogeno HPV 16 e gli altri sierotipi virali ad alto rischio sono il 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, isolati da lesioni neoplastiche maligne dell'area anogenitale. L'HPV attraversa più facilmente la superficie epiteliale se è abrasa da un trauma o se sono presenti delle microabrasioni, arriva allo strato basale dell'epitelio e determina molto comunemente un'infezione subclinica o latente. L'infezione clinicamente manifesta rappresenta solo la punta dell'*iceberg*. Nei casi di infezione persistente con i tipi ad alto rischio, l'integrazione del DNA virale HPV avviene nel periodo tardivo dell'infezione ed assicura il persistere dell'espressione di oncoproteine E6 e E7 che formano dei complessi con le proteine di inibizione espresse dall'ospite inattivandole ed alterando il controllo del ciclo cellulare. L'instabilità genetica derivata può determinare un ulteriore danneggiamento da parte di HPV e con addizionali cofattori delle cellule epiteliali della mucosa si osserva in funzione della severità crescente della lesione, dopo mesi o anni delle lesioni precancerose, displasie o CIN (*cervical intraepithelial neoplasia*) di grado 1 -2 e 3. L'infezione da HPV a basso rischio,

¹ Dirigente Medico I livello,
specializzato in Malattie
Infettive e Tropicali.
SOD Malattie Infettive e
Tropicali, AOU Careggi.

rappresentata dai condilomi, determina il 9% di tutte le IST e sono una condizione molto diffusa e in costante aumento specialmente negli uomini che hanno rapporti con le persone dello stesso sesso. I genotipi HPV ad alto rischio, 16 e 18, è possibile che possano determinare la super-infezione di cellule epiteliali inizialmente degenerate e promuovere la progressione della trasformazione maligna. Il cancro anale, causato anch'esso soprattutto dal sierotipo 16 ed in misura minore dal 18, è presente sia nel maschio che nella femmina e ha un'incidenza che vede un incremento del 2% per anno, con una stima di 27000 casi per anno. Nel complesso, i cancri dovuti a HPV nel maschio sono più bassi di numero rispetto che a quelli che si osservano nella donna, con la differenza che il cancro della cervice può essere individuato anche in stadi precoci, grazie agli efficaci programmi di *screening*, mentre questo non avviene per tutti gli altri cancri associati a HPV. Queste nuove importanti indicazioni devono servire a rivalutare gli obiettivi attuali di prevenzione, includendo anche come obiettivo la diminuzione delle altre neoplasie HPV indotte che colpiscono entrambi i sessi e che non hanno programmi di *screening* organizzati come invece avviene per il cancro del collo dell'utero.

Vaccini

Un importante sviluppo per quanto riguarda la prevenzione dell'infezione da HPV è stata la disponibilità di due vaccini attualmente presenti in commercio in numerosi paesi del mondo. Questi sono stati realizzati con la tecnologia ricombinante e sono preparati da proteine strutturali L1 purificate che si auto-assemblano per formare specifici gusci vuoti o particelle virus-simili di HPV (VLPs) del gene L1, pseudocapsidi privi di acido nucleico e quindi non infettanti. Il vaccino quadrivalente (*Gardasil*®, Sanofi Pasteur MSD), è diretto contro HPV tipi 6, 11, 16, e 18 e contiene come adiuvante l'alluminio. L'altro vaccino simile (*Cervarix*®, GlaxoSmithKline) è diretto solo contro HPV-16 e 18 e contiene come adiuvante una miscela di lipopolisaccaridi batterici detossificati (AS04) ed un sale di alluminio. I VLPs sono in grado di indurre la formazione di anticorpi neutralizzanti anti-L1 ad alto titolo con una risposta immunitaria protettiva molto maggiore a quella che si ottiene dopo l'infezione naturale. L'efficacia protettiva dei vaccini anti-HPV è stata evidenziata in diversi studi che hanno mostrato una protezione dal 93 al 100% contro la comparsa di lesioni displastiche indotte dai genotipi presenti nei vaccini e contro le lesioni di grado 2 o > di 2 a livello del collo, della vulva e della vagina delle giovani donne arruolate. Questi studi, inoltre, hanno evidenziato che i vaccini sono molto efficaci se somministrati prima che ci sia un'infezione da HPV e quindi prima del "debutto" dell'attività sessuale. Per quanto riguarda la popolazione maschile, è stato effettuato uno studio

che ha mostrato una risposta anticorpale contro le lesioni condilomatose e la displasia anogenitale del 90% nei naïve e del 60% nei soggetti con una storia sessuale. La letteratura scientifica riporta molti dati favorevoli alla vaccinazione nei maschi. Questi possono beneficiare per prevenire sia i condilomi, il cancro della sfera otorinolaringoiatrica-ORL, che si osserva anche nella donna, e il cancro anale che è aumentato rispetto alla popolazione generale di circa 37 volte negli MSM e di 90 volte nei pazienti HIV. L'infezione HIV e la conseguente immunodepressione favorisce l'acquisizione e il persistere del virus HPV, infatti in questa popolazione è frequente riscontrare la condilomatosi, le lesioni displastiche e il carcinoma delle cervice che è entrato tra le malattie indice di AIDS. Vaccinare anche gli uomini permette di ridurre il rischio di trasmissione di HPV alle *partner* femminili ed ai *partner* maschili. L'analisi costi-benefici ha mostrato che è utile vaccinare le ragazze quando si raggiunge una copertura vaccinale di circa l'80% o nel caso di ragazzi che rientrano tra gli MSM. Per incrementare la protezione contro altri sierotipi di HPV è stato messo a punto un nuovo vaccino HPV9 (*Gardasil* 9, Sanofi Pasteur MSD), approvato dalla FDA nel dicembre 2014 e che copre i tipi 6, 11, 16, e 18 (come HPV 4) e altri cinque ceppi ad alto rischio di cancro: 31, 33, 45, 52 e 58. Tale vaccino è in attesa dell'approvazione da parte dell'EMA, Agenzia Europea per i Farmaci. L'efficacia e/o l'immunogenicità di *Gardasil* 9 sono state valutate in sette studi clinici. È aumentata la consapevolezza che il numero di cancri dovuti a HPV non è, purtroppo, appannaggio soltanto delle femmine ma anche dei maschi ponendosi la necessità di introdurre la vaccinazione anche nei ragazzi, là dove la copertura vaccinale delle femmine è bassa.

Posologia, ciclo di vaccinazione

Per il vaccino HPV quadrivalente, come per il vaccino bivalente, il programma di vaccinazione indicato dal produttore è di 3 dosi e dipende dall'età della persona che riceve il vaccino. Dall'età di 14 anni ed oltre, il vaccino sarà iniettato in ragazze e ragazzi come un programma di 3 dosi (0,5 ml a 0, 2 e 6 mesi). La seconda dose deve essere somministrata almeno 1 mese dopo la prima dose e la terza almeno 3 mesi dopo la seconda. I vaccini anti HPV devono essere somministrati per iniezione intramuscolare ed il sito di iniezione preferito è la regione deltoide del braccio. Il vaccino non deve essere iniettato per via sottocutanea o intradermica in quanto queste modalità di somministrazione non sono state studiate e quindi non raccomandate. I vaccini HPV2 e HPV4 per le ragazze e i ragazzi di 9-13 anni possono essere somministrati in un programma di vaccinazione in 2 dosi (0,5 ml a 0 e 6 mesi). La seconda dose può essere somministrata tra 5 e 7 mesi dopo la prima.

Conclusioni

L'OMS riconosce l'importanza del cancro cervicale e le altre malattie HPV-correlate come problemi di salute pubblica globale e ribadisce la sua raccomandazione di introdurre il vaccino HPV nei programmi di immunizzazione nazionale. Il rapporto costo-beneficio diventa ancor più favorevole, visto che il protocollo vaccinale può essere effettuato con due sole dosi anziché con tre. Alcuni studi hanno dimostrato come la sola prevenzione dei condilomi genitali e dei costi ad essi correlati possa ripagare in termini anche economici la spesa vaccinale, come dimostrato dai dati di vita reale ottenuti a 4-6 anni dalla vaccinazione in Australia. La vaccinazione anti-HPV è un'opportunità per la popolazione adolescente, ragazzi e ragazze, di usufruire di un programma di prevenzione non discriminan-

te, visto che l'attenzione è più concentrata sulla prevenzione del carcinoma della cervice uterina, piuttosto che sulle altre patologie HPV-correlate. Queste invece, come dimostrato, rappresentano circa il 40% dell'intero carico della malattia oncologica da HPV in entrambi i sessi e per 1/3 sono a carico dei maschi che sono anche il serbatoio dell'infezione. Offrire la vaccinazione anche ai maschi aiuta a proteggere anche le ragazze non vaccinate, riducendo la quota "circolante" di HPV con una protezione superiore. Ne deriva che in base ai dati epidemiologici mondiali ed italiani, sia molto importante porre l'attenzione al valore della vaccinazione come principale strumento di prevenzione primaria.

TM

Info: martinellica@aou-careggi.toscana.it

MAURO COZZOLINO

Un successo scientifico e una questione sociale: il Social Freezing

Spesso carriera non fa rima con maternità. Perché, per mancanza di tempo, o si sceglie a cosa dedicarsi, accantonando l'altra strada, oppure si tenta di portare avanti entrambe, un'impresa da titani, che prevede altrettanti sacrifici. Nell'era in cui due grandi colossi americani come Apple e Facebook hanno posto in primo piano la questione della carriera quale fulcro fondamentale della vita della donna, si è innescato di riflesso un dibattito su ciò che viene definito "social freezing".

Due termini che rimandano alla pratica del congelamento degli ovuli per le donne che non hanno voglia di accantonare la loro carriera o, inevitabilmente, di vederla sacrificata, prevedendo incentivi finanziari per effettuare la crioconservazione degli ovociti. Una circostanza che in Italia non ha ancora il giusto rilievo mediatico mentre, oltreoceano, è di stretta attualità.

Nello specifico, il *social freezing* consiste nella possibilità di crioconservare i propri ovociti, quando le ovaie sono ancora sufficientemente "giovani" da produrli, per garantirsi la possibilità di posticipare la maternità o superare eventuali futuri problemi di infertilità. Non si tratta, dunque, di una metodica che permette di ottenere certamente una gravidanza, ma consente alla donna di posticipare i suoi propositi di maternità sulla base delle esigenze del momento. Il "social egg freezing" era nato in prima istanza con l'intento di preservare la fertilità di quelle

donne che rischiavano di andare incontro ad un esaurimento ovarico precoce a causa di patologie oncologiche dell'ovaio, predisposizione genetica o chemio/radioterapie antitumorali.

Il progredire delle tecniche di congelamento, con l'avvento della vitrificazione come tecnica ideale per il congelamento ovocitario, ha consentito di garantire alti tassi di successo nei processi di scongelamento, aprendo di fatto alla possibilità del congelamento degli ovociti anche in donne sane. L'opportunità di crioconservare gli ovociti può essere estesa a quelle donne che per motivi personali non desiderano una gravidanza a breve, e che tuttavia non vogliono pregiudicarsene la possibilità in futuro, quando in ragione del fisiologico invecchiamento ovarico le loro probabilità di ottenerla saranno minori e magari si renderà necessario il ricorso ad una tecnica di procreazione medicalmente assistita.

La scelta del *social freezing* ha molteplici aspetti. Da una parte vi sono radici sociologiche che hanno maggiormente inciso nel ritardare l'età del primo concepimento per motivi correlati a fattori sociali ed economici: instabilità patrimoniale, necessità di studiare e consolidare la carriera ma anche precarietà o instabilità relazionale. Al momento, l'età media del concepimento del primo figlio si è notevolmente alzata e sempre più donne incorrono in difficoltà nel primo concepimento ricorrendo a tecniche di procreazione me-



Mauro Cozzolino, specializzando presso la Scuola di Specializzazione di Ginecologia ed Ostetricia dell'Università di Firenze. Formazione esterna presso centri di riferimento nazionale per il trattamento endoscopico mini-invasivo della patologia oncologica e dell'endometriosi. Attualmente impiegato nei vari ambiti della Fisiopatologia della Medicina della Riproduzione (fecondazione omologa, eterologa, poliabortività).

dicalmente assistita. L'inefficienza di una società ancora non organizzata per le pari opportunità lavorative, in cui la gravidanza pone la donna in uno stato di "difetto", diventando impedimento alla carriera o al successo sociale, rappresenta un limite invalicabile per quelle donne che aspirano ad occupare un ruolo di rilievo sociale.

Dall'altra, la fisiologia della riproduzione femminile non ha seguito di pari passo tali mutamenti sociali. La fertilità della donna non è eterna e anche per le nostre splendide quarantenni esiste un orologio biologico che non corrisponde affatto alla loro avvenenza ed età anagrafica. Il numero di ovociti a disposizione di ciascuna donna è un "patrimonio" predefinito, non rinnovabile, che riceve alla nascita e che con l'aumentare dell'età va riducendosi: le cellule uovo "invecchiano" e non sempre sono idonee ad essere fecondate.

La crioconservazione diviene così un luogo emotivo importante, in cui poter "congelare" un'esperienza significativa, che si ha desiderio di fare, ma che non ci si può o ci si vuole concedere in un preciso momento nel corso della vita. Di frequente, causa anche una cattiva informazione, la procedura viene consigliata o cercata da donne già troppo mature, che ancora non hanno una stabilità affettiva. L'età ideale per il congelamento sarebbe al di sotto dei 35 anni, perché dopo tale faticosa soglia l'eventualità di recuperare ovociti con la stimolazione ovarica è sensibilmente più bassa. Inoltre, la qualità oocitaria si riduce e aumentano persino le anomalie cromosomiche. Di pari passo, si riduce anche la percentuale di successo di gravidanza soprattutto con tecniche di PMA.

È necessario evitare ogni falsa aspettativa, poiché la crioconservazione non equivale alla certezza di una posticipata gravidanza, ma soltanto alla scelta di aumentare le proprie "possibilità" di gravidanza in futuro.

Il vantaggio è certamente quello di allentare la tensione su un progetto che riguarda tutte le

donne anche se ormai, in maniera sempre più diversa, per tempi e modi. Potersi sentire più libere di scegliere il momento del concepimento, quando si è pronte e non quando è "l'ora". Il trattamento si articola in diverse fasi. La prima è il colloquio in un centro specializzato per l'infertilità di coppia e la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA). Dopodiché, seguono:

- gli esami diagnostici preliminari tra cui il dosaggio ormonale (AMH, FSH, 17-beta-estradiolo in fase mestruale) per la valutazione della riserva ovarica ed ecografia transvaginale in fase mestruale con la misurazione della volumetria ovarica e la conta dei follicoli antrali e la previsione di esami diagnostici e infettivologici di legge;
- l'induzione e monitoraggio dell'ovulazione. Alla donna si somministra una terapia ormonale, mediante iniezioni sottocutanee, che consente la maturazione contemporanea di più follicoli. Si eseguono ecografie transvaginali seriate per valutare dimensione e numero dei follicoli e dosaggi ormonali di estradiolo plasmatico e progesterone;
- il prelievo degli ovociti. Avviene per via transvaginale, sotto guida ecografica e in anestesia o in sedazione profonda;
- il congelamento in azoto liquido (-196°C) e la conservazione degli ovociti.

Tutti i trattamenti, dal prelievo al trasferimento degli embrioni in utero, ottenuti dalla fecondazione degli ovociti, sono, in generale, indolori. Il prelievo avviene in anestesia o in sedazione con complicanze minime.

La fase della stimolazione ovarica comporta gli effetti legati all'assunzione degli ormoni sintetici che si manifestano in una lieve ritenzione idrica e un modesto dolore in sede annessiale. La sindrome da iperstimolazione ovarica è una condizione che si verifica raramente, nei casi più gravi, può richiedere il ricovero in ospedale (<1 %). **TM**

Info: maurocoz@yahoo.it

CORSI E CONVEGNI

Tuttoaddome 2016 - Corso Intensivo di Ecografia Addominale 12-14 dicembre 2016, Arezzo

Direttori: Marcello Caremani e Fabrizio Magnolfi

Programma: Corso teorico-pratico di base e di aggiornamento, caratterizzato dalla didattica interattiva, che comprende discussione di casi clinici, sessioni videoquiz ed esercitazioni pratiche a piccoli gruppi con l'ausilio di tutori. Viene insegnata la tecnica dell'esame ecografico convenzionale dell'addome, la semeiotica ecografica e la terminologia da utilizzare per la refertazione, l'ecografia color-Doppler e l'ecografia con contrasto (CEUS). I principali argomenti specifici sono rappresentati da anatomia e patologia di: fegato, colecisti e vie biliari, pancreas, milza, tubo gastroenterico, reni, vescica, surrene.

Un ampio spazio viene dedicato all'ecografia in emergenza-urgenza, focalizzando le evenienze cliniche più frequenti in Pronto Soccorso. ECM: 24 crediti

Informazioni: Ultrasound Congress – Tel 0575. 380513 / 348. 7000999 Fax 0575. 981752

E-mail: info@ultrasoundcongress.com

<http://www.ultrasoundcongress.com>

S. FORNI, V. MOLESE¹, G. PAGGI², S. D'ARIENZO³

Antibiotico-resistenza: la situazione attuale in Italia e Toscana

Il monito del commissario dell'Unione Europea (U.E.) alla salute lo scorso novembre, in occasione della giornata degli antibiotici, durante la presentazione dell'annuale rapporto dell'*European Center for Disease Control* (ECDC) evidenziava in modo allarmante che "...potenzialmente siamo vicini alla fine dell'era degli antibiotici. Lo scorso anno sono morte in Europa 25000 persone per infezioni resistenti...".

L'era antibiotica, iniziata nel 1928 con la scoperta di *Alexander Fleming*, non è durata a lungo perché, come lo stesso Fleming aveva previsto, l'uso spesso sconsiderato di questi farmaci ha provocato quel fenomeno che va sotto il nome di antibiotico-resistenza ovvero l'insensibilità di alcuni batteri patogeni agli stessi antibiotici. La resistenza agli antibiotici è un fenomeno naturale dovuto alla selezione di ceppi batterici resistenti, in seguito all'esposizione a farmaci. La resistenza in specie sensibili può essere acquisita tramite mutazioni o mediante il trasferimento di materiale genetico da parte di batteri resistenti. Questo che è un sistema di difesa dei batteri (molecole con proprietà antibiotiche sono diffusamente presenti in natura) è stato amplificato in maniera esponenziale dall'uso sconsiderato degli antibiotici nel settore medico ed agroalimentare.

Nel 2015 tre enti internazionali, ECDC, EFSA ed EMA, hanno per la prima volta esaminato l'associazione tra consumo di antibiotici e antibiotico-resistenza nell'uomo e negli animali destinati all'alimentazione, utilizzando i dati 2011-2012 di 26 Paesi EU/EEA provenienti da cinque sistemi di sorveglianza europei. Il consumo globale di antibiotici è generalmente più alto negli animali che nell'uomo, anche se il consumo di antibiotici di importanza critica in medicina (fluorochinoloni, cefalosporine di terza e quarta generazione) è maggiore nell'uomo. Sia nell'uomo che negli animali è stata osservata una associazione positiva tra consumo di antimicrobici e corrispondente tipo di resistenza nei batteri.

In Italia la SIMIT (Società Italiana Malattie Tropicali) nel 2015 attribuiva a tale causa tra i 5000 e i 7000 decessi/anno, con costi correlati nell'ordine di grandezza dei cento milioni di euro. Come si può capire siamo di fronte ad un serio problema di sanità pubblica mondiale, non soltanto per le importanti implicazioni cliniche (aumento della morbilità, mortalità, durata della malattia, possibilità di sviluppo di complicanze, possibilità di epidemie), ma anche per la ricaduta economica delle infezioni provocate da batteri antibiotico-resistenti, dovuta al costo aggiuntivo richiesto sia



Silvia Forni, laureata in Scienze Statistiche e Demografiche nel 1997, è responsabile del settore Sistemi per la valutazione della qualità dell'Agenzia Regionale di Sanità e si occupa dello sviluppo di indicatori di esito e processo dei servizi sanitari.

È referente del progetto di Regione Toscana per la costruzione del sistema informativo regionale per il monitoraggio della resistenza antibiotica.

Tabella 1: Percentuale di resistenza antibiotica in batteriemie, anno 2014

Profili di resistenza antibiotica da batteriemie (%) ^	Media EU	Italia	Toscana	Emilia - Romagna	Campania
<i>Klebsiella</i> R cefalosporine III gen.	28,0	56,5	63,9	44,9	78,6
<i>Klebsiella</i> R carbapenemici	7,3	32,9	46,2	-	65,6
<i>E. coli</i> R cefalosporine III gen.	12,0	28,7	41,3	28,9	45,3
<i>E. coli</i> R fluorochinoloni	22,4	43,9	55	42,3	64,2
<i>Pseudomonas</i> R carbapenemi	18,3	25,1	21,3	-	36,4
<i>Acinetobacter spp.</i> R carbapenemi	-	89,9	80	-	-
MRSA	17,4	33,6	33,6	33,1	39,6
<i>S. pneumoniae</i> R eritromicina	-	24,6*	26,1	24,3	48,0
<i>Enterococcus faecium</i> R vancomicina	7,9	8,5	19,2	7,9	

* NS Macrolidi ^ Il colore corrisponde alla categoria (I livello basso – VI livello alto) rispetto alle nazioni europee:



1 Dirigente medico direzione ospedaliera USL Toscana Nord-Ovest

2 Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

3 Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Tabella 2: Consumo di antibiotici in ospedale e in comunità, anno 2014

Consumo di antibiotici (DDD/1000 abitanti die) ^ ^	Media EU	Italia	Toscana
Ospedale: totale	2,01	2,22	1,74
Betalattamici, penicilline	0,87	0,89	0,52
Cefalosporine di III generazione		0,26	0,3
Carbapenemici		0,076	0,11
Macrolidi, lincosamidi e streptogramine	0,14	0,20	0,16
Chinoloni	0,28	0,41	0,34
Comunità: totale		27,8	20,9
Betalattamici, penicilline		15,7	11,3
Chinoloni		3,41	3,27

^ ^ Il colore corrisponde alla categoria (I livello basso – V livello alto) rispetto alle nazioni europee



per l'impiego di farmaci e di procedure più costose che per l'allungamento dei tempi della degenza in ospedale e per eventuali invalidità. A fronte di tale situazione si sono mobilitati agenzie ed enti scientifici, istituzioni e governi.

I dati italiani disponibili relativi ad antibiotico-resistenza e utilizzo di antibiotici riguardano essenzialmente quelli pubblicati dall'ECDC annualmente. Solo alcune regioni italiane ad oggi dispongono di sistemi di monitoraggio dell'antibiotico-resistenza e dei consumi di antibiotici, in particolare l'Emilia Romagna, la Toscana e la Campania. Di seguito sono riportati alcuni dati relativi a questi fenomeni comparabili con i dati europei.

Il quadro che emerge dai dati relativi alla resistenza antibiotica in Tabella 1 mette in luce come in Italia, ed in Toscana, assuma dimensioni preoccupanti rispetto alle altre nazioni europee, soprattutto con riferimento ai patogeni maggiormente causa delle infezioni correlate all'assistenza e a rischio per la resistenza antibiotica.

Analogamente dai dati di consumo degli antibiotici in ospedale e in comunità (Tabella 2) emerge che l'Italia, e analogamente la Toscana, si mantengono in una posizione critica rispetto ad altri paesi europei con consumi superiori alla media europea e a quella che caratterizza i paesi del Nord Europa. Le classi che devono destare maggiore attenzione sono quelle relative al consumo in ospedale di carbapenemici e chinoloni

e dei fluorochinoloni nel territorio che trovano immediate correlazioni con i dati relativi alla resistenza antibiotica.

L'auspicio è quindi che la lotta all'antibiotico-resistenza diventi una reale priorità globale, che i governi spingano per la messa in opera delle necessarie azioni di contrasto, favorendo un diffuso cambiamento culturale e assumendo un ruolo attivo nelle relazioni con l'industria del farmaco.

Ad oggi la Toscana è una delle tre regioni che si è dotata di un sistema di monitoraggio delle resistenze antibiotiche: ogni anno sono disponibili dati che permettono di tracciare il quadro epidemiologico del problema e mettere in luce differenze territoriali. Inoltre la Toscana partecipa al "Progetto Buone pratiche per la sorveglianza e il controllo dell'antibiotico-resistenza" finalizzato a "promuovere l'armonizzazione delle esperienze esistenti di sorveglianza e controllo dell'antibiotico-resistenza e individuare le "buone pratiche" trasferibili ad altri contesti", finanziato dal CCM e con unità capofila la Regione Emilia Romagna. Infine sta per essere implementato in tutti gli ospedali della Toscana un programma per la *stewardship* antibiotica, dopo averne definito le modalità operative in una conferenza di consensus con professionisti della nostra Regione. **TM**

Bibliografia: silvia.forni@ars.toscana.it

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

F. FABIANI TROPEANO, G. SCelfo¹, G. BURGIO²

Disturbi da dipendenza e correlati all'uso di sostanze: l'approccio della medicina generale



Francesca Fabiani Tropeano, medico di medicina generale, Firenze Corso Formazione Specifica in Medicina Generale - Regione Toscana, triennio 2012-2015. Autrice della tesi.

Al fine di indagare il ruolo attuale del medico di medicina generale (MMG) nell'ambito dei disturbi da dipendenza e correlati all'uso di sostanze, dal mese di dicembre 2014 al mese di aprile 2015 sono stati inviati dei questionari online compilabili in forma anonima. Per quanto le problematiche legate alla *privacy* abbiano condizionato e limitato l'invio, il numero complessivo dei colleghi partecipanti è stato di 222: 86 borsisti del CFSMG (Corso Formazione Specifica Medicina Generale), 35 medici di medicina generale non convenzionati, 101 medici di medicina generale con convenzione. L'indagine è stata svolta analizzando alcuni aspetti del ruolo del medico di medicina generale: la sua formazione, la sua esperienza, il rapporto medico-paziente, l'eventuale collaborazione fra la Medicina Generale ed i Ser.T ed infine è stato chiesto di rispondere ad alcune domande specifiche per saggiare la conoscenza sul tema trattato.

1) La **formazione medica** relativamente ai disturbi correlati all'uso di sostanze, è stata indagata partendo dalla propria autovaluta-

zione, considerata da sufficiente a ottima da circa il 60% dei partecipanti e frutto essenzialmente dell'esperienza lavorativa o dello studio personale. Nonostante ciò l'80% dei medici valuta opportuna una migliore formazione, in particolare i colleghi più giovani. Eventuale materiale cartaceo oppure online dispensato dai Ser.T e rivolto ai medici potrebbe essere un primo metodo di divulgazione da applicare sul territorio, ma il mezzo di formazione ritenuto più opportuno sembrerebbe la formazione continua che purtroppo ha attualmente scarso rilievo nella programmazione ECM aziendale. Ovviamente, il CFSMG rimane centrale per l'inquadramento e la gestione dei disturbi correlati ad uso di sostanze essendo ad oggi il percorso comune per tutti coloro che desiderano esercitare la professione di medico di medicina generale. Ben l'85% dei borsisti hanno infatti ritenuto opportuno un'eventuale approfondimento della tematica durante le ore di didattica, il cui programma purtroppo non è ancora uniforme nella scuola toscana.

1 Relatore

2 Medico di medicina generale, coordinatore CFSMG classe anni 2012-15

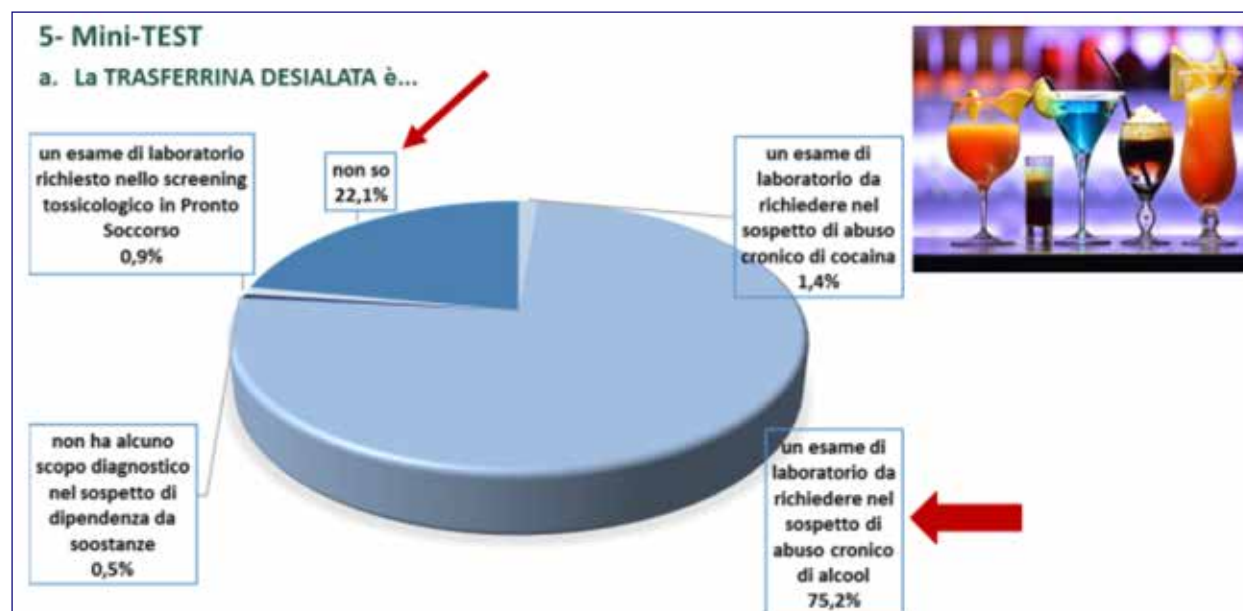


Figura 1

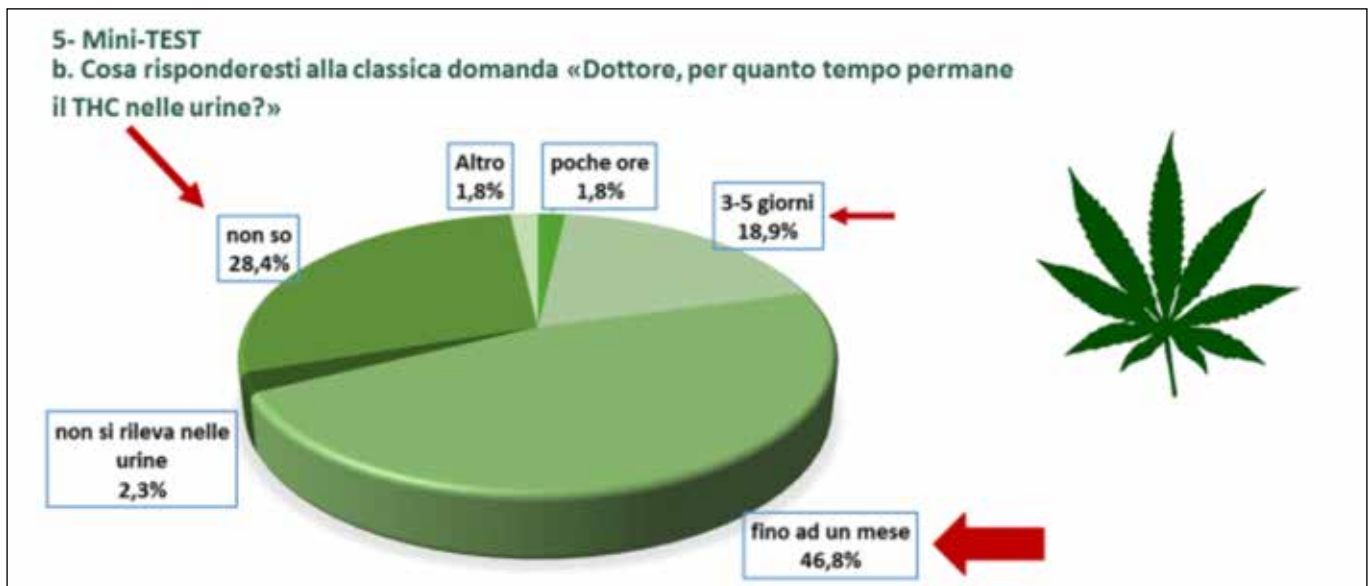


Figura 2

- 2) Per quanto riguarda l'**esperienza** effettiva della Medicina Generale, il primo dato che emerge è l'elevata percentuale (>80%) di medici che ha sospettato un uso patologico di sostanze psicotrope o si è relazionata con pazienti con diagnosi di dipendenza. Tale evidenza conferma il ruolo di primo livello che il medico di medicina generale può avere nell'identificazione e nella diagnosi precoce dei disturbi da sostanza e successivamente in un'eventuale gestione cronica con i servizi territoriali esistenti. La sua quotidiana presenza nello studio medico di riferimento, il rapporto continuativo e fiduciario con il paziente e la conoscenza della sua realtà socio-familiare pongono difatti il medico di medicina generale in una posizione preferenziale rispetto ad altre figure sanitarie. La sostanza principalmente "incriminata" è stata l'alcol, seguita da cocaina ed eroina, cannabinoidi ed infine farmaci psicoattivi. Da sottolineare come solo un medico sul totale dei partecipanti abbia citato la nicotina come sostanza psicoattiva. Questo può essere un "errore" di non valutazione, essendo il tabacco la droga legale più utilizzata in Italia (con un totale di 10,9 milioni di fumatori, circa il 20% della popolazione) il cui uso è ormai un fenomeno culturale non discriminato, al contrario di altre sostanze.
- 3) Nella terza parte del questionario è stato indagato il **rapporto medico-paziente** in cui l'anamnesi viene ad essere la prima occasione di dialogo. Secondo i dati ricavati più dell'80% dei medici indaga l'uso di sostanze psicoattive durante il colloquio con il paziente, ma solo in un 20% lo fa al primo incontro. La maggior parte degli intervistati approfondisce la questione in caso di sospetto fondato e/o dopo aver instaurato un rapporto di fiducia,

ma anche in occasione di certificazioni anamnestiche. Tuttavia, un 20% di medici non affronta l'argomento. Il timore di offendere è il motivo riportato dal 50% di essi, seguito dalla mancanza di tempo e dalla presenza di terza persona. Allo stesso tempo, l'80% dei medici sostiene che i pazienti abbiano difficoltà a far emergere un uso patologico di sostanze ed il colloquio sembrerebbe limitato in primis dalla stigmatizzazione/riprovazione sociale dell'argomento, che lo rende imbarazzante, ma anche dal timore (di eventuali giudizi/pregiudizi o forse conseguenze).

- 4) Analizzando la quarta parte del questionario, emerge la necessità di maggiore collaborazione con i **Ser.T**, espressa da ben il 97% dei partecipanti. Il ruolo del medico di medicina generale non si dovrebbe infatti limitare al semplice invio al Servizio di zona, ma dovrebbe essere parte di un percorso condiviso nella gestione di un paziente spesso cronico. Il Ser.T dunque dovrebbe essere un servizio specialistico a cui richiedere, ad esempio, consulenze in caso di complicanze, polipatologia e necessità di prescrizione di farmaci psicoattivi. Purtroppo l'attuale collaborazione è così limitata che il 45% degli intervistati non sa descriverne l'esatta funzione, senza conoscere realmente il ruolo di questo servizio e le possibilità di prevenzione, cura e riabilitazione che può fornire ad eventuali pazienti.
- 5) Con la quinta ed ultima parte dell'indagine, abbiamo cercato di mettere alla prova le **conoscenze** dei partecipanti, utilizzando due domande "tecniche" e due che potremmo definire "di attualità" (Figure 1-4). Dalla prima all'ultima le percentuali di risposte corrette sono passate dal 75% al 35%. La più

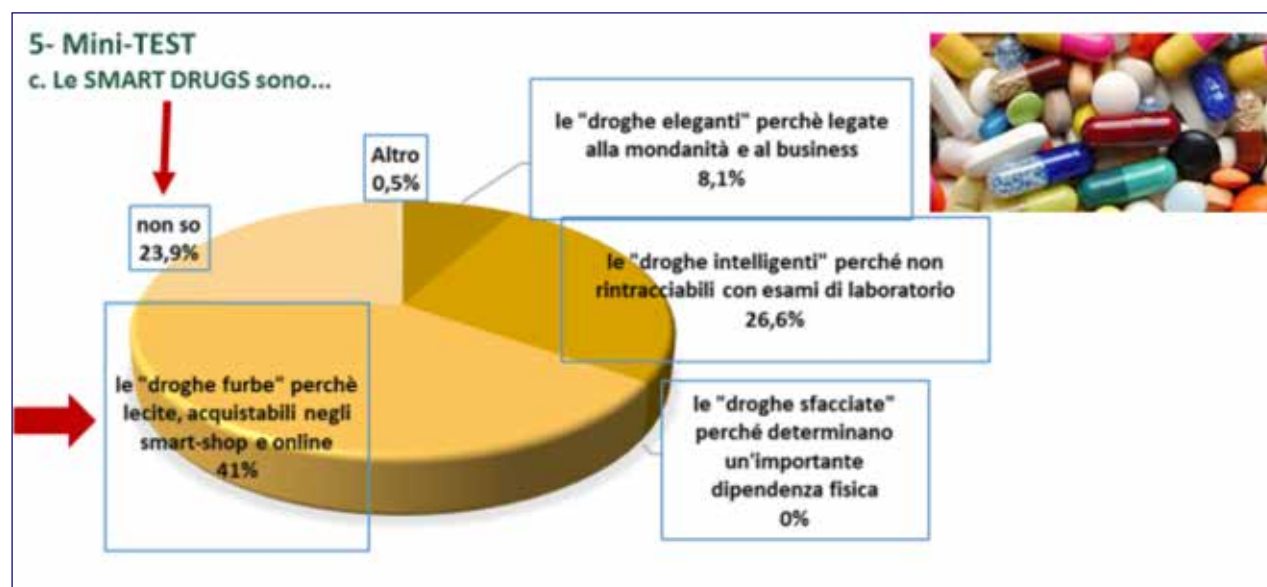


Figura 3

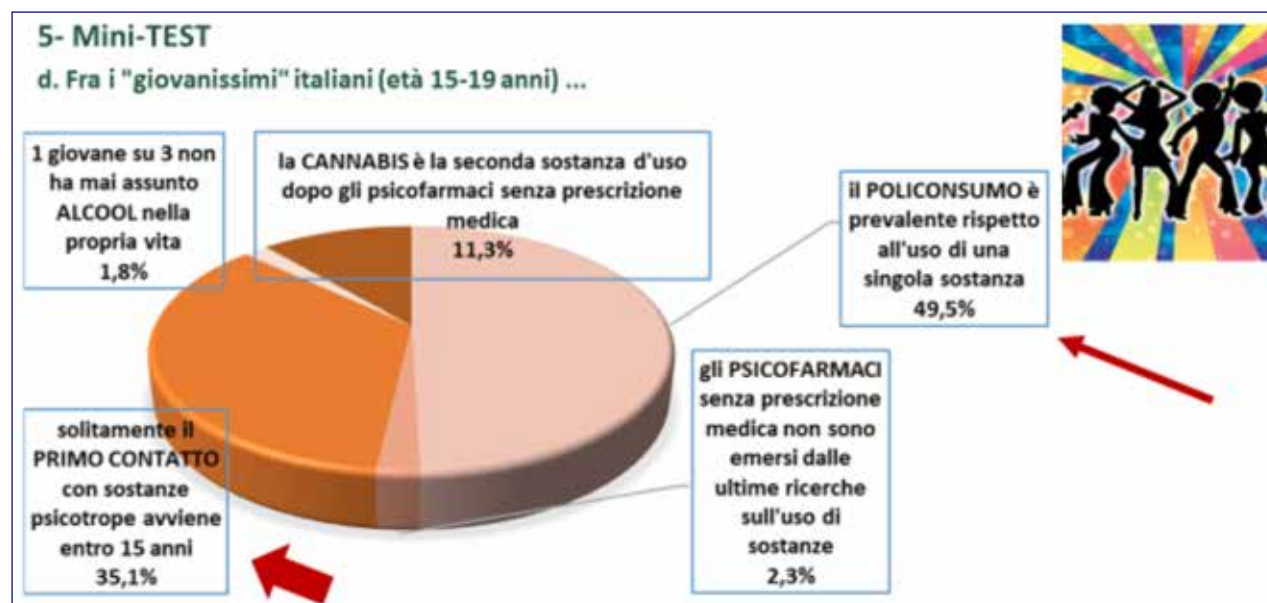


Figura 4

alta percentuale di risposte corrette è stata data per l'utilizzo della Transferrina Desialata come esame diagnostico nel sospetto di abuso cronico di alcol, sostanza che per il suo ampio uso voluttuario è ben conosciuta e studiata. Passando alla durata della positività del test urinario per il THC le percentuali di conoscenza si sono ridotte al 47,7%, per giungere al 41% nel definire cosa siano le *Smart Drugs*. Ma è stata la domanda sull'uso di sostanze da parte dei giovanissimi italiani (15-19 anni) ad avere avuto il minor numero di risposte corrette (Figura 4).

In conclusione, tenendo conto dell'approccio olistico e globale della Medicina Generale, essa assume un ruolo di rilievo anche nell'ambito dei

disturbi correlati all'uso di sostanze, ponendosi come primo livello nell'intercettare e seguire tali problematiche. Tuttavia per poter svolgere il proprio ruolo all'interno di un mondo altamente dinamico in cui le modalità di uso e consumo mutano secondo le esigenze e le generazioni, la formazione e l'aggiornamento sono elementi essenziali per lo svolgimento consapevole e responsabile della professione medica. Inoltre, nell'ottica di cure integrate e centrate sulla persona, il medico di medicina generale in primis deve essere ben orientato sui servizi offerti dal proprio territorio per poter gestire il paziente in collaborazione con le strutture specialistiche all'interno di un'équipe multiprofessionale. **TM**

Info: francescaft@live.it



A cura della Direzione
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

La Farmacovigilanza in Toscana: mantenimento di un sistema efficiente

Tiberio Corona

Responsabile del Settore, Politiche del Farmaco e dell'Appropriatezza

La Regione Toscana si avvale di un sistema efficiente e strutturato di Farmacovigilanza, che continua a registrare un tasso di segnalazione sempre in crescita, grazie alla sensibilizzazione degli operatori sanitari, al fine di garantire l'obiettivo fondamentale della Farmacovigilanza: monitorare la sicurezza dell'uso dei farmaci. L'anno 2015 è stato segnato dalla programmazione della riorganizzazione sanitaria a livello regionale, infatti le aziende sanitarie e ospedaliere, maggiori fonti di segnalazioni, con l'inizio del 2016 sono state accorpate in tre grandi Aziende USL di Area Vasta. Questi cambiamenti coinvolgono anche la Farmacovigilanza e la Dispositivo-vigilanza, che dovranno riorganizzarsi al fine di mantenere un sistema efficiente che ponga l'attenzione anche alla cosmetovigilanza e alla fitovigilanza, in particolare per quanto concerne le preparazioni galeniche a base di Cannabis, in ottemperanza al Decreto del Ministero della Salute del 9 novembre 2015, che vede la Toscana come sede di produzione di Cannabis ad uso medico. Nell'ultimo anno, l'attività di Farmacovigilanza è stata molto impegnata sulla sorveglianza capillare delle Reazioni Avverse (ADRs) da Vaccini, data l'eccezionale diffusione della Meningite sul territorio toscano, fronteggiata sia incrementando la vaccinazione della popolazione, sia monitorando le reazioni avverse causate dalla classe dei vaccini coinvolti nella campagna vaccinale.

Anche in Toscana la sensibilizzazione alla segnalazione, cardine di una buona qualità dei dati raccolti, è stata attuata con il ricorso a sistemi informatizzati, quali la segnalazione on-line tramite il sito Vigifarmaco, che consente agli operatori sanitari e ai cittadini di segnalare in maniera più snella ed efficiente. Negli ultimi 5 mesi del 2015 sono state registrate su Vigifarmaco 151 segnalazioni, dato rilevante dal momento che tale sistema è operativo solo da fine luglio 2015. La diffusione dell'utilizzo di Vigifarmaco comporta due vantaggi: la facilità di segnalazione della reazione avversa (in soli quattro passaggi) da parte dell'operatore sanitario e/o del cittadino, e l'inserimento diretto in Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) delle Reazioni Avverse, previa validazione da parte del Responsabile di Farmacovigilanza, saltando così l'inserimento manuale da parte delle strutture di Farmacovigilanza.

I dati della segnalazione in Regione Toscana

La Regione Toscana, dal 2004, anno di istituzione del Centro Regionale di Farmacovigilanza, ha registrato un continuo e costante incremento delle segnalazioni. Nel 2004 sono state inserite 423 ADRs in RNF con tasso di segnalazione 120, al di sotto del Gold Standard dell'OMS (300 segnalazioni per milione di abitanti); nel 2014 con l'inserimento di 6.109 ADRs in RNF, con tasso di segnalazione 1.629, la Regione Toscana raggiunge e supera il Gold Standard richiesto. Prendendo in considerazione l'anno 2015 verso l'anno 2014, si vede che la differenza assoluta tra le reazioni inserite nel 2014 (5.084) e quelle nel 2015 (6.109) è 1.025 con variazione percentuale 2015 vs. 2014 del 20.90%, *trend* positivo, che evidenzia un netto incremento delle segnalazioni nel territorio regionale, nonostante l'andamento di segnalazione a livello nazionale sia in controtendenza

INDICI: N° Segnalazioni **SENZA VACCINI** per milione di abitanti (popolazione residente al 1-1-2014 Fonte I.S.T.A.T.) - Confronto Regioni per data di inserimento ANNO 2015 vs. ANNO 2014

REGIONI	Anno 2014	Anno 2015
TOSCANA	1.291,69	1.522,73
LOMBARDIA	1.591,30	1.186,36
CAMPANIA	824,65	865,59
PIEMONTE	695,46	764,29
VENETO	586,47	649,71
FRIULI V. GIULIA	488,60	588,11
EMILIA ROMAGNA	619,31	514,80
SICILIA	658,61	443,58
CALABRIA	432,02	433,72
LIGURIA	227,46	332,93
LAZIO	310,04	317,35
BASILICATA	308,92	292,19
MARCHE	290,59	289,74
SARDEGNA	245,67	251,22
MOLISE	312,76	222,42
P.A. TRENTO	367,71	195,81
PUGLIA	170,83	186,05
VALLE D'AOSTA	101,69	178,86
UMBRIA	179,41	163,93
ABRUZZO	107,43	143,93
P.A. BOLZANO	141,28	114,40
TOTALE ITALIA	856,53	816,99

(51.137 segnalazioni nel 2014, contro 49.642 nel 2015, con una diminuzione di -1.495 pari al -2.93%).

Nell'anno 2015 la Regione Toscana ha inserito un numero complessivo di 6.109 segnalazioni, collocandosi al terzo posto tra le regioni italiane per numero assoluto di segnalazioni comprensive dei vaccini. Analizzando il dato dell'anno 2015 in rapporto alla popolazione residente, la Toscana si pone al secondo posto con 1.628,84 segnalazioni, comprensive dei vaccini, per milione di abitanti, inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza.

Analizzando il numero delle segnalazioni, escludendo quelle relative a vaccini, la Toscana si colloca, nel 2015, al primo posto tra le regioni italiane per numero di segnalazioni per milione di abitanti superando il Gold Standard dell'OMS (300 segnalazioni per milione di abitanti/anno)

insieme a Lombardia, Campania, Piemonte, Sicilia, Emilia Romagna, Veneto, Friuli V. Giulia, Calabria, Liguria e Lazio.

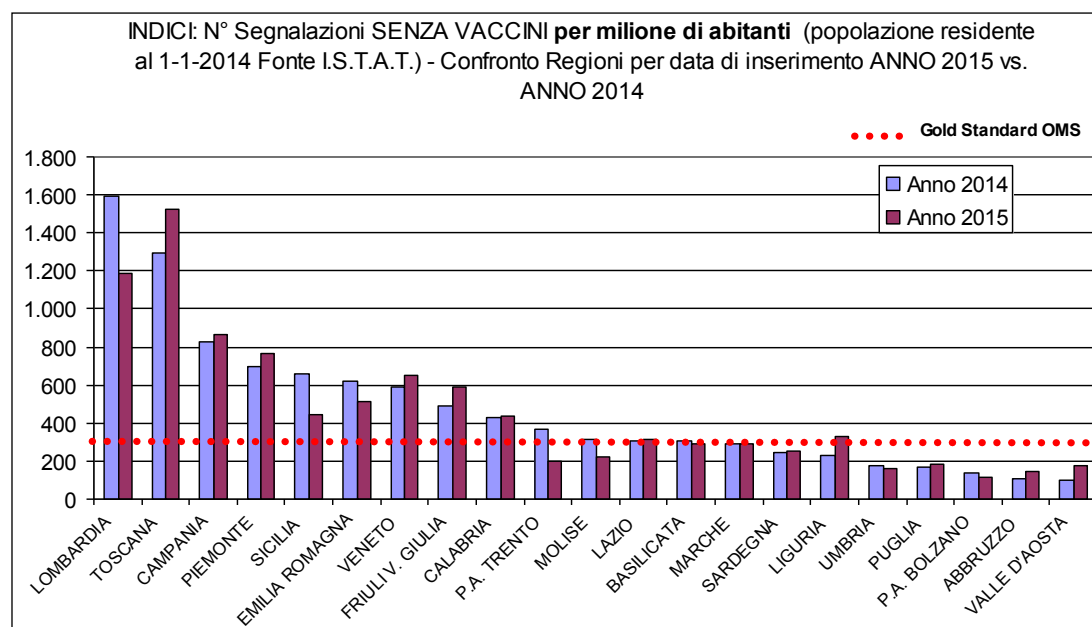
La Tabella illustra come alcune Regioni quali P.A. Trento, Molise, Basilicata, abbiano diminuito la raccolta delle ADRs durante il 2015, non raggiungendo il Gold Standard, rispetto al 2014 quando invece avevano raggiunto l'obiettivo. Tale decremento è sicuramente dovuto ad una riduzione della segnalazione da parte degli operatori sanitari in generale. Altre regioni, quali Puglia, Marche, Sardegna, Valle d'Aosta, Umbria, Abruzzo, e P.A. Bolzano, non raggiungono il Gold Standard neanche per l'anno 2015.

Analizzando le Reazioni Avverse a farmaco e stratificandole per gravità si osserva: 60,56% non gravi (3.700), 36,75% gravi (2.245), 1,95% non definite (119) e 0,74% con decesso (45).

Se consideriamo solo le ADRs gravi (2.245)



A cura della Direzione
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



Percentuale di segnalazione	Aziende	N° SEGNALAZIONI PER GRAVITA': TOSCANA - 2015			
		N° SEGNALAZIONI ASSOLUTO		PER MILIONE DI ABITANTI	
		ADR GRAVI	ADR NON GRAVI	ADR GRAVI	ADR NON GRAVI
AREA VASTA CENTRO 59,68%	FIRENZE	756 (36.20%)	1.332 (63.80%)	907,82	1599,49
	PRATO	89 (25.50%)	260 (74.5%)	351,44	1026,67
	PISTOIA	29 (19.59%)	119 (80.41%)	99,39	407,83
	EMPOLI	35 (43.75%)	45 (56.25%)	144,81	186,18
	A.O. MEYER	36 (33.9%)	70 (66.10%)		
	A.O.U. CAREGGI	350 (40.74%)	509 (59.26%)		
AREA VASTA NORD-OVEST 23,31%	PISA	259 (49.05%)	269 (50.95%)	756,57	785,78
	LIVORNO	32 (18.82%)	138 (81.18%)	91,12	392,97
	VERSILIA	17 (23.61%)	55 (76.39%)	101,79	329,31
	LUCCA	43 (31.39%)	94 (68.61%)	188,94	413,03
	MASSA	26 (18.70%)	113 (81.30%)	129,79	564,08
	A.O.U. PISANA	227 (61%)	145 (39%)		
AREA VASTA SUD-EST 17,01%	AREZZO	303 (68.09%)	142 (31.91%)	874,05	409,62
	GROSSETO	63 (25.2%)	187 (74.8%)	279,88	830,75
	SIENA	20 (23.52%)	65 (76.48%)	73,85	240,01
	A.O.U. SENESE	109 (42.74%)	146 (57.26%)		



A cura della Direzione
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale

la distribuzione per gravità ha il seguente andamento: 60% Ospedalizzazione o prolungamento dell'ospedalizzazione, 34,8% altra condizione clinicamente rilevante, 4,5% pericolo di vita e infine 0,7% invalidità grave o permanente. Tale risultato supera il rapporto atteso tra reazioni gravi (30%) e non gravi (70%).

In alcune realtà, quali le ex Aziende di Firenze (36,20%), Empoli (43,75%), Pisa (49,05%), Lucca (31,39%) e Arezzo (68,09%), si rileva un'incidenza ancora maggiore delle reazioni gravi rispetto a quelle non gravi.

La distribuzione delle ADRs totale (6.109) comprende: 6.083 segnalazioni inserite dalle 3 Aree Vaste, 16 inserite dal Centro Regionale di Farmacovigilanza, 1 attribuita da AIFA alla Toscana e 9 inserite dalle aziende farmaceutiche.

Confrontando le varie Aree Vaste si nota come l'Area Vasta Centro registri il maggior numero di segnalazioni pari al 59,68%, e in particolare come l'Azienda Sanitaria di Firenze (34,3% delle segnalazioni totali) e l'A.O.U. Careggi (14,1%) rappresentino i maggiori segnalatori.

Se si considera invece l'analisi (6.109) delle

segnalazioni totali (gravi-non gravi) per **esito**, si nota che le reazioni hanno portato nel 49,05% dei casi a miglioramento (2.997), nel 26,8% a risoluzione completa della reazione avversa (1.637), nel 19,65% l'esito non è disponibile (1.200), nel 2,86% il paziente non è ancora guarito (175), nello 0,9% a risoluzione con postumi (55), e solo nello 0,74% a decesso (45).

L'analisi delle fonti di segnalazione evidenzia che in Toscana il 74,5% delle segnalazioni proviene da medici ospedalieri rispetto al 44,4% del dato nazionale, seguiti da medici di medicina generale (9,1%), medici specialisti (4,9%), farmacisti (2,8%), assistenti sanitari (2,4%), infermieri (2,2%) e cittadini (2,1%), che analogamente agli operatori sanitari, possono effettuare la segnalazione di reazione avversa a farmaco, tramite una specifica scheda.

Si nota, in particolare, la maggiore percentuale di segnalazioni provenienti da medici di medicina generale rispetto al dato nazionale (9,1% vs 5,2%). Inoltre la segnalazione da parte dei cittadini (2,1%) è paragonabile a quella degli infermieri (2,2%).

Analizzando la distribuzione delle segnalazioni per categoria ATC, vaccini inclusi, inserite nel 2015, si nota che le categorie di farmaci che hanno maggiormente determinato ADRs, sono: farmaci del Sangue ed organi emopoietici (23,7%), Antinfettivi generali per uso sistemico (21,3%), farmaci del Sistema Nervoso (18,7%), farmaci Antineoplastici (10,1%), farmaci per il Sistema cardiovascolare (8,6%), farmaci per il Sistema muscolo-scheletrico (7,5%), e farmaci dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo (7,2%).

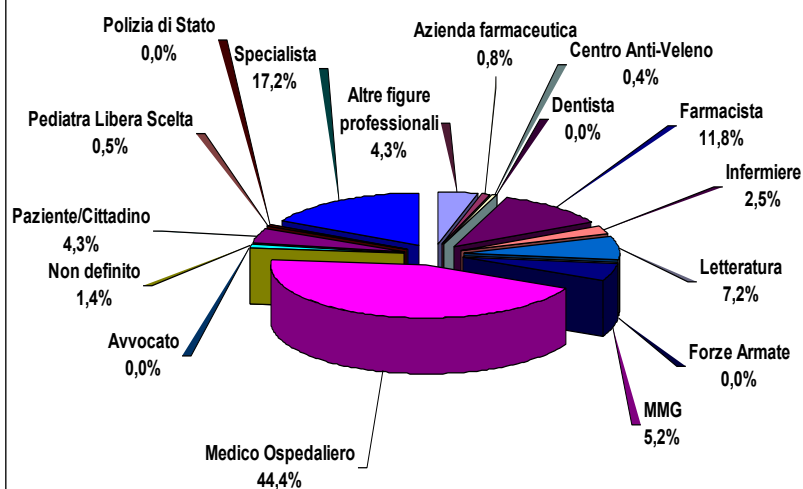
Ordinando le segnalazioni in base al principio attivo si nota che i primi venti principi attivi che hanno determinato il maggior numero di reazioni avverse appartengono alle categorie ATC indicate, con una maggior incidenza di acido acetilsalicilico e warfarin (ATC B) seguiti da amoxicillina/acido clavulanico (ATC J), insuline (ATC A) e paracetamolo/codeina (ATC N).

Nell'anno 2015, in concomitanza con la campagna vaccinale gratuita con Bexsero (a partire dal 01/01/2015) e con la diffusione dell'infezione da Meningococco, è stato registrato un aumento del numero di ADRs relative a vaccini, in particolar modo quelli coinvolti nella campagna vaccinale.

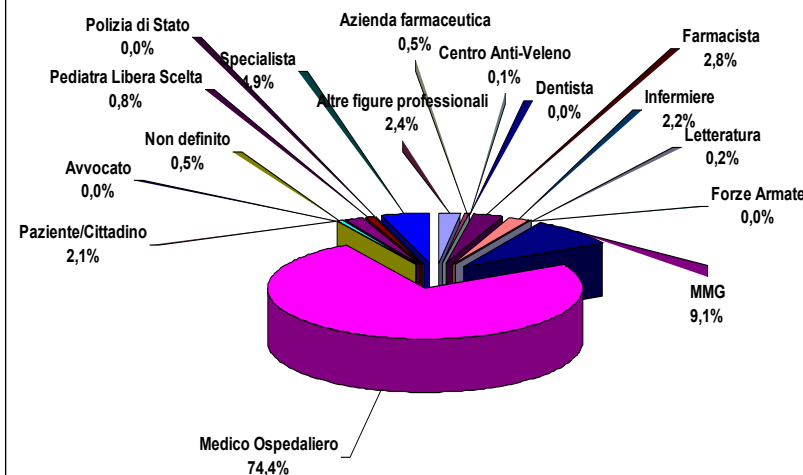
La Tabella riporta il numero di segnalazioni per ogni singolo vaccino coinvolto. Si evince che la maggior parte delle Reazioni Avverse è da imputare al Bexsero, Menveo, Infanrix Hexa e Prevenar 13.

Analizzando i vaccini coinvolti, si evince che la maggior parte delle segnalazioni sono dovute a vaccini contro il meningococco B, C e ACWY. Considerando la distribuzione delle segnalazioni totali per gravità, si nota che il 18,3% sono gravi,

Fonte di segnalazione - Italia 2015



Fonte di segnalazione - Toscana 2015



DISTRIBUZIONE SEGNALAZIONE PER ATC - TOSCANA (esclusa letteratura)				
ATC	2014	%	2015	%
J	1.151	22,6	1.304	21,3
N	908	17,9	1.141	18,7
B	896	17,6	1.448	23,7
A	523	10,3	438	7,2
M	460	9,0	457	7,5
L	448	8,8	614	10,1
C	444	8,7	528	8,6
V	156	3,1	172	2,8
G	107	2,1	66	1,1
H	96	1,9	107	1,8
R	81	1,6	72	1,2
S	21	0,4	28	0,5
D	18	0,4	18	0,3
P	13	0,3	7	0,1

N.B. È collegato al codice ATC il 95% dei farmaci riportati come sospetti. La percentuale di incidenza degli ATC è calcolata sul numero delle segnalazioni totali degli ATC 2014 (5.084) e 2015 (6.109).

B: Sangue ed Organi emopoietici **N:** Sist. Nervoso **J:** Antinfettivi generali per uso sistemico
A: App. Gastrointestinale e Metabolismo **M:** Sist. Muscolo-scheletrico **C:** Sist. Cardiovascolare
L: Antineoplastici ed Immunomodulatori **V:** Vari **G:** Sist. Genitourinario ed Ormoni Sessuali
H: Ormoni esclusi gli ormoni sessuali **R:** Sist. Respiratorio **S:** Organi di Senso **D:** Dermatologici
P: Antiparassitari, insetticidi e repellenti

PRINCIPIO ATTIVO (CON VACCINI)	N° SEGNALAZIONI
ACIDO ACETIL SALICILICO (ATC B)	547
WARFARIN (ATC B)	459
AMOXICILLINA/ACIDO CLAVULANICO (ATC J)	310
INSULINA (ATC A)	278
PARACETAMOLO/CODEINA (ATC N)	134
BEXSERO (ATC J)	131
KETOPROFENE (ATC M)	103
METFORMINA (ATC A)	103
LEVOFLOXACINA (ATC J)	102
CEFTRIAXONE (ATC J)	93
IBUPROFENE (ATC M)	83
ENOXAPARINA (ATC B)	81
PARACETAMOLO (ATC N)	76
DICLOFENAC (ATC M)	75
RIVAROXABAN (ATC B)	72
DABIGATRAN (ATC B)	68
MENVEO (ATC J)	68
TICLOPIDINA (ATC B)	66
AMOXICILLINA (ATC J)	65
LORAZEPAM (ATC N)	60

DISTRIBUZIONE VACCINI - TOSCANA 2015	
BEXSERO (B)	181
MENVEO (ACWY)	67
INFANRIX HEXA	48
PREVENAR 13	46
MENJUGATE (C)	22
PRIORIX TETRA	20
BOOSTRIX	9
PRIORIX	8
IMOVAX TETANO	5
NIMENRIX (ACWY)	5
TETRAVAC	5
POLIOINFANRIX	4
VARIVAX	4
ROTARIX	3
ANATETALL	2
MENINGITEC (C)	2
M-M-RVAXPRO	2
PREVENAR	2
ANATOSSINA TETANICA	1
ENGERIX B	1
FLUAD	1
HAVRIX	1
MMR II	1
STAMARIL	1
VAXIGRIP	1

mentre il 78,6% sono non gravi ed attese come febbre, dolore e gonfiore in sede di vaccinazione ed eruzione cutanea generalizzata.

Nonostante la certezza della sottostima della segnalazione, si ritiene che tale rilevazione rappresenti la sicurezza nell'uso di tali vaccini.

Concludendo, la Regione Toscana, insieme a molte Regioni italiane, mantiene efficienti i vari sistemi e organizzazioni di Farmacovigilanza,

sempre in linea con le nuove normative e le nuove esigenze che di volta in volta impattano l'intero sistema, grazie ad un'efficiente monitoraggio di tutte quelle segnalazioni di Reazione Avversa a farmaco, dispositivo medico, fitoterapico e cosmetico, al fine di tutelare la salute pubblica e di non esporre a rischi i cittadini che utilizzano tali prodotti.

TM



A cura della Direzione
Diritti di cittadinanza
e Coesione Sociale



Erasmo Bitetti,
Pediatria.
Direttivo Provinciale
FIMMG Matera.

ERASMO BITETTI

I servizi informatici a supporto della cura: le app medicali

Pubblichiamo un Estratto dalla Relazione del dr. Erasmo Bitetti al Workshop "Quale organizzazione: Etica dell'organizzazione in Sanità" 3ª CONFERENZA NAZIONALE DELLA PROFESSIONE MEDICA E ODONTOIATRICA RIMINI 19-21 maggio 2016

Nessuna delle scoperte dell'uomo esprime compiutamente quello che da esse ne è derivato come sviluppo: questo vale anche per l'informatica, i cui sviluppi nei vari campi applicativi non possono che derivare da una creatività e progettualità niente affatto scontate. La nascita dei PC non avrebbe prodotto i cambiamenti che oggi abbiamo sotto gli occhi se non fosse accaduto un altro evento decisivo: in Italia 30 anni fa si realizzò il primo collegamento alla rete Internet che metteva le basi di una connessione globale. (Figura 1)

Il Prof. Enrico Coiera del *Centre for Health Informatics della Macquarie University di Sidney* descrive così lo stato attuale della sanità digitale: - Chi lavora nell'ambito della e-health vive in due universi contraddittori. Il primo universo è quello del nostro eccitante futuro nella salute digitale. Questo lucci-

cante paradiso carico di *gadget* vede la tecnologia in armonia con il sistema sanitario, che è diventato flessibile, personale ed efficiente. Le malattie soccombono sotto l'assalto furioso dei big data e di miracolosi orologi intelligenti. Governo, industria, medici e cittadini si tengono per mano intorno al falò dell'innovazione. Il secondo universo è ... il mondo preoccupante in cui i medici cercano di limitare i danni, costretti a utilizzare sistemi informatici chiaramente mal funzionanti. Le cartelle cliniche elettroniche assorbono tutto il tempo a disposizione dei professionisti e non si adattano alla pratica clinica. I dati della nostra salute personale passano di mano in mano su chiavette illegali, fino a quando finiscono nelle grinfie di ricettatori senza scrupoli. Entrambi questi universi sono reali.

Tra le risorse digitali utilizzabili a fini di diagno-

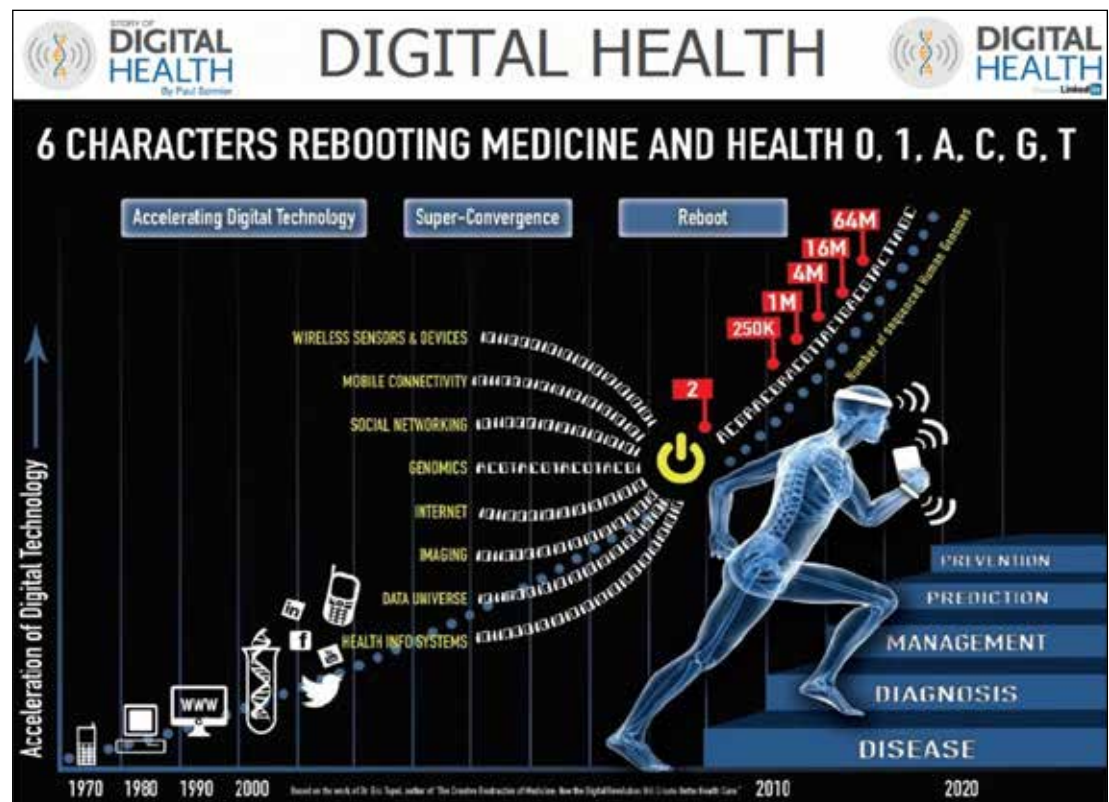


Figura 1

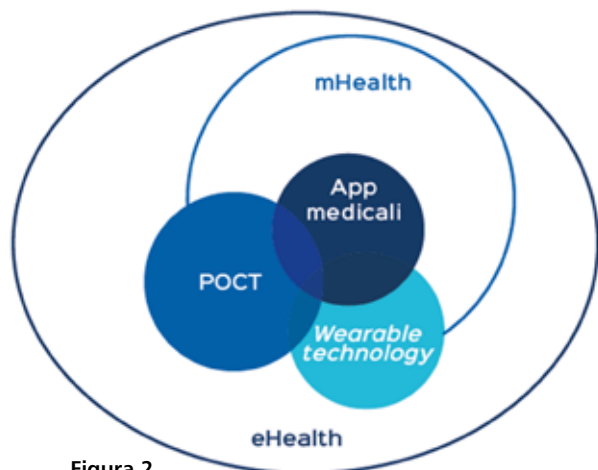


Figura 2

si e cura un posto di assoluto rilievo occupano le **app per la salute**, *software* applicativi progettati per dispositivi mobili (*smartphone*, *tablet* e *smartwatch*), il cui numero supera ormai le 150.000, con circa 5000 app localizzate in lingua italiana. Questa enorme diffusione è dovuta a quattro ragioni principali: la facilità con cui vengono installate ed aggiornate; la connettività "nativa" con cui interagiscono in rete e con altre app sullo stesso dispositivo; l'estrema modularità; la continuità della connessione, in qualsiasi luogo e momento.

Le app per la salute rientrano nel più ampio settore del **mobile Health** "pratica medica e di salute pubblica supportata da dispositivi mobili,

dispositivi per il monitoraggio dei pazienti, dispositivi di assistenza personale (PDA) ed altri strumenti *wireless*" (OMS). (Figura 2)

La tecnologia delle app dà nuovo impulso al Point-of-Care Testing (**POCT**), cioè esami medici sul (o in prossimità del) posto di cura del paziente. Il POCT aumenta la probabilità che il paziente, il medico e il team di assistenza dispongano dei risultati degli esami quasi contemporaneamente all'atto della misurazione.

È così possibile **l'adozione in tempo reale di decisioni** sulla gestione clinica del caso, migliorandone sicuramente l'esito clinico, e potenzialmente minimizzando le risorse impegnate.

La tecnologia dei **dispositivi indossabili** (wearable technology), che rende disponibili sistemi di **sensori** e relative unità di acquisizione, di condizionamento e trasmissione dei segnali, per il **monitoraggio** a medio o lungo termine di diversi parametri di interesse clinico, trae ovviamente vantaggio sia dalla tecnologia **lab-on-chip**, sia da quella delle **app**. Ne risulta una **tecnologia estremamente poco invasiva**, che può rendere il **monitoraggio continuo e i dati immediatamente fruibili** qualora richiesto.

Il 70% delle app per la salute è rivolto al settore del benessere del consumatore (app per il mantenimento della forma fisica - *fitness app* -; app per il controllo *degli stili di vita*, es. fumo, diete; *diary app*; *reminder app*; app per *accesso ai servizi sanitari* es. CUP online, Qurami- teleticket per evitare le file).

I PORTALI SPECIALIZZATI

	http://medicapp.info/appmediche/	Portale curato da una società di sviluppo software (Stratos SpA). Contiene ad oggi una selezione di circa 15.000 app mediche, ricercabili tramite diversi filtri. <u>Sviluppata anche la APP per l'accesso al portale.</u>
	http://www.imedicalapps.com/	Portale delle app sulla salute disponibili sul mercato USA . Ciascuna App è sottoposta alla valutazione di un gruppo di medici. Ha anche una sezione per i pazienti.
	http://myhealthapps.net/	Portale di app testate direttamente dai pazienti. Le app sono organizzate per categorie ed è disponibile sia la valutazione dei pz che il referaggio di organismi accreditati. (80 ca le app in lingua italiane)

Figura 3

App mediche e tutela della privacy

"GLOBAL PRIVACY SWEEP 2014"

I RISULTATI DELL'INDAGINE SVOLTA DA 26 AUTORITÀ PER LA PRIVACY DI TUTTO IL MONDO

- Esaminato un campione di oltre **1200 app** dal 12 al 18 maggio 2014;
- Il Garante italiano ha esaminato app del **settore medico** o di **wellness**.

RISULTATI

- **3/4 delle app prese in esame chiedono uno o più permessi**, generalmente per quanto riguarda dati di localizzazione, ID del singolo dispositivo, accesso ad altri account, alle funzioni di videoripresa ed alla rubrica;
- **Nel 59% dei casi è stato difficile per le autorità reperire un'informativa privacy prima dell'installazione.** In molti casi sono ben poche le informazioni disponibili prima del download sulle finalità della raccolta o sull'utilizzo successivo dei dati, oppure si fornisce un link ad una pagina web contenente un'informativa privacy che non corrisponde alle specifiche dell'app;
- **Per quasi 1/3 delle app (31%) risultano problematici i termini del consenso.** Le informazioni cui si chiede di accedere appaiono eccedenti rispetto alle funzionalità offerte dall'app, almeno alla luce dell'informativa privacy e delle modalità di funzionamento dell'app riscontrate dalle autorità.
- **Nel 43% dei casi l'informativa privacy non era stata adattata alle ridotte dimensioni del monitor.** Talora il testo è di difficile lettura o verboso, per cui si rende necessario scorrere o cliccare più pagine.
- **Assai contenuta (15%) risulta la percentuale di app dotate di un'informativa privacy realmente chiara.**

Global Enforcement (GPEN)
Rete globale per l'applicazione delle norme in materia di privacy. Comprende, ad oggi, 57 Autorità in 43 Paesi. E' stato costituito nel 2010 facendo seguito ad una raccomandazione dell'OCSE. L'obiettivo è quello di promuovere la cooperazione internazionale fra le autorità di controllo in materia di privacy.

Principi di **pertinenza e non eccedenza** (art. 11, comma 1, lett. d) del Codice Privacy.

Figura 4

Il 30% delle app per la salute è dedicato al mercato professionale: si tratta di vere e proprie **app mediche** o **app per la cura**. Le possiamo così suddividere:

- 1) *App per la gestione di patologie specifiche*, collegate a dispositivi esterni (o integrati in essi) quali glucometri, bracciali per la misurazione della pressione arteriosa.
- 2) *App per l'autodiagnosi*, es. per la misurazione della vista, dell'udito.
- 3) *App per il calcolo del rischio* (malattie cardiovascolari, melanoma).
- 4) *Reference app funzionali alla diagnosi e cura* (esempi: l'app "La borsa del medico" realizzata dalla SIT Società italiana di telemedicina, l'app "Algoritmi AMD" Associazione medici diabetologi per la terapia personalizzata del diabete mellito, le app per la gestione dei farmaci).
- 5) *App funzionali ad applicazioni di telemedicina*.

Tra i più recenti progetti di ricerca biomedica nel settore dei dispositivi mobili si segnalano uno in campo pneumologico (esecuzione di una spirometria attraverso l'utilizzo di un semplice *smartphone*) ed il Progetto Radar Cns (utilizzo di dispositivi indossabili per la prevenzione ed il trattamento di depressione, sclerosi multipla ed epilessia).

Come fare ad orientarsi tra le migliaia di app per la salute?

Esistono dei **portali specializzati** per i consumatori (*My health apps*) ed altri per la classe

medica (*iMedicalApps*, *Medicap Collection*, *Mo-bimed*). (Figura 3)

Negli indirizzi applicativi dell'**art. 78 del Codice deontologico** (tecnologie informatiche) si legge che "*Il medico contrasta ogni uso distorto e illusorio delle tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici sul versante commerciale, dell'informazione ai cittadini e della pubblicità sanitaria.. e si pone sempre come garante della correttezza, scientificità e deontologia dell'uso dello strumento informatico*". Spetta quindi al medico, non solo conoscere gli strumenti informatici al servizio della salute, ma anche indirizzare i pazienti al loro uso corretto: nella provincia di Trento il progetto Trec di FSE già prevede la possibilità di "prescrivere un app" ai pazienti, in particolare per migliorare il monitoraggio domiciliare della pressione arteriosa. In Europa tutte le app mediche realizzate per finalità di diagnosi, cura e prevenzione sono equiparate a veri e propri **dispositivi medici** e come tali sottoposte a specifica regolamentazione. Non mancano importanti criticità in merito alla certificazione di qualità, alla privacy e ad aspetti bioetici (modifica delle relazioni medico/paziente). (Figura 4)

La mHealth è una tappa evolutiva fondamentale nello sviluppo dell'informatica e potrebbe contribuire alla trasformazione della sanità, aumentandone qualità ed efficienza, spostando la cura dagli ospedali al territorio, favorendo un ruolo più attivo dei pazienti (*empowerment*), di-

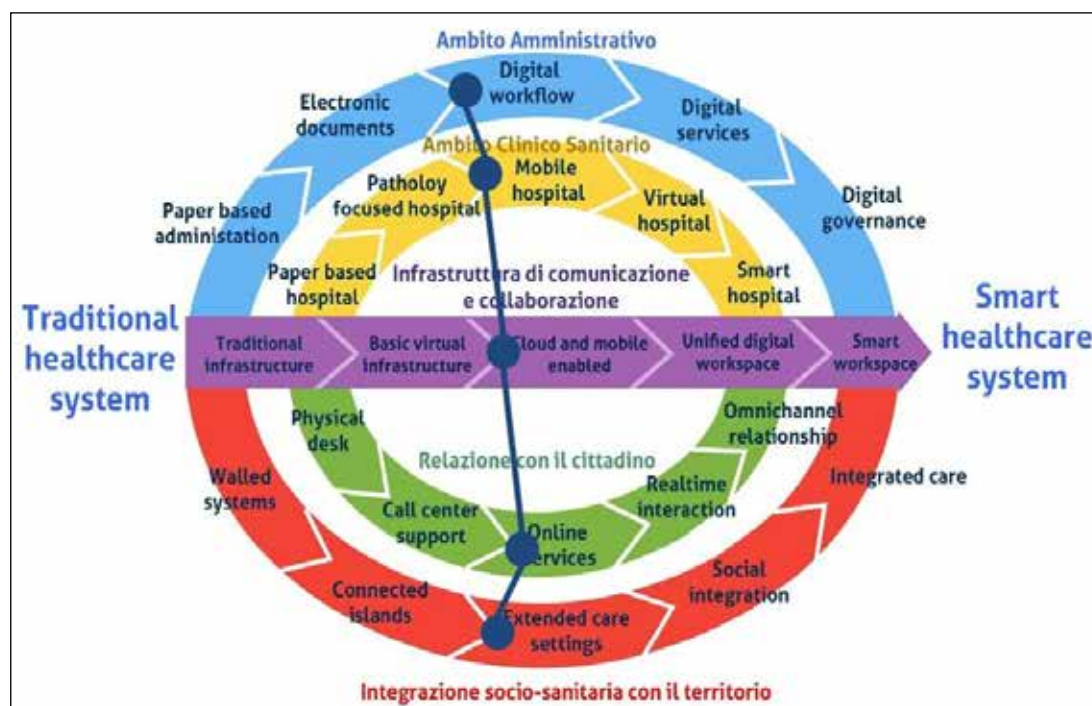


Figura 5 - Fonte: Osservatorio Politecnico 2015

Ostacoli allo sviluppo della sanità elettronica

Nonostante le opportunità e i vantaggi la diffusione su vasta scala della sanità elettronica è intralciata dai seguenti ostacoli:

- sensibilizzazione carente e scarsa fiducia nelle soluzioni di sanità elettronica da parte di pazienti, cittadini e operatori sanitari;
- mancanza di interoperabilità tra le soluzioni di sanità elettronica;
- poche prove concrete su vasta scala dell'efficacia sotto il profilo dei costi degli strumenti e dei servizi di sanità elettronica;
- assenza di chiarezza giuridica sulle applicazioni mobili nel settore sanitario e del benessere e mancanza di trasparenza sull'uso dei dati rilevati con tali applicazioni;
- inadeguatezza e frammentazione dei quadri giuridici, ad esempio per quanto riguarda i regimi di rimborso dei servizi di sanità elettronica;
- elevati costi iniziali per chi intende realizzare sistemi di sanità elettronica;
- differenze a livello regionale relative all'accesso ai servizi TIC, accesso limitato in aree svantaggiate.

Figura 6

ventando il volano per la telemedicina. (Figura 5) Nonostante rimangono ostacoli anche di natura culturale allo sviluppo della sanità elettronica (Figura 6) si iniziano ad intravedere dei segnali positivi: una commissione governativa si occuperà di censire e rendere pubbliche tutte le esperienze di telemedicina, validare le migliori, attribuire loro un valore economico per la successiva inclusione

nei LEA. Si va così nella direzione auspicata dal prof. Coiera, quella di una *Evidence-based-health-informatics (EBHI)*, un passaggio importante perché la sanità digitale non sia più un miraggio ma inizi ad essere realtà.

TM

Info: erasmobitetti@gmail.com



Stefano Grifoni,
Direttore della Medicina
e della Chirurgia
d'Urgenza e di
Accettazione dal 2003.
Specialista in Medicina
Interna, Malattie del
Cuore e dei Vasi,
Malattie dell'Apparato
Respiratorio, corso di
formazione in Medicina
di Urgenza, Harvard
Boston.

STEFANO GRIFONI

Un vanto della cultura toscana: la medicina di emergenza-urgenza.

Un ricordo di Giancarlo Berni

Non potrei parlare della Medicina di Urgenza in Italia, in Toscana e a Firenze senza ricordare il Prof. Giancarlo Berni, che fino al 2005 ha ricoperto la carica di Direttore del Dipartimento di Emergenza e Accettazione di Careggi. A lui devo la mia formazione professionale. Tutte le professioni, se esercitate responsabilmente, impongono delle scelte, ma la medicina, avendo a che fare con la salute e la vita dei cittadini, ne impone di maggiori. E con il professore, nel tempo, di scelte e di cambiamenti ne abbiamo fatti in nome e in onore di una professione alla quale abbiamo sempre creduto, lavorando instancabilmente con la forza e l'entusiasmo che lui riusciva a comunicare insieme alla sua umanità, passione, rigore scientifico, coraggio e generosità. Tutte qualità messe a disposizione dei suoi allievi e dei suoi pazienti con una grande capacità di diffondere il proprio sapere. Ho incontrato il Prof. Berni nell'ottobre del 1980 a Santa Maria Nuova dove il professore dirigeva il reparto di Medicina Interna. E qui svolgeva la sua attività anche nella cosiddetta "astanteria". Forse molti ricorderanno quei tempi quando i medici erano normalmente impegnati all'interno dei reparti e poi, a turno, dovevano "coprire" il servizio di emergenza.

L'ambiente dedicato al Pronto Soccorso era costituito di solito da uno spazio piccolo, spesso niente più che un corridoio ingombro di barelle, collocato immediatamente all'ingresso dell'Ospedale: accanto al Pronto Soccorso c'erano le Astanterie, dove sostavano i malati in attesa di essere indirizzati nei reparti. Il professor Berni dette vita nel tempo ad un rilevante cambiamento culturale e strutturale di questi luoghi e oggi i risultati sono sotto gli occhi di tutti. Grandi pronto soccorsi chiamati medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza, come quello di Careggi che è stato inaugurato nella sostanza e capacità di intervento nel luglio 2015, esempio strutturale e architettonico illuminato e che vanta ad oggi spazi per circa

4000 metri quadrati, a cui si rivolgono migliaia di cittadini non soltanto per un problema acuto insorto improvvisamente, ma anche per poter ottenere rapidamente una risposta. Negli ultimi dieci anni il numero degli accessi al PS di Careggi è passato da 34.000/anno a circa 100.000/anno. Non basta: oggi il 70 % delle persone che si rivolgono al Pronto Soccorso lo fanno di loro iniziativa, spontaneamente, ovvero senza altre intermediazioni esterne, forse perché non hanno ricevuto una risposta adeguata ai loro bisogni in altre sedi o forse semplicemente perché non l'hanno mai cercata. Infatti negli anni si è diffusa una nuova cultura e una nuova sensibilità nella popolazione. Il Pronto Soccorso è ritenuto un luogo dove è possibile risolvere qualsiasi problema e l'85% dei cittadini riconosce il Pronto Soccorso come la risposta valida alle proprie esigenze.

Quale doveva essere la figura del medico all'interno di queste strutture?

Esattamente quella di un medico dedicato, con una idea dinamica della assistenza, che onora la sua professione risolvendo i problemi dei cittadini bisognosi di cure; un operatore orientato verso un approccio olistico alla medicina, in cui si privilegia la complessità dell'insieme dell'organismo umano rispetto alle singole parti che lo compongono. Un medico che deve sapere, ma anche saper fare, e mentre pensa e riflette, deve agire. Volevamo una medicina tempo dipendente, rapida, in grado di dare risposte immediate attraverso percorsi e protocolli. Nel poco tempo che spesso c'è a disposizione nel trattamento dei pazienti critici, questo medico deve effettuare una diagnosi e allo stesso tempo inserire devices e cateteri nel corpo dei pazienti. Rapido pensiero diagnostico e rapidità di azione, consapevole e addestrata. La rapidità di azione esige idee chiare sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico. Questa è la medicina, che il prof Berni voleva realizzare sempre più dedicata alle problematiche della emergenza/urgenza.

Si pensi quindi a quale grande evoluzione ma anche grande rivoluzione culturale, strutturale e organizzativa si è affermata nel tempo. Guidati dal professore siamo riusciti a risolvere uno dei grandi problemi di salute pubblica grazie ad un cuore e una mente aperta, grazie al pensiero di soccorrere tutti i cittadini che chiedevano aiuto con la applicazione operativa e morale e etica della professione medica, riuscendo a coinvolgere tutta la nostra scuola fiorentina di medicina di urgenza, lo stato, le regioni e la regione Toscana nelle sue più alte istituzioni, il presidente, gli assessori alla sanità e i successivi direttori generali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi. Da una angusta Accettazione, come solo atto amministrativo, supervisionata dal medico, si è passati ad un accurato inquadramento diagnostico ed alla estensione della osservazione dei pazienti in locali adiacenti al Pronto soccorso fino a 24/48 ore per decidere se lo stesso debba essere ricoverato o non ricoverato. Il medico in queste strutture opera quindi attraverso la funzione di filtro garantendo l'appropriatezza del ricovero e quindi l'intensità di cure. Da una funzione di ricovero diretta dei pazienti critici verso le aeree specialistiche di cure intensive oggi nel Pronto Soccorso sono nate le Emergency Room destinate ad una diagnostica di alto livello e alla stabilizzazione del paziente anche con ricorso a procedure invasive.

Con il prof. Berni abbiamo perseguito nel tempo un processo evolutivo che ha portato ad una separazione sempre più evidente fra l'*Emergency Medicine* – specialità tempo correlata – dove il tempo diventa una variabile critica di successo del processo decisionale e la intensive e critical care, dove l'assistenza rapportata alla evoluzione del quadro clinico è indipendente dal tempo e dove il paziente viene inviato dopo una fase di inquadramento e di stabilizzazione svolta in Pronto Soccorso. Ho visitato tanti ospedali nel mondo per conoscere modelli organizzativi diversi, per vedere lavorare chi ormai in *Emergency Medicine* operava da anni e sono stato in tanti paesi dove la medicina di urgenza si era già evoluta grazie anche alle macroemergenze, che costituiscono un terreno tipico in cui la medicina d'urgenza deve operare rapidamente ed in modo efficace. Basti pensare a calamità naturali come tornado, cicloni, terremoti, alluvioni, ad eventi infausti come le guerre, o a disastri come quello delle torri gemelle nel 2001, e degli attentati ormai all'ordine del giorno. Mi ricordo che tutte le volte che partivo lui si preoccupava che avessi i soldi necessari per il soggiorno di lavoro e come un padre mi faceva sempre tutta una serie di raccomandazioni: come un padre ma soprattutto come un maestro che dava movimento al pensiero e che trasmetteva l'amore per l'arte medica che è l'unico modo di insegnare, innescare cioè la passione e il desiderio

di conoscere e di migliorarsi. Negli anni dei miei soggiorni di studio all'estero ho visto operare questa medicina in contesti che in Italia erano allora addirittura inimmaginabili acquisendo la consapevolezza che nel mondo la medicina di urgenza era una dei punti di forza del sistema sanitario mentre da noi in Italia ancora negli anni Novanta stentava a nascere autonomamente ed a strutturarsi all'interno degli ospedali e delle realtà universitarie. In quegli anni la metodologia clinica e la semeiotica avevano difficoltà a rinnovarsi rispetto all'evoluzione tecnologica perché la tecnologia non può sostituirsi al medico ma lo aiuta nel sostenere il sospetto clinico. È certo che la tecnologia sia un elemento strategico in una medicina tempo-correlata dove il tempo ha un suo reale valore, un immenso valore, dove si respira continuamente la paura della malattia e della morte, della invalidità, dove il referto medico è vissuto come una condanna o una assoluzione, dove le persone vivono il dramma del lutto, piangono e pensano con ansia al loro futuro. Per questo il Prof. Berni fece inserire nel 2000 all'interno delle strutture di emergenza le radiologie utili per velocizzare il percorso del paziente e oggi l'ecografia e la formazione ecografica di tutte le parti del corpo è nel bagaglio del medico di emergenza. E poi l'idea della formazione dei giovani medici che doveva trovare in Italia non una frammentazione di insegnamenti ma un solo corso di specializzazione, quello della Medicina d'Urgenza certificato da una scuola, quella della Harvard, che da anni operava in America in questo settore. E così insieme alla Università degli Studi di Firenze e alla Regione Toscana si è concretizzato un ulteriore sogno, quello della scuola di specializzazione: non più ramo della Medicina Interna ma specializzazione autonoma che oggi opera su tutto il territorio italiano. Da questo insegnamento nascono i nuovi medici che si addestrano sul campo nelle strutture ospedaliere. Addestramento sul campo perché in Pronto Soccorso tutto diventa più forte, più diretto, meno mediato o stemperato dalla routine, perché niente è programmabile, niente può essere previsto e bisogna essere sempre pronti ad affrontare al meglio qualsiasi evenienza, qualsiasi problematica, e saper agire davanti a situazioni in cui non si può rinviare una decisione, perché dilazionare i tempi può voler dire mettere a rischio la vita del paziente.

Era proprio questo che cercavamo: una medicina moderna, sicuramente più complessa e difficile, che doveva rispondere ad una varietà di condizioni iniziali senza il tempo di acquisire molte informazioni, ma allo stesso tempo una medicina fortemente coinvolgente, con il vantaggio riconosciuto di poter sfruttare le nuove tecnologie e le nuove metodologie in tempi rapidi, quelli che rispondono solo alla necessità di

una veloce diagnosi. Una medicina che opera efficacemente con interventi terapeutici salva vita utilizzando farmaci potentissimi che hanno efficacia solo se somministrati tempestivamente. Una medicina che cerca di assottigliare la barriera tra l'uomo e le sue paure, ed in cui l'ansia del responso non è dilazionabile nel tempo. Sono convinto che questa medicina insegni ad ascoltare ed il medico, per poterla esercitare fruttosamente, deve necessariamente imparare ad ascoltare. È questo un altro insegnamento del mio maestro: ascoltare le persone, le loro storie. E considerare il disagio del paziente che viene a trovarsi in una situazione non attesa, non consueta, disteso su un letto in mezzo ad altre persone che non conosce. Il Prof. Berni riusciva a compiere il miracolo dell'esistenza che si materializza attraverso la sofferenza. Una sofferenza condivisa tra medico e paziente durante tutti gli attimi che vanno dalla diagnosi alla terapia. Mi piace ricordare come quest'uomo sapeva gestire il dolore e la paura dei pazienti con pochi strumenti: l'attenzione, la gentilezza, talvolta una carezza, la simpatia... strumenti poco costosi ma preziosissimi.

Avviandomi alla conclusione penso che la medicina di urgenza indichi un tracciato, un metodo, un mezzo per far avanzare la medicina tutta in un contesto moderno universalistico sostenibile, che vada oltre il modello euristico o quello bayesiano o quello algoritmico. Un metodo che deve basarsi sulle nuove conoscenze scientifiche, sulle nuove disponibilità tecnologiche e sulle nuove terapie. Un metodo che deve contribuire a modificare l'approccio al paziente in emergenza urgenza, riducendo i personalismi del singolo e incrementando il peso dell'organizzazione e dell'intervento in Team a favore della sicurezza del paziente e dell'intero sistema. Oggi la medicina di urgenza riveste un ruolo determinante nella riduzione della mortalità e nel miglioramento dell'autonomia e della qualità della vita. Grazie al suo potenziale diagnostico dovuto alla contemporanea presenza di elevate professionalità e tecnologie, assume un ruolo centrale e difficilmente sostituibile in risposta ad un bisogno soggettivamente percepito come urgente dal cittadino. Infatti oggi costituisce una priorità per i cittadini il poter disporre di buoni servizi di pronto soccorso e la consapevolezza che tali servizi siano effettivamente disponibili fa crescere la fiducia nei confronti dell'intero sistema sanitario. La medicina di urgenza risponde alla nuova cultura delle responsabilità, che accanto ai tradizionali indicatori di efficacia, efficienza ed economicità, si pone come ulteriori obiettivi la correttezza e la trasparenza in tutti gli aspetti della gestione della salute pubblica.

Oggi la medicina di urgenza risponde pienamente al criterio di uguaglianza dei cittadini di fronte alle situazioni a maggior rischio sanitario

e garantisce la fruibilità di interventi di alta specializzazione e delle innovazioni tecnologiche senza distinzioni sociali o di genere religioso o etnico e per questo tutti noi Italiani dobbiamo essere orgogliosi.

La medicina di urgenza è superamento delle criticità burocratiche, per il semplice motivo che non è ammessa burocrazia nel trattamento delle urgenze, dove è necessario e indispensabile puntare dritto allo scopo senza il fraporsi di ostacoli inessenziali. La medicina di urgenza valorizza il rapporto medico-paziente, che deve essere considerato come una componente indispensabile nella strategia dell'atto di cura. Prendendo in effettiva considerazione quanto è percepito dal paziente pone questo rapporto inscindibile per ottimizzare l'efficacia del trattamento in urgenza e ne consente una forte umanizzazione. In conclusione il professore ha generato il cambiamento della professione medica che vive parallelamente al cambiamento sociale. Il cambiamento della società che stiamo vivendo in questi anni dovrà far riflettere sulla necessità di mettere in atto progetti tendenti sempre a proteggere i cittadini più indifesi, più bisognosi di assistenza, progetti che rispondano pienamente ai nuovi bisogni della popolazione in relazione alle nuove sfide sociali legate ai flussi immigratori, all'aumento delle patologie croniche, all'aumento delle disabilità, all'aumento di atti violenti contro le donne, all'aumento degli anziani. Già sono nati i percorsi socio sanitari per le malattie acute dei disabili psichici e fisici, il codice rosa a difesa delle donne vittime di violenza, ed ora è in corso lo studio per la realizzazione di percorsi in uscita dall'ospedale degli anziani soli, malati e abbandonati a se stessi.

Qualcuno ha detto che la medicina è un'arte che viene esercitata in attesa di essere scoperta. Ho sempre pensato che questo straordinario aforisma cogliesse la reale natura delle cose. La medicina è una complessa miscela di arte, nel senso che la tradizione assegna a questo termine, tecnica e metodo scientifico. In questo contesto la medicina d'urgenza può essere vista come una frontiera che coniuga il sapere della scienza medica con una forma particolare di intuizione, che non è ovviamente divinatoria, ma che viene dalla conoscenza e dall'esperienza. È una medicina tempo-correlata, umanistica, che recepisce pienamente il concetto di uguaglianza dei cittadini. Nata in una città come Firenze culla dell'umanesimo. È la medicina che il Prof. Berni ha sempre esercitato e in cui ha sempre creduto, che spero di poter proseguire in suo nome, per valorizzare ancora di più le radici della scuola medica fiorentina per tutti i giovani medici e per tutti i cittadini.

TM

Info: grifonis@aou-careggi.toscana.it

M. MARTELLONI, G. TERRANOVA¹

Gestione diretta dei sinistri in Regione Toscana.

Il punto di vista dei medici legali



Massimo Martelloni,
Presidente COMLAS,
Direttore UOC Medicina
Legale e Clinical Risk
Manager Lucca, Azienda
USL Toscana Nordovest.

Dal 1 gennaio 2010 le Aziende Sanitarie della Regione Toscana gestiscono le richieste di risarcimento avanzate dai cittadini per danni da pretesa responsabilità professionale attraverso organismi multidisciplinari, i Comitati di Gestione dei sinistri (CGS), nell'ambito dei quali è strategica la figura del medico legale. A quasi sei anni dal passaggio alla gestione diretta, è tempo di fare un bilancio almeno sul punto di arrivo attuale.

Dagli Osservatori medico-legali ai Comitati Gestione Sinistri: una lunga storia

Il passaggio alla gestione diretta non è stato un incauto salto nel vuoto: le Aziende Sanitarie avevano infatti alle spalle, come indicato da componenti COMLAS su Difesa Sociale del 2001, circa un decennio di esperienza degli Osservatori medico-legali, nell'ambito dei quali i medici legali si erano già cimentati con la valutazione dei casi di responsabilità professionale e con lo studio epidemiologico del contenzioso, in una fase storica in cui le Compagnie Assicuratrici gestivano in piena autonomia i sinistri avvalendosi dei loro consulenti fiduciari, senza fornire alcun *feedback* né alle Aziende né ai professionisti coinvolti.

L'analisi e lo studio epidemiologico del contenzioso effettuato nell'ambito degli Osservatori (Tecnica Ospedaliera 2002) producevano:

- incontri di approfondimento, che alcuni già all'epoca strutturavano come audit clinici, protocolli e linee guida evidence-based, corsi di formazione sulle tematiche medico-legali emergenti (consenso informato, comunicazione medico-paziente, gestione della documentazione sanitaria),
- indicazioni di comportamento per i professionisti, tra cui l'*input* ad incrementare l'utilizzo del riscontro diagnostico come meccanismo di verifica e di controllo permanente degli *outcomes* in caso di dubbio sulla causa della morte.

Stando ai dati economici (ovviamente riferiti all'epoca e non attualizzati), negli anni immediatamente precedenti il passaggio alla gestione diretta la spesa per assicurare le Aziende Sanitarie ammontava a circa 50 milioni di euro (tra premi e franchigie), mentre sappiamo che solo pochi milioni di euro venivano liquidati dalle Compagnie Assicuratrici per il risarcimento dei danni, con conseguenti azioni di querela da parte degli attori come strumento di pressione per cercare di ottenere una qualche risposta in sede assicurativa.

La gestione diretta: solo un problema di spesa?

A nostro avviso è proprio l'impossibilità, nel tradizionale modello assicurativo, di controllare il processo di gestione del sinistro in tutte le sue fasi e quindi di contenere il contenzioso con interventi di tipo preventivo e limitare le perdite economiche per l'azienda, che, più di ogni altra considerazione o conteggio di natura meramente economica, conferma, ancora oggi, dal punto di vista del *management*, la bontà della scelta operata dal legislatore toscano nel 2009.

I dati contenuti nella recente relazione del Centro Regionale Gestione del Rischio Clinico sull'attività dei CGS del 2014 evidenziano, per quasi tutte le Aziende Sanitarie, una buona performance con positive ricadute in termini di contenimento della spesa, controllo del processo e soddisfazione dei cittadini che, qualora venga ammesso il nesso di causa, riescono ad ottenere un equo risarcimento in tempi ragionevoli. La medesima relazione cita, quali punti di forza dell'esperienza toscana, una maggior consapevolezza del costo economico dei risarcimenti da parte degli operatori sanitari, la riduzione del contenzioso civile ed il crollo di quello penale, tempi ridotti di definizione delle pratiche e di liquidazione, risparmio immediato consistente rispetto ai premi assicurativi pagati annualmente.

A fronte di un 50% di richieste di risarcimento respinte per insussistenza del nesso di causalità, le Aziende Sanitarie liquidano circa 25 milioni di euro all'anno per il risarcimento dei danni causati dalla gestione sanitaria: questo significa che molti cittadini hanno la possibilità, prima negata, di vedersi riconoscere un equo e tempestivo ristoro economico in tempi più brevi rispetto al procedimento giudiziario civile, semplicemente presentando una richiesta all'Azienda Sanitaria (non essendo obbligatorio né rivolgersi ad un legale né premunirsi di una valutazione medico-legale di parte).

La previsione del costo totale annuale dei ri-

¹ Rappresentante COMLAS Regione Toscana, Dirigente Medico di Medicina Legale e Clinical Risk Manager Pisa, Azienda USL Toscana Nordovest

sarcimenti deve tuttavia tener conto non solo del liquidato, ma anche delle somme riservate (ossia accantonate) per i sinistri nei quali la probabilità di un esborso futuro è stimata come *possibile* o *remota*. Si tratta di una valutazione cautelativa, con un intervallo di oscillazione compreso tra i 45 e i 70 milioni complessivi di euro/anno, che saranno liquidati presumibilmente solo in parte. Possiamo inoltre ragionevolmente affermare che, a fronte di una spesa media prevedibile di circa 50-60 milioni di euro all'anno, accedere al mercato assicurativo oggi ci costerebbe almeno 100-120 milioni di euro, cui dovremmo aggiungere il 22% di I.V.A.

Nella valutazione dei costi si deve tener conto del fatto che la gestione diretta è stata realizzata a costo zero, utilizzando personale già presente nelle Aziende.

Gestione diretta e indicatori: come siamo misurati?

Nel bersaglio MeS viene calcolato, nell'ambito dell'indicatore C6.c *Rischio clinico*, il sottoindicatore C6.1.3 *Capacità di gestione del risarcimento*, dato dal rapporto tra il numero di sinistri che hanno avuto una valutazione interna aziendale (sinistri in gestione diretta liquidati + respinti + chiusi senza seguito + aperti con III valutazione) ed il numero di richieste di risarcimento pervenute dal 01.07.2013 al 30.06.2014.

Tale indicatore misura la tempestività, e quindi l'efficienza, con cui l'organismo aziendale definisce la casistica, respingendo oppure accogliendo l'istanza presentata dal cittadino e quindi liquidando il danno. Fermo restando il dato, costante in tutte le Aziende e in linea con i dati della letteratura internazionale, relativo ad un tasso di accoglimento delle richieste del 50% circa, è evidente che un indicatore C6.1.3 molto buono non sta a significare che quella Azienda "paga" molto, ma solo che è in grado di analizzare e concludere tempestivamente le pratiche, dalla fase di ricezione fino all'eventuale respingimento dell'istanza o alla liquidazione, come del resto prevede anche la normativa regionale, che stabilisce una tempistica massima di sei mesi per la definizione del sinistro.

Conclusioni e prospettive future

Pur non essendo ancora disponibili dati nazionali comparabili dal punto di vista economico in merito alla scelta della gestione diretta, possiamo tuttavia affermare, sulla base dei rapporti AGENAS e di analisi comparate (MECOSAN 2014) dei vari sistemi di gestione dei sinistri in sanità:

- che, allo stato dei dati in nostro possesso, il modello toscano presenta costi di gestione più bassi sia rispetto al sistema assicurativo che al sistema misto;
- che il controllo del processo in ogni fase consente, da una parte, di mettere in atto interventi di natura preventiva, dall'altra di avere un continuo *feed-back* sull'andamento delle pratiche e quindi di rimodulare, in corso d'opera, la valutazione

delle riserve, che risulta essenziale per poter avere stime previsionali attendibili e quindi garantire un idoneo accantonamento;

- che dopo una fase di crescita lineare del contenzioso negli anni '90 e fino ai primi anni del 2000, documentata sia nei rapporti in ambito assicurativo che nei contributi degli Osservatori medico-legali aziendali, di fatto in Regione Toscana il numero complessivo delle richieste di risarcimento annue pervenute dal 2006 al 2014 è sostanzialmente stabile; il dato relativo ad una naturale calmierazione del fenomeno potrebbe essere spiegato in termini di una maggiore attenzione anche per gli aspetti preventivi e il controllo dei rischi;
- che le buone idee hanno le gambe lunghe e che oggi una Regione su 4 è in autoassicurazione;
- che la gestione diretta responsabilizza tutti gli attori del sistema, in primis i professionisti, favorendo una maggiore consapevolezza attraverso il *feed-back* sul proprio operato e stimolando comportamenti proattivi virtuosi finalizzati a controllare i rischi, mentre un ulteriore importante risultato è il recupero del rapporto con il cittadino e la garanzia del diritto ad un equo e tempestivo ristoro economico, se ovviamente vi sono i presupposti medico-legali.

A fronte dei risultati ad oggi abbastanza incoraggianti ed al progressivo allargamento del fenomeno *gestione diretta*, per garantire la tenuta del sistema è necessario investire energie per il futuro e garantire:

- 1) una puntuale valutazione ed un costante aggiornamento delle riserve per poter stimare in modo rigoroso le somme da accantonare e un governo accentrato del sistema, che allo stato delle conoscenze risulta vincente in termini di risparmio;
- 2) l'effettivo accantonamento delle somme e/o la costituzione di un apposito fondo di garanzia regionale, che sollevarebbe le Direzioni Aziendali dalla preoccupazione insita nella gestione degli esborsi legata al bilancio di esercizio;
- 3) la promozione e il sostegno alle attività di *risk management* e prevenzione dei conflitti, garantendo maggiori risorse a chi nelle Aziende studia il contenzioso e gestisce il rischio clinico e utilizzando tali competenze nella fase di progettazione dei processi clinico-assistenziali, da cui spesso vengono escluse perché culturalmente portatrici di una visione "olistica", che tiene conto di tutti i valori in gioco (non solo quelli economici), in primis quelli dell'equità e dell'appropriatezza;
- 4) un mandato forte ed un sistema premiante per le Aziende che riescono a controllare i rischi e a limitare le perdite economiche ed i costi umani della responsabilità professionale, mettendo in atto al contempo meccanismi virtuosi di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni, finalizzato al contenimento della medicina difensiva, anche tramite lo sviluppo di una più virtuosa Slow Medicine.

TM

Info: martellonimassimo.prof@gmail.com

DANIELE DIONISIO

Global Nutrition Report 2016: una guida per l'azione

Lanciato il 14 giugno 2016, il Global Nutrition Report è stato realizzato da un Gruppo Indipendente di Esperti sotto la supervisione e revisione di competenti di settore. Il Report ha beneficiato del supporto finanziario della Fondazione Gates oltreché di CGIAR Research Program on Agriculture for Nutrition & Health, the Children's Investment Fund Foundation, la Commissione Europea, i governi di Canada, Germania e Olanda, Irish Aid, UK Department for International Development (DFID), US Agency for International Development (USAID), e la organizzazione 1,000 Days.



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>

Poche tra le sfide odierne alla comunità globale eguagliano in grandezza quella posta dalla malnutrizione, quale condizione sofferta da almeno una persona su tre e, perciò, problema rilevante di sanità pubblica da cui nessun Paese può dirsi esente.

In termini economici, alla malnutrizione è imputabile la perdita annuale dell'11% del prodotto interno lordo in Africa e Asia, mentre è documentato che la sua efficace prevenzione ha prodotto 'ritorni' di \$16 per ogni dollaro investito.

A livello mondiale, nonostante la condivisione sugli obiettivi da conseguire e qualche reale progresso, il traguardo finale è ancora lontano.

In effetti, slanci propulsivi in anni recenti non sono mancati: nel 2012 la World Health Assembly adottava i '2025 Global Targets for Maternal, Infant and Young Child Nutrition' e l'anno seguente proseguiva con l'adozione di obiettivi per le malattie non trasmissibili (NCDs) inclusivi di targets per la nutrizione.

Nel 2013 poi, al primo 'Nutrition for Growth (N4G) Summit', ci fu l'impegno dei donatori all'erogazione di 23 miliardi di dollari per il miglioramento dei livelli nutrizionali.

Con la 'Second International Conference on Nutrition (ICN2)' nel 2014 e con la definizione recente del periodo 2016-2025 quale 'United Nations Decade of Action on Nutrition', sempre più persone hanno cominciato a riconoscere l'importanza della lotta alla malnutrizione in tutti i suoi aspetti.

Nel 2015, gli 'UN Sustainable Development Goals (SDGs)' includevano l'obiettivo 'ending all forms of malnutrition' quale sfida mondiale basata su un nuovo modo di pensare e agire riguardo alla malnutrizione in tutti i suoi aspetti, e con l'impegno ad eliminarla completamente e per tutti entro il 2030.

Almeno 12 dei 17 SDGs contengono indica-

tori relativi alla nutrizione quale riflesso del ruolo centrico della medesima sullo sviluppo sostenibile.

Il 2016 offre oggi ulteriori opportunità per traslare gli impegni in azione. Queste includono l'adozione da parte dei Paesi di propri targets correlati agli SDGs, l'inarrestato attivismo di Nutrition for Growth, e la crescente leadership sulla nutrizione assunta da un Giappone proiettato ai Giochi olimpici e paralimpici di Tokyo 2020.

Coerente con questi temi, il Global Nutrition Report è l'unica rassegna annuale, indipendente e comprensiva, dello stato della nutrizione su scala mondiale quale iniziativa multi-partner di informazione sui successi e fallimenti nel conseguimento di targets intergovernativi di settore. Il Report documenta, inoltre, il progresso degli impegni assunti e raccomanda azioni per accelerare il raggiungimento degli obiettivi. Come tale, il Global Nutrition Report funge da guida per l'individuazione di consone opportunità di azione e appropriate modifiche di percorso.

Focalizzato sul tema dell'azione e documentazione/misurazione degli impegni S.M.A.R.T. correnti, il Report 2016 analizza il volume di attività richieste per sconfiggere definitivamente la malnutrizione entro il 2030. Targets specifici includono:

- Ridurre del 40% il numero dei bambini con rachitismo
- Ridurre e mantenere la consunzione infantile a meno del 5%
- Alt al sovrappeso nell'infanzia
- Ridurre del 50% l'anemia nelle donne in età fertile
- Aumentare almeno del 50% l'esclusivo allattamento al seno
- Ridurre del 30% il sottopeso alla nascita
- Bloccare negli adulti i trends in crescita di sovrappeso, obesità e diabete.

Invito all'azione

Il report stimola all'azione secondo modelli basilari di intervento:

Attuare scelte politiche tese all'eliminazione di ogni forma di malnutrizione

Il nettissimo calo della malnutrizione in Brasile, Ghana, Perù e nello stato indiano del Maharashtra è stato permesso dalla continuità di impegno in primis dei rispettivi governi. In ultima analisi, sconfiggere la malnutrizione dipende dalle scelte che leaders politici, donatori, organismi della società civile e del settore commerciale e finanziario devono operare a livello globale (internazionale, nazionale e regionale).

Investire di più e distribuire meglio

Investire nella sconfitta della malnutrizione è uno dei compiti più gratificanti che i governi possono adempiere se è vero, come anticipato, che 16 dollari hanno costituito il documentato ritorno per ogni dollaro investito in solidi programmi ad hoc.

Allo scopo governi e donatori dovranno triplicare i livelli di finanziamento nel prossimo decennio, mentre è necessaria maggiore attenzione affinché l'allocazione multisettoriale dei budgets (agricoltura, educazione, settore alimentare, sistema sanitario, protezione sociale, approvvigionamento idrico ed igiene) contempli maggiori risorse per l'eliminazione della malnutrizione in ogni suo aspetto.

Raccogliere informazioni appropriate per massimizzare gli investimenti

L'incompletezza dei dati è un grosso inciampo al progresso della lotta alla malnutrizione su scala mondiale.

Governi, donatori e ricercatori dovrebbero impegnarsi a chiudere questo gap che sensibilmente frena l'azione.

Nello spirito degli SDGs, governi, donatori, settore industriale, commerciale, finanziario, e società civile dovrebbero monitorare e regolarmente render noti i loro volumi di spesa e di im-

patto su tutti gli aspetti della malnutrizione, inclusi rachitismo, deperimento, anemia, obesità, NCDs, e livelli di allattamento esclusivo al seno.

Investire nella messa in opera di prassi solide ed 'evidence-informed' e nell'individuazione di nuove

Identificare nuove, meno dispendiose soluzioni per l'impiego di dati subnazionali già disponibili – e raccogliere nuovi dati se necessario – aiuterà a non lasciare nessuno indietro nell'era degli SDGs.

Affrontare la malnutrizione in tutte le sue forme

- Significa che i paesi a basso e medio reddito devono integrare la prevenzione e controllo del diabete e dell'obesità all'interno dei loro programmi nutrizionali ed implementare le politiche ed interventi dedicati.
- Significa che i paesi OECD devono apprendere dall'altrui esperienza su scala mondiale per migliorare le proprie strategie nazionali di lotta all'obesità e alle NCDs.
- Significa che i donatori devono espandere 'il tiro' per riconoscere la minaccia alla nutrizione globale posta da obesità e nutrizione-relate NCDs.
- Significa che tutti gli 'addetti' devono elevare il rendimento dei loro investimenti e politiche attraverso l'identificazione e implementazione di azioni in grado di affrontare simultaneamente più di una forma di malnutrizione.
- Significa, infine, che tutti gli 'addetti' devono familiarizzare con i nuovi concetti di lotta alla malnutrizione: in tutte le sue forme, nello stesso posto e nello stesso tempo – un problema che coinvolge quasi la metà di tutti i paesi su scala planetaria. **TM**

Info: d.dionisio@tiscali.it

PER APPROFONDIRE

Global Nutrition Report 2016 <http://globalnutritionreport.org/the-report/>
 GNP: Independent Expert Group <http://globalnutritionreport.org/governance/ieg/>
 GNP: Stakeholder Group <http://globalnutritionreport.org/governance/stakeholder-group/>
 Sustainable Development Goals <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
 What is malnutrition? – World Food Programme <https://www.wfp.org/hunger/malnutrition>
 Obesity boom 'fuelling rise in malnutrition' <http://www.bbc.com/news/health-36518770>
 Malnutrition: latest research and reviews <http://www.nature.com/subjects/malnutrition>
 How to make SMART commitments to nutrition action <https://ncdalliance.org/news-events/news/how-to-make-smart-commitments-to-nutrition-action-new-guidance>
 Scaling up nutrition: global commitments to action <http://scalingupnutrition.org/progress-in-the-sun-movement/progress-in-reducing-childhood-malnutrition>
 WHO: nutrition <http://www.who.int/nutrition/en/>
 1,000 Days <http://thousanddays.org/>

GAVINO MACIOCCO

Gambero Italia

Da quando è iniziata la crisi e sono state introdotte le politiche di austerità i sistemi sanitari che hanno maggiormente sofferto sono quelli universalistici, modello Beveridge, basati cioè su un assicuratore unico e pubblico – *single-payer*, come quelli britannico, italiano e spagnolo. Ma - come hanno scritto Martin McKee e David Stuckler¹ – la crisi è stata l'occasione, il pretesto per dare una spallata al sistema. Come è successo in Spagna, dove nell'aprile del 2012 con un decreto reale il sistema universalistico basato sulla fiscalità generale è stato sostituito con un sistema assicurativo². Come sta succedendo in Inghilterra e in Italia. Si parte dal definanziamento del servizio pubblico, se ne riduce l'efficienza, si allungano le liste di attesa, si innalzano i ticket. Una crescente parte degli assistiti è costretta a pagare per ricevere una prestazione sanitaria, una parte rinuncia a curarsi, altri ancora si muniscono di un'assicurazione privata.

Perché tanto accanimento contro i sistemi sanitari *single-payer*? Sono forse i più costosi, i più insostenibili (per usare un termine molto di moda)? Vediamo allora la classifica del costo dei sistemi sanitari.

Nella classifica dei sistemi sanitari più costosi, è ben noto che gli USA occupano stabilmente da decenni la posizione più alta, con una spesa sanitaria che rappresenta il 16,4% del PIL e con una spesa sanitaria pro-capite di 8.713 dollari. I gradini più bassi del podio dei sistemi sanitari "ricchi" sono occupati da Svizzera (11,1% del PIL e 6,325 \$ procapite) e Olanda (11,1% del PIL e 5,862 \$ procapite). L'Italia è molto distanziata dai primi: 8,8% del PIL e 3.017 \$ procapite.

I motivi dell'eccessiva spesa sanitaria USA sono stati ampiamente studiati e si possono riassumere nei seguenti punti³: la frammentazione del sistema in una miriade di assicurazioni e di provider; l'uso, spesso inappropriato, di alte tecnologie; l'eccessiva enfasi riposta sulle specialità e lo scarso ricorso ai servizi di cure primarie; gli alti prezzi dei farmaci e le alte tariffe delle prestazioni sanitarie; gli esorbitanti costi delle attività amministrative; l'eccesso di morbosità nella popolazione USA (obesità, diabete, etc). Svizzera e Olanda, che hanno il pregio, a differenza degli USA, di avere un sistema sanitario universalistico e solidale, condividono con la nazione a stelle e strisce alcune caratteristiche: un sistema assicurativo privato frammentato e altamente competitivo, un forte carico di attività amministrative (marketing compreso), l'ampio ricorso al pagamento a prestazione (*fee-for-service*) come metodo di remunerazione dei professionisti.

Va notato che tra i 10 paesi che, dopo gli USA, spendono di più per l'assistenza sanitaria in rapporto al PIL (oltre il 10%) ben 7 appartengono al modello Bismarck (sistemi universalistici basati su una molteplicità di assicurazioni private o sociali, a seconda dei paesi) – Svizzera, Olanda, Germania, Francia, Giappone, Belgio e Austria – e solo 3 al modello Beveridge (sistemi universalistici basati su un assicuratore unico e pubblico – *single-payer*) – Svezia, Danimarca e Canada -.

Per completare il quadro, va infine osservato che complessivamente la maggioranza dei sistemi sanitari Beveridge – dall'Australia all'Islanda, dall'Italia al Regno Unito e all'Irlanda – si trovano nelle retrovie della classifica della spesa sanitaria rispetto al PIL, al di sotto della media OCSE. A conferma della tesi che i sistemi sanitari *single-payer* sono più economici e sostenibili di quelli basati sul mercato assicurativo, e anche con migliori risultati di salute, vedi speranza di vita alla nascita e mortalità evitabile.

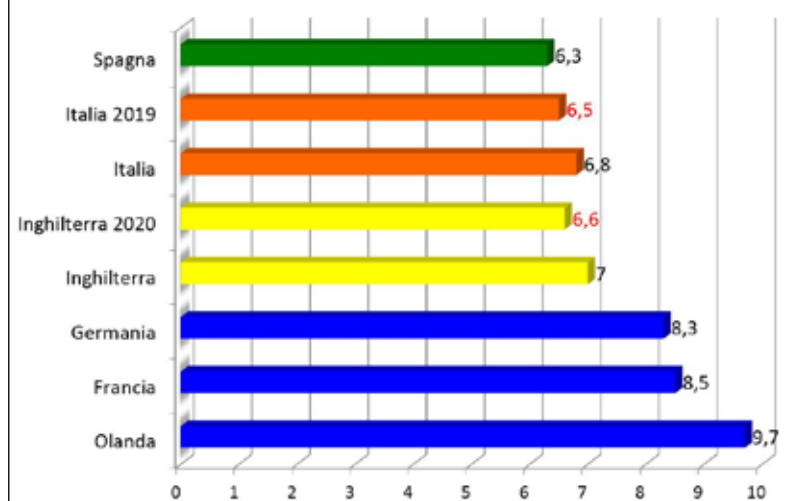
Inaspettatamente il tema del sistema sanitario *single-payer* ha fatto irruzione nella campagna elettorale americana, in particolare nelle elezioni primarie in campo democratico, che oppongono l'inossidabile Hillary Clinton all'outsider Bernie Sanders. Quest'ultimo infatti sta conducendo una battaglia a favore di un'assicurazione sanitaria unica, *single-payer* appunto, magari estendendo a tutti i benefici di Medicare (l'attuale assicurazione pubblica a tutela della popolazione anziana), raccogliendo un alto consenso proprio su questo punto (*Medicare for All*) tra l'elettorato democratico.

La rivista *New England Journal of Medicine* dedica un lungo articolo al rilancio del tema "*single-payer*" in sanità⁴. Un tema che è emerso più volte nella storia della politica sanitaria americana, e altrettante volte è stato affossato dall'invincibile armata della lobby delle assicurazioni. Per la prima volta subito dopo la seconda guerra mondiale, nel 1945, da parte del Presidente democratico Truman, poi negli anni 70 con la proposta del senatore Ted Kennedy, infine lo stesso Obama con la sua proposta di riforma sanitaria aveva previsto l'istituzione di un'assicurazione pubblica (*public option*) che sarebbe entrata in competizione con le assicurazioni private. Questo progetto fu affossato per la feroce opposizione della lobby assicurativa che influenzò non solo i parlamentari repubblicani (operazione scontata), ma anche una parte di quelli democratici (operazione meno scontata). Alla fine Obama, in minoranza, dovette rinunciare a quel progetto che la lobby assicurativa temeva più di ogni altra cosa,



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

Figura 5. Spesa sanitaria pubblica come % del PIL. 2013. Paesi selezionati (+ Italia 2019 e Inghilterra 2020)



considerandolo una sorta di cavallo di troia, come l'anticamera di un sistema sanitario *single-payer*.

"In un paese dove circa 30 milioni di persone sono prive di assicurazione – si legge nell'articolo del NEJM –, dove le assicurazioni sono sempre più avara a causa dei crescenti livelli di franchigia e di co-pagamenti, dove anche i pazienti assicurati possono andare incontro a enormi spese e al rischio di bancarotta familiare, dove una miriade di assicurazioni e di differenti sistemi di pagamento genera una strabiliante complessità, e dove il denaro è speso più nell'amministrazione che nella cura delle malattie cardiache e nel cancro, non deve sorprendere di udire la richiesta di un cambiamento radicale." Poiché Bernie Sanders mette di continuo a confronto il modello USA con quello *single-payer* canadese, l'autore aggiunge: *"Le lezioni che vengono dal sistema sanitario canadese sono tanto chiare, quanto poco considerate. Avere un'unica assicurazione governativa riduce enormemente i costi amministrativi e la complessità. Concentra il potere di acquisto riducendo i prezzi, consente un controllo di bilancio sulla spesa sanitaria e garantisce a tutti i residenti – indipendentemente dall'età, dallo stato di salute, dal reddito e dall'occupazione – una copertura per i servizi sanitari essenziali. Medicare (questo il nome dell'assicurazione*

pubblica canadese) non impone né franchigie, né ticket agli assistiti. L'esperienza canadese dimostra che il controllo della spesa non richiede la partecipazione alla spesa dei pazienti. Il sistema canadese non è certo perfetto. Come tutti i paesi deve fare i conti con le tensioni che riguardano i costi, l'accesso ai servizi e la qualità delle cure. Attualmente il Canada è alle prese con la pressione fiscale, le liste di attesa e le rimozioni del pubblico. Tutto ciò tuttavia impallidisce rispetto ai problemi degli USA."

Contro "Medicare for All", proposto da Bernie Sanders, si è schierato l'intero fronte anti *single-payer*, dalle assicurazioni all'industria biomedica, e alla fine anche Hillary Clinton, che dapprima si era dichiarata possibilista, si è schierata apertamente contro, dichiarando la proposta "unrealistic". Il cambiamento di rotta (la Clinton in passato era stata una sostenitrice del modello *single-payer*) è motivato, secondo alcuni, dalla massa di finanziamenti ricevuti da parte dell'industria sanitaria per la sua campagna elettorale⁵.

La Figura sopra mostra il divario, o meglio l'abisso, che separa i sistemi sanitari *single-payer* (la Spagna non più..) da quelli basati sulle assicurazioni riguardo alla spesa sanitaria pubblica (quella cioè pagata da cittadini e imprese sotto forma di tasse o di contributi) come percentuale del PIL. Il divario, o meglio l'abisso, è di circa due punti % di PIL. Significa, ad esempio, che se l'Italia avesse la stessa percentuale della Francia la sua spesa sanitaria pubblica passerebbe dagli attuali 111 miliardi di euro agli oltre 130 miliardi di euro.

E la situazione è destinata a peggiorare. John Appleby del King's Fund prevede per l'Inghilterra che la spesa sanitaria pubblica come % del PIL si riduca fino al 6,6% nel 2020⁶. La politica del gambero vale anche per l'Italia dove il recente Documento di Economia e Finanza ha stabilito che la spesa sanitaria pubblica come % del PIL si riduca fino al 6,5% nel 2019⁷.

Insomma, il fronte anti *single-payer* sembra averla vinta. Del resto bisognava preparare il campo – cioè svuotarlo da una forte presenza del settore sanitario pubblico - in vista della possibile approvazione del TTIP^{8 9 10}, il trattato che consentirà lo sbarco in Europa dell'industria sanitaria e assicurativa americana. **TM**

Info: gavino.maciocco@alice.it

1 McKee M, Stuckler D. The assault on universalism. BMJ 2011; 343:1314-17

2 Garcia Rada A. New legislation transforms Spain's health system from universal access to one based on employment. BMJ 2012; 344:e3196

3 <http://www.saluteinternazionale.info/2009/11/la-spesa-sanitaria-americana/>

4 Oberlander J, The Virtues and Vices of Single-Payer Health Care, N Engl J Med 2016; 374: 1401-1403.

5 <https://theintercept.com/2016/01/13/hillary-clinton-single-payer/>.

6 <http://www.kingsfund.org.uk/blog/2016/01/how-does-nhs-spending-compare-health-spending-internationally>

7 <http://www.gimbe.org/pagine/341/it/comunicati-stampa>

8 <http://www.saluteinternazionale.info/2015/03/ttip-e-tisa-la-salute-in-vendita/>

9 <http://www.saluteinternazionale.info/2014/10/ttip-e-dintorni-il-liberismo-in-sanita-per-chi-suona-la-campana/>

10 <http://www.saluteinternazionale.info/2014/10/la-sanita-e-il-ttip/>

Manfredo Fanfani

Impianti e reimpianti

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

Prima parte

I TRAPIANTI

La critica e la storia dell'Arte hanno in genere posto l'enfasi sulla descrizione delle opere, sugli stili, sull'armonia delle forme e del sapiente uso dei colori; in assenza dei moderni mass-media (giornali, cinema, radio e televisione) l'Arte ha anche rappresentato, per secoli, l'unico concreto mezzo di informazione e stimolo alla riflessione e alla meditazione.

L'arte italiana in particolare assume connotazioni creative e descrittive e il piacere estetico, capace di catturare l'attenzione, si risolve spesso come veicolo di esperienza culturale e d'informazione. Potremmo parlare di veri e propri spot pubblicitari nei quali l'emozione suscitata dal disegno e dall'armonia dei colori diventava il mezzo per catturare l'attenzione e rendere possibile l'invio del messaggio: non a caso il pittore Nicolas Poussin diceva che "i colo-



Beato Angelico (1395 - 1455): "Miracolo della gamba del moro". Museo di S. Marco, Firenze.

ri in pittura sono come inganni che persuadono l'occhio"... Scuole diverse hanno sottolineato un eccezionale evento, il trapianto di un organo. È comune vedere i Santi con l'aureola, è eccezionale, viceversa, vederli rappresentati con aureola e cappello in testa; ciò accade quando l'Artista vuole sottolineare l'esercizio dell'Arte me-

dica da parte dei Santi.

Lo "status" professionale era rappresentato, oltre che dal cappello, dalla tonaca rossa e calze rosse.

Artisti di scuole diverse si sono trovati concordi nella descrizione di questa simbologia, legata alla cultura corrente, che collocava l'Arte medica fra quelle superiori.

L'abito non faceva il Monaco ma faceva senz'altro il Medico.

I Santi medici per antonomasia erano i santi Cosimo e Damiano.



Beato Angelico (1395 - 1455): "Miracolo della gamba del moro". Museo di S. Marco, Firenze.

È consuetudine vedere i Santi con l'aureola, curioso vederli con aureola e cappello in testa; ciò accade allorché l'Artista vuole rispettare la simbologia della professione medica esercitata dai Santi Cosma e Damiano raffigurati nell'atto di trapiantare la gamba di un Etiope, da poco deceduto, al posto di quella ammalata del diacono Giustiniano, che aveva invocato nel sogno l'intervento dei Santi.

L'Artista, sottolineando l'aspetto chirurgico della nuova scienza, anticipa il sogno prediletto dell'uomo: il trapianto di un organo. Sul lato del capeletto è appesa la "matula", contenitore in vimini del recipiente con le urine da fare visionare al medico. Ai piedi del letto le scarpe del diacono, un presagio sulla buona riuscita dell'intervento che gli avrebbe consentito di camminare.

A destra una porta spalancata, la speranza di un ritorno verso la normalità della vita. Si potrebbe avanzare la verosimile ipotesi che il diacono fosse affetto da una grave infezione cutanea (erisipela) che, sia pure raramente, guariva con esito in iperpigmentazione bruna, che un detto popolare definiva "arto di negro". Una guarigione senza dubbio miracolosa, tenuto conto dei modesti mezzi terapeutici dell'epoca; l'immaginazione iconografica dell'artista avrebbe tradotto la peculiarità dell'evento in un miracoloso trapianto della gamba di un negro.

**Fernando del Rincón
(XVI secolo).
Il Prado, Madrid.**

I Santi Cosma e Damiano sono rappresentati nell'atto di eseguire il trapianto della gamba di un negro su un bianco.

Uno dei Santi esegue il trapianto della gamba, l'altro assiste con in mano il cofanetto dei medicinali e spatola.

Sul fianco dei due Santi, come voleva la tradizione, la borsa per i ferri chirurgici.

Disteso per terra è messo in particolare risalto il moro al quale per pareggiare il conto è stata sostituita, come appare evidente, la gamba trapiantata con quella tolta al bianco.

Seduto sul lato destro appare un giovanetto con un serpente, inavvedutamente ingoiato nel sonno, che esce dalla bocca; evidentemente il richiamo ad un altro dei miracoli attribuiti ai due Santi.





Alonso de Sedano
(scuola spagnola del 1500):
"Miracolo dei SS. Cosma e
Damiano".

*Uno dei Santi sta compiendo
il trapianto della gamba di un
Saracino su un bianco, l'altro
assiste con in mano il cofanetto
dei medicinali.*

*Un angelo ha in mano la gamba
asportata, un altro una candela
che illumina la scena,
un terzo è assorto in preghiera.*

Chiesa di S. Paolo, Ferrara.

Gli affreschi, scoperti solo nel Maggio 1991, rappresentano i Santi Cosma e Damiano mentre risanano un loro devoto trapiantandogli la gamba di un "ethiopo ch'era morto di fresco", come recita la scritta sottostante. Le imprese dei due Santi dovevano essere così poco familiari ai ferraresi da richiedere una scritta esplicativa sotto il dipinto; lo schema compositivo e molti tratti stilistici, rimandano infatti a modelli fiorentini, singolarità spiegabili in quanto a commissionare l'opera fu proprio un fiorentino, il vetraio Baldino da Firenze, trasferitosi a Ferrara nella prima metà del quattrocento per esercitare la sua attività.



Swabian wood panel painting,
Württembergische
Landesmuseum,
Stuttgart (1500).

*I due Santi Cosma e Damiano
sono intenti al trapianto
di una gamba di un negro
su un bianco.*

*Due Angeli tengono
in una mano il cofanetto
con i medicinali
e nell'altra la spatola,
un terzo Angelo, a destra
di chi guarda, è ripreso
nell'atto di sistemare
le coperte del letto.
Appoggiata in terra la gamba
asportata al bianco.*



Il Pesellino (1422-1457): "Il miracolo dei SS. Cosma e Damiano". Museo del Louvre, Parigi.

Sia pure da scuole di diversa estrazione i Santi, raffigurati nell'atto di compiere il trapianto di una gamba, sono sempre rappresentati con l'abbigliamento confacente al loro "status" professionale di Medici, ampia mantella e cappello rosso in testa.



Continua nel prossimo numero...

Documento sui vaccini

APPROVATO DAL CONSIGLIO NAZIONALE DELLA FNOMCeO ALL'UNANIMITÀ'

Roma, 8 luglio 2016

Nella storia della medicina i vaccini rappresentano una delle più grandi vittorie sulle malattie e sono tra i presidi più efficaci mai resi disponibili per l'uomo. La prevenzione e la scomparsa di malattie infettive, in passato tra i più terribili flagelli dell'umanità, costituiscono un successo senza pari e, senza dubbio, il più gran numero di vite salvate grazie alla scienza medica. Ed è forse la scomparsa del confronto quotidiano con le conseguenze mortali o invalidanti di tante malattie, dovuta alla scoperta dei vaccini e delle terapie antibiotiche, che ha indotto la cittadinanza a credere che il successo sulle malattie infettive fosse definitivo.

Statistiche raccolte negli USA dimostrano che le vaccinazioni hanno ridotto di più del 99% molte gravi malattie: del 100% polio paralitica, difterite e vaiolo, del 99% rosolia, rosolia congenita, morbillo, del 95% parotite, del 92% tetano e pertosse. Solo riferendosi a 7 dei 12 vaccini raccomandati sono state prevenute 33000 morti e 14 milioni di casi malattia per ogni coorte di nuovi nati, con un enorme risparmio anche in termini di costi. Ricordiamo altresì gli episodi epidemici di difterite in Russia, nelle repubbliche ex sovietiche, in Belgio e in Germania, di polio in Siria e in Olanda in comunità religiose che rifiutano le vaccinazioni, i casi di morbillo in California, i tanti Paesi in cui sono endemiche patologie scomparse laddove si è vaccinato in quantità sufficiente; a causa di questi episodi non si è potuto raggiungere l'obiettivo della scomparsa globale di malattie gravissime che anzi sono ricomparse col loro carico di mortalità.

Dopo due secoli di lento ma inesorabile avanzamento delle vaccinazioni e di quasi completa eradicazione di molte e terribili malattie, si assiste ora ad una regressione della copertura vaccinale derivante non solo da opposizioni marginali e saltuarie, ma da una crisi profonda del rapporto fra razionalità medica e opinione pubblica. Una crisi che investe il rapporto tra scienza e società, oscillante fra le illusioni di una tecnologia miracolosa e il timore o la delusione degli effetti negativi di questa, quasi spingendo alcuni verso il ritorno ad una pretesa naturalità, una età dell'oro, quando, come scriveva Hobbes "la vita era breve, povera, brutale e rozza". Non bisogna invece dimenticare che l'incredibile aumento dell'aspettativa di vita in buona salute,

nonostante gli inevitabili rischi ambientali legati alla moderna produzione agricola e industriale, è dovuto anche all'enorme numero di giovani vite salvate dalla diffusione delle vaccinazioni.

Inoltre le terapie vaccinali hanno un ulteriore grande spazio di miglioramento e basta ricordare le promesse delle vaccinazioni terapeutiche, dell'immunoterapia e dei vaccini che prevengono lesioni precancerose che aprono spazi enormi al miglioramento della salute. Nonostante questo i vaccini che storicamente hanno subito attacchi inutili e dannosi ora sono nuovamente contestati.

Le ragioni sono molteplici:

- la irrazionalità diffusa per cui le dimostrazioni ragionevoli e scientifiche sembrano al contrario rafforzare le persone diffidenti nel preesistente pregiudizio;
- l'individualismo prevalente, che porta a dimenticare gli obblighi verso la collettività;
- la crisi di autorevolezza dei medici e la frustrazione che nasce da tante promesse non mantenute dalla medicina;
- l'uso estesissimo di internet, in cui prevalgono informazioni contraddittorie e ascientifiche, che spinge all'ostracismo verso i vaccini le persone più colte e abituate all'uso della rete;
- il tipico errore per cui di fronte a un rischio per quanto altamente improbabile (la reazione avversa da vaccino) si trascura un vantaggio certo (l'immunizzazione rispetto ad una grave malattia) lasciandosi guidare più da diffidenze o sospetti che da prove scientifiche;
- l'allarme sociale per i pregressi danni da vaccino, ora estremamente rari, che tuttavia fanno dimenticare le epidemie verificate ovunque si sia abbandonata o ridotta la pratica vaccinale;
- le informazioni contraddittorie presenti troppo spesso sui mass media.
- la scarsa formazione alla scienza nel nostro Paese, cioè alla valutazione dei dati e dei fatti rispetto alle opinioni indimostrate, da cui una diffusa adesione a credenze nate da una scarsa conoscenza della metodologia scientifica;
- la difficoltà che i programmi vaccinali trovano nel raggiungere i gruppi emarginati e deprivati.

A tutto ciò dobbiamo aggiungere la pervasiva diffidenza verso le istituzioni che porta a dare ascolto agli imbonitori di turno e alle teorie del complottismo, espressione di uno scetticismo radicale nei confronti dei cosiddetti poteri forti; il ruolo fuorviante di medici "alternativisti"; la quotidiana presenza di ciarlatani che vantano scoperte rivoluzionarie, che curano malattie incurabili e che si lamentano di essere aversati e marginalizzati dall'alleanza tra scienza e multinazionali dedite al profitto. Personaggi che non pubblicano nessun dato, che non si rivolgono alla letteratura specializzata, che rifuggono da ogni conferma statistica e il cui parere peritale spesso condiziona anche la magistratura. Mentre negli ultimi tempi i mass media sembrano più cauti sussiste la tendenza, specialmente su internet, a una falsa par condicio, per cui le evidenze prodotte dalla scienza e le invenzioni truffaldine sono messe sullo stesso piano, quasi per un democratico confronto.

I vaccini sono tra i farmaci più severamente controllati e garantiti riguardo ai profili di sicurezza, proprio perché predisposti per la somministrazione di massa a popolazioni sane o potenzialmente fragili come i neonati e gli anziani. I vaccini hanno raggiunto un grado di sicurezza assolutamente tranquillizzante, certificato attraverso un lungo percorso autorizzativo, coerente con le più stringenti normative internazionali in quanto prodotti secondo la più rigorosa metodologia, attraverso studi clinici sperimentali controllati e randomizzati, attuati spesso in doppio cieco versus placebo e sottoposti al controllo incrociato di esperti. Infine le attuali tecnologie produttive applicate a vaccini in uso da molti anni ne rendono sicura la somministrazione.

È altresì conoscenza comune che le risposte alle più frequenti domande inerenti la somministrazione contemporanea di più vaccini, l'assenza di effetti negativi sul sistema immunitario e l'assoluta mancanza di legame tra vaccinazioni e altre malattie sono rigorosamente soddisfacenti. In particolare è fonte di meraviglia come una notizia palesamente falsa, il cui autore ha confessato il broglio, quale il rapporto tra vaccinazione e patologie dello spettro autistico, riscuota ancora successo sui media, segno di credulità e di assoluta incompetenza scientifica. Nonostante ciò si assiste a una falsa applicazione del principio di precauzione che, al contrario, è utile per difendere uno strumento che previene la malattia attraverso dosi infinitesimali di antigeni.

In conclusione siamo di fronte a un quadro preoccupante in cui la scienza medica e la politica debbono reagire insieme a tutela della collettività. Occorre muoversi non solo sul piano del richiamo ai risultati veri e concreti della medicina ma anche rivolgersi all'immaginario

collettivo per superare l'endemico disinteresse per la scienza che, per inciso, si manifesta anche con il sottofinanziamento della ricerca, con la fuga dei cervelli e con il successo di improvvisati guaritori.

La Federazione Nazionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri propone:

- 1) di intensificare la campagna per l'adesione del personale sanitario alla vaccinazione;
- 2) di intensificare le campagne per valorizzare il ruolo del medico nella promozione delle vaccinazioni;
- 3) di riconfermare l'obbligo dei medici di collaborare all'attuazione dei provvedimenti di sanità pubblica;
- 4) di migliorare la comunicazione in ambito vaccinale nei confronti dei cittadini-utenti per favorire la partecipazione attiva e consapevole della popolazione ai programmi vaccinali;
- 5) di garantire l'omogeneità delle campagne vaccinali a livello nazionale;
- 6) di dare il massimo impulso alla vaccinazione nei primi mesi di vita al fine di prevenire patologie potenzialmente gravissime e di assicurare un efficiente sistema di avviso e di richiamo degli appuntamenti vaccinali per diminuire i casi di incompleta vaccinazione;
- 7) di sostenere tutte le normative regionali e nazionali tendenti a riaffermare la necessità della vaccinazione, attraverso provvedimenti che accertino validamente il dissenso dei genitori, l'assunzione di responsabilità rispetto ai rischi dei figli, la impossibilità dei figli a frequentare la scuola durante i periodi epidemici, la non iscrivibilità all'asilo nido, ed eventualmente l'assicurazione contro danni da mancata vaccinazione;
- 8) di chiamare, al raggiungimento della maggiore età, i soggetti non vaccinati per illustrare la loro situazione immunitaria e raccogliere il loro orientamento decisionale;
- 9) di sollecitare lo Stato e le Aziende produttrici di vaccini a dare il massimo supporto alla ricerca;
- 10) di sollecitare il Governo all'adozione di provvedimenti sulla estensione delle vaccinazioni a chiunque sia presente sul territorio nazionale e sulla predisposizione di linee guida per le campagne vaccinali attraverso i mass media;
- 11) di favorire il superamento dell'evidente disallineamento tra scienza e diritto, auspicando che i magistrati intervengano in tema di salute recependo nelle loro sentenze la metodologia della evidenza scientifica;
- 12) di sollecitare, di fronte al possibile ripetersi di sentenze che stabiliscono per giurisprudenza la correlazione tra vaccini e autismo fondate su singole attestazioni mediche, il Ministero

della Salute e le autorità competenti a presentarsi in giudizio in collaborazione con il Pubblico Ministero e ad impugnare siffatti provvedimenti con effetto immediato fin dal primo grado di giudizio;

- 13) di favorire un'alleanza con i cittadini e i decisori pubblici per gestire correttamente il sovraccarico di informazioni fuorvianti, distorte o illusorie o in mala fede presenti su internet e di preparare consiglieri scientifici dei politici e dei mass media tali da riportare il dibattito nei limiti della correttezza metodologica;
- 14) di formare ricercatori e medici alla divulgazione scientifica, onde migliorare le basi cognitive con cui i cittadini affrontano le notizie scientifiche;
- 15) di uniformare gli standard delle strutture pubbliche per la somministrazione vaccinale e di fornire periodiche valutazioni epidemiologiche inerenti le malattie prevenibili mediante vaccinazione.

Solo in casi specifici, quali ad esempio alcuni stati di deficit immunitario, il medico può sconsigliare un intervento vaccinale. Il consiglio di non vaccinarsi nelle restanti con-

dizioni, in particolare se fornito al pubblico con qualsiasi mezzo, costituisce infrazione deontologica.

I medici ricordano che secondo la Costituzione della Repubblica la tutela della salute dell'individuo rappresenta un interesse della collettività. Tale imperativo costituzionale si attaglia ai vaccini che, proteggendo il singolo dalla possibile comparsa di gravi malattie, tutelano la comunità attraverso il cosiddetto *effetto gregge*, che si realizza quando una percentuale variabile tra l'85% e il 96%, a seconda della contagiosità della malattia, induce una riduzione fino alla cessazione della circolazione degli agenti patogeni. Questi concetti della medicina moderna, che hanno salvato centinaia di milioni di vite umane, non possono essere trascurati.

È compito della Professione ricordarli ai medici, ai decisori politici e ai cittadini tutti.

Lo stato di salute della popolazione non è un dato definitivamente acquisito ma deve essere continuamente presidiato e difeso e ciò vale per ogni attentato che si voglia portare all'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale.

CORSI E CONVEGNI

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE

Convegno

DAI MARGINI DELLA PROFESSIONE ALLA INTEGRAZIONE

Lunedì 24 ottobre 2016, ore 14.00-18.30

Sede da determinare

Programma Preliminare

Saluto delle Autorità

Teresita MAZZEI

Introduzione

Gemma BRANDI

"Limiti e possibilità della professione medica in ambiente carcerario"

Elisa BISSONI FATTORI

"Criticità nel servizio di Continuità assistenziale"

Maria Antonia PATA

"Vulnerabilità contrattuale"

Paola BINAZZI

"Problematiche di un servizio ambulatoriale per stranieri senza permesso di soggiorno"

Discussione e conclusioni

Il convegno conferisce 4 crediti ECM

Non è prevista alcuna quota, ma l'iscrizione è obbligatoria.
È possibile iscriversi esclusivamente tramite il sito web dell'Ordine di Firenze
<http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/eventi/promossi-dall-ordine>

Info: tel. 055.0750625, 612 - e-mail: relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it



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 all'interno della rivista

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