

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



ToscanaMedica

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



Quando il dispositivo migliora l'offerta terapeutica

R. Banfi, A. Bartoloni, C. Marinai, T. Mazzei, F. Menichetti, P. Torrico

È possibile evitare le bufale?

Susanna Cressati

Promuovere le vaccinazioni: il ruolo dei medici

Mauro Ruggeri

I test genetici fai-da-te

Anna Baroncini, Francesca Torricelli

N° 10 NOVEMBRE 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

ToscanaMedica

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



Fondato da
Giovanni Turziani

In coperta
Orologio da mensola
cassa: manifattura francese
meccanismo: Jean François Béekaert
(1720-1783 circa) XVIII secolo.
Bronzo dorato, ottone, acciaio;
cm 46,5×31×21. Firenze, *Gallerie degli Uffizi*, Museo della Moda e del Costume.

Anno XXXIV n. 10 - Novembre 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



Direttore Responsabile
Antonio Panti



Redattore capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segretaria di redazione
Antonella Barresi



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



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



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

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

S O M M A R I O

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 Il tempo in mostra a Palazzo Pitti
F. Napoli

EDITORIALE

- 5 Le Olimpiadi della stupidità
A. Panti

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- 6 Quando il dispositivo migliora l'offerta terapeutica
R. Banfi, A. Bartoloni, C. Marinai, T. Mazzei, F. Menichetti, P. Torrico
- 12 Due questioni importanti
A. Panti

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 13 La frequenza dell'inappropriatezza, ovvero l'appropriatezza per decreto
P. Salvadori

- 15 Consumi di bevande alcoliche e problemi correlati al bere
A. Allamani, e coll.

- 18 È possibile evitare le bufale?
S. Cressati

- 21 Percorso di recupero dello stile di vita attraverso la "PrescrizIone Esercizio Fisico" nelle neoplasie
L. Stefani, e coll.

- 26 Promuovere le vaccinazioni: il ruolo dei medici
M. Ruggeri

- 29 La nuova medicina generale: nascita ed evoluzione di una AFT
dell'area fiorentina
L. Busco

- 32 La fragilità: come intercettarla e ridurre il declino
I. Bellini, e coll.

FRAMMENTI DI STORIA

- 36 Carlo Morelli medico e riformatore
F. Carnevale

RICERCA E CLINICA

- 38 I test genetici fai-da-te. Parte II
A. Baroncini, F. Torricelli

SANITA' NEL MONDO

- 40 Epatite C. Il diritto alla cura
G. Maciocca

POLITICHE PER L'EQUO ACCESSO ALLA SALUTE

- 42 Report U.N. per l'Accesso alle medicine: pietra miliare o illusione?
D. Dioniso

24 REGIONE TOSCANA

27 CONVENZIONI

35-37 CONVEgni

44 VITA DELL'ORDINE

45 NOTIZIARIO

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- ◆ Inviare gli articoli a: toscana medica@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

Il tempo in mostra a Palazzo Pitti

"Fugit et non recedit tempus": una scritta, un memento, un ammonimento. È ciò che accompagna la seicentesca meridiana/orologio della villa La Quiet o delle Montalve a Firenze, che scandiva le ore della preghiera, del lavoro, del riposo, dell'alimentazione. Lo stesso avvertimento lo potremmo ricavare alla Galleria d'Arte Moderna di Pitti dalla mostra "Tempo Reale e tempo della realtà", dove fino all'8 gennaio 2017 sono esposti sessanta orologi da tavola, da caminetto, da persona, da polso, secondo la collocazione di questi oggetti nel quotidiano seguendo l'evoluzione dovuta allo scorrere dei secoli, dal XVIII al XX secolo. Orologi provenienti dalle collezioni medicee, lorenese e sabauda (ecco il Tempo Reale del titolo) che abitualmente e in grande quantità sono disseminati lungo il percorso di visita delle sale a Pitti e dove abitualmente tacciono, defilate presenze silenziose. Con questa mostra è come se fosse stata resa loro la voce, tornati protagonisti non solo con il classico ticchettio che diventa la colonna sonora dell'esposizione, ma anche con certe loro particolarità musicali complesse e stupibili, congegni sonori a segnare lo scorrere della giornata. Le forme, ovvero le casse che contengono il meccanismo di questi misuratori del tempo dal simbolico valore e indici di eleganza nel raffinato ambiente di corte sono le più varie: globo celeste, carro dell'Aurora, elefante, figura mitologica, forme alate; sono dorate, argentate, dipinte, laccate; allegoriche, storiche, decorative. In mostra si passa dalla clessidra alla meridiana, da svariati strumenti scientifici o dall'automa e dall'orologio soprammobile a quello da persona montato su spille, collane, bracciali, fino all'altro da polso secondo una moda proveniente dalla Francia, talvolta abbinati a vestiti d'epoca nel corso dell'esposizione ordinata nell'appartamento della Duchessa d'Aosta a Pitti. Esposte anche opere pittoriche, nelle quali compare il concetto di tempo che scorre e lascia segni del proprio passaggio, come nel quadro "Le tre Parche" di Francesco Salviati o "Le tre età dell'uomo" attribuito a Giorgione, o ancora nel "Ritratto di Maria Luisa di Parma" di Laurent Pécheux, oppure nelle opere di Gherardo Silvani e Ignazio Hugford. Così, una volta tanto è il tempo che si trova stretto e costretto, fra arte e tecnica, forma estetica e ingegneria e l'orologio - suo misuratore e inevitabile compagno di viaggio - si offre quale campo di lavoro per incisori, intagliatori, ebanisti, pittori, scultori, orafi, fonditori, vetrari, ceramisti. Non casualmente alla fine del Trecento al giovane che entrava nella bottega di un orologiaio (come fu per Filippo Brunelleschi) si aprivano strade professionali ulteriori e diverse. Nell'ultima parte della mostra fiorentina sono esposte opere del Novecento - secolo a lungo ignorato, ma ormai giustamente diventato costante presenza in tante mostre - con Depero, Felice Casorati - esposto il quadro "Lo straniero" -, Dino Buzzati.

Dunque, tempo della realtà come indica il titolo, cioè volto a scandire la giornata, le stagioni, collegando fra loro il giorno alla notte, ma anche tempo che corre. Poi ci sono

le offese del tempo e fortunatamente il tempo galantuomo, nonché tempo d'estate. C'è il tempo musicale, quello meteorologico, il tempo libero e il tempo scaduto. Tempo fisico, mentale, astronomico, metafisico. Sempre, comunque, scandendo la vita con gli orologi, oggetti di passione collezionistica, sospesi tra ingegnosa meccanica e raffinata arte.

Mostra (piacevole) a cura di Enrico Colle e Simonella Condemi.

Tempo Reale e tempo della realtà.

Gli orologi di Palazzo Pitti dal XVIII al XX secolo
Galleria d'Arte Moderna, Pitti, Firenze
Fino 8 gennaio 2017



Orologio da mensola

cassa: manifattura francese
meccanismo: Pierre Du Chesne
(1675-1690 circa).

Legno d'ebano impiallacciato e intarsiato con tartaruga e ottone dorato, rame cesellato dorato, velluto di seta; cm 66×40×21, Firenze, Gallerie degli Uffizi, Galleria Palatina e Appartamenti Reali, Toilette del Re.

<http://www.gallerieuffizimostre.it/mostra4/presentazione/>



ANTONIO PANTI

Le Olimpiadi della stupidità

Quest'anno il gran parlare delle Olimpiadi brasiliene ha contagiato i nostri amministratori fomentando una sorta di gara ardua e affollatissima, quella a chi la inventa più grossa, collegata con il primato mondiale tra i rompicatole. A chi, tra gli esempi citati, assegnare l'oro e una menzione solenne?

L'anno è cominciato con la trovata del 730 precompilato. Non se ne conoscono i vantaggi per gli utenti, ovviamente quelli per i commercialisti, evidente lo spreco di energie per i medici anche perché la cosiddetta rete digitale di solito complica le cose invece che semplificarle. Poco dopo una direttiva comunitaria (perché a Bruxelles non pensano agli immigrati?) ha imposto agli Ordini di comunicare entro 72 (settantadue) ore alla Direzione per gli Affari Comunitari della Presidenza del Consiglio i provvedimenti sospensivi o quelli di arresto degli iscritti, onde ne siano edotti sia in Lituania sia in Portogallo. C'è però un piccolo problema, che i magistrati si guardano bene dal trasmettere le loro ordinanze agli Ordini. Come sempre il Ministero interpellato tace.

Intanto scoppia la grana dell'ECM dei medici competenti, cartina di tornasole di come il conseguimento dei crediti sia poco seguito dai colleghi e di quanto sia ancora in difficoltà il sistema anagrafico, cosicché la certificazione da parte degli Ordini richiede un lavoro assai complesso e il medico non ha certezza sui suoi adempimenti formativi. Problema enorme se lo si trasferisce nei contratti e nelle convenzioni ancora da stipulare. Infine nel maggio, quest'anno piovoso e incerto, il Ministero dell'Interno rispolvera una legge e ricorda ai medici l'obbligo, quando certifichino ai fini della cremazione di una salma, di estrarre dal cadavere campioni di liquidi biologici e di annessi cutanei e di conservarli per dieci anni. Non c'è il regolamento e le Regioni, escluso tre che non cito ma non c'è la nostra, si rifiutano di collaborare. Però la circolare e la legge esistono e i medici che debbono fare? Dove e come prelevare i campioni e in qual luogo conservare i miseri resti? Propone a vostra moglie di usare il frigorifero domestico, senz'altro si incattiviscono.

A giugno il Ministero della Difesa ha emanato un decreto col quale obbliga i medici a rilasciare

ai loro pazienti militari un doppio certificato, uno contenente la sola prognosi per il comando da cui dipendono, uno in busta chiusa contenente la diagnosi per il medico militare di controllo. Per non essere da meno, a luglio l'INPS ha pensato bene di produrre una corposa e complessa circolare per spiegare per quali invalidità o malattie, di cui ovviamente i medici dovevano essere edotti, i pazienti non fossero soggetti a controllo domiciliare onde il medico lo potesse segnalare, ricordando inoltre le differenti modalità certificative per i dipendenti privati rispetto a quelli pubblici e, all'interno di questi, tra le diverse categorie di servitori dello Stato.

Potremmo seguitare a lungo e i colleghi possono contribuire al bestiario fin qui esposto anche al fine di assegnare un premio nazionale alla demenza in sanità. Ma il discorso purtroppo è molto serio e per più motivi. Il primo è che chiunque, come si alzi la mattina, si permette di prendere decisioni che riguardano i medici senza consultarli. Un'innegabile crisi di prestigio e una scarsa efficienza rappresentativa che coinvolge tutti i livelli organizzativi nazionali. L'altro, e più importante, è che non riusciamo a far capire che il tempo dei medici deve essere usato nell'interesse del paziente cioè per la cura di cui la relazione è parte essenziale. Per ascoltare e capire ci vuole tempo e il tempo della relazione è tempo di cura. Se non facciamo comprendere questa verità ai politici e agli amministratori ne andrà della stessa credibilità della medicina.

Questa è l'azione professionale e sindacale più importante da perseguire e su questa i medici e le loro rappresentanze debbono impegnarsi. A partire dall'affermazione che il medico certifica diagnosi e prognosi, le modalità d'uso sono compito personale del cittadino che riceve il certificato. È ovvio che un sistema complesso come la sanità esiga una quota parte di burocrazia e il medico deve rendere conto di quel che fa anche semplicemente asserendo la realtà di quel che ha constatato e che prevede. Ma superare i limiti del buon senso non serve a nessuno, tanto meno a chi sta male e ha bisogno del medico e non di un burocrate infastidito.

TM

R. BANFI, A. BARTOLONI, C. MARINAI, T. MAZZEI, F. MENICHETTI, P. TORRICO

Quando il dispositivo migliora l'offerta terapeutica

a cura di Simone PANCANI



Roberto Banfi,
Direttore del Servizio Farmaceutico
dell'AOU Careggi
di Firenze



Alessandro Bartoloni,
Direttore del Dipartimento
di Infettivologia dell'AOU Careggi
di Firenze



Claudio Marinai,
Direttore del Servizio Health
Technology Assessment
di ESTAR



Teresita Mazzei,
Professore Ordinario di Farmacologia
dell'Università di Firenze



Francesco Menichetti,
Direttore del Dipartimento di
Infettivologia dell'AO di Pisa



Paolo Torrico,
Direttore del Dipartimento Acquisizione
Beni e Servizi di ESTAR

TOSCANA MEDICA - Qual è oggi l'impatto complessivo dell'antibioticoresistenza e delle patologie iatogene ad essa connesse sulla sostenibilità dei servizi sanitari, in particolare per quanto riguarda le infezioni da funghi?

MARINAI - In Toscana dal 2013 abbiamo assistito ad un costante incremento della spesa per i farmaci antifungini, in particola-

re per quelli a spettro di azione più ampio, arrivando agli attuali circa 2 milioni di Euro annui.

In linea generale si può dire che la comparsa di infezioni iatogene, causate cioè da un uso inappropriate di antibiotici, rappresenta oggi un problema di enorme importanza a livello mondiale.

Ad un progressivo e costante calo dei prezzi di queste molecole e di molti antibio-

tici negli scorsi anni, si affiancata una vera e propria "riscoperta" di farmaci che in passato erano stati progressivamente dimenticati per lo più a causa di profili di tossicità ritenuti sfavorevoli. È il caso per esempio della colimicina, farmaco di notevole impegno terapeutico per via sistemica oggi usatissima nelle sue varie formulazioni soprattutto nelle Rianimazioni: questo significa che in quei Reparti il problema dell'antibioticoresistenza è veramente rilevante.

MAZZEI - L'aumento del consumo di farmaci antifungini è oggi legato sicuramente al sempre maggiore numero di micosi sistemiche che si verificano a causa della immunodepressione legata per esempio all'età avanzata, alle patologie neoplastiche ed in particolare a quelle oncoematologiche.

BANFI - Un'altra classe di pazienti che presenta indicazione alla profilassi con antifungini, tra i quali il voriconazolo, è quella dei soggetti sottoposti a trapianto allogenico di cellule staminali o emopoietiche, attività che a Careggi è oggi molto ben rappresentata.

TOSCANA MEDICA - Prof.ssa Mazzei, le infezioni fungine che compaiono nei pazienti neoplastici sono legate al loro stato di immunodepressione oppure anche l'antibioticoresistenza può essere chiamata in causa?

MAZZEI - È assai verosimile che entrambi i meccanismi, che finiscono per condurre ad un sovvertimento importante dell'ecosistema batterico, siano implicate nell'aumento delle infezioni da funghi. Stiamo parlando di infezioni ovviamente a carattere sistematico sostenute da microorganismi quali ad esempio le *Candida* (albicans e non), gli *Aspergilli*, l'*Histoplasma Capsulatum* ed i *Cryptococchi*.

TOSCANA MEDICA - Allora oggi ci troviamo sempre più spesso di fronte ad infezioni fungine sistemiche in situazioni di immunodepressione o di antibioticoresistenza. Quali sono eziopatogenesi ed epidemiologia di

queste condizioni, di sempre maggior riscontro nei nostri ospedali?

MENICHETTI - Partendo dalla indiscutibile considerazione che le infezioni fungine sistemiche sono in aumento, i microrganismi più spesso chiamati in causa sono i miceti lievitiformi a tipo *Candida*, responsabili di frequentissime fungemie ospedaliere, terza - quarta causa di positività delle emoculture dei pazienti ricoverati non solo nelle Rianimazioni, ma anche nei reparti di Medicina interna. Proprio in questi ultimi ambiti però questo tipo di infezione spesso non viene adeguatamente considerato e può accadere che i malati non ricevano nessuna terapia specifica, configurandosi quindi la necessità di una vasta ed attenta opera di informazione e sensibilizzazione.

L'altro fungo opportunista per definizione è l'*Aspergillus* che predilige i pazienti oncoematologici, spesso compromettendo pesantemente l'intero percorso di cura e che rappresenta ancora oggi una vera sfida diagnostica e terapeutica.

TOSCANA MEDICA - Quali sono i principali criteri diagnostici delle infezioni fungine sistemiche ed ancora quale è la loro prognosi?

MENICHETTI - Per le fungemie da *Candida* la diagnosi si basa essenzialmente sulla positività dell'emocultura, anche se si stima che i risultati positivi riguardino solo il 50% di tutti i casi in cui il fungo è realmente presente nel torrente circolatorio del paziente.

Con la sierologia si ricercano invece gli antigeni e gli anticorpi antimannano ed il beta-glucano.

Di importanza fondamentale appare poi la valutazione del profilo di rischio di ogni paziente: la lunga degenza in ospedale, la presenza prolungata di una linea venosa, terapie antibiotiche sistemiche ad ampio spettro, le colonizzazione multiple da *Candida* con tamponi rettali o orali positivi sono tutti esempi che amplificano il rischio per quel soggetto di contrarre un'infezione fungina sistematica.

Anche per l'*Aspergillus* i criteri diagno-

stici sono basati sui risultati delle emoculture e sulla sierologia (con la ricerca del galattomannano anche sul liquido di lavaggio broncoalveolare), anche se in questi casi un aiuto notevole può venire dagli accertamenti radiologici che, ad esempio a livello polmonare, descrivono quadri ormai ben codificati e facilmente riconoscibili.

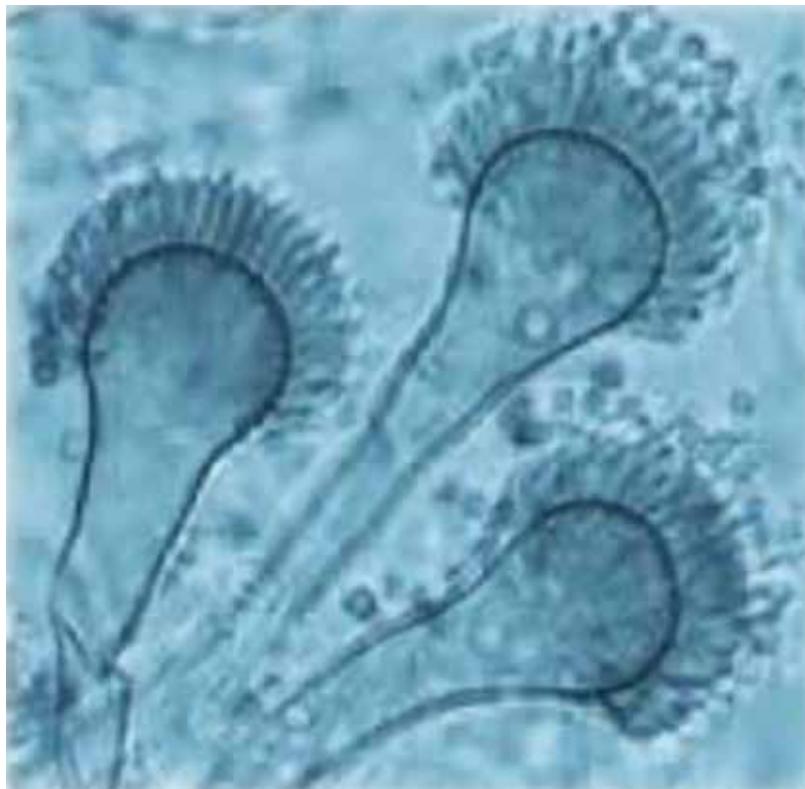
Per quanto riguarda la prognosi di queste affezioni, molto dipende dalla malattia di base anche se in generale la mortalità delle fungemie da *Candida* oscilla intorno al 30 - 40% dei casi.

L'infezione da *Aspergillus* raggiunge invece percentuali di mortalità anche del 50%, in particolare a causa della compromissione dei pazienti legata alla gravità della malattia di base.

BARTOLONI: Le infezioni fungine invasive sono infezioni gravi e gli studi effettuati sottolineano come la diagnosi precoce e un precoce inizio della terapia antifungina adeguata permettano di ridurre la mortalità associata. L'associazione dei metodi microbiologici convenzionali e l'utilizzo di biomarcatori, quali il beta-d-glucano per le *Candida* e il galattomannano per *Aspergillus*, risulta utile per la diagnosi di infezioni fungine invasive e per migliorare la prognosi di tale patologia.

TOSCANA MEDICA - Cosa si può fare per prevenire queste pericolose infezioni a livello ospedaliero?

MENICCHETTI - In primo luogo curare al massimo l'igiene delle mani, soprattutto quando si lavora sulle linee venose, visto che questa è proprio la principale modalità di trasmissione della *Candida* all'interno dei reparti ospedalieri. Per l'*Aspergillo* esiste in più il problema della trasmissione per via aerea ed anche attraverso l'acqua, come recentemente dimostrato.



Aspergillus

Chiunque lavori in ospedale deve pertanto prestare la massima attenzione per cercare di limitare al massimo il problema delle infezioni nosocomiali.

BARTOLONI: L'igiene delle mani, associata a un corretto utilizzo dei devices (corretto management, rimozione di devices non necessari) e un uso appropriato della terapia antibiotica, in termini di prescrizione e di durata della stessa, potrebbero positivamente incidere sulla riduzione delle infezioni fungine. Inoltre ciò si potrebbe tradurre in una riduzione della durata dell'ospitalizzazione e della mortalità associata.

TOSCANA MEDICA - Quale è lo stato dell'arte della moderna terapia delle infezioni fungine?

MAZZEI - Contrariamente all'aumento del numero e dell'incidenza delle infezioni fungine, soprattutto in alcuni reparti ospedalieri, i farmaci oggi a disposizione per il loro trattamento non sono molto numerosi ed appartengono fondamentalmente a tre

classi terapeutiche: gli antibiotici polienici, i triazoli e le più recenti echinocandine.

I primi, in particolare l'amfotericina B, sono sul mercato dal lontano 1957 ed hanno da subito dimostrato una notevole tossicità, in seguito molto ridotta con le formulazioni farmaceutiche lipidiche e liposomiale.

I triazoli di prima generazione (fluconazolo ed itraconazolo) sono stati immessi nell'uso clinico intorno agli anni Novanta del secolo scorso mentre tra quelli di seconda generazione spiccano in particolare per l'ampiezza dello spettro antifungino il voriconazolo, il posaconazolo e l'isavuconazolo comparso solo recentemente sul mercato.

Nella classe delle echinocandine rientrano la caspofungina, l'anidulafungina e la micafungina.

Le indicazioni all'impiego di queste molecole sono molto varie e diversificate. Alcuni esempi: contro le infezioni da *Aspergillus* il fluconazolo è del tutto inutile, meglio pensare all'itraconazolo anche se la sua biodisponibilità dopo somministrazione orale non appare particolarmente soddisfacente. Il voriconazolo ha uno spettro di azione molto ampio ed il posaconazolo si impiega utilmente nella profilassi di alcune infezioni fungine sistemiche o invasive. Contro l'*A. spurgillus* si possono usare con buoni risultati anche le echinocandine.

TOSCANA MEDICA - Partendo dal panorama generale adesso descritto dalla Prof.ssa Mazzei, nella pratica di tutti i giorni quali sono le molecole di uso più frequente e con quali indicazioni?

MAZZEI - Tra tutte le molecole citate il farmaco che viene impiegato maggiormente è senza dubbio il voriconazolo che può essere somministrato sia per via endovenosa che orale. Questa ultima formulazione presenta una biodisponibilità quasi del 100%, il che significa che praticamente tutta la dose somministrata per via orale viene assorbita dall'organismo.

Il voriconazolo ha un meccanismo di eliminazione esclusivamente metabolico, mediato attraverso due isoenzimi del citocromo P450, il 2C9 ed il 2C19. Questo significa che purtroppo il problema delle interazioni farmacologiche con l'uso di questa molecola non deve assolutamente venire sottovalutato. In particolare bisogna prestare attenzione in caso di contemporanea somministrazione di warfarin, statine, tacrolimus, ciclosporina, rifabutina, rifampicina e carbamazepina.

Un effetto collaterale del voriconazolo può essere rappresentato anche da disturbi della vista, peraltro completamente reversibili dopo circa mezz'ora dalla somministrazione.

Gli schemi di terapia si basano essenzialmente su una dose di attacco seguita da una di mantenimento e questo farmaco può essere impiegato anche nei bambini al di sopra dei due anni di età.

MENICHETTI - Nella pratica clinica il farmaco antifungino più usato è l'amfotericina, soprattutto nella formulazione liposomiale estremamente costosa, molecola con lo spettro di azione più ampio, attiva anche contro i funghi di più raro riscontro.

Poi abbiamo il capostipite degli azolici, il fluconazolo, dal costo irrisorio ed ancora ampiamente impiegato in ospedale somministrato per via endovenosa. Seguono gli altri azolici ad attività antiaspergillare ed anticandida (voriconazolo, posaconazolo ed isavuconazolo), attivi contro le muffe ed i funghi filamentosi. In questo gruppo l'uso più consolidato è senza dubbio quello del voriconazolo, somministrabile per os e per via endovenosa, i cui livelli ematici possono facilmente essere monitorati con il Therapeutic Drug Monitoring (TDM) per mantenerli quanto più possibile all'interno del range terapeutico.

In ultimo abbiamo le echinocandine, gli antifungini di più recente introduzione, molto maneggevoli e con spettro relativamente ampio.

TOSCANA MEDICA - Affrontiamo la questione dei costi, in rapporto ovviamente alla sostenibilità dell'azione dei sistemi sanitari.

BANFI - L'amfotericina liposomiale, estremamente efficace contro l'*Aspergillus* viene considerata a causa del costo, un vero e proprio "budget destroyer", visto che una terapia singola arriva a costare intorno ai cinquecento Euro/die. Un'ottima alternativa è rappresentata dal voriconazolo perché permette lo switch dall'amfotericina e può essere somministrato per bocca una volta che il paziente sia stato dimesso dall'ospedale. Non dimentichiamo poi che questo farmaco ha perso la copertura brevettuale, condizione dal punto di vista economico assai interessante.

MARINAI - Quando appare difficile inquadrare correttamente una patologia infettiva, è evidente che il clinico cerca di usare molecole a spettro quanto più possibile ampio. Partendo da questa considerazione si può dire che probabilmente il voriconazolo appare ad oggi ancora più performante e maneggevole dell'amfotericina, seppure in presenza di ormai ben note e gestibili interazioni farmacologiche. Giocano inoltre a suo favore la possibilità di essere somministrato nelle prime fasi per via endovenosa e poi per bocca, oltre alla già citata imminente scadenza del brevetto.

TOSCANA MEDICA - Quali conseguenze potrebbe comportare la perdita della copertura brevettuale del voriconazolo?

BANFI - Il voriconazolo è un farmaco di cui non è possibile fare a meno: se possiamo pagarlo meno penso che sia un fatto estremamente positivo sia per i malati che per gli amministratori che si occupano di politica sanitaria.

TOSCANA MEDICA - Cosa pensano i clinici di questo aspetto farmacoeconomico?

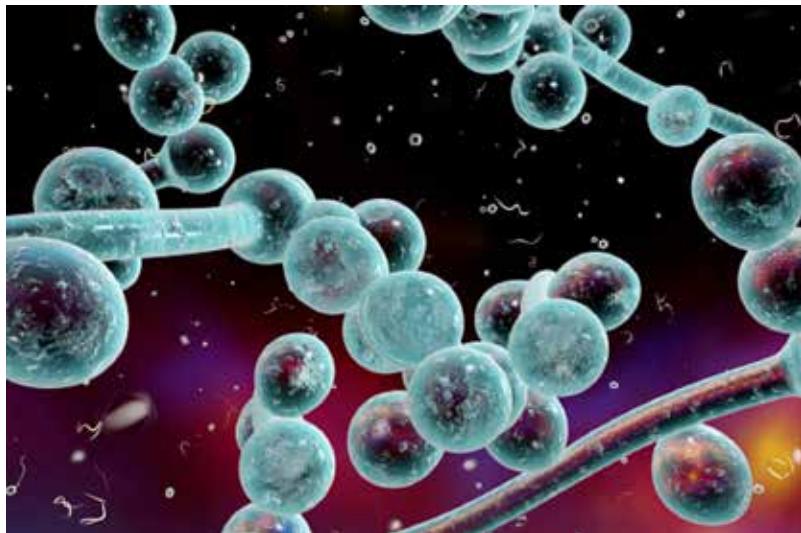
MENICHETTI - Noi non possiamo che essere interessati alla questione e speriamo che chi di dovere si attivi subito dopo la scadenza del brevetto per contrattare con i produttori la maggior riduzione possibile dei costi. Il prezzo del voriconazolo verosimilmente diventerà molto interessante, considerando anche che i suoi due principali competitori (posaconazolo ed isavuconazolo) sono ancora coperti dal brevetto. Tra l'altro il voriconazolo per via endovenosa si presenta con una nuova confezione che contiene tutto il necessario per la sua preparazione, con evidente risparmio di tempo da parte di chi deve provvedere alla somministrazione.

TOSCANA MEDICA - Dottor Torrico, in linea generale una nuova presentazione in commercio, magari con apposito kit di preparazione come adesso ricordato, può avere conseguenze sul piano degli acquisti nel passaggio dal prodotto branded a quello generico?

TORRICO - In Toscana ormai da diversi anni disponiamo di strumenti gestionali, ad esempio il sistema dinamico di acquisizione che, nell'ottica stringente del contenimento dei costi, ci permettono di mettere tempestivamente in concorrenza il farmaco branded con il generico al termine della copertura brevettuale.

Non possiamo tuttavia dimenticare che il mercato del farmaco è largamente regolamentato e che lo stesso sistema sanitario pubblico è soggetto all'applicazione di un corpo normativo assai complesso e articolato e ciò in alcuni casi può rendere meno fluide le procedure di acquisto di un prodotto, così come l'introduzione di beni o servizi innovativi.

La questione fondamentale quando si devono fare delle scelte tra farmaci della stessa classe non dovrebbe essere rappresentata tanto dalla valutazione di una nuova modalità di confezionamento, quanto piuttosto



Candida

dalla capacità di valutare con criteri oggettivi e misurabili le caratteristiche di ogni prodotto ed il suo rapporto costo/beneficio, raccolgendo la sfida che anche il nuovo Codice degli appalti, in vigore dallo scorso aprile, pone a tutte le stazioni appaltanti, cioè quello di sviluppare modelli più oggettivi di valutazione della qualità dei prodotti.

In un periodo storico in cui, a fronte di un aumento costante della domanda di prestazioni sanitarie, le risorse disponibili non possono di fatto crescere, i benefici economici che si ricavano, ad esempio, dall'impiego di un generico al posto del branded, non debbono essere considerate semplicemente in un'ottica di risparmio, bensì quali preziose opportunità di reinvestimento in innovazione e nuove tecnologie, nell'ottica della sostenibilità e della qualità del sistema.

BANFI - Abbiamo detto che il voriconazolo per via endovenosa viene fornito con un apposito kit che velocizza il lavoro di chi deve preparare la soluzione e somministrarla ai pazienti riducendo anche i rischi legati a queste manovre. Questo kit ha certamente un costo che magari potrebbe essere giustificato in Reparti dove si preparano molte dosi di questo farmaco, come le Ematologie e le Rianimazioni, molto meno in quelle strutture dove il suo impiego è saltuario o molto limitato. Non credo che il kit possa comunque rappresentare un criterio di esclusività.

MARINAI - Fino a poco tempo fa per l'acquisto dei farmaci si cercava sempre il prezzo più basso, partendo dalla considerazione che la qualità dei prodotti fosse comunque garantita dalle autorizzazioni del Ministero della Salute e delle varie autorità regolatorie.

Oggi anche nel settore dei farmaci la concorrenza sta diventando sempre più accanita ed il mercato sta cambiando nel senso che si sta progressivamente passando dall'acquisizione di un prodotto a quella di un vero e proprio servizio che garantisca efficacia di cura e riduzione del rischio.

Un esempio di questo nuovo corso è rappresentato dalla recente gara per l'acquisto dell'ormone della crescita che ha preso in considerazione oltre agli aspetti qualitativi legati alle caratteristiche dei dispositivi di somministrazione anche altri elementi destinati al paziente, quale la fornitura gratuita da parte del fornitore del materiale di consumo, un servizio di reperibilità telefonica per la famiglia ed un'assistenza infermieristica domiciliare.

Questo modalità di acquisizione di un farmaco potrebbe essere applicata anche al caso del voriconazolo, il cui impiego è prevalentemente ospedaliero. Si tratta ovviamente di trovare le giuste forme di valutazione e la qualità aggiunta rispetto al solo prodotto, elemento che verosimilmente verrà fornito anche dai produttori del generico.

MENICHETTI - Se è vero che anche in campo terapeutico un'innovazione è veramente tale se è economicamente sostenibile, non si può tuttavia ignorare il fatto che fare innovazione costa tantissimo e che pertanto le aziende che investono in questo settore devono necessariamente trovare riscontro nella resa del mercato. Appare pertanto sempre più necessaria una stretta e partecipata collaborazione tra i diversi soggetti interessati a simili questioni, medici, aziende ed amministratori, per trovare punti di contatto e dialogo che permettano davvero di continuare a fare innovazione con reciproca soddisfazione di tutti.

ANTONIO PANTI

Due questioni importanti

Tutte le rilevazioni statistiche nazionali e regionali mostrano un aumento delle infezioni fungine sistemiche e quindi un forte incremento della spesa per i relativi farmaci.

Queste patologie, tipicamente ospedaliere, aumentano per l'incremento dei soggetti immunodepressi, in particolare oncoematologici e nei trapiantati di midollo, oltre che per il fenomeno dell'antibiotico-resistenza, che ad oggi trova risposte assai parziali nella innovazione farmacologica. Parliamo quindi di micosi sistemiche, di fungemie prevalentemente da *Candida* o da *Aspergillus*, anche se ve ne sono altre di diversi tipi. La diagnosi è tipicamente clinica, per quanto vi sia un forte appoggio da parte della radiologia e della sierologia. Non dobbiamo quindi dimenticare la formazione, in particolare degli internisti, ad affrontare queste patologie, specialmente in presenza di particolari profili di rischio e di soggetti immunodepressi. Purtroppo la mortalità è piuttosto elevata, il che rende ancora più importante la prevenzione. In certi casi, per esempio nei trapianti di midollo allogenico, si ricoverano i pazienti in camere che garantiscono la purezza dell'aria, ma talora basta un semplice lavaggio delle mani. In ogni caso la gestione di questi pazienti richiede un lavoro di équipe in cui l'infettivologo può svolgere una funzione di leader funzionale. I farmaci disponibili sono suddivisibili in tre categorie: le più antiche amfotericine, la cui

forma liposomiale ha un altissimo costo; i triazoli di cui il voricolazolo è il più usato, particolarmente nell'aspergillosi, e le echinocandine.

I nostri esperti si sono soffermati sulle problematiche farmacologiche di queste sostanze e sulle indicazioni per prospettarne l'uso più appropriato. Anche in questo caso il problema del costo della terapia è molto importante anche se la posta in gioco, un'infezione potenzialmente letale, è di particolare importanza. Ben vengano quindi tutte le indicazioni di precisazione del target ma anche i vantaggi derivanti dalla genericazione. Si pone in questo caso un'altra questione di ordine generale. Mentre scade il brevetto, il voriconazolo propone un nuovo confezionamento dotato di un kit che ne facilita la somministrazione e più che altro riduce i rischi legati al normale modo di erogazione di un farmaco in vena, migliorando così la sicurezza del paziente. Non si tratta certamente di un farmaco nuovo ma di un miglior servizio legato a quella determinata sostanza che il produttore offre. È evidente che il clinico, che esprime parere sull'acquisto, dovrà tener conto di questo valore aggiunto, valutandone l'equilibrio tra sostenibilità e qualità. Un problema importante che si pone sempre più spesso e che può essere risolto soltanto con nuovi criteri più elastici e completi di valutazione dei farmaci.



Piero Salvadori,
AUSL Centro Toscana,
medico di comunità
presso AUSL Centro
Toscana, Empoli, dove
dirige dal 1999 la UOC
Organizzazione Servizi
Sanitari Territoriali.
Specializzato in
oncologia presso
l'Università di Genova
nel 1987, specializzato in
igiene e sanità pubblica
presso l'Università
di Firenze nel 1991.
Dirigente settore Servizi
alla Persona sul Territorio,
Regione Toscana
2012/13

PIERO SALVADORI

La frequenza dell'inappropriatezza, ovvero l'appropriatezza per decreto

Questa inappropriatezza ci costa più di 1 €/abitante/anno.
Possiamo permettercelo?

Il Decreto *appropriatezza* è stato criticato per l'aspetto sanzionatorio. Una analisi delle ripetizioni di alcuni esami di laboratorio e di diagnostica per immagini evidenzia una inappropriatezza generale del **5%** che genera un **costo pro capite annuo di 1 euro**, di cui i **¾** vanno ascritti alla prescrizione da parte degli **specialisti** ambulatoriali e ospedalieri. Possiamo correggere il sistema.

Parole chiave: appropriatezza, frequenza, ripetizione, specialisti, medici di medicina generale

Il 20 gennaio 2016 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Italiana il Decreto 9.12.15 *Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale*. Esso riguarda alcune prestazioni specialistiche riferentesi alle branche: Odontoiatria, Genetica, Radiologia diagnostica, Esami di laboratorio, Dermatologia allergologica, Medicina nucleare. Esso ha comportato uno strascico di polemiche legate alla sanzionabilità di comportamenti prescrittivi inappropriati.

In effetti dalle ultime evidenze, mentre la spesa pro-capite, pesata per età, per ciascun assistito si aggira per la farmaceutica territoriale intorno a 140 € /assistito/anno (con ovviamente la variabilità geografica) la spesa per gli accertamenti specialistici (visite + esami diagnostici) arriva a 195 €/ assistito/anno, + 29% rispetto alla farmaceutica.

Ovvio che gli occhi dei manager si posino anche su tali numeri, anche in ambito di *spending review*.

Pur con tutte le cautele del caso e le perplessità sulla opportunità e fattibilità delle sanzioni ai prescrittori, risulterebbe quanto mai utile porre l'attenzione almeno su alcune tipologie di prescrizioni, anche prescindendo dal valore dell'esame o dal risultato della visita. Scorrendo infatti la frequenza di ripetizione di certi esami nell'anno, francamente, qualche perplessità sulla alta frequenza di ripetizione (anche ammettendo valori "patologici") si pone.

Infatti, con le dovute cautele, possiamo ana-

lizzare la frequenza con la quale in un anno alcuni cittadini ripetono alcuni esami del sangue ed altri a carattere diagnostico. Ad esempio c'è da chiedersi se per il colesterolo o i trigliceridi anche se con valori ritenuti patologici risultati appropriato ripeterli con cadenza estremamente ravvicinata e cioè mensile/settimanale. Lo stesso dicasi per il PSA ripetuto mensilmente o il sangue occulto fecale, più volte all'anno, quando l'American Cancer Society e tutte le altre Società Scientifiche del settore consigliano di eseguirlo una sola volta/anno. Lo stesso dicasi per il dosaggio dell'INR, ad esempio per il monitoraggio della terapia anticoagulante, che una volta a regime e stabilizzata, non sembra appropriato avere una frequenza di esecuzione superiore alle 18-20/anno. Idem per altri esami anche strumentali, quali ad esempio la RMN al ginocchio effettuata non in occasione di traumi o pre-operatoria a persone ultrasessantacinquenni.

A seguito di queste riflessioni, stimolate anche dal citato decreto "appropriatezza", è possibile stimare i costi che nella nostra regione possono essere ascritti ad una eccessiva frequenza di ripetizione di alcuni esami. Ovviamente il tutto senza nessun intento persecutorio nei confronti dei prescrittori, ma al solo fine di testimoniare ed in seguito correggere abitudini prescrittorie talvolta discutibili e "border-line", talaltra veramente fuori da qualsiasi logica e linea guida clinica.

Con le premesse di cui sopra, si è messa a punto la tabella che segue, attingendo dagli archivi della ex AUSL di Empoli, stimando i possibili

risparmi annui per la Regione Toscana derivanti da una maggiore appropriatezza prescrittiva, raggiunta attraverso una giusta e corretta ripetizione degli esami. I costi riportati sono calcolati sul valore tariffario nel nomenclatore in uso. Alla frazione "inappropriata" degli esami di laboratorio è stata aggiunta la valorizzazione del prelievo di sangue venoso (cod. 91.49.2) come calcolata dal nomenclatore tariffario.

Dalla tabella pur con tutti i limiti e le cautele del caso si può arrivare a stimare un risparmio di 3,8 milioni di euro all'anno se tutti i medici prescrittori adottassero criteri omogenei di frequenza di prescrizione dettati dalle varie linee guida sui vari argomenti. Costo procapite: 1,02 /anno/cittadino. Primo fra tutti la ripetizione degli stessi esami sia in occasione di ricovero ospedaliero che di follow-up territoriale per scarsa comunicazione nei rapporti tra ospedale e territorio. A questi costi vanno aggiunti i costi "sociali" di tali ripetizioni (tempo per il prelievo, tempo del familiare che accompagna, tempo lavoro perso...), che non sono facilmente stimabili.

L'esame dei casi che mostrano una alta frequenza di ripetizione degli esami alla ricerca del prescrittore mostra che tale richiesta solo nel 25% dei casi è da ascriversi al medico di medicina generale, mentre il restante 75% dei casi si deve agli ambulatori specialistici ed ai centri ospedaliero-universitari specializzati nelle varie patologie.

Ad avviso dello scrivente la ricerca del "colpevole" al quale poi infliggere sanzioni amministrative e pecuniarie non rappresenta il modo migliore per affrontare e risolvere il problema. Questa problematica, di non poco

Tipologia di esame	% esami a rischio inappropriatezza	Stima risparmi in € per la Regione Toscana	Un cittadino/a ha ripetuto questo esame in 1 anno per ...volte
Colesterolo	0,5	460.000	63
Trigliceridi	4,6	690.000	62
PSA	10,5	1.518.000	18
Sangue occulto fecale	19,8	200.000	15
Protidogramma	1,7	7.000	12
INR	4,1	1.181.00	125
TSH	0,6	5.000	11
Dosaggio Vitamina B12	0,5	5.500	11
Tariffa prelievo venoso	5,2	908.500	
RMN ginocchio > 65 aa.	1,3	54.500	3
Totale Regione (stimato)		3.848.500	

conto (ricordo il costo stimato di 3,8 milioni di euro all'anno, per la sola Regione Toscana, oltre 60 milioni a livello nazionale) deve trovare soluzione mediante un buon sistema informativo che sia in grado di testimoniare (mediante attività di reporting) i dati derivanti da comportamenti prescrittivi anomali che dovranno essere trattati in occasione di incontri di peer review condotti da personale specializzato per gruppi omogenei di professionisti, quali ad esempio le AFT per i medici di medicina generale (o cooperative mediche), ma soprattutto UOC e Dipartimenti per i medici specialisti ospedalieri e universitari.

TM

Info: piero.salvadori@uslcentro.toscana.it

LETTI PER VOI

Che lavoro fai?

Francesco Carnevale - Edizioni Polistampa

Francesco Carnevale prosegue nel suo approfondimento culturale sulla storia della medicina del lavoro con questa ulteriore, importante fatica dedicata all'opera di Bernardino Ramazzini. Ormai il lascito del grande medico carpigiano è entrato nel lessico di tutti i medici in ogni parte del mondo e la domanda: che lavoro fai, è parte integrante di qualsiasi anamnesi. Le edizioni delle sue opere, in particolare la maggiore, "De morbis artificum", sono molte e le massime questioni interpretative quasi risolte. Mancava tuttavia un commento ragionato sulle principali affermazioni scientifiche e sociali che sostanziano quest'opera, certamente la maggiore del medico e scienziato nonché finissimo letterato emiliano, una mente che occupa un posto tra i maggiori nella storia della medicina moderna. Il voluminoso e documentatissimo testo di Carnevale supplisce magnificamente a questa mancanza mediante queste "Annotazioni al trattato delle malattie dei lavoratori" pubblicate da Edizioni Polistampa nella collana della Biblioteca di Medicina e Storia del Centro fiorentino di Documentazione della Sanità. Dopo una vasta introduzione seguono i capitoli del testo latino opportunamente tradotti e commentati; conclude un notevole apparato critico e un avvincente saggio di Roberta Turchi "sull'umano sguardo di un medico letterato" che affronta l'opera ramazziniana dal punto di vista della partecipazione umana e della bellezza narrativa. In conclusione, a prima vista si può essere colpiti dalla estensione critica del tomo, ma la lettura, che può seguire il filo logico o gli interessi del lettore, rivela tutto il suo fascino e la sua importanza scientifica e sociale. Un testo quindi che consente di avvicinarsi al meglio a una delle più grandi opere della letteratura medica, un'opera che ha segnato una tappa fondamentale nel progresso della scienza e della pratica.

Antonio Panti



Allaman Allamani,
medico psichiatra.
Consulente dell'Agenzia
Regionale per la Sanità
della Regione Toscana,
Firenze

A. ALLAMANI¹, S. BRAVI¹, P. PEPE¹, F. VOLLE¹, S. INNOCENTI²

Consumi di bevande alcoliche e problemi correlati al bere

Un'inchiesta negli ambulatori dei medici di medicina generale dell'area fiorentina

In collaborazione con:

Paola Alvisi, Silvia Armeli, Elisabetta Baronti, Carmelo Barresi, Francesca Bonci, Giorgio Cioni, Caterina Crivellaro, Rocco Mario Di Brina, Anna Di Natale, Franco Fenu, Franco Gabriele, Lucio Giannuzzi, Massimo Giuntoli, Luigi Leonetti, Francesco Manzini, Anna Mustur, Alessandro Pescitelli, Maurizio Puliti, Emanuela Rossi, Isa Santetti, Marzio Taddei, Valerio Talluri, Enzo Tatini, Annalisa Zammarchi (Cooperativa Leonardo, Firenze)

Secondo un recente studio (2013-2014) le patologie prevalenti nell'ambulatorio dei MMG fiorentini sono sovrappeso, fumo, bere a rischio. Per l'alcol-dipendenza, pur non frequente (1,8-2,3% dei casi), ci si domanda se sia necessario che il medico di medicina generale divenga più attivo nel comunicare per tempo al proprio assistito la necessità di modificare il modo di bere o di sottoporsi a un trattamento specialistico.

Parole chiave: ambulatorio medico di medicina generale, patologia alcol-correlata, bere a rischio, alcol-dipendenza, invio a trattamento specialistico

Italia ed Europa

Anche se può risultare sorprendente, l'Italia si trova ai gradini più bassi nella classifica per consumi di bevande alcoliche, per dipendenza alcolica, e per mortalità attribuibile al consumo di bevande alcoliche in Europa. Nel 2010, ad esempio, i consumi medi giornalieri di bevande alcoliche degli italiani di 15 anni e oltre corrispondevano a 6,1 litri di alcol puro pro capite, mentre nel complesso dell'Unione Europea si attestavano a 9,9 litri (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2014). Uno studio del 2004 stimava che da noi la dipendenza alcolica ammontasse a circa l'1% della popolazione, di contro a una media europea intorno al 3,5%, e che la mortalità alcol-attribuibile tra i 15 e i 64 anni fosse il 5,5% di tutte le morti maschili e il 5% di quelle femminili di fronte a una media europea di 13,9% e 7,7%, rispettivamente (Rehm, Shield e coll., 2012).

La più bassa mortalità e i più contenuti valori di alcol-dipendenza si spiegano non solo con i ridotti consumi alcolici, ma anche con i nostri modi del bere, che (sotto forma di vino e di birra) occorrono spesso ai pasti e quasi quotidianamente, il che è stato dimostrato essere più protettivo verso le patologie rispetto ai luoghi dove il bere è concentrato fuori dei pasti e nel fine settimana.

Quanto detto non deve esimerci dalle azioni preventive e curative in quanto pur da noi sussistono danni conseguenti al bere, ma ci deve invece spingere a programmare interventi specifici per la nostra cultura e i nostri problemi, invece che ricalcare programmi di altri paesi, anche se possono aver ben funzionato altrove.

Toscana

L'Italia, pur con le sue specifiche modalità di bere, ha un'ampia gamma di differenze regionali. La Toscana, tra le regioni italiane, ha una maggior frequenza di consumi di vino ai pasti, e, in generale, una minor frequenza di consumi di birra, aperitivi, liquori e superalcolici, nonché del bere lontano dai pasti – in altri termini, la Toscana mantiene una modalità del bere abbastanza in linea con la tradizione mediterranea (Tabella 1).

La Toscana ha anche una relativamente più bassa mortalità attribuibile all'alcol: nel 2010, per i soggetti di 15 anni e oltre, era al penultimo posto tra le donne con lo 0,92% e al terz'ultimo tra i maschi col 3,13% rispetto alle regioni italiane. Una spiegazione accettabile della riduzione dei danni alcol-correlati può risiedere nella maggior frequenza del bere giornalmente ai pasti propria dei toscani.

1) Agenzia Regionale per la Sanità della Regione Toscana, Firenze

2) Cooperativa Leonardo, Firenze

Uno studio di epidemiologia ambulatoriale

L'Agenzia Regionale di Sanità toscana ha recentemente realizzato uno studio su pazienti ambulatoriali in collaborazione con 25 medici di medicina generale (MMG) della cooperativa "Leonardo" operanti a Firenze e dintorni. Lo studio era parte di un progetto europeo (detto "APC") indirizzato agli assistiti della medicina generale di sei paesi europei, dove l'Italia era rappresentata dal Friuli Venezia Giulia e dalla Toscana. La scelta dei medici di medicina generale è stata fatta considerando che essi costituiscono un osservatorio fondamentale per la individuazione e l'intervento riguardo i problemi di salute della popolazione, incluso il bere a rischio.

Nello studio, a ciascun medico di medicina generale era chiesto di individuare i primi 40 pazienti di 18-64 anni che a partire dal settembre e fino al novembre 2013 si presentavano per una visita, riempendo per ognuno una scheda con dati anagrafici, altezza, peso, pressione arteriosa, consumo di tabacco e di bevande alcoliche, principali problemi di salute, nonché la diagnosi di abuso di alcol e alcol-dipendenza quando presenti. Lo studio ha considerato dipendenti anche quei casi che pur non ritenuti tali dal medico di medicina generale, erano portatori di potenziali segni clinici di un problema alcolico (ipertransaminasemia, hepatomegalia, ascite, uso di Antabuse). Oltre all'accertamento medico, un campione di 451 assistiti, circa il 45% dei 1.011 arruolati, è stato successivamente intervistato da operatori addestrati mediante un questionario con domande sulle quantità di bevanda alcolica consumata e l'uso dei servizi sanitari, e con quesiti tratti dal questionario CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*, riferimento OMS per la diagnosi di alcol-dipendenza). La percentuale dei rifiuti degli assistiti al momento dell'intervista è stata contenuta al 16%.

Ambulatorio MMG fiorentini (studio europeo APC)			
Categoria di bevitori	N	%	gr di alcol p. persona / dì
Non bevitori	131	29,1	0
Bevitori	320	70,9	20,5
Totale bevitori e non bevit.	451	100	14,5
Bevitori a Rischio (BaR) °	61	13,8	55,9
Alcodip. sec. MMG	10	2,3	44,5
Alcoldip. sec intervista (CIDI)	7	1,5	74,5

° bere a rischio = tra tutti gli assistiti che non sono alcolisti, i maschi che bevono > 40 gm alcol/dì, e le femmine che bevono > 20 gm alcol/dì

Tabella 2 - Categorie di bevitori secondo i MMG e le interviste: percentuali sulla popolazione degli assistiti e quantità di grammi consumati secondo le interviste nell'area fiorentina (N=451)

	Toscana		Italia (media tra le regioni)	
	M %	F %		F %
Consumo di qualsiasi bev. alcolica	78,9	55,3	78,3	51,8
vino	69,0	43,2	51,9	39,1
birra	58,5	34,5	61,0	31,5
aperitivi alcolici	36,5	20,1	41,9	21,7
liquori e superalcolici	32,3	11,6	35,5	13,1
Consumo fuori pasto	30,7	14,3	37,2	15,6

Tabella 1 - Frequenza percentuale di consumatori (%) per tipologia di bevanda, e per consumo fuori pasto. Toscana e Italia, 2012, residenti di 11 anni e oltre (da Scafato e coll., 2014).

Risultati dello studio

L'indagine ha rilevato che gli assistiti sono in prevalenza donne (58%) e di classe di età più anziana (il 65% ha 46-64 anni), e accedono all'ambulatorio del medico di medicina generale specie per controllare la propria salute e trasmettere gli esami al medico, nonché in occasione di malattie acute.

Nel campione si sono riscontrati vari problemi di salute e specialmente fumo (21,5%), ansia (11,7%), ipertensione (9,4%), malattie gastrointestinali (7,8%), depressione (6,4%) e soprattutto sovrappeso/obesità (42,3%) (Tabella 2). Scontato il fatto che si tratta di pazienti selezionati in ambulatorio, tali valori non sono troppo distanti da quelli indicati dall'ISTAT per la popolazione generale toscana, che nel 2012-2013 presentava soprattutto problemi per alta frequenza di fumatori (30,4%), ipertesi (10,2%), soggetti in sovrappeso (29,8%) e obesi (8,7%) (ISTAT, 2015).

I bevitori sono risultati essere il 70,9% degli assistiti, mentre i bevitori eccessivi, o a rischio – definiti come chi, non alcolista, se maschio beve >40 grammi alcol/dì, se femmina >20 grammi alcol/dì (Innocenti, 2000; Scafato, 2014) – sono risultati 13,8% (Tabella 2). Anche qui, i suddetti valori non sono troppo lontani da quelli che si riscontrano nella popolazione generale (Ministero della Salute, 2013).

Lo studio ha rilevato una relativamente bassa frequenza di diagnosi di alcol-dipendenza, che riguarda il 2,3% degli assistiti (che si riduce all'1,8% considerando tutti i 1.011 arruolati invece del campione dei 450 soggetti) (Tabella 2). Tali valori sono abbastanza vicini a quelli ricavati dalle interviste CIDI, che hanno identificato l'1,5% di alcol-dipendenti (anche se questi risultano più giovani e corrispondono solo in parte alle diagnosi mediche di alcol-dipendenza). Tali percentuali, se pur risultano un po' maggiori rispetto a quanto osservato in alcuni studi internazionali (Rehm e coll., 2004), si avvicinano a quelle di precedenti studi italiani, con lo 0,5%-1,9% di alcolisti identificati nell'ambulatorio di medicina generale, e lo 1,3% -1,9% di alcolisti individuati nella popolazione generale.

L'analisi del chi quadro ha indicato che fu-

	campione N= 451	Bevitori N= 320		Diagnosi MMG di alcol-dipend N=10		Bevitori a rischio N=61	
	%	%	p	%	p	%	p
Indicatori di salute							
Fumatori +	21,5	24,5	0,018*	33,7	0,418	24,5	0,559
>PA (diast. e/o sist.)°	9,4	10,3	0,268	13,9	0,466	19,6	0,004*
Diabete mellito	3,9	3,5	0,618	7,0	0,489	2,8	0,773
Coronaropatia	3,9	4,3	0,568	0,0	0,456	6,7	0,316
Cancro	2,0	1,2	0,065	0,0	0,602	1,6	0,791
Epatopatia	2,2	2,2	0,896	19,8	0,001*	2,8	0,374
Mal. Respiratoria	6,3	6,9	0,355	0,0	0,338	6,1	0,954
Mal. Gastrointest.	7,8	7,1	0,401	26,8	0,036*	7,7	0,804
Depressione	6,4	5,4	0,226	30,2	0,000*	4,5	0,750
Disturbi d'ansia	11,7	12,1	0,697	20,9	0,211	7,7	0,343
Disordini d. sonno	2,8	2,9	0,679	13,9	0,006*	4,9	0,206
Sovrapp.+ obesità ^	42,3	41,5	0,682	48,8	0,404	47,8	0,290

+ fumatori correnti °pressione alta= sistolica > 130 e/o diastolica > 90 ^ sovrappeso ≥25 - <30 IMC, obesità ≥30 IMC
*= p ≤ 0, 05

Tabella 3 - Associazioni calcolate mediante analisi del chi quadro tra indicatori di salute e: bevitori, dipendenti secondo i MMG e bevitori a rischio, tra gli assistiti dei MMG nell'area fiorentina (N=451)

mare è associato col bere, e l'ipertensione arteriosa col bere a rischio, mentre non è stata documentata alcuna correlazione, positiva o negativa, con la presenza di coronaropatia e di cancro (Tabella 3). Con la dipendenza alcolica appaiono invece associati diabete mellito, epatopatia, depressione e disturbi del sonno.

Negli ultimi 6 mesi prima dell'intervista gli assistiti hanno usufruito del DEA nel 16% dei casi, di ricoveri nel 15%, e di una media di 2-12 visite dal proprio medico nel 67% dei casi. In particolare gli alcol-dipendenti hanno un'elevata frequenza di visite al proprio medico (nel 97% dei casi), ma fanno una bassissima richiesta di aiuto per i propri problemi col bere (6%). Ciò appare parallelo al basso tasso di alcolisti che entrano in cura nei servizi di trattamento specifico: nel 2012 erano lo 0,14% della popolazione generale in Toscana, dato appena superiore alla media italiana dello 0,12% (Ministero della Salute 2015). In modo paragonabile, studi internazionali hanno stimato che in generale meno del 10% degli alcolisti intraprendono una terapia.

Conclusioni

Le patologie viste nell'ambulatorio dei medici di medicina generale fiorentini sono in prevalenza ipertensione, ansia e depressione, e problemi gastrointestinali. Tuttavia ancora più frequenti sono i problemi legati allo stile di vita, e cioè sovrappeso, fumo, bere a rischio.

L'alcol-dipendenza non è una patologia frequente in ambulatorio, e quando si presenta i medici di medicina generale appaiono diagnosticarla con sufficiente accuratezza. Una specifica difficoltà per il medico è che solo una piccola parte degli alcoldipendenti chiedono aiuto per la loro condizione, e quando lo fanno, tendono a rivolgersi direttamente ai programmi di trattamento disponibili (SerT, servizi alcologici, gruppi di mutuo-aiuto) e molto meno al pro-

prio medico di medicina generale. Il fatto che altrove la richiesta di aiuto al proprio medico di medicina generale per i problemi alcolici risulti più alta potrebbe spiegarsi con differenti gravità della dipendenza (che è minore in Toscana), o con diverse ragioni culturali (in ipotesi una maggior vergogna a dichiararsi alcolista dalle nostre parti) che possono modulare la comunicazione tra pazienti e fornitori di aiuto.

È necessario che il medico di medicina generale prenda una posizione più attiva nel comunicare in tempo al proprio paziente alcoldipendente la necessità di un cambiamento della condotta portatoria, o di un trattamento specialistico? Poiché interventi specifici un alcoldipendente pare destinato a soffrire danni maggiori, ne consegue che appena possibile il medico di medicina generale dovrebbe compiere sforzi per avviare l'assistito a forme di attenzione e di cura riguardo il suo problema. Non si può tuttavia escludere che, anche secondo gli studi che si stanno sviluppando negli ultimi anni, in alcuni soggetti possano intervenire processi di auto-cura e auto-cambiamento, o di remissione spontanea, indipendenti dagli interventi terapeutici.

Si ringraziano Jürgen Rehm e Jakob Manthey, Piero Struzzo, Francesco Marcatto, Donatella Ferrante e i colleghi della regione Friuli Venezia Giulia per la collaborazione e il contributo dati nello studio; Fabio Mariani e il suo gruppo alla CQR - Clinical Quering&Reporting - Pisa per le interviste, l'acquisizione dei dati e la creazione del dataset; Sara Stiaccini della Cooperativa Leonardo per la raccolta delle schede mediche e Cristina Padovano dell'ARS per il loro inserimento; e infine gli assistiti dei medici di medicina generale che hanno accettato di essere intervistati. TM

Info: allamana@gmail.com

SUSANNA CRESSATI

È possibile evitare le bufale?



Susanna Cressati, giornalista. Dal 1977 al 1999 cronista e inviata della redazione toscana de *l'Unità*, si è successivamente dedicata ai temi socio-sanitari. Per tre anni è stata Ufficio Stampa dell'Aou Meyer. Dal 2004 al 2014 ha lavorato presso l'ufficio stampa della Regione Toscana, prima come responsabile del settore sanità e dal 2010 al 2014 come direttore.

Scrive Niccolò Machiavelli, nei Discorsi sopra la prima Deca di Tito Livio, che "se le repubbliche e le sette (cioè i partiti e le organizzazioni civili odierne) non si rinnovano, non durano. E il modo di rinnovarle è di ricondurle verso i principi loro". Penso che questa considerazione possa valere anche per le professioni, come quella del giornalista.

È indubbio infatti che le tecnologie che ancora oggi chiamiamo "nuove", benché si siano affermate ormai da parecchi lustri, stanno radicalmente cambiando l'organizzazione complessiva dell'industria dell'informazione e che questo mutamento trascina con sé le caratteristiche, le tecniche, la deontologia del lavoro giornalistico. Ma è altrettanto chiaro che un processo di trasformazione di questa professione, che ne salvaguardi le specificità, l'identità, e perfino la necessità, non può che farsi guidare dai "principi", ossia dai suoi stessi elementi costitutivi e fondanti, tra i quali occupano un posto preminente la responsabilità, la trasparenza, la precisione, la completezza e, ultimo ma non meno importante, il lavoro di verifica.

Tutto questo è particolarmente evidente se ci fermiamo ad analizzare il ruolo dell'informazione in campo medico e sanitario, come abbiamo fatto in molte occasioni, ultima quella organizzata il 18 ottobre scorso dall'Associazione AMMI nella sede fiorentina dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e dedicata al tema, di grande attualità, del calo delle vaccinazioni e dell'ampia diffusione sui media di messaggi negativi relativi ai vaccini.

Che fare, ci si è chiesti, per invertire anche nel campo dell'informazione, una tendenza sempre più preoccupante? Quale alleanza possono stringere i due comparti (quello sanitario e quello dell'informazione) per far prevalere le ragioni della razionalità e della scienza su quelle della diffidenza, della paura, della sfiducia? Di quali nuovi strumenti dobbiamo dotarci per contrastare queste tendenze negative sul terreno in cui sembrano destinati a dominare, i web e i social network?

Da quest'ultimo punto, dove si informano le famiglie, è forse utile partire per disegnare poi una strategia di comunicazione. Dati sufficientemente recenti confermano l'esperienza: è proprio il web a costituire la fonte crescente di informazioni nel nostro paese, in generale, per la sanità e ancora più specificamente per quanto riguarda il tema dei vaccini.

Qualche dato. Benché su un campione di 12

nazioni (Francia, Germania, Giappone, Brasile, Irlanda, Italia, Inghilterra, Spagna, USA, Danimarca, Australia, Finlandia) per quanto riguarda il consumo dell'informazione digitale l'Italia sia stata indicata come il paese con la più scarsa penetrazione della rete (fonte *"Digital News Report 2015"* del Reuters Institute for the Study of Journalism), nel nostro paese è in continua crescita il ruolo di Internet, a discapito dei giornali, in crisi conclamata.

La *search* (66% degli intervistati) e i *social* (33%) stanno diventando in maniera prepotente la porta di ingresso ai siti web delle testate di informazione, mentre l'editoria ha cominciato a proporre le *news* direttamente sui social (Instant Articles) o a creare flussi informativi specifici (Signal).

Secondo l'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni Agcom (2104) gli italiani si informano ancora quasi totalmente tramite la TV (80%), i giornali segnano il passo (44%), mentre crescono internet (40%), Google (21,5%) e i social (8,1%, di cui solo Facebook 7,5%). Ma secondo il Censis, Facebook è la prima fonte di informazione per il 71% degli under 30 anni. L'Italia è tra le nazioni in cui le persone hanno una maggiore propensione ad utilizzare i social network per la fruizione dell'informazione.

In larghissima crescita l'utilizzazione della messaggistica istantanea (WhatsApp) per ricevere notizie e la fruizione di video come fonte di informazione.

Per indagare il campo specifico dell'informazione sui vaccini, nel 2014 il Censis ha svolto una ricerca coinvolgendo 1000 genitori (22-55 anni). Meno della metà dichiara di reperire informazioni sui siti istituzionali, il 42% sul web, il 48,6% sui social, il 27,2% su forum e blog. Il 70% è convinto di saperne molto o abbastanza sul tema e il 7,8% sceglie di non vaccinare proprio in base alle informazioni reperite in rete. Una battaglia per la corretta informazione va dunque condotta là dove la "cattiva" informazione si diffonde con maggiore ampiezza e rapidità e, quindi, secondo questi dati, la professionalità giornalistica applicata al web e capace di massimizzarne gli indubbi benefici, che affiancano gli inevitabili rischi, assume una importanza strategica.

Ma le cose sono tutt'altro che semplici. Prendiamo il caso della lotta alle "bufale", termine giornalistico con cui vengono pittorescamente definite le bugie, le notizie false o inventate, e che può a buon diritto essere affibbiato a molte

notizie circolanti in tema di vaccini. A dicembre il Washington Post ha sospeso la rubrica "What was fake this week", condotta da Caitlin Dewey, specializzata nello smascheramento delle bufale. Pare che a decretarne la chiusura sia stata una ricerca realizzata dal CSSLab dell'IMT di Lucca, una struttura che si occupa di scienze sociali computazionali. Secondo la ricerca, che ha studiato il comportamento di due gruppi di utenti statunitensi posti di fronte a vari tipi di notizie e bufale, ogni tentativo di sbagliare queste ultime sarebbe inutile. Errori, "analfabetismo funzionale", sfiducia nelle istituzioni, combinati con l'enorme quantità di informazioni a disposizione e con il ritmo con cui si affastellano in rete, cospirerebbero per rendere inutile ogni tentativo di affermare con successo la ragionevolezza critica e scientifica.

Non tutti però sono convinti dell'ineluttabilità e dell'invincibilità delle bufale. Alcuni autorevoli debunker (sbugiardatori di bufale) nostrani, come gli autori di Disinformatico, Bufale.net e Butac.it (Bufale-un-tanto-al-chilo) interpellati dalla Stampa di Torino, hanno sostenuto l'utilità di fare "bene" il debunking, se non altro per orientare in direzioni corrette la grande "terra di mezzo" dei dubbi e di coloro che sono indecisi se prendere per buono tutto quello che i social propinano in abbondanza (*Smascherare le bufale on line non è inutile, ecco perché*, di Chiara Severgnini, 17 marzo 2016).

I giornalisti si stanno attrezzando. È del marzo 2015 la versione italiana di un utilissimo libro di Craig Silverman, giornalista-imprenditore, fondatore di Regret the Error, un blog del Poynter Institute che si occupa di errori, accuratezza e verifica nel giornalismo. Nel suo "Bugie, bugie virali e giornalismo" (scaricabile gratuitamente da Internet) Silverman riconosce che la tecnica del debunking è ai primi passi, ma non per questo rinuncia ad affinarne gli strumenti. Anche sulla base di ricerche condotte sul campo (e non a caso una di queste riguarda proprio i vaccini) mette a fuoco alcuni dei fattori cognitivi-comportamentali che provocano distorsioni sistematiche del giudizio e che rendono difficile la correzione delle bufale e della disinformazione, e propone metodi, tecniche e buone pratiche che hanno l'obiettivo di opporre una strategia virale di ve-

rità alle strategie virali di falsità, inserendosi nei flussi di condivisione con una verifica delle storie.

Entra qui in campo uno dei quei "principi" e fondamenti della professione giornalistica di cui parlavamo all'inizio e a cui occorre tornare per realizzarne il rinnovamento: la verifica. È recentissima la traduzione italiana di un libro prezioso per i giornalisti, il "Verification Handbook", il manuale della verifica dei contenuti digitali (scaricabile gratuitamente da Internet) realizzato da una squadra di autori su impulso dell'European Journalism Centre, che offre spunti teorici e pratici per passare sotto la lente video, immagini e contenuti generati dagli utenti dell'universo digitale. Proprio quell'universo che, pur arricchendo (e questo è senza dubbio un fattore positivo) in maniera mai accaduta prima il processo di creazione delle news, ha anche reso più semplice manipolare contenuti o crearne di nuovi (e falsi) a scopi propagandistici. Una nuova frontiera che parte dalla convinzione che la verifica sia l'essenza del giornalismo, e che si appoggia su un antico adagio che i vecchi cronisti ripetevano ai novellini: "Se tua madre dice che ti vuole bene, controlla».

Alla fin del salmo, è una questione di democrazia. Nel suo (anche questo fresco di stampa) "Chi ha paura dei vaccini?" (Codice edizioni, Torino 2016) lo storico della medicina Andrea Grignolio avverte che "la cittadinanza sarà sempre più esposta a un carico informativo su questioni cruciali relative a scelte sanitarie, lavorative, economiche e politiche; tematiche delicate, in merito alle quali verrà informata attraverso i media e il web, dove ondeggia una marea indistinta di informazioni vere, finte, manipulate, contraddittorie e soprattutto potenzialmente rischiose. Se nei prossimi decenni non acquisiremo gli strumenti cognitivi per orientarci in un simile dedalo informativo, metteremo a repentaglio lo sviluppo della società e la tenuta stessa della nostra democrazia". In prefazione la chiosa di un giornalista, Riccardo Iacona (proprio quello di *Presa diretta*): "In fondo scienziati e giornalisti hanno un campo narrativo che li accomuna: la ricerca della verità o, per meglio dire, di una verità alle condizioni storiche date".

TM

Info: susanna.cressati@regione.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 - Rimanda Link esterno con cellulare



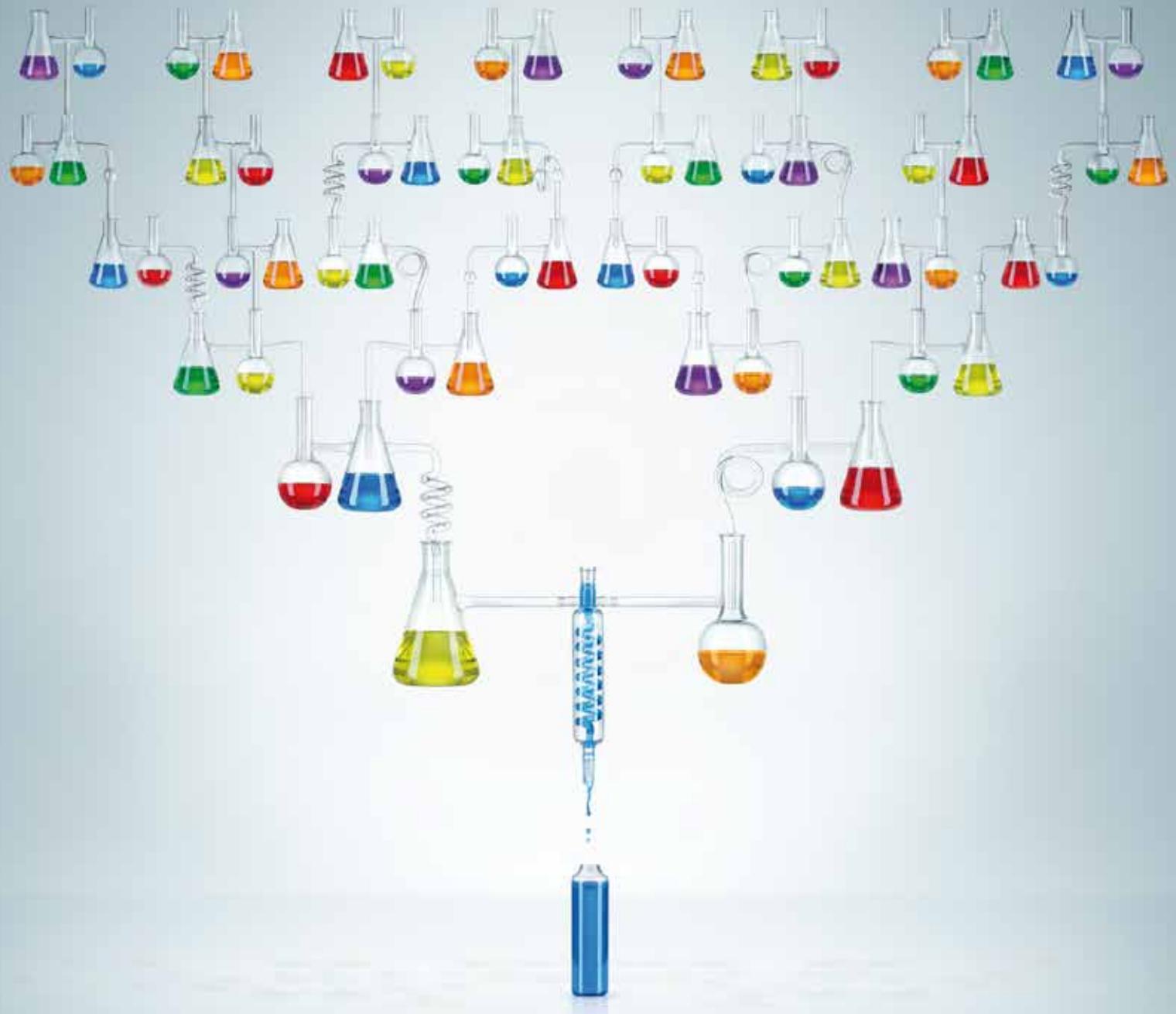
URL - Rimanda Link esterno



Sommario - Rimanda pagina interno



E-mail - Rimanda programma e-mail



LE CURE MIGLIORI NASCONO
DA UNA RICERCA LUNGA GENERAZIONI.

DA 160 ANNI METTIAMO LE NOSTRE INNOVAZIONI
AL SERVIZIO DELLA VOSTRA SALUTE.

Il progresso scientifico è una conquista dell'umanità, ma dietro un traguardo raggiunto e un altro da superare ci sono la passione, la volontà, la forza di chi è impegnato ogni giorno a fare ricerca. È così che il nostro patrimonio di conoscenze scientifiche si traduce in terapie sicure ed efficaci, che affidiamo alla classe medica affinché migliori la qualità della vita, di tutti.



www.pfizer.it



L. STEFANI, G. GALANTI¹, F. MAZZONI², A. LUNghi², F. D. COSTANZO²

Percorso di recupero dello stile di vita attraverso la "Prescrizione Esercizio Fisico" nelle neoplasie

Laura Stefani,
laurea in Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Firenze.
Spec in Medicina dello Sport, Cardiologia, Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva.
Dirigente medico c/o la UO Medicina dello Sport e dell'Esercizio (Dir. Prof G Galanti)
AOU-Università degli Studi di Firenze.

Le neoplasie rappresentano oggi la seconda causa di morte ricoprendo un posto fondamentale nell'ambito della salute pubblica. Il cancro è spesso associato a comorbidità, in primo luogo di natura cardiovascolare che possono ostacolare il trattamento terapeutico della malattia stessa. L'esercizio fisico di moderata intensità svolge un ruolo fondamentale sia nella prevenzione primaria che secondaria della malattia neoplastica.

Parole chiave: neoplasie, esercizio fisico, rischio cardio vascolare.

Introduzione

Nel 2015, in Italia, il numero di pazienti viventi dopo una diagnosi di cancro (casi prevalenti) è risultato di circa 3 milioni, con un incremento del 17% rispetto al 2010. Il recupero di un corretto stile di vita rappresenta un'esigenza rilevante per questa popolazione di pazienti. **L'esercizio fisico aerobico e contro resistenza**, individualizzato e regolarmente svolto nel corso della malattia neoplastica, determina un incremento del consumo massimo di ossigeno e rappresenta oggi un percorso terapeutico universalmente accettato e riconosciuto per il controllo dei fattori di rischio cardiovascolari, per la riduzione di incidenza e gravità della cardiotossicità da farmaci chemioterapici e per la riduzione della mortalità e morbilità da cause cardiovascolari.

Studi clinici prospettici osservazionali hanno inoltre mostrato che, sottponendo i pazienti con diagnosi di cancro ad una regolare attività fisica, è possibile ottenere una riduzione del

rischio di recidiva di malattia di circa il 10-50% e di conseguenza una più lunga sopravvivenza cancro-specifica.

La maggioranza di questi lavori è stata condotta su pazienti con carcinoma mammario in stadio precoce, ma stanno emergendo nuovi dati anche per neoplasie ad origine diversa, quali il carcinoma del colon-retto, della prostata e dell'ovaio e sono in corso studi di fase III randomizzati con l'obiettivo di valutare prospetticamente il ruolo dell'esercizio fisico nel condizionare l'outcome dei pazienti con diagnosi di neoplasia.

L'esercizio fisico è un'attività programmata che prevede la contrazione ripetuta della muscolatura scheletrica. Il tessuto muscolare scheletrico è implicato sia nell'*uptake* del glucosio stimolato dall'insulina che nell'ossidazione degli acidi grassi ed è la sede di deposito di circa l'80% di glucosio; l'esercizio fisico può incrementare di circa 20-100 volte l'*uptake* di glucosio a livello muscolare attraverso un meccani-

Parametri valutati	Test utilizzati
Analisi dello stile di vita	Anamnesi nutrizionale Attività fisica quotidiana
Valutazione parametri antropometrici	Peso Altezza IMC (indice di massa corporea) Plicometria
Valutazione stato di idratazione	Bioimpedenziometria
Valutazione biomeccanica	Test di forza muscolare Test di flessibilità muscolare Test di resistenza muscolare
Valutazione performance cardiovascolare	Anamnesi patologica e farmacologica Elettrocardiogramma Ecocardiogramma Test da sforzo (6 minute walking test, test cardiopolmonare)

Tabella 1 - Valutazioni multidisciplinari del modello operativo della SOC Medicina dello Sport e dell'Esercizio AOU Careggi, Prof. Giorgio Galanti

1) SODC Medicina dello Sport e dell'Esercizio - Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport e dell'Esercizio, Università degli Studi di Firenze

2) SC Oncologia Medica – AOU-Careggi, Firenze.



Prescrizione Esercizio Fisico

Agenzia Medicina dello Sport e dell'Esercizio
Prof Galanti
Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi

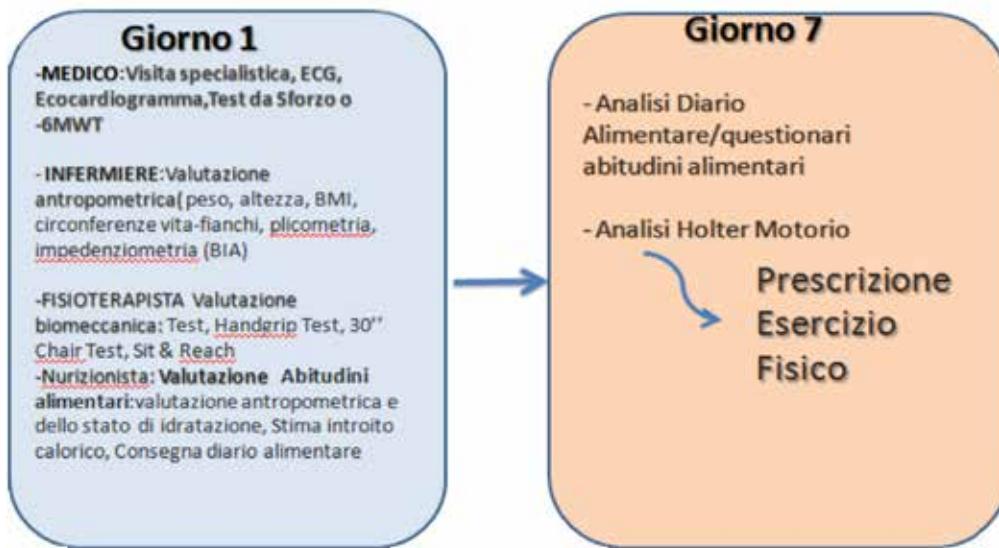


Figura 1 - Modello operativo complesso del recupero dello Stile di vita attraverso la Prescrizione Esercizio Fisico.

smo indipendente dall'insulina. Come risultato finale favorisce quindi la conservazione di una normale omeostasi metabolica nei pazienti sani e migliora il controllo della stessa nei pazienti con alterato metabolismo glucidico.

Livelli elevati di glucosio, di insulina e di fattore di crescita insulinico-simile sono inoltre associati ad un maggior rischio primario di sviluppare alcuni tipi di neoplasia e determinano un peggioramento della prognosi nei pazienti che hanno già sviluppato un tumore.

È stato ipotizzato, quindi, che l'esercizio possa alterare gli eventi sottostanti ai processi di iniziazione e progressione neoplastica attraverso la modulazione di fattori di crescita e fenotipi cellulari che fanno parte di vie sessualisteroidie, immuno-infiammatorie, ossidative e metaboliche come quella glucidica.

Per questo motivo la Medicina dello Sport ha sviluppato un percorso complementare denominato "prescrizione dell'esercizio fisico", i cui programmi seguono le linee guida dell'American Col-

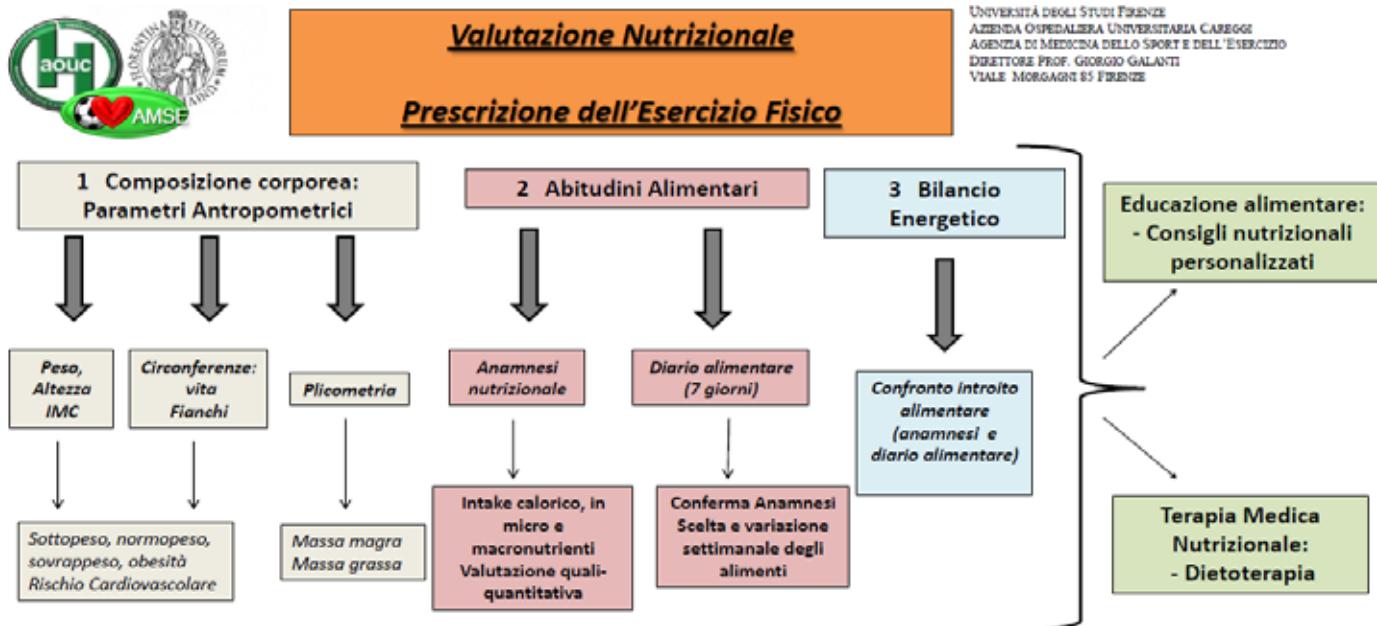
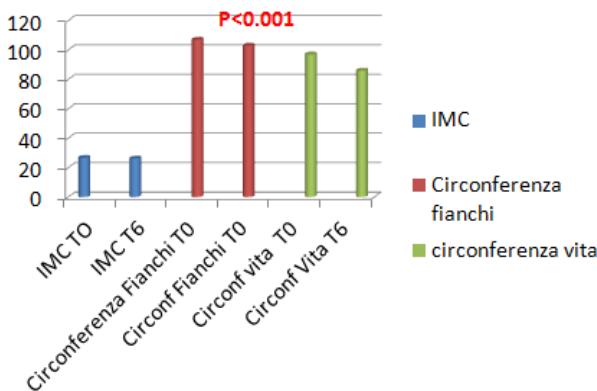
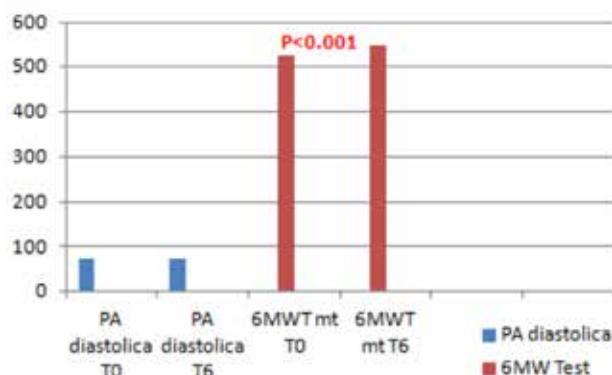


Figura 2 - Schema dei parametri antropometrici e composizione corporea analizzati

Grafico 1**Grafico 2**

Grafici 1,2 - Miglioramento di alcuni parametri antropometrici e cardiovascolari dopo 6 mesi (T0-T6) di adesione al programma "Prescrizione Esercizio Fisico". Tutti i parametri antropometrici analizzati mostrano una riduzione significativa ($p < .001$). La distanza in metri percorsa durante il test risulta invece, dopo 6 mesi di esercizio, aumentata.

*IMC: Indice di Massa Corporea

*6MWT: 6Minutes Walking Test (distanza percorsa in metri durante il test)

*T0: valutazione iniziale; T6: valutazione dopo 6 mesi

lege of Sports Medicine e che si è diffuso contemporaneamente sia in Europa che negli Stati Uniti. Il modello operativo, attualmente utilizzato dalla SODC Medicina dello Sport e dell'Esercizio della Università di Firenze in collaborazione con SC Oncologia Medica, si basa su una serie di valutazioni multidisciplinari elencate nella Tabella 1.

La durata e l'aumento progressivo del carico dell'esercizio prescritto dipendono dagli obiettivi prefissati per ciascun soggetto nel tempo, ma anche dalla progressiva modificazione della composizione corporea ottenuta durante il percorso stesso. Per ottenere questo risultato è necessaria una valutazione complessa che coinvolge più figure professionali: medici specialisti in Medicina dello Sport, infermieri, fisioterapisti e esperti in Scienze Motorie, nutrizionisti, psicologi.

All'interno del programma Prescrizione Esercizio Fisico, l'alimentazione rappresenta un aspetto importante. Durante il trattamento chemioterapico la nutrizione può essere molto

compromessa e più fattori possono determinare la perdita di massa magra ed incremento della massa grassa. Il tessuto adiposo rappresenta la sede di accumulo dei fattori della flogosi, implicati nella genesi e nella progressione della malattia neoplastica. Con l'obesità ed il sovrappeso corporeo si accumulano poi fattori di rischio che contribuiscono alla genesi di comorbilità, che aggravano la prognosi e spesso condizionano negativamente la possibilità di ulteriori terapie.

Lo stato di idratazione, valutato attraverso il calcolo bioimpedenziometrico, è necessario, con altri esami, per la corretta valutazione dell'equilibrio idrico, che in corso di neoplasia diventa spesso molto precario.

L'esercizio fisico moderato ed individualizzato, favorendo la distribuzione dell'acqua nei distretti più attivi e garantendo un miglioramento dell'equilibrio emodinamico, contrasta la compartmentalizzazione dei liquidi nell'organismo.

Il modello operativo, già esistente c/o la SODC Medicina dello Sport ed aperto all'utenza, sia esterna che interna alla Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, si articola in due giorni non consecutivi (giorno 1 e 7) in cui figure professionali diverse (vedi Figura 1, Figura 2), coordinate dal medico di medicina dello sport, effettuano i vari test di valutazione.

Esperienza e risultati del modello operativo Prescrizione Esercizio Fisico della Medicina dello Sport e dell'Esercizio - AOU Careggi.

Abbiamo valutato retrospettivamente una cohorte di 145 pazienti affetti da neoplasie ad origine diversa, 37 soggetti (7 maschi e 30 femmine, età media 45 ± 3 anni) attualmente liberi di malattia, in precedenza sottoposti a chemioterapia e radioterapia. Dopo 6 mesi dall'inizio del percorso Prescrizione Esercizio Fisico abbiamo evidenziato un significativo miglioramento dei principali parametri antropometrici correlati al rischio cardiovascolare, un incremento in senso positivo dei parametri correlati alla forza muscolare, un mantenimento e miglioramento della performance cardiovascolare soprattutto a carico della pressione arteriosa diastolica (Grafici 1 e 2).

Conclusioni

In conclusione, i dati di letteratura e la nostra esperienza dimostrano che la Prescrizione Esercizio Fisico può far parte integrante del percorso terapeutico e di follow-up del paziente oncologico. Perché il percorso si realizzi è necessario che il medico oncologo informi adeguatamente il paziente sull'importanza di questo aspetto terapeutico e favorisca la collaborazione di tutti i professionisti coinvolti nella cura del malato.

TM

Info: laura.stefani@unifi.it



Regione Toscana





DAVMI UN VACCINO

La **vaccinazione** previene **malattie** che possono essere anche **mortal**i o **invalidanti**. È un **atto di responsabilità verso i bambini**.

Parlane con il tuo pediatra.

www.regenze.toscana.it/vaccinazioni

MAURO RUGGERI

Promuovere le vaccinazioni: il ruolo dei medici



Mauro Ruggeri,
Medico di medicina
generale, Prato.
Commissione Vaccini,
Regione Toscana.

La problematica delle decrescenti percentuali di copertura vaccinali desta forti preoccupazioni ed impone una profonda riflessione sull'importanza del ruolo dei medici in questo ambito. Se focalizziamo l'attenzione anche sulle vaccinazioni dell'adulto ci rendiamo conto di quanto la situazione sia ulteriormente critica.

La pratica delle vaccinazioni non è sufficientemente diffusa nella popolazione adulta. Le variazioni in campo epidemiologico e demografico che si sono rapidamente evidenziate negli ultimi anni, rappresentano una delle prime motivazioni che rendono indispensabile la messa a punto di strategie efficaci per un'adeguata profilassi vaccinale della popolazione adulta al pari di quella pediatrica. Ancora la mortalità per malattie infettive è molto elevata nel mondo ed anche nei paesi sviluppati, ogni anno, migliaia di persone muoiono per complicanze di influenza, infezioni pneumococciche ed epatite B, le principali malattie prevenibili con vaccino che colpiscono l'adulto.

Nonostante siano disponibili vaccini efficaci per prevenire queste malattie, essi sono largamente sotto-utilizzati.

In Italia negli ultimi anni, circa l'80% dei casi di tetano si è verificato negli ultrasessantacinquenni.

Sempre nel nostro Paese l'età media dei 5568 casi di morbillo che si sono verificati da ottobre 2010 a dicembre 2011 è stata 18 anni. La quasi totalità dei soggetti che contrassero la malattia non risultarono vaccinati. Ancora alto il numero delle donne in età fertile non immune per rosolia, con 59 casi di rosolia congenita registrati dal 2005 al 2012. Attualmente l'80% dei casi di epatite B notificati nel nostro paese si verificano in soggetti tra i 25 e 64 anni d'età. Inoltre il costante invecchiamento della popolazione nei paesi sviluppati porta ad un incremento costante delle fasce d'età più avanzata, dove fragilità e carico di malattie, come influenza e pneumococco, risultano più elevati.

INFLUENZA

La vaccinazione è lo strumento più efficace per prevenire la malattia influenzale con le sue complicanze e per ridurre significativamente la mortalità correlata. La strategia vaccinale attuale non mira all'interruzione della trasmissione della malattia, bensì principalmente alla prevenzione delle complicanze cliniche e dei decessi nelle persone a rischio. Gli anziani con più di 65 anni e i sog-

getti di qualsiasi età affetti da patologie croniche rappresentano il target della vaccinazione. L'OMS raccomanda di raggiungere negli anziani un tasso di copertura di almeno il 75%. La vaccinazione antinfluenzale per gli ultrasessantacinquenni e per le categorie di rischio è inclusa nei Livelli essenziali di Assistenza (LEA) ed è offerta attivamente in tutto il Paese con notevole coinvolgimento dei medici di medicina generale, visto che quest'ultimi eseguono ogni anno la grande maggioranza delle vaccinazioni. A partire dalla stagione 1999-2000, con l'applicazione della campagna di vaccinazione attiva e gratuita su tutto il territorio nazionale, le coperture vaccinali hanno mostrato un progressivo aumento per circa un decennio. Negli ultimi anni, soprattutto dopo la stagione pandemica 2009-10, si è assistito, invece, a una riduzione dei livelli di copertura per tutte le fasce di età. In Toscana la copertura negli ultrasessantacinquenni è passata dal 71,1% nel 2009-10 al 50,6% nel 2014-15. Nell'ultima stagione 2015-16 si è osservato un timido miglioramento del tasso di copertura che ha raggiunto il 52,2%.

Tuttavia la percentuale dei vaccinati tra gli anziani è comunque più elevata di quella che si registra nei soggetti a rischio di età inferiore a 65 anni. Uno dei problemi insoluti delle strategie di immunizzazione riguarda quindi la difficoltà di intercettare i soggetti a rischio, per i quali la vaccinazione è indicata indipendentemente dall'età. Una strategia vaccinale che prevedesse l'abbassamento dell'età raccomandata per la vaccinazione a 50- 60 anni, potrebbe determinare un aumento della copertura in una fascia di popolazione con una percentuale di soggetti portatori di patologie croniche significativa, dal punto di vista clinico.

Un'attenta riflessione merita l'osservazione del tasso di copertura per influenza, raggiunto nella nostra regione, negli operatori sanitari: 17,5% nel 2014-15 e 15% nell'ultima stagione 2015-16. Dato simile a quello nazionale e confrontabile con quello raggiunto nella popolazione generale toscana (16,5%).

PNEUMOCOCCO

La mortalità delle infezioni gravi da Pneumococco può raggiungere il 20%, con una ampia variabilità; aumenta con l'aumentare dell'età e se la persona soffre di più malattie. Temibile per la popolazione anziana è la polmonite da Pneumococco, la cui mortalità può raggiungere valori del 30-40%, nonostante le terapie antibiotiche e il ricorso alla terapia intensiva. L'infezione pneumococcica può essere prevenuta con la vaccinazione che è quindi, particolarmente indicata nei soggetti a rischio e negli anziani. Il vaccino antipneumococcico disponibile è efficace e sicuro. Negli adulti e negli anziani, a differenza di quello antinfluenzale che deve essere ripetuto ogni anno, si somministra in unica dose, una sola volta nella vita, per via intramuscolare sul deltoide. Il vaccino antipneumococcico può essere fatto in qualsiasi momento dell'anno ma può essere convenientemente co-somministrato con il vaccino antinfluenzale. La Regione Toscana prevede l'offerta gratuita della vaccinazione antipneumococcica a tutti i soggetti di qualsiasi età a rischio di contrarre la malattia per la presenza di patologie croniche come cardiopatie, broncopneumopatie, diabete, neoplasie e a tutti i soggetti all'età di 65 anni. Nella stagione 2015-2016 la vaccinazione è stata offerta gratuitamente a tutti i nati nel 1950; quest'anno verranno vaccinati i nati nel 1951.

In Toscana nel 2015 sono state somministrate complessivamente 45.327 dosi di vaccino antipneumococcico per i soggetti a rischio e 4.286 ai nati nel 1950 per una scarsa copertura, in questi, pari al 9,06%.

L'IMPEGNO DEI MEDICI

Il Medico di Medicina Generale è figura cruciale che può efficacemente contribuire a ristabilire la fiducia dell'assistito nella prevenzione vaccinale promuovendo una convinta adesione ai programmi preventivi.

A fronte di una bassa percezione da parte del paziente, del rischio delle malattie che i vaccini possono prevenire, si evidenzia la centralità del ruolo dei medici nel costruire consapevolezza e orientamento nella scelta del vaccino. Come mostrano i trend relativi al vaccino anti-influenzale, per l'adulto il Medico ha un ruolo determinante nella decisione pro-vaccino, anche con la testimonianza della sua personale vaccinazione. Diverse centinaia di medici di medicina generale partecipanti al 32° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) si sono vaccinati per l'influenza in quella occasione. La SIMG considera l'impegno dei suoi iscritti a vaccinarsi come elemento di altissimo valore etico e morale da portare a testimonianza nei confronti di tutti i medici di Medicina Generale. I medici si devono impegnare a vaccinarsi ogni anno nei confronti dell'influenza stagionale e a raccomandare la vaccinazione ai pazienti, ai colleghi e al personale di studio.

Infine, è necessario potenziare una rete di medici che siano in grado di offrire risposte competenti ed efficaci di fronte a comportamenti ostativi alle vaccinazioni. Si devono definire percorsi di condivisione tra i diversi attori coinvolti nelle campagne vaccinali che valorizzino il ruolo svolto dai medici, soprattutto in virtù del rapporto fiduciario con i loro pazienti, per ottimizzare tutte le risorse presenti e raggiungere adeguati livelli di copertura vaccinale. **TM**

Info: mauro.ruggeri@uslcentro.toscana.it

CONVENZIONI

ARGENTI CENTOSTELLE GIOIELLI

(10% DI SCONTU SU TUTTI GLI ARTICOLI)

Vasto assortimento di articoli regalo e complementi per la casa, bomboniere, liste di nozze, gioielli.

Via Centostelle 1/2 - Firenze - Tel. 055/6123056

PRIVATASSISTENZA

ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI, MALATI E DISABILI

PrivatAssistenza Firenze, è un Centro Servizi che eroga una serie di servizi assistenziali e infermieristici occasionali e continuativi personalizzati alle persone anziane, malati e disabili e/o temporaneamente non autosufficienti con personale qualificato e in grado di rispondere alle richieste 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno.

Il servizi sono erogati esclusivamente da assistenti esperti, infermieri e fisioterapisti qualificati regolarmente coperti da polizza di responsabilità civile e deducibili o detraibili fiscalmente. PrivatAssistenza Firenze riserva riserva ai medici iscritti all'Ordine e ai propri familiari uno sconto dedicato del 10% sul primo accesso o la prima prestazione socio sanitaria erogata (ad esempio

1° notte di assistenza, 1° giornata di assistenza da 2 a 10 ore, 1° accesso fisioterapico, 1° prestazione infermieristica, podologica, logopedica o sanitaria in generale) e successivamente sarà applicato uno sconto del 5% su tutti i servizi ulteriormente richiesti. Gli interventi dovranno essere richiesti telefonando al numero 055/570865 del centro PrivatAssistenza Firenze attivo tutto l'anno, 24 ore su 24 oppure recandosi direttamente presso il Centro in Via Nino Bixio, 11/r.

e-mail: firenzecampodimarte@privatassitzenza.it – sito web: www.privatassitzenza.it

Campagna vaccinale contro l'influenza stagione 2016
promossa dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze



VACCINATI CONTRO L'INFLUENZA!

PROTEGGERAI TE STESSO E LA TUA FAMIGLIA

LA VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE:

PERCHÈ? Sicura ed efficace nel prevenire l'influenza e le sue complicanze per il singolo e la collettività.

PER CHI? Per i soggetti con più di 65 anni, per i bambini e gli adulti con condizioni a rischio per la salute (diabete, malattie respiratorie e cardio-vascolari ecc.), per gli addetti ai servizi pubblici essenziali, per le donne in gravidanza al 2° e 3° trimestre.

Negli anziani e nei malati cronici, se non vaccinati, si possono verificare complicanze quali polmoniti e malattie cardiache con necessità di ricovero in ospedale.

QUANDO? Dalla metà di ottobre alla fine di dicembre.

Questo è il periodo migliore perché la protezione inizia dopo due settimane dal vaccino e dura per alcuni mesi. Quindi protegge nella fase di massima circolazione del virus che di solito è tra gennaio e febbraio.

DOVE? Presso il Medico e il Pediatra di famiglia, i Servizi vaccinali ASL.

COME? Con una semplice iniezione intramuscolare sul braccio.

EFFETTI INDESIDERATI? Rari e di scarsa entità.

I più comuni sono gonfiore e dolenzia nel punto di iniezione e a volte febbre leggera. Raramente orticaria o nevralgie.

È EFFICACE? Si.

I soggetti vaccinati non si ammalano o manifestano sintomi lievi senza complicanze. Qualche volta sembra che il vaccino non sia efficace ma succede perché sono molti i virus che possono dare gli stessi sintomi.

mi, oppure perché durante la stagione circola un virus nuovo che quindi non è stato possibile inserire nel vaccino.

È OPPORTUNO ASSOCIARE LA VACCINAZIONE ANTIPNEUMOCOCCICA? Si.

Le persone anziane e quelle con patologie hanno un rischio maggiore di contrarre una malattia invasiva da pneumococco (polmonite ecc.).

QUANTO COSTA? Gratuita per i soggetti di età pari o superiore ai 65 e per i soggetti a rischio.

E PER CHI NON RIENTRA NELLE CATEGORIE A RISCHIO? La vaccinazione è un atto di salute per tutti, a tutte le età. Si può acquistare il vaccino in farmacia con ricetta medica.

TUTTI POSSIAMO FARE QUALCOSA PER LA PREVENZIONE DELL'INFLUENZA.

COME? Con alcune semplici azioni che aiutano a prevenire la diffusione delle malattie infettive in generale e quelle che si trasmettono per via aerea come l'influenza:

- Lavare spesso le mani con acqua e sapone e in particolare dopo aver tossito e starnutito o dopo aver frequentato luoghi e mezzi pubblici; se acqua e sapone non sono disponibili usare soluzioni detergenti a base di alcool.
- Coprire naso e bocca con un fazzoletto (possibilmente di carta) quando si tossisce e si starnutisce e gettare immediatamente il fazzoletto usato nella spazzatura o nella biancheria da lavare.
- Evitare di toccare occhi, naso, bocca con le mani non lavate; i germi e non soltanto quelli dell'influenza, si diffondono in questo modo.
- Rimanere a casa se malati, evitando di intraprendere viaggi e recarsi al lavoro o a scuola, in modo da limitare contatti possibilmente infettanti.

Per maggiori informazioni rivolgiti al tuo medico di famiglia e consulta il sito www.regione.toscana.it



Lorenza Busco,
medico di medicina
generale, Firenze.

LORENZA BUSCO, FRANCA BIGIOLI¹, GIUSEPPE BURGIO²

La nuova medicina generale: nascita ed evoluzione di una AFT dell'area fiorentina

Da anni si avverte la necessità di creare a livello territoriale una rete sempre più fitta di servizi e percorsi al fine di rendere la gestione del paziente più efficiente, articolata e allo stesso tempo omogenea. La creazione delle AFT è la soluzione giusta? Con questo studio abbiamo cercato di dare una risposta a questa difficile domanda.

Parole chiave: AFT, aggiornamento scientifico, appropriatezza prescrittiva, monitoraggio attività, incontri/riunioni.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) sono nate in risposta al nuovo assetto organizzativo delle strutture ospedaliere, divenute luogo di cura del malato "iperacuto", e alle nuove caratteristiche della popolazione, sempre più anziana e affetta da patologie croniche.

Al fine di individuare i punti di forza e le criticità, analizzare le novità e valutare le conseguenze della loro attivazione sul lavoro dei medici di medicina generale che le compongono, è stata seguita da vicino una di esse nella sua nascita ed evoluzione: l'AFT fiorentina No-

voli Piagge. Al momento della sua creazione era costituita da 28 medici di medicina generale, di cui 22 uomini e 6 donne con età media di 61 anni, e da un bacino di utenza di più di 30.000 persone. (Figura 1)

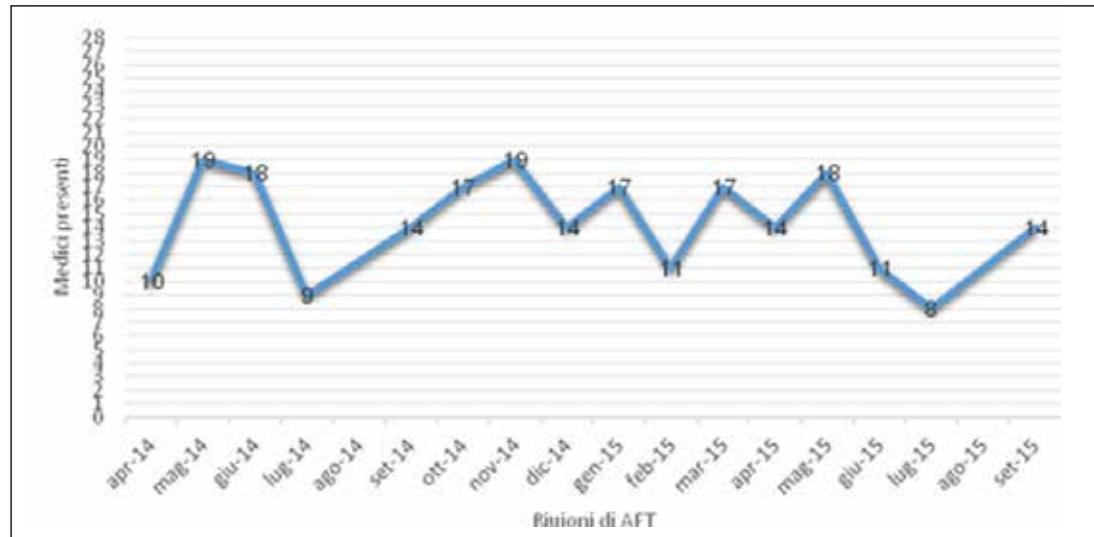
Da marzo 2014 a dicembre 2015 sono state monitorate le attività svolte e sono stati analizzati i dati relativi ai report di spesa (CINECA) e il composito sistema di indicatori strutturato dal Laboratorio Management e Sanità (Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa) richiesti dalla Regione Toscana al fine di valutare

		AFT	Zona	ASL	Regione
		Num.	%	%	%
Sesso	Maschi	13594	46,8	45,2	46,4
	Femmine	15461	53,2	54,8	53,6
Classe d'età	16-44	10752	37,0	34,0	34,6
	45-64	9532	32,8	33,4	33,5
	65-84	7166	24,7	26,0	25,8
	85+	1605	5,5	6,7	6,1
Comune di residenza	Alta densità	28827	99,2	98,9	86,3
	Bassa densità	228	0,8	1,1	13,8
Cittadinanza	NA	134	0,5	0,5	0,4
	Italiana	23729	81,7	86,2	89,0
	PSA	329	1,1	1,6	1,3
	PFPM	4863	16,7	11,7	9,3
Charlson index	0	28352	97,6	97,5	97,6
	1	168	0,6	0,5	0,5
	2+	535	1,8	1,9	1,9
5+ farmaci		8212	28,3	29,1	29,4
					29,2

Figura 1 Alta densità abitativa: >150ab/kmq Bassa densità abitativa < 150ab/kmq PSA: paesi a sviluppo avanzato- PFPM: paese a forte pressione migratoria- NA: non registrata Charlson index: misura la comorbidità. Valore0: soggetti che nei 3 aa precedenti non hanno avuto ricoveri con diagnosi considerata dal CI; Valore1: soggetti che nei 3 aa prec hanno subito ricoveri per una delle patologie meno gravi sec CI; Valore2+: sog che nei 3 aa prec hanno subito ricoveri per patologie gravi sec CI

1) Medico di medicina generale tutor (relatrice)

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

**Figura 2**

le performance delle aggregazioni funzionali.

Dal momento della sua fondazione, i medici dell'AFT hanno preso parte a incontri, la cui percentuale di presenza è stata del 48% (Figura 2).

Nel corso delle riunioni molte energie sono state spese al fine di potenziare l'aggiornamento scientifico e migliorare l'appropriatezza prescrittiva. A tal proposito dall'analisi dei dati è emerso che, per quanto riguarda la spesa farmaceutica totale per assistibile pesato, la spesa di AFT si è mantenuta, come nell'anno precedente, al di sotto della spesa media della ASL, e lo scostamento percentuale è ulteriormente aumentato, andando dal - 0,5% al - 1,9%. (Figura 3)

Per quanto concerne invece la prescrizione degli inibitori di pompa protonica, oggetto di approfondimento di più riunioni, considerato il consumo spesso ingiustificato di questi farmaci non privi di effetti collaterali, è stata accolta con favore la riduzione del numero dei trattati, con conseguente aumento dello scostamento percentuale rispetto ai valori dell'ASL che è passato da + 1,26% a - 2,94%. (Figura 4)

Per ciò che riguarda il progetto della Sanità di Iniziativa, esteso a tutti i medici dell'AFT, i dati dimostrano che la percentuale di popolazione residente assistita raggiunta è passata al 96,1%, ben al di sopra della media toscana del 45,49% e dell'obiettivo regionale secondo cui era necessario superare il 60%.

L'AFT Novoli Piagge si è dimostrata un terreno fertile per la messa in opera di nuove iniziative tra cui il progetto per le spirometrie in telemedicina e il progetto Cared. Il primo scaturisce dalla collaborazione tra i medici di medicina generale delle AFT Novoli Piagge e Oltrarno Galluzzo e gli specialisti della U.O. di Fisiopatologia Respiratoria diretta dal Dottor Castellani e prevede l'esecuzione dell'esame spirometrico sul territorio con apparecchi portatili e l'invio dei risultati al reparto di pneumologia, dove vengono refertati in tempi brevissimi.

Il progetto Cared invece ha come obiettivo la riduzione del fenomeno delle riammissioni in ospedale ed è un protocollo adottato dalla SOD di Medicina Interna 2, diretta dal Dottor Morettini, che coinvolge le AFT limitrofe alla A.O.U Careggi e che prevede l'avviso via e-mail

Mese/Anno	Valori AFT	Valori ASL	Scostamenti %	Mese/Anno	Valori AFT	Valori ASL	Scostamenti %
01/2014	12,8	13,1	-2,7	01/2015	12,5	12,5	-0,2
02/2014	11,1	11,4	-3,2	02/2015	11,2	11,2	-0,1
03/2014	12,1	12,2	-0,9	03/2015	12,1	12,4	-2,4
04/2014	11,9	11,9	0,3	04/2015	11,7	11,7	-0,3
05/2014	13,1	12,9	1,8	05/2015	11,3	11,8	-4,5
06/2014	11,6	11,6	0,0	06/2015	11,4	11,8	-3,7
Totale AFT	72,6	73,1	-0,5	Totale AFT	70,2	71,5	-1,9

Figura 3 - Assistibili Pesati: conteggio degli assistiti applicando coefficienti che dipendono dall'età. (standardizzazione). Spesa per assistibile pesato: rapporto tra la spesa al netto del prezzo di rimborso e il numero degli assistibili pesati.

in tempo reale della presenza di un assistito in reparto e della sua dimissione, l'accesso diretto alla cartella informatica di reparto da parte del medico di medicina generale e l'integrazione tra medici ospedalieri e curanti tramite messaggistica in tempo reale.

Il cuore pulsante dell'AFT è rappresenta-

to dai medici che la costituiscono; si è deciso perciò di somministrare loro un questionario di 20 domande al fine di metterne in risalto il punto di vista; i risultati sono stati confrontati con quelli emersi dall'Indagine CAWI, un questionario di 60 domande somministrato a tutti i medici di medicina generale della Toscana. La quasi totalità dei medici è d'accordo con la creazione delle Aggregazioni, viste infatti come contesto ottimale per favorire l'incontro, il confronto e la collaborazione tra colleghi, inoltre il 76% degli interpellati ritiene che le attività intraprese e le riunioni effettuate siano state soddisfacenti e che i temi trattati siano effettivamente di proprio interesse.

È da considerarsi un successo il fatto che la maggioranza dei medici ritenga che gli sforzi intrapresi abbiano effettivamente influenzato la propria attività lavorativa e in particolare la scelta prescrittiva per quanto concerne farmaci, esami diagnostici e anche l'iter diagnostico terapeutico e organizzativo seguito. (Figura 5)

Altrettanto importante è la convinzione che l'AFT sia il contesto ottimale per lo sviluppo di nuovi progetti, la raccolta di dati e la nascita di ricerche scientifiche. (Figura 6)

Pur non essendo la sua attività ancora a pieno regime, la AFT Novoli Piagge ha dimostrato di possedere caratteristiche adeguate per il raggiungimento degli obiettivi, per la collaborazione tra colleghi e per la riduzione dei margini di spesa. Benché sia prematuro sostenere che questo progetto di riorganizzazione abbia effettivamente portato a risultati soddisfacenti, in quanto i dati a disposizione sono ancora insufficienti, l'organizzazione in AFT potrebbe rappresentare la risposta alla necessità del medico di medicina generale di non essere più un elemento isolato, ma di far parte di una équipe di professionisti che collaborino in un progetto comune e omogeneo che preveda la condivisione di obiettivi, metodi e strumenti.

TM

2014		2015							
Trattati con IPP(a)	Tot. Ass.li(b)	% AFT (a/b)	% ASL	Scostamento %	Trattati con IPP(a)	Tot. Ass.li(b)	% AFT (a/b)	% ASL	Scostamento %
6.005	30.438	19,73	19,48	1,26	4.897	32.696	14,98	15,43	-2,94
N. UP del periodo/n. ass.li passati	UP anno	Obiettivo	Scostamento		N. UP del periodo/n. ass.li passati	UP anno	Obiettivo	Scostamento	
30,16	36,19	<20	80,96		16,53	33,06	<20	65,29	
Costo medio UP		Obiettivo	Scostamento		Costo medio UP		Obiettivo	Scostamento	
0,38		<36	9,66		0,39		<36	10,76	

Figura 4

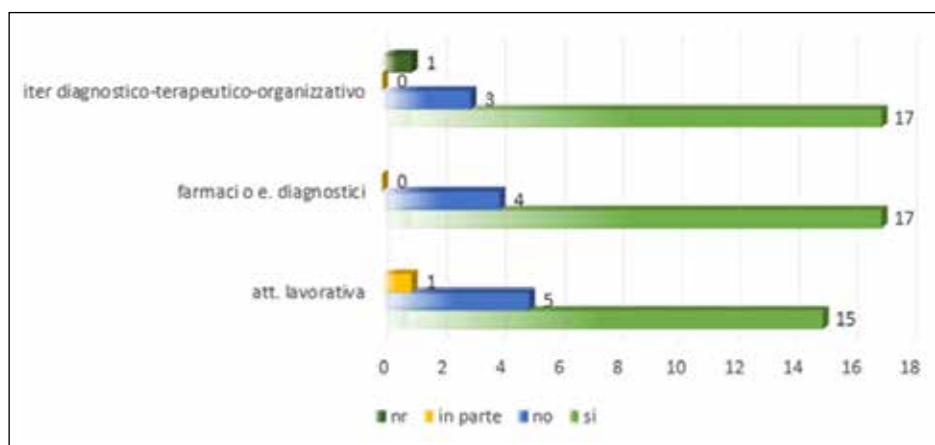


Figura 5 Ritiene che gli argomenti trattati nel corso delle riunioni abbiano influito in generale sulla sua attività lavorativa e in particolare sulla prescrizione di farmaci e sull'iter diagnostico-terapeutico che segue?

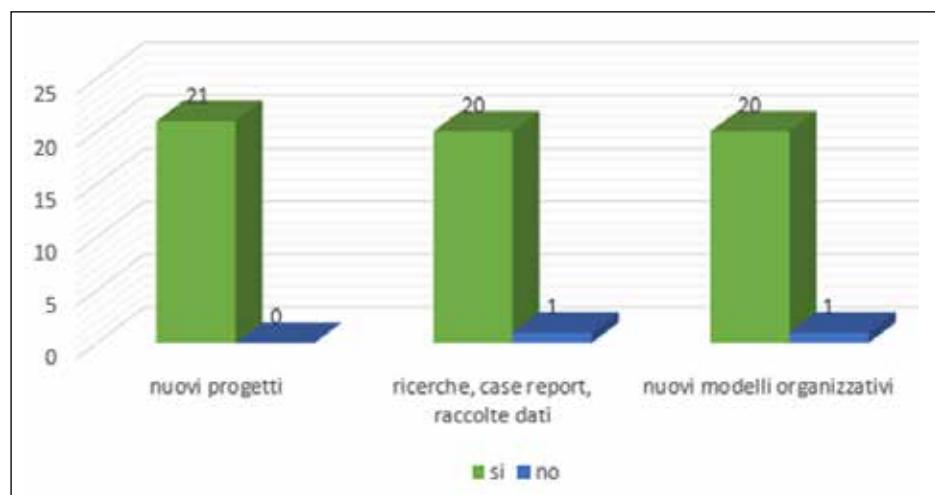


Figura 6 - Ritiene che la sua AFT sia il contesto adeguato per lo sviluppo di nuovi progetti, la raccolta di dati, la nascita di ricerche scientifiche e la pubblicazione di lavori scientifici e case report?

Info: busco.lorenza@gmail.com

IRENE BELLINI, PAOLO FRANCESCONI¹, FRANCESCO PROFILI¹

La fragilità: come intercettarla e ridurre il declino

La fragilità è definita come una sindrome multifattoriale, determinata dalla riduzione della fisiologica riserva funzionale e della capacità di resistere a eventi stressanti (capacità di omeostasi), risultante dal declino cumulativo di molteplici sistemi fisiologici, che causa vulnerabilità agli eventi avversi ed un elevato rischio di decesso.

Il presente articolo si focalizza sullo strumento di screening utilizzato nel progetto esecutivo CCM 2009 del Ministero della Sanità, coordinato da ARS per l'identificazione dei

pazienti fragili. Al contempo tale lavoro ha consentito l'elaborazione di Linee guida da parte del Consiglio Sanitario Regionale Toscano sulla fragilità nell'anziano (LG disponibili su <http://www.regione.toscana.it/consiglio-sanitario-regionale/linee-guida>).

In primo luogo è stato costruito da un panel di esperti un questionario (Figura 1) considerando precedenti esperienze riportate in letteratura e, soprattutto, i dati forniti dallo studio longitudinale sull'invecchiamento InChianti, compilabile anche da persone con



Irene Bellini, medico specializzando dal 2012 in Igiene e Medicina preventiva, Università di Firenze; attualmente tirocinante presso l'Agenzia Regionale Sanità.

COGNOME E NOME	Invio: TIPO INVIO	ID_ARC: ID_ARS
INDIRIZZO COMUNE CAP PROVINCIA		
<i>Egregio Signore/Gentile Signora, La preghiamo di rispondere alle seguenti domande</i> <i>(facendo una crocetta sul sì o sul no)</i>		
		
<p>1. VIVE DA SOLO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 1</p>		
<p>2. CI VEDE ABBASTANZA DA LEGGERE I TITOLI DEI GIORNALI, ANCHE UTILIZZANDO GLI OCCHIALI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 2</p>		
<p>3. SI STANCA MOLTO A FARE LE COSE DI TUTTI I GIORNI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 3</p>		
<p>4. HA PROBLEMI DI MEMORIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 4</p>		
<p>5. È MAI CADUTO NEGLI ULTIMI 6 MESI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 5</p>		
<p>6. È STATO RICOVERATO IN OSPEDALE O SI È RECATO AL PRONTO SOCCORSO NEL CORSO DEGLI ULTIMI 6 MESI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 6</p>		
<p>7. HA DIFFICOLTÀ A CAMMINARE PER 400 METRI IN PIANURA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 7</p>		
<p>8. ASSUME REGOLARMENTE (TUTTI I GIORNI O QUASI) 5 O PIÙ FARMACI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 8</p>		
<p>9. È DIMAGRITO PIÙ DI 3 KG NELL'ULTIMO ANNO, SENZA VOLERLO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 9</p>		
<p>10. PUÒ FACILMENTE CONTARE SULL'AUTO DI UNA PERSONA IN CASO DI BISOGNO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 10</p>		
<p>11. SOLITAMENTE, È IN GRADO DI VESTIRSI E SVESTIRSI SENZA L'AUTO DI ALTRE PERSONE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 11</p>		
<p>Per cortesia, ci indichi il suo numero di telefono _____ / _____</p>		
<p>Il sottoscritto COGNOME E NOME autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L.vo196/03 e successive modifiche.</p>		
<p>Firma _____</p>		

Figura 1 - Questionario inviato

1) Ars Toscana

Item	B	p-value	Peso (B/B-min)
Ci vede abbastanza da leggere i titoli dei giornali anche utilizzando gli occhiali?	0.507	0.021	1.5
Ha difficoltà a camminare per 400 metri in pianura?	1.047	<0.001	3
Ha problemi di memoria?	0.383	0.01	1
È mai caduto negli ultimi 6 mesi?	0.574	0.001	1,5
Assume regolarmente tutti i giorni o quasi 5 o più farmaci?	0.359	0.021	1

Tabella 1

bassa alfabetizzazione e con risposte sì/no. I primi 10 item del questionario identificano la fragilità, mentre i pazienti negativi all'11° item sono stati individuati come già disabili e segnalati ai servizi per la presa in carico dell'anziano non autosufficiente e non considerati nel progetto.

È stato inviato per posta a tutti i 15.774 anziani di 70-84 anni residenti nelle zone distretto fiorentine sud-est e val di chiana, individuati dall'anagrafe, non in carico ai servizi socio sanitari territoriali e non residenti in RSA. Da questo sono derivate le raccomandazioni 1A (che

suggerisce di sospettare e indagare la fragilità in ogni persona di età superiore ai 75 anni) e 1B (che considera i questionari postali come strumento di screening preliminare all'osservazione diretta della persona).

Hanno risposto 8.451 persone (54%). I primi 1.139 rispondenti sono stati valutati a domicilio da parte di staff formato (infermieri e assistenti sociali), indipendentemente dal risultato del questionario, per calcolare sensibilità, specificità e valore predittivo positivo e negativo. Nella fase successiva, che ha previsto il coinvolgimento dei restanti soggetti, sono stati valutati solo i rispondenti positivi per fragilità secondo il questionario.

Nelle visite domiciliari è stato valutato lo stato funzionale utilizzando i questionari ADL e IADL, la performance fisica utilizzando lo Short Physical Performance Battery (SPPB, Figura 2), lo stato cognitivo, la depressione, la rete sociale ed eventuali fattori ambientali di rischio per cadute.

Sono state quindi elaborate le raccomandazioni 2 (utilizzo dell'SPPB come conferma per i casi sospetti), 3 (in cui si definiscono le caratteristiche dell'anziano fragile) e 4 (riguarda gli strumenti di valutazione che dovrebbero essere utilizzati dal team multidisciplinare).

In particolare con la raccomandazione 3 si riprende la definizione di Fried (2001): può de-

Short Physical Performance Battery (SPPB)

1. valutazione dell'equilibrio in 3 prove:

- mantenimento della posizione a piedi uniti per 10"
- mantenimento della posizione di semi-tandem per 10" (alluce di lato al calcagno)
- il mantenimento della posizione tandem per 10" (alluce dietro al tallone)

Il punteggio varia da un minimo di 0 se il paziente non riesce a mantenere la posizione a piedi uniti per almeno 10" a un massimo di 4 se riesce a compiere tutte e tre le prove.

2. valutazione del cammino per 4 metri

Il punteggio della sezione varia sulla base del tempo occorrente per la prova da 0 se incapace, a 4 se riesce ad assolvere il compito in meno di 4".

3. valutazione della capacità di alzarsi e sedersi da una sedia per 5 volte consecutive, senza utilizzare gli arti superiori (che per la prova devono essere incrociati davanti al petto).

Il punteggio varia da 0 se incapace a 4 se la prova è svolta in meno di 11".

PUNTEGGIO	0	1	2	3	4
equilibrio	piedi paralleli <10"	semitandem 1-9"	tandem 1-2"	tandem 3-9"	tandem >10"
cammino (4 mt)	incapace	>7,5"	5,5-7,5 "	4-5,5"	<4"
alzarsi dalla sedia	incapace	>16,5"	13,7-16,5 "	11,2-13,6 "	<11,2"

Figura 2 - SPPB

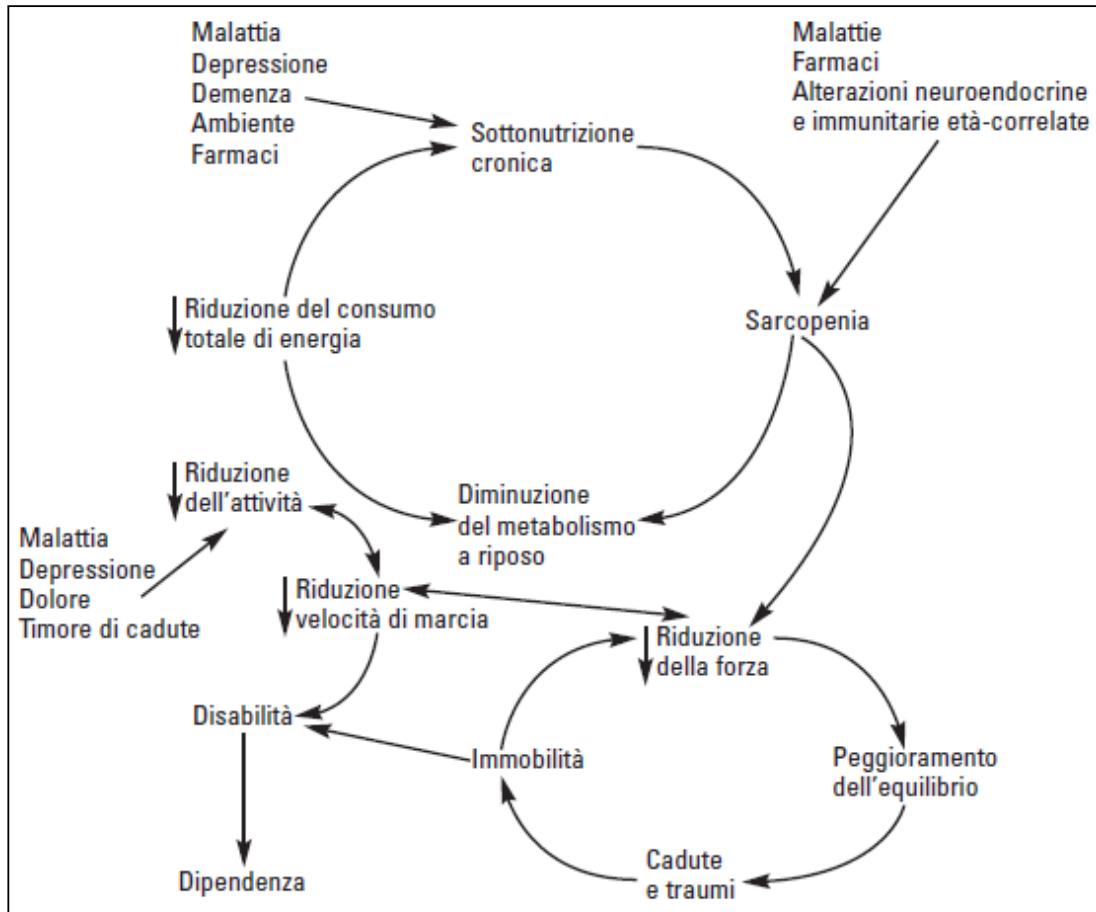


Figura 3 - Ciclo di induzione della fragilità

finirsi fragile l’anziano che presenta almeno 3 item positivi tra i seguenti: perdita di peso non intenzionale superiore ai 5 kg nell’anno precedente, scarsa forza muscolare, ridotta velocità di cammino, facile affaticabilità e una ridotta attività fisica. La sua prevalenza aumenta con l’età (7% sopra i 65 anni; 13% sopra i 75 anni; 25% sopra gli 85 anni). Tre fattori concorrono quindi alla fragilità e sono reciprocamente correlati: la ridotta attività, la sarcopenia e la debolezza e il ridotto introito nutrizionale (Figura 3).

Con le visite domiciliari sul primo campione, 102 (9%) sono risultati non autosufficienti nelle ADL (considerando i rispondenti all’11° item, era stato identificato come non autosufficiente il 12%).

Dei 1.037 autosufficienti, 380 (37%) sono risultati fragili secondo i criteri Fried.

È stato calcolato l’Odd Ratio per ciascuna domanda, ovvero l’associazione di ogni item del questionario con la fragilità e sono stati successivamente effettuati studi per valutare la predittività del questionario (sensibilità e specificità). Considerando un cutoff >5, la sensibilità era del 71% e la specificità del 58%. Sulla base di questi risultati è stato elaborato un nuovo questionario selezionando i 5 item con maggiore correlazione con la fragilità e più elevato OR (Tabella1) (vedi 1).

Con quest’ultimo tipo di strumento, considerando come cut-off un “peso” complessivo uguale o superiore a 6, aumenta sia la sensibilità (da 71 a 75%) che la specificità (da 58 a 69%) nell’identificazione della fragilità confermata secondo i criteri di Fried.

Per indagare il valore prognostico del questionario, sono stati analizzati i dati del sistema informativo sanitario nell’anno successivo alla somministrazione per valutare i tassi di mortalità, di ospedalizzazione, di accesso al DEA e di ricovero in strutture Long term care per tutti i soggetti che hanno ricevuto il questionario. I responder disabili hanno sempre presentato i più elevati valori, seguiti dai responder positivi spesso molto simili ai non responder, e infine i responder negativi (Figura 4) (vedi 2).

In conclusione, utilizzare questo strumento di screening consentirebbe di identificare con una buona accuratezza i pazienti potentialmente fragili, da sottoporre ad una valutazione di conferma successiva, utilizzando ad esempio lo SPPB (Figura 2). Una volta definiti i pazienti fragili, è possibile intervenire su ciascuno dei fattori di rischio (Figura 3) con interventi specifici volti a rallentarne l’evoluzione, e che confluiscono nella raccomandazione 5:

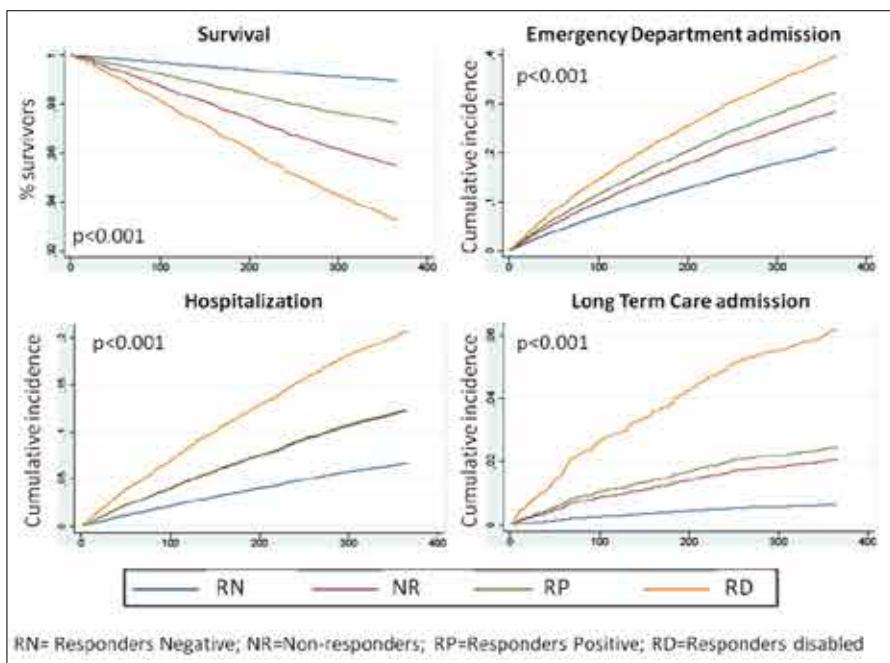


Figura 4 - Situazione attuale e scenario futuro

- la promozione di attività fisica con l'offerta di programmi di attività fisica adattata (AFA) a specifici problemi di salute, soprattutto menomazioni croniche, per la prevenzione della disabilità;
- la gestione della morbosità cronica con l'arruolamento dei pazienti fragili nella sanità di iniziativa;
- il supporto sociale con i “Percorsi tutelari anziani fragili” (DGR 594 / 2014), ovvero “percorsi assistenziali basati su forme di residenzialità prevalentemente sociali, integrate nelle comunità locali e atte a mantenere le condizioni di benessere psico-fisiche”;
- il counseling nutrizionale.

In tutti i casi è necessario il coinvolgimento del medico di medicina generale, che conosce lo stato di salute del proprio assistito e fornisce indicazioni sulla miglior gestione e sorveglianza (raccomandazione 6).

TM

Info: irenebellini86.ib@gmail.com

- 1 Di Bari M, Profili F, Francesconi P et al. Screening for frailty in older adults using a postal questionnaire: rationale, methods, and instruments validation of the INTER-FRAIL study. *J Am Geriatr Soc.* 2014 Oct;62(10):1933-7
- 2 Francesconi P, Profili F, Di Bari M et al. Postal screening can identify frailty and predict poor outcomes in older adults: longitudinal data from INTER-FRAIL study. Accettato per Age & Ageing

CONVEgni

XVIII Corso di Perfezionamento, a.a. 2016/2017 Medicina Tropicale e Cooperazione Sanitaria Università degli Studi di Firenze – Clinica Malattie Infettive

Sede: Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica. Largo Brambilla, 3 Firenze.

Direttore del corso: Prof. Alessandro Bartoloni (alessandro.bartoloni@unifi.it, tel 055/7949431).

Referenti: Dott.ssa Marianne Strohmeyer (strohmeyerm@aou-careggi.toscana.it).

Segreteria amministrativa: presso Università degli Studi di Firenze (www.unifi.it).

Durata del corso: dal 13 Marzo al 15 Giugno 2017 per un totale di 128 ore.

Quota d'iscrizione: 1.000 euro.

Numero posti: minimo 10 - massimo 40, le iscrizioni saranno accettate in ordine cronologico di arrivo.

Scadenza domanda di iscrizione: 31 Gennaio 2017.

ECM: Il corso è accreditato ECM.

Frequenza: obbligatoria. L'attestato di frequenza finale verrà rilasciato a chi avrà frequentato almeno l'80% delle ore previste e superata la prova finale.

Obiettivi: Il corso è nato con lo scopo di contribuire alla formazione e all'aggiornamento di professionisti che siano in grado di affrontare problematiche relative alla gestione della salute e delle patologie prevalenti nei Paesi a risorse limitate. L'attività didattica si propone di fornire gli strumenti necessari per un corretto approccio alle principali patologie prevalenti nei Paesi Tropicali, nonché di facilitare l'inserimento degli operatori sanitari in organizzazioni che operano in ambito di cooperazione sanitaria internazionale con particolare attenzione agli aspetti transculturali.

Struttura: Il corso è articolato in 4 moduli didattici della durata di quattro giorni da Marzo a Giugno 2017: 13-16 Marzo, 3-6 Aprile, 8-11 Maggio, 12-15 Giugno. Orario: dalle 9 alle 13 e dalle 14 alle 18.

Destinatari: Professionisti sanitari in possesso di laurea di I livello (medici, infermieri, ostetriche, assistenti sanitari, fisioterapisti, farmacisti, odontoiatri, ecc.); Professionisti in possesso di laurea di I livello in Scienze Biologiche, Biotecnologie, Scienza della Difesa e della Sicurezza, Scienze Sociali per la Cooperazione, lo Sviluppo e la Pace.

FRANCESCO CARNEVALE

Carlo Morelli medico e riformatore



Carlo Morelli (1816-1879) è figura di primo piano in una ideale galleria di medici toscani illustri; nasce a Campiglia Marittima dove il padre, originario della Garfagnana, era medico "condotto", si laurea in medicina a Pisa nel 1839 e segue un primo tirocinio biennale sotto l'egida di Francesco Puccinotti (1794-1872), igienista, medico legale e storico della medicina ma anche interessato alle lettere (era sodale di Giacomo Leopardi) ed alla redenzione dei poveri, dei lavoratori e dell'Italia. A Puccinotti Morelli rimarrà sempre legato culturalmente sino a ripercorrerne le orme come storico della medicina.

Da Pisa Carlo Morelli va a Firenze, a S. Maria Nuova, passaggio all'epoca obbligato per la "specializzazione", e si lega alla scuola di Maurizio Bufalini (1787-1875), clinico dell'osservazione e della sperimentazione ma contrario alle posizioni estreme ed ammantate di ideologie; del maestro, curerà nel 1851 l'edizione dei *Discorsi politico-morali*, una specie di "manifesto" scientifico e sociale nel quale evidentemente si riconosce. A S. Maria Nuova si svolgerà tutto il suo percorso professionale sino al primariato ottenuto nel 1874.

Della causa risorgimentale Morelli si mostra chiaramente simpatizzante ma non proprio militante come lo erano invece in quegli anni altri medici toscani a cominciare dal famoso chirurgo Ferdinando Zannetti (1801-1881), quello che estrasse la pallottola da "fuoco amico" dal piede di Giuseppe Garibaldi; manifesta tuttavia precocemente uno speciale impegno ed una ricerca (arricchiti dalla conoscenza della letteratura internazionale) in campo sociale che si aggiungono a quella precisamente clinica ed a testimone ci sono i suoi molti scritti dei quali si ricordano solo i più notevoli: prefazioni ed aggiunte ad alcune opere dell'autorevole riformatore Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) sulle malattie mentali (1846-1847); *Della pazzia in rapporto ad alcuni elementi della civiltà* (1850) dove si rappresentano il "disordine economico, la corruzione pubblica" e quindi la povertà "delle quali risultato frequente e tristissimo sono le pazzie"; l'interesse per la "pubblica igiene" viene dimostrato oltre che da scritti tendenti a suggerire delle "riforme" come *Intorno alla Polizia Medica di Toscana* (1848), da ren-

diconti puntuali di una sua attività che potremmo intendere come "medico-legale", ad esempio *La questione igienica della Fonderia di rame alla Briglia in Valle Bisenzio presso Prato* (1849). In questa operetta, forse non richiesto da nessuna delle due parti in lite, una delle prime controversie moderne in tema di inquinamento ambientale (emissioni solforose ma non solo), Morelli, seguendo l'aforisma ramazziniano "Tale è l'aria quale è il sangue", suggerisce un cauto allarmismo ed invita, prima di assumere un atteggiamento negazionistico, a ricercare e considerare tutti gli effetti possibili dell'inquinamento, sulle piante e sugli animali. Stessa posizione, ma più decisa, l'autore assumerà in *Analisi igienica delle fabbriche di Sevo* (1868) quando scriverà "Amico e fautore della libertà e specialmente delle libertà dell'industria, non si può non far plauso ad ogni tentativo per moltiplicarla e diffonderla ma non per questo dimenticarsi mai che l'industria non può splendere se non sia morale e cessa d'esserlo ogni volta che per giovare a pochi danneggia molti".

Per un periodo, attorno al 1850, Carlo Morelli opera, distaccato da S. Maria Nuova, presso l'ospedale per le malattie cutanee S. Lucia che si trovava a Firenze in via San Gallo. È questa l'occasione per affrontare un nuovo "morbo popolare che crucia orribilmente tanti infelici", molto diffuso nella pianura padana ma presente anche in Toscana; sulla scia di un precedente lavoro del 1814 di Vincenzo Chiarugi (1759-1820) scrive con grande passione scientifica e sociale *La pellagra nei suoi rapporti medici e sociali* (1855) e tratta delle "cause removibili", cioè economiche e sociali, del morbo, indicandone con sicurezza la terapia, la dieta più ricca e varia, e rifuggendo da ipotesi eziologiche tanto astruse quanto nocive alle quali si appassioneranno tanti medici ed in primis Cesare Lombroso (1835-1909). Sempre nel 1955, come aveva fatto nel 1767 il medico naturalista Giovanni Targioni Tozzetti (1712-1783), pubblica *Cenni sull'alimurgia fiorentina*, quasi a complemento del saggio sulla pellagra; alimurgia è "Opera o discorso sulle materie alimentarie, ossia su quelle che tolgon la fame", che insegna a riconoscere delle piante spontanee, da consumare in tempi di carestia ma non solo. Del 1857 è la

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

fortunata *Guida pratica e razionale alla cura dei morbi cronici della pelle* che riporta anche immagini suggestive sulle lesioni dermatologiche della "pelle agra".

Morelli fonda o dirige riviste (*Il Tempo. Giornale italiano di medicina, chirurgia e scienze affini; Cronaca medica*) e ricoprirà compiti istituzionali di prestigio in concomitanza dei quali sarà capace di esprimere posizioni moderne di grande interesse assurgendo al ruolo di consigliere privilegiato di possibili riformatori, sia prima e che dopo l'Unità d'Italia: Commissario per l'ispezione del carcere di Volterra; Commissario per l'elaborazione di un regolamento igienico del Comune di Firenze e per la riorganizzazione degli studi superiori; da Deputato per la Sinistra nel 1866 (rieletto, si schiererà però con la Destra) si occuperà attivamente del regolamento delle facoltà di medicina, del riordinamento della sanità marittima e del corpo sanitario militare, della riorganizzazione del sistema scolastico e penitenziario, delle modifiche al codice di procedura penale.

Alla fine Morelli ritorna alla clinica, le sue ultime ricerche riguardano dei casi di patologia neurologica e l'anchilostomiasi tra alcune categorie di lavoratori toscani.

Le carte ed i libri di Carlo Morelli sono rimasti inesplorati per circa 150 anni ma oggi risultano ben ordinati e conservati da un suo discendente acquisito, il dott. Roberto Diddi, e sono facilmente consultabili in rete: <http://www.archiviocarloomorelli.it/home.asp>

Ricorrendo il duecentesimo anniversario della nascita, il Centro di Documentazione per la Storia dell'Assistenza e della Sanità (Borgognissanti, 20, 50123 Firenze, tel. 055 6935567; centro.documentazione@usl-centro.toscana.it) organizza, presso la sede dell'Ordine dei Medici di Firenze, per i giorni 6 e 7 dicembre 2016, un Convegno ed una Mostra Documentaria: "Carlo Morelli: un riformatore nell'Italia dell'Ottocento" con un programma che a partire dall'operato e dagli scritti del medico si propone di sviluppare temi quali: attività politica e professionale: rapporti e carteggio con i principali protagonisti del progresso medico-scientifico e politico; sistema manicomiale; sistema carcerario; sistema scolastico; sanità militare marittima;igiene e malattie popolari.

TM

Info: fmcarnvale@gmail.com

CONVEGNI

**Convegno promosso dal
Centro di Documentazione per la Storia dell'Assistenza e della Sanità e
dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze**

Con il patrocinio di:

Comune di Firenze, Università degli Studi di Firenze,
Regione Toscana, Società Italiana di Storia della Medicina

**Carlo Morelli:
UN RIFORMATORE NELL'ITALIA DELL'OTTOCENTO**

6 - 7 dicembre 2016 - orario 9:00 - 17:00

Sala Meeting dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze
Via Cesare Vanini, 15 - Firenze

Parteciperanno:

Giuseppe Armocida, Emanuele Armocida, Alberto Baldasseroni, Paola Badini, Elena Branca, Fabio Bertini, Melania Borgo, Federica Borromeo, Franco Carnevale, Pietro Causarano, Giorgio Ceci, Giorgio Cosmacini, Esther Diana, Roberto Diddi, Elisa Difonzo, Omar Ferrario, Mario Galzigna, Enrico Ghidetti, Ilaria Gorini, Luca Morgante, Jessica Murano, Niccolò Nicoli Aldini, Gianluigi Nava, Stefano Oliviero, Raimonda Ottaviani, Antonio Panti, Jolanda Richichi, Carlo Sisi, Renato Soma, Davide Torri, Duccio Vanni, Paolo Vanni, Simone Vanni, Andrea Vesprini, Fabiola Zurlini.

Ingresso libero

Info: centro.documentazione@asl.toscana.it

A. BARONCINI, F. TORRICELLI

I test genetici fai-da-te

Panoramica di un "mercato complesso e in rapida evoluzione. Parte II



Anna Baroncini Genetista Medico, ha diretto l'UOC di Genetica Medica e il Dipartimento Materno-Infantile dell'ASL di Imola fino a dicembre 2014.

Partecipa ai gruppi di lavoro "Genetica Clinica" e "SIGU-Sanità" della Società Italiana di Genetica umana per la quale è stata referente per l'Emilia-Romagna. Ha fatto parte del Nucleo di coordinamento dei Servizi di Genetica Medica della Regione di appartenenza ed ha contribuito a numerosi tavoli di lavoro sull'accreditamento e l'organizzazione dei Servizi di Genetica Medica e sulla problematiche assistenziali in campo genetico. È componente del Network Italiano di Genomica in Sanità Pubblica (GENISAP)



Francesca Torricelli Genetista Biologa, ha diretto la SOD di Diagnostica Genetica della AOU Careggi fino ad Aprile 2016, coordina il Gruppo di Lavoro della SIGU Sanità e dei Referenti Genetisti delle Regioni italiane, ha partecipato a diversi tavoli tecnici del Ministero quale esperta di Genetica di Laboratorio; è membro del Comitato Etico di Area Vasta e del Consiglio Sanitario della Regione Toscana oltre che del gruppo di coordinamento della Genetica Toscana. Membro del Network Italiano della Genomica in Sanità - GENISA

Si commentano i tre principali tipi di test genetici sanitari proposti "direct to consumer". Quelli per individuare il portatore di malattie recessive sono in genere offerti come screening preconcezionale. I test farmacogenetici vogliono valutare le varianti associate a efficacia e tollerabilità individuale ai farmaci e quelli di suscettibilità la predisposizione individuale verso malattie multifattoriali.

Parole chiave: test diretti al consumatore , test per il portatore, test di farmacogenetica, test di suscettibilità

I test per l'identificazione del portatore sano, di farmacogenetica e di suscettibilità costituiscono il segmento prevalente dei test genetici a scopo sanitario commercializzati direttamente al cittadino (direct to consumer, DTC).

Test del portatore

L'offerta di analisi per l'individuazione dello stato di portatore di malattie genetiche recessive, in genere proposta come screening preconcezionale per il controllo dei rischi riproduttivi, varia da poche decine a centinaia di condizioni e si modifica rapidamente nel tempo con l'evolversi delle conoscenze o per obiettivi commerciali. Il criterio di inclusione dei geni nei pannelli commerciali appare basato su criteri economici più che su considerazioni di politica sanitaria, che sollecitano a tenere in particolare considerazione la severità della malattia, la frequenza dei portatori, la conoscenza del rischio residuo, la validazione dell'associazione tra mutazione indagata ed espressività della patologia (Wienke, 2014).

Generalmente gli acquirenti non possono scegliere quali malattie indagare all'interno del pannello in offerta e difficilmente è possibile una decisione adeguatamente informata a fronte di un insieme di malattie così vasto ed eterogeneo per gravità, possibilità di cura, penetranza ed espressività. Il materiale informativo proposto dalle compagnie venditrici è spesso inadeguato a consentire una decisione ponderata e un click di accettazione sulla tastiera non può sostituire

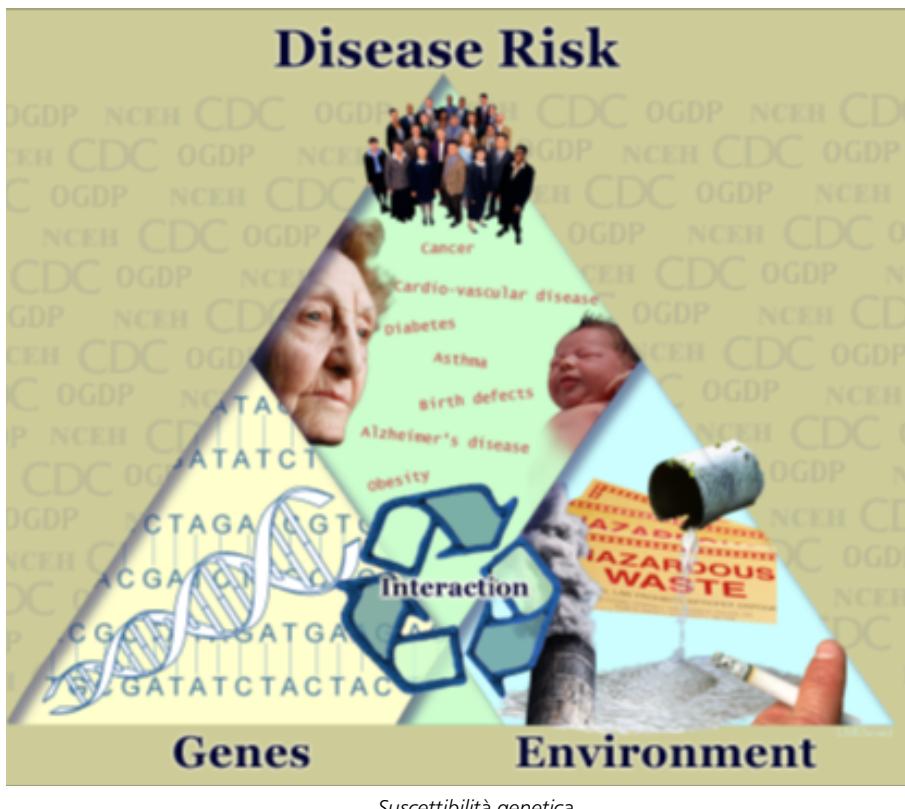
la consulenza genetica pre e post-test (Borry, 2011). In aggiunta, la mancanza dei dati della storia familiare e/o personale del singolo cliente depotenzia l'opportunità di una medicina personalizzata in grado di indirizzare i test genetici in base al rischio a priori e può determinare un esito falsamente negativo qualora una mutazione segregante nella famiglia o specifica di una determinata etnia/area geografica non faccia parte del pannello studiato.

99.9% DNA IDENTICO

Le DIVERSITA' risiedono nel rimanente 0.1%

Test di Farmacogenetica

VARIANTI CANDIDATE IN GENI CANDIDATI



Susceptibilità genetica

Test farmacogenetici

Finalità primaria dei test di farmacogenetica è l'analisi dei profili specifici di risposta ai farmaci in relazione a efficacia, interazioni e rischio di reazioni avverse, analizzandone il controllo genetico ai diversi livelli: assorbimento, metabolismo, trasporto, eliminazione, caratteristiche del bersaglio e complicanze. La complessità del sistema genetico su cui si basa questo controllo va dalla semplice eredità monogenica a quella poligenica/multifattoriale. Molti farmaci comunemente impiegati nella pratica clinica sono metabolizzati da uno o più isoenzimi del citocromo P450 che può risultare "alterato" in presenza, nel soggetto, di induttori o inibitori (altri farmaci, alimenti, fumo, alcol) e di varianti genetiche. Particolare cautela va posta, dunque, nell'utilizzo dei risultati in considerazione della molteplicità dei fattori in gioco per raggiungere un'efficacia personalizzata.

La maggiore difficoltà che si incontra nel disegnare una sperimentazione di farmacogenetica è la mancanza di criteri condivisi non solo sulle modalità di conservazione dei campioni o sull'informativa ai pazienti e ai controlli sani, ma anche sull'utilità pubblica dello studio, le risorse impegnate, l'aderenza alla Good Clinical Practice.

Pertanto, nella valorizzazione clinica dei test DTC di farmacogenetica è importante consulta-

re siti affidabili e costantemente aggiornati. Ad esempio, PharmGKB (<http://www.pharmgkb.org>) comprende informazioni cliniche (es. indicazioni di dosaggio), informazioni pubblicate sui farmaci, associazioni geni-medicine e relazioni genotipo-fenotipo, lista delle linee guida e dei biomarcatori considerati validi da FDA ed EMA per l'inserimento del test di farmacogenetica nel foglio informativo Shimazawa (2013). Al momento, la FDA ha approvato oltre 176 farmaci che riportano indicazioni farmacogenetiche nel foglio informativo, mentre per l'EMA il numero è intorno ai 130 ma in continuo aumento.

Test di suscettibilità

I test di suscettibilità (o predittivi) sono proposti come capaci di determinare il rischio personale di ammalarsi di una delle numerose malattie complesse a carattere multifattoriale. Si tratta per lo più di patologie a insorgenza tardiva e andamento cronico, come diabete, tromboembolismo, obesità, infarto, alcuni tipi di tumore, maculopatie senili, ecc. Tuttavia, se è possibile indicare la suscettibilità media di un gruppo di popolazione in base all'incidenza della patologia, difficilmente si riesce a misurare quella individuale, determinata dalle molteplici interazioni geni-ambiente sottese a quello specifico fenotipo in quel soggetto. Quindi, perché il risultato di un test di suscettibilità abbia significato, è necessaria l'accuratezza dei dati clinici, compresi quelli relativi ad ambiente e stile di vita. Occorre, inoltre, assicurarsi della validità analitica e clinica del test, ossia che le varianti siano correttamente individuate e che abbiano la capacità di prevedere un fenotipo, in particolare tenendo conto del valore predittivo positivo e negativo per quel soggetto. (Boccia, 2012). Non si dovrebbe consigliare un test di suscettibilità senza conoscerne l'utilità clinica e sapere come utilizzare il risultato. Colui che esegue un test di suscettibilità non è un malato, ma potrebbe avere varianti genetiche che lo predispongono alla malattia, senza che ciò implichi che necessariamente la svilupperà. In base ai risultati, il rischio è di vivere nell'attesa dell'ipotetica comparsa di qualche segno di malattia e di sentirsi già ammalato senza esserlo.

Gli inviti alla cautela non hanno potuto frenare la commercializzazione DTC dei test di suscettibilità, spesso poco o affatto validati a livello scientifico e offerti in "regime fai-da-te". Per quanto evidenziato, è inopportuno consigliarne l'esecuzione al di fuori di protocolli atti a valutarne l'appropriatezza e ad assicurare la qualità del percorso, essendo la responsabilità ultima dell'utilizzo del risultato a carico del medico che riceverà il referto.

Info: anbamail@alice.it

GAVINO MACIOCCO

Epatite C. Il diritto alla cura



Nel mondo si stima che siano 130 – 150 milioni le persone affette da infezione cronica da virus dell’epatite C (HCV): una parte di queste è destinata a sviluppare una cirrosi o un cancro del fegato. Secondo l’OMS di epatite C ogni anno muoiono nel mondo circa 700 mila persone.

In Italia, si stima che i pazienti portatori cronici del virus dell’epatite C siano oltre un milione, di cui 330 mila con cirrosi. L’Italia ha il triste primato in Europa per numero di soggetti HCV positivi e mortalità per tumore primitivo del fegato. Oltre 20 mila persone muoiono ogni anno per malattie croniche del fegato (due persone ogni ora) e, nel 65% dei casi, l’HCV risulta causa unica o concausa dei danni epatici. Le regioni del Sud sono le più colpite.

Nel 2013 (in Italia nel 2014) è stato commercializzato il primo di una nuova classe di antivirali – Sofosbuvir, nome commerciale Sovaldi® – molto efficaci perché agiscono direttamente contro il virus, bloccandone il processo di replicazione, e producendo in un’altissima percentuale dei casi la guarigione virologica.

Il farmaco è stato commercializzato ad un prezzo elevatissimo: in Italia circa 41 mila euro a trattamento in regime ospedaliero (74 mila euro per chi lo acquista privatamente in farmacia). Il costo del trattamento è ancora più elevato se si considera che in molti casi la cura prevede l’associazione di più farmaci; la Gilead produttrice del Sovaldi® commercializza anche l’associazione di Sofosbuvir + Ledipasvir (Harvoni®). Sono inoltre disponibili altri 3 nuovi farmaci di cui uno costituito dalla associazione di tre nuovi antivirali e sono di prossima commercializzazione almeno altri 2 farmaci. Va detto che la negoziazione del prezzo effettuata da AIFA (Agenzia Italiana per il Farmaco) alla fine del 2014 e per 18 mesi ha previsto degli sconti progressivi in relazione ai volumi di farmaco utilizzato. I termini della negoziazione non sono però noti in quanto secretati. Tale contratto è scaduto a metà giugno 2016 ed è in corso una nuova negoziazione.

A causa dell’alto costo di questi trattamenti il Servizio sanitario nazionale ha deciso di iniziare ad erogarli gratuitamente partendo dai pazienti più gravi. Al momento nel nostro

Paese sono stati trattati circa 52 mila pazienti (il 5% dei potenziali beneficiari). Si verifica così, per la prima volta in Italia, una situazione tanto paradossale quanto iniqua: attualmente solo i pazienti nello stadio più avanzato della malattia hanno diritto al trattamento, quando un trattamento nelle fasi meno avanzate della malattia eviterebbe non solo le sofferenze del paziente, ma anche i costi assistenziali connessi.

In USA il prezzo di Sovaldi® è ancora più alto – 84 mila dollari a trattamento, mille dollari a pillola – costringendo il governo americano a definire criteri molto stringenti per l’accesso al farmaco per gli assistiti di Medicaid (l’assicurazione pubblica a favore dei poveri): solo il 2,4% dei potenziali beneficiari ha potuto finora accedere alla cura. Una situazione considerata – in un paese peraltro allenato alle ingiustizie nella salute – così insopportabile da richiedere l’intervento di una commissione parlamentare d’inchiesta, le cui conclusioni sono state esposte dal suo presidente, il senatore democratico Ron Wyden. Lo scandaloso nocciolo della questione – afferma Wyden – è che non esiste alcun nesso tra investimenti in ricerca e sviluppo e prezzo del farmaco: la Gilead – proprietaria del brevetto di Sovaldi® – “stabilisce il prezzo con l’unico scopo di massimizzare i profitti, a prescindere dalle conseguenze sugli esseri umani”¹.

In realtà il più importante investimento fatto dalla Gilead è stato quello di acquistare per 11 miliardi di dollari la Pharmasset, la ditta che aveva scoperto il Sofosbuvir. In poco tempo il capitale investito è stato ampiamente recuperato (in due anni il fatturato della Gilead ha superato i 30 miliardi di dollari), ma i profitti maggiori provengono da Wall Street che ha spinto le azioni di Gilead a livelli giganteschi. Se Pharmasset al momento dell’acquisto valeva 3 miliardi di dollari, oggi il valore di Gilead è intorno ai 150 miliardi di dollari². Il meccanismo è semplice e spietato: più alto è il prezzo del farmaco, più alto è il valore delle azioni.

Il caso Gilead-Sovaldi® si presenta quindi come una colossale operazione finanziaria e speculativa, portata avanti con assoluto disprezzo per la vita delle persone, la vita di

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”.

milioni di persone. Operazione subita, ma alla fine assecondata, dai governi, governo italiano incluso. Ma non da tutti i governi, come il caso dell'India che ha iniziato a produrre il Sofosbuvir sotto forma di generico, al prezzo di 700 euro a ciclo di trattamento (e attirando per questo pazienti da tutto il mondo, anche italiani).

Produrre il Sofosbuvir sotto forma di generico, a un prezzo ragionevole e accessibile, è consentito dallo stesso trattato che regola i brevetti (TRIPs - *Trade Related aspects of Intellectual Property rights*) attraverso il meccanismo della licenza obbligatoria, a cui si può ricorrere quando si verifichi un'emergenza nazionale di sanità pubblica³. Difficile negare, per i motivi che abbiano elencato all'inizio, che l'epatite C non rappresenti un'emergenza di sanità pubblica; difficile però che il governo prenda spontaneamente un'iniziativa del genere perfettamente legittima, profondamente etica, ma politicamente impervia dati i colos-

sali interessi in gioco, nei confronti dei quali la politica ha finora dimostrato una sensibilità maggiore rispetto a quella rivolta alla salute dei cittadini. La situazione però potrebbe cambiare dato che oggi sono disponibili nuovi farmaci efficaci contro il virus dell'epatite C oltre quelli prodotti dalla Gilead. Una competizione trasparente tra produttori potrebbe portare a una drastica riduzione dei prezzi. Ma anche qui ci vuole una forte volontà politica per evitare negoziazioni segrete (com'è avvenuto finora) e anche operazioni di cartello sui prezzi tra produttori.

La decisione del governo di procedere con la licenza obbligatoria potrebbe rappresentare un potente stimolo a ricondurre il prezzo dei farmaci vicino ai costi reali di produzione, e quindi di renderli accessibili a tutti coloro che ne hanno bisogno.

TM

Info: gavino.maciocco@gmail.com

1 <http://fortune.com/2015/12/02/senate-gilead-medicaid/>

2 <http://www.presadietta.rai.it/dl/portali/site/puntata/ContentItem-729dab2f-5eaa-4c96-8f3f-c9299dfe0cca.html>

3 <http://www.saluteinternazionale.info/2016/07/accesso-all-a-terapia-contro-lepatite-c-la-soluzione/>

Documento FNOMCeO approvato a Bari il 16/9/2016

Gli alti costi del farmaco Sofosbuvir che annulla la presenza nel sangue del virus dell'epatite C in modo da evitare l'evoluzione in cirrosi e tumori epatici sta creando una grande discriminazione tra pazienti gravi, che hanno accesso alle cure a carico del SSN e pazienti in fase iniziale di malattia che vedono negare queste possibilità fino all'aggravamento della patologia.

Questa condizione di profonda ingiustizia sociale e diseguità nell'accesso alle cure è eticamente non tollerabile soprattutto quando è in gioco il diritto alla tutela della salute come previsto dalla nostra Costituzione. Non è tollerabile che la determinazione del costo delle innovazioni sia lasciato esclusivamente all'economia di mercato e che un farmaco il cui costo di produzione è inferiore a 200 euro venga fatto pagare oltre 30mila euro per un mero fatto monopolistico / brevettuale in rapporto alla ricchezza di ciascun paese, inibendo

l'accesso al beneficio di migliaia di cittadini.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, riunito a Bari il 16 settembre 2016, all'unanimità impegna il Comitato Centrale ad intervenire presso il Ministro della Salute per perseguire con ogni mezzo il conseguimento di atti legislativi e giuridici capaci di estendere l'accesso alle terapie anti epatite C per tutti gli aventi indicazione clinica e diritto.

Pur nel giusto riconoscimento del diritto dell'industria farmaceutica, quando sono in campo la tutela della salute e costi sostenibili per il SSN, il principio etico deve prevalere su ogni altro diritto, ancor più se commerciale.

La FNOMCeO esprime la propria disponibilità ad una raccolta di firme a sostegno di una campagna di pubblica utilità per l'affermazione di quanto previsto dall'accordo TRIPS del 1994 e dalla dichiarazione di DOHA del 2001 (licenza obbligatoria)".

TM

DANIELE DIONISIO

Report U.N. per l'accesso alle medicine: pietra miliare o illusione?

Articolo originale:

<http://www.internationalhealthpolicies.org/access-to-medicines-report-green-light-to-action/>

L'United Nations (U.N.) High Level Panel on Access to Medicines fu costituito nel novembre 2015 con il compito di esaminare proposte e raccomandare soluzioni per bilanciare in coerenza ed equità i giusti diritti degli inventori, la legislazione internazionale sui diritti umani, le regole del commercio e la salute pubblica nel contesto delle tecnologie per la salute.

Il tanto atteso report finale del Panel è stato finalmente licenziato lo scorso 14 settembre. Le sue fondate, molteplici raccomandazioni e richieste a tutte parti interessate ne fanno un testo di riferimento obbligato per quanti chiamati a decisioni critiche per l'accesso equo delle popolazioni del pianeta alle cure e all'assistenza. In effetti, l'accesso alle medicine non è problema dei soli paesi poveri se è vero che gli alti prezzi dei farmaci stanno 'azzoppando' i sistemi sanitari in tutto il mondo.

Di seguito una sintesi dei contenuti principali del report.

Salute pubblica, TRIPS, brevetti

Il Panel raccomanda ai governi membri della World Trade Organization (WTO) il rispetto e l'implementazione globale della 'Doha Declaration on TRIPS (WTO Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights)' e delle sue flessibilità, incluse la facilitazione al corretto uso delle 'licenze coercitive' e l'applicazione di definizioni rigorose di 'invenzione' e 'brevettabilità' a tutela della salute pubblica, implicando la concessione di brevetti solo per invenzioni genuine e il rifiuto della pratica di brevetti multipli per minime variazioni.

Il Report richiama all'obbligo di evitare tattiche o strategie minatorie del diritto dei paesi WTO alla fruizione delle flessibilità TRIPS e invita a riferire alla segreteria WTO ogni azione contraria così da consentire l'emanazione di contromisure e sanzioni.

In coerenza, i governi impegnati in negoziati internazionali per finalità commerciali e di investimento devono astenersi dal proporre contenuti interferenti con i loro obblighi al pieno rispetto del diritto alla salute, e invece analizzare e rendere disponibile alla nazione il potenziale im-

patto sulla salute pubblica degli accordi in corso.

Il Panel insiste che le agenzie delle Nazioni Unite (in particolare UNCTAD, UNDP, WHO, WIPO) esprimano la massima collaborazione fra loro e con WTO ed altri attori chiave per supportare i governi nella applicazione di criteri di brevettabilità consoni all'equo accesso alla salute.

Ricerca con fondi pubblici prioritaria per la salute pubblica

Il report sostiene che le istituzioni universitarie e di ricerca percepitrici di finanziamenti pubblici devono privilegiare obiettivi di salute pubblica più che il ritorno economico nelle loro pratiche brevettuali e di licenza. Ciò include l'uso di licenze non esclusive, la donazione dei diritti di proprietà intellettuale, la adesione al sistema 'patent pools' e ad altri modelli atti alla massimizzazione congiunta di innovazione e accesso.

Nel merito, il report incita i governi ad accrescere i livelli attuali di investimento in innovazione tecnologica sanitaria per soddisfare necessità a tutt'oggi scoperte.

Ed è fatto appello a tutte le parti di individuare e implementare nuovi modelli di finanziamento per la ricerca e sviluppo in salute pubblica, tra i quali, ma non solo, la tassazione delle transazioni finanziarie.

Il Panel invita ad avviare negoziati in ambito WHO finalizzati ad un Patto cogente in grado di separare i costi di ricerca e sviluppo dal prezzo finale dei farmaci per promuovere l'accesso a '*good health for all*'. A integrazione di quanto già in atto, il Patto dovrebbe focalizzare sulle necessità di salute pubblica comprendendo, ma non solo, l'innovazione per le malattie tropicali neglette e la resistenza microbica.

Revisione dei progressi tramite un organo indipendente

È, inoltre, richiesto al Segretario Generale delle Nazioni Unite di costituire un organo indipendente di revisione e monitoraggio dei progressi in innovazione e accesso alle tecnologie sanitarie nell'ambito della U.N. 2030 Agenda. L'organo dovrebbe essere composto da rappresentanti di governi, Nazioni Unite, organizzazioni multila-



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/>

terali, società civile, università, e settore privato.

Il Segretario Generale è altresì richiesto di nominare una 'inter-agency taskforce on health technology innovation and access' per accrescere coerenza fra le entità U.N. e le organizzazioni multilaterali coinvolte, non ultima la WTO.

Ricerca e sviluppo, produzione, prezzi, trasparenza

Il report sostiene che i governi dovrebbero richiedere ai produttori e distributori di tecnologie sanitarie di trasmettere alle autorità di riferimento pertinente informativa, tra cui:

- i costi di ricerca e sviluppo, produzione, marketing e distribuzione.
- ogni fondo pubblico ricevuto per lo sviluppo, inclusi crediti di imposta, sussidii e sovvenzioni.

Nel merito, WHO è sollecitata a stabilire e mantenere un database internazionale accessibile di prezzi di farmaci brevettati, generici e biosimilari nei settori pubblici e privati ovunque registrati.

Quali aspettative?

È stretto dovere delle Nazioni Unite di lavorare con i governi perché si conformino subito agli indirizzi del Panel. Sfortunatamente, poiché le raccomandazioni del report richiamano alla necessità che tutti gli attori si coordinino al meglio in termini di collaborazione, responsabilità, coerenza e trasparenza, la percentuale di successo non è al momento prevedibile stando almeno alle realtà correnti su scala mondiale.

Quale fondato ottimismo, infatti, se ad oggi molti farmaci chiave permangono sotto regimi prolungati di tutela brevettuale esacerbati da accordi di libero scambio e da scelte governative volte a trasformare le regole sulla proprietà intellettuale in politiche protettive di interessi di monopolio a spese dell'equo accesso alle medicine 'salvatia'?

TM

Info: d.dionisio@tiscali.it

PER APPROFONDIRE

Report of the UNITED NATIONS SECRETARY-GENERAL'S HIGH-LEVEL PANEL ON ACCESS TO MEDICINES: *Promoting innovation and access to health technologies* <http://www.ip-watch.org/weblog/wp-content/uploads/2016/09/HLP-Access-to-Medicines-Final-Report-Sept-2016.pdf>

Press Release: United Nations Secretary-General's High-Level Panel on Access to Medicines Calls For New Deal to Close the Health Innovation and Access Gap <http://www.unsgaccessmeds.org/news-blogs/2016/9/13/united-nations-secretary-general-s-high-level-panel-on-access-to-medicines-calls-for-new-deal-to-close-the-health-innovation-and-access-gap>

UN Secretary General's High-Level Panel on Access to Medicines: Frequently Asked Questions <http://www.ip-watch.org/weblog/wp-content/uploads/2016/09/UNSG-HLP-FAQ-final.pdf>

United Nations High Level Panel on Access to Medicines <http://www.unsgaccessmeds.org/#homepage-1>

TRIPS Agreement https://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/t_agm0_e.htm

Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/min-decl_trips_e.htm

Sustainable Development Goals: 17 goals to transform our world <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>

Alleged R&D Costs: Not A Transparent Driver Of Drug Prices <http://www.ip-watch.org/2016/03/04/alleged-rd-costs-not-a-transparent-driver-of-drug-prices/>

Compulsory Licences Needed For Affordable Hepatitis C Innovative Drug Regimens <http://www.ip-watch.org/2014/08/05/compulsory-licences-needed-for-affordable-hepatitis-c-innovative-drug-regimens/>

Global Health 2035 Report: Flawed Projections <http://www.ip-watch.org/2014/01/23/global-health-2035-report-flawed-projections/>

UN SDGs Need U-Turn On Governance For Health <http://www.ip-watch.org/2015/09/24/un-sdgs-need-u-turn-on-governance-for-health/>

Nuovo sito internet dedicato a Toscana Medica

È attivo e online il nuovo sito Internet che l'Ordine dei Medici di Firenze dedica interamente a "Toscana Medica", la prestigiosa rivista fondata nel 1983 da Giovanni Turziani, che adesso si presenta ai lettori anche con questa nuova "veste": un sito tematico che raccoglie gli articoli pubblicati su ogni numero della rivista,

organizzati in rubriche e facilmente consultabili, stampabili, linkabili e ricercabili per diverse chiavi di ricerca. Ovviamente non manca l'offerta della rivista "per intero", in formato PDF o sfogliabile, con la veste grafica identica all'originale cartaceo, che può essere consultata a video, salvata in locale o stampata. Tutti i nostri lettori

sono invitati a consultare il sito www.toscanamedica.org del quale si auspica che verranno apprezzate la facile fruibilità (è ottimizzato anche per tablet e smartphone) e la chiarezza della struttura e dei contenuti. Naturalmente in attesa di suggerimenti e idee migliorative che saranno le benvenute!

Metodo "Dikul": precisazioni

Sulle newsletter dell'Ordine di Firenze uscite il 29 settembre u.s. è stata data notizia della recente sentenza della Corte di Cassazione che, a proposito dell'erogabilità a carico del SSN della terapia in oggetto, non ne ha riconosciuto il diritto, non essendo tale terapia scientificamente comprovata. Nella notizia è stato anche accennato che

si tratta di una vicenda controversa e ciò è confermato dal fatto che la stessa Corte di Cassazione, in precedenti pronunce, aveva stabilito il contrario, riconoscendo il diritto del paziente al rimborso delle spese sostenute per la terapia in questione, non tanto perché la terapia sia stata riconosciuta come scientificamente comprovata, quanto

perché risultata di fatto efficace nelle specifiche situazioni prese in esame nei ricorsi. Insomma, una situazione non perfettamente lineare che ancora una volta mette in evidenza la necessità di un raccordo fra magistratura e scienza medica che purtroppo spesso viene a mancare e causa incertezze sia negli operatori sanitari che nei cittadini.

Ma quali emarginati?

convegno proprio alle categorie mediche in apparenza e de facto collocate ai margini di un'attività straordinariamente proiettata a migliorarsi e a favorire le migliori garanzie alla cittadinanza.

Nel convegno si è parlato di guardia medica, di medicina penitenziaria, di contratti professionali anomali, di assistenza ai "senza patria" approdati, con le loro malattie e il loro carichi di problemi, sulle nostre coste.

Le colleghe, che hanno organizzato l'incontro hanno cercato di chiarire il ruolo di queste figure fondamentali della medicina italiana contemporanea, rivalutandone i compiti e la funzione.

Alla giornata hanno partecipato come Moderatrici: **Teresita Mazzei**, Professore Ordinario di Farmacologia Università di Firenze e **Margherita Cassano**, Presidente Corte di Appello di Firenze. Relatrici: **Gemma Brandi**, Psichiatra psicoanalista, Responsabile Salute in Carcere Azienda Usl Toscana Centro, **Elisa Bissoni Fattori**, Medico di Continuità Assistenziale Azienda Usl Toscana Nord-Ovest, **Maria Antonia Pata**, Dermatologo ambulatoriale Azienda Usl Toscana Centro, **Paola Binazzi**, Medico convenzionato Medicina dei Servizi Azienda Usl Toscana Centro.



A cento anni dalla morte, a Firenze una piazza per Giovanni Meyer

"Apertura dello Spedale dei Bambini Anna Meyer. Il Consiglio d'Amministrazione del luogo più prima di trasferire i bambini malati nel nuovo Spedale invita la S.V.Illma e la sua rispettabile famiglia a compiacersi d'intervenire all'apertura e visita del locale che avrà luogo alle ore 3 pom. di Giovedì 19 del corrente mese". Così si leggeva in un raffinato biglietto del Regio Arcispedale di Santa Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti della Città di Firenze che circolava a Firenze nel febbraio 1891.

Quel biglietto era la prova tangibile del sogno visionario di Giovanni Meyer, marchese di Montagliari, russo di San Pietroburgo arrivato in riva d'Arno, che in memoria della moglie Anna deceduta l'11 dicembre 1883, aveva deciso di fondare un ospedale riservato solamente ai bambini.

Bellissima idea sulla carta, difficilissima da tradurre in pratica in mezzo a difficoltà di ogni genere, tra le quali anche l'opposizione dei residenti della zona in cui avrebbe dovuto sorgere la struttura preoccupatissimi per il diffondersi di possibili epidemie di malattie infettive.

Eppure nonostante tutto il Meyer tenacemente riuscì a portare a termine il suo progetto, creando i presupposti del

grande sviluppo che a Firenze avrebbero avuto negli anni a venire le scienze pediatriche.

Da allora è iniziata la storia dell'Ospedalino, oppure del "Meyer", come tutti lo chiamano a Firenze (nonostante il fondatore stesso avesse chiaramente specificato che il suo cognome doveva essere scritto e pronunciato Meyer con la "e") e pochi sono i fiorentini che nel bene o nel male non hanno mai avuto contatti con gli edifici di via Luca Giordano prima e di

quelli nel parco di Careggi poi (compreso lo scrivente ricoverato in Pediatria a pochi mesi di vita per convulsioni febbri).

Nel tempo il legame con la città è andato sempre a più a rafforzarsi e paralleamente si è sempre più sviluppata la vocazione nazionale ed internazionale dell'Ospedale che lo ha portato al ruolo attuale nel panorama italiano ed estero.

Con questa storia alle spalle e con tanti progetti in cantiere, il 24 settembre 2016 il Direttore Generale Alberto Zanobini ha accolto autorità civili, militari e religiose, nonché l'ultimo discendente del marchese di Montagliari in quella che fino al giorno prima si chiamava Piazza di Careggi, adesso rinominata Piazza Giovanni Meyer.

All'ingresso dell'Ospedale una lapide datata giugno 1917 ricorda che a Giovanni Meyer, "benefattore munifico che, fondando il primo ospedalino infantile modello agli altri in Italia volle la ricchezza temperata dalla pietà, volgono i suffragi ed i voti di tante umane miserie benedicenti".

Dopo tanti anni l'omaggio tangibile della toponomastica fiorentina ad un uomo ed alla sua creazione.

S.P.



Importanti regole per la libera professione

Capita che un cittadino si rivolga a un libero professionista per un qualsiasi problema. È un diritto inalienabile e incontestabile. Capita che il professionista privato consigli l'esecuzione di accertamenti utili per la definizione della diagnosi o della terapia. Allora il cittadino ritorna dal proprio medico di famiglia per ottenere la trascrizione degli accertamenti al fine della gratuità. È bene precisare che, al di là dei rapporti collegiali che il consulente può direttamente instaurare col curante, quando un cittadino si rivolge al privato non può pretendere di rientrare nel sistema pubblico quasi che il medi-

co di famiglia fosse un mero trascrittore. Quest'ultimo assume tutti gli oneri civili e penali della prescrizione e può farla solo se ne è scientificamente convinto. Occorre che i consulenti privati facciano presente questo fatto ai propri pazienti onde evitare spiacevoli controversie. In poche parole anche gli accertamenti diagnostici ricadono nella libera professione. Situazioni ancora più deontologicamente rilevanti si verificano quando il medico privato rimanda al curante di famiglia la redazione dei certificati. In questo caso si induce il medico generale a commettere un falso! Se l'Ordine rice-

vesse la segnalazione di un rifiuto di certificare da parte del consulente privato, non potrebbe che procedere disciplinariamente. Si ricorda a tutti gli iscritti che la redazione di un certificato richiesto dal paziente è un preciso obbligo deontologico cui nessun medico può sottrarsi. Tutti i medici sono dotati di accredito per la comunicazione elettronica delle fatture. Nello stesso modo possono inviare i certificati dematerializzati.

Comunque il certificato su ricettario personale ha sempre valore presso l'INPS o per qualsiasi altro scopo.

Vaccinazione antinfluenzale 2016: l'iniziativa dell'AUSER di sesto fiorentino

Partendo dalla considerazione che da alcuni anni le adesioni alla campagna vaccinale della Regione Toscana contro l'influenza per le persone sopra i 65 anni di età sono state inferiori alle aspettative e facendo seguito all'invito a vaccinarsi espresso dalla Regione stessa e dall'Ordine dei

medici di Firenze, l'Auser Volontariato di Sesto Fiorentino ha concluso un accordo con la USL Toscana Centro per sensibilizzare la popolazione, proponendosi inoltre come soggetto vaccinatore per i propri iscritti presso l'Ambulatorio Infermieristico della Farmacia Comunale di via Leopardi.

L'Azienda USL Toscana Centro ha fornito i vaccini necessari che saranno somministrati da personale qualificato in condizioni di assoluta sicurezza.

Le prenotazioni per le vaccinazioni si possono fare dal lunedì al giovedì dalle 9 alle 11 telefonando al 340 633 67 62.

Counseling universitario in andrologia sessuologia e bioetica

Per realizzare un'efficace intervento rispetto ai bisogni della popolazione in campo Andrologico, Sessuologico e Bioetico, il Dipartimento di Ricerca Traslazionale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia dell' Università di Pisa mette a disposizione un servizio di Counseling affidato al Prof. Massimo Mariani specialista in Andrologia, i cui obiettivi sono:

- offrire una relazione professionale di aiuto
- fornire ascolto e sostegno
- aiutare chi è in situazioni di crisi ad individuare l'origine del proprio disagio
- fornire appoggio e chiarificazione
- aiutare a scelte adeguate e consapevoli.

L'attività di Counseling si pone come punto professionalmente valido di riferimento per poter discutere i vari aspetti collegati alle complesse tematiche della sessualità e della riproduzione.

L'andrologia è una branca medica relativamente giovane, che ha per obiettivo la tutela della salute riproduttiva e sessuale dell'uomo, le problematiche

che relative alla disfunzione erettile, alla ejaculazione precoce e alla infertilità sono quelle che raccolgono il maggior numero di richieste di aiuto. Nell'approccio a queste disfunzioni viene considerato molto importante l'aspetto del "counseling", ovvero dell'ascolto, del dialogo informativo e chiarificatore, dell'aiuto per le più consapevoli scelte.

In particolare, poiché le problematiche Bioetiche in relazione alla sessualità ed alla riproduzione generano la necessità di chiarimenti e di risposte adeguate, si potranno analizzare gli aspetti bioetici che emergono quando si vanno a toccare i delicati ambiti dell'inizio della vita, dello sviluppo dell'embrione, della procreazione medicalmente assistita offrendo una disponibilità di supporto a quanto previsto per legge.

Il Counseling è un'attività il cui obiettivo è il miglioramento della qualità di vita delle persone sostenendo i loro punti di forza e le loro capacità di autodeterminazione. Il Counseling si basa sull'ascolto e la riflessione, attraverso di esso si esplorano le difficoltà

relative a processi evolutivi, fasi di transizione e stati di crisi e si rinforzano le capacità di scelta o di cambiamento.

Il Counseling non è una terapia o un sostegno psicologico. Il Counseling è un percorso di crescita, di responsabilizzazione, di maturazione durante il quale si svolge l'azione di un professionista, il Counselor, che accompagna alla scoperta di un futuro diverso. Vuole essere informativo e formativo per la persona che gli si rivolge. Il Counselor accompagna verso mete e obiettivi desiderati ed auspicati, e aiuta a far sì che ognuno possa dare il meglio di se stesso: nella vita privata, nella scuola, nel lavoro, nei rapporti di coppia e familiari.

Il Counseling è utile quando...dobbiamo prendere una decisione difficile che riguarda la nostra vita, dobbiamo raggiungere un obiettivo che ci siamo posti, ma incontriamo delle difficoltà, ci troviamo di fronte ad una scelta, vogliamo riorganizzare le nostre relazioni familiari, incontriamo dei problemi nella vita di coppia, ci troviamo in delle situazioni dove, da soli, sentiamo di non farcela.

PRENDERE UN APPUNTAMENTO PER UN COLLOQUIO O AVERE MAGGIORI INFORMAZIONI

Come:

telefonando allo 050 221 35 97 o al 330 566 090 dal lunedì al venerdì, dalle 9.00 alle 13.00
mandando una mail a massimo.mariani@dps.unipi.it
recandovi di persona presso la Segreteria di via S.Zeno 37 II° piano

Dove:

la segreteria è situata in via S.Zeno 37 secondo piano

i colloqui si svolgono in via S.Zeno 37 piano terra

Quando: i colloqui si svolgono il mercoledì dalle 10.00 alle 13.00



ORDINE DI FIRENZE

E-mail: protocollo@omceofi.it - presidenza@ordine-medici-firenze.it - toscanamedica@ordine-medici-firenze.it

Pec: presidenza.fi@pec.omceo.it - segreteria.fi@pec.omceo.it

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

Rilascio certificati di iscrizione: UFFICI: in orario di apertura al pubblico - INTERNET: sul sito dell'Ordine - TELEFONO: 055 496 522 int. 1

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

Cambio di indirizzo: comunicare tempestivamente ogni variazione della residenza anagrafica o del domicilio, specificando chiaramente presso quale indirizzo si desidera ricevere la corrispondenza: protocollo@omceofi.it; tel. 055 496 522 int. 9

Commissione Odontoiatri: riceve il lunedì dalle ore 17,45 alle ore 18,45 su prenotazione telefonica: tel. 055 496 522 int. 4

Consulenze e informazioni: ECM: tel. 055 496 522 int. 3, ENPAM: tel. 055 496 522 int. 1

AMMI - e-mail: ammifirenze@virgilio.it - sito: www.ammifirenze.altervista.org

FEDERSPEV - 1° mercoledì del mese dalle ore 10 alle ore 11,30

Newsletter: inviate per e-mail agli utenti registrati sul sito Internet dell'Ordine: www.ordine-medici-firenze.it/index.php/newsletter-iscritti

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

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



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



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*

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