

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



Toscana Medica

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



L'artrite reumatoide precoce ed aggressiva

M. Galeazzi, A. Lombardi, C. Marinai,
M. Matucci Cerinic, F.S. Mennini, M. Mosca

Disagio psichico e fanatismo

Alessandro Bani, Marina Miniati

I test genetici fai-da-te. Parte III

Francesca Torricelli, Anna Baroncini

Adolescenti e gioco d'azzardo: intervento di prevenzione del gioco d'azzardo patologico

Adriana Iozzi, Concetta Conace

N° 11 DICEMBRE 2016



REVINTY[®] ELLIPTA[®]

92/22

fluticasone furoato/vilanterolo

92 microgrammi/22 microgrammi

Polvere per inalazione, in contenitore monodose



REVINTY[®] ELLIPTA[®]

184/22

fluticasone furoato/vilanterolo

184 microgrammi/22 microgrammi

Polvere per inalazione, in contenitore monodose



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



Fondato da
Giovanni Turziani



In coperta
Reframe (Nuova cornice), 2016. PVC,
policarbonato, gomma
cm 650 x 325 x 75 ciascuno
Courtesy of Ai Weiwei Studio

Anno XXXIV n. 11 - Dicembre 2016
Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DCB Firenze

Prezzo € 0,52
Abbonamento per il 2016 € 2,73



Antonio Panti

Direttore Responsabile
Antonio Panti

Redattore capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segretaria di redazione
Antonella Barresi



Bruno Rimoldi

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



Simone Pancani

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

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



Antonella Barresi

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



LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4** Ai Weiwei, ovvero un cinese a palazzo
F. Napoli

EDITORIALE

- 5** Quanto costano i farmaci?
A. Panti

OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- 6** L'artrite reumatoide precoce ed aggressiva
M. Galeazzi, A. Lombardi, C. Marinai, M. Matucci Cerinic,
F.S. Mennini, M. Mosca
- 13** L'artrite reumatoide precoce ed aggressiva
A. Panti

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 14** Disagio psichico e fanatismo
A. Bani, M. Miniati
- 16** Adolescenti e gioco d'azzardo
A. Iozzi, C. Conace
- 18** Analisi gestionale dell'attività dell'officina trasfusionale
(Area Vasta Nord Ovest)
E. Golgini e coll.
- 20** L'andamento della mortalità nei toscani dal 1987 al 2013
A. Martini e coll.
- 22** Più morti in Italia nel 2015!
E. Chellini, A. Martini
- 24** Il consumo di alcol in Regione Toscana
M. Grazzini
- 27** Il valore delle linee guida alla luce della normativa vigente
e delle ultime sentenze in materia
G. Landi
- 29** Medicina di frangia?
B. Rimoldi

RICERCA E CLINICA

- 32** I test genetici fai-da-te. Parte III
F. Torricelli, A. Baroncini
- 34** Le onde d'urto
C. Giammattei e coll.

POLITICHE PER L'EQUO ACCESSO ALLA SALUTE

- 37** OMS in testa nella campagna per l'accesso ai nuovi
farmaci anti-epatite C
D. Dionisio

SANITÀ NEL MONDO

- 39** Se Uber sbarca in sanità
G. Maciocco

LETTI PER VOI

- 40** La vita viva
AA.VV.

FRAMMENTI DI STORIA

- 41** Questa fu l'alluvione del '66

26-29 CONVENZIONI

42 RICORDO

43 NOTIZIARIO

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

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

FEDERICO NAPOLI

AI WEIWEI, ovvero un cinese a palazzo

Mostra politica, ovvero di politica culturale, cioè rientrando in una strategia di apertura riferita al contemporaneo per entrare stabilmente nello specifico circuito artistico. "Ai Weiwei. Libero" è ospitata nel palazzo Strozzi di Firenze, volutamente coinvolgendo l'intero spazio espositivo a disposizione, quindi i locali della Strozzeria, il cortile e l'abituale 1° piano; la rassegna è a cura di Arturo Galansino. Del performer e designer cinese sono esposte circa sessanta opere realizzate anche appositamente per la mostra fiorentina - dalla fotografia al ready made -, tra l'altro recuperando antiche tecniche cinesi della ceramica e della lavorazione del legno.

Quest'aspetto che rimanda al paese di origine di Ai Weiwei è ricorrente nelle opere in mostra, come enunciazione delle proprie radici, ora rivelate da ruote di biciclette (il mondo ancora della provincia cinese), ora dall'uso del legno e del bambù (tradizionale materiale da costruzione in Oriente), ora da forme rinviabili alle feste locali, ora dal raffinato uso in senso lato della terra cotta. Ma nell'autore questi aspetti tradizionali orientali vedono l'innesto di suggestioni occidentali, quali il già accennato uso del ready made, un generico spirito new dada e, comunque, un processo concettuale nel quale Ai Weiwei si muove, alieno dall'idea di "opera finita", priorizzando il procedimento mentale del fare artistico rispetto al prodotto finale - chiarissima in tal senso è l'ultima sala di palazzo Strozzi ospitante le opere "He Xie" e "Souvenir from Shanghai" -. Egualmente si possono leggere le centinaia di foto e selfie raccolte nei locali della Strozzeria, dove il valore risiede nell'accostamento dell'operatore estetico cinese con una folla di anonimi personaggi e non nella qualità o significato dello scatto, amando l'autore calarsi tra gli altri. Tale aspetto sociale e popolare dilatato dalla rete si ricollega a sua volta alla presenza continua di Ai Weiwei nel quotidiano: è il caso della sala intitolata "Sichuan", ispirata da ciò che a suo tempo (2011) gli è valso l'ostracismo del governo cinese e la segregazione. Dissidenza evidentemente rientrata e ridimensionata, essendo l'autore libero di muoversi fra i suoi studi di New York, Berlino e quello ampio di Pechino. Considerazione questa che fa decadere il senso italiano della parola "libero", di chiaro significato politico, presente nel titolo della mostra, ma dallo stesso performer cinese in con-

ferenza stampa tradotto con senso diverso: "alleggerito".

Il suddetto aspetto promozionale, che punta con insistenza su presunti temi sociali, è pari ai gommoni reputati "scandalosi" perché fissati sulla facciata del palazzo fiorentino, i quali inevitabilmente rimandano alla pressione migratoria in corso nel Mediterraneo, ma finiscono per avere solo un aspetto comunicativo nell'immediato, ovvero diventano un'immagine di cronaca, finanche richiamo pubblicitario. La mostra presenta un aspetto non convincente di fronte a una lunga serie di foto - titolo "Study of Perspective: finger" e in parte esposte anche al Mercato centrale -, dove si concretizza lo stesso ripetuto gesto di sberleffo al potere (il pugno chiuso e il medio sollevato) - dalla Tour Eiffel a piazza Tiananmen, da San Pietro a Gaudì, dall'Italia al Giappone all'Australia, dal parlamento inglese allo stesso palazzo Strozzi -; sberleffo (?) reso vano e sterile dalla sua generica ripetitività.

Per ultima, l'opera collocata nel cortile ("Refraction"): una grande ala (la leggerezza del cielo) costruita però con pesante materiale d'acciaio (la schiavitù della terra); le ideali piume sono realizzate con conche che in Tibet servono per riscaldare il tea, dunque una sorta di cucine solari. Una buona metafora della libertà, ovvero della vita dell'uomo in relazione al potere.



Ai Weiwei. Libero

Palazzo Strozzi, Firenze

Fino al 22 gennaio 2017

orario: 10:00 - 20:00 tutti i giorni



He Xie, 2011. Porcellana. Dimensioni variabili. Courtesy of Ai Weiwei Studio

<http://www.palazzostrozzi.org/mostre/aiweiwei/>



ANTONIO PANTI

Quanto costano i farmaci?

"Nessun paese è ricco abbastanza per erogare a tutti i cittadini tutto quel che la medicina moderna può offrire" Hannu Vuori (J. R.C. Medical Practitioner 1986).

A meno di inaspettate scoperte, il mercato farmaceutico è oggi orientato verso la ricerca e lo sviluppo di farmaci rivolti a gruppi ristretti di pazienti affetti da malattie più o meno rare, cioè verso una medicina personalizzata di altissimo costo. Alcune recenti innovazioni farmacologiche sono rivolte a patologie assai comuni, ma anche in questi casi i prezzi dei farmaci, comunque siano contrattati, sono elevati, molto superiori a quelli finora in uso. Tutto ciò sposta il problema di come si possa mantenere in vita un sistema assistenziale, fondato sull'universalità del diritto e l'uguaglianza dell'accesso alle prestazioni, dalle ben note questioni dell'evoluzione demografica e nosologica, della cronicità e dell'aumento della domanda, verso un altro concreto dilemma: gli oneri dell'innovazione. È possibile garantire a chiunque ne abbia bisogno lo stesso diritto alla cura quando i costi della medicina personalizzata sono talmente alti da mettere in crisi il finanziamento del servizio?

Il caso "epatite C" ha fatto da cartina di tornasole e ha reso consapevole il mondo intero del problema del prezzo dei farmaci innovativi. L'anarchia finanziaria del mercato globale distrugge definitivamente i sistemi sociali universalistici? La Gilead ha acquistato Pharmasset, il produttore del sofosbuvir, (valore 1,5 miliardi di dollari) per 11 miliardi e ha venduto per 36 miliardi in 2 anni. Ma il farmaco costa oltre 70.000 dollari in America, 27.000 euro in Italia (al pubblico, altrimenti ha un costo minore), 800 dollari in Egitto e in India. Quale è il vero costo? E adesso che sono in commercio più farmaci analoghi, possiamo metterli a gara? Insomma il problema è meramente politico o riguarda anche i medici?

Ovviamente i medici sono interessati perché la loro deontologia li spinge a offrire le stesse prestazioni a chiunque ne necessiti. Ma, in concreto, cosa possono fare? I medici potrebbero essere attori fondamentali se fossero in grado di superare alcune contraddizioni: da un lato il conflitto di interesse, sempre vivo dal momento che la ricerca è per lo più sponsorizzata dal privato, dall'altro il rapporto con le associazioni dei pazienti spesso finanziate dagli stessi produttori. Infine la questio-

ne della sostenibilità del servizio dovrebbe essere più presente nelle loro decisioni, pur nei limiti dell'autonomia della cura e dell'interesse del malato. Non è facile conciliare autonomia della cura e vincoli decisionali esterni, ma questa è la sfida più alta per tutti gli attori del sistema salute.

Tuttavia, se ci pensiamo bene, la questione principale risiede nella distorsione della concorrenza in un mercato assolutamente peculiare come quello del farmaco. Si ha l'impressione che le autorità sanitarie siano in balia delle multinazionali che stabiliscono il prezzo dei farmaci come nella storiella di quel signore che aveva venduto un canino da un milione di euro per due gatti da mezzo milione. Allora cosa possono fare i medici? Vorrebbero offrire a chiunque ne abbisogni le stesse opportunità di cura ma non hanno alcun potere decisionale sul mercato se non quello di distorcerlo ancor più se non riescono a contenere il conflitto di interesse.

I medici dovrebbero, mediante i loro strumenti scientifici, definire cosa è innovazione, cioè quali criteri siano validi per accettare una novità come realmente diversa e superiore agli strumenti di cui dispongono. I medici debbono definire il target di ciascuna terapia innovativa, senza cedimenti; spetta a loro stabilire quando e come le sperimentazioni innovative siano sufficientemente garantite per il paziente, pur abbreviandone il percorso; infine sono i medici che, mediante commissioni indipendenti, dovrebbero stabilire quando i farmaci, chimicamente diversi ma uguali per *outcomes* clinici e reazioni avverse possibili, possono essere messi a gara.

Ci rendiamo conto come sia indispensabile retribuire il capitale di rischio e come solo la ricerca, sempre più onerosa, possa garantire il futuro della medicina. Tuttavia riteniamo che non sia una missione impossibile rendere disponibili a chiunque ne abbia realmente bisogno i farmaci innovativi. Non si tratta di tentare incursioni "politiche" nel mercato, assai poco credibili, ma di rivendicare un ruolo sociale per la professione in una medicina in trasformazione, dal futuro entusiasmante ma dai costi che stanno diventando insostenibili. **TM**

M. GALEAZZI, A. LOMBARDI, C. MARINAI, M. MATUCCI CERINIC, F. S. MENNINI, M. MOSCA

L'artite reumatoide precoce ed aggressiva



*Mauro Galeazzi,
Professore Ordinario di Reumatologia
dell'Università di Siena*



*Arrigo Lombardi,
Medico di Medicina Generale, Firenze*



*Claudio Marinai,
Direttore del Servizio Health
Technology Assessment di ESTAR*



*Marco Matucci Cerinic,
Ordinario di Reumatologia
dell'Università di Firenze*



*Francesco Saverio Mennini,
Research Director EEHTA e Professore
di Economia Sanitaria dell'Università
Tor Vergata di Roma*



*Marta Mosca,
Associato di Reumatologia
dell'Università di Pisa*

TOSCANA MEDICA - L'argomento di questa riunione di esperti è l'artrite reumatoide precoce ed aggressiva, situazione di notevole gravità per la quale però sono in arrivo delle importanti novità terapeutiche. L'artrite reumatoide (AR) è una malattia ormai da tempo ben codificata fra le immunopatologie: iniziamo pertanto la discussione illustrando le novità più significative relative alla sua eziopatogenesi.

GALEAZZI - La novità più importante è senza dubbio l'approccio epigenetico alle malattie reumatiche, al pari di quanto oggi avviene, ad esempio, anche nel campo della patologia tumorale.

Anche se nel nostro settore le ricerche sono ancora agli inizi, è stato tuttavia possibile identificare dei cosiddetti microRNA in grado di condizionare l'espressione genica in parte responsabile della manifestazione clinica del-

Risultati di Cost of Illness AR in Italia

	Costo medio
Costi Diretti sanitari	
Farmaci	€ 535.533.394
Specialistica	€ 126.071.794
Ospedalizzazioni	€ 257.372.319
<i>Costi diretti sanitari totali</i>	€ 918.977.507
Costi diretti non sanitari	
Trasporti	€ 32.151.370
Aiuti a casa	€ 140.228.702
Ausili	€ 29.939.820
<i>Costi diretti non sanitari totali</i>	€ 202.319.893
Costi indiretti	
Perdita di produttività	€ 196.715.657
Previdenziali	€ 717.856.478
<i>Costi indiretti totali</i>	€ 914.572.135
Costi totali AR	€ 2.035.869.535

EEHTA, CEIS Univ. di Roma Tor Vergata

la malattia. Questi studi hanno ulteriormente dimostrato l'importanza dei meccanismi genetici nelle affezioni reumatologiche, insieme a fattori ambientali quali il fumo, ad oggi considerato pesantemente implicato nella comparsa proprio dell'AR in alcune classi di soggetti. Infatti i portatori del gene HLA DRB1, ad esempio, sono altamente predisposti a sviluppare la malattia in presenza della stimolazione cronica della mucosa bronchiale causata dal fumo di sigaretta.

È necessario comunque precisare che l'AR non è una malattia genetica, ereditaria in senso stretto ma una condizione con una predisposizione genetica legata alla presenza di alcuni geni tra i quali i più importanti sono quelli del sistema HLA. A questi se ne associano altri quali il già citato DBR 1 ed il PAD 14. In particolare quest'ultimo gene appare direttamente coinvolto, insieme all'azione infiammatoria cronica del fumo di sigaretta, nella citrullinazione delle proteine a livello degli alveoli bronchiali che conduce alla comparsa di anticorpi patogeni coinvolti nella genesi di molte malattie reumatologiche. La citrullinazione delle proteine degli alveoli bronchiali è una modificazione epigenetica di queste strutture.

MOSCA - In aggiunta al fumo, ci sono altri fattori ambientali che potrebbero avere un ruolo nella patogenesi e nella progressione della malattia come la malattia parodontale e l'effetto del microbioma. Dati molto preliminari, infatti, suggeriscono che una disbiosi gastrointestinale possa avere un ruolo essenziale nello sviluppo dell'AR, soprattutto nelle fasi precoci.

TOSCANA MEDICA - **Affrontiamo adesso la questione dell'AR precoce ed aggressiva, in termini di manifestazione clinica, epidemiologia, costi umani e sociali.**

MATUCCI - L'AR si definisce precoce quando si arriva alla diagnosi di certezza entro un periodo di tempo compreso tra i 3 ed i 6 mesi dalle prime manifestazioni cliniche, fattore di grande importanza perché è proprio nelle fasi iniziali della malattia che si possono mettere in pratica interventi di cura di notevole efficacia nel rallentare il progredire della malattia. In questo lasso di tempo di fronte ad un sospetto clinico si devono ricercare marcatori specifici come il Fattore Reumatoide e gli anticorpi anticitrullina la cui presenza/assenza condiziona forme di malattia ad evoluzione completamente differente.

Risultati di Cost of Illness AR in Italia

Costi diretti sanitari



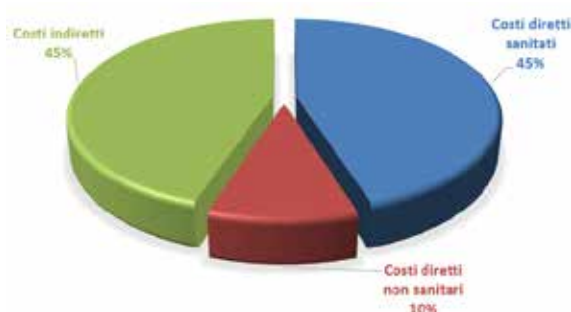
Costi diretti non sanitari



Costi indiretti



Costi totali



MATUCCI - Tipicamente la forma precoce ed aggressiva di AR si caratterizza per un'evoluzione molto rapida, in particolare per quanto riguarda le forme con positività per il Fattore Reumatoide e gli anticorpi anticitrullina. Clinicamente si assiste alla comparsa di un fenomeno flogistico importante a livello di una o più articolazioni che rapidamente ne distrugge le componenti cartilaginee ed in seguito anche ossee, arrivando nel giro generalmente di un paio di anni alla completa abolizione della funzionalità del distretto colpito.

All'interessamento articolare in queste forme gravi di malattia si associano poi il coinvolgimento polmonare (soprattutto dell'interstizio) e fenomeni vasculitici diffusi ben evidenti soprattutto a livello cutaneo.

MOSCA - I sintomi legati alla infiammazione attiva prima e alle deformità articolari che conseguono al danno e alla distruzione articolare successivamente, causano nel paziente disabilità motorie con riduzione dell'indipendenza, limitazione allo svolgimento di molte attività del

vivere quotidiano, peggioramento della qualità di vita e conseguente disagio psicologico. La riduzione dell'indipendenza causa anche riduzione delle capacità lavorative, assenteismo, fino ad arrivare all'abbandono anticipato del lavoro.

Alla luce di queste osservazioni emerge l'importanza di diagnosticare la AR quanto prima possibile in modo da trattare precocemente i pazienti, in particolare quelli con una malattia aggressiva.

Molti studi, infatti, hanno mostrato che la terapia precoce, soprattutto in presenza di una malattia con fattori prognostici negativi, aumenta la probabilità di risposta e il controllo della malattia, con riduzione dello sviluppo di danno articolare.

LOMBARDI - Il decorso dell'AR può certamente essere migliorato dalla corretta e quanto più precoce possibile impostazione di un piano di cura adeguato. Questo significa che la diagnosi deve essere raggiunta il prima possibile ed in questo campo molta importanza può avere l'intervento della medicina generale. In particolare i medici di

famiglia devono sapere riconoscere ed interpretare correttamente i segni iniziali della malattia quali il numero e l'eventuale simmetria delle articolazioni interessate, la rigidità mattutina, la presenza o meno del Fattore Reumatoide e degli altri marcatori specifici. La terapia dell'AR evidentemente compete poi allo specialista di riferimento.

Il contributo della medicina generale al raggiungimento di una diagnosi il più precoce possibile richiede tuttavia che i giovani colleghi vengano opportunamente formati su queste tematiche, cosa che in Toscana si realizza all'interno dello specifico Corso di formazione.

MENNINI - I dati epidemiologici italiani più recenti si riferiscono al 2015 e ci dicono che il 18.2% dei pazienti con AR ha ricevuto la corretta diagnosi entro un anno dalla presentazione della sintomatologia (forme "early") contro l'80% che invece ha dovuto attendere un periodo di tempo maggiore dei dodici mesi (forme "late"). Il 19% dei pazienti "early", circa 4.400 soggetti, ha presentato una forma di malattia precoce ed aggressiva.

I pazienti italiani sono stati inoltre suddivisi in due classi a seconda della terapia ricevuta, se con farmaci biologici (circa il 30%) oppure con i cosiddetti farmaci DMARs, "Disease Modifying Antirheumatic Drugs" (70%). Un'ulteriore classificazione ha infine riguardato i differenti quadri di gravità della malattia.

I dati ottenuti permettono di quantificare i costi della malattia, diretti, indiretti (come ad esempio, la perdita di produttività e gli oneri a carico del sistema previdenziale) oltre ai cosiddetti costi diretti non sanitari, quelli cioè sostenuti dai cittadini che devono pagare di tasca propria tutta una serie di servizi e prestazioni.

GALEAZZI - La prevalenza dell'AR in Italia si aggira tra lo 0.5 e l'1% della popolazione per un totale di circa 300.000 soggetti colpiti, classificati secondo una scala che prevede quattro gradi di gravità crescente. La maggior parte dei pazienti viene compresa in classe 2 ed ancora presenta un certo grado di autonomia, il 27% rientra in classe 3 ed il 4% in classe 4, cioè con disabilità completa.

I costi diretti ed indiretti, secondo dati del 2011, in Italia hanno raggiunto 3 miliardi e 388 milioni di Euro ed a mio parere è molto importante sottolineare che solo il 21% di quelli diretti è stato determinato da spese propriamente sanitarie.

Quest'ultimo dato conferma il fatto che nel nostro Paese la percentuale dei malati che ricevono al momento giusto farmaci biologici (ef-

ficaci ma costosi) è ancora troppo bassa, circa l'8%, contro le medie europea e statunitense rispettivamente del 12 e del 20%.

Cercare di risparmiare prevalentemente sui farmaci (come sono per lo più propensi a fare i nostri amministratori) nel lungo termine non appare pertanto una scelta economicamente oculata.

TOSCANA MEDICA - Abbiamo sentito in precedenza quanto sia importante la collaborazione della medicina generale e degli specialisti nella gestione complessiva dei malati con AR. Esiste in Toscana un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) specifico per questa condizione?

MATUCCI - Ad oggi esiste un PDTA nazionale per l'AR e niente di simile a livello toscano. Nella nostra Regione, fatto salvo il rapporto strettissimo che deve esistere tra la medicina generale ed i Centri di riferimento, la situazione della Reumatologia è caratterizzata, purtroppo, dalla mancanza assoluta di strutture di primo livello, ad eccezione di alcune sporadiche esperienze a Siena e Volterra. Altre Regioni, in particolare il Veneto e la Sicilia, hanno invece organizzato delle efficienti reti periferiche che supportano l'attività del medico di base in questo settore dell'assistenza.

LOMBARDI - In Toscana oggi noi abbiamo un divario troppo profondo tra la medicina generale ed i Centri di riferimento di terzo livello, in assenza di una rete regionale veramente efficiente. La diagnosi di AR ed il suo corretto inquadramento nosologico sono oggettivamente difficili e la formazione specifica dei medici di medicina generale deve per forza essere mirata anche verso queste tematiche.

I medici di famiglia dovrebbero poi potere disporre di un accesso veloce e codificato allo specialista reumatologo, in un sorta di secondo livello assistenziale, senza inviare indiscriminatamente tutti i pazienti ad ingolfare i Centri di riferimento che invece dovrebbero dedicarsi principalmente alla gestione dei casi di maggiore complessità.

Oggi però, se il medico di famiglia intercetta una situazione relativamente certa di AR, non riesce a stabilire il contatto con lo specialista in tempi ragionevolmente accettabili.

GALEAZZI - Concordo pienamente con il dottor Lombardi ed anche io voglio sottolineare il problema della mancanza di un numero sufficiente di reumatologi a livello territoriale che potrebbero costituire il cosiddetto secondo livello ricordato in precedenza.

Tornando alla questione dei PDTA voglio ricordare che già nel 2002 i reumatologi della Toscana presentarono alla Regione un progetto che oggi si sarebbe chiamato senza dubbio appunto PDTA. In quel documento, per l'epoca all'avanguardia ed addirittura premiato con riconoscimenti internazionali, avevamo già previsto praticamente tutto quanto emerso dalla nostra attuale discussione, come ad esempio la codifica della collaborazione tra medicina di base e specialistica e l'individuazione dei caratteri diagnostici essenziali ad uso dei medici di base. Di questa esperienza oggi purtroppo non è rimasto molto, ad eccezione di episodiche esperienze sparse sul territorio.

Attualmente stiamo lavorando per differenziare l'accesso agli ambulatori di reumatologia in base alla patologia, dal momento che la gestione dei malati con lupus è completamente diversa da quella dei soggetti colpiti da AR o sclerodermia.

TOSCANA MEDICA - Parliamo di terapia dell'AR: quale è lo stato dell'arte?

MOSCA - Le linee guida delle principali società scientifiche, sottolineano la necessità di iniziare quanto prima una terapia di fondo utilizzando i DMARDs. Questi possono essere distinti in farmaci sintetici o tradizionali e farmaci biologici.

Se necessario vengono utilizzati, insieme ai DMARDs, farmaci sintomatici, come i cortisonici a basso dosaggio e farmaci anti infiammatori non steroidei (FANS).

Il DMARD più usato e più efficace nell'AR è il methotrexate, che è utilizzato in monoterapia, oppure insieme agli DMARDs biologici.

GALEAZZI - Seppure la strada da percorrere sia ancora tanta, anche nel campo della terapia dell'AR si sta oggi cercando di arrivare alla personalizzazione delle cure sulla base delle esigenze di ogni singolo paziente, al pari di quanto sta accadendo in molti altri settori della Medicina.

In linea generale prima di proporre al paziente una qualsiasi terapia è necessario identificare con esattezza la gravità della sua situazione clinica e, per quanto possibile, il grado di attività della malattia. Per ottenere queste informazioni si può ricorrere ad apposite scale come il DAS 28 (Disease Activity Score) oppure agli accertamenti clinimetrici da riportare da parte del paziente in appositi questionari di autovalutazione.

In pratica, ad esempio, un DAS 28 superiore a 4, una veloce compromissione di un numero elevato di articolazioni, la già citata presenza di specifici marcatori biologici pongono per una situazione clinica di note-

vole impegno. La RMN con mezzo di contrasto aiuta a chiarire ulteriormente la situazione identificando le erosioni ossee anche di piccole dimensioni, l'edema dell'osso e l'impregnazione da parte della membrana sinoviale.

Reperti simili in un soggetto con DAS 28 superiore a 4 richiedono senza dubbio la somministrazione di un DMAR ad azione immunosoppressiva come ad esempio il methotrexate a dosaggio adeguato. In caso di insuccesso, di comparsa di importanti effetti collaterali, di scarsa aderenza alla terapia da parte del paziente si può associare un altro DMAR oppure, più correttamente ricorrere all'associazione methotrexate/farmaco biologico.

MATUCCI - Ad integrazione dei quanto detto adesso dal prof. Galeazzi, ricordo che nella fase di inquadramento iniziale di una AR già diagnostica o del suo stato di attività si ricorre anche all'esecuzione di normali esami ematici come il dosaggio della VES e della PCR ed all'ecografia articolare, metodica particolarmente utile durante il follow - up dei pazienti.

TOSCANA MEDICA - Quali sono gli attuali schemi di cura per le forme di AR precoci ed aggressive?

MATUCCI - I dati EBM oggi disponibili dimostrano chiaramente che l'associazione methotrexate/biologici riesce in un numero davvero significativo di casi a bloccare l'evoluzione della malattia.

I biologici sono essenzialmente di due classi, gli anti-TNF, anti CD20, anti IL-6, e gli anti-CTLA4 adesso utilizzati anche nella terapia della AR precoce. Si tratta di terapie senza dubbio costose che però riescono a garantire ai malati una qualità della vita tale, ad esempio, da potere continuare la propria attività lavorativa.

TOSCANA MEDICA - Dottor Marinai, di fronte a qualsiasi terapia farmacologica è necessario valutare in senso complessivo la questione dei costi, anche a medio e lungo termine, senza fermarsi soltanto al carico economico rappresentato dall'acquisto dei farmaci.

MARINAI - Assolutamente sì ed anche per quanto riguarda l'AR è necessario garantire ai malati le migliori possibilità di cura al fine di contenere i danni di una patologia così invalidante. Quello che è importante è ottimizzare quanto più possibile le risorse al momento disponibili.

GALEAZZI - La valutazione dei costi per la cura dell'AR, al pari di tantissime altre malattie, non va considerata nei conti da chiudere a fine anno, ma proiettata almeno nei 4 - 5 anni a venire. I biologici costano, è vero, però da quando li usiamo, ad esempio, i ricoveri in ospedale di malati con AR sono praticamente azzerati così come il ricorso alla chirurgia ortopedica: gli amministratori non possono ignorare queste evidenze.

MATUCCI - Io penso che, in linea generale, dovrebbe essere migliorato il rapporto tra i clinici e gli amministratori che si occupano degli acquisti di farmaci e dispositivi, per creare un flusso continuo di osservazione e feedback che realmente riesca a garantire l'appropriatezza delle scelte.

Recentemente, ad esempio, sono stati pubblicati i dati relativi al biosimilare di infliximab e questo ci ha permesso di applicare questa nuova formulazione nei pazienti naive secondo quanto richiesto dalla Regione.

Dovrebbero infatti essere i clinici che, sulla base delle evidenze scientifiche più aggiornate, forniscono gli elementi tecnici ai decisori su cosa ed in che quantità comprare.

MOSCA - Un aspetto importante, che potrebbe comportare un controllo della spesa, potrebbe essere la personalizzazione della terapia basata sulle caratteristiche cliniche e i marcatori di malattia. Infatti è noto dalla letteratura che i cambiamenti di terapia sia nell'ambito della stessa categoria (anti-TNF) che verso un diverso meccanismo di azione, hanno dei costi elevati. La identificazione di sottogruppi di pazienti con maggiore probabilità di rispondere ad un farmaco piuttosto che un altro, ha, in tale contesto una grande importanza.

Per esempio tra i farmaci biologici Abatacept, che agisce sulla co-stimolazione dei linfociti T, riduce la produzione di anticorpi da parte dei linfociti B (quindi anche di ACPA e FR) dipendente da linfociti T. Al contrario non ci sono dati che mostrino un effetto degli anti-TNF sul titolo degli ACPA e il Tocilizumab non mostra differenze fra pazienti positivi e negativi per il FR. Rituximab ha effetto maggiore su pazienti positivi per FR e ACPA, ma non è utilizzabile in Italia come primo DMARD biologico.

Ci sono molte evidenze che Abatacept sia efficace in modo particolare nei pazienti con positività anticorpale e caratteristiche di aggressività. Pertanto potrebbe essere considerato come una importante opzione terapeutica in questo particolare sottogruppo di pazienti

MARINAI - Oggi notiamo che ognuno tende a lavorare all'interno del proprio settore, senza confrontarsi più di tanto con chi invece dovrebbe condividere scelte e comportamenti.

Nel campo dell'AR in questo periodo si stanno verificando alcune evenienze che a mio parere dovrebbero essere gestite in maniera adeguata.

Da un lato il prossimo arrivo sul mercato di farmaci innovativi e dall'altro la perdita della copertura brevettuale di farmaci che ad oggi assicurano la copertura di circa il 60% di questo specifico settore.

In questo scenario i clinici devono agire con grande prudenza, evitando ad esempio di cambiare a tutti i costi un farmaco in un soggetto che ben lo tollera e nel quale ottiene il risultato sperato. Lo switch verso molecole equivalenti può invece essere indicato in quelle situazioni nelle quali il decorso della malattia richieda un cambio continuo di farmaci ed un frequente aggiustamento dei dosaggi.

Riporto alcuni dati relativi alla situazione toscana (primo quadrimestre 2016) per quanto riguarda il solo biosimilare di infliximab, visto che quello di etanercept ancora non è disponibile: 3 a 1 verso l'originator nell'Area Vasta Centro contro 1 a 3 nelle altre due Aree Vaste regionali. Un differenza così marcata a mio parere necessita di approfondimenti di carattere tecnico, soprattutto perché a breve perderà il brevetto proprio etanercept che ad oggi copre circa il 40 - 45% del mercato dei farmaci biologici.

La comunicazione e la discussione tra tutti i professionisti interessati alla questione diventano adesso veramente indispensabili.

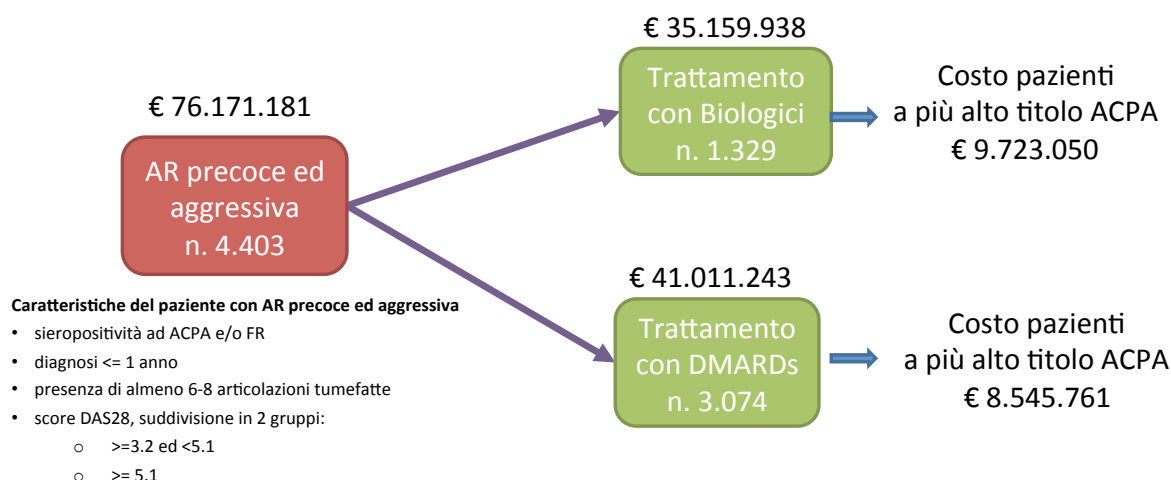
MENNINI - Vorrei, a questo proposito, sottolineare un aspetto che non può essere sottovalutato in alcun processo di programmazione sanitaria e nei momenti di discussione e confronto tra clinici e decisori, quello della qualità della vita dei pazienti e del conseguente peso economico complessivo del loro stato di malattia.

Proprio in questa ottica qualche anno fa era stato elaborato un programma a livello europeo che si chiamava "Fit for Work" e che sulla base dell'analisi di indicatori, quali ad esempio l'HAQ ("Health Assessment Questionnaire"), mirava a quantificare l'impatto enormemente negativo in termini economici causato dall'AR.

I dati provenienti da questa indagine europea, alla quale abbiamo partecipato come centro di ricerca, hanno inequivocabilmente

AR Precoce e Aggressiva

Analisi di costo della malattia basata su modello di *prevalence based probabilistico* in grado di ricostruire la distribuzione, la numerosità e i costi dei pazienti trattati in Italia per la cura dell'artrite reumatoide nella forma precoce ed aggressiva



FONTI

Cimmino, Parisi et al. 1998, Marotto, Nieddu et al. 2005, Salaffi, De Angelis et al. 2005, Della Rossa, Neri et al. 2010

Nielen, van Schaardenburg et al. 2004, Gruppo GISEA - dati 2015-, Sokolove et al. 2015, Mennini et al. 2016 Value in Health 2016

confermato la relazione positiva esistente tra la maggiore efficacia ed il precoce inizio dei trattamenti e la riduzione complessiva dei costi (diretti ed indiretti) legati alla malattia.

Per tradurre in pratica questi concetti abbiamo calcolato, ad esempio, che se tutti i pazienti italiani con AR con più alto titolo ACPA, quindi con relativamente scadente qualità di vita, ricevessero terapie con i farmaci biologici di maggiore efficacia si potrebbero risparmiare da 1 a 3 milioni di Euro all'anno. Se questo schema di cura venisse applicato a tutti i malati con AR si potrebbero generare risparmi di ben altra entità.

Simili approcci però richiedono, come ricordato in precedenza, che si inizi davvero a ragionare in un'ottica di corretta programmazione sanitaria, 4-5 anni e non solo nei confini dell'anno solare in corso. Non bisogna dimenticare, infatti, che la maggior parte dei costi dell'AR ricadono sulla spesa pubblica sotto forma di enorme impegno previdenziale.

Programmare gli interventi economici in Sanità significa pertanto, come insegna il caso dell'AR, utilizzare il biosimilare quando possibile, scegliere fin da subito il biologico a mag-

giore efficacia per quel determinato paziente e pensare sempre e comunque in una logica di medio e lungo termine.

MARINAI - Senza dubbio i dati di farmacoeconomia sono indispensabili per pianificare qualsiasi intervento di programmazione sanitaria e per indirizzare i comportamenti e le scelte dei clinici. In questo senso mi sembra interessante ricordare che dopo la perdita della copertura brevettuale di infliximab il suo impiego complessivo (come originator e biosimilare) nella nostra Regione è rimasto sostanzialmente invariato, a dimostrazione di una scelta sostanzialmente condivisa da parte dei clinici.

Anche il biosimilare di etanercept potrebbe ovviamente essere di grande aiuto per i budget delle Aziende.

MENNINI - A parità di efficacia il ricorso al biosimilare rappresenta senza dubbio un'opportunità sia per i suoi produttori che per quelli del branded, visto che in questo modo si recuperano risorse che possono essere utilmente reinvestite nell'innovazione (branded).

ANTONIO PANTI

L'artrite reumatoide precoce ed aggressiva

L'artrite reumatoide è una malattia non diffusissima ma neppure rara. La prevalenza dovrebbe essere di circa 300.000 casi in Italia. Ma, di questi, solo una minoranza presenta quella disabilità precoce e quella aggressività sistemica che ne fanno una patologia veramente grave ed importante e costosa sul piano umano e sociale. Infatti si calcola che i costi diretti sanitari non superino il 25% dei costi complessivi della malattia, la maggior parte dei quali è rappresentata invece da oneri sociali compreso la perdita del lavoro. Per questo i nostri esperti hanno insistito molto sulla precocità e rapidità della diagnosi e del corretto approccio terapeutico, proprio perché anche elevati costi sanitari possono diminuire complessivamente il peso previdenziale della malattia sulla società. L'artrite reumatoide è una malattia a predisposizione genetica, nel cui determinismo fattori epigenetici influiscono decisamente. Tra questi una particolare importanza riveste il tabagismo.

A questi livelli di gravità, il quarto secondo le classificazioni internazionali, oltre alle gravi erosioni cartilaginee grosse, sono importanti le complicanze in particolare vascolari e polmonari. Ecco l'importanza di cogliere i segnali premonitori, (le cosiddette red flags), la rigidità mattutina, l'erosione simmetrica delle piccole articolazioni, il segno della gronda e l'aggravamento in pochi mesi. Il medico di famiglia

deve cogliere questi segni, effettuare i primi accertamenti ematochimici e, se del caso, inviare subito allo specialista, secondo un PDTA, che prevede un secondo livello ospedaliero e un terzo livello nelle aziende miste, mentre il primo livello è costituito dagli stessi medici di famiglia. È evidente l'importanza dell'approccio terapeutico che, secondo una scalarità ben ricordata nella discussione, porta nei casi più gravi all'utilizzo dei farmaci biologici, secondo terapie combinate che, se ben condotte, agiscono sulla malattia ed evitano ripetuti ricoveri. L'uso di corrette linee guida, che la società scientifica nazionale si sono già date e che la Regione Toscana ha ripreso, anche se con un'attuazione parziale, consente di influire positivamente sui costi sociali di lungo periodo. La genericazione dei farmaci biologici può permettere un passaggio di terapia importante ai fini dei costi; tuttavia un percorso efficace e corretto sul piano clinico e della sostenibilità può nascere soltanto dal colloquio tra tutti gli attori del sistema, capace di individuare correttamente il target da trattare e di valutare prospettive terapeutiche pluriennali.

Anche questa patologia necessita quindi di un approccio moderno che esalti la clinica, senza dimenticare i valori fondamentali dell'economica, se vogliamo garantire le migliori cure a chiunque ne abbia bisogno.

Antonio Panti

*Si ringrazia
Bristol-Myers Squibb
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione*

A. BANI, M. MINIATI¹

Disagio psichico e fanatismo



Alessandro Bani, Laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Psichiatria presso l'Università di Pisa. Vive a Livorno. Attualmente lavora come Dirigente Medico presso l'Ospedale della Versilia. Particolarmente interessato nello studio delle condotte auto ed eterolesive. Ha scritto alcune monografie e libri scientifici e di divulgazione scientifica formativa. Ha pubblicato oltre 100 lavori scientifici.

Noi psichiatri veniamo spesso interrogati da gente comune e da colleghi circa il fenomeno dei terroristi suicidi. La domanda è più o meno la solita: "sono matti o no"? Questione attuale e di grande impatto nell'opinione pubblica riguarda la possibilità che i terroristi, ed in particolare quelli che si suicidano, siano malati psichici. Infatti sembra impossibile che persone "nel pieno possesso delle loro facoltà mentali" decidano di morire per sacrificare a loro volta altre persone, spinti da un credo religioso o ideologico. Si prospettano modalità di approccio al problema e possibili strategie di fuoriuscita da suggerire ai familiari di chi cade nella rete dell'indottrinamento.

Parole chiave: fanatismo, terrorismo, suicidio, comunicazione, psicopatologia

Sono molte le opinioni riportate, nei giornali e nei social a riguardo dei terroristi suicidi. Spesso gli interventi degli esperti a questo proposito vengono riportati non sempre con esattezza (se si estrapola una frase, a esempio, il concetto voluto può esserne stravolto). D'altronde l'eterogeneità delle risposte è segno della complessità del fenomeno e per avere una visione quanto più completa dovremmo sempre integrare le varie fonti di informazione. C'è da chiedersi poi chi debbano essere considerati "gli esperti" di questo fenomeno: i sociologi? I politici? Gli psicologi? Gli psichiatri? Nel quesito di fondo, e cioè se i terroristi suicidi siano malati psichici, ci sono due aspetti da evidenziare separatamente: terroristi e suicidi, e solo secondariamente i due aspetti insieme, prospettando così un fanatismo di fondo. Noi psichiatri, in quanto medici, dovremmo sempre partire dall'analisi e dalla conoscenza del singolo soggetto e solo dopo "tentare" una valutazione più ampia basata su studi importanti, per non scendere in una semplice opinione. Ancora oggi si parla di suicidio anomico, altruistico, passionale, patologico, allargato, razionale, mistico, oblativo, ed altri ancora, per evidenziare molteplicità di tipologie ma non spiegano niente se non quella che è ipotizzata la causa o il motivo (che ovviamente nessun suicida ci può più comunicare). Questo per dire che se non si conosce la persona prima che compia il gesto è quasi impossibile farne dopo una valutazione. Comunque non si può escludere a posteriori il dubbio riguardo alla presenza o meno di un disturbo psichico.

Dobbiamo chiederci soprattutto, e non per i capi, che non si suicidano, ma per gli adepti, che eseguono, se siano stati condizionati, sug-

gestionati, ricattati, imbrogliati o altro.

La questione è molto complessa. Da una parte non si può fare di tutta l'erba un fascio e affermare che tutti i terroristi siano consapevoli delle loro azioni, perché non sono malati di mente ed in termini giuridici non presentano "infermità psichica", come affermano studiosi quali Simon Wessely (2016). D'altra parte non si può neanche affermare che i terroristi siano tutti vittime di plagio, in quanto soggetti psichicamente fragili e vulnerabili, portatori di "deficienza psichica"¹ e quindi non del tutto capaci di intendere e di volere.

Le tecniche di "radicalizzazione" messe in atto dai reclutatori della jihad "ad esempio" seguono spesso il modello, si può dire standardizzato, del reclutamento settario, con una manipolazione psichica raffinata, che porta al controllo della mente dell'adepto. È bene tener presente che il processo di indottrinamento si svolge di solito in quattro tappe: la prima consiste nell'isolare l'individuo dal suo ambiente sociale, con il risultato di ottenere che il soggetto non frequenti più amici e familiari, ritenendoli "venduti al sistema". La seconda tappa è l'individuazione dell'Islam come unica possibilità di rigenerazione e di elevazione spirituale. La terza tappa prevede l'accettazione totale dell'ideologia radicale, e della convinzione di essere eletti, ammessi in un gruppo che detiene la verità. Come ultima tappa avviene la "disumanizzazione" di sé e degli altri, con l'accettazione del sacrificio di se stessi e degli altri come un vero e proprio dovere. Queste fasi devono quindi essere ben presenti a chi opera la deradicalizzazione.

Saremmo quindi dell'idea che in gran parte

¹ In giurisprudenza si definisce "deficienza psichica" qualsiasi alterazione mentale, anche transitoria, ed anche non morbosa, quindi non "psichiatrica", che alteri la capacità di intendere e di volere del soggetto passivo, la sua capacità di critica, rendendone facile la suggestionabilità, e compromettendone la piena autonomia.

¹ Psichiatra, libero professionista, Livorno

dei terroristi, e quasi certamente in quelli che sacrificano la loro vita in un attentato suicida, la capacità di intendere e di volere sia più o meno compromessa.

Certo dobbiamo fare un'attenta distinzione e possiamo dire che esiste una sorta di gradualità in fenomeni quali la credenza, la fede ed il fanatismo. Secondo Nicola Lalli (2006), psichiatra che ha studiato questi aspetti, la credenza è uno "stato mentale che implica una conoscenza socialmente e culturalmente condivisa, quindi storicamente datata e funzionale alla convivenza ed ad un corretto rapporto con la realtà". Le "credenze" sono in genere accettate come possibilità e non plasmano complessivamente e totalmente la vita delle persone (credenti). La fede è invece uno stato mentale diverso, si fonda su di una fonte trascendente e non verificabile, e non ammette il dubbio. Le fedi, e ci riferiamo con questo termine ad ideologie non soltanto religiose, ma anche politiche ed ideologiche, possono sfociare nel fanatismo, che è l'estremizzazione della fede e ne rappresenta una distorsione. Nel fanatismo esiste una certezza che non può essere scalfita, né criticata, anche di fronte all'incongruenza con la realtà. Bertrand Russell ha detto "è fanatico chi pensa che qualcosa possa essere tanto importante da superare qualsiasi altra".

È estremamente difficile ed anche riduttivo, a nostro parere, considerare i terroristi come degli psicotici o comunque malati di mente. Molti sono persone che sanno organizzare, pianificare attentati e morti, che hanno ruoli dirigenziali, che sanno sostenere una disciplina e sanno farsi rispettare. La classe sociale alla quale molti di questi soggetti appartengono è elevata e si tratta di persone istruite e benestanti. Secondo Daniel Pipes, storico e politologo statunitense: "sono i governi e non gli individui pronti ad immolarsi, a rendere questo fenomeno una forza così potente. Senza il supporto degli stati gli atti di terrorismo suicida sarebbero infrequenti ed inefficaci. Gli stessi "martiri" sono vittime di ricatto e costrizione" (Pipes D., 1986).

Secondo il filosofo Dan Sperber: "Dal punto di vista dei leader delle organizzazioni terroristiche, utilizzare terroristi suicidi è una scelta razionale, perché con risorse limitate si riesce ad ottenere il massimo effetto". Si pensi infatti che il costo di un uomo-bomba, con un apparato esplosivo facilmente reperibile in commercio, fatto per lo più di una borsa di tela con il plastico, biglie e chiodi, è minimo, se si escludono le poche migliaia di dollari che vengono versate alla famiglia del suicida. Pertanto per le organizzazioni terroristiche si tratta di uno strumento molto più conveniente rispetto ad un attentato, che richiede l'organizzazione di una rete di collaboratori, appoggi, spie, osservatori.

A questo proposito riveste grande interesse

anche il contributo di Scott Atran (2003), ricercatore del CNRS Francese, al quale sembra siano state fornite informazioni dalla CIA in merito ai contenuti degli interrogatori svolti nella prigione di Guantanamo. Da tali informazioni emerge che i terroristi appartengono ad un ceto medio-alto, sono ben istruiti ed hanno un alto livello di consapevolezza sociopolitica. Pertanto l'elemento più efficace per il convincimento dei giovani terroristi sembra essere il condizionamento pressoché totale che le organizzazioni riescono ad avere su di loro.

Comunque sottolineiamo ancora una volta che un giudizio clinico varia da soggetto a soggetto; comune denominatore è tuttavia una fragilità personologica che si traduce in suggestionabilità, sulla quale fanno presa carenze individuali e desideri quali l'appartenenza ad un gruppo, la ricerca di un ruolo e di gratificazioni, oltre a possibili rivalse per torti subiti soprattutto nei sottoposti, nelle reclute e non nei capi. L'atto estremo suicidario è indice di una completa spesso illogica ed incoerente adesione ad un'idea radicale, alla "disumanizzazione", con accettazione del sacrificio umano (degli altri ed il proprio) per una causa superiore: una completa ed univoca adesione a qualsiasi idea inconfutabile e talvolta con obiettivi incoerenti e contraddittori, che non preveda dubbi o alternative, non è contemplata dal pensare umano, poiché il nostro cervello lavora invece nel senso di trovare soluzioni a complessità, a valori contrastanti e ad insicurezze, senza scotomizzare regole di morale, di umanità e convivenza.

È anche vero che ci sono altri esempi nella storia di suicidi/sacrifici finalizzati ad un'ideologia o fede. I Kamikaze giapponesi erano eredi dei samurai, educati ad un rigido codice di onore. Questi guerrieri compivano l'atto estremo di suicidarsi per compiere fino in fondo il loro dovere nell'interesse della propria gente. Del resto anche tra i Greci, le madri spartane salutavano i loro figli che partivano per la guerra con la frase: "torna figlio mio, con lo scudo o sullo scudo", intendendo dire di morire piuttosto che essere disonorato gettando via lo scudo per fuggire. Per quanto riguarda i terroristi, "quelli islamici ad esempio", lo scopo del suicidio è esclusivamente distruttivo, disumano; il suicida è ridotto ad un "oggetto-bomba", non c'è fama, non c'è onore, ma solo il miraggio di un paradiso. I bambini vengono educati dalle madri ad accettare l'eventualità di farsi saltare in aria per colpire gli infedeli. Una "bomba umana" viene forgiata sin dall'infanzia, con il reclutamento nelle scuole, gestite dalle organizzazioni terroristiche, dove i prescelti a diventare strumenti di distruzione e morte vengono selezionati e cresciuti nella cultura dell'odio.

Esiste poi il problema della gestione di situazioni nelle quali può esserci la possibilità di

attuare una mediazione con i terroristi. In queste situazioni, caratterizzate da un alto livello di emotività, è essenziale la figura del negoziatore per una gestione dei conflitti incruenta. Il modo di affrontare uomini armati, magari con ostaggi, deve essere attentamente valutato, considerando una moltitudine di fattori diversi. Spesso le negoziazioni non vanno a buon fine perché chi se ne occupa non ha una preparazione specifica e perché il negoziato, percepito come un compromesso tra richieste e concessioni, è affidato senza ulteriori formalità a chi sembra più adatto in quel momento a condurlo. In molti casi invece la comunicazione può presentarsi problematica, contraddittoria e può fallire, quando le intenzioni di chi parla e l'interpretazione dell'ascoltatore non si incontrano (Miniati e Barsella, 2012).

Ci chiediamo quindi se è possibile attuare una prevenzione nella lotta alla radicalizzazione e se è possibile immaginare uno scenario di recupero dei soggetti che cadono nella rete del terrorismo. Dal 2011 la Commissione Europea ha istituito un gruppo di lavoro, il Radicalisation Awareness Network (RAN), che utilizza vari approcci nella lotta alla propaganda estremista: la formazione di operatori nelle forze dell'ordine,

di sanitari ed educatori, che sappiano riconoscere i segnali d'allarme e sappiano intervenire, il sostegno alle famiglie di persone vulnerabili, il coinvolgimento delle comunità a rischio con lo stabilirsi di relazioni di fiducia con le autorità e le figure educative (scuola, istituzioni).

Conclusioni

Poiché la prevenzione è estremamente complessa data anche la eterogeneità dei soggetti, questa non sempre riesce ed occorrono di conseguenza delle strategie di fuoriuscita per chi è caduto nelle maglie dei gruppi radicali. Inoltre, dal momento che la fuoriuscita deve essere volontaria, la famiglia può giocare un ruolo molto importante. Bisognerà educare i familiari a cogliere i primi segni di cambiamento (improvviso fervore religioso, cambio illogico di dieta, bizzarrie di aspetto e di abbigliamento, cambiamenti di gusti musicali, di amicizie, come anche la frequentazione di particolari siti web). A questo punto è necessario che i familiari sappiano a chi rivolgersi per ottenere l'aiuto necessario a gestire la situazione prima che precipiti.

TM

Info: banialex@virgilio.it

A. IOZZI, C. CONACE¹

Adolescenti e gioco d'azzardo

Intervento di prevenzione del gioco d'azzardo patologico



Adriana Iozzi,
Psichiatra. Direttore UFM
Sert C, Firenze Centro
dal 2002.

Il presente lavoro riguarda un intervento di sensibilizzazione e prevenzione rispetto al gioco d'azzardo patologico negli adolescenti, fascia di età particolarmente a rischio di sviluppare dipendenza. L'intervento si è svolto in collaborazione con il Dipartimento Neurofarba, Sezione di Psicologia dell'Università degli Studi di Firenze e ha interessato 390 studenti delle scuole secondarie.

Parole chiave: GAP, adolescenti, prevenzione, scuola, ricerca

Gli adolescenti rappresentano una categoria a rischio di sviluppare abuso o dipendenza sia da sostanze legali o illegali sia da comportamenti come il gioco d'azzardo, internet.

Fermandoci a considerare il gioco d'azzardo risulta che tra i giovani ha una prevalenza maggiore che negli adulti. I dati Eurispes e Telefono Azzurro evidenziano che il 12% degli adolescenti italiani gioca online, mentre il 27% lo fa in modalità "non

online", con una percentuale di rischio molto alta. Il comportamento di gioco può trasformarsi in "problematico", quando il tempo dedicato dall'adolescente a giocare è sempre maggiore e la quantità di denaro investita sfugge al suo controllo fino a diventare in alcuni casi una dipendenza con un vero e proprio *craving* al comportamento. Segnali da non sottovalutare:

- irritabilità e talvolta aggressività non motivata;

¹ Psichiatra
convenzionato SerT C,
Firenze Centro

- bugie ripetute
- assenza da scuola
- furti in casa
- insonnia e disinteresse generale

Nell'ambito delle attività di prevenzione della UFM SerT C del Quartiere 5, da gennaio 2013 è formalmente attiva una collaborazione con la Prof.ssa Caterina Primi e la Dr.ssa Maria Anna Donati del Dipartimento NEUROFARBA, Sezione Psicologia, Università degli Studi di Firenze, finalizzata all'attività progettuale sul gioco d'azzardo denominata: "Gambling e Adolescenti: promuovere un comportamento responsabile".

Tale collaborazione mira ad integrare l'attività di prevenzione e cura del Servizio pubblico dell'ASL con l'attività di ricerca nell'ambito del gioco d'azzardo patologico e di altri comportamenti a rischio di dipendenza svolta dal Dipartimento NEUROFARBA, con lo scopo di incentivare il collegamento tra ricerca e clinica.

In particolare il progetto si proponeva di raggiungere i seguenti obiettivi con gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado, dei centri di formazione professionale e dei centri diurni del Quartiere 5 di Firenze:

- a) rilevare la diffusione del comportamento di gioco d'azzardo e del comportamento problematico di gioco d'azzardo;
- b) implementare l'intervento di prevenzione del comportamento problematico/patologico di gioco d'azzardo.

La rilevazione si proponeva di indagare:

- diffusione del comportamento (numero di giocatori);
- diffusione dei vari tipi di gioco d'azzardo (il numero di giocatori per gioco);
- la frequenza di gioco per le varie attività
- numero di giochi.

Inoltre lo studio si proponeva di rilevare la prevalenza del comportamento problematico di gioco d'azzardo, calcolando il numero di adolescenti classificabili rispettivamente come giocatori non problematici, a rischio e problematici.

Il campione di studio era costituito da 390 adolescenti. Di questi 325 erano studenti di una scuola secondaria di secondo grado (70% maschi, età media 16.38), 49 frequentavano una Scuola di Formazione e Lavoro (100% maschi, età media 17.47 anni) e 16 sono stati reclutati presso un Centro Diurno (81% maschi, età media 14.89).

I partecipanti hanno compilato il SOGS-RA, uno strumento che consente di indagare le abitudini di gioco e il comportamento patologico di gioco d'azzardo, consentendo di classificare i rispondenti in: giocatori non problematici (assenza di conseguenze negative), giocatori a rischio e giocatori problematici (presenza di 4 o più conseguenze negative).

Risultati

Il 72% degli adolescenti ha dichiarato di aver fatto almeno un gioco d'azzardo negli ultimi dodici mesi. I giochi più praticati sono risultati le lotterie istantanee (56%), seguite dalle scommesse sportive (52%) e dai giochi con le carte (37%).

Calcolando il numero di giochi fatti, solamente il 30% fa un solo gioco, l'altro 70% dichiara di fare due o più giochi.

L'82% degli adolescenti giocatori è risultato classificabile entro la categoria dei giocatori non problematici, mentre l'11% è stato classificato come giocatore a rischio ed il 7% come giocatore problematico.

Intervento di prevenzione

L'intervento si proponeva di prevenire il comportamento problematico di gioco d'azzardo focalizzando l'attenzione sulle distorsioni cognitive, uno dei principali fattori di rischio. Alla base delle distorsioni cognitive si trova un sistema di credenze, di convinzioni illusorie che le persone hanno sul gioco d'azzardo, per esempio l'esito dei giochi (essere convinto di poter controllare il risultato attraverso la propria abilità), le cause del risultato (attribuire le perdite a cause esterne, come la cattiva sorte, e le vincite a cause interne, come la propria competenza) o le aspettative legate al gioco (ritenere che attraverso il gioco si possano risolvere problemi che nulla hanno a che vedere con l'esito dei giochi). In particolare l'intervento si è centrato sul ragionamento probabilistico e i principali errori che si possono commettere in relazione al calcolo delle probabilità e sul pensiero superstizioso, cioè sulla falsa convinzione che esista una relazione di causa effetto tra due eventi in realtà tra loro indipendenti. L'intervento mirava a ridurre le distorsioni cognitive attraverso il potenziamento del ragionamento probabilistico corretto e la riduzione del pensiero superstizioso.

All'intervento hanno preso parte un sottogruppo di studenti che avevano partecipato alla rilevazione. Nello specifico hanno partecipato 165 studenti, 97 (93% maschi, età media 16.93) frequentanti il secondo anno di un istituto professionale e 68 (100% maschi, età media 17.56) frequentanti il secondo anno della Scuola Formazione e Lavoro.

I risultati hanno indicato che l'intervento è stato efficace nel modificare a breve termine le distorsioni cognitive legate al gioco d'azzardo. Nello specifico, al termine dell'intervento, solamente gli studenti del gruppo sperimentale hanno mostrato un decremento significativo del livello di distorsioni cognitive legate al gioco d'azzardo, a differenza di quelli del gruppo di controllo.

TM

Info: adriana.iozzi@uslcentro.toscana.it

E. GOLGINI, D. F. RUSSO¹, N. BUCALOSS², F. AQUINO³, F. GEMMI⁴

Analisi gestionale dell'attività dell'officina trasfusionale (Area Vasta Nord Ovest)



Elisabetta Golgini, medico anestesista ed igienista. Direzione Sanitaria AOU Pisana. Ha conseguito c/o la SDA Univ. Bocconi il Diploma di management in Gestione ed Organizzazione in Sanità. Dal 1987 al 1992 incarichi c/o USL3 Versilia. Dal 21/09/92 al 31/03/01 c/o USL2 Lucca. Dal 01/04/01 c/o AOUP dove ha svolto dal 23/10/08 al 30/09/13 il ruolo di direttore del Controllo di Gestione e dal 01/10/13 ha incarico in Direzione Sanitaria di promozione dell'innovazione e monitoraggio delle ricadute sulla qualità dell'assistenza.

Nel 2014 l'AOUP ha aperto la Officina Trasfusionale (OT) dell'Area Vasta NO per accentrare la lavorazione degli emocomponenti raccolti dalle donazioni ed i test di valutazione immunoematologici al fine di ottimizzare la qualità degli stessi e ridurre i costi. L'AOUP si è posta come obiettivo per il 2015 la valutazione economica delle attività della OT e la quantificazione del costo dei prodotti.

Parole chiave: Officina Trasfusionale, emazie concentrate, buffy coat, plasma da congelamento, plasma da aferesi

Introduzione

Nell'anno 2014, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, prima azienda sanitaria in Toscana e seconda in Italia, dopo l'esperienza di Pievesestina in Emilia-Romagna, ha aperto la nuova "Officina Trasfusionale" (OT) dell'Area Vasta Nord-Ovest. Questa struttura risponde all'esigenza di accentrare le procedure di lavorazione delle unità di emocomponenti raccolte dalle donazioni ed i test di valutazione immunoematologici al fine di ottimizzare la qualità delle stesse e ridurre i costi, oltre a costituire una banca di stoccaggio e compensazione per un'efficiente redistribuzione dei prodotti in base alle reali esigenze.

L'Officina Trasfusionale dell'AOUP costituisce il punto di riferimento dei servizi trasfusionali (ST) della nuova Azienda USL Nord Ovest e rientra nella programmazione regionale che prevede la costituzione di due strutture affini anche per le altre due nuove Aziende USL in un sistema Hub-Spoke, centrato sulle Officine Trasfusionali a cui si appoggiano i servizi trasfusionali territoriali.

L'Officina Trasfusionale ha iniziato prima la lavorazione delle unità raccolte presso la AOUP e progressivamente dalle strutture trasfusionali di tutta l'Area Vasta Nord-Ovest, iniziando a lavorare a pieno regime dal 28 aprile 2015.

Allo stato attuale, la Officina Trasfusionale raccoglie dai servizi trasfusionali territoriali sacche di sangue intero e plasma da aferesi che, dopo processazione ed esecuzione di esami

immunoematologici, danno luogo a prodotti quali le emazie concentrate (EC), i *buffy coat* (da cui deriva il concentrato piastrinico) (BC) e plasma (da frazionamento ed aferesi). Le emazie concentrate, i *buffy coat* ed una quota del plasma saranno poi redistribuiti verso le strutture sanitarie per impiego clinico, mentre la maggior parte del plasma è destinata all'industria che fornisce, in compensazione, gli emoderivati alla Azienda USL Nord Ovest.

Obiettivi

La Direzione Aziendale della AOUP si è posta come obiettivo per l'anno 2015 la valutazione economica delle attività della Officina Trasfusionale e la quantificazione del costo dei prodotti finiti al fine di formalizzare una tariffa da applicare alla azienda sanitaria richiedente i prodotti stessi.

È stata quindi messa in atto da parte della Direzione Sanitaria un'analisi dei costi della Officina Trasfusionale, basata su una documentazione puntuale dei costi dei vari fattori produttivi utilizzati.

Materiali e Metodi

L'analisi dei costi ha previsto una ricognizione da parte della Direzione Aziendale del personale afferente alla Officina Trasfusionale, numerosità e professionalità impiegate, e della dotazione tecnologica e strumentale.

La prima attività effettuata dal personale tecnico è l'accettazione delle sacche, identifi-

1) Officina Trasfusionale Area Vasta Nord-Ovest, AOU Pisana;

2) U.O. Gestioni Economiche e Finanziarie, AOU Pisana;

3) Scuola di Specializzazione Igiene Medicina Preventiva, Università di Pisa;

4) Direttore Sanitario AOU Pisana

cate con un apposito codice a barre inserito nello specifico *software* Mesis collegato al sistema regionale del Centro Regionale Sangue "JCRS". Si seguono quindi due filiere: le sacche di plasma da aferesi sono inviate direttamente al congelamento rapido (a temperatura di -70°C) tramite abbattitore e poi stoccate nei congelatori dedicati (a temperatura di -40°C); le sacche di sangue intero invece sono sottoposte ai processi di centrifugazione e frazionamento da cui derivano come prodotti le emazie concentrate (EC), il plasma da frazionamento ed i buffy coat (BC) utilizzati per produrre i *pool* di piastrine. Questi prodotti, effettuata la separazione e la saldatura sterile, sono indirizzati verso lo stoccaggio; il plasma da frazionamento segue le medesime procedure del plasma da aferesi, le sacche di sangue sono stoccate in emoteca a temperatura di $+4^{\circ}\text{C}$, mentre i BC vengono posizionati sull'agitatore piastrinico a temperatura di $+21^{\circ}\text{C}$.

Tutti i prodotti finiti sono sottoposti alle procedure di etichettatura e *bleeding list*.

Parallelamente alle attività di lavorazione sono eseguiti gli esami immunoematologici sul sangue dei donatori per la validazione delle sacche.

Per quanto riguarda la ricognizione delle strumentazioni in uso alla Officina Trasfusionale la Direzione Aziendale ha stilato la lista di tutti i macchinari dedicati alla struttura e calcolato in base alla data di entrata in servizio gli ammortamenti il cui costo è stato attribuito al singolo prodotto in base al numero degli articoli prodotti.

La Direzione Sanitaria ha effettuato una serie di sopralluoghi presso la Officina Trasfusionale per una valutazione puntuale dell'attività monitorando i tempi di lavoro ed il personale impiegato in tutte le varie fasi di lavorazione degli emocomponenti e di effettuazione degli esami di validazione.

Sono quindi state identificate 6 fasi in cui è stata suddivisa l'attività: accettazione; centrifugazione e frazionamento; congelamento; validazione; etichettatura, *bleeding list*, stoccaggio e confezionamento; consegna. Di ogni fase è stato valutato il reale assorbimento di risorse umane e strumentali con il calcolo dell'ammortamento.

Parallelamente è stata effettuata una valutazione sul numero di emocomponenti lavorati dalla Officina Trasfusionale in un anno ed i corrispettivi derivati prodotti. I dati così ricavati rappresentano una stima, considerato che l'Officina ha iniziato la propria attività a pieno regime solo verso la metà dell'anno 2015.

La produzione annua di derivati risulta pari a 197.808 (suddivisi in 66.456 EC, 66.456 plasma da frazionamento, 31.200 BC e 33.696 plasma da aferesi), ricavati a partire da circa

108 sacche plasma da aferesi e 213 sacche di sangue intero consegnate quotidianamente alla Officina Trasfusionale.

La quantificazione dei prodotti finiti è stata quindi messa in relazione alle valutazioni fatte riguardo l'attività degli operatori ed i processi di produzione precedentemente evidenziati.

Sono stati inoltre calcolati i costi degli esami immunoematologici correlati alle donazioni con una valutazione proporzionale al numero ed ai tipi di esami effettuati per singolo donatore.

Partendo dalla stima di 100.150 donazioni annue (effettuate in Area Vasta Nord-Ovest) di competenza della Officina Trasfusionale è stato valutato che il 90% saranno seconde donazioni, per le quali dovrà essere eseguito solo il test del gruppo sanguigno di verifica, mentre il 10% saranno prime donazioni e sottoposte ad una batteria di esami: test del Gruppo completo ABO Rh e test del Fenotipo Rh/Kell; i soggetti Rh negativi (10%) sono poi sottoposti al test del D^u e nei rari casi di positività (5%) di questo al test di Coombs Diretto; parallelamente sui positivi (10%) per il Kell viene effettuato il test di Cellano, e in caso di positività (97,7%) il test di Coombs Diretto.

Da aggiungere agli esami effettuati sono anche da considerare i test pre-donazione che vengono effettuati sui candidati donatori prima dell'autorizzazione alla donazione stessa. Questi sono gli stessi a cui sono sottoposte le prime donazioni, con l'aggiunta del Test di Coombs Indiretto e del Test di Identificazione degli Anticorpi in caso di esito positivo di quest'ultimo (percentuale trascurabile: 0,015%).

La valutazione economica dei singoli esami è stata eseguita in base alle tariffe del nomenclatore regionale ed il costo è stato attribuito ad ogni singolo prodotto calcolando, in base alla percentuale di esami effettuati, un costo medio onnicomprensivo.

Risultati

I risultati dell'analisi effettuata hanno portato alla quantificazione di una tariffa aziendale dei prodotti derivati dagli emocomponenti: emazie concentrate, buffy coat, plasma da frazionamento e da aferesi.

Conclusioni

La constatazione di costi di produzione contenuti, sensibilmente inferiori a quelli evidenziati prima della centralizzazione, dimostra l'ottimizzazione apportata al sistema trasfusionale regionale con la costituzione della Officina Trasfusionale. L'Officina Trasfusionale Nord-Ovest può rappresentare quindi un'avanguardia ed un punto di riferimento per il Sistema Sanitario Regionale Toscano.

TM

Info: e.golgini@ao-pisa.toscana.it

A. MARTINI, E. CHELLINI¹, L. GIOVANNETTI¹, C. LOMBARDI¹

L'andamento della mortalità nei toscani dal 1987 al 2013



Andrea Martini, laureato in statistica, lavora presso SS Epidemiologia dell'Ambiente e del Lavoro dell'ISPO di Firenze. In particolare si occupa da anni della gestione ed elaborazione dei dati di mortalità del Registro Regionale toscano.

Nel 2013 i decessi in Toscana sono stati 41.897 (19.859 uomini e 22.038 donne). L'andamento nel tempo è in riduzione come a livello nazionale. La mortalità prematura (<65 anni) è quella che si riduce di più. La gran parte dei decessi avviene in età più avanzata per malattie cronico-degenerative. Gli incidenti stradali continuano ad essere la causa di morte più frequente per i soggetti giovani.

Parole chiave: mortalità, andamento temporale, cause di morte, speranza di vita, mortalità prematura

Le statistiche di mortalità sono uno strumento standardizzato a livello internazionale che consente di avere un quadro della salute (in negativo) della popolazione, per fare confronti nel tempo e fra popolazioni diverse, ed è pertanto utilizzabile a fini di programmazione e valutazione degli interventi sanitari.

In Toscana è attivo dal 1987 un Registro di Mortalità Regionale gestito per conto della Regione da ISPO in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali. Il flusso è quello previsto dal DPR 285/1990 "Regolamento di Polizia Mortuaria". Dal 2011 a livello di ASL tutti i dati riportati sulle schede ISTAT di decesso vengono informatizzati (Decreto n. 5396/2010 – RFC 148), e attraverso il flusso regionale dei dati sanitari giungono a ISPO a cui compete un lavoro di controllo di qualità, di attribuzione della causa iniziale di morte e quindi di restituzione di tale dato a livello locale nonché di elaborazione dei dati consolidati ottenuti previo incrocio con quelli prodotti da ISTAT.

I dati più recenti sulla mortalità dei toscani sono del 2013: nel complesso la mortalità per tutte le cause è in linea con quella osservata a livello nazionale; tra i residenti in Toscana si sono osservati 41.897 decessi, di cui 19.859 negli uomini e 22.038 nelle donne. Il tasso standardizzato di mortalità è più elevato negli uomini (1.073,2 per 100.000, mentre nelle donne è pari a 694 per 100.000) e generalmente muoiono prima delle donne: il numero di anni di vita persi prima dei 65 anni di età nel

2013 è stato infatti pari a 30.417,5 negli uomini e 18.430 nelle donne. In generale l'andamento è ancora in diminuzione (Figura 1) in relazione all'aumento nel tempo della sopravvivenza, come evidenziabile anche dalla speranza di vita alla nascita che già dal 2010 risulta in entrambi i sessi superiore agli 80 anni (nel 2013 risulta pari a 81 negli uomini e 85,4 nelle donne). Continua a ridursi la mortalità infantile, anche nei residenti figli di immigrati che comunque presentano una mortalità nel primo anno di vita maggiore di quella dei nati da genitori italiani.

La gran parte dei decessi avvengono in età più avanzata e sono dovuti a malattie cronico-degenerative quali malattie del sistema circolatorio (malattie ischemiche cardiache e malattie cerebro-

1) S.S. Epidemiologia dell'Ambiente e del Lavoro

Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO)

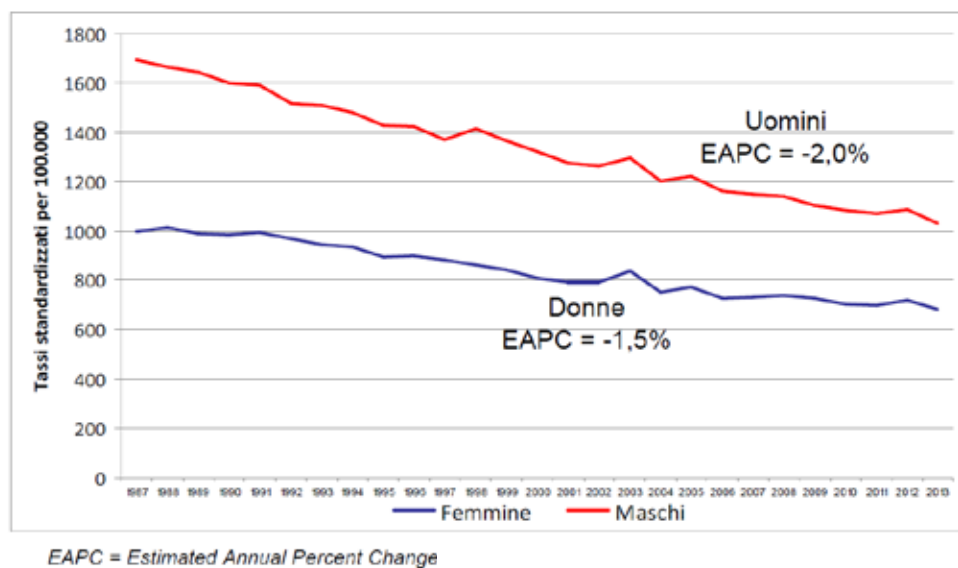


Figura 1 – Andamento della mortalità annuale per tutte le cause dal 1987 al 2013 per sesso in Toscana e riduzione percentuale media annuale (EAPC)

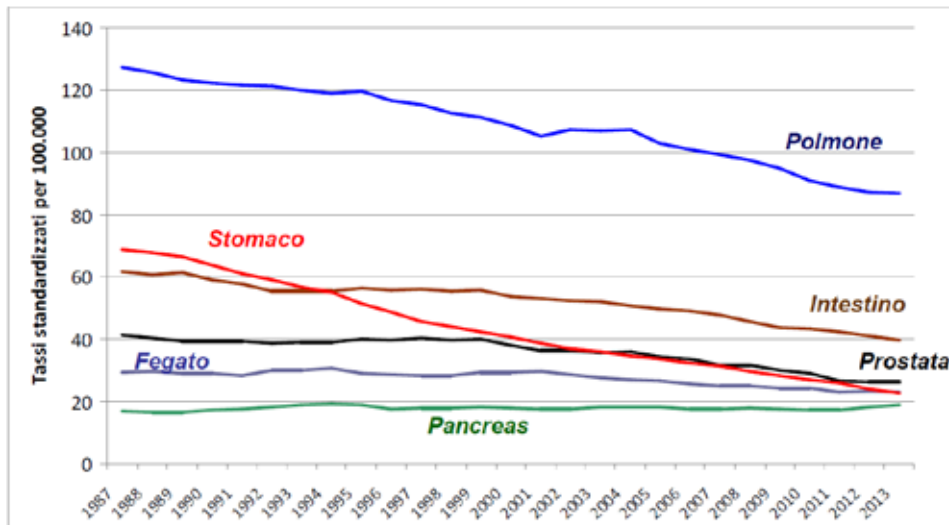


Figura 2 - Andamento della mortalità annuale (1987-2013) per i principali tumori negli uomini toscani

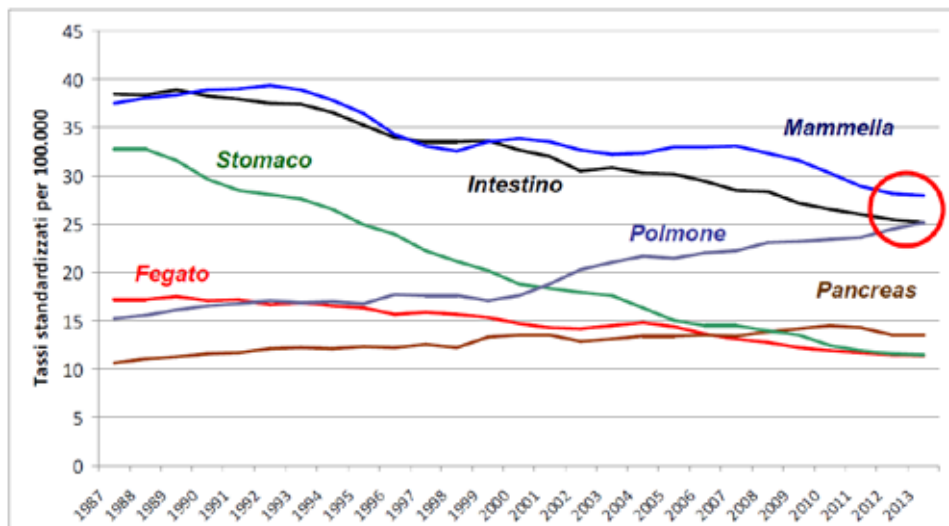


Figura 3 - Andamento della mortalità annuale (1987-2013) per i principali tumori nelle donne toscane

causa di decesso per tumore negli uomini ha subito tale andamento per la notevole riduzione osservata negli ultimi decenni nel numero dei fumatori (Figura 2), sia nelle donne anche per il declino della mortalità per tumore della mammella mentre il tumore del polmone continua ad aumentare (Figura 3). Utilizzando la nuova popolazione standard proposta da Eurostat nel 2013 la mortalità per tumori non risulta aver ancora superato quella per malattie del sistema circolatorio: solo negli uomini i due tassi sono molti vicini tra loro e il numero di decessi per tumore è maggiore di quello per malattie del sistema circolatorio.

Una notazione positiva deriva anche dall'osservazione degli andamenti della mortalità per Disturbi psichici e di quelli per Malattie del Sistema Nervoso (tra cui la malattia di Alzheimer) che in entrambi i sessi dopo una continua crescita pare abbiano subito un arresto.

Grande attenzione deve essere posta alla mortalità prematura (in età inferiore ai 65 anni) che può ulteriormente ridursi se si modificano, riducono o eliminano molti noti fattori di rischio: sebbene la mortalità prematura si stia riducendo con un passo maggiore rispetto alla mortalità generale (nei maschi EAPC 1987-2013 = -2,6%; nelle femmine EAPC 1987-2013 = -1,8% - per confronto vedere l'an-

damento dell'EAPC per tutte le età e cause in Figura 1), la numerosità di questi decessi permane elevata: 2512 decessi negli uomini e 1540 decessi nelle donne nel 2013.

Rimane inoltre rilevante per i soggetti di età inferiore ai 34 anni la mortalità per cause accidentali, prevalentemente incidenti stradali, su cui ancora è necessario lavorare, rafforzando le politiche e le strategie messe in atto che prevedono un lavoro integrato di prevenzione su più fronti oltre a quello sanitario, e continua infine a crescere dai primi anni 2000 negli uomini la mortalità per suicidi, che adesso ha superato quella per incidenti stradali.

Questi e altri dati sono disponibili sul sito del Registro di Mortalità Regionale toscano: http://rtrt.ispo.toscana.it/rmr/index_RMR.html

TM

Info: a.martini@ispo.toscana.it

vascolari), tumori e malattie respiratorie (prevalentemente broncopneumopatie cronico-ostruttive).

Le malattie del sistema circolatorio sono quelle che hanno subito la riduzione maggiore, da ricondurre sia a importanti interventi di prevenzione primaria (riduzione dell'abitudine al fumo, aumento dell'attività fisica, migliore alimentazione) sia ai notevoli progressi registrati nelle cure (dalle terapie farmacologiche anti-ipertensive e per la prevenzione degli eventi ischemici acuti cardiaci e cerebrali, a quelle di ripercussione cardiaca come il bypass aorto-coronarico e l'angioplastica coronarica) sia all'operatività del sistema sanitario di emergenza disponibile sul territorio regionale.

Anche la mortalità per tumori è ugualmente in riduzione sia per il forte declino osservato per tumore dello stomaco in entrambi i sessi, sia per la riduzione della mortalità per tumore del polmone che sebbene sia ancora la prima

ELISABETTA CHELLINI, ANDREA MARTINI¹

Più morti in Italia nel 2015!

ISTAT ha calcolato 54.000 morti in più in Italia nel 2015. Tale eccesso è da ricondurre in larga parte all'aumento di popolazione avvenuto dopo la 1° guerra mondiale. Ciò è vero anche in Toscana: nel 2015 rispetto al 2009 si osserva un aumento consistente della popolazione di 90-94 anni e dei decessi (+79%) in questa fascia di età.

Parole chiave: mortalità 2015, demografia, popolazione anziana, RMR

A dicembre 2015, pubblicando un rapporto sul bilancio demografico 2015 provvisorio basato sui primi 8 mesi dell'anno, ISTAT comunicò che per il 2015 si sarebbe dovuto attendere un eccesso di morti pari all'11,3% in più rispetto al 2014. Successivamente a fine febbraio 2016, i numeri dei morti calcolati da ISTAT sull'intera annualità sono stati ben 54.000 in più con una conseguente riduzione nel calcolo della speranza di vita alla nascita pari a 0,2 punti per gli uomini e 0,3 punti per le donne. Vi è stato sull'argomento un grande tam tam mediatico, che ha coinvolto non solo la stampa di settore ma anche quotidiani nazionali di ampia diffusione. Nel contempo il Ministero della Salute dette mandato a vari Enti (Agenas, ISS, Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio) di fare degli approfondimenti per comprendere i motivi che potevano essere stati alla base di un tale eccesso di mortalità. A fine febbraio 2016 sono stati presentati i risultati di tali approfondimenti in rapporti interamente scaricabili dalle pagine web del CCM, il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie del Ministero della Salute (<http://www.ccm-network.it/pagina.jsp?id=node/2031>), nonché dal portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica dell'Istituto Superiore di Sanità (<http://www.epicentro.iss.it>).

Sono state formulate e valutate varie ipotesi per tale eccesso, che ha riguardato per l'85% soggetti di 75-95 anni: l'epidemia influenzale nei mesi invernali del 2015 e la copertura vaccinale, le ondate di calore nei mesi estivi del 2015, l'inquinamento atmosferico,

nonché l'aumento della popolazione anziana.

Riguardo all'andamento dell'influenza nel 2015, i risultati ottenuti dal gruppo di ricercatori dell'ISS ha evidenziato la possibilità che l'intensa epidemia influenzale osservata nel 2015 possa aver svolto un ruolo specialmente nella popolazione più anziana sia per la presenza nel 2015 di ceppi influenzali per i quali il vaccino in uso aveva una scarsa efficacia sia per la registrata copertura vaccinale al di sotto degli standard raccomandati con un calo rispetto al 2014 in tutte le regioni italiane (dal -4,7 in Lombardia a -29,4% in Abruzzo).

Per quanto concerne le ondate di calore nei mesi estivi, l'analisi effettuata dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio sui dati del sistema di allarme predisposto in 32 città italiane dal 2004 nell'ambito del "Piano



Elisabetta Chellini, laureata nel 1982 in Medicina e specializzata in Igiene e Medicina Preventiva all'Università di Firenze, è Direttore della SS Epidemiologia dell'Ambiente e del Lavoro dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), dove lavora sin dal 1988. È da molti anni docente di corsi di laurea e specializzazione presso l'Università di Firenze.

1) SS Epidemiologia dell'Ambiente e del Lavoro
Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO)

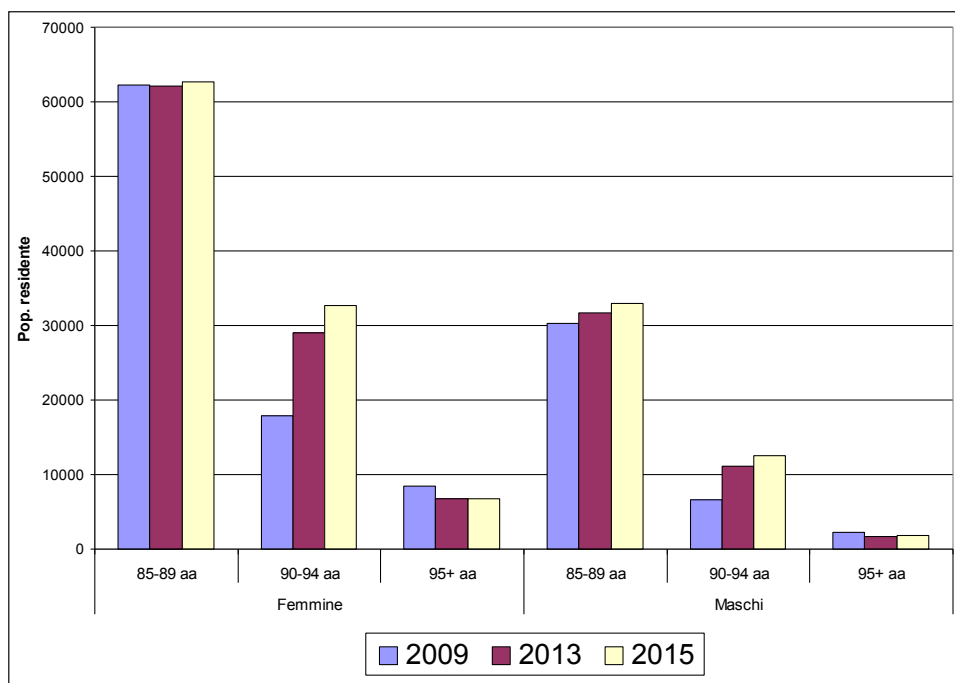


Figura 1 - Distribuzione per classi di età della popolazione toscana di età >85 anni negli anni 2009, 2013 e 2015 per genere.

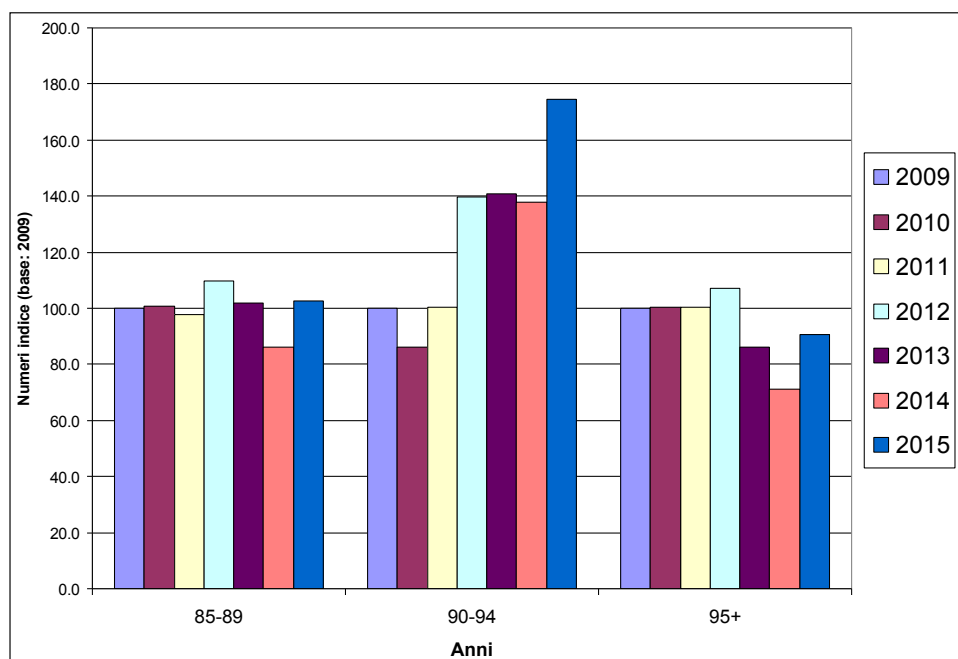


Figura 2 - Numero dei decessi in Toscana nei soggetti di età > 85 anni dal 2009 al 2015 (i dati 2014 e 2015 sono ancora provvisori).

Operativo nazionale per la Prevenzione degli Effetti del calore sulla salute” ha evidenziato che nel mese di luglio 2015 vi sono stati effettivamente eccessi di mortalità rispetto all’atteso in tutte le città del Centro Nord in un range del 15-55%, interessando maggiormente la popolazione più anziana.

Nessun ruolo particolare pare abbia svolto l’inquinamento atmosferico proprio nell’anno 2015, mentre l’ipotesi di un aumento della popolazione suscettibile, cioè a maggior rischio di decedere, è risultata la più forte tra quelle esaminate. Si tratta dell’aumento della quota di popolazione novantenne che rispetto a cinque anni prima (al 2009) risulta incrementata ben del 37%, ed è proprio in questa popolazione che si osserva una percentuale molto elevata di probabilità di morte, pari al 90%. Da solo tale incremento di popolazione in questa classe di età è stato stimato determinare circa 50.000 decessi in più di quelli attesi. L’aumento della popolazione novantenne non è solo il frutto di una maggiore longevità ma è in larga parte legata a ciò che è avvenuto negli anni caratterizzati dalle due guerre mondiali. Negli anni 1917-1920, la prima guerra mondiale determinò una forte denatalità legata alla morte di molti giovani uomini allora richiamati alle armi. Molti uomini nati in quegli anni furono poi richiamati

alle armi e deceduti nel corso della seconda guerra mondiale e così pure molte donne nate in quegli anni morirono per gli effetti sui civili della guerra stessa. Da notare inoltre che negli stessi anni della prima guerra mondiale tutta la popolazione italiana, compresi i nuovi nati, fu falciata dall’epidemia di influenza spagnola. La due guerre mondiali hanno cioè determinato quelle che sono state denominate “spaccature demografiche”, ovvero una riduzione consistente della popolazione delle coorti di nascita di quei periodi, spaccature recuperate solo negli anni successivi. La spaccatura verificatasi in occasione della prima guerra mondiale ha fatto

sì che nel 2015 i soggetti di 90-94 anni (cioè nati nel 1921-25) siano stati più del 40% rispetto quelli della stessa classe di età nel 2009 (nati nel 1915-19). Il Gruppo di lavoro di Agenas ha evidenziato come tale spaccatura in Italia abbia determinato una mancanza di oltre 250.000 novantenni.

Da quanto sin qui esposto si evince quindi come l’effetto legato all’incremento della popolazione suscettibile cioè quella dei nati dopo la prima guerra mondiale sia effettivamente l’ipotesi più attendibile e lo è anche nella nostra regione dove nel 2015 osserviamo un incremento consistente della popolazione residente nella classe di età 90-94 anni (Figura 1). Ancora non siamo in grado di fornire dati sulla mortalità per causa di questa popolazione in quanto il flusso regionale di mortalità per il 2015 è ancora incompleto e lo sarà non prima della fine del 2017 quando saranno disponibili i dati ISTAT per causa anche relativi a tutti i toscani deceduti fuori regione che in genere non vengono ben registrati nei flussi di mortalità locali. In ogni caso i primi dati di mortalità generale relativi al 2015 mostrano un +74% di decessi in questa classe di età rispetto al 2009 (si passa da 1.449 decessi a 2.527) come ben evidenziabile in Figura 2.

TM

Info: e.chellini@ispo.toscana.it

MADDALENA GRAZZINI

Il consumo di alcol in Regione Toscana

Dati del sistema di sorveglianza PASSI 2012-2015

L'articolo presenta i dati dell'indagine PASSI sul consumo di alcol nella popolazione della Regione Toscana relativamente agli anni 2012-2015; vengono inoltre presentati i risultati dell'indagine sulla relazione tra alcol e guida di auto o motoveicoli. I dati confermano una prevalenza di consumatori a rischio più alta nel genere maschile e nelle fasce di età più giovani.



Maddalena Grazzini, specialista in Medicina Interna, attualmente medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva. Sta svolgendo un tirocinio formativo presso il Dipartimento di Prevenzione dell'ex-Azienda Sanitaria di Firenze.

Parole chiave: alcol, consumo a rischio, alcol e guida, PASSI 2012-2015, Regione Toscana.

A cura del Coordinamento PASSI Regione Toscana

Giorgio Garofalo, Franca Mazzoli, Rossella Cecconi - *Dip. di Prevenzione, Azienda USL Toscana Centro*
Maddalena Grazzini, Jacopo Bianchi - *Scuola di Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze*

Consumi di alcol

Nel periodo 2012-2015 il 54,5% degli intervistati a livello regionale ha dichiarato di essere bevitore, ossia di aver consumato negli ultimi 30 giorni almeno un'unità di bevanda alcolica¹; tale dato è sostanzialmente in linea con quello nazionale (54,9%).

La percentuale di bevitori a maggior rischio a livello italiano è del 17,0%, dato sovrapponibile a quello toscano dove il 17,1% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio o per un consumo abituale elevato (4,9%) o perché bevitore fuori pasto (7%) o perché bevitore *binge* (8,1%)

Consumo alcolico a maggior rischio (ultimi 30 giorni) Regione Toscana		
	%	IC 95%
Consumo a maggior rischio*	17,1	16,5-17,8
- Consumo abituale elevato **	4,9	4,5-5,3
- Consumo fuori pasto	7	6,6-7,5
- Consumo binge***	8,1	7,6-8,6

Figura 1

*consumo abituale elevato e/o fuori pasto e/o binge.

** più di 2 unità alcoliche in media al giorno per gli uomini e più di 1 per le donne

*** consumo di 5 o più unità alcoliche (uomini) e 4 o più unità alcoliche (donne) in una unica occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni

oppure per una combinazione di queste tre modalità (Figura 1).

Il consumo di alcol a maggior rischio (Figura 2) è più diffuso tra gli uomini, nelle

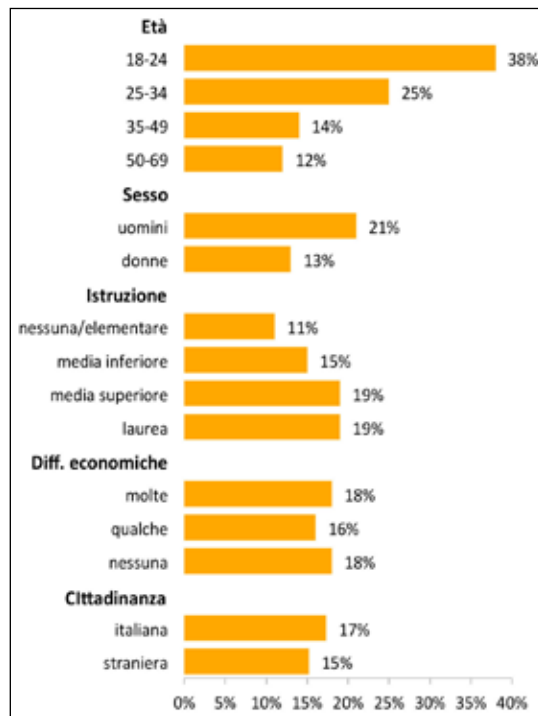


Figura 2 - Caratteristiche dei bevitori a maggior rischio Regione Toscana - PASSI 2012-2015

1 L'unità alcolica corrisponde a una lattina di birra, un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

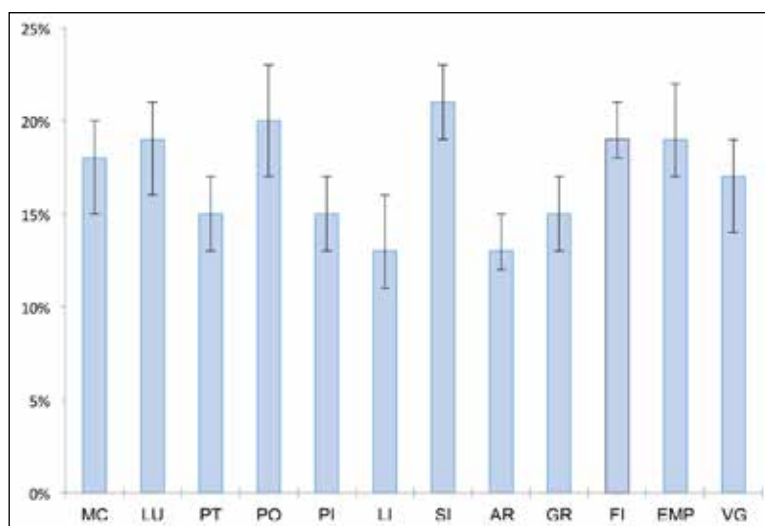


Figura 3 - Consumo a maggior rischio
Prevalenza per ASL di residenza - Regione Toscana 2012-2015

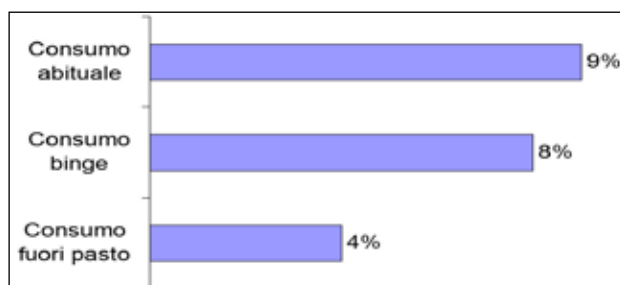


Figura 4

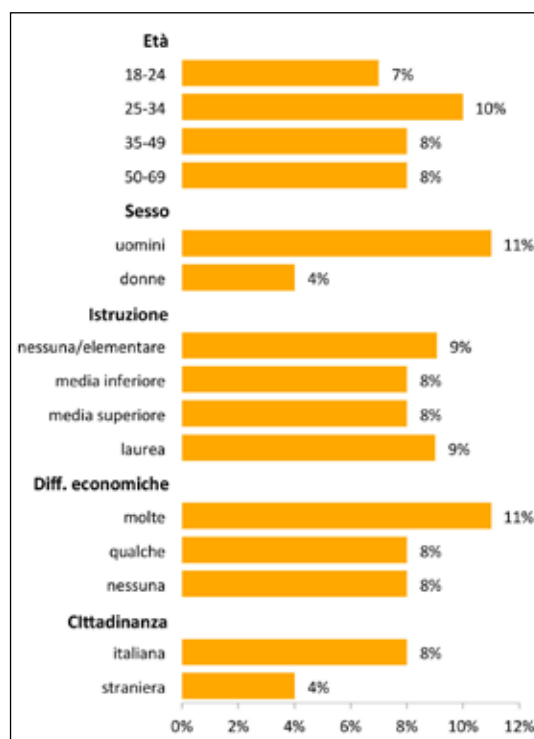


Figura 5 - Caratteristiche di soggetti alla guida sotto l'effetto di alcol - Regione Toscana - PASSI 2012-2015

fasce di età più giovani (specialmente tra i 18-24enni) e nelle persone con un alto livello di istruzione, mentre non risulta influenzato dal livello economico.

Fra le 12 ex-ASL della Regione Toscana sono emerse differenze rilevanti relativamente all'assunzione di alcol: si va dal 21% di Siena al 13% di Arezzo e Livorno (Figura 3).

Atteggiamento degli operatori sanitari

La percentuale di bevitori a maggior rischio che ha ricevuto il consiglio di bere meno da parte di un operatore sanitario è del 5,5%. Tra coloro che bevono alcol (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto la frequenza di questi consigli è pari al 4%; nel caso delle persone con consumo *binge* sale all'8% e in quelli con consumo abituale elevato al 9% (Figura 4).

Alcol e guida

Secondo i dati 2012-15 del sistema di sorveglianza PASSI relativi alla Regione Toscana, tra i bevitori che hanno guidato l'auto/moto negli ultimi 30 giorni l'8,2% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, cioè dopo avere bevuto nell'ora precedente almeno due unità alcoliche; questo dato è in linea con quello nazionale (8,1%). Il 5,3% degli intervistati a livello regionale dichiara invece di essere stato trasportato da un conducente sotto l'effetto dell'alcol (Figura 5).

La guida sotto l'effetto dell'alcol è un comportamento riferito più spesso dagli uomini (11,0%) che dalle donne (3,6%), prevalentemente adulti (di età 24-35 anni) e con difficoltà economiche.

Nelle ex-ASL della Regione Toscana sono emerse differenze rilevanti per quanto riguarda la guida sotto effetto dell'alcol: si oscilla fra l'11% di Prato, Siena e Livorno e il 6% di Viareggio e Pistoia (Figura 6).

Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2015 (pool omogeneo regionale) si può osservare dal 2008 al 2012 una costante diminuzione della % di soggetti alla guida sotto effetto di alcol (passata dal 15% all'8%) che si stabilizza invece nel periodo 2012-2015, assestandosi intorno all'8% (Figura 7).

Controlli delle Forze dell'Ordine e ricorso all'etiltest

Nel 2012-15, in Italia, la percentuale di persone fermate dalle Forze dell'Ordine è stata del 32,4%. In Toscana, il 31% degli intervistati riferisce almeno un controllo da parte delle Forze dell'Ordine negli ultimi 12 mesi. Fra le ex-ASL della Regione Toscana sono emerse differenze rilevanti per quanto riguarda la % di soggetti

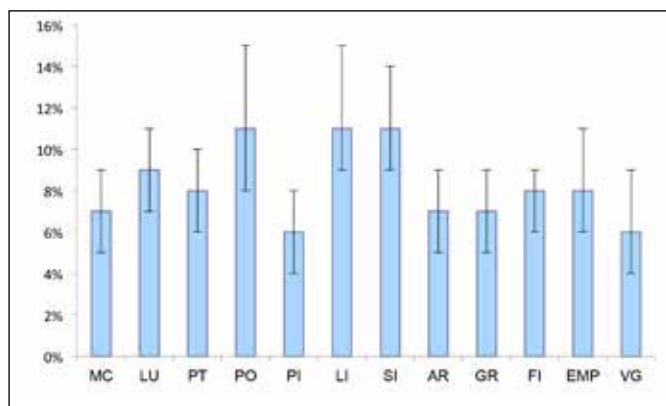


Figura 6 - Guida sotto l'effetto di alcol
Prevalenza per ASL di residenza - Regione Toscana 2012-2015

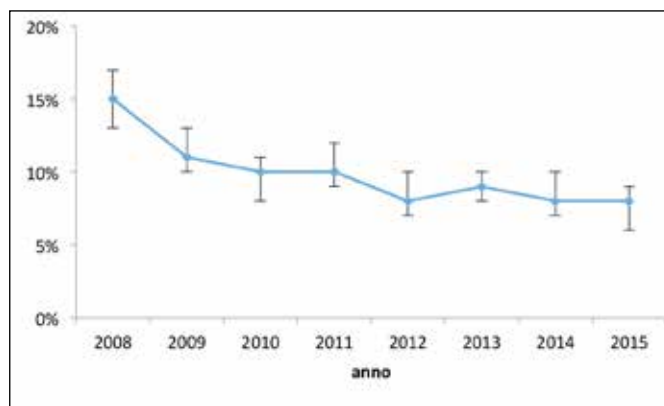


Figura 7 - Guida sotto l'effetto dell'alcol
Prevalenze per anno - Regione Toscana (pool omogeneo) 2008-2015

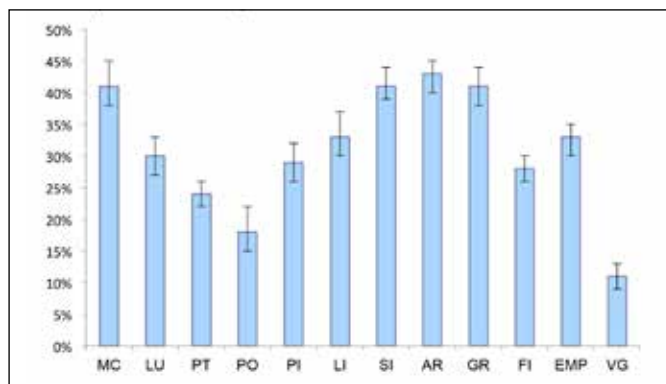


Figura 8 - Fermato dalle forze dell'ordine per un controllo
Prevalenze per ASL di residenza - Regione Toscana 2012-2015

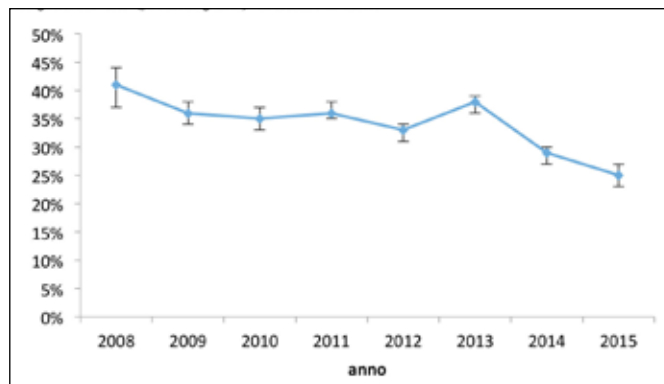


Figura 9 - Controlli delle forze dell'ordine
Regione Toscana (pool omogeneo) - PASSI 2008-2015

fermati dalle forze dell'Ordine (Figura 8).

Considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2015 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore relativo ai controlli effettuati dalle forze dell'ordine si sia ridotto progressivamente passando dal 45% del 2008 al 21% del 2015 (Figura 9).

Nel periodo 2012-2015, a livello nazionale la percentuale di intervistati che riferiscono che il guidatore, una volta fermato dalle forze dell'ordine, è stato sottoposto all'etilotest è del 10,2%, dato simile a quello regionale (11,8%).

Spunti per l'azione

La maggior parte degli intervistati della Regione Toscana non beve alcol o beve moderata-

mente, tuttavia si stima che circa un adulto su cinque abbia abitudini di consumo considerate a rischio per quantità o modalità di assunzione.

I dati evidenziano una scarsa tendenza dei medici a consigliare di ridurre l'assunzione di alcol ai propri assistiti che ne abusano.

I rischi associati al consumo di alcol sembrano essere sottostimati, probabilmente per la grande diffusione di tale abitudine. Sono quindi auspicabili una maggiore consapevolezza del rischio collegato al consumo di alcol nella popolazione e una maggiore attenzione da parte degli operatori sanitari.

Per maggiori informazioni, visita il sito:

www.epicentro.iss.it/passi

TM

Info: maddalena.grazzini@hotmail.it

CONVENZIONI

ARGENTI CENTOSTELLE GIOIELLI

(10% DI SCONTO 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



Gianluca Landi,
Medico Chirurgo,
Medico in Formazione
in Medicina Legale
Università degli Studi di
Siena, Istituto di Medicina
Legale, Dipartimento
di Patologia Umana e
Oncologia Policlinico Le
Scotte, Siena.

G. LANDI, D. CAPANO¹, I. MERCURIO¹, U. MAFFEI¹

Il valore delle linee guida alla luce della normativa vigente e delle ultime sentenze in materia

Le linee guida si inseriscono nel contenzioso civile e penale con ambiguità, a causa della loro dubbia natura, in bilico tra la dizione di suggerimenti e protocolli. Con l'ausilio delle più recenti sentenze in materia alla luce della "Legge Balduzzi", si esamina il difficile rapporto tra contenzioso medico legale, logica economica e tutela della salute.

L'introduzione delle linee guida (LG) nel SSN risale all'inizio degli anni '90, periodo di crisi economica, al fine di razionalizzare le spese ed eliminare gli sprechi. Ad oggi, l'obiettivo delle LG è, o meglio sarebbe, quello di aumentare il livello tecnico delle competenze mediche tentando di uniformare e migliorare la qualità dell'assistenza al paziente. La normativa italiana di merito, risulta generica e carente, così come la giurisprudenza penale che si è espressa attraverso fasi evolutive a volte antitetiche tra loro. L'emanazione della legge "Balduzzi" ha tentato di dare un orientamento univoco alla giurisprudenza in materia di LG, senza colmare tuttavia il dibattito.

L'importanza delle linee guida alla luce della "Legge Balduzzi" (Legge n. 189/12).

L'articolo 3 della "Legge Balduzzi" recita: *"l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve"*. Tra le prime sentenze che si esprimono sul tema della validità delle LG come indirizzo da seguire ma non come protocollo obbligatorio, vi è quella n°11493 dell'11 marzo 2013, Cassazione penale, Sez. IV riguardante il decesso per asfissia intrapartum di una neonata; lo specialista ginecologo veniva condannato per omicidio colposo in quanto, pur attenendosi alle LG, non aveva però avuto un atteggiamento critico e quindi consono al caso specifico. La sentenza, n°16237 del 9 aprile 2013 della Corte di Cassazione, IV sezione penale, di senso opposto, annullava con rinvio la condanna per omicidio colposo nei confronti di un chirurgo che, pur avendo aderito alle LG, aveva causato il decesso di un paziente per shock emorragico,

durante un intervento di ernia del disco. L'orientamento di quest'ultima sentenza, pur ribadendo la correlazione tra allontanamento immotivato dalle LG e gravità della colpa, contemplava le stesse come "regole di perizia" ma non di prudenza e diligenza, affermando che la condotta del medico debba essere sempre motivata caso per caso. L'ulteriore sentenza n°7951 del 19 febbraio 2014, Corte di Cassazione, IV sezione penale, aggiunge l'obbligo di allegazione delle LG agli atti processuali al fine di consentire al Giudice di determinare l'effettiva conformità ad esse della condotta medica. La più recente sentenza n°47289, del 17 novembre 2014, Corte di Cassazione sezione IV (ribadendo che l'osservanza delle LG accreditate esclude la rilevanza della colpa lieve), precisava che la disciplina, pur trovando terreno d'elezione nell'ambito dell'imperizia, può assumere rilevanza anche nell'ambito della diligenza; contestualizzando le LG non più in sole "regole di perizia" bensì anche di "diligenza". La sentenza, n°45527 del 16 novembre 2015, che nell'ambito di un giudizio che vedeva coinvolto un medico di continuità assistenziale per erronea diagnosi che aveva causato il decesso del paziente, infine, chiariva che *la disposizione limitativa della responsabilità è applicabile solo limitatamente ai casi nei quali si faccia questione di essersi attenuti alle linee guida e, quindi, può operare solo allorquando si discuta di "perizia" del sanitario, non estendendosi alla condotte professionali "negligenti" ed "imprudenti"*.

Un "post scriptum" doveroso; il "Disegno di Legge Gelli" (DDL S. 2224 - XVII Leg).

Il 28 gennaio 2016 l'Aula della Camera ha approvato, gli emendamenti e gli articoli del DDL Gelli, "Disposizioni in materia di

1) Sezione di Medicina Legale, Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze, Università degli Studi di Siena

responsabilità professionale del personale sanitario". Il provvedimento è in questi giorni all'esame del Senato (in stato di relazione al 8 novembre 2016). Analizzando attentamente l'art. 5, che disciplina le buone pratiche clinico assistenziali e le raccomandazioni previste dalle LG, si comprende come le stesse assumano solo ruolo di "raccomandazione" per gli esercenti le professioni sanitarie, precisando che queste norme dovranno essere seguite "salve le specificità del caso concreto". Le LG cui si fa riferimento nel DDL saranno quindi quelle indicate dalle società scientifiche e dagli istituti di ricerca individuati con decreto del Ministro della Salute iscritti in un apposito elenco e pubblicate sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità.

Conclusioni

L'introduzione delle LG, nel contenzioso medico-legale, più che una soluzione al problema appare talvolta come "complicazione", poiché non sussistono basi tecniche, né dirittuali né scientifiche, sulle quali fondare un'applicazione sicura della legge. Tale dubbio, unito alla que-

stione dell'incostituzionalità, era già stato sollevato dal tribunale di Milano (Sez. IX penale, ordinanza del 21/03/2013), che ribadiva la scarsa chiarezza delle fonti delle LG. Il pluralismo delle opzioni, congiunto con il carattere autoreferenziale delle decisioni diagnostico-terapeutiche, aumenta il rischio del medico di essere chiamato in giudizio. Riteniamo, pertanto, che le LG dovrebbero assumere il ruolo di parametri di valutazione con i quali il magistrato possa confrontare il comportamento del medico, valutando se, come e quanto questi si discosti dal modello riconosciuto nelle scelte cliniche. In sintesi, il medico non dovrebbe essere giudicato in base all'applicazione o meno delle LG, ma piuttosto in base a quanto ha saputo essere "coscienzioso" nella cura del paziente. La semplice esistenza di linee guida non implica che l'aderenza ad esse sia ragionevole in tutte le circostanze o la non osservanza sia sempre da considerare negligenza, tenendo conto della variabilità individuale dei singoli pazienti.

TM

Bibliografia: landi.gl@libero.it

CONVENZIONI

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 servizio 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 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@privatassistenza.it – sito web: www.privatassistenza.it

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-iscriviti

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

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



Bruno Rimoldi,
Medico di Medicina
Generale a Campi
Bisenzio, Redattore Capo
di Toscana Medica.

BRUNO RIMOLDI

Medicina di frangia?

Organizzato dalla dr.ssa **Teresita Mazzei** (Professore Ordinario di Farmacologia all'Università di Firenze), si è svolto il 24 ottobre 2016 presso la sede dell'Ordine di Firenze un interessante Convegno dal titolo "Dai margini della professione alla integrazione", un'iniziativa della Commissione Pari Opportunità. Relatrici: **Elisa Bissoni Fattori, Paola Binazzi, Gemma Brandi, Maria Antonia Pata.**

Se la musica era considerata un tempo l'"arte bella", la medicina dovrebbe fregiarsi ancora del titolo di "arte nobile". Eppure, se si guarda il numero di denunce che sempre più i medici ricevono oggi, o tutta una serie di categorie minori a cui politici e opinione pubblica relegano spesso la medicina o gruppi di medici, di nobiltà sembra essercene sempre meno.

La Medicina è una sola, ha sempre la M maiuscola ed è sempre nobile, anzi lo è di più proprio quando si occupa di situazioni apparentemente più complesse e marginali.

La storica Guardia Medica

In molti la definiscono "la cenerentola della medicina", anche se oggi si chiama Continuità Assistenziale; spesso quando viene interpellato, il medico di guardia (o medico di turno come qualcuno lo chiama ancora) si sente dire dall'occasionale paziente: "Il mio medico mi ha detto", come per volerlo far parlare anche quando non c'è, considerando poco o nulla il professionista che gli sta davanti.

Eppure il compianto Aldo Pagni diceva che il medico di guardia doveva essere necessariamente "il medico più bravo", perché chiamato a dover risolvere in pochi minuti il problema acuto di un malato che non conosce e che non ha mai visto prima!

A chiarire lo status di questa fetta essenziale della medicina italiana, che spesso ci invidiano gli stranieri che devono ricorrere solo a medici di emergenza sanitaria o a volte ai pompieri (vedi la Francia), è stata **Elisa Bissoni Fattori**, medico di Continuità Assistenziale (MCA), Azienda Usl Toscana Nord-Ovest.

Il limite, apparente, del MCA sta nel fatto che non può essere inquadrato né nella medicina di base, né nella medicina di urgenza; il vantaggio (purtroppo non sempre riconosciuto) è che la sua attività tiene conto di una collaborazione:

- col medico di medicina generale di cui continua, a propria insindacabile discrezione, l'attività in orari diversi (notturni, festivi e prefestivi)
- con i colleghi dell'emergenza-urgenza (118), inviando casi realmente urgenti al pronto soccorso o consultandosi telefonicamente con i medici della Centrale Operativa.

Dunque, il MCA è "il gestore dell'area della salute tra la cronicità e l'emergenza-urgenza".

Onore a chi ne riconosce il merito e la delicatissima responsabilità; peccato che questo pressoché sconosciuto operatore sanitario sia spesso oggetto di denunce. Ma non basta: su 2458 MCA intervistati, ecco la realtà del rapporto con l'utenza:

- atti di violenza: 90%
- minacce verbali: 64%
- atti vandalici: 11%
- percosse: 22%
- minacce a mano armata con armi improprie: 13%.

Per le precarie condizioni in cui devono lavorare, molti MCA (soprattutto le colleghe) si fan-

POSSIBILI SOLUZIONI ...

- operare in un Team multidisciplinare e multiprofessionale
- favorire la collaborazione tra MC A, MMG, Medici Ospedalieri, personale Infermieristico e Assistenti Sociali
- collocare le sedi dove sono presenti altre realtà come associazioni di volontariato e disporre di un accompagnatore per le visite domiciliari
- visitare pazienti noti (grazie allo sviluppo di una cartella clinica informatizzata)
- fornire agli utenti un decalogo informativo circa l'appropriatezza delle loro richieste
- rivalutazione della figura del Medico di C.A

Figura 1

no molte volte accompagnare durante il turno di guardia da un parente o da un amico, oppure chiedono il trasferimento ad altra sede.

La precarietà non sta dunque nel ruolo del MCA ma nelle condizioni in cui è costretto a lavorare, riassumibili in:

- isolamento organizzativo, funzionale e strutturale
- anonimato dell'utenza
- richieste incongrue
- cambiamenti demografici della popolazione
- svalutazione della figura professionale del medico.

Nella Figura 1 sono indicate le possibili soluzioni proposte per affrontare e risolvere molti di questi problemi.

Stranieri senza permesso

Una realtà decisamente attuale e ancora poco risolta anche a livello politico generale è quella degli stranieri senza permesso di soggiorno. Paola Binazzi, medico convenzionato nella Medicina dei Servizi dell'Azienda Usl Toscana Centro, ha innanzitutto presentato il testo della circolare 24 marzo 2000 n.5 del Ministero della Sanità in cui si evidenzia l'urgenza e l'essenzialità, oltre alla continuità di assistenza, per alcune cure che devono essere fornite a tutti, dunque anche ai cittadini che si trovino in condizioni di precarietà. Tutto ciò per assicurare eventuali cicli terapeutici e riabilitativi completi e la possibile risoluzione dell'evento morboso, soprattutto nell'ambito delle strutture della medicina del territorio.

La medicina italiana dà sicura nobiltà a questa categoria di cittadini (o "non ancora" cittadini) regolamentandone la posizione sanitaria. Queste le due principali categorie:

STP: Straniero Temporaneamente Presente; si tratta di stranieri extracomunitari non in regola con le norme di soggiorno e indigenti, cui viene rilasciato un idoneo "tesserino STP";

ENI: Europeo Non Iscritto; sono gli extracomunitari indigenti, senza attestazione di diritto di soggiorno e senza requisiti di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, cui viene rilasciato un codice ENI.

Ognuna delle due categorie sopra presentate segue precise regole di idoneità cui gli extracomunitari che vi si identificano devono sottostare per poterne avere diritto.

Nella Figura 2 è possibile leggere sedi e orari da far conoscere per ottenere il rilascio di tali tesserini e codici a Firenze.

Il SSN assicura a questi cittadini tutta una serie di prestazioni in modo del tutto gratuito, e ciò nelle strutture pubbliche e private accreditate dal SSN.

Sebbene il servizio sia nato per sopperire solo alle emergenze sanitarie degli stranieri

-Rilascio tesserini STP o ENI

■ **Ufficio Stranieri ASL di Sesto Fiorentino via Gramsci, 561**
Mercoledì h9.00-13.00
Venerdì h 9.00-13.00

-Ambulatori STP o ENI di Firenze

■ **Poliambulatorio Lungarno Santa Rosa 13**
Martedì h 11.30-13.30
Venerdì h11.30-14.30

■ **Poliambulatorio Morgagni, viale Morgagni 33**
Lunedì h 14.00-17.00
Giovedì h 14.00-17.00

Figura 2

senza permesso di soggiorno in realtà vengono gestite anche e prevalentemente patologie croniche da assistenza primaria, pur non essendoci personale infermieristico o ausiliario per poter gestire patologie da assistenza primaria.

La medicina carceraria

Gemma Brandi, psichiatra e psicoanalista, responsabile della Salute in Carcere (Azienda Usl Toscana Centro), presenta una serie di numeri relativi alla casa Circondariale di Sollicciano. I dati sono sufficienti per capire la realtà in



Da sinistra Prof.ssa Teresita Mazzei, Dott.ssa Maria Antonia Pata, la Presidente Margherita Cassano e la Dott.ssa Gemma Brandi.



Figura 3

cui si opera. Vi lavorano 152 operatori sanitari per 800 detenuti di cui il 65% stranieri, l'80% con storia di tossicodipendenza e il 50% affetto da malattia mentale.

Al suo interno si trovano un Reparto di Osservazione Psichiatrica e a breve due Reparti Psichiatrici per ospitare un terzo della popolazione toscana ospite degli ex-OPG che non hanno titolo ad accedere alla REMS, un Reparto di madri con bambini, un Reparto Transessuali, un Reparto Accoglienza, un Reparto Isolamento, 8 sezioni giudiziarie e 5 sezioni penali Maschili, un Reparto Femminile con circa 100 ospiti.

Una statistica così ampia dovrebbe indurre a pensare a una superorganizzazione carceraria anche dal punto di vista sanitario, con medici inquadrati in un sistema efficiente e con altissima dignità. In effetti è necessario che anche in questo ambito il medico svolga la sua funzione civile a favore del malato (anche se detenuto) con dedizione, curiosità scientifica, capacità teorica e resistenza a eventuali (e possibili) soprusi.

La logica impropriamente vendicativa dell'esecuzione penale che riguarda i reclusi, investe inevitabilmente anche coloro che se ne occupano: il medico del carcere di fatto non ha pari opportunità rispetto ai colleghi dell'esterno. Ne conseguono quindi disagio ambientale e instabilità organizzativa in un contesto di complessità globale che investe i malati e l'organizzazione, che a volte non riesce convenientemente a garantire il diritto alla cura.

Il paradosso – sostiene Gemma Brandi – sta nel fatto che il carcere è “un luogo che distilla e concentra i problemi di una società, mostrandoli in anticipo e sperimentando soluzioni antesignane, ma anche possibile sede di un salutare controtrauma per una cittadinanza la cui vita è attraversata dal trauma e infine dispensatore dell'unica cura concessa a uomini senza terra e senza patria”.

Il medico penitenziario è una figura professionale e umana bisognosa essa stessa di tutele, garanzie e protezioni contrattuali, di cui nessuno parla. A volte, anche nel carcere e intorno ad esso ci si deve scontrare con una indifferenza istituzionale, che sicuramente non può non nuocere al malato.

Vulnerabilità contrattuale

La situazione meno nobile la dipinge infine *Maria Antonia Pata*, dermatologo ambulatoriale presso l'Azienda Usl Toscana Centro.

Si fa qui riferimento alla Medicina Convenzionata dal punto di vista legislativo. La parola che emerge è: DISAGIO, evidenziato da tutta una lista di problemi. Alcuni esempi:

- ogni anno stanziamenti ridotti nonostante proclami e dichiarazioni di intenti per finanziare grandi progetti;
- *escamotages* contrattuali nella medicina dei servizi e nella medicina specialistica ambulatoriale;
- modalità di NON rinnovo contrattuale ma *camouflage* del precedente fino a nove anni consecutivi;
- la coesistenza extra ANNCC di 36 diverse tipologie contrattuali nel SSN;
- le anomali condizioni di porre il medico in una situazione di parasubordinazione/subordinazione/libero professionale, un ibrido unico nel suo genere nel panorama della disciplina lavoristica e sindacale italiana;
- la previsione di assumere 3000 medici (nell'approvanda legge di stabilità 2017), quando in realtà c'è necessità di un numero superiore quasi il doppio (Figura 3), senza considerare i medici che lasceranno l'attività: circa il 60 per cento dei medici attualmente in servizio. Questo vuoto non potrà né dovrà ancora essere sostituito con umilianti contratti a scadenza.

TM

Info: rimoldibru@gmail.com

F. TORRICELLI, A. BARONCINI

I test genetici fai-da-te

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

Molti esami genetici sono offerti direttamente ai consumatori per indagare stili di vita (inclusa l'alimentazione), comportamenti e attitudini individuali. La breve serie sui test genetici DTC, qui conclusa, vuole stimolare la discussione su una tematica riguardo alla quale il medico sarà chiamato a esprimersi sempre più spesso con l'ampliarsi delle conoscenze e degli spazi d'azione dell'e-commerce.

Parole chiave: test genetici, diretti al consumatore, nutrigenomica, performance atletica, talenti.

I test genetici diretti al consumatore (DTC) sono proposti sempre più spesso per indagare caratteristiche non strettamente correlate allo stato di salute, come stili di vita (inclusa l'alimentazione), comportamenti e attitudini individuali. Rientrano in quest'ambito i test nutrigenomici, di *performance* atletica e di "talentuosità".

Test nutrigenomici

La genomica della nutrizione si fonda sulle conoscenze dell'epigenetica, ossia sulla cognizione che esistono fattori in grado di influenzare l'espressione dei geni e quindi il fenotipo, senza modificare la struttura del DNA. La nutrigenomica studia gli effetti che le molecole assunte con la dieta esercitano sul profilo di espressione genica e le interazioni con le varianti genetiche, valutandone rischi e benefici sul piano del bilancio salute-malattia (Herceg 2014). Se è indubbio che alcune anomalie genetiche causano una risposta negativa a determinati alimenti (es. fenilchetonuria tra le malattie geniche e celiachia tra quelle multifattoriali), appare invece arbitrario sostenere che dal patrimonio genetico si possa definire la migliore alimentazione possibile per il singolo soggetto. In altri termini, dato un patrimonio genetico "sano", non c'è oggi ragione di credere che ci si debba orientare verso alcuni cibi piuttosto che altri, se l'alimentazione è salubre ed equilibrata. È molto difficile documentare variazioni su base genetica della risposta al cibo di soggetti sani (in assenza di patologie conclamate), dove i parametri da valutare sono innumerevoli e la complessità elevata: costituzione fisica, etnia, circostanze di vita e climatiche, tipo di lavoro, anamnesi ecc. Per raggiungere un significato scientifico, in riferimento alla interazione dieta/genoma per una popolazione di soggetti sani, occorre uno studio su un ampio campione di migliaia di soggetti con un investimento economico non indifferente, giustificato solo per patologie importanti. Già da tempo è stato denunciato il pericolo di un moderno "ma-

locchio" da scongiurare con apposite diete elaborate in cerca di guadagni facili. Purtroppo, l'esca del "ti preparo la dieta ricavata dallo studio dei tuoi geni" (c.d. "dieta genetica") sta guadagnando proseliti anche in Italia non soltanto con proposte on line ma anche in *beauty-farm* o palestre. Si dichiara infatti che i risultati dei test, ottenuti da tampone buccale, potranno fornire suggerimenti di integrazione e alimentazione adatti al proprio profilo genetico, onde prevenire le malattie o non ingrassare senza fare rinunce e non dando peso agli innumerevoli fattori che influenzano i complessi quadri metabolici (Katz 2014).

Test di performance atletica

Al presente, circa il 15% delle imprese censite nel campo dei test genetici DTC commercializza test di performance atletica (Phillips, 2016). A fronte dell'alta penetrazione nel mercato, le carenze osservate sono molteplici. La maggior parte delle imprese non dichiara quali geni analizza e quelle che lo fanno presentano un mutevole spettro di varianti esaminate, prevalgono i casi in cui non è fornita indicazione del fondamento scientifico sotteso alle proposte, le campagne promozionali sono sovente fuorvianti e i consensi inadeguati. Il Consensus Statement 2015 dei ricercatori attivi nel campo della medicina dello sport e dell'eser-



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



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)



cizio fisico ribadisce che, in base alle conoscenze attuali, i test genetici hanno un ruolo limitato o del tutto assente nell'identificazione dei talenti sportivi e nelle prescrizioni individualizzate di training per valorizzare le performances e che il test più comune per la variante R577X nel gene ACTN3 concerne un

aspetto responsabile, al massimo, del 2% della variabilità inter-individuale nella forza muscolare e nella velocità dello sprint (Webborn, 2015). Non si può, dunque, che condividere la conclusione che, ad oggi, nessun bambino o giovane atleta dovrebbe essere esposto ai test genetici DTC per definire i regimi di training o identificare i talenti atletici individuali. In questa considerazione non rientrano, ovviamente, le indagini genetiche volte a individuare i soggetti a rischio per eventi cardiovascolari improvvisi durante l'esercizio fisico.

Test di "talentuosità"

I test genetici per la predizione dei talenti individuali (extra-sportivi) costituiscono un segmento attualmente limitato del settore DTC. Solitamente i kit in vendita non riguardano solo le capacità e le doti intellettuali rilevanti (nei campi niente meno che di pittura, danza, musica, letteratura, linguistica, ecc.), ma anche le inclinazioni e i tratti della personalità (timidezza, ottimismo, intelligenza analitica, memoria, creatività, tendenza ad alzarsi presto al mattino o piuttosto ad andare a dormire tardi

la sera, ecc.). La revisione dei siti delle società al momento attive non ci ha consentito di individuare l'indicazione delle evidenze scientifiche a supporto delle offerte e sovente neppure dei geni analizzati. A nostro parere, i potenziali acquirenti devono fare, dunque, più un atto di fede che non una scelta ponderata sull'evidenza scientifica. A giustificazione dei consumatori, tuttavia, è stato rilevato che la politica di "marketing genetico DTC" tende sovente a distorcere il processo con cui nel mondo scientifico si passa dai dati empirici alle conclusioni cliniche e ad alterare apertamente o implicitamente la rappresentazione dell'utilità dei test commercializzati. (Vashlishan Murray, 2010).

Conclusioni

Le informazioni sull'impiego in Italia dei test genetici DTC sono scarse. A nostra conoscenza, è pubblicato un solo studio che indaga il punto di vista e le esperienze dei medici di medicina generale in tre Regioni italiane (Toscana, Emilia-Romagna e Lazio) sui test di suscettibilità DTC (Baroncini 2015). Dai dati risulta che poco meno del 10% (11/114) dei medici sondati era stato interpellato dai pazienti nel corso del 2013 per avere informazioni prima di un eventuale acquisto o consigli dopo l'esecuzione e che la stragrande maggioranza dei professionisti non si sentiva adeguatamente formata al riguardo. La breve serie qui presentata vuole favorire la discussione sui test genetici DTC riguardo ai quali il medico sarà chiamato a esprimersi sempre più spesso con l'ampliarsi delle conoscenze e degli spazi d'azione dell'e-commerce. **TM**

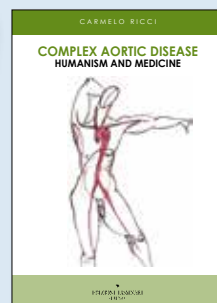
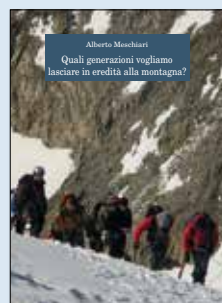
Info: torricellifr@gmail.com



EDIZIONI TASSINARI

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

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



ULTIME NOVITA! RILEGATURE ARTIGIANALI IN CARTONATO, STAMPA SU TESSUTO

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

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

C. GIAMMATTEI, R. PAPI¹, R. MALFATTI², S. PRECISI³, A. ALBERTO TOMASI⁴

Le onde d'urto

Una metodica innovativa in campo ortopedico-fisiatrico, non invasiva ed estremamente efficace per il trattamento di molte patologie a carico di ossa, tendini e legamenti



Carlo Giammattei, spec. In Med. dello Sport. Già Dirigente medico 1° livello presso U.O. Medicina e Traumatologia dello Sport Az. USL n° 2 di Lucca, ricopre adesso il ruolo di Responsabile dell'Unità funzionale di Medicina dello Sport, Az. USL Toscana Nord Ovest, Cittadella della salute, Campo di Marte, Lucca. Autore di numerose pubblicazioni in tema di medicina e traumatologia dello sport e medico sociale per società di calcio e ciclistiche professionistiche dal 1994 ad oggi, è stato medico della Nazionale italiana Ciclismo Professionistico dal 2010 al 2013, presidente della Ass. Medico-sportiva di Lucca della FMSI.

La terapia extracorporea con onde d'urto (ESWT) è una modalità di terapia fisica che utilizza onde acustiche per il trattamento di diverse patologie dell'apparato locomotore. Ad oggi è di grande interesse in ambito della Medicina dello Sport, dell'Ortopedia e della Medicina Riabilitativa-Funzionale per scarsa invasività, bassi costi e comprovata efficacia terapeutica.

Apparecchiature ed effetti terapeutici: la terapia con onde d'urto extracorporee viene eseguita nella nostra struttura con due tipi di generatore di onde d'urto, piezoelettrico ed elettromagnetico a bobina cilindrica. Si effettuano tre sedute di 2400-4000 colpi in base alla patologia da trattare, a distanza di una settimana l'una dall'altra, per il trattamento di tendinopatia calcifica e non calcifica della spalla, epicondilite-epitrocleite, tendinopatia quadricipitale e rotulea, tendinopatia achillea, fascite plantare, pseudo-artrosi, bone marrow edema.

Risultati della nostra unità funzionale: 5984 pazienti dal 2009 al 2015 per un totale di 17952 sedute con percentuali di risoluzione della patologia trattata che raggiungono anche il 90%.

Parole chiave: ESWT, litotripsia, tendinopatie, onde d'urto, medicina riabilitativa, medicina dello sport

La terapia extracorporea con onde d'urto (ESWT) è una modalità di terapia fisica che utilizza onde acustiche per il trattamento delle tendinopatie. Ad oggi è di grande interesse in ambito della Medicina dello Sport, dell'ortopedia e della riabilitazione per vari ordini di motivi. La scarsa invasività, i bassi costi di gestione, la comprovata efficacia terapeutica e le capacità rigenerative dei tessuti indotte dall'applicazione in loco di stimoli meccanici, la rendono ad oggi una delle più utilizzate strategie terapeutiche

nel trattamento di epicondilite laterale, fascite plantare, tendinopatia della spalla, tendinopatia inserzionale achillea oltre che in malattie ossee e cutanee. Le onde d'urto focali generate da apparecchio di litotripsia non devono essere confuse con le onde d'urto radiali, entrate in commercio alla fine degli anni 90. Queste infatti, poiché non hanno la possibilità di focalizzare il puntamento in profondità ad una determinata distanza dalla cute, ma soltanto sulla cute stessa, non permettono di concentrare l'energia

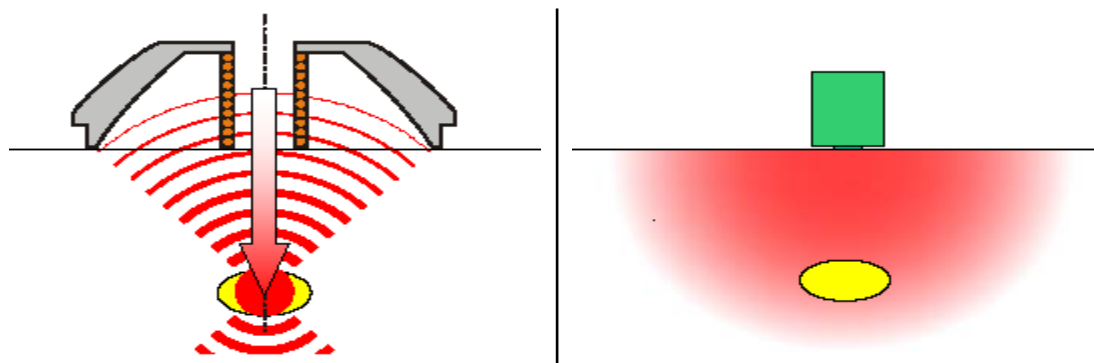


Figura 1 - Onde d'urto focalizzate (ESWT) Onde d'urto radiali (onde pressorie).

1) Medico Chirurgo, specialista in Medicina dello Sport, Unità funzionale di Medicina dello Sport, Azienda USL Toscana Nord Ovest, Cittadella della Salute, Campo di Marte, (LU). Grosseto.

2) Medico Chirurgo, specialista in Medicina dello Sport, Unità funzionale di Medicina dello Sport, Azienda USL Toscana Nord Ovest, Cittadella della Salute, Campo di Marte, (LU). Lucca.

3) Medico Chirurgo, specialista in Medicina dello Sport, Unità funzionale di Medicina dello Sport, Azienda USL Toscana Nord Ovest, Cittadella della Salute, Campo di Marte, (LU). Pisa.

4) Medico Chirurgo, Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento della prevenzione di Lucca, Azienda USL Toscana Nord Ovest, Capannori, (LU). Lucca.

erogata, a livello della zona da trattare. Da sottolineare inoltre che l'energia erogata è anche molto inferiore a quella delle onde d'urto focalizzate.

Ad oggi i generatori di Extracorporeal Shock Wave possono essere di tre tipi:

- elettroidraulico
- piezoelettrico
- elettromagnetico

Nella nostra Unità Funzionale di Medicina dello Sport utilizziamo un apparecchio elettromagnetico con generatore a bobina cilindrica e un generatore piezoelettrico che garantiscono i migliori risultati terapeutici e possono essere considerati gli apparecchi più idonei all'esecuzione di ESWT.



Figura 2 - Il nostro generatore di onde d'urto piezoelettrico.



Figura 3 - Il nostro generatore elettromagnetico a bobina cilindrica.

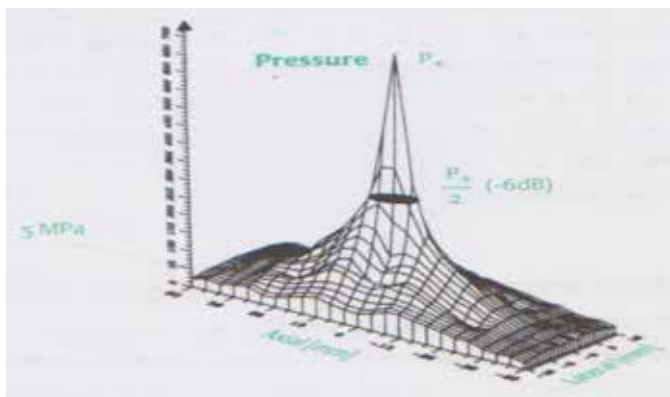


Figura 4 - Schematizzazione 3D di un'onda d'urto.

Le onde d'urto terapeutiche sono state definite da un Shock Wave Therapy Consensus Group (1997) che ne ha fissato i parametri fisici come onde sovrapponibili a quelle utilizzate per la litotripsia.

Gli effetti terapeutici generati dalle onde d'urto nei tessuti trattati sono molteplici e in particolare i tre principali sono:

- *effetto analgesico*: è dovuto alla prolungata vibrazione tissutale indotta dalle onde d'urto, determinante una modificazione della permeabilità di membrana delle cellule che si trovano nella zona focale. Il vantaggio è che attorno all'area focale le onde d'urto determinano disfunzione selettiva delle fibre amieliniche, dei nervi sensitivi, senza alterazione di membrana delle cellule delle fibre mieliniche motorie.
- *effetto cavitazionale*: si generano nei fluidi biologici del tessuto delle microbolle; alla successiva stimolazione l'onda pressoria positiva determina compressione della bolla con conseguente collasso ed implosione della stessa. Da questa implosione si generano getti di acqua sulle superfici vicine, Jet Stream, che determinano una maggiore distribuzione dell'energia somministrata.
- *effetto metabolico*: è il risultato di molteplici induzioni cellulari indotte dagli stimoli meccanici che favoriscono l'attivazione di alcuni mediatori intracellulari inducendo l'espressione di particolari sostanze. Una fra tutte è l'*ossido nitrico*; NO possiede capacità miorelassanti a livello della muscolatura liscia, in particolare dei vasi sanguigni. Questa sua capacità gli permette di indurre vasodilatazione, favorendo l'aumento del flusso ematico e contribuendo alla funzione omeostatica dei tessuti. Questa non è l'unica attività metabolica che possiede, infatti, da numerosi studi appare chiaro come NO stimoli la produzione di citochine, fattori di crescita e fattori di trascrizione come il Tissue Growth Factor $\beta 1$ (TGF- $\beta 1$), il Fibroblast Growth Factor (FGF), il fattore nucleare di trascrizione kap-PAB (NF- κB) e Insulin Growth Factor (IGF).

Uno dei principali campi di applicazione delle onde d'urto sono le tendinopatie, per le quali si riconoscono cause eziopatogenetiche sia intrinseche (età, sesso, peso corporeo, lassità dei legamenti, malattie sistemiche) che estrinseche (tipo di lavoro, tipo di sport praticato, appropriatezza degli esercizi svolti, overuse, assunzione di farmaci, nutrizione). Il tendine, per la sua conformazione istologica, il basso turnover metabolico e la precaria vascolarizzazione, rappresenta l'anello debole della catena osso-tendine-muscolo. Fra le più comuni tendinopatie annoveriamo:

- *Tendinopatia calcifica della spalla*
- *Tendinopatia non calcifica della spalla*

- *Epicondilitis-Epitrocleite*
- *Tendinopatia quadricipitale e rotulea*
- *Tendinopatia achillea.*
- *Fascite plantare*

Nella nostra Unità funzionale di Medicina dello sport, dal 2009 al 2015, abbiamo trattato un totale di 5984 pazienti, ciascuno per tre sedute, mettendo in atto un totale di 17952 sedute di onde d'urto svolte come attività aziendale a pagamento, a totale carico dell'assistito. Prendendo in considerazione le patologie trattate la nostra casistica è stata la seguente:

Patologia	Numero pazienti	Numero sedute	% Risoluzione
Ritardo consolidazione	289	867	81%
Fascite Plantare	1989	5967	85%
Tendinopatie calcifiche e non calcifiche di spalla	2256	6768	76%
Epicondilitis	366	1098	75%
Epitrocleite	59	177	77%
S.Me Retto-Adduttoria	82	246	90%
Tendinopatia Rotulea	90	270	80%
Tendinopatia Achillea	330	990	85%
Altre Patologie	256	768	79%

Tabella 1 - Numero trattamenti e percentuali di risoluzione della patologia trattata con ESWT

In tutti i casi è stato fatto un controllo clinico a distanza di 2-3 mesi. Soltanto nel 10% dei casi è stato necessario programmare un secondo ciclo di trattamenti. I risultati ottenuti in termini di riduzione del dolore ed effetti terapeutici in generale sono stati molto soddisfacenti e in linea con i risultati mostrati dalla SITOD, Società Italiana Terapia con Onde d'urto extracorporee. La percentuale di risoluzione del dolore e di recupero funzionale in tutti i casi trattati (compreso i pazienti che hanno eseguito 2 cicli di trattamento) è stata in linea con i dati riscontrati in letteratura e più precisamente intorno al

75% nelle epicondilitis e nelle tendinopatie della cuffia dei rotatori con calcificazioni inferiori ad 1 cm, nel 90% nelle sindromi retto-adduttorie, nel 85% delle fasciti plantari e delle tendinopatie inserzionali achillee. In particolare la nostra esperienza è in linea anche con quanto ampiamente dimostrato in letteratura riguardo al fatto che le onde d'urto inducono sì, un immediato effetto analgesico, ma la loro azione biologica si esplica a lungo termine. I risultati ottenuti in termini di riduzione del dolore e ripristino della funzionalità si sono rivelati significativamente maggiori nei pazienti trattati con onde d'urto nella valutazione che abbiamo eseguito a medio termine (6 mesi dalla fine del trattamento). Rispetto alle terapie convenzionali, i pazienti sottoposti a trattamento con onde d'urto, manifestano risultati soddisfacenti crescenti nel tempo. Nella nostra esperienza abbiamo inoltre osservato che l'associazione di particolari esercizi, consigliati ai pazienti alla fine del trattamento, ha ulteriormente migliorato l'efficacia terapeutica, laddove il paziente si è attenuto con regolarità all'esecuzione degli stessi.

Questo tipo di terapia comporta un importante risparmio economico per il servizio sanitario in quanto permette di evitare lunghi e costosi trattamenti fisioterapici e medici, che molto spesso non sono risolutivi e frequentemente necessitano di successivi trattamenti chirurgici non sempre in grado di garantire il completo recupero funzionale a questi pazienti, nonostante le rilevanti risorse economiche impegnate. Quindi, in relazione agli ottimi risultati terapeutici ottenuti con questa metodica, in linea con la letteratura italiana e internazionale, oltreché con la politica nazionale di razionalizzazione delle risorse, potrebbe essere preso in considerazione l'inserimento della terapia con Onde d'Urto Focali, eseguite mediante apparecchio di litotripsia, anche nei LEA della Regione Toscana, così come già stato fatto in alcune regioni.

TM

Info: carlo.giammattei@uslnordovest.toscana.it

LEGENDA

SI RICORDA CHE È POSSIBILE ATTIVARE I LINK TRAMITE CODICE QR.

NELLA VERSIONE PDF, SCARICABILE DAL SITO DELL'ORDINE DI FIRENZE O DALL'APP: ATTIVARE I LINK DOVE SONO PRESENTI I SEGUENTI SIMBOLI



Codice QR - Rimando Link esterno con cellulare



URL - Rimando Link esterno



Sommaio - Rimando pagina interno



E-mail - Rimando programma e-mail



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/>

DANIELE DIONISIO

OMS in testa nella campagna per l'accesso ai nuovi farmaci anti-epatite C

È obbligo morale che i nuovi farmaci salvavita per l'epatite C siano resi accessibili a quanti ne hanno necessità. A tal fine, impegno e coordinazione tra le parti in causa sono indispensabili per il superamento delle barriere all'accesso.

Articolo originale:

<http://www.ip-watch.org/2016/11/07/makes-headway-hepatitis-c-treatment-access-campaign/>

Rilevante causa di cirrosi epatica e di cancro, l'infezione cronica da virus C interessa più di 80 milioni di persone su scala mondiale, l'85% delle quali vive nei Paesi a basso (13%) e, soprattutto, medio reddito (72%). Circa il 15% della popolazione egiziana è, ad esempio, infettata (uno dei più alti tassi di prevalenza), mentre 12 milioni di individui in India sono stimati affetti da epatite C.

Circa 700.000 persone ogni anno decedono a causa del virus C contro il quale non esiste ad oggi alcuna possibilità di prevenzione vaccinale.

A livello europeo l'infezione rappresenta una sfida maggiore per la salute pubblica (colpito lo 0,4%-3,5% della popolazione nei diversi stati membri dell'Unione) quale più comune causa singola di trapianto epatico.

Nel contempo, oltre un milione di pazienti in Giappone e tre milioni in America convivono con l'epatite C, mentre in Italia si stimano tra 750.000 e un milione di positivi al virus C.

Progressi

Nel 2013 un drammatico progresso in ambito terapeutico si registrò con l'introduzione di una nuova classe di farmaci ad azione antivirale diretta (direct-acting antivirals o DAAs). Bloccando passaggi essenziali per la replicazione del virus C, questi farmaci, soprattutto se in combinazione, hanno dimostrato elevatissima efficacia e buon profilo di sicurezza (tassi funzionali di cura oltre il 90% dopo 12 settimane di trattamento).

È impellente che questi regimi salvavita siano oggi resi accessibili a quanti in stato di necessità. Allo scopo, impegno e coordinazione fra tutte le parti in causa sono irrinunciabili per il superamento delle barriere. Infatti l'accesso a questi regimi risulta problematico per gli esorbitanti prezzi di mercato gravanti sulle casse statali in tutto il mondo.

Fortunatamente, la situazione è in miglio-

ramento, come evidenziato nel nuovo dossier OMS del 27 ottobre 2016. Intitolato 'Global Report on Access to Hepatitis C Treatment: Focus on Overcoming Barriers', il documento rivela come la volontà politica, l'impegno di advocacy della società civile e la contrattazione sui prezzi stiano giocando a favore dell'accesso.

Come dichiarato nel documento *...The report provides the information that countries and health authorities need to identify the appropriate HCV treatment, and procure it at affordable prices. The report uses the experience of several pioneering countries to demonstrate how barriers to treatment access can be overcome. It also provides information on the production of new hepatitis C drugs and generic versions worldwide, including where the drugs are registered, where the drugs are patented and where not, and what opportunities countries have under the license agreements that were signed by some companies as well as current pricing of all recommended DAAs, including by generic companies all over the world...*

Il Report personifica l'impegno OMS a rendere i DAAs sempre disponibili in quantità adeguata e a prezzi accessibili ai sistemi sanitari e alle comunità. Radicato nella adozione della 'Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis' alla World Health Assembly del Maggio 2016, Il Report ne mantiene l'impegno (trattare entro il 2030 almeno l'80% di quanti in necessità) e riafferma le '2016 WHO guidelines' nelle quali la raccomandazione all'uso dei DAAs rispecchia la loro inclusione nell'aprile 2015 nella lista OMS dei farmaci essenziali.

Il Report informa che ad oggi oltre 1 milione di persone hanno assunto DAAs nei Paesi a basso e medio reddito. Un buon risultato ottenuto mediante negoziazioni sui prezzi e, soprattutto, la concorrenza da parte degli equivalenti generici a seguito di 'licenze volontarie' (una flessi-

bilità nell' Accordo TRIPS della Organizzazione Mondiale del Commercio) per la produzione locale nei Paesi in via di sviluppo. Grazie a questo meccanismo, prezzi particolarmente bassi sono stati ottenuti soprattutto in Paesi, come l'India, con molteplici industrie generiche in reciproca competizione di mercato.

Persistenti ostacoli

Ma questo non può bastare poiché, mentre i nuovi casi di infezione superano, su base annua, il numero dei pazienti trattati, i prezzi dei DAAS rimangono elevatissimi nei Paesi ricchi e costringono i governi, UE inclusa, a razionare l'erogazione delle terapie.

Peggio ancora, prezzi insostenibili continuano a gravare sui Paesi a medio reddito esclusi dalle formulazioni generiche e dagli accordi di licenza volontaria. Ad esempio, il prezzo per 3 mesi di terapia con la combinazione sofosbuvir-daclatasvir oscilla tra i 9.400 dollari in Brasile e i 79.900 in Romania.

I negoziati hanno infatti ignorato molti Paesi emergenti (Tailandia, Brasile e Cina tra gli altri) perché ritenuti dall' industria mercati lucrativi anche se localmente i malati di epatite C spesso appartengono a fasce povere e marginalizzate.

Del resto, i negoziati di licenza volontaria consentono alla controparte 'brand' un esagerato potere di controllo, inclusa la limitazione del

permesso di esportazione delle copie generiche nella misura consona agli interessi delle multinazionali. Come sostenuto da Medici Senza Frontiere "...VL [voluntary license] agreements often provide generics firms with access only to those markets which a multinational company does not want to or cannot exploit through "monopolistic" marketing, distribution and sales...."

Al contrario, l'emanazione, da parte dei Paesi a basso e medio reddito, di 'licenze coercitive' (altra flessibilità dell'Accordo TRIPS purtroppo non ancora sperimentata in ambito epatite C), consentirebbe alle compagnie generiche di produrre e vendere copie equivalenti di basso prezzo senza limitazioni.

'Licenze coercitive' sarebbero dunque necessarie per massimizzare l'accesso ai nuovi farmaci anti-epatite C, ma non basterebbero senza la continua, coordinata pressione sulle industrie da parte di attivisti, società civile e organizzazioni per indurle a migliori 'performances' in termini di trasparenza, coerenza e responsabilità sociale d'impresa. Nel contempo, gli Stati membri dell'OMS dovrebbero garantire all'Organizzazione maggiore allineamento e supporto finanziario ora che le sue attività, incluso il Programma di Prequalificazione dei Farmaci, risentono negativamente dei tagli dei fondi pubblici. **TM**

Info: d.dionisio@tiscali.it

PER APPROFONDIRE

GLOBAL REPORT ON ACCESS TO HEPATITIS C TREATMENT: FOCUS ON OVERCOMING BARRIERS

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250625/1/WHO-HIV-2016.20-eng.pdf?ua=1>

Over 1 million treated with highly effective hepatitis C medicines

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/hepatitis-c-medicines/en/>

WHO: GLOBAL HEALTH SECTOR STRATEGY ON VIRAL HEPATITIS 2016–2021

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246177/1/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf?ua=1>

WHO issuing updated guidelines for treatment of hepatitis C infection

<http://who.int/hepatitis/news-events/hepatitis-c-guidelines-2016-story/en/>

April 2015 WHO Essential Medicines List

http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML2015_8-May-15.pdf

PREQUALIFICATION PROGRAMME, a United Nations Programme managed by WHO <http://apps.who.int/prequal/>

Gilead Monopoly Prevails Over Non-Discriminatory Access As Debated Hepatitis C Deal Sets Off <http://www.ip-watch.org/2014/09/25/gilead-monopoly-prevails-over-non-discriminatory-access-as-debated-hepatitis-c-deal-sets-off/>

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/>

Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights

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

Epatite C. Report shock Oms: "Farmaci troppo cari. 80 milioni di malati ancora senza cure. Dopo due anni solo poco più di una persona su cento di quelle colpite dal virus ha avuto accesso ai nuovi farmaci. Estendere l'uso dei generici" Quotidiano Sanità 27 ottobre 2016 http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=44490



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".

GAVINO MACIOCCO

Se Uber sbarca in sanità

"Uber è il modo più intelligente di andarsene in giro! Basta un click e un'auto viene a prenderti direttamente. L'autista sa esattamente dove andare. E per pagare... niente contanti!". Questo si legge nel sito web italiano di Uber <https://www.uber.com/it/>.

"I tassisti italiani sono sul piede di guerra. Lo schema, ormai, si ripete identico in tutta Europa: da Londra a Parigi chi ha una licenza per taxi alza barricate contro i conducenti a noleggio. Nel mirino c'è sempre la multinazionale americana che con la sua applicazione online - tramite smartphone o iPad - mette a disposizione degli utenti un nuovo modo di usare le vetture a noleggio: si paga solo con carta di credito e gli autisti ricevono un voto".

È davvero singolare che due tra le più diffuse e autorevoli riviste mediche - BMJ e New England Journal of Medicine - quasi all'unisono abbiano evocato - quasi con lo stesso titolo "Uber for healthcare"¹ e "Uber's Message for Health Care"² - l'irruzione del "metodo Uber" nel mondo della sanità.

I medici hanno perso l'abitudine di fare visite a domicilio. In Inghilterra solo una visita su 25 avviene a domicilio del paziente, negli USA ancora meno, una su 100. Ed ecco che proprio qui si sono sviluppate delle piccole imprese sanitarie che utilizzando un'app simile a quella di Uber si sono specializzate in visite a domicilio. Una di queste si chiama "Heal", opera a Los Angeles ed è diretta da una nefrologa, Renee Dua. L'idea di avviare questa start-up le venne dopo aver cercato invano un pediatra che visitasse il suo bambino e dopo aver trascorso una terribile notte a un pronto soccorso. Heal è attivo tutti i giorni dalle 8 di mattina alle 8 di sera, il medico arriva entro un'ora dalla chiamata, a un costo di 99 dollari (88 euro), un prezzo decisamente basso per le tariffe americane.

A New York e San Francisco opera Pager. Nel suo sito web si legge *"Pager connects your employees with on-demand medical care in their home or office. We help you keep your employees happy and healthy by providing access to efficient and cost-effective urgent care and wellness services"*. La novità è che l'invito diretto alle imprese, il programma si chiama infatti *"Pager for*

Business". I medici possono visitare un paziente presso il suo domicilio (50 dollari) o anche presso il suo luogo di lavoro (per appena 25 dollari).

In Portogallo, a Lisbona, è nato Knok ("Toc, toc, è il dottore che bussa alla tua porta") che usa una app simile a quella di Uber, sia per la ricerca del medico che per la modalità di pagamento (da 60 a 100 euro a visita). Jose Bastos, il fondatore, ha già arruolato 50 medici e altri 70 sono disponibili.

In Inghilterra invece si stanno diffondendo servizi medici online a pagamento in cui è possibile connettersi con un medico via telefono, via sms, via skype, via e-mail³. Se hai un'eruzione cutanea, manda la foto e ti sarà data un'indicazione diagnostica e terapeutica, avverte Dr. Morton's - medical helpline, basato a Londra.

"Il dottore a portata di mano quando ne hai bisogno", questo è il motto di Babylon, altra compagnia di servizi medici online. "Mi sono svegliata presto sentendomi male - racconta una cliente - . Di solito dovevo darmi da fare per cercare di prendere un appuntamento col mio medico di famiglia all'apertura dell'ambulatorio, invece con Babylon ho fissato una videoconsultazione di dieci minuti alle otto di mattina e all'ora di pranzo ho preso i farmaci che mi servivano. Perché non farlo prima?".

Alcune considerazioni

Credo che sia capitato a tutti almeno una volta nella vita di trovare insopportabile il tempo infinito speso nell'inutile ricerca di un taxi o in una sala d'attesa di un pronto soccorso, ultima spiaggia in assenza di un pediatra disponibile, per far visitare un bambino che si lamenta disperatamente (mal d'orecchi? mal di gola? ecc.). Uber ha intercettato questo disagio e questa domanda (rivelatasi enorme, su scala planetaria) e c'è voluto poco perché nella Silicon Valley qualcuno non applicasse l'app di Uber anche in sanità: dimmi dov'è il medico più vicino, entro un'ora bussa alla porta, pagamento online. E perché, al pari di Uber, una nuova offerta di servizi sanitari più a portata di mano e senza troppe attese si diffondesse a macchia d'olio.

Come per Uber nel campo dei taxi, le innovazioni *Uber-like* in sanità mettono a nudo l'incapacità e il ritardo del sistema - e soprattutto

1 Hawkes N, Uber for healthcare, BMJ 2016, 352:i771

2 Detsky AS, Garber AM, Ubers Message for Health Care, N Engl J Med 2016, 374:806-9

3 Torjesen I, The private, online GP will see you now, BMJ 2016, 352:i823

dei professionisti - nel venire incontro alle legittime esigenze degli utenti. Perché è così difficile contattare il proprio medico telefonicamente? Perché non è possibile comunicare con lui via email o via skype? Perché fare una coda e perdere mezza giornata per la banale ripetizione di una ricetta? Organizzazioni più attente all'innovazione – guarda caso diffuse proprio nei pressi della Silicon Valley, cioè in California – come Kaiser Permanente da anni hanno introdotto modalità di rapporto tra medici e pazienti più dirette e più comode, basate sull'uso delle tecnologie e di internet⁴.

L'insieme delle innovazioni che abbiamo descritto rappresenta un'opportunità e anche un forte stimolo verso il cambiamento, soprattutto

verso un nuovo assetto – più moderno, più efficiente, più amichevole - delle cure primarie e della medicina generale che sono, o dovrebbero essere, la porta di accesso al sistema sanitario.

Ma la medaglia di queste innovazioni ha l'altra faccia, assai meno amichevole e rassicurante. Quella della polverizzazione dell'offerta sanitaria in un caotico mercato sanitario, dove il basso prezzo delle prestazioni ha come corrispettivo il basso salario, talora lo sfruttamento, dei professionisti, dove *overdiagnosis* e *overtreatment* sono quasi sempre la regola, dove la qualità non è quasi mai controllata, dove si possono facilmente annidare frodi e abusi. **TM**

Info: gavino.maciocco@alice.it

4 Maciocco G, Salvadori P, Tedeschi P, Le sfide della sanità americana, Pensiero Scientifico, Roma, 2010, p. 139-148

LETTI PER VOI

La vita viva

AA.VV, Edizioni Polistampa

La Bellezza è una terapia? Tutti sanno che un ambiente rasserenante per i colori la luce, la disposizione degli oggetti, predispone ad una maggiore serenità e quindi alla aderenza psicologica alle cure. Le opere d'arte di cui sono ricchi i nostri antichi ospedali avevano indubbiamente anche questo scopo, di stimolare nel paziente il coping. La Bellezza fa parte della Spiritualità. Apprezziamo dunque lo sforzo di un gruppo di lavoro dell'Ospedale di Ponte a Niccheri nella ASL fiorentina che, insieme al Liceo Artistico Statale e all'Istituto per il Restauro di Palazzo Spinelli ha pensato di ornare e arricchire i diversi ambienti dell'Ospedale con scritte, murales, dipinti, che rendono questi ambienti, spesso freddi e scostanti invece vivi e accoglienti. Ne è nata una pubblicazione "La vita viva" edizione Polistampa, che è un vero inno alla vita, come ricorda nella sua introduzione il direttore generale Paolo Morello Marchese. Un libro quindi da leggere e su cui riflettere ma, più che altro, un'iniziativa da imitare. Nei nostri Ospedali super tecnologici l'arte ha ancora un ruolo importante, anche perché può stimolare alcuni pazienti a dar forma esterna ai loro pensieri e alle loro fantasie legate alla malattia, incoraggiando l'arte terapia. Come ci ricorda nella sua prefazione Alfredo Zuppiroli, è solo coll'integrazione tra l'arte e la scienza che possiamo davvero sapere qualcosa dell'essere umano.

Antonio Panti

Campionati Italiani di sci per medici e odontoiatri

I **campionati Italiani di sci** per medici e odontoiatri e loro familiari si svolgeranno a **Moena** (Trento) nei giorni 11 e 12 febbraio 2017, organizzati dalla SIMS (Squadra Italiana Medici Sciatori). Saranno disputate prove di supergigante e slalom gigante in due manches e di slalom veloce (quello con porte a 12 m invece che 8 m).

Le gare sono aperte anche ai colleghi farmacisti, con classifiche separate.

Possono gareggiare anche le altre professioni sanitarie, compresi i veterinari, che verranno inseriti tra i familiari.

Per l'ordine di partenza, verranno utilizzate le categorie FISL-Master: premi per tutte le categorie.

Per informazioni ed iscrizioni rivolgersi al dr. Giorgio Martini (335-8715541) oppure alla segreteria SIMS (324 8194326 Sig.ra Rosaria).

Ricordiamo anche che i Campionati Mondiali di Sci 2017

per Medici, Odontoiatri e Farmacisti si svolgeranno in Italia, a Canazei dal 15 al 18 marzo.

Sarà nostra cura pubblicizzare ulteriori informazioni, appena disponibili, sul sito SIMS www.skisims.it

La SIMS invita tutti, medici ed odontoiatri, a partecipare ad entrambi gli eventi, diffondendo l'informazione a colleghi ed amici.

Questa fu l'alluvione del '66

Ci piace ricordare l'alluvione di Firenze attraverso la poesia scritta in quegli anni dalla poetessa Nora Rosanigo, responsabile anche per molti anni della rubrica letteraria de "Il Medico d'Italia" e di "Federazione Medica, e pubblicata da Giovanni Turziani, Presidente dell'Ordine di Firenze dal 1963 al 1988, nel suo libro "Ricordi e fantasie".

Una sensibilità poetica tutta al femminile che fa rivivere a molti di noi le emozioni, le sensazioni, gli interrogativi di quei giorni e che la sensibilità del non dimenticato Presidente Turziani ci dà l'opportunità di offrire a tutti i medici.

Non erano cicogne ma uomini
appollaiati sui tetti delle case sommerse
immobili zattere in un mare senza riva.

Non erano cicogne e non facevano il nido
ma donne bagnate di pianto
le braccia protese ai salvatori
un arco teso tra cielo e fiume
a colpire la pietà e bambini
e vecchi pietrificati.

Scivolano cadaveri gonfi di morte
rotolano tutte le cose perdute
amputate martirizzate.

Il fango è uno scultore diabolico
l'acqua turbolenta non più francescana sorella
ma matrigna e ladra penetra impunita ovunque
e tutto ruba anche alla morte le sue prede.

Piangono le corone degli angeli porporina e nafta
le piaghe di Cristo in croce la piena ha riaperto
e non v'è che cicuta

a dissetare la sete umana di dolore.

L'Arno con torbida passione ha ucciso
amante folle la sua innocente Firenze
e Venezia ricamatrice di destini

il mare ha trafitto con le sue gondole vuote.

In tutte le terre affogate i fiumi violenti
hanno gettato il seme della fame.

Per giorni e giorni, per notti e notti
torbide acque hanno assediato le case
mentre gli alberi spogli a rami levati
come soldati disarmati

chiedevano resa senza condizioni
bandiere bianche le camicie dei morti

Il vento ha risposto ululando come lupo affamato
tra tenere pecore indifese

per una strage inconsulta e senza fine.

Quando infine la luna sazia ha richiamato
le acque del mare e dei fiumi
il silenzio ha riempito il vuoto di stupore
e le stelle il cielo di lagrime.

E voi uomini che potevate fare
se non prendervi per mano e andare smarriti
distrutti tra le macerie
liberi ormai dalla paura ma legati
a un destino di fango e di fraterna solidarietà?



RICORDO**Carmine Santomaggio, un medico che ascoltava**

Carmine Santomaggio era un bravo medico, una persona gentile, un collega prezioso, un amico fraterno.

Aveva iniziato la sua storia professionale come uno pneumologo con un interesse forte per l'oncologia e, nel tempo, era diventato un oncologo con particolari competenze in pneumologia.

Di lui ricordo oltre la preparazione medica, la grande disponibilità all'ascolto e, soprattutto, la ricerca costante del coinvolgimento di specialisti diversi nella discussione di ogni singolo caso clinico.

Di lui i pazienti ricordano non solo la grande umanità, ma soprattutto la percezione che ognuno di loro non era un caso, ma una persona di cui ricordare non solo la malattia, ma anche il viso, il carattere, i problemi, le emozioni.

Carmine se ne è andato lavorando, rifiutando l'idea che la sua malattia lo dovesse obbligare a tirare i remi in barca, a pensare ad altro. Con questa forza ha passato gli ultimi anni svolgendo alternativamente il ruolo di medico e di paziente, programmando i suoi giorni con passione e ironia.

Con la stessa passione e onestà ha sposato la sua compagna, la sera prima di morire.

Gianni Amunni

RICORDO**Giancarlo Berni primario a Santa Maria Nuova**

Nel 1972, quando avevo l'incarico della direzione sanitaria del Meyer, ho conosciuto Giancarlo Berni che frequentava la scuola di specializzazione di pediatria diretta dal professore Francesco Ragazzini e nella quale tenevo le lezioni di legislazione sanitaria. Ricordo che alla discussione della tesi presentò una dotta dissertazione sui farmaci antibiotici. In quella circostanza il professore Giorgio Bartolozzi mi disse testualmente "È un medico eccellente, a Firenze si parlerà di lui".

Dieci anni dopo nel 1982, quando ero direttore sanitario di Santa Maria Nuova, entrò nell'organico medico in qualità di primario dell'Unità operativa di medicina, che era stata diretta dal professore Paolo Cappelli. Insieme, come aiuto, venne anche Alfonso Lagi, che nel 1987, quando lasciò Santa Maria Nuova per dirigere il Dipartimento di Emergenza a Careggi, subentrò a lui nel primariato.

Per onorare la sua memoria e il nostro rapporto di amicizia, posso testimoniare sull'impegno che in questi cinque anni abbiamo profuso entrambi per accrescere l'efficienza del secolare ospedale fiorentino e migliorare le sue prestazioni di cura e assistenza.

Quando nel 1970 iniziai l'incarico della direzione sanitaria, il pronto soccorso di Santa Maria Nuova era attestato in due locali, cui si accedeva direttamente dal corridoio d'ingresso. Nei pressi, ma senza continuità ambientale, era localizzata

l'astanteria che disponeva di dieci letti. L'organico dei chirurghi e dei medici addetti era "autonomo" perché non faceva parte delle rispettive strutture divisionali, ma dipendeva dal direttore sanitario per gli aspetti organizzativi.

Il riordino strutturale e funzionale del servizio di soccorso e accettazione fu attuato progressivamente in due fasi operative, che risulteranno propedeutiche tra loro.

La prima fase si è sviluppata nel secondo quinquennio degli anni '70. Dal punto di vista organizzativo fu superata l'anacronistica autonomia di questo servizio, la cui impostazione concettuale si può far risalire al Regolamento ospedaliero approvato da Pietro Leopoldo nel 1783. I due organici furono integrati con quelli delle rispettive Unità operative di chirurgia e di medicina. Contestualmente furono messi in atto interventi di adeguamento delle strutture e degli impianti, nonché il rinnovo delle apparecchiature e degli arredi. Venne rinnovato a fondo il reparto di rianimazione diretto da Piero Alfonsi; furono allestite tre sale per l'emergenza con due letti di terapia intensiva; fu aperto un reparto di accettazione con venti letti per l'osservazione clinica. Questo era l'assetto dei servizi di soccorso in emergenza che ha trovato Giancarlo Berni nel 1982 quando ha ricoperto il suo primo incarico di primario.

La seconda fase di riordino si è sviluppata nel corso degli anni '80. Dopo l'avvento delle Unità sanitarie gli "Stabi-

limenti riuniti" dell'Arcispedale furono scorporati e Santa Maria Nuova assunse la configurazione istituzionale di "presidio ospedaliero" della USL centrale di Firenze.

In base ad un progetto-guida elaborato dalla direzione sanitaria nel gennaio 1978 e utilizzando al meglio le risorse erogate dalla Regione, fu possibile realizzare il risanamento dei reparti di degenza e l'ammodernamento dei servizi sanitari. In questo periodo furono introdotte innovative iniziative di organizzazione ospedaliera: il servizio psichiatrico diretto da Graziella Magherini; il *day-hospital* istituzionalizzato; l'avvio propedeutico del dipartimento di emergenza e accettazione.

Il "DEA" costituito sotto la sua guida a Santa Maria Nuova, in base alla legge regionale 70/1984, è stato il primo impegno che Giancarlo Berni ha intrapreso in questo settore.

L'ospedale si è avvalso del suo autorevole apporto. Tutti coloro che nel quinquennio 1982-87 sono ricorsi al "pronto soccorso" di Santa Maria Nuova si sono avvalsi della sua scienza medica.

In anteprima nel più antico ospedale di Firenze ha sperimentato e messo in pratica la sua nuova concezione della medicina d'urgenza.

Con il lavoro svolto per lunghi anni alla direzione del dipartimento di emergenza di Careggi ha contribuito ad elevare la cultura medica di Firenze, onorando come altri eletti la sua città.

Sandro Boccadoro

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 let-

tori 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!

Certificati scolastici: aggiornamento

La Regione Toscana, con un decreto del 25/10/2016, ha aggiornato la modulistica necessaria per autorizzare la somministrazione di farmaci indispensabili o salvavita agli alunni in ambito scolastico. L'utilizzo di pro-

cedure e modulistica condivisa, non solo per la somministrazione dei farmaci, ma anche per le certificazioni sportive e altre tipologie di certificati, consente ai medici e ai dirigenti scolastici di rendere più semplice ogni ti-

po di intervento del medico, evitando fraintendimenti e incomprensioni che a volte possono insorgere. Per la modulistica consultare il sito dell'Ordine www.ordine-medici-fiorenze.it.

Focus sui farmaci biologici e biosimilari

Sul portale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici www.fnomceo.it è stata pubblicata la notizia dell'indagine sul tema dell'aderenza alle terapie con un focus sull'uso dei farmaci biologici e biosimilari, promossa da Cittadinanzattiva e alla quale la FNOMCeO ha aderito. Cliccando sul link sottostante, è

possibile compilare il questionario inerente all'indagine che ha l'obiettivo di raccogliere l'esperienza dei medici rispetto all'aderenza alle terapie e all'uso e prescrizione dei farmaci, con focus su quelli biologici, per capire come e se le disposizioni/indicazioni ai diversi livelli (nazionali e regionali) impattino nell'esercizio

quotidiano della pratica clinica e rispetto al Codice deontologico. I dati che verranno raccolti saranno utilizzati in forma anonima e aggregata, nel pieno rispetto delle normative sulla privacy. Per accedere al questionario: <http://www.esurveyspro.com/Survey.aspx?id=483883a2-6109-4f1a-87ca-a96fdd2d6faa>.

Indennizzi per gli ex specializzandi: le richieste della FNOMCeO

"Prevedere che la remunerazione annua omnicomprensiva, di importo pari a 11.000 euro, sia riconosciuta indipendentemente dalla presentazione o meno di domanda giudiziale per il riconoscimento retroattivo di remunerazione o risarcimento del danno". È quanto ha chiesto la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, rappresentata dalla Presidente Roberta Chersevani e dal Vicepresidente Maurizio Scassola, ricevuta in audizione davanti alla Commissione Istruzione pubblica, beni culturali del Senato nell'ambito dell'esame del disegno di legge n. 2400 "Disposizioni relative alla corresponsione di borse di studio ai medici specializzandi ammessi alle scuole di specializzazione dal 1978, specializzati negli anni dal 1982 al 1992, e all'estensione dei benefici normativi ai medici

specializzandi ammessi alle scuole di specializzazione universitarie negli anni dal 1993 al 2006". La questione è nota e nasce da lontano, e precisamente dalle direttive Europee 75/362/CEE, 75/363/CEE e soprattutto dalla 82/76/CEE (coordinate con la direttiva 93/16/CEE) che hanno introdotto, in favore dei medici iscritti ai corsi di specializzazione, tanto a tempo pieno quanto a tempo ridotto, il diritto ad una adeguata remunerazione in tutti gli Stati membri. È solo dal 1991 – e in seguito alla condanna della Corte di Giustizia CE – che l'Italia inizia a recepire, e in maniera parziale, il provvedimento, dando il via a un contenzioso che è costato sinora alle casse dello Stato più di 500 milioni di euro e potrebbe arrivare a far spendere sino a cinque miliardi di euro. Favorevoli i rilievi della FNOMCeO

sul DDL A.S. 2400, adottato come testo base dalla Commissione, in particolare laddove "esso oltre al riconoscimento economico retroattivo del periodo di formazione stabilisce anche una modalità alternativa di sanatoria, consistente in periodi di contribuzione figurativa, che può condurre al prepensionamento o all'integrazione della pensione già percepita". La FNOMCeO auspica infatti "che attraverso l'approvazione di un provvedimento legislativo possa risolversi definitivamente la questione esposta che tocca la giustizia e i sacrifici di tante famiglie, adeguandosi quindi completamente alle indicazioni provenienti dalle direttive comunitarie e dalle sentenze richiamate. Il diritto di matrice comunitaria ha infatti sancito ciò che la ragione avrebbe dovuto riconoscere da subito".

Annuario statistico del SSN

Sul sito internet del Ministero della Salute www.salute.gov.it è stato pubblicato l'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale riferito all'anno

2013. Tale Annuario riporta i dati relativi all'assetto organizzativo, alle attività e ai fattori produttivi del SSN, analizzando l'attività distrettuale territoriale, quella

ospedaliera, sia pubblica che privata e il personale in servizio. Vengono anche evidenziati i dati a livello regionale e per singoli ambiti di attività sanitaria.

Prescrizione dei farmaci

Con una recente delibera la Regione Toscana ha autorizzato alcuni centri privati accreditati alla prescrizione di farmaci sottoposti dall'AIFA ad alcune limitazioni quali il piano terapeutico, il Registro ed altro. La decisione è corretta sul piano giuridico e viene incontro alle esigenze dei cittadini che, recatisi per una qualsiasi prestazione da uno specialista operante in un centro privato accreditato, potrebbero essere costretti a

rivolgersi ad un centro pubblico per ottenere la necessaria prescrizione. Qualche perplessità nasce dall'esperienza che la moltiplicazione dei centri specialistici autorizzati alla prescrizione di farmaci spesso costosi possa comunque creare le condizioni per un minor controllo della spesa sanitaria totale. Un problema ancora maggiore si solleva perché in tal modo si emargina sempre di più la prescrizione dei medici generali. Vi sono farmaci

il cui avvio terapeutico è logicamente demandato allo specialista, mentre il medico generale garantisce la continuità della somministrazione e il monitoraggio; ma vi sono altri farmaci, quali i NAO, che dovrebbero essere di competenza anche del medico generale. Nel venire incontro alle esigenze dei cittadini la nostra Regione dovrebbe sperimentare un maggiore affidamento della prescrizione dei farmaci ai medici generali.

Emergenza-Urgenza: le direttrici FNOMCEO

Una "To do list", una serie di punti da affrontare che delineeranno il programma di lavoro del nuovo Tavolo tecnico della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici sul "Rapporto tra professioni nell'emergenza urgenza" - istituito il 7 luglio scorso - a cui sono stati invitati esperti dell'emergenza urgenza, rappresentanti IPASVI, AIFA e rappresentanti della Magistratura. È quanto è emerso dal Consiglio Nazionale monotematico della FNOMCeO che, tutto dedicato ai rapporti tra le diverse Professioni sanita-

rie nell'ambito dell'emergenza-urgenza, si è tenuto la settimana scorsa a Roma. "L'obiettivo ultimo e condiviso - afferma la coordinatrice del Tavolo, Anna Maria Ferrari - è quello di rendere più omogeneo ed efficace, a tutela della salute del cittadino e delle professioni, il sistema d'emergenza urgenza, che soffre di vuoti legislativi, normativi ed organizzativi che hanno contribuito alla elaborazione ed applicazione di modelli assistenziali non comparabili fra di loro". Maggiore uniformità degli standard sul territorio

nazionale, una chiara ripartizione delle responsabilità tra le diverse professioni, una definizione univoca delle caratteristiche di professionalizzazione dei mezzi di soccorso, regole certe per la somministrazione di alcuni farmaci da parte degli infermieri, su protocollo e/o su indicazione in remoto da parte del medico: queste alcune delle problematiche rilevate dal Gruppo di Lavoro sui rapporti tra le Professioni Sanitarie, nel cui ambito è stato creato il Tavolo tecnico sull'emergenza-urgenza.

Esclusione di obbligo di reperibilità per dipendenti del settore privato

Con la circolare INPS n. 95/2016 sono state pubblicate le linee guida per i medici che redigono i certificati di malattia che riguardano i lavoratori del settore privato affetti da malattie correlate

a patologie gravi che richiedono terapie salvavita. In particolare nella circolare sono fornite le indicazioni di esclusione dall'obbligo di reperibilità per i dipendenti colpiti da tali eventi morbosi, pur-

ché comprovati da idonea documentazione di una struttura sanitaria e si tratti di istati patologici sottesi e connessi a situazioni di invalidità riconosciuta, in misura pari o superiore al 67%.

Vaccini: Ricciardi (ISS) scrive al Procuratore di Roma

Sulla questione dei vaccini si ritiene molto interessante diffondere la lettera aperta che Walter Ricciardi, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, ha inviato al Procuratore capo di Roma, Giuseppe Pignatone.



Walter Ricciardi,
Presidente Istituto
Superiore di Sanità.

Signor Procuratore,
Le chiedo preliminarmente scusa per rivolgermi al Suo Ufficio in modo non convenzionale, ma non volendo disturbare Lei ed i Suoi collaboratori dagli importanti impegni preferisco utilizzare il formato della lettera aperta, anche per l'irritualità delle modalità con cui nei giorni scorsi un'associazione denominata **Codacons** ha emesso un comunicato stampa in cui, dopo aver criticato il Presidente della Repubblica per essersi pronunciato in modo inequivocabile a favore delle vaccinazioni e

contro i propalatori di notizie antiscientifiche che abusino della credulità popolare e pongano a serio rischio la salute dei cittadini, preannuncia una class action, un ricorso al Tar ed un esposto nei miei confronti alla Procura da Lei diretta per procurato allarme. Quest'ultimo per aver io detto che il calo delle vaccinazioni, in particolare quella contro il morbillo, avrebbe provocato un numero elevato di casi, alcuni di questi complicati e potenzialmente letali per i bambini non vaccinati.

Queste affermazioni, da me effettivamen-

te fatte, sono radicate in rigorose analisi epidemiologiche che l'Istituto Superiore di Sanità, che ho l'onore di presiedere, svolge dal 1934 con l'esclusivo scopo di tutelare la salute dei cittadini italiani, quale organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel documento che Le allego troverà l'ultima nostra analisi, datata 26 ottobre 2016, in cui tracciamo lo scenario alla luce delle attuali coperture vaccinali. Come potrà osservare, sulla base dei dati di copertura vaccinale a 24 mesi di età (1 dose) dal 2008 al 2015, pubblicati sul sito del Ministero della Salute, è stato possibile calcolare il numero di suscettibili al morbillo nella fascia di età 2-9 anni. È stato stimato un accumulo di bambini suscettibili al morbillo nell'intero periodo pari a circa 670.000 bambini di età compresa fra 2 e 9 anni, che corrisponde al 15,3% dei circa 4.400.000 nuovi nati dal 2008 al 2015.

Ciò considerato, le attuali coperture vaccinali determinano l'accumulo medio di circa 84.000 nuovi soggetti suscettibili ogni anno e questo aumenta il rischio di epidemie sul territorio nazionale, soprattutto nelle regioni che per più tempo hanno avuto livelli di copertura vaccinale bassi.

Oltre ai bambini piccoli, non va dimenticato che rimangono delle sacche di suscettibili anche nei bambini più grandi e nella popolazione più adulta, soprattutto adolescenti e giovani adulti, questi ultimi stimati in un numero pari a circa 1.500.000. Recenti epidemie in Italia hanno infatti coinvolto maggiormente la popolazione adulta, inclusi gli operatori sanitari.

Va ricordato che il morbillo è altamente contagioso (R0 14-18) e che epidemie di morbillo si possono verificare quando meno del 10% della popolazione è suscettibile alla malattia. Inoltre il 30-40% circa dei casi di morbillo presenta una o più complicanze. La frequenza stimata delle principali complicanze è di 1 caso di diarrea ogni 12 bambini malati, 1 caso di otite ogni 14, 1 caso di polmonite ogni 20, 2 casi di morti ogni 1.000 bambini malati.

In Italia, dall'inizio del 2008 ad agosto 2016, sono stati segnalati 19.119 casi di morbillo in tutte le fasce di età. L'informazione sull'esito della malattia è noto solo per 6.039 casi e tra questi sono stati registrati 2 decessi in seguito alle complicanze della malattia, nel 2008 in Piemonte e nel 2011 in Lombardia (Fonte: Sistema di Sorveglianza Integrato del Morbillo e della Rosolia, ISS-CNESPS). Questi dati sono quindi ampiamente sottostimati.

Va ricordato che l'Italia, insieme all'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO Regional Office for Europe), è impegnata, attraverso il Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015, ad adottare strategie vaccinali per raggiungere l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. Tuttavia, il nostro Paese è uno dei 18 Paesi (di 53) della Regione Europea (e uno degli 8 Paesi EU/EEA) dove la trasmissione endemica del morbillo non è stata ancora interrotta (dati WHO Regional Office for Europe 2016, relativi all'anno 2014). Nel frattempo, grazie a intense campagne vaccinali tutta la Regione americana è stata dichiarata recentemente libera dal morbillo.

Nella tabella (si veda l'allegato *Casi e stima delle complicanze per anno in Italia in tre periodi con diverse coperture vaccinali*) vengono riportati il numero di casi per anno e le complicanze più severe suddivisi in tre periodi con differenti coperture vaccinali. Il numero di casi evitati e la riduzione delle ospedalizzazioni si può stimare dalla differenza tra i vari periodi. La tabella evidenzia come il passaggio da coperture comprese tra il 75 e l'85% a coperture di 85-90% abbia permesso di evitare più di 23.000 casi e circa 7.000 ricoveri.

Spero, con questa analisi, che troverà approfondita nei suoi dettagli anche metodologici nel documento allegato, di averLe rappresentato la drammaticità della situazione ed anche il perché, dopo le prese di posizione decise di tutte le Società Scientifiche italiane, della Federazione di tutti gli Ordini dei Medici, di tutti i cittadini onesti e informati (alcuni purtroppo solo dopo aver pagato caramente i consigli dati da cattivi consiglieri) e di tutte le più importanti istituzioni governative e parlamentari, è importante avere anche la Magistratura al fianco dei medici e degli scienziati per contrastare chi per diversi e spesso turpi motivi abusa della credulità popolare, esponendola a rischi gravissimi per sé e per le persone care, spesso bambini ed anziani, non in grado di decidere da soli e che stanno pagando, ammalandosi o in alcuni casi perdendo la vita, le scelte sciagurate di chi è disinformato o in alcuni casi letteralmente esortato a fare scelte sbagliate.

Sono naturalmente a Sua completa disposizione per ogni ulteriore approfondimento.

Con tutta la mia stima Le rivolgo distinti saluti.

Valter Ricciardi

Una decisione della corte dei conti

Il dr. X è stato condannato al risarcimento del danno a favore della sua ASL nella misura di 15.640,000 euro, oltre alla rivalutazione monetaria da calcolarsi, secondo gli indici ISTAT e agli interessi legali nonché alle spese del giudizio.

In particolare, venivano nei confronti del medico mosse le seguenti contestazioni:

– Elevato numero di assistiti trattati con

- determinate categorie di farmaci;
- Elevato numero di ricette pro-capite (scostamento dalla media ASL compreso tra il 28% e il 24%);
- Elevati quantitativi di farmaci per singolo assistito;
- Elevata prescrizione di molecole costose;
- Limitato utilizzo di farmaci non più coperti da brevetto;

- Mancato rispetto delle note AIFA;
- Mancato rispetto delle indicazioni terapeutiche previste dall'autorizzazione all'immissione in commercio del farmaco e riportate nella scheda tecnica.

Questa sentenza apre prospettive complicate e difficili sulle quali occorre discutere.

Pubblichiamo volentieri il manifesto dell'Auser Toscana, quale segno di costruttiva collaborazione con i cittadini.

Campagna vaccinale contro l'influenza stagionale 2016



**Unitamente all'ordine dei medici
e degli odontoiatri toscani**



VACCINATI
CONTRO L'INFLUENZA!

PROTEGGERAI TE STESSO
E LA TUA FAMIGLIA

Vaccinarsi è un dovere sociale

perchè rende più difficile la circolazione del virus fra la popolazione
Inoltre il virus sarà anche meno aggressivo

***La comunità che pensa alla protezione non solo
personale ma anche sociale, è proprio
un argomento fondamentale per la nostra
associazione di volontariato rivolta alla persona.
Siamo quindi sicuri che non solo vi vaccinerete,
ma che farete anche azione attiva di convincimento
nei riguardi degli scettici e degli indifferenti.***

AUSER Toscana Via Pier Paolo Pasolini n° 105 / 50019 Sesto Fiorentino (FI)
Te. 055444281 e-mail: segreteria@auser.toscana.it



Manfredo Fanfani

IMPIANTI E REIMPIANTI



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

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

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