

# TOSCANA MEDICA

MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO A CURA DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE

Mensile - Anno XXXV n. 10 novembre 2017 - Poste Italiane s.p.a. - Sped. Abb. Post. - 70% Firenze  
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 45) art. 1, comma 1, DCB FI - Aut. Trib. Fi. n. 3138 del 26/05/1983

NOVEMBRE 2017 **10**



## Miró e Marino

### I colori del Mediterraneo



**Medicina interna:**  
intensità di cure e territorio

**Il medico di medicina generale**  
e le cure palliative di I livello



**Screening e adenocarcinoma**  
del polmone

**La chiave di svolta**  
è lavorare insieme



ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE







Anno XXXV - n. 10 novembre 2017  
Poste Italiane s.p.a.  
Spedizione in Abbonamento Postale  
D.L. 353/2003 (conv. in 27/02/2004 n. 46)  
art. 1, comma 1, DBC Firenze

**Direttore Responsabile**  
Antonio Panti

**Redattore Capo**  
Bruno Rimoldi

**Redattore**  
Simone Pancani

**Segreteria di redazione**  
Antonella Barresi

**Direzione e Redazione**  
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze  
tel. 055 0750625 - telefax 055 481045

<http://www.toscana-medica.org>  
[a.barresi@omceof.it](mailto:a.barresi@omceof.it)

**Editore**  
Edizioni Polistampa - Firenze  
via Livorno 8/32 - 50142 Firenze

**Pubblicità**  
Edizioni Polistampa - Firenze  
tel. 055 737871 - fax 055 7378765

[www.polistampa.com](http://www.polistampa.com)  
[redazione@polistampa.com](mailto:redazione@polistampa.com)

**Stampa**  
Tipografia Editrice Polistampa  
via Livorno 8/32 - 50142 Firenze

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", Lei ha 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:

[toscana-medica@ordine-medici-firenze.it](mailto:toscana-medica@ordine-medici-firenze.it)

Fondato da  
**Giovanni Turziani**

*In copertina*  
Marino Marini,  
*Cavallo*, 1953  
tempera e smalto  
su carta,  
cm 43x62  
Fondazione  
Marino-Marini, Pistoia.



Antonio Panti



Bruno Rimoldi



Simone Pancani



Antonella Barresi

## LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4** Nell'anno di Pistoia, Marino ospita Miró  
*Federico Napoli*

## EDITORIALE

- 5** Messaggio in una bottiglia  
*Antonio Panti*

## OPINIONI A CONFRONTO

- 6** Le nuove promesse dell'immunoterapia oncologica  
*G. Amunni, F. Attanasio, V. Boscherini, R. Damone,  
R. Danesi, F. Di Costanzo, M. Maio*
- 13** Una promessa mantenuta  
*Antonio Panti*

## QUALITÀ E PROFESSIONE

- 14** L'internista per l'ospedale del futuro (e del presente)  
*Valerio Verdiani*
- 17** La Medicina interna fra intensità  
di cure e territorio  
*Giancarlo Landini*
- 19** La chiave di svolta è lavorare insieme  
*Elisabetta Altì*
- 21** Wikipedia e Medicina  
*Marco Masoni, Maria Renza Guelfi*
- 23** La Casa della Salute di Lamporecchio  
*Marco Bonini*
- 25** Il medico di medicina generale  
e le cure palliative di I livello: una storia di assistenza  
*Francesca Bondi*
- 27** Screening e adenocarcinoma del polmone:  
un post  
*A. Lopes Pegna, E. Paci, F. Carozzi, L. Carrozzi, F. Falaschi,  
M. Mascalchi, G. Picozzi, D. Puliti, M. Zappa*

## RICERCA E CLINICA

- 29** Nodulo tiroideo  
*Luisa Petrone, Gianni Forti*

## FRAMMENTI DI STORIA

- 32** Il Cardinale Guglielmo Massaja, Padre del Fantatà  
*Pier Luigi Tucci*
- 34** Ex-Multis Unum  
*Fernando Praticchizzo*

## RICORDO

- 33** Mauro Barni: ancora un ricordo di un collega  
*Mario Graev*

## SANITÀ NEL MONDO

- 35** La resa di Loris (e del Servizio Sanitario Nazionale)  
*Gavino Maciocco*

## POLITICHE PER L'EQUO ACCESSO ALLA SALUTE

- 37** UE: abrogare i Certificati di Protezione Supplementare  
per le medicine  
*Daniele Dionisio*

## STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

- 40** Una storia di aureole e di cappelli (*prima parte*)  
*Manfredo Fanfani*

## LETTERE AL DIRETTORE

- 44** Una professione assediata  
*Alberto Feci*

## 45 - VITA DELL'ORDINE / NOTIZIARIO

## 18 - LETTI PER VOI



## Nell'anno di Pistoia, Marino ospita Miró

di Federico Napoli

“Io sono etrusco” ha detto Marino Marini in un'intervista del 1961. “Io sono mediterraneo” avrebbe potuto rispondere Joan Miró. Differenze? Apparenti, ma non sostanziali: l'affermazione di appartenenza espressa dallo scultore pistoiese fa riferimento alla composizione volitiva delle sue opere, alla rigorosità rappresentativa, al loro stesso calarsi nella luce degli spazi così delineati; l'affermazione del pittore catalano ritrova nell'ambiente attorno una ragione di vita, ne trae linfa sempre nuova, anch'essa segnata dalla luminosità.



Joan Miró, *Barrio chino*, 1971, litografia originale a colori, cm 605x90, Guastalla Centro Arte, Livorno.

Nell'anno di Pistoia capitale della cultura, il Museo del Palazzo del Tau presenta una mostra dal titolo “Miró e Marino. I colori del Mediterraneo”: due artisti qui colti in un raffronto seguendo la loro componente pittorica. Pertanto, è una nuova mostra dedicata dalla sua città natale all'artista pistoiese, in questo anno 2017, essendo l'altra ospitata presso Palazzo Fabroni e dedicata alle “passioni visive” dello scultore. Ma qui, in questa seconda esposizione, si vuole verificare maggiormente la personalità dell'artista filtrata attraverso le sue opere pittoriche e grafiche, raffrontandolo a livello internazionale e ricavandone un sicuro sapore europeo, nell'occasione accostandolo a Joan Miró con il quale condivide “la vitalità e la gioia di vivere attraverso l'uso del colore” (Maria Teresa

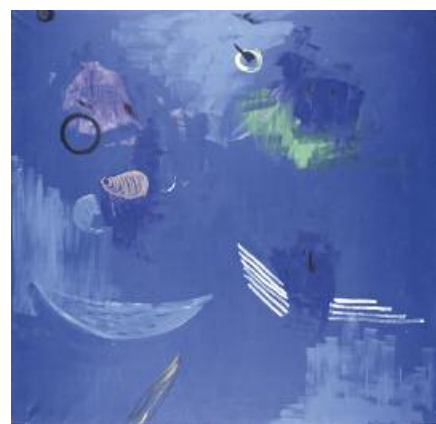
Tosi, direttrice della Fondazione Marini di Pistoia). Marino era solito partire da un disegno e da una composizione pittorica per trasporla poi nelle tre dimensioni, occupando lo spazio. In lui, un'attenzione particolare è sempre dedicata alla presenza del colore che ritrova una sua pertinenza anche quando è disteso sulla superficie delle sculture, in tal modo l'autore le attualizza, le rende credibili e quotidiane, calandole nella realtà, ma nello stesso tempo in una dimensione artistica. Il colore-luce è l'affermazione di Miró, con una cromia piatta essenziale fatta di forti contrasti scevra da piacevolzze, graficizzata; linee che in Miró assurgono a forme che si affermano nello spazio. In lui il gesto volitivo raggiunge anche composizioni di vago sapore antropomorfo; in Marino, le forme accorpate sono alla ricerca continua di un dialogo con lo spazio. È un interscambio culturale, che avviene idealmente fra lo scultore pistoiese e il pittore catalano già da prima il loro iniziale incontro avvenuto nella Parigi degli anni Cinquanta presso la stamperia d'arte di Fernand Mourlot e che prosegue poi in un'amicizia coltivata da una intensa affinità – in mostra è esposta parte della corrispondenza intercorsa fra loro –: Miró è nato qualche anno prima del pistoiese che scomparirà con tre anni d'anticipo rispetto all'amico. Ma fra i due, pur con differenze caratteriali, sono tante le radici comuni da cui trarre alimento: la mediterraneità “calda e sensuale”, il vivere affacciati anzi circondati da un mare che è stato culla di innumerevoli civiltà che sono alle spalle di tutto il mondo occidentale. Ancora: la suggestione del colore (Marino) e il



Joan Miró, *Maqueta per a Els gossos VII*, 1978, gouache, pastello, inchiostro e collage su carta, cm 1165x74, Fundació Pilar i Joan Miró, Mallorca.

coinvolgimento nell'uso del colore (Miró), ma anche il riferimento all'armonia, all'equilibrio e alla sintesi espressiva degli antichi. Infine, in ambedue gli autori l'espressione artistica diventa essenziale e decisa, ludica e drammatica a un tempo, solare ma anche ironica.

Padroni delle forme e dei colori, delle superfici e degli spazi, Marino e Miró a Pistoia testimoniano una grande lezione di creatività.



Marino Marini, *Oggetti nello spazio*, 1967, tempera su tela, cm 159x160, Fondazione Marino Marini, Pistoia.



**Miró e Marino. I colori del Mediterraneo**

Museo Marini, Corso Fedi 30, Pistoia

Fino al 7 gennaio 2018

orario: martedì-sabato 10.00-17.00. Ingresso gratuito

<http://www.fondazionemarini.it/mostraincorso.php>

# Messaggio in una bottiglia

di Antonio Panti

ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE



Il paziente giunse in ospedale, una piccola avveniristica costruzione, più simile a un resort di lusso, e un tecnico lo indirizzò al posto assegnato dalla consolle di comando. I robot di servizio iniziarono subito ad attuare il piano personalizzato mentre il chiosco mobile per gli accertamenti cominciò a darsi da fare; i servizi di *imaging* erano già tutti robotizzati e l'HS (*health smartphone*) dell'infermiere riceveva i dati per trattarli sulla base di app. Al centro operativo, in una stanza lontana, il medico seguiva il tutto applicando le ultime linee guida ministeriali appena giunte sul suo personal. Anche i pazienti chirurgici restavano ricoverati poco tempo; il medico poteva seguirli a domicilio mediante un sistema di connessioni che sfornavano a getto continuo dati assemblati dalla piattaforma informatica secondo precisi algoritmi. L'infermiere domiciliare consultava il medico al bisogno perché gli stessi algoritmi dirigevano il paziente bloccando il sistema in caso di pericolo e dettando le modifiche previste della terapia. Insomma il libero mercato coniugato con l'innovazione tecnologica aveva risolto il maggior problema della medicina moderna, l'assistenza ai cronici, mediante la sorveglianza continua consentita dalla medicina virtuale. Già oggi tutto può essere connesso e letto in remoto, ma se questo è il futuro che ci attende quale professionista servirà, un medico o uno specialista in burocrazia? Dovrebbe essere utile un medico il quale, tuttavia, dovrà essere più esperto nella relazione umana oppure nella gestione dei dati? Agirà, il medico, nell'interesse del paziente oppure nell'interesse dell'azienda o tenterà di sdoppiarsi in questa duplice veste? E quanti medici serviranno?

Più o meno il quadro descritto si realizzerà entro pochi anni. Compreso il potenziamento delle funzioni biologiche per cui ai medici sarà chiesto di intervenire per migliorare le capacità dell'uomo. Che ne sarà allora della conoscenza dell'uomo, delle sue passioni, delle sue emozioni, del suo vissuto individuale, di quell'essere unico che è ogni persona e che tuttora rappresenta lo specifico campo della medicina? Che è nata per rispondere alla sofferenza e non può mai essere virtuale né, credo, affrontabile con un algoritmo o con qual-

che battuta su Facebook. Non è facile resistere alla marcia trionfante della tecnica. Ma se questa scelta, tra un professionista della virtualità e un esperto dell'uomo, si pone davvero, allora molto si gioca, qualora volessimo mantenere il ruolo sociale della medicina al servizio dell'uomo, sull'indipendenza del medico, sulla sua libertà, che non è anarchia ma riproposizione del difficile quesito tra il bene del paziente e le esigenze della comunità. In buona sostanza come usare le risorse disponibili dal momento che una medicina selettiva per censo non è credibile?

E c'è un secondo problema: di quanti medici ci sarà bisogno? Non è facile rispondere anche perché dovremmo prevedere quale sarà la capacità di resilienza dei servizi sanitari e basti pensare a come è difficile per Trump eliminare l'Obamacare. Quale politica, per quanto dipendente dalle multinazionali, sarà capace di abbassare oltre un certo limite i livelli assistenziali? E poi si guadagna sulla malattia non sulla prevenzione. Tuttavia il problema esiste. È indubbio che, in questo enorme riassetto tecnologico della sanità, i medici dovrebbero essere in minor numero, più competenti e capaci di coniugare professione e gestione; però resterà sempre un ambito libero dalla virtualità digitale e risolvibile solo mediante l'esercizio dell'intelligenza umana.

Lo spazio operativo più importante del medico rimane la relazione umana. Nonostante il fascino della tecnica che, è vero, consente ai medici oggi di avere *chances* enormi rispetto ai nostri antenati, l'uomo quando è malato ha bisogno del rapporto con l'uomo. E questa è la grande forza della medicina per cui è necessario in ogni occasione riaffermare l'orgoglio di essere medici e rilanciare l'unità della categoria. L'indipendenza del medico è la maggior garanzia per la tutela della salute e l'appello all'unità si sostanzia nella capacità di abbandonare i personalismi ottusi. Gli Ordini dovrebbero avere il fondamentale compito di tutelare la professione attraverso la collegialità. Auguriamoci un futuro unitario per l'indipendenza della medicina. Questo è il messaggio nella bottiglia per le prossime generazioni.



# Le nuove promesse dell'immunoterapia oncologica

a cura di Simone Pancani

✓ **TOSCANA MEDICA** - Ad oggi l'immunoterapia oncologica può essere considerata arma di primo livello, al pari di quanto siamo abituati a pensare per la chirurgia o la chemioterapia?

**AMUNNI** - Nel campo della terapia medica dei tumori oggi disponiamo sostanzialmente di tre classi di farmaci, i citotossici classici, i farmaci cosiddetti "bersaglio-specifici", cioè in grado di colpire selettivamente cellule tumorali con determinate caratteristiche biologiche e quelli immunoterapici che agiscono aumentando le difese immunitarie dell'organismo colpito dalla malattia.

Queste tre opzioni non rappresentano l'evoluzione di un determinato percorso, bensì degli strumenti che aumentano le opzioni terapeutiche a disposizione dell'oncologo medico. Facendo salva la considerazione che l'approccio immunologico alla malattia neoplastica data ormai da diverso tempo, la novità di cui oggi possiamo servirci è rappresentata dalla disponibilità attuale di tutti e tre questi strumenti di cura.

**DI COSTANZO** - Dal punto di vista concettuale ricordo che l'immunoterapia oncologica, seppure con la propria specificità, deve essere considerata a buon diritto tra le terapie mediche oggi a disposizione dell'oncologo.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Rimanendo nel campo della terapia medica dei tumori, quali sono le differenze nella tipologia di azione degli immunoterapici rispetto ai citotossici e ai farmaci "bersaglio-specifici"?

**MAIO** - Oggi possiamo affermare con certezza che, soprattutto nel caso dei

tumori solidi, la chirurgia mantiene ancora tutta la sua validità e lo stesso può dirsi dell'immunoterapia per quanto riguarda ad esempio il melanoma cutaneo ed alcune forme di tumore polmonare, con vantaggi oggettivi rispetto al trattamento chemioterapico tradizionale.

Per quanto riguarda la modalità di azione, i farmaci immunoterapici che abbiamo oggi a disposizione all'interno del SSN e in campo sperimentale in linea generale agiscono attivando il sistema immunitario dell'organismo malato che viene così messo in grado di tenere autonomamente sotto controllo la propria malattia, al contrario dell'approccio chemioterapico che distrugge direttamente le cellule neoplastiche.

Non dobbiamo inoltre dimenticare che l'immunoterapia, in caso di successo, presenta per lo più una durata di azione molto lunga, in grado di impattare significativamente sulla sopravvivenza a lungo e lunghissimo termine dei pazienti.

**AMUNNI** - Senza dubbio l'immunoterapia ha cambiato in maniera sostanziale l'approccio ad alcune forme neoplastiche che fino a poco tempo fa rappresentavano un po' il tallone di Achille della terapia medica in Oncologia, quali appunto il melanoma metastatico ed il tumore del polmone.

Penso però che alcune riflessioni si impongano. La prima riguarda il fatto che i successi innegabili ottenuti dall'immunoterapia in questi due tumori non autorizzano tout court a considerarla sempre e comunque superiore alle altre opzioni di cure al momento disponibili.

La seconda. A mio parere non deve passare, soprattutto a livello di co-



GIANNI AMUNNI  
Direttore Generale Istituto Toscano Tumori - Istituto per la Prevenzione Oncologica, Firenze.



FRANCESCO ATTANASIO  
Farmacista ospedaliero AOU Careggi, Firenze.



VITTORIO BOSCHERINI  
Direttore del Dipartimento di Medicina generale dell'Azienda Toscana Centro.

municazione di massa, che l'immunoterapia rappresenti la panacea contro tutti i mali, il trattamento cioè a cui ricorrere quando tutte le altre soluzioni abbiano fallito.

La terza. Tutti i trials clinici attualmente in corso tendono a studiare il ruolo dell'immunoterapia sia da sola che in associazione con i trattamenti chemioterapici classici, indicando pertanto che si tratta di una opzione in più oggi a disposizione dell'oncologo medico.

**DI COSTANZO** - Quando si valutano le diverse opzioni terapeutiche, tra i differenti parametri presi in considerazione si considera anche a parità di efficacia l'eventuale tossicità delle molecole che intendiamo andare ad impiegare. In questo senso l'immunoterapia presenta un meccanismo d'azione mol-



**ROCCO DAMONE**  
*Direttore della programmazione  
dell'Area Vasta Centro.*



**ROMANO DANESI**  
*Ordinario di Farmacologia  
dell'Università degli Studi di Pisa.*



**FRANCESCO DI COSTANZO**  
*Direttore dell'Oncologia medica  
dell'AOU Careggi, Firenze.*



**MICHELE MAIO**  
*Direttore dell'Immunoterapia  
oncologica, Ospedale Le Scotte  
di Siena.*

to "naturale", nel senso che va a sbloccare il sistema immunitario inceppato dal tumore rendendo l'organismo stesso capace di difendersi dalla malattia, probabilmente in maniera molto più efficace di quanto riescano a fare i farmaci inventati dall'uomo. Parlando dell'esposizione mediatica a cui anche l'immunoterapia è stata

sottoposta, al pari di tutte le grandi innovazioni che hanno negli anni caratterizzato lo sviluppo dell'Oncologia, è fondamentale che i medici sappiano fornire informazioni corrette ed attendibili senza alimentare speranze distorte o, peggio ancora, non vere.

**MAIO** - Anche io concordo sul fatto che il messaggio da diffondere debba essere assolutamente attendibile, però non si può negare che trattando oggi i pazienti con l'immunoterapia riusciamo ad aumentare di cinque anni la sopravvivenza di quelli con cancro del polmone, anche se i numeri di cui disponiamo provenienti dalle sperimentazioni cliniche internazionali non sono poi altissimi. Proprio per questo l'approccio mediatico a queste tematiche deve essere il più rigoroso e attendibile possibile, per evitare che la "novità" si ammanti di aspettative e caratteristiche che non le sono proprie.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Oggi è pertanto possibile impiegare su uno stesso paziente trattamenti di natura diversa?

**DI COSTANZO** - La questione è un po' più complessa e prima di tutto prevede un chiarimento di tipo terminologico. Oggi noi parliamo di trattamenti di tipo adiuvante che di solito vengono eseguiti dopo la chirurgia, di trattamenti neoadiuvanti che per lo più la precedono e di trattamenti per la malattia avanzata. A questi si associano poi trattamenti di prima, seconda e terza linea.

Fatta questa premessa ricordo che il cancro in fase avanzata, in linea generale, consente una sopravvivenza variabile dai 12 ai 24 mesi e che, nonostante l'avvento della immunoterapia, molti di questi pazienti presentano delle recidive, non arrivano a guarigione e necessitano pertanto di trattamenti ulteriori. Molti sono gli studi che stanno cercando di chiarire questi aspetti ed attualmente siamo arrivati alla dimostrazione che nel caso del cancro del polmone l'immunoterapia è più efficace delle chemioterapia in prima linea. Se però la

malattia è recidiva è necessario considerare delle altre opzioni di cura che potrebbero essere rappresentate da un ulteriore immunoterapico (magari con meccanismo di azione differente da quello precedente) oppure da un chemioterapico tradizionale, oppure ancora dall'ormonoterapia in caso di cancro della mammella. Questo vuol dire che ogni singola molecola o opzione di cura va attentamente considerata come scelta di prima, seconda o terza linea in accordo con le indicazioni delle linee guida validate a livello internazionale. In questo modo si arriva a pianificare una vera e propria strategia terapeutica per ogni singolo malato.

**MAIO** - Ovviamente anche io concordo sul concetto di strategia di cura quanto più possibile personalizzata per ogni singolo paziente e vorrei ricordare che tutti gli immunoterapici oggi disponibili in Italia sono stati registrati per l'impiego non in associazione con il trattamento chemioterapico. D'altra parte non bisogna però dimenticare che proprio in questo periodo si stanno raccogliendo evidenze sul fatto che i malati con cancro del polmone che ricevono il trattamento immunoterapico dopo quello chemioterapico tradizionale sono quelli che presentano sopravvivenza maggiore. Questi dati dimostrano la complessità gestionale di terapie molto diverse tra di loro che possono essere utilizzate da sole, in associazione oppure anche in sequenza, senza poi considerare il fatto che non tutti i pazienti rispondono positivamente all'approccio immunoterapico, aspetto che oggi viene attivamente indagato a livello internazionale.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Possiamo pertanto affermare che la ricerca clinica si sta oggi impegnando per ampliare le potenzialità di intervento dell'immunoterapia?

**MAIO** - Assolutamente sì ed anche in Toscana sono attive delle sperimentazioni che si occupano dell'impatto dell'immunoterapia in neoplasia diverse da quelle ormai ben studiate in

questo senso, con l'impiego sia di farmaci conosciuti che di altri che stanno iniziando adesso il loro percorso di sviluppo.

**DI COSTANZO** - Quanto detto adesso dal prof. Maio mi porta inevitabilmente ad affrontare la questione dei costi della ricerca, in questo campo purtroppo altissimi. Per adesso molte delle spese sono state sostenute dall'industria che però, ovviamente, ha priorità ben diverse da quelle ad esempio di un ospedale, di una comunità oppure di un sistema sanitario regionale.

Sarebbero pertanto auspicabili degli interventi pubblici in grado di sostenere in maniera affidabile, insieme all'industria, l'impegno dei singoli ricercatori.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Rispetto ai concetti appena esposti (selezione e monitoraggio dei pazienti nel tempo, personalizzazione delle terapie, loro costo altissimo, gestione per lo più specialistica degli schemi di cura) come si pone la figura del medico di medicina generale?

**BOSCHERINI** - In molti casi all'interno dei servizi sanitari si tende per svariati motivi a lavorare, per così dire, a compartimenti stagni e per questo credo che medicina generale ed immunoterapia oncologica rappresentino due campi ancora oggi piuttosto distanti.

Fino a qualche anno fa la malattia neoplastica veniva gestita per lo più a livello ospedaliero, dove trovava il proprio inizio (la diagnosi) ed il decorso verso la guarigione (più raramente) oppure verso la propria evoluzione naturale.

Oggi le cose sono profondamente cambiate e la sopravvivenza di questi malati è aumentata moltissimo, con la conseguente necessità di un'assistenza territoriale prolungata nel tempo mirata non solo al trattamento della situazione di base ma anche delle eventuali patologie intercorrenti.

I medici di medicina generale non conoscono a fondo le problematiche delle terapie immunologiche in Oncolo-

gia (che peraltro non possono nemmeno prescrivere), però sanno che possono causare problemi per i quali in prima battuta continuano ad essere i referenti per i propri assistiti: la questione dei compartimenti stagni alla quale accennavo prima si manifesta proprio in queste situazioni.

Qualche anno fa il diabete veniva considerato di esclusiva competenza specialistica, fino a quando l'aumento enorme dei casi ha finito per riconsegnare questi malati ai propri medici di base per la gestione quotidiana dell'alterazione glicemica.

Per questo a mio parere l'immunoterapia oncologica dovrebbe costituire argomento di approfondimento, confronto e discussione tra specialisti e medici di base.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Dottor Damone, in Toscana disponiamo di una rete oncologica che inizia davvero ad essere efficiente: come facciamo ad inserire al suo interno una metodica di cura forse ancora di nicchia come l'immunoterapia, cercando al tempo stesso di rispondere ai dubbi sollevati adesso dal dottor Boscherini?

**DAMONE** - In linea generale con l'evolversi delle terapie i servizi sanitari avvertono prepotente la necessità di rivedere i propri meccanismi assistenziali. In campo oncologico esistono in Toscana dei servizi territoriali che garantiscono assistenza domiciliare a questi pazienti ed in questo campo appare assolutamente necessario provvedere alla riqualificazione professionale degli operatori su molte tematiche tra le quali rientrano anche le istanze della immunoterapia dei tumori.

Uno dei problemi più grossi che ci troviamo di fronte è oggi rappresentato dalla mancanza di una figura dedicata, un "case manager" cioè che si occupi specificamente dell'assistenza domiciliare oncologica. Per arrivare a questo risultato e non disperdere energie preziose è necessaria la collaborazione attiva tra il Dipartimento di Medicina generale, le Case della Salute, l'organizzazione territoriale delle Aziende Usl e le strutture specialistiche di riferimento.

**AMUNNI** - Io penso che sia arrivato il momento di ripensare globalmente anche nella nostra Regione il percorso assistenziale del paziente neoplastico, superando la cesura tuttora esistente (inutile negarlo!) tra ospedale e territorio.

Senza dubbio le reti oncologiche, anche nelle realtà più evolute, sono nate come strutture ospedaliere con personale proveniente dagli ospedali. Questa situazione, in un'epoca in cui le opzioni di cura erano ancora molto limitate, la prognosi della malattia notevolmente peggiore di adesso e l'aspettativa di vita assai ridotta, aveva portato al fatto che l'oncologo finiva per diventare praticamente l'unico punto di riferimento per qualsiasi problematica socio-assistenziale presentata dal paziente.

Oggi abbiamo assistito alla cronicizzazione in molti casi della malattia tumorale con la conseguente necessità per questi soggetti di rivolgersi periodicamente ed alternativamente all'ospedale ed alle strutture territoriali. Inoltre molti schemi di cura sono andati a focalizzarsi sulla somministrazione dei farmaci per bocca e non più per via parenterale, con l'ovvia rimodulazione dei differenti setting assistenziali.

Tutti questi cambiamenti hanno reso indispensabile una collaborazione stretta tra specialisti e medici di base, con un passaggio continuo e reciproco di conoscenze ed informazioni dagli uni agli altri per gestire al meglio, ad esempio, il follow-up generale dei pazienti che dovrebbe essere il più "territorializzato" possibile.

Il sistema si sta adeguando a queste nuove strategie organizzative che non possono assolutamente prescindere dal dialogo continuo tra tutti gli operatori coinvolti.

**DI COSTANZO** - Effettivamente il problema dell'assistenza a domicilio dei pazienti oncologici è oggi molto sentito e questo è particolarmente vero nel campo dell'immunoterapia dei tumori. I pazienti sottoposti a questo tipo di terapie possono infatti sviluppare, seppure raramente, delle complicanze caratteristiche quali quelle di natura endocrina e le polmoniti interstiziali.



I medici di famiglia devono pertanto essere messi nelle condizioni di riconoscere e trattare correttamente questi nuovi tipi di “tossicità” al pari di quanto hanno sempre fatto con i “vecchi” effetti collaterali delle terapie oncologiche tradizionali, quali la nausea ed il vomito. Il non corretto riconoscimento di queste situazioni può infatti portare ad un ritardato intervento di cura oppure ad un non tempestivo ricovero in ospedale.

**MAIO** - In campo oncologico il ruolo del medico di famiglia a mio parere diventerà negli anni sempre più importante, visto che stiamo parlando di situazioni cliniche che sempre più spesso da acute diventano croniche. L'immunoterapia nello specifico sta poi cambiando i modelli assistenziali e gestionali in questa classe di pazienti. Pensiamo solamente al fatto che fino a pochi anni venivano impiegati schemi di cura basati su polichemioterapie della durata di tre – quattro giorni, gravati da effetti collaterali tali da richiedere per lo più il ricovero in ospedale. Con l'immunoterapia queste situazioni praticamente non esistono più, con il paziente che va in ospedale per ricevere la terapia e poi subito dopo torna a casa senza soffrire di pressoché nessun effetto indesiderato. Per questo è ipotizzabile che anche le strutture ospedaliere che accolgono questi malati vengano ridisegnate seguendo le novità terapeutiche oggi disponibili.

**DAMONE** - Uno schema organizzativo ipotizzabile potrebbe essere incentrato su una buona assistenza domiciliare gestita da personale medico ed infermieristico adeguatamente formato e preparato, in contatto costante con i Centri oncologici regionali strutturati in rete.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Dottor Boscherini, in qualità di Direttore di un grosso Dipartimento di medicina generale cosa pensa delle osservazioni di carattere organizzativo – assistenziale che abbiamo ascoltato fino ad ora?

**BOSCHERINI** - Io penso che in Toscana le cose siano indirizzate nella giu-

sta direzione con la creazione dei Dipartimenti interaziendali che veramente possono rappresentare il punto di congiunzione tra la medicina generale e le varie specialità tra le quali, appunto l'Oncologia. Ad oggi stiamo cercando di individuare all'interno delle AFT dei medici per così dire “esperti” che garantiscano i contatti con i vari specialisti, anche se purtroppo per adesso siamo ancora nella fase della “volontarietà”, in assenza di qualsiasi intervento strutturato da parte della Regione.

Un altro campo di intervento al quale stiamo lavorando prevede l'utilizzo dei medici di continuità assistenziale (circa 700 in tutta la Regione), opportunamente formati, anche all'interno di team multiprofessionali specificamente destinati all'assistenza domiciliare dei pazienti oncologici, in grado di gestire ad esempio gli effetti collaterali post-chemioterapia. In questo modo i medici di medicina generale, sempre più orientati verso la cronicità ed un'attività prevalentemente ambulatoriale, potrebbero avere più tempo da dedicare ai rapporti con i propri assistiti. Ovviamente, anche se le idee ci sono ed i criteri organizzativi sono stati in gran parte individuati, la strada da percorrere è ancora molto lunga.

**AMUNNI** - Il messaggio che deve arrivare ai pazienti è che oggi in Toscana esiste omogeneità di approccio alla patologia tumorale che viene gestita in maniera assolutamente identica in qualsiasi presidio regionale. In questo senso ancora una volta appare di fondamentale importanza l'attività dei medici di base, insieme ad una modalità di scambio delle informazioni tra ospedale e territorio veramente efficace comprendente, ad esempio, anche l'informatizzazione della cartella che dovrà seguire il paziente lungo tutto il proprio percorso di cura.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Dalla discussione è emersa la concreta possibilità che gli immunoterapici possano in un futuro verosimilmente vedere ampliate le proprie indicazioni terapeutiche. Quale è il senso di questo processo dal punto di vista farmacologico?

**DANESI** - I clinici possono disporre oggi di farmaci caratterizzati da un meccanismo di azione molto specifico, a differenza di quello che accadeva con le molecole tradizionali che manifestavano il proprio effetto in maniera notevolmente diversificata, come ad esempio nel caso dei farmaci citotossici.

Gli immunoterapici in linea generale agiscono su bersagli molto selettivi e questo facilita il loro posizionamento all'interno delle risorse terapeutiche a disposizione degli oncologi.

Le conferme della loro efficacia, che ormai da tempo si continuano ad avere ed hanno cambiato radicalmente le modalità di trattamento di patologie neoplastiche come il NSCLC e il melanoma, si devono conciliare adesso con il problema della selezione dei pazienti ed oggi molti studi si stanno occupando della possibilità di identificare preventivamente quali siano i profili molecolari della malattia neoplastica predittivi di risposta per mezzo dell'individuazione di biomarcatori (es., instabilità microsatellitare, espressione di marcatori specifici come PD-L1). Oltre alla selezione dei pazienti, che ad oggi rappresenta un problema di notevole complessità, un'altra questione strategica è quella del monitoraggio della risposta al trattamento per mezzo di specifici biomarcatori predittivi, allo scopo di determinare precocemente e possibilmente in modo non-invasivo, se un trattamento risulta efficace per il paziente oppure se sia più favorevole decidere per altre strategie di cura. La ricerca immunologica in campo oncologico ha condotto all'individuazione di citochine (es., IL-2, IFN) o anticorpi monoclonali (come ad esempio l'anticorpo monoclonale superagonista CD28, TGN1412) in grado di produrre una significativa attivazione linfocitaria anche in assenza di stimolazione antigenica. Le reazioni avverse a questi farmaci potevano, tuttavia, raggiungere elevati livelli di gravità, come nel caso di TGN1412 che ha determinato alcuni decessi in fase I di sperimentazione. Sulla base di queste esperienze è stata abbandonata la strategia di svi-

luppare farmaci con azione diretta sull'espansione delle cellule T in favore dello sviluppo di farmaci inibitori dei check-point immunologici in grado di bloccare segnali inibitori a carico del linfocita T, evitare il loro esaurimento funzionale e permettere la loro attività citotossica anti-tumorale. I bersagli attuali, ma non esclusivi, sono CTLA-4 e PD-1/PD-L1, la cui stimolazione permette reclutamento e attivazione di fosfatasi cellulari che, defosforilando proteine di trasduzione di segnale, arrestano la proliferazione cellulare e determinano apoptosi delle cellule T. Infine, sono in corso di valutazione schemi combinati, concomitanti o sequenziali, di inibitori di check-point immunologici tra di loro (es., anti CTLA-4 e anti-PD-1/PD-L1), o con farmaci citotossici (es., ciclofosfamide, nab-paclitaxel), inibitori di angiogenesi o di vie di trasduzione di segnale (bevacizumab, sunitinib, vemurafenib, dabrafenib) o inibitori di IDO (indolamina diossigenasi) allo scopo di ottenere un'effetto *priming* sulla risposta immunitaria. L'appropriatezza di queste innovazioni sarà ovviamente determinata dalla capacità del clinico di identificare correttamente i pazienti, scegliendo per loro le cure maggiormente efficaci.

✓ **TOSCANA MEDICA** - L'eventuale ampliamento delle indicazioni terapeutiche dei farmaci immunoterapici potrebbe avere delle ripercussioni sulla sostenibilità del sistema?

**AMUNNI** - Oggi i costi dell'Oncologia sono diventati altissimi fondamentalmente a causa dell'aumento del numero dei pazienti, della vita media della popolazione (il tumore è tipicamente malattia dell'età avanzata) e del progredire delle terapie che hanno in un numero altissimo di casi consentito la cronicizzazione della malattia. Purtroppo il rischio che corriamo attualmente è che i cittadini perdano il diritto alla cura migliore disponibile per la propria malattia con la gratuità finora garantita dai servizi sanitari sia regionale che nazionale. In Toscana abbiamo cercato di affrontare questo immenso problema

con alcuni strumenti di organizzazione del lavoro, uno dei più importanti dei quali è rappresentato dalla rete, nel caso specifico da quella oncologica.

Quando AIFA autorizza l'impiego di un nuovo farmaco i professionisti si trovano costretti tra l'entusiasmo per una novità terapeutica importante e il richiamo costante del servizio sanitario alla parsimonia degli interventi descrittivi, mentre i pazienti, venuti a conoscenza della novità, premono per poterne usufruire talvolta mettendo in grave difficoltà i propri medici curanti.

In questo senso è importante che si rafforzi sempre di più il concetto di rete, perché i malati capiscano che a livello regionale le prestazioni disponibili sono perfettamente identiche e che non è necessario girare da una struttura ad un'altra.

Un altro campo sul quale abbiamo cercato di intervenire è quello della comunicazione con i professionisti, con i quali abbiamo discusso e condiviso i concetti di novità (per esempio, l'ultimo farmaco arrivato sul mercato) e di innovazione (per esempio, il farmaco che si è dimostrato realmente in grado di cambiare radicalmente l'evoluzione naturale di una determinata malattia).

Da questo approccio deriva la massima considerazione per tutto quanto è innovativo associato ad un cauto interesse verso la novità, soprattutto se di costo elevato e non portatrice di risultati eclatanti rispetto a quanto già presente sul mercato. In sostanza, di fronte a due trattamenti dai risultati sostanzialmente sovrapponibili ma dal costo molto diverso, il sistema deve riuscire a motivare i propri professionisti a scegliere convintamente quello dal costo minore.

Una peculiarità del nostro sistema sanitario, che certamente non semplifica gli argomenti che stiamo discutendo, è poi la presenza dei cosiddetti farmaci di fascia CNN, quelli cioè già ben studiati, conosciuti e disponibili per il mercato per i quali però non è stato ancora quantificato il prezzo ed identificato il criterio di rimborsabilità. Personalmente sono convinto che il prezzo di questi farmaci deb-

ba essere "politico" e che sia giusto contrattare con le aziende per permettere ai pazienti di continuare ad usufruirne fino a che ne abbiano bisogno, anche se in questo periodo dovesse venire pubblicata una qualche delibera che finalmente ne chiarisca le modalità del rimborso.

Altra questione per la quale l'intervento dei professionisti della rete può davvero rivelarsi risolutivo è quella dei farmaci *off label*, da scegliere in presenza di indicazioni e risultati certi ed incontrovertibili.

L'ultima osservazione è legata alla presenza delle moderne terapie di terza, quarta o quinta linea, paradigma evidente della cronicizzazione odierna della malattia neoplastica.

Oggi appare assolutamente necessario identificare con la massima esattezza possibile il momento in cui sia opportuno interrompere questi schemi di terapia rivolgendosi magari alla terapia palliativa o a trattamenti sintomatici in grado di garantire ai pazienti lo stesso risultato clinico.

Si tratta di azioni che inevitabilmente si portano dietro discussioni e polemiche di carattere politico e mediatico, però credo che affrontarle una volta per tutte in maniera corretta e serena sia ormai improcrastinabile.

In linea di massima questi sono i campi sui quali in Toscana si sta lavorando con l'impegno del Settore politiche del farmaco, l'ITT e la Commissione Terapeutica regionale.

✓ **TOSCANA MEDICA** - Il farmacista, in questa situazione dove l'appropriatezza delle risorse e la loro corretta allocazione rappresentano concetti di enorme importanza, si trova in una posizione quanto mai "scomoda", costretto tra il proprio ruolo di tecnico e quello in qualche modo di rappresentante degli interessi dell'amministrazione.

**ATTANASIO** - A mio parere all'interno delle reti oncologiche le farmacie sul territorio, grazie alla loro distribuzione capillare, potrebbero rappresentare un importante punto di riferimento, svolgendo una funzione di informazione e supporto al paziente oncologico. Ad esempio i pa-

zienti potrebbero beneficiare di materiale informativo sulle patologie oncologiche, sulle terapie farmacologiche attualmente in uso e sull'eventuale iter diagnostico-terapeutico da seguire.

Le informazioni fornite, a loro volta, dalle farmacie sul territorio potrebbero essere un valido strumento d'aiuto per la governance della spesa farmaceutica.

Una delle più grandi difficoltà, infatti, sia a livello ospedaliero che territoriale, è proprio la scarsità di informazioni utili ad affrontare l'attuale problema della sostenibilità delle cure.

Altro punto di forza, che coinvolge principalmente le aziende ospedaliere e sanitarie è l'utilizzo di farmaci biosimilari.

Come si evince dalla tabella su riportata, riferita ai primi 30 principi

attivi in ordine decrescente di spesa farmaceutica ospedaliera del 2016 (Dati OSMed 2017), le principali voci di spesa sono rappresentate da molecole per le quali è scaduta la copertura brevettuale. Per alcune di queste risulta già disponibile il farmaco biosimilare.

**DI COSTANZO** - Quando si parla di cercare di recuperare risorse, non dob-

	Principio attivo	ATC I	Classe	Spesa	Inc%	Cum%
1	Trastuzumab	L	H	157.603.950	6,8%	6,8%
2	Bevacizumab	L	H	135.944.782	5,9%	12,6%
3	Rituximab	L	H	110.760.116	4,8%	17,4%
4	Bortezomib	L	H	46.573.790	2,0%	19,4%
5	Pertuzumab	L	H	44.139.111	1,9%	21,3%
6	Eculizumab	L	H	43.747.475	1,9%	23,2%
7	Pemetrexed Disodico	L	H	42.301.740	1,8%	25,0%
8	Infliximab	L	H	41.017.351	1,8%	26,8%
9	Natalizumab	L	H	33.939.847	1,5%	28,2%
10	Trastuzumab Emtansine	L	H	32.896.672	1,4%	29,6%
11	Caspofungin	J	H	32.618.790	1,4%	31,1%
12	Ranibizumab	S	H	32.031.704	1,4%	32,4%
13	Azacidina	L	H	30.570.278	1,3%	33,7%
14	Sodio Cloruro	B	C/H	29.220.719	1,3%	35,0%
15	Aflibercept	S	C/H	27.585.822	1,2%	36,2%
16	Immunoglobulina Umana Uso Endovenoso	J	C/H	26.650.186	1,1%	37,3%
17	Nivolumab	L	H	26.232.311	1,1%	38,5%
18	Cetuximab	L	H	23.617.580	1,0%	39,5%
19	Alglucosidasi Acida Umana Ricombinante	A	H	23.051.445	1,0%	40,5%
20	Enoxaparina Sodica	B	A/H	21.574.021	0,9%	41,4%
21	Amfotericina B	J	C/H	18.748.698	0,8%	42,2%
22	Linezolid	J	A/C/H	18.619.785	0,8%	43,0%
23	Tigeciclina	J	H	16.764.474	0,7%	43,7%
24	Doxorubicina Cloridrato	L	H	16.648.204	0,7%	44,5%
25	Albumina Umana Soluzione	B	A/C/H	16.599.931	0,7%	45,2%
26	Immunoglobulina Umana Normale	L	H	16.145.979	0,7%	45,9%
27	Panitumumab	L	H	15.760.566	0,7%	46,5%
28	Paclitaxel	L	H	15.170.851	0,7%	47,2%
29	Ipilimumab	L	H	14.421.158	0,6%	47,8%
30	Sugammadex	V	H	14.005.355	0,6%	48,4%
	<b>Totale Italia</b>			<b>2.323.610.259</b>	<b>100,0%</b>	

**Tabella 1** - Primi 30 principi attivi in ordine decrescente di spesa regionale per medicinali erogati nell'ambito dell'assistenza farmaceutica ospedaliera ed ambulatoriale.

Fonte: Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali – “L'uso dei farmaci in Italia gennaio-settembre 2016”.

biamo dimenticare che solo il 20% dei ricavi può essere ottenuto da microinterventi a livelli regionale mentre il restante 80% si correla alla fondamentale questione del costo dei farmaci che dovrebbe essere gestita a livello nazionale con la contrattazione tra AIFA ed industrie.

**MAIO** - I farmaci di cui stiamo parlando sono effettivamente molto costosi, però non credo sia una scelta giusta forzare l'industria sulla questione dei prezzi per evitare che molto semplicemente questa decida di non commercializzare i propri prodotti nel nostro Paese.

Bisogna riconoscere che AIFA ha fatto un ottimo lavoro nella contrattazione con l'industria sul prezzo degli immunoterapici che oggi costano in Italia molto meno che in Germania o negli Stati Uniti. Credo che in Italia si dovrebbe iniziare ad avere il coraggio di eliminare dal Prontuario quei farmaci estremamente costosi che oggi

noi impieghiamo essenzialmente in terapie di terzo, quarto o addirittura quinto livello per garantire magari solo pochi giorni di sopravvivenza in un numero limitato di pazienti. Personalmente mi sembrerebbe eticamente più corretto impiegare queste risorse per molecole che realmente hanno dimostrato di potere quadruplicare la sopravvivenza dei pazienti con cancro del polmone.

Riassumendo credo che il messaggio che oggi deve passare sia quello che in Oncologia è assolutamente necessario risparmiare su tutto quello che non è più innovazione.

**AMUNNI** - Alcune considerazioni di carattere farmacoeconomico che credo bene si adattino alla questione dei costi in Oncologia.

La prima. Se un farmaco vede nel tempo ampliate le proprie indicazioni con un conseguente aumento significativo delle vendite, è evidente che per una semplice regola di mer-

cato il suo prezzo debba essere necessariamente rivisto.

La seconda. Esiste, per così dire, una certa dinamica dei costi, per cui se un'amministrazione annuncia che a parità di indicazioni ed efficacia sceglierà tra i concorrenti il farmaco dal costo minore, si innesca un meccanismo virtuoso di calmierizzazione dei prezzi che certamente porterà ad una loro riduzione.

La terza. L'industria, soprattutto quella che produce prodotti di alto valore, non deve sempre e comunque essere considerata un "nemico" ma un partner con il quale utilmente collaborare.

La quarta. I professionisti devono sempre e comunque venire chiaramente informati sul fatto che i risparmi che le loro buone condotte hanno prodotto diventeranno necessariamente investimenti nello stesso settore in termini ad esempio di disponibilità di nuovo personale o di più moderne dotazioni tecnologiche.

*Progetto realizzato grazie al contributo non condizionato di*



**Bristol-Myers Squibb**

# Una promessa mantenuta

di Antonio Panti



ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DI FIRENZE

L'immunoterapia oncologica sta facendo progressi sul piano scientifico e terapeutico tali da poter essere ormai considerata un'importante offerta terapeutica che si affianca alle tradizionali radioterapia, chemioterapia e chirurgia.

L'aggressione chimica alle patologie oncologiche può avvenire attraverso i classici chemioterapici citotossici oppure attraverso le nuove *target therapy*, ma anche, in maniera crescente, attraverso farmaci che aumentano le difese di fronte all'evoluzione del tumore.

Al di là del diverso valore di questi interventi, da valutare caso per caso, è chiaro che oggi esiste una opportunità in più che integra la terapia di alcuni tumori. Il risultato più importante che si vuole raggiungere è la cronicizzazione della malattia e quindi una assai più lunga sopravvivenza. È evidente che ad oggi la casistica sia limitata ma la ricerca clinica offre sempre nuovi spunti. Comunque l'oncologo adesso può affrontare caso per caso le forme tumorali attraverso l'associazione o la successione di farmaci, che secondo alcuni trial, ad esempio nel tumore polmonare, prolungano notevolmente la vita.

Su questa complessa materia le Società scientifiche hanno predisposto li-

nee guida che danno orientamenti precisi, fondati su una notevolissima quantità di trial che si stanno svolgendo in tutto il mondo e che affrontano in particolare le problematiche dei non-responders.

È evidente quindi la necessità di disporre di *team* multidisciplinari nelle sedi di eccellenza e di fruire di una rete di servizi oncologici, capaci di integrarsi con il medico di medicina generale. Allora i nostri esperti sono ritornati sul consueto problema della comunicazione fra professionisti, particolarmente importante in casi come questi dove le reazioni avverse sono rare ma importanti e richiedono un monitoraggio coordinato e preciso del paziente. Alcuni sostengono la necessità di un case-manager che colleghi ciascuna AFT con il centro di eccellenza, garantendo così una gestione organica del paziente. L'altro problema dei medici di medicina generale è la conoscenza del farmaco e delle sue interazioni con le molteplici terapie che essi possono avere la necessità di effettuare su pazienti complessi come questi. È un tipico problema in cui si deve manifestare la capacità dei dipartimenti interaziendali di integrarsi ulteriormente.

Comunque questi temi sono estremamente rilevanti perché l'estensio-

ne delle indicazioni sul principale farmaco usato comporta una sempre più difficile selezione del *target*. Infine la questione delle questioni: la sostenibilità di una cura a così alto costo. Le proposte sono molteplici; si è parlato della necessità che gli oncologi usino uno stesso linguaggio, di definire il concetto di innovazione, di utilizzare, a parità di risultati, il trattamento meno costoso, di regolamentare l'uso dei CNN prima del loro inserimento del prontuario del servizio, di affrontare la prescrizione *off label* quando non ci sono indicazioni sostenibili ed infine di decidere sul piano etico e umano quando si può considerare concluso il trattamento e lasciare il paziente alla medicina palliativa.

Su tutte queste cose vi è un problema di informazione da dare ai medici e un problema di rapporto con le imprese multinazionali, variando il costo dei farmaci col passare degli anni. Comunque le scelte cliniche sono anche scelte etiche; se i farmaci danno scarso risultato non possono essere ricompresi tra i LEA. Su questo va aperto un confronto con la società e con le industrie più avanzate.

Fortunatamente, nonostante, gli alti costi, l'immunoterapia, se ben usata, offre concreti risultati positivi ai pazienti tumorali.

## 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 applicazione smartphone



**URL**

Rimando link esterno



**Sommario**

Rimando alla pagina dell'interno



**e-mail**

Rimando al programma e-mail

# L'Internista per l'ospedale del futuro (e del presente)

di Valerio Verdiani

*Toscana Medica ringrazia il Collega Verdiani perché toccando un tema così rilevante, è riuscito ad aprire un dibattito. Ci auguriamo che il confronto prosegua ed invitiamo a scriverne. In questo periodo è essenziale riprogettare la Sanità.*



VALERIO VERDIANI, *Direttore U.O. Medicina Interna Ospedale Grosseto (GR) dal 2012, laureato in Medicina e Chirurgia nel 1987. Specialista in Medicina Interna, Cardiologia, Gastroenterologia. Ha lavorato per 7 anni nella Medicina Pronto Soccorso dell'AOU Careggi di Firenze e per 13 anni nella Medicina Interna e d'Urgenza della stessa Azienda.*

In un contesto di grossi cambiamenti sociali, epidemiologici e di organizzazione sanitaria, l'internista si sta sempre più affermando come figura centrale di numerosi percorsi ospedalieri (e non solo) e si propone come elemento portante per l'ospedale del futuro. In questo articolo cercheremo di identificare il perché, mettendo in risalto i principali spunti su cui riflettere per migliorare attualità e progettualità.

**Parole chiave:**  
internista, *hospitalist*  
comorbidità, intensità di cura,  
medicina critica

## Internista e mutamento demografico/epidemiologico

Si stima che nei prossimi 4 decenni la popolazione italiana rimarrà sostanzialmente stabile, ma gli anziani raddoppieranno e gli ultra sessantacinquenni diventeranno un terzo della popolazione totale (Fonte ISTAT). Con l'invecchiamento della popolazione e con il miglioramento delle terapie si sta formando una popolazione di malati cronici, spesso affetti da più comorbidità. Rispetto al 2005, l'aspettativa di vita in Italia è di poco variata (+ 1,8%), ma l'aspettativa di vita in buona salute si è ridotta del 6%. La cultura e l'arte del "choosing wisely" (iniziativa dell'American Board of Internal Medicine) diventano elementi fondamentali in un contesto che vede aumentare pazienti fragili, oncologici e con problematiche sociali. Si avrà verosimilmente bisogno di meno approcci ultraspecialistici e di maggiore attenzione ai bisogni complessivi del paziente, andando sempre più verso quella che si definisce *goal-oriented patient care*.

## Internista e visione olistica del paziente

Un recente studio toscano ha dimostrato che il 75% dei pazienti ricoverati per una patologia (scompenso cardiaco) presentano almeno altre 3 comorbidità. Diversi pazienti si presentano ormai ai Pronto Soccorso lamentando sintomi e segni attribuibili più ad un insieme di condizioni morbose (oltre tutto di difficile comprensione iniziale) che ad una specifica malattia. La singola visione d'organo, che è stata alla base degli studi in Medicina e della categorizzazione dei malati per patologia, appare superata e sempre più oc-

corre la capacità della visione olistica. Il sovrapporsi di più specialisti per lo stesso paziente porta in genere ad una sovrarichiesta e ripetizione di esami, sovrapproduzione di diagnosi e sovraprescrizione di farmaci. La necessità di sintesi e di scelta delle priorità diventano la base metodologica di una medicina attenta a quelli che sono i *reali* bisogni del paziente.

## Internista e chirurgia

I reparti di Medicina Interna si stanno sempre più riempiendo di pazienti che una volta andavano nelle chirurgie avvallando la tendenza, non solo italiana, di utilizzare al meglio i chirurghi per quella che è la loro attività essenziale e non sostituibile: la sala operatoria. Questo sta portando – e porterà sempre più – ad uno svuotamento delle degenze chirurgiche e ad un *overcrowding* nelle Medicine Interne, richiedendo un aggiustamento nella distribuzione dei *setting* e delle risorse di personale.

## Internista e medicina critica

Si stima che oltre il 10% dei pazienti ricoverati in medicina interna avrebbe bisogno di un livello di assistenza e cura superiore rispetto a quello offerto dalla degenza ordinaria. Le subintensive a gestione internistica rappresentano una sfida per l'ospedale del futuro ed una realtà già esistente in Toscana. In alternativa (o in aggiunta), si rendono necessarie – ed in diverse sedi si sono già sviluppate – all'interno delle degenze internistiche aree di medio-alta intensità ("Livello 2A") dove è

SOCIETY OF HOSPITAL MEDICINE CORE COMPETENCIES OF HOSPITAL MEDICINE	<b>CLINICAL CONDITIONS</b> Acute Coronary Syndrome Acute Renal Failure Alcohol and Drug Withdrawal Asthma Cardiac Arrhythmia Cellulitis Chronic Obstructive Pulmonary Disease Community Acquired Pneumonia Congestive Heart Failure Delirium and Dementia Diabetes Mellitus Gastrointestinal Bleed Hospital-Acquired Pneumonia Pain Management Perioperative Medicine Sepsis Syndrome Stroke Urinary Tract Infection Venous Thromboembolism	<b>HEALTHCARE SYSTEMS</b> Antimicrobial Resistance Care of the Elderly Patient Care of Vulnerable Populations Communication Diagnostic Decision Making Drug Safety Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology Equitable Allocation of Resources Evidence Based Medicine Hospitalist as Teacher Information Management Leadership Management Practices Nutrition in the Hospitalized Patient Palliative Care Patient Education Patient Handoff Patient Safety Practice Based Learning and Improvement Prevention of Healthcare Associated Infections Professionalism and Medical Ethics Quality Improvement Risk Management Team Approach and Multidisciplinary Care Transition Care
	<b>PROCEDURES</b> Arthrocentesis Chest Radiograph Interpretation Electrocardiogram Interpretation Emergency Procedures Lumbar Puncture Paracentesis Thoracentesis Vascular Access	

Figura 1 - Le competenze richieste ad un *hospitalist* (da documento della SHM).

possibile un controllo più attento e continuo di pazienti maggiormente critici rispetto a quanto avviene in degenza ordinaria (“Livello 2B”). La Medicina interna sta inoltre divenendo sempre più il bacino di accoglienza dei malati in uscita dalle Terapie Intensive. Se si pensasse che il percorso del malato critico termini con la conclusione della degenza in rianimazione saremmo fuori strada. La letteratura ci dice che la mortalità intraospedaliera postintensiva va dal 9 al 31% e la necessità di riammissione in Rianimazione dal 4 al 14%. Il paziente della rianimazione è per sua natura un malato complesso e che spesso si complica non di una ma di più patologie (infezioni, scompenso cardiaco, emorragie ecc). Laddove si sono creati percorsi tra Rianimazione e Medicina Interna, strutture adeguate e formazione del personale si sono raggiunti ottimi risultati.

### Internista e modello hospitalist

Negli USA si è arrivati molto tempo dopo rispetto all’Europa a comprendere l’importanza e la necessità di medici che dedichino il loro tempo lavorativo interamente all’attività ospedaliera. Ma forse anche per questo il loro modello è apparso più puntuale ed efficace. A partire dal 1990 è stata creata una figura di medico (*l’hospitalist*) in grado

di seguire tutto il percorso ospedaliero del paziente *indipendentemente* dalla patologia d’ingresso. Per fare questo *l’hospitalist* deve essere un medico generale capace di interagire con gli altri specialisti in un’ottica di *co-management*, con cultura e competenza anche nel campo dell’*Healthcare System* (Figura 1). Oggi negli USA la stragrande maggioranza degli ospedali si affida a tale modello (Figura 2) e l’85% degli *hospitalist* sono internisti.

### Internista e ospedale per intensità di cura

L’ospedale per intensità di cura, derivato dal concetto di *progressive pa-*

*tient care* (USA, 1959), sostanzialmente orientato verso i bisogni medici e infermieristici dei pazienti piuttosto che sulla base delle malattie o delle stanze, ha avuto sviluppi diversi (a macchia di leopardo) e spesso non conclusivi, tanto da farci ritenere di essere rimasti in mezzo alla palude o, in maniera più ottimistica, a metà del guado. L’esperienza recente americana ci insegna che probabilmente è possibile uscire fuori investendo su un modello incentrato sulla figura dell’*hospitalist/internista*, che funga da “tessuto connettivo” nella multidisciplinarietà e multiprofessionalità necessaria per l’assistenza e cura del paziente (vedi Toscana Medica XXXIII, 5, 2015). Tale modello, che implica il concetto di *co-gestione*, ha dimostrato di eliminare la frammentazione della cura e di migliorare l’efficienza senza riduzione della qualità.

### Internista e ospedalizzazione

La volontà di portare il servizio sanitario verso una visione meno ospedale-centrica è senza dubbio da sostenere. Dobbiamo però rilevare che esperienze americane ed i recenti risultati del Chronic Care Model toscano ci dicono che pazienti maggiormente seguiti sul territorio sopravvivono più a lungo ma si ospedalizzano maggiormente. In letteratura sta sempre più emergendo come la riospedalizzazione precoce sia per circa il 50% dovuta ad una patologia diversa da quella del precedente ricovero. Numerosi studi hanno pertanto cercato di indagare quali patologie o caratteristiche del paziente siano legate alla riammissione ospedaliera,

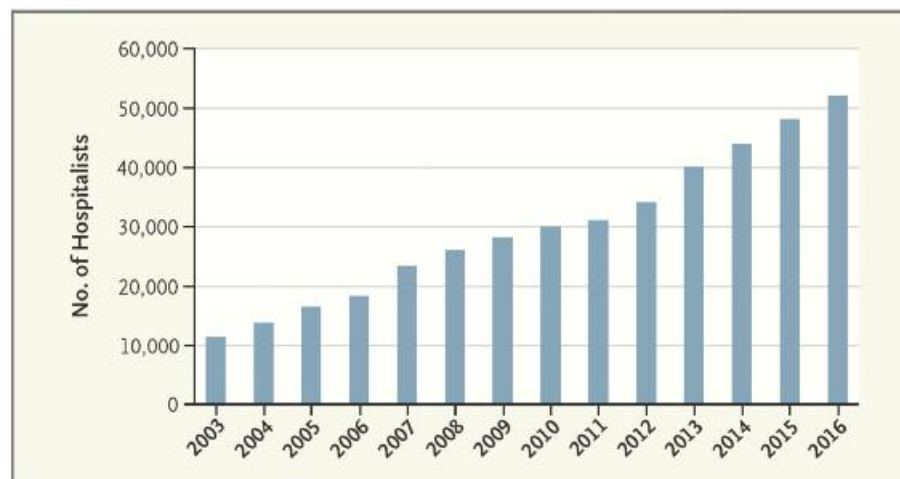
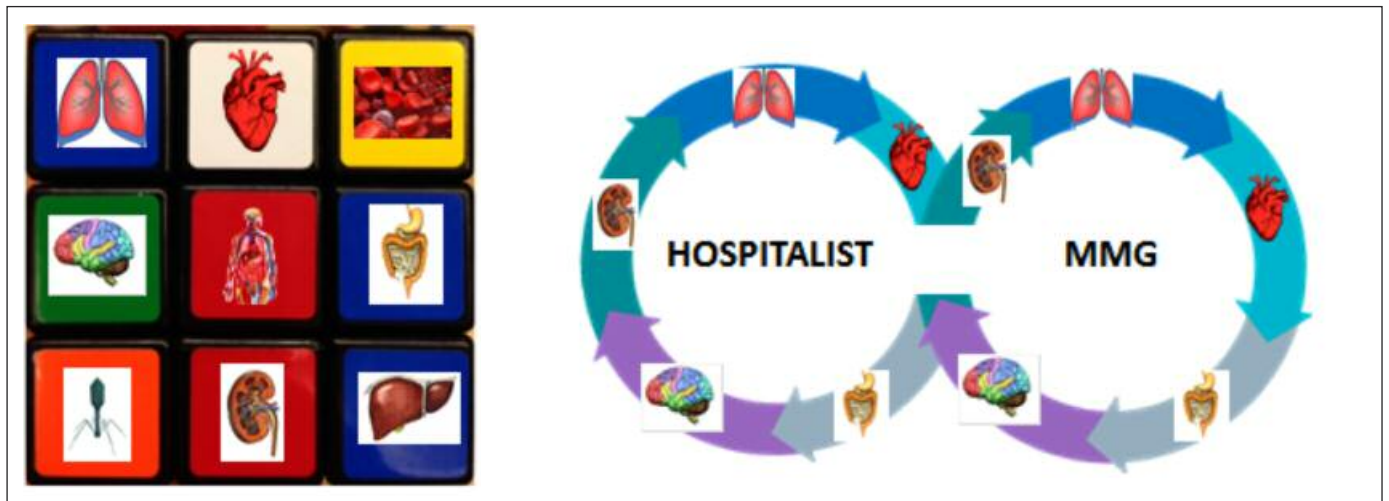


Figura 2 - La crescita degli *hospitalist* negli ospedali americani 2003-2016.



**Figura 3** - Passaggio da un modello semirigido (cubo di Rubik) ad uno fluido (otto orizzontale).

ma non si sono trovate risposte univoche. Si è invece rilevata in questi pazienti la presenza pressoché costante di ulteriori precedenti ospedalizzazioni, quasi ad identificare un sottogruppo di popolazione *hospital dependent* non categorizzabile con la semplice suddivisione in singole malattie (diabete, scompenso, BPCO, ecc.). Pertanto l'ospedale del futuro non solo avrà bisogno di una chiara

figura di riferimento ospedaliera in grado di farsi veramente carico del paziente nel suo complesso e capace di raccordarsi con le altre figure multiprofessionali necessarie, ma anche di un'ampia finestra che lo metta in collegamento con il medico di medicina generale. A supporto sono da attivare e mantenere *Day Service* multidisciplinari a conduzione internistica. La sfida che ci attende sarà

il passaggio da un modello semirigido tipo "cubo di Rubik" ad un modello più fluido, tipo "otto orizzontale" (Figura 3). Solo incentrandosi su figure chiaramente riconosciute come perno e filtro del sistema si potranno valorizzare e rendere più efficienti le competenze specialistiche che vi girerebbero intorno.

@ verdiani@fastwebnet.it

## ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE



ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE

E-mail e PEC:  
protocollo@omceofi.it  
segreteria.fi@pec.omceofi.it  
Toscana Medica: a.barresi@omceofi.it

### Orario di apertura al pubblico:

mattina: dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 11,00 - pomeriggio: lunedì e mercoledì dalle ore 15,30 alle ore 17,30

### Rilascio certificati di iscrizione:

uffici: in orario di apertura al pubblico - internet: sul sito dell'Ordine - telefono: 055 496 522

### Tassa annuale di iscrizione:

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

### Cambio di indirizzo:

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

### Commissione Odontoiatri:

il lunedì pomeriggio su appuntamento

### Consulenze e informazioni:

Consultazione Albi professionali sito Internet dell'Ordine  
AMMI - e-mail: [ammifirenze@virgilio.it](mailto:ammifirenze@virgilio.it) - sito: [www.ammifirenze.altervista.org](http://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  
Info: Via Giulio Cesare Vanini 15 - 50129 Firenze - Tel. 055 496 522 - Fax 055 481 045  
Siti Internet: [www.ordine-medici-firenze.it](http://www.ordine-medici-firenze.it) - [www.toscanamedica.org](http://www.toscanamedica.org)



# La Medicina interna fra intensità di cure e territorio

di Giancarlo Landini



GIANCARLO LANDINI, *Direttore Dipartimento Specialistiche Mediche Azienda USL Toscana Centro. Past President FADOI Toscana, fa parte del Board Nazionale Formazione FADOI. Si è particolarmente occupato di Patologia Vascolare e dei rapporti Ospedale-Territorio. Già membro del Consiglio Sanitario Regionale.*

La medicina interna svolge un ruolo insostituibile nell'ospedale per intensità di cure. I malati acuti complessi polipatologici sono quelli prevalenti e sono tutorati dalla medicina interna. Il riequilibrio dei letti con l'area chirurgica, il completamento dell'intensità di cure con il setting 2A e rapporto con il territorio con il *day service* multidisciplinare sono le sfide future che la medicina interna deve affrontare.

**Parole chiave:**  
medicina interna, complessità,  
intensità di cure, day service

L'articolo di Valerio Verdiani mette bene in luce il ruolo della Medicina interna negli sviluppi futuri del sistema ospedaliero italiano e toscano in particolare. Questo ruolo negli anni '80 e '90 del secolo scorso era dai più considerato marginale in un ospedale che era incentrato sulle specialistiche di organo e sulla Medicina d'urgenza. Vi fu un periodo in cui si teorizzò la fine della Medicina interna, non più utile a gestire gli ammalati in ospedale perché viziata da un approccio olistico troppo generalista e priva di competenza clinica nel malato acuto. In realtà l'epidemiologia stava indicando che proprio la Medicina interna era la specialità indispensabile per gestire la maggior parte dei malati ricoverati i quali erano acuti e polipatologici senza quindi avere una specialità di riferimento e non tanto complicati ma bensì complessi e quindi non "scomponibili" in parti da affidare a singole specialità. Un ospedale senza la Medicina interna non era possibile anche perché la Medicina d'urgenza gestiva il malato all'ingresso dell'ospedale e non aveva nella sua competenza clinica la capacità di seguire un percorso di cura intraospeda-

liera. Oggi, affermata l'indispensabilità della funzione internistica, va raccolta la sfida di una Medicina interna ben inserita nelle aree mediche dei nostri ospedali e strutturata nei rapporti con il territorio. Ci sono una serie di azioni pratiche da fare. In primo luogo i letti assegnati nei nostri ospedali alla Medicina interna sono pochi e quindi si verifica sempre di più il quadro della chirurgia che accoglie malati di medicina con una perdita di efficienza del sistema ed un aumentato rischio clinico. Il malato è chirurgico quando si sottopone all'intervento e quindi è ovvio che tanti malati prima dell'intervento e dopo il periodo perioperatorio devono essere degenti in medicina interna. Bisogna prendere atto di questa realtà e ridistribuire i letti fra area medica ed area chirurgica con le conseguenti risorse medico infermieristiche. Questo è stato intrapreso da circa un anno nella Azienda USL Toscana Centro in tutti gli ospedali maggiori con notevoli risultati, ottenendo una significativa riduzione della presenza di malati medici in area



chirurgica. Altro problema da affrontare è quello di portare a compimento il modello per intensità di cure implementato in maniera non uniforme negli ospedali. Questa difformità ha creato molti problemi di efficienza lasciando una situazione ibrida fra vecchio modello specialistico e nuovo per intensità di cure. Per cominciare a risolvere il problema bisogna rafforzare il ruolo della Medicina interna come tessuto connettivo in cui collocare le varie funzioni specialistiche. Questo è quello che propone Verdiani con il concetto di *hospitalist* e con l'integrazione multidisciplinare attraverso la pratica della co-gestione. La co-gestione trova tuttora molte resistenze anche normative (attribuzione della SDO e del *budget*), che devono essere superate se si vuole un sistema veramente incentrato sui bisogni ed esigenze assistenziali di ogni singolo paziente. La strutturazione per intensità di cure delle aree mediche degli ospedali deve prevedere una zona, definita 2 A, dove vengono ricoverati pazienti con maggior complessità assistenziale che sono circa il 10-15% dei ricoverati e che ora sono diffusi in tutta

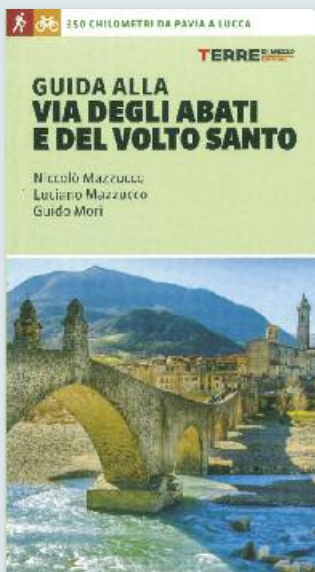
l'area. Il livello 2A comporta una forte integrazione multiprofessionale con gli infermieri per i criteri di selezione ed assistenza con una *partnership* che vede la Medicina interna come la specialità di riferimento. La presenza dell'internista risulta indispensabile anche nelle subintensive (livello IB) che devono essere viste come uno spazio multidisciplinare con letti tutorati dall'anestesia rianimazione, dalla cardiologia e dalla Medicina interna eventualmente insieme con le altre specialistiche di area medica. L'importanza di più specialità in area subintensiva è notevole perché permette la co-gestione. La sfida per la Medicina interna è quella di acquisire sempre più competenze nel malato acuto di livello subintensivo in modo di essere perfettamente integrata nell'équipe multidisciplinare che gestisce il *setting*. L'altra frontiera della Medicina interna è l'interfaccia con il territorio. Il nuovo Chronic Care Model Toscano, modello dedicato al paziente complesso polipatologico, porta naturalmente ad un *network* comune fra medicina generale ed interna. Per questo vanno creati percorsi e trovato un luogo di in-

terfaccia che non può essere che il *Day Service* multidisciplinare a gestione internistica ed infermieristica. Nel *Day Service* si possono risolvere problemi diagnostici ed anche terapeutici senza ricorrere al ricovero. Il medico di medicina generale può lui stesso usufruire di pacchetti diagnostici o riferire il malato al medico internista se il percorso è più complesso e si deve svolgere in più *step*. L'internista o l'infermiere *case manager* possono coinvolgere anche le specialistiche d'organo che comunque hanno percorsi propri per patologie ben definite. Nella Azienda USL Toscana Centro il modello *Day Service* multidisciplinare è già stato implementato nei tre ospedali di Firenze ed in quello di Pescia; seguiranno presto Empoli, Prato e Pistoia.

Questi semplici provvedimenti permetteranno in un prossimo futuro di stabilizzare e rendere sempre più efficace il ruolo della Medicina interna non in contrasto ma in sinergia con le specialistiche di organo e la medicina generale.

@ giancarlo.landini@uslcentro.toscana.it

## LETTI PER VOI



### A PIEDI PER 350 KM DA PAVIA A LUCCA GUIDA ALLA VIA DEGLI ABATI E DEL VOLTO SANTO

NICCOLÒ MAZZUCCO, LUCIANO MAZZUCCO,  
GUIDO MORI  
Editore Terre di Mezzo

Niccolò Mazzucco, archeologo, Luciano Mazzucco, medico a Firenze e Guido Mori, "camminatore professionista", hanno pubblicato con l'Editore Terre di Mezzo un libro curioso ed affascinante, la *Guida alla via degli Abati e del Volto Santo*, che riporta in maniera particolareggiata ed attenta tutto quello che c'è da sapere per affrontare a piedi (o in bicicletta) un viaggio di 350 chilometri da Pavia a Lucca. I moderni viaggiatori hanno pertanto la possibilità di ripercorrere le orme dei monaci dell'Abbazia di San Colombano di Bobbio (vicino a Piacenza) e dei pellegrini che nei secoli VII-XII scendevano dall'Europa del Nord verso Lucca per poi proseguire verso Roma. In otto giorni di cammino si attraversano l'Oltrepò pavese, la Lunigiana e la Garfagnana per arrivare a Lucca dove si trova, conservato nel Duomo di San Martino, il famoso "Volto Santo".

Nel libro tutte le informazioni necessarie per una simile avventura, la descrizione dettagliata del percorso, le mappe, le altimetrie, gli indirizzi per mangiare e dormire, gli approfondimenti storici e culturali sui luoghi attraversati.

S.P.

# La chiave di volta è lavorare insieme

di Elisabetta Altì



ELISABETTA ALTI, medico di medicina generale a Firenze. Coordinatore AFT Gavinana Firenze. Coordinatore Corso Formazione Specifica in Medicina Generale. Laureata a Firenze nel 1988. Specializzata in Allergologia e Immunologia Clinica nel 1991. Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale nel 1999. Dal 2002 convenzione col SSN come medico di medicina generale. Dal 2010 Coordinatore del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale sede di Firenze. Dal 2014 Coordinatore AFT Gavinana a Firenze.

I cambiamenti demografici, l'aumento delle malattie croniche, l'esigenza di un costante confronto con i costi del sistema sanitario portano alla ridefinizione delle competenze del medico di medicina generale che, oltre a solide conoscenze scientifiche, necessita di capacità diagnostiche specifiche, relazionali, di coordinamento e programmazione degli interventi per rispondere ai bisogni sia del paziente con una medicina *person oriented* che della comunità con una riorganizzazione interna e del sistema.

La medicina generale è una fra le discipline mediche che più si è modificata nel corso degli ultimi decenni e per la quale il futuro rappresenta una sfida che coinvolge non solo la propria organizzazione ma anche l'efficacia del Sistema Sanitario Nazionale.

Studi internazionali hanno evidenziato come i modelli sanitari più efficienti ed economicamente sostenibili siano quelli basati su cure primarie che vedono il medico di medicina generale inserito nel governo clinico del territorio e nell'attuazione di una reale continuità ospedale-territorio. I cambiamenti demografici, le scoperte scientifiche che hanno rivoluzionato il sapere medico, l'esigenza di costante confronto con i costi del sistema sanitario e l'informatizzazione, uniti alla mutata domanda di salute del cittadino e della comunità, portano alla ridefinizione delle competenze del medico di medicina generale.

***I modelli del medico condotto, disponibile ma solitario, empatico ma paternalista o quelli del medico della mutua, orientato alla produzione***

***di prestazioni, o quelli dei semplici prescrittori di farmaci o esami non sono più percorribili.***

L'odierno medico di famiglia è un medico a ciclo di fiducia, scelto dal cittadino, il cui compito è la promozione della salute e la prevenzione e cura delle malattie. Fornisce risposte terapeutiche direttamente o ricorrendo alle risorse professionali o strutturali che il territorio offre, nel rispetto del paziente e indipendentemente dal sesso, età, condizione sociale o religiosa. Il rapporto con l'assistito è individuale, continuativo, longitudinale nel tempo e globale nell'assistenza. Lavora per problemi, acuti o cronici, a volte presenti contemporaneamente, e il suo processo diagnostico si fonda sull'incidenza e la prevalenza delle malattie presenti nella comunità. L'assistenza che fornisce è un primo livello

Parole chiave:  
medicina generale, medico di medicina generale, competenze, territorio, AFT



che, in base alla conoscenza del paziente e alla probabilità di malattia e con l'ausilio di diagnostica strumentale ambulatoriale, raramente si avvale di un secondo livello che, comunque, individua specificatamente per quel problema e per quel paziente.

***“It is much more important to know what sort of patient has a disease than what sort of disease a patient has”.* (Sir W. Osler 1904)**

Se da un lato il medico di medicina generale necessita di solide conoscenze scientifiche e di una specifica competenza diagnostica per gestire una quotidianità fatta di problemi acuti o cronici, dall'altra deve possedere e implementare una capacità relazionale con il paziente fatta di compassione, empatia e attenzione personalizzata. Questo conduce ad una comunicazione efficace che consente una medicina basata sulla persona (*person oriented*) e non sulla malattia (*disease oriented*), capace di rispondere ai bisogni del paziente.

***Quanto più la medicina diventa specializzata e complessa, tanto più aumenta il ruolo di coordinatore e di supervisore del medico di medicina generale.***

I mutamenti demografici sono paralleli all'aumento della multimorbilità dei pazienti, la cui cura viene spesso suddivisa e frammentata tra diversi centri specialistici con molteplici interazioni per successive terapie. I pazienti che assumono più di 5 farmaci al giorno sono oltre il 29% in Toscana e, fra questi, quelli con più di 7 farmaci hanno oltre 75 anni, con un'aderenza terapeutica ridotta del 44%, più per scarsa comprensione della terapia o per confusione fra farmaci che per reale decisione del soggetto.

Il National Institute for Health and Care Excellence (Nice) ha pubblicato nel 2016 le linee guida per il trattamento delle multimorbilità ed ha evidenziato il ruolo cruciale del medico di medicina generale nella razionalizzazione e nella gestione di tali terapie: l'aderenza e l'appropriatezza terapeutica sono realizzabili se vi è una comunicazione efficace e continua nel tempo, basata su un rapporto di fiducia e su ripetuti aggiustamenti che dipendono sia dalla con-



**National Institute for Health and Clinical Excellence**

dizione clinica che da quella psico sociale del paziente (*person oriented*). La mancanza di un coordinamento nelle cure genera consulenze specialistiche per ogni problema, con progressive aggiunte di farmaci o ulteriori analisi di scarso beneficio per le problematiche principali del soggetto, con un'inefficacia e inappropriata, che si traduce in un danno per il paziente e per il sistema nel suo insieme.

***La necessità di percorsi diagnostico terapeutici condivisi e concordati fra tutti i professionisti coinvolti risulta la chiave vincente della gestione delle malattie croniche e la presenza del medico di medicina generale ne garantisce un'appropriata attuazione.***

Dal 2010, in Toscana, la cura delle malattie croniche si è concretizzata in un nuovo modello di medicina: la Sanità di Iniziativa. Durante il periodo 2011-2014, i pazienti partecipanti al progetto affetti da diabete mellito e da scompenso cardiaco hanno mostrato una riduzione della mortalità rispettivamente del 15% e del 17% rispetto ai non partecipanti. Anche nei pazienti affetti da BPCO si è avuto una significativa diminuzione sia dei ricoveri che dei reingressi ospedalieri. L'assistenza garantita dal *team* costituito dal medico di medicina generale, dall'infermiere professionale formato, dalla possibilità di consulenze specialistiche dedicate, ha visto realizzarsi un modello proattivo, con richiamo periodico dei pazienti nell'ambulatorio del proprio medico, con indicatori di percorso e di esito prestabiliti e concordati. Da tale esperienza, il modello toscano di presa in carico e gestione della cronicità si è sviluppato e orientato verso un superamento dei percorsi per singola malattia con l'adozione di criteri basati sul grado di complessità dei pazienti e sul profilo di rischio cardiovascolare. Tale assistenza prevede un *team* multiprofessionale

capace di attuare una presa in carico del paziente ancora suscettibile di cure in ambito territoriale e di formare reti cliniche con Piani Assistenziali Individuali (PAI) strutturati sui bisogni del singolo assistito e coerenti con le risorse disponibili. La responsabilità del coordinamento di tale assistenza non può che essere del medico di medicina generale del singolo assistito, il solo in grado di conoscere tutti gli aspetti clinici e psicosociali del proprio paziente e di attuare quella continuità di cura nel tempo, necessaria per la gestione di un malato ad alta complessità.

***Nell'attuale organizzazione sanitaria, il medico di medicina generale si trova a rispondere non solo al bisogno di salute del proprio assistito in senso globale, fisico e mentale, ma anche a quello di una comunità che chiede sempre più un'integrazione fra i vari attori del Sistema Sanitario.***

Una delle risposte che la Medicina Generale ha saputo fornire per migliorare la qualità dell'assistenza è stata la riorganizzazione del lavoro con la formazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e la realizzazione del Dipartimento di Medicina Generale.

Le AFT sono formate dai medici di medicina generale che lavorano in un ambito territoriale di circa 30.000 assistiti. Tramite riunioni periodiche, analisi dei dati sanitari forniti dalle ASL e propri, audit clinici e confronto con le necessità della popolazione attuano il governo clinico della zona in rapporto alla realtà locale.

Il Dipartimento di Medicina Generale, formato da tutti i coordinatori di AFT e conseguentemente da tutti i medici di medicina generale operanti nell'Azienda Sanitaria, individua i bisogni del territorio e governa le risposte, assicura una sostenibilità del sistema partecipando alla definizione della spesa sanitaria e, coordinandosi con gli altri Dipartimenti, realizza quell'assistenza sanitaria integrata che, insieme alla continuità ospedale-territorio, diventa capace di rispondere alla domanda di salute del cittadino e della comunità nel suo insieme.

 [altielisabetta@alice.it](mailto:altielisabetta@alice.it)

# Wikipedia e Medicina

di Marco Masoni, Maria Renza Guelfi

“In Wikipedia you read one living article written by many, continually updated by many. Who needs 50 articles on avian flu when one will do?”

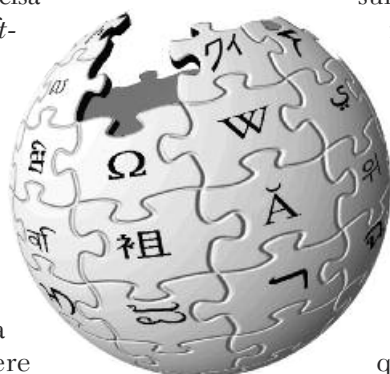
Peter Frishauf, fondatore di Medscape

Wikipedia è un'enciclopedia online liberamente accessibile e gratuita. Attivata nel 2001 e pubblicata in oltre 250 lingue, contiene numerosi articoli che trattano argomenti di tipo sanitario. La versione in lingua inglese è la più esaustiva mentre quella in italiano ha superato la cifra di un milione di voci nel 2013. Sostenuto dalla organizzazione no-profit Wikimedia Foundation, il sito Wikipedia è uno dei più visitati a livello mondiale e riceve circa 60 milioni di accessi al giorno.

Wiki è l'applicazione del Web 2.0 che rende possibile la realizzazione di Wikipedia. Più precisamente wiki è un *software* per la scrittura collaborativa, consente cioè a più utenti di contribuire alla stesura di un documento condiviso. Una delle caratteristiche più importanti dei Wiki è la capacità di mantenere una traccia cronologica di tutte le modifiche effettuate dagli utenti, consentendo la funzione di *rollback*, ovvero la possibilità di tornare a versioni precedenti del documento qualora quest'ultimo sia stato modificato inopportuno.

A differenza delle enciclopedie tradizionali a cui collaborano solo esperti di dominio, Wikipedia viene prodotta in modo completamente diverso: il modello è su base volontaristica mediante un sistema di modifica e pub-

blicazione aperto, a cui possono partecipare collaboratori in modo non organizzato (*crowdsourcing*). Per questo motivo, in una fase iniziale, il progetto è stato accompagnato da un certo scetticismo, con particolare riferimento all'affidabilità e qualità del contenuto. Queste critiche sono state tuttavia smentite da una ricerca pubblicata su "Nature" nel 2005 che dimostrava come, per le voci scientifiche, gli errori presenti in Wikipedia erano sovrapponibili come numerosità a quelli presenti nell'Enciclopedia Britannica. Ulteriori studi hanno confermato questi dati, eliminando le incertezze sull'affidabilità dei contenuti di Wikipedia.



Secondo uno studio del 2009 i motori di ricerca generalisti più diffusi, Google e Bing in particolare, per numerose parole chiave relative ad argomenti di tipo sanitario, restituiscono frequentemente voci di Wikipedia ai primi posti delle pagine dei risultati. Poiché l'utente non supera quasi mai le prime due o tre pagine dei risultati ottenuti da un motore di ricerca, anzi i primi 10 risultati ricevono il 90% delle selezioni, tale enciclopedia online rappresenta un importante sito di riferimento per chi cerca informazioni sulla salute.

Alcuni studi hanno anche mostrato che il 70% dei giovani medici utilizza Wikipedia nell'arco della settimana e che dal 50% al 70% dei medici in atti-



MARCO MASONI, *Unità di Ricerca di Innovazione Didattica ed Educazione Continua in Medicina (IDECOM), Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze.*

MARIA RENZA GUELFY, *Unità di Ricerca di Innovazione Didattica ed Educazione Continua in Medicina (IDECOM), Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze.*

vià vi fa riferimento nello svolgimento della professione.

Dato il frequente utilizzo di Wikipedia da parte dei professionisti della salute la comunità scientifica ha condotto degli studi per valutare la qualità dell'informazione sanitaria pubblicata in tale sito. Una ricerca ha paragonato l'informazione relativa a farmaci contenuta nel Medscape Drug Reference e in Wikipedia. Lo studio ha dimostrato che Wikipedia ha uno scopo più ristretto rispetto al Medscape Drug Reference, è meno completa ed ha un numero maggiore di errori, che tuttavia si riduce nel tempo all'aumentare della partecipazione e dei collaboratori all'enciclopedia online. In conclusione, Wikipedia appare essere uno strumento utile soprattutto in una fase iniziale di aggiornamento, ma per ulteriori approfondimenti non dovrebbe essere usata come fonte autorevole per informazioni sui farmaci.

Essendo Wikipedia frequentemente acceduta dagli utenti, molti ricercatori ritengono che essa potrebbe costituire una piattaforma globale per l'accesso e la disseminazione di informazioni sanitarie di elevata qualità e rappresentare un importante strumento di promozione della salute. Per questo motivo, numerose società scientifiche sanitarie e organizzazioni professionali, come pure gruppi di pazienti, hanno creato forme di partenariato per migliorare i contenuti di Wikipedia per quanto riguarda argomenti sanitari.

Un gruppo di utenti interessati ad aggiornare voci di Wikipedia su di un

The screenshot shows the Italian Wikipedia page for 'Progetto:Medicina'. At the top, there is a navigation bar with 'Progetto' and 'Discussione' tabs, and a search box. The main heading is 'Progetto:Medicina'. Below it, a large blue box contains a welcome message: 'Benvenuto nel Progetto Medicina, creato per coordinare le attività riguardo le voci sugli argomenti che afferiscono a questa sterminata e affascinante disciplina e in generale sulla scienze della salute. Se hai proposte, critiche o semplicemente qualcosa da dire visita il Tavolino Ippocratico. Dai uno sguardo anche al nostro portale.' Below this message is a small breadcrumb trail: 'Portale:Medicina - Progetto:Medicina - Tavolino Ippocratico - Categoria:Medicina - Categoria:Scienze della salute - Wikimedia Italia'. A section titled 'Utenti interessati' (Interested users) contains instructions for joining the project and a warning: 'Attenzione: per iscriversi fra gli utenti interessati è necessario registrarsi ed effettuare il login.' The left sidebar contains various Wikipedia navigation links like 'Pagina principale', 'Ultime modifiche', and 'Strumenti'.

Figura 1 - Wikiproject Medicina in lingua italiana. (URL: <https://it.wikipedia.org/wiki/Progetto:Medicina>).

particolare dominio di conoscenza, può collaborare attraverso i cosiddetti WikiProjects. WikiProject Medicine è stato fondato nel 2004 e nel 2010 conta più di 200 partecipanti. I membri di WikiProject Medicine sono responsabili della creazione di linee guida a cui attenersi per la produzione di voci sanitarie valutate in base a specifici e pre-

definiti criteri, in modo simile a un processo di revisione tra pari. Nella Figura 1 è mostrata l'homepage del Progetto Medicina di Wikipedia in lingua italiana, a cui collaborano principalmente studenti di corsi di laurea medico-sanitaria, e in minor misura specializzandi, medici e altri professionisti del settore.

Occorre infine sottolineare che nel 2014 l'organizzazione Cochrane Collaboration/Cochrane UK e Wikipedia hanno avviato un progetto congiunto per produrre e condividere informazioni sanitarie basate sull'evidenza scientifica per tutti gli utenti della rete (Figura 2).

 [rn.masoni@med.unifi.it](mailto:rn.masoni@med.unifi.it)

The screenshot shows the English Wikipedia page for 'Wikipedia:Cochrane Collaboration/Cochrane UK'. The main heading is 'Wikipedia:Cochrane Collaboration/Cochrane UK'. Below it, there is a navigation bar with 'Project page' and 'Talk' tabs, and a search box. A horizontal menu contains links: 'Welcome', 'About', 'Cochrane Reviews', 'Articles', 'Training materials', 'Resources', and 'Participants'. Below this menu are two logos: 'WIKIPROJECT MEDICINE' and 'Wiki Project Med Foundation'. The main text reads: 'Welcome to the initiative between WikiProject Medicine and the UK Cochrane Centre. This is the place where people interested in collaborating to add health information from Cochrane Reviews will coordinate their work. Sydney Poore/User:FloNight is the Wikipedian in Residence at Cochrane Collaboration.' On the right, there is a photograph of a group of people sitting around a table, engaged in a discussion.

Figura 2 - Iniziativa tra WikiProject Medicine e UK Cochrane Centre. (URL: [https://en.wikipedia.org/wiki/Wikipedia:Cochrane\\_Collaboration/Cochrane\\_UK](https://en.wikipedia.org/wiki/Wikipedia:Cochrane_Collaboration/Cochrane_UK))

# La Casa della Salute di Lamporecchio

di Marco Bonini



MARCO BONINI, *Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, dal 1991 lavora nell'ambito dell'Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base. Dal 2006 Direttore della UFC Assistenza Sanitaria di Comunità e Coordinatore Sanitario della Zona/SdS Valdinevolesse. Attualmente anche Direttore dell'Area Assistenza Sanitaria Territoriale e Continuità e della SOC Organizzazione Presidi e Servizi Territoriali per l'ASL Toscana Centro.*

Non si parlava ancora di case della salute quando a Lamporecchio si cominciò a delineare un progetto di struttura integrata, riferimento sanitario e socio-sanitario per una popolazione decentrata rispetto ai Presidi Ospedalieri, Comune, Volontariato, ASL e medici di medicina generale collaborarono insieme per sviluppare servizi ed iniziative attente anche alla prevenzione e all'utilizzo corretto e integrato delle risorse disponibili.

**Parole chiave:**

Casa della Salute, integrazione, prevenzione, cittadini, sanità d'iniziativa

**Breve storia**

L'esperienza della **Casa della Salute di Lamporecchio** nasce molti anni fa dalla voglia di sperimentare e di "andare oltre" insita forse nei geni "leonardeschi" di quel territorio.

Nasce dall'intuizione e dalla volontà di un'amministrazione locale, dal sogno di un'associazione di volontariato e dalla lungimiranza di un gruppo di medici di medicina generale.

L'idea era quella di raccogliere in un'unica sede tutte le attività sanitarie e sociali di un territorio in modo da costituire un visibile punto di riferimento per i cittadini.

Dopo innumerevoli incontri il progetto divenne formale nei primi anni del 2000 e fu approvato dalla Giunta Regionale con la Delibera 300 del 31/03/2003.

Fu siglato un accordo formale con i medici (2004) e fu individuata una struttura idonea nell'ex biblioteca comunale, concessa in comodato d'uso gratuito all'ASL 3 (15.04.2005), che iniziò i lavori di ristrutturazione.

Ma il percorso "insieme" iniziò subito con l'attivazione di una Unità di Cure Primarie (UCP) in una struttu-

ra già nella disponibilità aziendale (DGRT 198 del 20.3.2006).

La nuova struttura fu inaugurata il 23.05.2009 e fu gradualmente attivata; si iniziò con la Croce Verde, poi con i medici di medicina generale, il Servizio Sociale, gli ambulatori specialistici (Cardiologia, Otorinolaringoiatria, Urologia, Ginecologia che si trasferirono dal vicino "poliambulatorio" di Spicchio) e, poco dopo, con il pediatra (PLS); infine nel 2010 fu completata con il servizio di Emergenza 118, con un Punto di Primo Soccorso e con la Continuità Assistenziale.

**Caratteristiche**

La Casa della Salute è un punto di riferimento certo per circa 10.000 assistiti, oltre alle numerose presenze turistiche del Montalbano; in una sola sede la quasi totalità dei servizi territoriali ruota attorno alla figura centrale del medico di famiglia. Vi operano, oltre ai 7 medici di medicina generale in Associazione Complessa, il pediatra di libera scelta, vari specialisti (urologo, ginecologo, cardiologo, otorinolaringoiatra, radiologo), la Continuità Assistenziale, Infermieri (ambulatoriali e domiciliari), il servizio di Emergenza 118 con una postazione di automedica ed un punto di primo soccorso, un Consultorio materno infantile (ginecologo, ostetrica, psicologo, endocrinologo), il servizio vaccinazioni per l'infanzia,





L'esterno della Casa della Salute di Lamporecchio e due immagini dell'interno.

## Accogliere nella stessa struttura più professionisti ha consentito lo sviluppo di un atteggiamento proattivo ed integrato

l'assistente sociale, le principali attività amministrative con il CUP.

Negli ultimi anni le presenze specialistiche si sono arricchite con un radiologo di provenienza ospedaliera che, oltre ad effettuare prestazioni ecografiche, offre ai medici di medicina generale una preziosa consulenza che ha permesso di ridurre in maniera considerevole le richieste di "diagnostica pesante", TC e RM, spesso a rischio di inappropriatelyzza.

È così garantita la presenza contemporanea di almeno due medici 24 ore al giorno e 365 giorni all'anno, particolarmente importante per un territorio a prevalente vocazione artigianale e di eccellenza agricola, posto all'estremo est della Valdinievole e con una viabilità spesso poco scorrevole per raggiungere il Presidio Ospedaliero di riferimento.

### Organizzazione

Ciascun medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e gli infermieri hanno a disposizione un proprio ambulatorio e, assieme alla Continuità Assistenziale e ai medici del 118, possono usufruire in manie-

ra coordinata dei servizi e degli spazi comuni.

Le attività specialistiche si sono articolate nel tempo in relazione alle esigenze della popolazione e collaborano a garantire un'adeguata assistenza domiciliare e la presa in carico della sanità d'iniziativa.

La presenza della Croce Verde permette una collaborazione costante per le attività ambulatoriali e domiciliari, per i prelievi di sangue per esami di laboratorio, per i servizi di trasporto con autoambulanza e mezzo attrezzato.

I professionisti hanno a disposizione apparecchiature tecnologiche che facilitano le attività di tipo diagnostico di base, favorendo così anche lo sviluppo di iniziative rivolte alla presa in carico della cronicità (Ipertensione Arteriosa, scompenso cardiaco, diabete mellito, BPCO, ecc.); è operativo un servizio di Elettrocardiografia digitale con trasmissione alla U.O. Cardiologia del Presidio Ospedaliero di Pescia per la refertazione e la consulenza.

Gli infermieri offrono prestazioni assistenziali e di supporto, domiciliari ed ambulatoriali anche per le lesioni difficili, con la preziosa possibilità di un confronto diretto e continuo con i medici curanti.

### Iniziative

Accogliere nella stessa struttura più professionisti ha consentito lo sviluppo di un atteggiamento proattivo ed integrato.

Il confronto costante e la possibilità di condividere momenti di riflessione e formazione hanno determinato una particolare capacità nel perse-

guire un uso appropriato delle risorse con vantaggi evidenti in termini di spesa farmaceutica e diagnostica, nonché di riduzione del ricorso all'ospedalizzazione nonostante la perifericità del territorio.

A Lamporecchio fu possibile attivare il primo modulo sperimentale della Zona per la Sanità d'Iniziativa (expanded Chronic Care Model) fin dal 2009.

L'orientamento alla prevenzione, fin dalla UCP, aveva permesso un progetto specifico per lo scompenso cardiaco (2008) e poi ancora nel 2016 uno *screening* per la diagnosi precoce della BPCO in collaborazione con gli specialisti dei Presidi Ospedalieri di Pescia e di Pistoia e con il coinvolgimento di circa 150 pazienti selezionati per la presenza di fattori di rischio e l'individuazione di 42 nuovi casi.

Nel 2017 è in attuazione la seconda fase di una campagna di individuazione ecografica precoce dell'aneurisma dell'aorta addominale; durante la precedente fase erano state invitate circa 600 persone, selezionate previa valutazione dei fattori di rischio, con una adesione del 70% e con la diagnosi di anomalie di varia gravità nel 5% dei cittadini coinvolti.

### Conclusioni

Lamporecchio è una esperienza da cui non è possibile recedere; ha consolidato tra cittadini ed operatori la consapevolezza virtuosa che solo lavorando insieme è possibile affrontare le sfide, organizzative ed assistenziali, che la moderna sanità ci propone.

@ marco.bonini@uslcentro.toscana.it



# Il medico di medicina generale e le cure palliative di I livello: una storia di assistenza

di Francesca Bondi



FRANCESCA BONDI, nata a Massa Marittima (Gr) il 20/03/1980, Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita c/o Università degli Studi di Firenze nel 2009. Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito nel 2016 c/o Università degli Studi di Siena. Dal 2010 al 2011 attività di cure palliative domiciliari c/o A.T.T. Onlus. Attualmente attività di medico sostituto c/o ambulatori di medicina generale.

Durante il tirocinio presso lo studio di due medici di famiglia di Follonica ho potuto osservare l'applicazione delle cure palliative secondo il modello a rete nella USL9 e comprendere l'importanza di questo tipo di assistenza, sia per il supporto reale che viene fornito al paziente e alla sua famiglia, sia in termini di rapporto e scambio umano, ma anche e soprattutto di appropriatezza clinica e organizzativa.

## Parole chiave:

medico di medicina generale, cure palliative, qualità di vita, bisogno, assistenza

**È** un afoso pomeriggio di luglio, sono in ambulatorio col mio tutor, il dott. Q. Malgrado il caldo, il tempo scorre veloce tra visite, telefonate interminabili e chiacchiere che poco hanno di "medico", ma che sono probabilmente più terapeutiche di molti farmaci. terminate le visite Q. mi dice: "mi è rimasta una domiciliare, ti va di venire? È un mio amico... sta morendo e non lo sa". Nel tragitto Q. mi racconta la storia del sig. S. trasmettendomi la sua inquietudine di medico e di amico. S. ha 65 anni, lui e Q. sono cresciuti insieme, li lega un rapporto di profonda amicizia e fiducia. S. era sempre stato bene, fino ad un anno prima, quando aveva cominciato a lamentare disuria e pollachiuria. Dopo una terapia antibiotica senza beneficio e vari esami di approfondimento venne diagnosticato un carcinoma a cellule transizionali. Per S. e la sua famiglia fu uno shock: "ricordo come fosse ora", dice Q., "la disperazione di sua moglie... ero sconvolto

anche io, ma sai come siamo noi medici... ho fatto di tutto per rassicurarla e per convincere S. che si poteva curare, che non doveva abbattersi... e ora lui è lì che lotta, ma non sa che ha già perso". S. venne sottoposto a cistectomia, seguì vari cicli di chemioterapia e al follow up dei 6 mesi la TC di controllo era negativa. S. riprese il lavoro, la vita tornò ad un'apparente normalità. Trascorsi alcuni mesi S riferisce difficoltà all'evacuazione, Q. anticipa i controlli previsti dal follow-up e manda S a visita chirurgica. Emerge una stenosi rettale e si prospetta una RAR. Q. contatta personalmente il chirurgo per accelerare i tempi. Purtroppo però S. sviluppa un ascesso rettale con febbre e dolore intenso, accede in Pronto Soccorso, viene confezionata una stomia d'urgenza, ma S sviluppa una sepsi e viene ricoverato in



terapia intensiva. Appena il quadro clinico migliora, Q. insiste nuovamente con il chirurgo perché venga effettuato l'intervento. Si esegue pertanto una nuova TC che mostra la comparsa di carcinosi peritoneale. S. peggiora nuovamente, sviluppa una TVP e un'occlusione intestinale. Q. realizza che l'amico non è più operabile, la cosa più giusta da fare è riportarlo a casa e aiutarlo a vivere nel miglior modo possibile il tempo che gli resta insieme ai suoi cari. La moglie però prega Q. di non dire la verità al marito, non vuole vederlo deprimersi, crede che la speranza di riprendersi lo farà stare meglio. Gli diranno che l'intervento è solo posticipato e che può tornare a casa per iniziare una terapia ricostituente. Q., è amareggiato, vorrebbe mettere al corrente l'amico del suo reale stato di salute permettendogli di decidere come trascorrere il tempo rimasto, ma non ha la forza di contrastare la famiglia perciò si attiene alla versione decisa dalla moglie. Q. attiva l'ADI per cure palliative, si accorda con l'infermiera domiciliare e contatta il medico palliativista dell'UCP, per avvisarlo del desiderio dei familiari e per riferirgli che per il momento gestirà l'assistenza da solo. Appena S. torna a casa Q. va a fargli visita insieme all'infermiera e illustra il programma di terapia che S. dovrà seguire per rimettersi in forze. Dopo un paio di settimane il dolore si fa più intenso ed S. è sempre più irrequieto: da quando è stato dimesso ha seguito diligentemente tutte

le indicazioni che gli sono state date, ma non ha visto miglioramenti. Q. consulta il palliativista e insieme decidono di posizionare un elastomero per controllare il dolore. Arriviamo a casa di S., sua moglie ci apre, saluta con un abbraccio Q.; "non si va", dice scuotendo la testa, "è nervoso... sono due giorni che ha una tosse stizzosa e non riesce a riposare". S. è a letto, un letto enorme rispetto a lui, è magrissimo, emaciato, lo sguardo nel vuoto. Appena vede l'amico però sorride; Q. si china a salutarlo e gli chiede della tosse, poi lo visita. "Sono solo un po' di catarri fermi", lo rassicura, "ti metto qualcosa in flebo per scioglierli". In realtà la tosse è segno di edema polmonare e S. muore la notte stessa convinto di avere la bronchite, accanto a lui la moglie, i figli e l'amico medico. Nei giorni seguenti Q. è cupo. In un momento di tregua, in ambulatorio, mi confessa che nonostante abbia assistito tante volte pazienti in fase terminale, mai si era sentito così logorato fisicamente e psicologicamente. "Al funerale", racconta, "sono venuti a ringraziarmi tutti i parenti e gli amici di S., come se io avessi fatto chissà cosa per lui, quando invece gli ho solo mentito... altro che amico". Ogni volta che la moglie di S. tornerà in ambulatorio nei mesi seguenti non mancherà mai di ringraziarlo per come ha assistito suo marito, ma invece di essere gratificato da quel riconoscimento, Q. continuerà a sentirsi in colpa per non aver saputo difendere i diritti del suo paziente-amico.

Ogni anno in Italia sono circa 250.000 i pazienti, oncologici e non, che necessitano un'assistenza di tipo palliativo. L'emergente necessità di cure palliative, la riorganizzazione della medicina del territorio secondo il modello a rete, l'istituzione delle AFT e l'evoluzione del comparto ospedaliero verso l'alta intensità, spingono la medicina generale ad un ruolo di centralità nelle cure primarie.

Il medico di famiglia è la prima figura che il paziente incontra nel suo percorso di malattia e può intercettare precocemente il bisogno di cure palliative, valutare le risorse presenti nella famiglia e nel territorio, così da rendere realmente praticabili quegli interventi terapeutici e assistenziali capaci di alleviare la sofferenza del malato, rispettandone i desideri e dando dignità ai suoi ultimi giorni di vita. Tale compito gravoso costringe il medico a prendere atto di quella che spesso è vista e vissuta come una sconfitta della medicina, ovvero l'inguaribilità della malattia, che non va però confusa con l'incurabilità.

Il *care* inteso come benessere globale e qualità di vita oltre la malattia, è e resta il fulcro della medicina palliativa, così come di quella generale. Tale comunione di intenti non può che rendere il medico di medicina generale un privilegiato interprete delle cure palliative.

@ france.bondi@gmail.com



# Screening e adenocarcinoma del polmone: un post

di A. Lopes Pegna, E. Paci, F. Carozzi, L. Carrozzi, F. Falaschi, M. Mascalchi, G. Picozzi, D. Puliti, M. Zappa



ANDREA LOPES PEGNA, *Pneumologo Firenze, specializzato a Firenze in Malattie Cardiovascolari e Malattie Respiratorie. Già Direttore della I U.O. di Pneumologia dell'AOU di Careggi.*

E. PACI, *Epidemiologo Firenze.*

F. CAROZZI, *Biologo ISPO.*

L. CAROZZI, *Pneumologo AOU Pisana.*

F. FALASCHI, *Radiologo AOU Pisana.*

M. MASCALCHI, *Radiologo AOUC.*

G. PICOZZI, *Radiologa ISPO.*

D. PULITI, *Statistica ISPO.*

M. ZAPPA, *Epidemiologo ISPO.*

Questo articolo prende spunto da alcune affermazioni che sono state fatte in occasione del forum di "Toscana Medica" n. 6 del giugno 2017 "Adenocarcinoma polmonare: nuove strategie terapeutiche" in merito alla diagnosi precoce del tumore del polmone.

In particolare viene scritto:

«[...] Studi clinici condotti in pazienti ad alto rischio (età superiore a 50 anni e forti fumatori) hanno prodotto risultati promettenti nell'individuazione di piccole neoplasie polmonari in pazienti asintomatici con l'utilizzo della TC spirale del torace. Tali indagini di screening hanno condotto ad un maggior numero di pazienti operati in stadio precoce, senza però definire al momento se ciò possa tradursi in un beneficio in termini di riduzione della mortalità (Mazzoni)».

«[...] Inoltre le metodiche di screening sono ancora oggi molto costose e purtroppo gravate da un alto numero di falsi negativi e falsi positivi (Mazzoni)».

«[...] Anche noi siamo preoccupati, come diceva la collega in precedenza, della questione dei falsi positivi legati per esempio alla sempre più agevole esecuzione delle metodiche TAC, un po' come accade col ricorso del PSA per la neoplasia prostatica, di per sé certamente non "pericoloso" però associato ad una frequenza altissima di false positività e per questo sconsigliato come esame di screening (Ucci)».

Riguardo al primo aspetto occorre tenere presente che nello studio National Lung Screening Trial (NLST), eseguito negli USA nei primi anni 2000 su più di 50.000 soggetti a rischio, lo screening del tumore polmonare con Tc a basso dosaggio (LDCT) ha ridotto del 20% la mortalità per cancro del polmone in modo statisticamente significativo. Di con-

seguenza dopo la pubblicazione dei risultati nel 2011 in USA le linee guida per lo screening del tumore polmonare sono state rapidamente aggiornate dalle principali agenzie tra cui la governativa USPSTF, così che la LDCT è, allo stato attuale, raccomandata in questo Paese per i soggetti ad alto rischio secondo un definito protocollo. Recentemente si sono allineate alle linee guida statunitensi anche quelle canadesi. In Canada, che come noto ha un servizio sanitario pubblico di tipo europeo, a breve inizierà infatti un programma nazionale di screening con LDCT.

Nel 2011 in un Documento di Consenso chiamato *Pisa Statement*, ripreso in un documento di indirizzo dell'Osservatorio Nazionale Screening, i responsabili degli studi randomizzati europei, tra cui ITALUNG realizzato in Regione Toscana, hanno deciso di continuare la valutazione dei risultati. Oggi siamo in attesa (nel 2018) che il più grosso trial europeo (NELSON, in corso in Olanda), eseguito su più di 15.000 soggetti, produca i suoi risultati che si aggiungeranno a quelli di altri studi più piccoli già pubblicati. Su questa base si sta avviando a livello europeo un processo di valutazione di qualità (HTA) con la promozione di studi pilota nei diversi paesi. Nella Regione Toscana lo studio randomizzato ITALUNG, interamente finanziato dalla Regione con finalità di valutazione *evidence-based* nell'ambito della collaborazione internazionale ed europea, è stato condotto proprio per verificare l'uso di questa tecnologia evitando la sua diffusione senza valutazione ed è stato eseguito su circa 3.000 soggetti a rischio. I risultati recentemente pubblicati su *BMJ-Thorax* (2017) si allineano con quelli avuti negli USA con una riduzione di mortalità per cancro del polmone del 30% nel braccio che è stato sottoposto a LDCT,

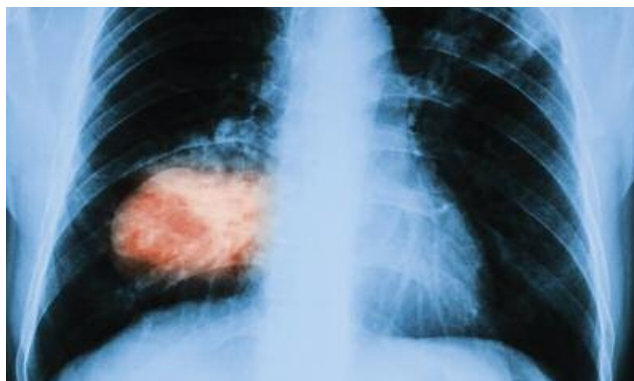
rispetto al braccio di controllo. Pur nella ridotta rappresentatività statistica del campione studiato, i risultati concorrono all'evidenza che si sta costruendo in Europa, nella direzione di continuare una cauta, indipendente, politica di valutazione di tecnologia (HTA). Oltre infatti all'evidenza sui benefici per cui sarà fondamentale il contributo nei prossimi mesi dei dati olandesi, esistono alcuni problemi ancora aperti, di cui i principali sono il numero di falsi positivi (non sembra rilevante, invece, quello dei falsi negativi anche perché nessun studio ha finora prospettato una problematica legata ai falsi negativi alla Tc) e la selezione di soggetti ad alto rischio. Per quanto riguarda il problema dei falsi positivi, anche se il termine falsi positivi dovrebbe essere riservato ai soli rari casi in cui si procede inutilmente ad un accertamento invasivo come la biopsia (0,1-4% nei vari studi) o addirittura all'intervento chirurgico (0,1-1,1%), rimane comunque la problematica del dovere ripetere, in una percentuale di casi, controlli di follow-up per potere arrivare ad una definizione diagnostica. Tuttavia, la stessa definizione di "falso positivo" deve oggi essere ridiscussa e valutata alla luce dei risultati della let-

tura volumetrica proposta dagli olandesi e da altri studi. In ogni caso l'expertise del centro di *screening* è il miglior antidoto per questo tipo di problematica.

Inoltre va considerato che si sta sempre più affermando la convinzione che lo *screening* polmonare debba essere riservato a soggetti particolarmente selezionati, individuati non solo per il loro rischio di fumo, ma anche per altri fattori di rischio (per esempio familiarità, rischio professionale, rischio ambientale ecc.) e per la positività a biomarcatori oncologici (di cui ITALUNG ha pubblicato recentemente risultati estremamente promettenti sull'International Journal of Cancer, con i risultati dell'ITALUNG BIOMARKER PANEL). Fra i soggetti da screenare, un'attenzione particolare va sicuramente riservata agli esposti ad amianto per i quali, in base al profilo di rischio di esposizione ed agli altri criteri di eleggibilità come età e fumo, è indicata l'offerta di un efficace test di diagnosi precoce come la LDCT.

Un programma di *screening* dovrà essere anche un programma di riduzione del rischio dei soggetti ad alto rischio. È infatti oggi acquisito a tutti i livelli che il momento dello *screening* rappresenta l'opportunità migliore per il forte fumatore di avere un *teachable moment* nel quale sia possibile un'azione congiunta su tutti gli aspetti legati al rischio del fumo (è in valutazione anche l'impatto sulla patologia cardiovascolare). Tutto ciò può derivare da una veramente efficace e fortemente organizzata azione congiunta del programma di *screening* e di interventi di ridu-

zione del rischio, soprattutto attraverso iniziative di cessazione del fumo e controllo della BPCO. Gli interventi sulla cessazione dal fumo vanno quindi con-



siderati come parte integrante ed irrinunciabile di uno *screening* polmonare.

Riguardo alle affermazioni relative al costo della Tc va sempre ricordato che, quando si parla di costi, quelli legati alla tecnologia vanno sempre rapportati ai benefici che ne possono derivare e alla variante costo delle prestazioni. L'utilizzo della LDCT per la diagnosi precoce del tumore polmonare, ormai da anni ha dimostrato in diversi lavori internazionali che è possibile ottenere un rapporto rischio/beneficio favorevole al suo utilizzo per lo *screening*, alla pari, se non in modo addirittura più evidente, di quello che avviene in analogia per altri *screening*. In questo quadro iniziative di sorveglianza per il tumore del polmone che si avvalgono per la valutazione di soggetti a rischio di pratiche non appropriate (come la RX del torace) dovrebbero essere attivamente scoraggiate, come suggeriscono le principali agenzie internazionali.

Di importanza fondamentale infine, per potere iniziare uno *screening* di popolazione con LDCT, sarà poter creare

una rete di *expertise* e con appropriata tecnologia, anche con il supporto del sistema informativo regionale, per la gestione del programma di riduzione del rischio e dello *screening* con Tc. In questo settore di importante sviluppo per contrastare una patologia oncologica come il tumore del polmone in cui, nonostante modesti miglioramenti terapeutici, la sopravvivenza di popolazione è ferma al 17% a cinque anni, la Regione Toscana, grazie all'esperienza fatta a Firenze, Pisa e Pistoia, e grazie alla collaborazione tra ISPO, AOU e

ASL della Regione, ha molto da offrire in termini di esperienza; la collaborazione ed il contributo della medicina generale, che è stato un elemento caratterizzante di ITALUNG è un nodo cruciale della potenziale rete di *expertise*. L'avvio di un programma organizzato sarà possibile solo dopo la chiusura eventualmente positiva del processo di HTA da avviare a livello europeo, nazionale e regionale ed è condizionata dai risultati definitivi dei trial randomizzati europei, ma l'esperienza fatta vede la Regione Toscana in ottima posizione per svolgere un ruolo importante e un progetto di studio pilota regionale offerto a soggetti ad alto rischio, in queste condizioni di conoscenza sull'efficacia del test di *screening* a livello internazionale, può consentire di approfondire nella pratica i problemi ancora aperti, non disperdere l'esperienza fatta e facilitare la progettazione di un futuro programma di *screening* organizzato secondo criteri di costo-efficacia.

@ a.lopespegna@virgilio.it

## NUOVO SITO INTERNET DEDICATO A TOSCANA MEDICA

È attivo e online il nuovo sito internet che l'Ordine di Firenze dedica interamente a "Toscana Medica", la prestigiosa rivista fondata nel 1983 da Giovanni Turziani, che adesso si presenta ai lettori anche con questa nuova "veste": un sito tematico che raccoglie gli articoli pubblicati su ogni numero della rivista, organizzati in rubriche e facilmente consultabili, stampabili, linkabili e ricercabili per diverse chiavi di ricerca. Ovviamente non manca l'offerta della rivista "per intero", in formato PDF o sfogliabile, con la veste grafica identica all'originale cartaceo, che può essere consultata a video, salvata in locale o stampata. Tutti i nostri lettori sono invitati a consultare il sito [www.toscanamedica.org](http://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! info: @a.barresi@omceofi.it

# Nodulo tiroideo

di Luisa Petrone, Gianni Forti

Il 4-5% della popolazione è affetto da noduli tiroidei palpabili mentre lesioni nodulari solo ecograficamente evidenti sono presenti in oltre il 60% della popolazione. Le neoplasie maligne peraltro si osservano soltanto in circa il 5% dei noduli. L'esame citologico dell'agoaspirato con ago sottile dei noduli consente la differenziazione tra noduli benigni e noduli maligni e quindi limita la necessità dell'intervento chirurgico.

## Parole chiave:

TSH, ecografia tiroidea, agoaspirazione con ago sottile, esame citologico, neoplasie tiroidee

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il 4% della popolazione è affetto da noduli tiroidei palpabili mentre lesioni nodulari solo ecograficamente evidenti sono presenti in oltre il 60% della popolazione. I noduli tiroidei sono più frequenti nel sesso femminile e la loro prevalenza aumenta con l'aumentare dell'età, nelle aree a carenza iodica e nei soggetti esposti a radiazioni ionizzanti. Nell'ambito di una patologia a così elevata incidenza, le neoplasie maligne rappresentano fortunatamente una esigua minoranza e si verificano in circa il 5% dei noduli, indipendentemente dalle loro dimensioni. La possibilità di di-

stinguere mediante l'esame citologico per aspirazione con ago sottile (FNAC: fine needle aspiration cytology) tra noduli benigni e noduli maligni riduce le indicazioni all'intervento chirurgico consentendo nei noduli benigni soltanto controlli periodici.

I tumori maligni della tiroide rappresentano solo l'1% di tutte le neoplasie maligne e costituiscono la neoplasia più frequente del sistema endocrino.

## Storia clinica ed esame obiettivo

Una adeguata anamnesi deve includere domande relative a precedenti irradiazioni del capo o del collo e a familiarità per carcinoma midollare della tiroide (nell'ambito di un carcinoma midollare familiare o delle neoplasie endocrine multiple MEN 2A e MEN 2B); il tumore della tiroide familiare, non midollare, può essere presente in alcune sindromi molto rare come la poliposi adenomatosa familiare. La captazione di un nodulo tiroideo alla PET-FDG, spesso eseguita per altri motivi, rappresenta un fattore di rischio per neoplasia tiroidea così come il sesso maschile.

Una raucedine di recente insorgenza può essere dovuta a invasione neoplastica del nervo laringeo ricorrente. Analogamente, la disfagia o un forte fastidio nella regione anteriore del collo può suggerire la presenza di un nodulo maligno, tenendo comunque ben presente che lo stesso sintomo può essere provocato più spesso da un nodulo benigno (ad esempio per un'emorragia intranodulare).

L'esame obiettivo deve focalizzarsi sulla palpazione della tiroide, valutando la consistenza e mobilità del/i noduli e sulla palpazione delle regioni laterocervicali per escludere la presenza di linfoadenopatie.

## Esami di laboratorio

In presenza di nodulo/i tiroidei bisogna effettuare sempre il dosaggio del TSH. Un livello di TSH basso o indosabile è suggestivo di nodulo/i iperfunzionante/i. Non è necessario eseguire la mi-



LUISA PETRONE, laureata presso l'Università di Pisa, specializzata in Endocrinologia presso l'Università di Firenze, dal 2007 è Dirigente Medico di I° livello presso la SOD Endocrinologia della Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi. È Coordinatore co-responsabile del Gruppo Oncologico Multidisciplinare Endocrino della AOUC.



GIANNI FORTI, professore Ordinario di Endocrinologia dal 1990 alla fine del 2016 presso l'Università di Firenze, ha diretto dal 2005 al 2016 la SOD Endocrinologia della Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi. È stato Presidente della European Academy of Andrology dal 1998 al 2006 e della Società Italiana di Endocrinologia dal 2007 al 2009.

surazione della tireoglobulina sierica che è un marcatore di malattia utile, da associare al dosaggio degli anticorpi anti-tireoglobulina, nel follow-up dei pazienti sottoposti a tiroidectomia totale per neoplasia tiroidea differenziata. È stata suggerita l'utilità della misurazione della calcitonina sierica per la diagnosi precoce di un carcinoma midollare della tiroide ma anche le ultime linee guida della American Thyroid Association (ATA) non si esprimono né a favore né contro il dosaggio routinario.

## Imaging

Tutti i pazienti devono essere sottoposti a studio ecografico della tiroide per documentare numero, dimensioni e caratteristiche dei noduli e eventuale presenza di linfoadenopatie cervicali.

Ulteriori studi di imaging (TC o NMR) non sono indicati tranne nei casi in cui ci siano forti indicazioni di un comportamento aggressivo di una neoplasia tiroidea. La scintigrafia tiroidea

Categoria diagnostica	Diagnosi citologica	Rischio di malignità (%)	Trattamento suggerito
TIR1	Non diagnostico	Non definito	Ripetere FNA dopo al massimo un mese
TIR1C	Non diagnostico (cistico)	Basso (variabile in base ai dati clinici)	Valutazione clinica e/o ripetere FNA
TIR2	Benigno	<3	Follow-up
TIR3A	Lesione indeterminata a basso rischio	<10	Ripetere FNA/follow-up clinico
TIR3B	Lesione indeterminata ad alto rischio	15-30	Intervento chirurgico
TIR4	Sospetto per malignità	60-80	Intervento chirurgico
TIR5	Maligno	>95	Intervento chirurgico

**Tabella 1** - Categorie diagnostiche associate al rischio di malignità e al trattamento clinico nella classificazione Italiana (SIAPEC-IAP 2013).

SIAPEC-IAP 2013	USA-BSRTC	UK-RCP
TIR1 (Non diagnostico)	I (Non diagnostico, solo liquido cistico)	Thy1 (Non diagnostico)
TIR1C (Non diagnostico, lesione cistica)		Thy1c (Non diagnostico, lesione cistica)
TIR2 (Non maligno)	II (Benigno)	Thy2 (Non neoplastico)
		Thy2c (Non neoplastico, lesione cistica)
TIR3A (Lesione indeterminata a basso rischio)	III (Atipia di significato indeterminato o lesione follicolare)	Thy3a (Possibile neoplasia/atipia)
TIR3B (Lesione indeterminata ad alto rischio)	IV (Neoplasia follicolare o sospetto per una neoplasia follicolare)	Thy3f (Neoplasia possibile/suggestivo per neoplasia follicolare)
TIR4 (Sospetto per malignità)	V (Sospetto per malignità)	Thy4 (Sospetto per malignità)
TIR5 (Maligno)	VI (Maligno)	Thy5 (Maligno)

**Tabella 2** - Confronto tra il sistema classificativo italiano, il BSRTC e la classificazione inglese del RCP.

è indicata soltanto se il TSH è basso o indosabile.

#### Aspirazioni dei noduli con ago sottile

L'aspirazione dei noduli con ago sottile, preferibilmente sotto controllo ecografico, è la modalità più sensibile e con

il miglior rapporto costo/beneficio per valutare la natura dei noduli tiroidei e l'eventuale necessità di intervento chirurgico. In accordo con le linee guida dell'American Thyroid Association, devono essere sottoposti ad ago aspirato i noduli tiroidei >1 cm con sospetto eco-

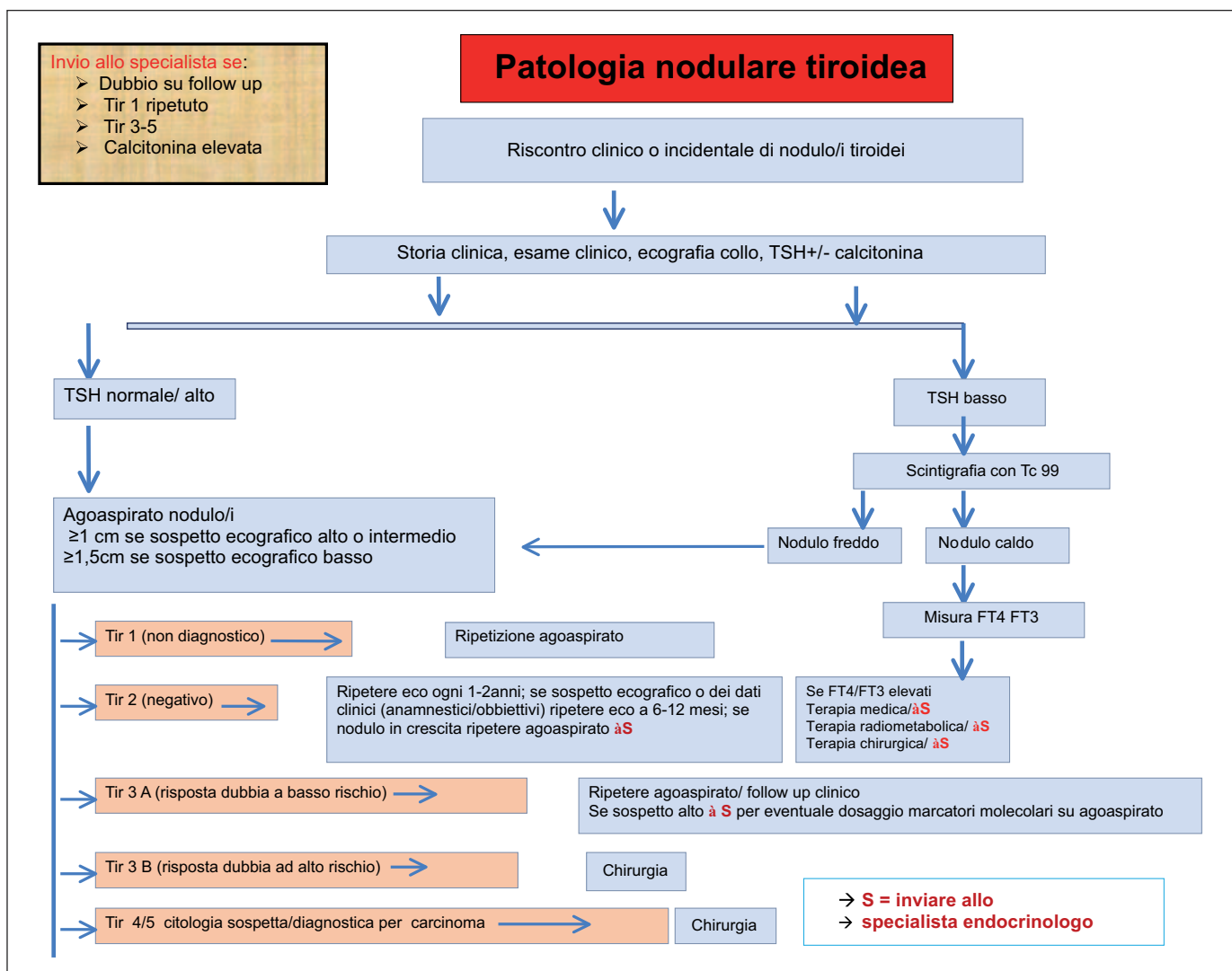
grafico elevato o intermedio (nodulo ipoecogeno solido o con componente cistica con una delle seguenti caratteristiche: margini irregolari, microcalcificazioni, più alto che largo, calcificazioni con estensione extracapsulare o solido ipoecogeno con margini sfumati senza altre caratteristiche), i noduli >1.5 cm con sospetto ecografico basso (solidi o parzialmente cistici, iso o iperecogeni) e i noduli >2 cm con sospetto ecografico molto basso (noduli spongiformi o parzialmente cistici). Anche i linfonodi cervicali sospetti devono essere sottoposti ad ago aspirato.

Il materiale aspirato con ago sottile deve essere esaminato da un citologo esperto. In Italia, l'esame citologico si effettua seguendo la classificazione della Società Italiana di Anatomia Patologica e Citopatologia Diagnostica e la divisione Italiana dell'Accademia Internazionale di Patologia (SIAPEC-IAP 2013), che ripropone delle categorie diagnostiche assimilabili alla classificazione del Bethesda System for Reporting Thyroid Cytology (USA-BSRTC) e del Royal College of Pathology (UK-RCP). Se la citologia non è diagnostica l'aspirazione con ago sottile deve essere ripetuta entro 1-2 mesi. Una citologia benigna è indicativa di una bassa probabilità di cancro e di norma non ha necessità di essere ripetuta. Occorre comunque tenere presente che i risultati falsi negativi sono presenti nel 5-10% dei casi.

#### Analisi molecolare

L'analisi di biologia molecolare condotta sul liquido di lavaggio dell'ago utilizzato per l'esame citologico deve essere presa in considerazione nei casi in cui la citologia dell'aspirato venga interpretata come dubbia (esito TIR 3) e rimane a discrezione del centro specialistico e in base alla tipologia dello studio molecolare disponibile (gene-expression classifier – GEC più frequentemente utilizzato in USA – o mutazioni specifiche, di solito eseguite in alcuni centri nazionali- tipo BRAF, TERT e traslocazione RET/PTC per il carcinoma papillare della tiroide e, mutazioni di RAS e PIK3A e traslocazione di PAX8-PPARY per il carcinoma follicolare).

In generale i pazienti con citologia dubbia che risultano negativi allo stu-



di molecolare GEC possono ragionevolmente essere solo monitorati senza la tiroidectomia immediata per l'alto valore predittivo negativo (circa il 95%); lo studio mutazionale invece ha un valore predittivo positivo dell'87-88% e un valore predittivo negativo dell'86-94%.

I pazienti con citologia interpretata come casi di "sospetta malignità" devono in generale essere indirizzati alla lobectomia della tiroide o alla tiroidectomia totale.

L'uso routinario dell'analisi molecolare rimane tuttora di utilità incerta e appannaggio del centro specialistico di riferimento.

### Trattamento

Qualora un campione citologico quantitativamente adeguato e valutato da un citologo esperto deponga per la benignità e non ci siano sospetti clinici ed ecografici, si raccomanda di ripetere l'eco entro 1 o 2 anni. Per i ca-

si con immagini ecografiche sospette è ragionevole un intervallo di tempo minore, compreso fra 6-12 mesi.

Se c'è evidenza di una crescita dei noduli è raccomandabile ripetere l'aspirazione con ago sottile.

Quando la valutazione non sia indicativa di caratteristiche chiaramente definite, le opzioni terapeutiche possono essere tanto lo stretto monitoraggio quanto la tiroidectomia. Una tiroidectomia totale, invece che parziale, è raccomandata nelle seguenti situazioni:

1. esame citologico con esito maligno o sospetto di malignità in nodulo di oltre 4 cm; opzionale se di diametro tra 1-4 cm, in base alle indicazioni del team e preferenze del paziente;
2. esame citologico con esito maligno o sospetto e interessamento linfonodale alla diagnosi;
3. malattia nodulare bilaterale con indicazione chirurgica in almeno un nodulo;

4. anamnesi di irradiazione del capo e del collo durante l'infanzia e l'adolescenza;

5. familiarità di cancro alla tiroide;

6. presenza di significativi segni di disturbi cardiorespiratori al fine di evitare la possibile necessità di un secondo intervento;

7. specifiche anomalie molecolari oncogeniche del nodulo con alto valore predittivo positivo per cancro (ad esempio mutazione BRAF).

I rischi correlati ad un intervento di tiroidectomia totale nelle mani di un chirurgo esperto sono bassi e sono relativi ad un ipoparatiroidismo postchirurgico permanente (0.2-1.9%) e di un danno al nervo laringeo ricorrente (0.4%). La terapia sostitutiva per correggere l'ipotiroidismo postchirurgico è richiesta in tutti i casi di tiroidectomia totale e in alcuni casi di lobectomia.

✉ l.petrone@dfc.unifi.it

# Il Cardinale Guglielmo Massaia, Padre del Fantatà

di Pier Luigi Tucci



PIER LUIGI TUCCI, *Pediatra, Firenze.*



**M**entre abbiamo quotidianamente sotto gli occhi le perplessità di alcuni sulla non necessarietà delle vaccinazioni al fine di eradicare malattie infettive delle quali in molti casi si è perduto, proprio grazie alle vaccinazioni, il ricordo della loro gravità, è utile ricordare quanto al riguardo ha fatto nel XIX secolo un Frate Cappuccino divenuto vescovo e cardinale, Guglielmo Massaia, durante la sua missione in Africa,

descritta e raccontata nei suoi volumi "I miei trentacinque anni di missione nell'Alta Etiopia". Cardinale che soggiornò alcuni mesi a Firenze nel 1886 presso il Convento dei Padri Cappuccini di Montughi, e al cui nome è intitolata la strada che da via Vittorio Emanuele (di cui fu per un periodo assistente spirituale) sale al colle di Montughi.

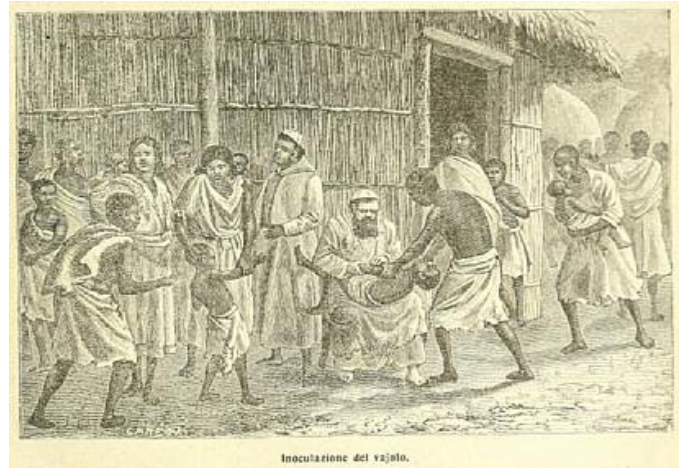
Dopo aver ricevuto il presbiterato a Vercelli, il 16 giugno 1832, termi-

nati gli studi divenne cappellano dell'Ospedale Mauriziano di Torino (1834-1836), dove apprese preziose nozioni di base di medicina e chirurgia, che gli tornarono molto utili durante il suo apostolato in Africa.

Lasciata l'Italia nel giugno 1846, raggiunge gli Oromo solo dopo sei anni e mezzo, risalendo il Nilo, infestato dai coccodrilli, e attraversando il deserto fra tempeste di sabbia, travestito da mercante arabo. Nei suoi trentacinque anni di missione si contano otto traversate del Mediterraneo, dodici del mar Rosso, quattro assalti all'impenetrabile fortezza abissina dall'Oceano Indiano e dal Sudan, quattro esili e altrettante prigionie, che costituiscono il consuntivo di quella sua missione che lo annovera tra i maggiori apostoli della cristianità. Ecco il suo autoritratto ricavato da una sua lettera: "Sappiano che qui il vescovo si chiama Guglielmo, Guglielmo il segretario, Guglielmo tutti i curiali, Guglielmo il medico, il maestro di scuola; non basta, Guglielmo è anche il muratore, il sarto, il falegname, il fabbro ferraio, con tutto il







resto che possono immaginare”. Istituì opere assistenziali e scrive per quei popoli la prima grammatica della loro lingua, fino ad allora soltanto parlata. Fonda la missione del Gudrù (1852); dell’Ennèrea (1854); del Kaffa e di Lagàmara (1855) e dello Scioa-Finfinni (1868).

La Missione di Finfinni aveva una circonferenza di tre chilometri quadrati ed era situata sull’altipiano a 2.400 metri perché pieno di eucalipiti e ricco di acqua sorgiva, e quindi luogo ideale per la semina e le coltivazioni agricole. Venti anni dopo, nel

1889, l’imperatore Menelik scelse questo luogo per farne la capitale del suo regno con il nome di Addis Abeba (ovvero Nuovo Fiore).

Ma perché il Cardinal Massaja fu chiamato Padre del “Fantatà”?

“Fantatà” è la traduzione in lingua galla del vaiolo, il morbo micidiale che produceva migliaia di vittime. Tra gli indigeni si riteneva che il vaiolo, come altre malattie, fosse il prodotto di un genio malefico che soltanto un altro genio più potente e buono era in grado di contrastare. Per curarlo, il Cardinal Massaja, servendosi della

pratica medica acquisita presso l’Ospedale Mauriziano, introdusse l’uso del vaccino e venne per questo acclamato padre del “Fantatà”, cioè padre del vaiolo.

Dal primo dei suoi volumi riportiamo l’indice del capo VIII che esprime sinteticamente quanto la vaccinazione contro il vaiolo abbia avuto rilevanza nel suo apostolato, quanti e quali ostacoli abbia incontrato, e quali risultati abbia avuto, e un disegno che lo raffigura mentre vaccina.

@ pltucci49@gmail.com

## RICORDO

### MAURO BARNI: ANCORA UN RICORDO DI UN GRANDE COLLEGA

Il Prof. Mauro Barni è deceduto da pochi mesi.

È stato Ordinario di Medicina Legale e delle Assicurazioni Sociali nella Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università di Siena.

Era molto interessato ai problemi sociali della sua città per cui fu Sindaco di Siena per diversi anni.

L’ampiezza dei suoi studi fu riconosciuta dai Professori della sua Università tanto che fu nominato Rettore per diversi anni.

Fece parte di numerosi Comitati Regionali e Nazionali di Etica Medica. Nelle sue lezioni di Medicina Legale sapeva unire il particolare e il generale con somma maestria. Fu un vanto della città di Siena e rifiutò l’invito di trasferirsi in Università più grandi come quella di Roma. Di “Toscana Medica”, che apprezzava, era



una firma di tutto rilievo e autorevolezza. È stato autore di ben 800 pubblicazioni in cui primeggiano le tematiche di Nesso di Causalità, di Deontologia, di Etica Medica Professionale. Per me fu un delicato amico e collega.

Avverto la sua mancanza come credo che la avvertiranno molti dei suoi allievi e discepoli.

Per i credenti Mauro Barni è nell’Alto dei Cieli. Ritengo che il Buon Dio salvi più con la Misericordia che con la Giustizia. Per i non credenti è un raro esempio di persona che aveva degli uomini un alto senso umano e civile.

Mario Graev

Già Ordinario di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Università di Firenze

## Ex-Multis Unum

di Fernando Prattichizzo



FERNANDO PRATTICHIZZO, Dirigente Medico di Medicina Interna, Empoli, Azienda Sanitaria Toscana Centro.

Il pensiero umano ha consapevolezza dell'unicità del corpo, ma nell'era attuale l'incertezza nella pratica clinica causa eccessiva variabilità di cure e difficoltà di appropriatezza.

Il proliferare di professioni sanitarie e di specializzazioni, sia nel campo della Medicina Scientifica che Complementare, rischia di mettere alle corde la decisione clinica, che riguarda alla fine un unico corpo.

**Parole chiave:**  
clinica, terapia,  
responsabilità professionale,  
letteratura, postmedicina

**D**a molti secoli il pensiero umano ha consapevolezza dell'unicità del corpo. Nel 494 a.C. sull'Aventino Menenio Agrippa pronunciò ai plebei in rivolta il famoso apologo, in cui spiegò metaforicamente l'ordinamento sociale, confrontandolo proprio al corpo umano, in cui i vari organi sopravvivono soltanto se collaborano tra di loro. Nel 55 d.C. a Efeso San Paolo scrisse la prima lettera ai Corinti, in cui ricordò che "il corpo, pur essendo uno, ha molte membra e tutte le membra, pur essendo molte, sono un corpo solo". Questa convinzione deve sempre ispirare l'opera del medico. Nel 1928 Giovanni Papini ebbe a biasimare aspramente la condotta del medico nel suo *Rapporto sugli uomini*: "L'interesse del medico non è di guarire ma di far vivere; d'attenuare i mali ma nello stesso tempo di moltiplicarli. La natura, violentata in un punto, si vendica su altri; e siccome i farmaci sono spesso rimedi e veleni insieme son più le malattie che il medico dà di quelle che toglie. Per giovare davvero dovrebbe conoscere, non tanto le malattie in generale, quanto la persona che ricorre a lui: conoscerla tutta, anima e corpo, nel suo passato e negli ascendenti, nella vita di tutti i giorni e nei segreti più vergognosi, ed averla seguita e osservata per anni e anni, senza stancarsi, per prevedere le minacce e antivedere i pericoli. Il vero medico dovrebbe essere il compagno indivisibile del sano: quando giunge presso il malato, quasi sempre ignoto, è troppo tardi". Sull'argomento anche Ennio Flaiano (1910-1972), lo scrittore più saccheggiato al mondo per i suoi aforismi ed epigrammi, segnalò che "l'evo moderno era finito ed era cominciato il medioevo dello specialista. Oggi anche l'imbecille deve specializzarsi". La moglie Rosetta raccontò che si era fatto visitare soltanto una volta, dal medico personale di Togliatti,

ma la visita andò male. Dopo averlo chiamato per tre volte con un nome sbagliato, Flaiano fu colto da un'incontrollabile voglia di andarsene e non seguì alcun consiglio del professore.

Nella "postmedicina", brillantemente tracciata dal nostro Presidente sul numero di aprile di "Toscana Medica", il mondo "ha fatto indigestione di razionalità, è confuso da una polifonia di voci discordi e da flussi indecifrabili di dati"; da tutto ciò discende che "l'incertezza nella pratica clinica causa l'eccessiva variabilità delle cure e la difficoltà di essere appropriati". Nella legislazione attuale sono contemplate 27 professioni sanitarie e 50 specializzazioni mediche. Oltre ai settori della Medicina Scientifica, esistono almeno 14 branche della Medicina Complementare e Alternativa, che rischiano di essere bandite dopo l'entrata in vigore della legge n. 24/2017, se non entreranno a far parte delle linee-guida o delle raccomandazioni di buone pratiche clinico-assistenziali, che adotterà l'Istituto Superiore di Sanità. Il consulto medico dovrà tendere sempre più a mettere d'accordo i tanti pareri che i vari professionisti della salute, ognuno per la sua subcompetenza scientifica e/o alternativa, avrà espresso sul singolo caso clinico. *Ex-multis unum*. Sempre che una sintesi sia possibile. Nel XVI capitolo di Pinocchio la Fata chiama i tre medici più famosi del vicinato per decidere se il burattino sia vivo o morto, tradendone opposti pareri: "Quando il morto piange, è segno che è in via di guarigione – disse solennemente il Corvo. Mi duole di contraddire il mio illustre amico e collega – aggiunse la Civetta – ma per me, quando il morto piange, è segno che gli dispiace a morire".

@ fernando-prattichizzo@uslcentro.toscana.it

# La resa di Loris (e del Servizio Sanitario Nazionale)

di Gavino Maciocco



GAVINO MACIOCCO, *medico di sanità pubblica. Volontario civile in Africa, medico di famiglia, esperto di cooperazione sanitaria per il Ministero degli Esteri, 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](http://www.saluteinternazionale.info)

“Sono nato a Dolo il 17 giugno del 1958 e nel 1977 frequentavo l'Istituto Tecnico. Il 30 marzo 1977 ho fatto un incidente stradale che avrebbe potuto portare delle conseguenze di poco conto. Un'automobile mi ha investito mentre ero in ciclomotore. In realtà l'incidente ha avuto delle conseguenze molto gravi e nell'impatto c'è stata una frattura delle vertebre C5 C6 e sono rimasto completamente paralizzato.” Con queste parole inizia la lunga lettera di addio di Loris Bertocco<sup>1</sup>, 59 anni, che ha scelto di mettere fine alla propria vita chiedendo l'eutanasia in Svizzera, dove è morto – la mattina dell'11 ottobre – in una clinica di Zurigo. Negli ultimi anni alla paralisi si era aggiunta una progressiva perdita della vista fino alla cecità totale.

“Questo mio progressivo peggioramento fisico – si legge nella parte finale della lettera aperta – mi rende comunque difficile immaginare il re-

sto della mia vita in modo minimamente soddisfacente, essendo la sofferenza fisica e il dolore diventati per me insostenibili e la non autosufficienza diventata per me insopportabile. Sono arrivato quindi ad immaginare questa scelta, cioè la richiesta di accompagnamento alla morte volontaria, che è il frutto di una lunghissima riflessione. (...) Qualcuno ha provato a convincermi che questa scelta poteva essere rimandata, che c'era ancora tempo. Li ringrazio per questo tentativo e per essermi stati vicini, ma il mio tempo è terminato. Il muro contro il quale ho continuato per anni a battermi è più alto che mai e continua a negarmi il diritto ad una assistenza adeguata”.

“Loris Bertocco – osserva Concita De Gregorio su “Repubblica”<sup>2</sup> – descrive con minuzia il calvario della sua inabilità, la gioia del suo lavoro e del suo impegno, la desolazione di fronte alla sordità dell'istituzione pubblica

che gli nega i mezzi sufficienti per un'assistenza che gli avrebbe consentito di continuare a vivere e che lui da solo non poteva, economicamente, permettersi. Conclude con un appello perché si faccia in Italia una legge sulla morte degna ma quel che resta scritto nell'anima, delle sue parole, è il passaggio in cui dice: ‘Se avessi avuto i mezzi per pagare qualcuno che si prendeva cura di me non avrei forse deciso in questo senso’. Delle molte ragioni che possono spingere alla morte, abile o fisicamente inabile che ciascuno di noi sia, quella di non avere abbastanza soldi per permettersi di vivere è forse la più difficile da ammettere. Da accettare.”

Anche Maria Novella De Luca interviene su “Repubblica” sul caso Bertocco<sup>3</sup>, allargando la prospettiva: “Un atto d'accusa che colpisce al cuore. Perché dice con chiarezza che essere disabili gravi in Italia vuol dire diventare ‘ultimi’. Privi di assistenza, privi di sostegni, privati soprattutto della sfida di essere autonomi. Lasciati soli con la propria malattia. A meno di non avere molti soldi e una famiglia (giovane) che possa prendersi cura di persone che dolorosamente dipendono in tutto e per tutto da chi li assiste. Tra tagli e giungle burocratiche, buone leggi disattese, la disabilità è sempre di più una questione di famiglia. Affidata, nella latitanza dello Stato, a genitori e fratelli stremati che spesso possono con-



tare unicamente sui 500 euro mensili dell'assegno di accompagnamento.”

Il caso di Loris Bertocco richiama due questioni:

- “*la sofferenza fisica e il dolore diventati per me insostenibili*” – sollevata con assai maggiore effetto mediatico dal suicidio assistito di DJ Fabo che produsse un'accelerazione del cammino parlamentare della legge sul bio-testamento alla Camera, fino alla sua approvazione (ma ora la legge è colpevolmente ferma al Senato, col serio rischio di perderla per strada a causa dell'imminente fine della legislatura);
- l'assenza dello Stato e dei servizi socio-sanitari pubblici nel far fronte a bisogni complessi che riguardano l'essenza stessa della vita delle persone (alimentarsi, vestirsi, lavarsi, muoversi, etc) e la mancanza di mezzi privati personali (in termini di risorse umane e finanziarie) per poterli soddisfare.

Nell'uno e nell'altro caso la resa di Loris è anche la resa dello Stato (Ministeri, Regioni e Comuni) e del Servizio sanitario nazionale (Ssn). Da una parte abbiamo il suicidio di una persona, dall'altra l'incapacità, la non volontà delle Istituzioni di soccorrere le persone in stato di estremo, cronico bisogno, il che per certi versi è anch'essa una forma di suicidio (istituzionale): il venir meno a un dovere costituzionale e la perdita di legittimità agli occhi dei cittadini.

La questione naturalmente non è nuova e non è di oggi. Circa dieci anni orsono con i colleghi geriatri conducemmo una ricerca<sup>4</sup> per conoscere

a) il carico dei bisogni delle persone anziane gravemente disabili (“non-autosufficienti”) assistite presso il proprio domicilio nell'area di Firenze e

b) chi fossero coloro che quei bisogni cercavano a vario titolo di soddisfare.

La ricerca ha rilevato che tra la popolazione anziana (= o > a 65 anni) dell'area di Firenze che vive presso il proprio domicilio l'11% è portatore di una disabilità che limita gravemente l'autonomia personale e richiede la presenza costante di persone che forniscano assistenza (*care-giver*).

La ricerca si è focalizzata sui *care-giver*, con lo scopo di identificare gli attori della rete assistenziale e il relativo livello d'impegno.

In primo luogo chi sono i principali attori, i pilastri dell'assistenza, i *primary care-giver*? Il 58,3% è rappresentato dai parenti stretti (figli, soprattutto figlie, coniugi, fratelli o sorelle), il 20,5% da personale pagato dalla famiglia, il 19,5% da altri parenti, e appena lo 0,6% da personale socio-sanitario pubblico. Una piccola frazione di persone gravemente disabili, l'1,1%, non dispone di una figura assistenziale di riferimento.

In genere i *primary care-giver* sono affiancati da altri soggetti (in media 2-3) che intervengono per periodi di tempo limitati o per funzioni specifiche. L'intera rete assistenziale è alla fine così composta: figlie e figli (75,2% dei casi), altri parenti (55,5%), personale pagato dalla famiglia (43,3%), coniugi (29,6%), volontari (8,4%, soprattutto per attività di trasporto), personale socio-sanitario pubblico (7,0%).

La ricerca dimostra chiaramente che l'assistenza agli anziani disabili che vivono al proprio domicilio grava quasi interamente sulle spalle delle famiglie, sia in termini di impegno (e spesso di usura psico-fisica) personale, che di costi (talora insostenibili). Il supporto pubblico, in termini di servizi socio-sanitari alla persona, è assolutamente marginale, a conferma del dato che pone l'Italia tra i paesi

più arretrati nell'assistenza domiciliare agli anziani (in Danimarca i servizi pubblici di *home-care* intervengono nel 24% dei casi di disabilità degli anziani).

Eppure dal 2001 l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) rientra tra i LEA (Livelli Essenziali d'Assistenza) ovvero tra le prestazioni che il Ssn è tenuto a erogare in modo uniforme in tutto il territorio nazionale. Nell'ultima versione dei LEA del 2017 viene ribadito che “*le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non-autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Nell'ambito delle cure domiciliari integrate risulta fondamentale l'integrazione con i servizi sociali dei Comuni*”.

Si deve a Davide L. Vetrano e Ketty Vaccaro un interessante rapporto sull'assistenza domiciliare in Italia<sup>5</sup> che mostra come le risorse per questo servizio siano assolutamente esigue e in diminuzione a fronte di una costante crescita dei bisogni. Ad esempio, le ore di assistenza infermieristica per singolo caso trattato erano 27 nel 2001, 23 nel 2005, 18 nel 2013 (con ampia variabilità tra Regioni). Non si parla di ore settimanali o mensili, ma di “ore per singolo caso trattato” la cui assistenza può avere anche la durata di mesi.

Nonostante ciò si continuano a redigere (finte) classifiche dei LEA, ben sapendo che molti di questi sono servizi fantasma per la scarsità di risorse e per le interminabili liste d'attesa.

 gavino.maciocco@gmail.com

#### Note

<sup>1</sup> [http://www.repubblica.it/cronaca/2017/10/12/news/io\\_loris\\_bertocco\\_la\\_mia\\_vita\\_e\\_la\\_mia\\_scelta-178025336/](http://www.repubblica.it/cronaca/2017/10/12/news/io_loris_bertocco_la_mia_vita_e_la_mia_scelta-178025336/)

<sup>2</sup> [http://www.repubblica.it/cronaca/2017/10/12/news/suicidio\\_assistito\\_loris\\_bertocco-178044019/](http://www.repubblica.it/cronaca/2017/10/12/news/suicidio_assistito_loris_bertocco-178044019/)

<sup>3</sup> [http://www.repubblica.it/cronaca/2017/10/13/news/la\\_vita\\_a\\_ostacoli\\_dei\\_disabili\\_gravi\\_dallo\\_stato\\_solo\\_un\\_elemosina\\_178115945/](http://www.repubblica.it/cronaca/2017/10/13/news/la_vita_a_ostacoli_dei_disabili_gravi_dallo_stato_solo_un_elemosina_178115945/)

<sup>4</sup> Mauro Di Bari, Alessandro Pecchioli, Giampiero Mazzaglia, Monica Marini, Gavino Maciocco, Luigi Ferrucci, and Niccolò Marchionni, *Care available to severely disabled older persons living at home in Florence, Italy*, “Aging clinical and experimental research”, 2008 February; 20 (1): 31–39. Vedi anche Giampiero Mazzaglia, Lorenzo Roti, Giacomo Corsini, Angela Colombini, Gavino Maciocco, Niccolò Marchionni, Eva Buiatti, Lui-

gi Ferrucci and Mauro Di Bari, 2008, *Screening of Older Community-Dwelling People at Risk for Death and Hospitalization: The Assistenza Socio-Sanitaria in Italia Project*. “Journal of the American Geriatrics Society”. 55. 1955-60. 10.1111/j.1532-5415.2007.01446.x.)

<sup>5</sup> Vetrano D.L., Vaccaro K., *La babele dell'assistenza domiciliare in Italia*, 2017, Italia Longeva.

# UE: abrogare i Certificati di Protezione Supplementare per le medicine

di Daniele Dionisio



DANIELE DIONISIO, *membro dello 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/>

La protratta tutela dei monopoli brevettuali garantita dalla Commissione Europea (Regulation EC 469/2009) mediante i Certificati di Protezione Supplementare (SPCs) per i medicinali ha consentito una lievitazione dei prezzi dei farmaci insostenibile per i bilanci nazionali UE e lesiva del diritto all'equo accesso alle cure

Articolo originale: <https://www.ip-watch.org/2017/10/18/eu-get-rid-big-pharma-friendly-spcs/>

In Europa, come altrove, i prezzi dei farmaci in regime di monopolio brevettuale (inclusi prodotti per HIV/AIDS, neoplasie ed epatite virale) sono saliti alle stelle nell'ultimo decennio, spingendo i governi all'affannosa ricerca di strategie di contenimento. Giusto ad esempio, sofosbuvir, innovativo farmaco Gilead per l'epatite C, fu lanciato sul mercato a prezzi esorbitanti per i budgets pubblici dei Paesi UE, risultando in note limitazioni d'uso e razionamento. L'Italia, in eccezionale controtendenza, ha fortunatamente concesso ai pazienti l'importazione di economiche copie generiche di sofosbuvir da produttori indiani.

In questo panorama, su richiesta del Consiglio d'Europa, la Commissione Europea sta ora riesaminando la Regulation EC 469/2009 istitutiva dei Certificati di Protezione Supplementare (SPCs) quale meccanismo di prolungamento dei diritti di esclusività e monopolio di mercato del-

le compagnie farmaceutiche ideatrici.

Compito e responsabilità non da poco se si pensa che gli estesi diritti di monopolio garantiti dagli SPCs oltre il ventennale termine di scadenza dei brevetti hanno impedito l'accesso in



## EUROPEAN UNION

Europa di farmaci biosimilari e generici a buon mercato e contribuito alla insostenibile spirale dei prezzi dei medicinali salvavita.

La introduzione degli SPCs fu giustificata dall'intento di compensare gli

oneri di Ricerca e Sviluppo (R&D) connessi alla messa a punto di nuovi farmaci. La stima di questi oneri in non meno di 2,6 miliardi di dollari per ogni nuova entità secondo un pluricitato studio del Boston Tufts Center, contrasta, tuttavia, con evidenze DNDi (Drugs for Neglected Diseases initiative) che 50 milioni di dollari (o 186 milioni tenuto conto dei rischi di fallimento) possono bastare per lo sviluppo di un nuovo farmaco.

Un'altra stima, riportata su JAMA nello scorso settembre, porrebbe il costo effettivo ad un quarto di quello sostenuto dallo studio Tufts.

SPCs dunque molto graditi alle corporazioni farmaceutiche di cui altresì supportano le dilaganti strategie (cosiddette 'evergreening') di brevetti multipli per minime variazioni farmacologiche prive di benefici terapeutici aggiunti ma assai meno esigenti in termini di tempo, costi e rischi. In queste circostanze è prevedibile che le compagnie farmaceutiche avanzeranno richiesta di SPC su ogni minima modifica di un singolo prodotto, estendendo così il loro monopolio al riparo dalla concorrenza dei generici.

Come tali, gli SPCs contribuiscono alla sensazione che i soldi pagati dagli utenti finali servono più a finanziare le campagne di marketing e i profitti di Big Pharma che supportare la genuina ricerca di nuovi farmaci.

Un'altra giustificazione all'introduzione degli SPCs fu quella di compensare la perdita economica nell'inter-

vallo, spesso lungo, fra l'inoltro della richiesta brevettuale per un nuovo farmaco e l'autorizzazione all'immissione sul mercato. Motivazione, questa, assai opinabile considerando che ritardi di approvazione da parte delle agenzie regolatorie per deficit organizzativi o di personale dovrebbero sanarsi con azioni di riordino, qualificazione e rafforzamento degli staff piuttosto che con il ricorso agli SPCs.

In base a quanto illustrato non sorprende che nel settembre scorso 33 organizzazioni della società civile internazionale (inclusive, tra le altre, di MSF e Oxfam) hanno co-firmato e inoltrato alla Commissione Europea una lettera documentata richiedente l'abolizione del meccanismo SPC, l'assoluta trasparenza e valutazione di impatto sulla salute pubblica nel corrente riesame degli SPCs, e lo stop all'inclusione degli SPCs o di meccanismi simili negli accordi di libero scambio fra UE e altri Paesi.

Ove, sfortunatamente, gli SPCs non siano abrogati, la lettera insiste affinché la Commissione consenta a parti terze facoltà di osservazione durante l'esame delle richieste di SPC, oltre al diritto di chiunque ad avanzare opposizione formale dopo che un SPC sia approvato. La lettera richiede inoltre

alla Commissione di realizzare un database pubblico ed accessibile a chiunque degli SPCs accordati, anche al fine di identificare i ritardi causati dai medesimi alla competizione dei farmaci generici.

Il grado di successo di queste fondate raccomandazioni è imprevedibile in questi tempi di indisturbata liberalizzazione dei commerci e di palesi convergenze tra le grandi corporazioni industriali e le loro controparti politiche.

Ciononostante, le predette raccomandazioni contano quale voce autorevole per ricordare che un continuo impegno mondiale è indispensabile per indurre i governi all'implementazione di misure eque per l'accesso non ristretto alla salute.

In quest'ottica, la Commissione Europea dovrebbe abrogare la Regulation EC 469/2009. Diversamente, verrebbe ignorato il riconoscimento da parte del Consiglio d'Europa (17 giugno 2016, paragrafo 19 <http://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2016/06/17-epsco-conclusions-balance-pharmaceutical-system/>) della "importance of timely availability of generics and biosimilars in order to facilitate patients' access to pharmaceutical therapies and to im-

*prove the sustainability of national health systems*".

In coerenza, la Commissione dovrebbe applicare subito le predette raccomandazioni, in accordo con le richieste contenute nel report finale 2016 dell'United Nations High Level Panel on Access to Medicines quale pietra angolare, nel contesto dell'Agenda UN 2030, per ogni decisione inerente l'equo accesso su scala mondiale alle cure e terapie.

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

Il report sosteneva, inoltre, che i governi dovrebbero esigere dai produttori e distributori di tecnologie san-



itarie la trasmissione alle autorità competenti di chiara informativa circa:

- i costi di ricerca e sviluppo, produzione, marketing e distribuzione;
- ogni fondo pubblico ricevuto per

lo sviluppo, compresi crediti di imposta, sussidii e sovvenzioni.

Al riguardo, il report invitava l'OMS a stabilire e mantenere un database internazionale accessibile dei prezzi dei

farmaci brevettati, generici e biosimilari nei settori pubblici e privati ovunque registrati.

 d.dionisio@tiscali.it

## PER APPROFONDIRE

- Gilead hep C drug prices blamed for England's health service rationing treatment  
<https://www.statnews.com/pharmalot/2016/07/28/gilead-hepatitis-drug-prices/>
- Epatite C, via libera all'acquisto dei generici all'estero  
[http://www.repubblica.it/salute/2017/03/29/news/epatite\\_c\\_via\\_libera\\_all\\_acquisto\\_dei\\_generici\\_all\\_estero-161724239/](http://www.repubblica.it/salute/2017/03/29/news/epatite_c_via_libera_all_acquisto_dei_generici_all_estero-161724239/)
- Regulation EC 469/2009  
[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/eudralex/vol-1/reg\\_469\\_2009/reg\\_469\\_2009\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/eudralex/vol-1/reg_469_2009/reg_469_2009_en.pdf)
- Tufts Center study: Cost to Develop and Win Marketing Approval for a New Drug Is \$2.6 Billion  
[http://csdd.tufts.edu/news/complete\\_story/pr\\_tufts\\_csdd\\_2014\\_cost\\_study](http://csdd.tufts.edu/news/complete_story/pr_tufts_csdd_2014_cost_study)
- Research & Development for Diseases of the Poor: A 10-Year Analysis of Impact of the DNDi Model  
<https://www.dndi.org/2013/media-centre/press-releases/dndi-rd-model/>
- A Much-Needed Corrective on Drug Development Costs  
<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2653008>
- Alleged R&D Costs: Not A Transparent Driver Of Drug Prices  
<https://www.ip-watch.org/2016/03/04/alleged-rd-costs-not-a-transparent-driver-of-drug-prices/>
- Letter: Over 30 civil society organisations urge EU to abolish supplementary protection certificates mechanism  
<https://www.msfacecess.org/content/letter-over-30-civil-society-organisations-urge-eu-abolish-supplementary-protection>
- Briefing note on supplementary protection certificates (SPCs)  
<https://www.msfacecess.org/content/briefing-note-supplementary-protection-certificates-spcs>
- Council conclusions on strengthening the balance in the pharmaceutical systems in the EU and its Member States  
<http://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2016/06/17-epsco-conclusions-balance-pharmaceutical-system/>
- Report of the United Nations secretary - General's high-level panel on access to medicines  
<https://www.ip-watch.org/weblog/wp-content/uploads/2016/09/HLP-Access-to-Medicines-Final-Report-Sept-2016.pdf>
- UN: Sustainable Development Goals  
<http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>

*Manfredo Fanfani*

## Una storia di aureole e di cappelli



QUANDO L'ABITO  
NON FACEVA IL MONACO,  
MA FACEVA IL MEDICO



## L'OPERA D'ARTE: UN MEZZO MEDIATICO CHE HA ANTICIPATO LA "CIVILTA' DELLE IMMAGINI".

La lettura delle opere d'arte può spingere a enfatizzare le regole formali della composizione ponendo talvolta in secondo piano il messaggio che l'Artista intende trasmettere all'osservatore attraverso la forza evocativa dell'immagine.

Un approccio all'opera d'arte, che privilegi gli aspetti tecnici, può farci intimidire, suscitando l'ansia di chi *non se ne intende*. Nella visione dell'arte, come mezzo mediatico, è opportuno privilegiare il rapporto diretto fra artista e osservatore focalizzando emozioni e contenuti.

In assenza dei moderni mass-media (giornali, cinema, radio-televisione, internet e quant'altro) l'arte ha anticipato la cosiddetta *civiltà delle immagini*, rappresentando per secoli il mezzo privilegiato per far cronaca e pubblicità, palese o occulta!.. L'opera d'arte fa dell'*immagine visiva* la propria ragion d'essere.

In sostanza, se noi separiamo grandezza e gusto artistici dalla volatile leggerezza dell' audience televisiva, vediamo che il *miracolo televisione* è già straordinariamente presente nelle grandi pitture, ed è nato già a colori! *Sono cambiati i mezzi non la filosofia e lo scopo.*

Basta osservare tre cose: la scrittura è accessibile solo con un adeguato livello di studio; la parola suona per brevi istanti e cade; la percezione visiva è immediata e penetrante, ha effetti incisivi e permanenti. L'arte italiana in particolare ha assunto aspetti narrativi e descrittivi, si è fatta carico dell'evangelizzazione, della cronaca di eventi sociali o politici, della promozione d'immagine di un casato o di un personaggio, con risultati dominanti e persistenti.





## Quando l'abito non faceva il Monaco ma, per il suo valore simbolico, faceva il Medico.

L'abito non ha solo un ruolo funzionale, fa parte integrante del *linguaggio del corpo*. Alcuni medici del passato sono più noti di molte celebrità contemporanee, in quanto immortalati dalle arti figurative che si sono rivelate mass media più efficaci della

copertina di una prestigiosa rivista. L'Arte, nella sua funzione rappresentativa, celebrativa e di potente mezzo di cronaca e informazione, capace di catturare l'attenzione col suo impatto emozionale, ci fa pervenire puntuali testimonianze dell'immagine del medico. Il rapporto fra medico e paziente si giocava anche attraverso il simbolico *potere comunicativo degli abiti*, che esprimevano la posizione sociale e lo *status professionale*. Nel Medioevo esisteva uno specifico galateo che definiva la particolare *uniforme* del medico: era previsto un cerimoniale di investitura con la consegna della *berretta rossa*, dell'*anello e della cintura d'oro o d'argento*. In un documento datato Padova 16 aprile 1685 si legge: "*Solo chi è arrivato per mezzo di applauditi sudori ad insignirsi della laurea dottorale, in virtù di essa tiene facoltà di portare l'anello e la veste*". Anche nella Firenze del Trecento i medici, insieme ad altri addottorati, hanno speciali privilegi sul loro modo di vestire. Nello Statuto del Capitano del 1321 e in successivi statuti, si

trovano precisi riferimenti all'abbigliamento del medico; solo ai *Medicis Phisicis* (che provengono da un lungo iter di studio in latino, grammatica, retorica, teologia e medicina) è consentito portare uno speciale mantello, la cintura di fili d'argento e guarnizioni di pelliccia di vaio, per distinguerli dai *ciarlatani*, dagli *acconciatori di ossa* e dai *barbieri flebotomi* che eseguono salassi e esercitano la bassa chirurgia senza una base culturale e riconoscimento accademico. Severe sanzioni sono previste per chi porta vesti e ornamenti senza averne diritto.

L'abbigliamento è il simbolo dell'immagine del medico e della sua dignità professionale. Con l'investitura il medico acquista il diritto di essere chiamato "*Maestro*". Molte pubblicazioni, dedicate al *galateo del medico*, raccomandano norme culturali e di comportamento.

Nel lungo viaggio nei secoli, al *medicus philosophus* dell'etica ippocratica si abbina, sotto l'aspetto comportamentale, l'etichetta galenica del *medicus gratus*. Il medico si compiace di certificare questo suo *status* professionale attraverso l'abbigliamento e le norme di galateo prescritte dalla tradizione.

Modificato gradualmente l'abbigliamento è sopravvissuta la tradizione dell'uso della *berretta* o del *cappello*, componenti simbolici della professione esercitata. Come la corona ha rappresentato la regalità, il cappello ha significato l'accesso ad un rango. Così raccontano i cronisti dell'epoca: se un artista o un professionista non porta il cappello in testa è guardato con sospetto.

## Medicina e santità, aureole e cappelli.

Esiste un interessante rapporto tra medicina e santità, cappelli e aureole. E' tradizione vedere i santi raffigurati con l'aureola, ma suscita curiosità vederli raffigurati con aureola e cappello in testa. Questo accade quando, accanto alla santità, la tradizione vuole rispettare la simbologia della professione medica esercitata dal santo.

Il Beato Angelico e artisti di diversa scuola, ci mostrano i santi Cosma e Damiano raffigurati con aureola e cappello rosso orlato di pelliccia, segno distintivo dell'arte sanitaria. Il fatto che i santi medici siano sempre rappresentati con ampi mantelli e cappello in testa obbedisce evidentemente non tanto al gusto del singolo pittore quanto a una diffusa cultura dell'epoca, che conferisce all'esercizio della medicina un particolare *status* e un rigido *galateo di comportamento*.



## Togliersi il cappello significava spogliarsi di una simbologia di "status".



Il cappello è l'espressione di un ruolo. Toglierlo è una parziale rinuncia a un simbolo, per avvicinare la persona che si ha davanti e stare insieme a proprio agio. Oggi si usa meno il cappello ma è suggestivo che si senta il bisogno di cancellare con un tratto di penna i titoli professionali, nobiliari e onoreficenze sul biglietto da visita, un gesto di rinuncia al proprio *status*, un modo simbolico di togliersi il cappello!... Qualche Medico, visitando a domicilio, senza rispettare la tradizione si toglieva il cappello posandolo sul letto del malato.

Il fiuto popolare, collegando il cappello alla presenza del medico e quindi della malattia, ha fatto dell'usanza un motto: *il cappello sul letto porta male*. Allargando la simbologia al saluto militare riappare la storia del cappello. Nel saluto la mano destra è portata alla visiera come segno di voler togliere il cappello e quindi di rinunciare allo *status* personale, ma il soldato non lo toglie perchè quel cappello rappresenta l'altissima realtà istituzionale alla quale è votato. Nei regimi totalitari il saluto militare è a braccio teso, simbolo di unitotalità persona-istituzione.



## Non c'è medico che non sia filosofo

Andrea del Castagno (1421 ca - 1457):  
 "Dante". Firenze, Monastero di Sant'Apollonia

Dante Alighieri, oltre che sommo poeta, fin dal 1297 era iscritto all'Arte Maggiore dei Medici e degli Speciali di Firenze: il suo nome si vede tuttora segnato in uno dei libri di matricola: "Dante degli Alighieri poeta fiorentino".

A sottolineare questa sua appartenenza veniva spesso raffigurato con i simboli dell'Arte: il *luccho rosso* (lunga tonaca chiusa al collo) e il cappuccio rosso orlato di pelliccia. Non meravigliava incontrare nella Firenze del Trecento medici che portavano il titolo di *dottori di grammatica*. All'epoca la medicina faceva parte della *filosofia naturale* e il Medico doveva essere un intellettuale, un filosofo e uomo di lettere: *Nullus Medicus nisi Philosophus*, non c'è medico che non sia filosofo, recitava l'antico aforisma. Era il tempo in cui essere *Philosophus naturalium rerum* significava conoscere a fondo la natura umana.

Essere *doctus et expertus*, non solo nell'arte medica, ma anche depositario di una cognizione globale del mondo e dell'uomo, autorizzava a esercitare l'Arte medica e ad avvicinare il medico-filosofo a un dio, secondo l'antico detto di Ippocrate, qui greco-latino: *Iatros Philosophos Isotheos*.

I problemi filosofici e etici del medico nascono, soprattutto, quando ci si trova nell'area di demarcazione fra la vita e la morte, fra stato di salute e malattia, oppure di fronte a problemi dagli incerti confini morali come quelli bioetici. I medici sono frequentemente obbligati a dare valore etico alle loro scelte, sono chiamati ad essere *filosofi dell'umano*.



## L'abito e gli accessori come mezzo di comunicazione.

Nei rapporti interumani, in particolare nel rapporto medico-malato, recenti sondaggi privilegiano la *comunicazione non verbale*, che precede l'interscambio attraverso la parola, dove acquistano rilevanza quelle metafore e simbologie che richiamano sicurezza emotiva; fra queste primeggia l'aspetto esteriore, il vestire secondo canoni dettati dalla cultura tradizionale, e il portamento, nei quali il paziente sembra trovare una prima risposta alle esigenze di sicurezza emotiva messa a dura prova dalla malattia.

L'Antico Testamento ricorda la dignità del portamento come mezzo di comunicazione: "Il vestito di un uomo e la sua andatura manifestano quello che egli è".

Nei secoli, all'ippocratico *medicus philosophus* si è aggiunto l'aspetto comportamentale del galenico *medicus gratus* che evidenzia l'importanza della relazione.

Poco sembra cambiato dai tempi passati di questo galateo non scritto: una necessità di comunicazione visiva che si insinua fra medico e paziente mediante il *linguaggio dell'abbigliamento*. Il figurino a lato proviene da un sondaggio di opinione che, secondo la cultura popolare corrente, sottolinea ciò che dovrebbe essere consentito o non consentito nell'abbigliamento del medico.

*Continua nel prossimo numero...*

# Una professione assediata

Caro Direttore, ho letto e riletto attentamente il tuo “Appello” di “Toscana Medica” del giugno scorso. Appello che sa di chiamata a raccolta, di ulteriore o ultimo richiamo a riunirsi per fronteggiare la nostra professione che appare **assediata**, in una situazione di sofferenza, minacciosa per la classe medica, per tutti i medici e, di riflesso, per i pazienti. Sinteticamente hai ben tracciato le cause di questa sofferenza: alcune generali e altre squisitamente mediche. E ognuna di queste cause meriterebbe un’analisi dettagliata. Via via nel tempo esse sono state da te affrontate in molti articoli su “Toscana medica”, con grande lucidità e chiarezza. Ma questo tuo appello appare più drammatico degli altri tuoi interventi. Tu ci ricordi come ci troviamo in un periodo storico di crisi dei valori, di sfiducia reciproca, di frammentazione, di spirito rissoso, di calo di orgoglio professionale. Ci ricordi come i notevoli progressi della scienza (o arte?) medica creino problemi ancora insoluti e anzi ne creino sempre di nuovi a livello scientifico, sociale, etico. Con conseguenze negative sulla nostra professione, tra le quali divisioni all’interno della classe medica; Di qui il tuo “appello” ad una riflessione comune per ritrovare la “casa comune”.

Caro Antonio, oramai sono vecchio, ho più di ottant’anni, abbiamo festeggiato insieme il cinquantesimo di laurea qualche anno fa. Questo mi permette di parlare con una certa tranquillità, sicuro di una certa benevolenza nei miei riguardi. Ma oramai da troppo tempo è in atto un crescente, irreversibile turbamento nei medici per il progressivo cambiamento del ruolo stesso del medico. Non insisto su questo tema perché ne sai più di me, ma sarebbe bene parlarne in maniera più esauriente.

Tuttavia mi permetto di fare alcune mie considerazioni e avanzare qualche idea, modesta, ma su cui si può discutere. Uno dei più grossi turbamenti per la classe medica, a mio avviso, è l’attuale **contenzioso medico-legale**. Ero

presente alla riunione che organizzasti all’Ordine il 22 settembre dell’anno scorso, in cui l’onorevole Gelli presentò il suo progetto, attualmente in vigore, anche se già modificato, sulla responsabilità medica, tra i cui obiettivi c’è appunto quello di regolamentare il contenzioso medico-legale. Io non so se i medici dopo il progetto Gelli siano più sereni. Da quanto mi risulta no. Alcuni nodi, tra i più importanti, non sono stati sciolti. Mi riferisco ai termini della prescrizione del reato, praticamente senza un termine conoscibile, alla diversità di giudizio nelle varie sedi giudiziarie, alle diverse valutazioni medico-legali, alla difformità di valutazione del danno, alla mancata considerazione del percorso terapeutico (in particolare all’abbandono del paziente del curante per passare ad un altro curante), alla aleatorietà e al costo dell’assistenza assicurativa, e a tanti altri fattori che sarebbe troppo lungo enumerare.

Io penso che una soluzione potrebbe essere la creazione di un “unico” Istituto, “nazionale”, obbligatoriamente finanziato da tutti gli operatori sanitari (in misura proporzionata al rischio), che provveda all’aspetto civile dell’eventuale danno subito dal paziente (sia che avvenga per colpa o per fatalità – ricordiamoci che eventi avversi possono aversi anche nel rispetto di ogni norma). In parole povere un Istituto simile all’INAIL. Già immagino le reazioni di chi non ha interesse a una soluzione del genere, ma perché non parlarne?

Altro problema da te più volte sollevato è la definizione del **ruolo medico** nel contesto storico che stiamo vivendo. Ricordo, in un tuo articolo, la frase: “ma quante persone attorno al capezzale del paziente...” Una volta c’era solo il medico, ora non si contano più le figure professionali, tutte preparate, intendiamoci, fornite di titoli, che ruotano attorno all’ipotetico paziente da te immaginato. Io penso, per aver vissuto quasi tutta la mia vita professionale negli ospedali, che queste figure professionali siano preziose. Ma *deve* essere il medico, il quale soltanto ha i titoli e ne risponde penalmente e civilmente, a stabilire, avendone la responsabilità e l’autorità sufficiente, il percorso terapeutico, e, se occorre, anche nei minimi dettagli. Del resto è questo che chiedono i nostri malati. Altro problema è rappresentato dai **rapporti tra**



ALBERTO FECI, già *Libero Docente in Clinica Ortopedica dell’Università di Firenze*, già *Aiuto CTO*, già *dipendente U.F. di ortopedia. Casa di Cura Villanova, libero professionista.*

**noi medici**. Il nostro Codice di deontologia (Titolo X, art. 58 e segg.) al riguardo è chiaro. Mi viene in mente ciò che disse il prof. Virno, cattedratico di Anatomia Umana Normale, alla prima lezione del mio corso, nel lontano 1953: “Voi siete freschi di studi classici e ricorderete il filosofo Tommaso Hobbes, che scrisse: *Homo homini lupus*. Ebbene vi dico che: *Medicus medico lupissimus*. Ricordatevelo”.

Poco tempo fa, in un tuo articolo, stigmatizzasti la maldicenza causa di contenzioso. Ma ti dico di più (e potrei farti molti esempi): la denigrazione di un collega, quasi sempre fatta senza indagare sulla storia pregressa, senza chiedere una chiarificatrice documentazione, non reca nessun vantaggio a chi la esercita. Provoca del male al paziente che si sente tradito, che resta disorientato e soprattutto alimenta in lui una certa sfiducia all’intera classe medica, e infine conduce alla denuncia, spesso immotivata. Io penso che l’Ordine, quale garante della professionalità dei suoi iscritti di fronte alla società, dovrebbe avere più armi per combattere la denigrazione.

Altro punto da te più volte toccato riguarda i **rapporti con le altre professioni sanitarie**, che si sono moltiplicate, ingigantite. Non mi sento davvero competente in materia, ma poiché ho vissuto i miei cinquant’anni di professione quasi sempre negli ospedali, penso che ora come ora le altre professioni sanitarie siano da ritenersi risorse fondamentali, e pertanto hanno pieno diritto a far sentire la propria voce. Tuttavia ritengo innegabile che in ogni iter terapeutico vi debba essere una sola mente a dirigere tale percorso e non vedo nessun altro che il medico che possa assolvere questo compito. D’altronde

de, metti davanti a un ipotetico paziente tutte le figure professionali che vuoi e fai scegliere al paziente colui che desidera lo curi. Credo che non ci sia da dubitare in proposito. Il mio consiglio: affrontare l'argomento in riunioni all'Ordine con i rappresentanti di tutte le figure professionali.

**I rapporti con la classe politica.** Qui entriamo in un campo minato. Conosciamo entrambi la storia del passaggio da una Sanità, amministrativamente (non medicalmente) frammentata, alla Legge ospedaliera prima e alla costituzione del servizio sanitario poi, che doveva assicurare a tutti i cittadini la "tutela della salute" (e non il diritto alla salute, che ovviamente non è di questo mondo, ma che spesso è stato un utile equivoco). Solo che nella gestione della sanità, nella utilizzazione delle risorse, nella scelta dei provvedimenti anche squisitamente tecnici, ecc., la poli-

tica è entrata con forza, condizionando sempre di più la vita e la professione dei medici. Metti anche la scarsità delle risorse, di fronte a una Medicina sempre più tecnologica e quindi sempre più costosa, ed ecco un cocktail micidiale che spaventa i medici. Metti anche che i politici, mentre hanno bisogno di dimostrare ai cittadini (per ovvi motivi) la bontà delle loro scelte, al contempo riducono sempre più a medici e strutture le risorse necessarie. Cosa fare? Resistere. Non cedere allo sconforto. Parlarne. Coinvolgere i politici medici...

Altre considerazioni. Tu parli dell'incessante rapido **progresso tecnologico**. Mi ricordo un tuo articolo in cui vagheggiavi "un anno sabatico" privo di novità per dar tempo di digerire il "nuovo" dell'anno precedente. A questo proposito sai, quanto me, che ogni progresso fatto dalla scienza, dalla ricerca, dallo studio, è stato poi ridimensionato dal-

l'esperienza, e questo ridimensionamento non è solo un dato statistico, ma rappresenta un numero più o meno grande di pazienti che non hanno trovato beneficio da quel "progresso". Perché non dedicare una o più riunioni in cui trattare questi progressi (che pur restano tali) evidenziandone i lati negativi? E farli rientrare nel grande capitolo della ECM (altro argomento di cui parlare)?

Tante altre considerazioni mi vengono in mente. Ma mi hai chiesto di non superare la pagina. Ne ho scritte due. Per cui mi fermo qui. Tuttavia sono convinto che molto si possa dire a livello ordinistico, specialmente presso l'Ordine di Firenze, che ha tutti i numeri per poterlo fare.

Il vecchio Collega  
*Alberto Feci*

 albertofeci@alice.it

Vita dell'Ordine e Notiziario a cura di Bruno Rimoldi e Simone Pancani

## RIFORMA DEGLI ORDINI: LA FNOMCeO CESSA LE COLLABORAZIONI ISTITUZIONALI

Il Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, riunito a Roma in seduta straordinaria presso il Ministero della Salute, ha ribadito la contrarietà all'impianto attuale dell'articolo 4 del cosiddetto "**Disegno di legge Lorenzin**" relativo alla riforma degli Ordini professionali e all'unanimità ha confermato il ritiro della FNOMCeO da tutte le collaborazioni istituzionali, salvo l'avvio immediato di un confronto costruttivo con il Governo e con tutte le forze parlamentari. Si è chiuso con questa decisione il Consiglio che ha avuto come oggetto il Disegno di Legge di una riforma attesa da tempo ma che, dopo la travagliata navetta tra le due Camere, si è completamente snaturata, tanto che lo stesso Ministro della Salute ne ha, in un certo senso, disconosciuto la maternità. Il Consiglio Nazionale ha rilevato che i principi espressi nell'audizione della FNOMCeO del 10 ottobre 2016, presso la XII Commissione Affari Sociali della Camera, sono stati disattesi, da qui la decisione di ritirare i propri rappresentanti da tutti i tavoli istituzionali, sia nazionali sia locali. Una decisione presa a malincuore, perché come ha sottolineato la Presidente, Roberta Chersevani, "stiamo abbandonando anche progetti importanti", ma ritenuta ormai improcrastinabile.

## Notiziario


### INNOVAZIONE ROBOTICA PER LA RIABILITAZIONE DOMICILIARE

Nell'ambito del Forum dell'Innovazione per la Salute, che si è tenuto a Roma lo scorso 20-21 settembre, è stato attribuito il premio "**Innova Salute 2017**" all'Istituto Prosperius Tiberino di Umbertide (Perugia) per il progetto di utilizzo di un esoscheletro in ambito domestico per i pazienti affetti da lesione midollare. Si tratta di un vero e proprio robot indossabile che permette ai pazienti costretti in carrozzina di svolgere un training riabilitativo anche durante la vita quotidiana, a domicilio o al lavoro, per determinate attività, senza bisogno di ricorrere necessariamente all'ambiente ospedaliero.





## LESIONI PERSONALI STRADALI E OBBLIGO DI REFERTO

A seguito dell'entrata in vigore della **Legge n. 41 del 2016 sull'omicidio stradale**, vi sono importanti ricadute sugli obblighi per i medici, in particolar modo nei casi di lesioni personali gravi o gravissime derivanti da sinistri stradali con prognosi superiori a 40 giorni. Per questo motivo la **Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici** ha diramato una comunicazione dove ricorda i corretti comportamenti da tenere, sia da parte dei medici del Pronto Soccorso, sia da parte di tutti gli altri medici (di famiglia, specialisti, ecc.) che si trovino a formulare prognosi di malattia superiori a 40 giorni (anche per continuazioni) derivanti da sinistri stradali, sottolineando che la mancata segnalazione all'Autorità Giudiziaria comporta l'imputazione per il reato di omissione di referto o denuncia. Il testo integrale della comunicazione FNOMCeO:

 <http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/component/phocadownload/category/6-varie?download=325:lesioni-personali-stradali-e-obbligo-di-referto>



## NUOVO SITO E APP "CAO C'È"

Un'app e un sito internet istituzionali interamente dedicati al mondo odontoiatrico, ai professionisti e ai cittadini con l'obiettivo di combattere i dentisti abusivi esistenti in Italia, trasmettere una "sana" informazione in termini di prevenzione, formazione, aggiornamento, profili giuridici, banche dati di letteratura scientifica, assistenza. Il nuovo sito "**CAO c'è**" ( [www.caoce.it](http://www.caoce.it) o  [www.caoce.eu](http://www.caoce.eu)) promosso dalla Commissione Albo Odontoiatri nazionale è un grande contenitore, in continuo aggiornamento, per informarsi su tutte le attività, notizie, corsi, sentenze, normative europee, nazionali e regionali, appuntamenti relativi alla professione. Sarà possibile scaricare gratuitamente l'app, collegata ai principali social network, da tablet e smartphone; conterrà indicazioni per gli utenti su come segnalare soggetti non abilitati alle cure odontoiatriche, attraverso una ricerca anagrafica o per provincia con dati ufficiali in tempo reale, e gli enti da contattare per le opportune denunce (ASL, NAS, Guardia di Finanza, Ordini, associazioni di consumatori). Sempre sul nuovo portale-applicazione ci sarà uno spazio in cui "il cittadino domanda, l'istituzione risponde". Infine la possibilità di consultare la banca dati di letteratura scientifica più importante al mondo, cioè EBSCO, messa gratuitamente a disposizione dalla FNOMCeO per tutti i medici e gli odontoiatri italiani.



## MAI IL MEDICO IN FARMACIA. O NO?

Da sempre, per la precisione dal **Regio Decreto n. 1706 del 1938**, vige il divieto per il medico di lavorare in farmacia, essendo le due professioni, di medico e di farmacista, assolutamente incompatibili, tanto che lo stesso Regio Decreto prevede che gli ambulatori medici devono avere un ingresso diverso e separato da quello della farmacia, con la quale non deve sussistere alcuna forma di comunicazione. Adesso il Consiglio di Stato, con una sentenza del luglio scorso, prevede una sorta di "attenuazione" di tale assoluto divieto. Tutto nasce dalla **legge 153/2009** che consente alle farmacie di aderire ai programmi di educazione sanitaria e alle campagne di prevenzione organizzate a livello nazionale o regionale contro le principali patologie a forte impatto sociale. Sulla base di tale possibilità, il Consiglio di Stato ritiene che la farmacia che aderisce a tali campagne informative possa legittimamente ospitare nei propri locali un medico che fornisca ai cittadini informazioni e consigli per contrastare e prevenire la malattia oggetto della campagna educativa. Ovviamente l'attività del medico deve limitarsi a questo (educazione alla prevenzione) e non può diventare "attività clinica" (che ricadrebbe nel divieto di commistione fra farmacia e studio medico), ma entro questi limiti l'attività del medico in farmacia non è più così "tabù" com'era sempre stata considerata.



*Manfredo Fanfani*

Una storia  
di aureole e di cappelli



QUANDO L'ABITO  
NON FACEVA IL MONACO,  
MA FACEVA IL MEDICO

---

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

*Articolo all'interno della rivista*

*Una copia della pubblicazione può essere richiesta a [info@istitutofanfani.it](mailto:info@istitutofanfani.it)*