

Caleidoscopio

Italiano



a cura di
Luigi Carlo Bottaro

**Per un nuovo management
socio-sanitario:
la Medicina di Condivisione**

Direttore Responsabile
Sergio Rassu

240

... il futuro ha il cuore antico  **MEDICAL SYSTEMS SpA**



Caleidoscopio

Italiano



a cura di
Luigi Carlo Bottaro

ASL3 Liguria



Per un nuovo management socio-sanitario: la Medicina di Condivisione

Direttore Responsabile
Sergio Rassa

240

... il futuro ha il cuore antico  MEDICAL SYSTEMS SpA

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI



INFORMAZIONI GENERALI. *Caleidoscopio* pubblica lavori di carattere monografico a scopo didattico su temi di Medicina. La rivista segue i requisiti consigliati dall'International Committee of Medical Journal Editors. Gli Autori vengono invitati dal Direttore Responsabile. La rivista pubblica anche monografie libere, proposte direttamente dagli Autori, redatte secondo le regole della Collana.

TESTO. La monografia deve essere articolata in paragrafi snelli, di rapida consultazione, completi e chiari. I contenuti riportati devono essere stati sufficientemente confermati. E' opportuno evitare di riportare proprie opinioni dando un quadro limitato delle problematiche. La lunghezza del testo può variare dalle 60 alle 70 cartelle dattiloscritte ovvero 100-130.000 caratteri (spazi inclusi). Si invita a dattilografare su una sola facciata del foglio formato A4 con margini di almeno 25 mm. Usare dovunque doppi spazi e numerare consecutivamente. Ogni sezione dovrebbe iniziare con una nuova pagina.

FRONTESPIZIO. Deve riportare il nome e cognome dell'Autore(i) - non più di cinque - il titolo del volume, conciso ma informativo, la Clinica o Istituto cui dovrebbe essere attribuito il lavoro, l'indirizzo, il nome e l'indirizzo dell'Autore (compreso telefono, fax ed indirizzo di E-mail) responsabile della corrispondenza.

BIBLIOGRAFIA. Deve essere scritta su fogli a parte secondo ordine alfabetico seguendo le abbreviazioni per le Riviste dell'Index Medicus e lo stile illustrato negli esempi:

1) Björklund B., Björklund V.: Proliferation marker concept with TPS as a model. A preliminary report. *J. Nucl. Med. Allied. Sci* 1990 Oct-Dec, VOL: 34 (4 Suppl), P: 203.

2 Jeffcoate S.L. e Hutchinson J.S.M. (Eds): *The Endocrine Hypothalamus*. London. Academic Press, 1978.

Le citazioni bibliografiche vanno individuate nel testo, nelle tabelle e nelle legende con numeri arabi tra parentesi.

TABELLE E FIGURE. Si consiglia una ricca documentazione iconografica (in bianco e nero eccetto casi particolare da concordare). Figure e tabelle devono essere numerate consecutivamente (secondo l'ordine di citazione nel testo) e separatamente; sul retro delle figure deve essere indicato l'orientamento, il nome dell'Autore ed il numero. Le figure realizzate professionalmente; è inaccettabile la riproduzione di caratteri scritti a mano libera. Lettere, numeri e simboli dovrebbero essere chiari ovunque e di dimensioni tali che, se ridotti, risultino ancora leggibili. Le fotografie devono essere stampe lucide, di buona qualità. Gli Autori sono responsabili di quanto riportato nel lavoro e dell'autorizzazione alla pubblicazione di figure o altro. Titoli e spiegazioni dettagliate appartengono alle legende, non alle figure stesse. Su fogli a parte devono essere riportate le legende per le figure e le tabelle.

UNITÀ DI MISURA. Per le unità di misura utilizzare il sistema metrico decimale o loro multipli e nei termini dell'International system of units (SI).

ABBREVIAZIONI. Utilizzare solo abbreviazioni standard. Il termine completo dovrebbe precedere nel testo la sua abbreviazione, a meno che non sia un'unità di misura standard.

PRESENTAZIONE DELLA MONOGRAFIA. I files del testo in formato .doc oppure .rtf, delle fotografie, dei grafici e delle figure in formato .jpeg con una risoluzione di almeno 240 dpi devono essere spediti per posta elettronica al Direttore Responsabile con lettera di accompagnamento. Dopo la valutazione espressa dal Direttore Responsabile, la decisione sulla eventuale accettazione del lavoro sarà tempestivamente comunicata all'Autore. Il Direttore responsabile deciderà sul tempo della pubblicazione e conserverà il diritto usuale di modificare lo stile del contributo; più importanti modifiche verranno eventualmente fatte in accordo con l'Autore. I manoscritti e le fotografie se non pubblicati non si restituiscono.

L'Autore riceverà le bozze di stampa per la correzione e sarà Sua cura restituirle al Direttore Responsabile entro cinque giorni, dopo averne fatto fotocopia. Le spese di stampa, ristampa e distribuzione sono a totale carico della Medical Systems che provvederà a spedire all'Autore cinquanta copie della monografia.

L'Autore della monografia cede tutti i pieni ed esclusivi diritti sulla Sua opera, così come previsti dagli artt. 12 e segg. capo III sez. I L. 22/4/1941 N. 633, alla Rivista *Caleidoscopio* rinunciando agli stessi diritti d'autore (ed acconsentendone il trasferimento ex art. 132 L. 633/41).

Tutta la corrispondenza deve essere indirizzata al seguente indirizzo e-mail: rahp80@yahoo.it

Editoriale

Il dottor Luigi Carlo Bottaro, che ha curato questa monografia, ha coinvolto, per la sua realizzazione, un appassionato gruppo di ricercatori. Il coinvolgimento, peraltro, va al di là della pubblicazione, perché questa costituisce la testimonianza di un progetto intersecato con l'attività lavorativa ed improntato alla implementazione dei principi che stanno alla base della "sharing medicine" ovvero della Medicina di condivisione. Come tutte le innovazioni siamo probabilmente in una fase in cui l'avanguardia, costituita dal drappello di "visionari" ne esplorano e ne codificano i principi e le strategie, implementano e testano le procedure che con il tempo potranno permeare con la loro forza innovativa tutte le realtà organizzative e portare a quel cambiamento culturale ripetutamente auspicato che possa migliorare il clima lavorativo e la soddisfazione dei pazienti.

Non vi è dubbio che l'insoddisfazione dei pazienti e dei familiari da una parte ed il senso di frustrazione vissuto dal personale sanitario, che lo porta a quella condizione di "burn out", oggi così diffusa, e che solo trenta anni fa veniva considerata una condizione frutto di una "cervellotica fantasia", richiedano delle chiavi di lettura e conseguentemente degli interventi organizzativi nuovi ed innovativi che permettano di colmare il gap che si è creato tra gli operatori sanitari da una parte ed i pazienti e parenti dall'altra. L'obiettivo di questa monografia è proprio quello di diffondere questa cultura, di dimostrare come si tratti di una esperienza che può essere calata nella realtà organizzativa delle Aziende sanitarie come nel dettaglio viene illustrato nei singoli capitoli che riportano le esperienze di questa Azienda



sanitaria genovese sui temi della salute che sono tipici della cronicità della medicina moderna e che sono anche quelli critici nel rapporto tra il personale sanitario ed il paziente/famiglia che, saggiamente, "ne ha fatto di ogni ostacolo uno sgabello", "di ogni difficoltà una opportunità".

Il dottor Luigi Carlo Bottaro, motore di questo impegno, proprio come Direttore generale, dopo il diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, ha conseguito anche quello di specializzazione in Ematologia Generale (Clinica e Laboratorio) e successivamente anche in Patologia Clinica (indirizzo Generale e Direttivo), sempre presso l'Università degli Studi di Genova. Il suo percorso formativo include il titolo di Auditor interno di Sistemi di Qualità UNI EN ISO 9000, quello di Valutatore di Sistemi di Qualità in Aziende di Servizi UNI EN ISO 9000, il corso di Rivalidazione Direttori di Azienda Sanitaria e Dirigenti di struttura complessa ed il corso di formazione manageriale per top management della Sanità. Parallelamente ha maturato delle esperienze professionali di crescente responsabilità: Direttore della Struttura Complessa di Patologia Clinica della ASL3 regione Liguria, Direttore del Dipartimento di Patologia Clinica della ASL della Liguria, Direttore Sanitario facente funzioni presso la stessa Azienda sino ad essere chiamato alla carica di Direttore Generale, che ricopre tutt'ora. Con spirito pionieristico ha quindi cercato di coinvolgere il personale sanitario di questa Azienda che, come dimostra questa monografia, ha abbracciato questa missione condividendone l'entusiasmo ed i principi. Ringraziamo tutti gli Autori che, con spirito di servizio, hanno contribuito alla realizzazione di questo lavoro e che, contiamo, possa costituire un ulteriore seme per la crescita e lo sviluppo di questa cultura.

Sergio Rassu

Prefazione

La programmazione, la sostenibilità economica, le risorse umane, la soddisfazione dell'utenza, gli obiettivi socio sanitari, rappresentano una terminologia legata indissolubilmente al management sanitario nel nostro paese.

La difficoltà a coniugare i diversi aspetti della problematica gestionale ci ha portato ad immaginare ed a percorrere nuovi scenari organizzativi ed a provare ad applicarli sul campo per poterne valutare l'efficacia e la replicabilità.

L'idea nasce dall'esperienza operativa, dal confronto quotidiano con i bisogni, con i pazienti, con le loro famiglie, con le associazioni, con il sindacato e con gli Enti locali.

Alta è la convinzione che gli obiettivi di salute spesso hanno sfumature diverse a seconda del punto di osservazione: il sanitario ha come obiettivo principale la guarigione e il controllo della patologia, il paziente e la sua famiglia hanno come obiettivo il miglior benessere del paziente e comunque la sua migliore partecipazione alla quotidianità relazionale e sociale che si raggiunge condividendo certamente obiettivi sanitari ma anche tramite obiettivi socio sanitari ed interventi strutturali nell'organizzazione comunitaria.

Per portare un esempio generico, ma il più possibile chiaro, un paziente ha come primario obiettivo la guarigione dalla patologia che lo affligge, in alternativa a questa diventa fondamentale almeno il controllo della malattia e delle sue ripercussioni sulla sua vita familiare e comunitaria con il bisogno ineludibile per sé e per i suoi familiari di un'ipotesi di vita il più possibile vicina alla normalità, alla fruibilità dei servizi, all'indipendenza.

E' assolutamente evidente che per raggiungere o comunque perseguire in maniera seria questi obiettivi sarà necessario confrontarsi con tutti i portatori di interesse, nei confronti della patologia stessa, sino a coinvolgere anche soggetti che, pur non essendo interessati direttamente al processo diagnostico terapeutico, risultano fondamentali nel predisporre infrastrutture che permettano il successo del percorso.

Crediamo, e ne abbiamo avuto la dimostrazione tangibile, che in questa maniera il cittadino potrà avere migliori risposte rispetto alle necessità espresse ed inespresse, potrà affrontare le problematiche sanitarie e socio sanitarie sue, di un proprio familiare o di un suo concittadino, con la certezza che nel processo gestionale le sue istanze saranno state accolte tramite la condivisione.



Questa partecipazione in fase di progettazione del servizio socio sanitario ne favorirà la partecipazione attiva anche al processo gestionale e diventerà prezioso riferimento nella fase di valutazione del servizio stesso comportando, oltre che una migliore appropriatezza del percorso diagnostico terapeutico assistenziale, una migliore soddisfazione dell'utenza, una migliore allocazione delle risorse ed in ultima analisi anche un miglioramento delle performance economico/finanziarie del SSN.

Luigi Carlo Bottaro
Direttore Generale
ASL3 Liguria



Governance clinica e medicina di condivisione: un'impostazione aziendale

Luigi Carlo Bottaro*, Lorenzo Sampietro**, Marta Caltabellotta***, Stefano Grego****, Gianni Testino*****

*Direzione Generale ASL3 Liguria

**Direzione Socio Sanitaria ASL3 Liguria

***Direzione Sanitaria, ASL3 Liguria

****Dipartimento Economico Gestionale, ASL3 Liguria

***** SC Patologie delle Dipendenze ed Epatologia Alcol Correlata, Centro Alcolologico Regionale; ASL3 Liguria

L'attività sanitaria e socio-sanitaria rientra certamente in un sistema complesso. Tale complessità deriva da diverse ragioni tra loro commiste: evoluzione farmacologica e tecnologica, settorialità culturale medica, informazione, maggiore consapevolezza dei diritti da parte di pazienti e famiglie, incremento del numero dei contenziosi.



L'avanzamento scientifico-tecnologico nella seconda metà del secolo precedente ha aumentato significativamente la vita media spostando l'attività dei servizi ad occuparsi principalmente di patologie croniche a lungo termine (1).

A fronte di un elevato livello tecnico delle prestazioni l'accelerazione dei percorsi impedisce un adeguato scambio relazionale fra cittadini e strutture. Tale relazione è ulteriormente ridotta a causa della ridondante, ma necessaria attività burocratico-amministrativa tesa ad evitare contenziosi legali. Insomma, si compilano molte schede e si firmano molti documenti ma il rapporto umano si riduce sempre di più. Questa è la causa del disagio che talvolta i nostri cittadini e le loro famiglie hanno quando si rivolgono ai servizi (2).

Il Governo Clinico (GC), liberamente tradotto da Clinical Governance, è una "strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale" (3, 4).

Il Gruppo Italiano di Medicina Basata sull'Evidenza (GIMBE) afferma che "la governance non può essere imposta dall'alto o dall'esterno, ma consegue all'interazione di molteplici attori che si autogovernano, influenzandosi reciprocamente" (4).

I servizi vanno reimpostati attraverso una governance che prediliga la Medicina di Condivisione (MC) (5).

Pazienti e famiglie in questi anni hanno già spinto verso questo percorso attraverso la costituzione di un associazionismo non più passivo e riverente, ma attivo e propositivo. Inoltre, soprattutto nell'ambito della cronicità (ma non solo) i pazienti e i familiari sono diventati attori esperti. Il mondo della sanità ha il dovere (e anche la convenienza) ad accogliere queste risorse, gratuite e determinanti (6).

Purtroppo ad oggi la formazione professionale continua non include le conoscenze che servono per condividere il percorso assistenziale e, quindi, renderlo più comprensibile al cittadino. Gli operatori non sono sufficientemente incoraggiati ad ascoltare e a imparare dall'esperienza vissuta dal paziente e dalla famiglia (7).

Gli attori della MC sono: operatori sanitari, paziente, famiglia e la comunità di appartenenza.

Il termine "expert patient" era stato coniato dal governo britannico nel 2000 (8, 9).

Casati (8) sostiene che tale figura "promuove l'esigenza e la costruzione di percorsi di cura innovativi, affinché il malato cronico possa giocare un ruolo centrale nella gestione della propria malattia e nel minimizzare il suo impatto sulla propria quotidianità... Il malato quale soggetto portatore di esperienze e di conoscenze rilevanti per l'individuazione e la personalizzazione dei percorsi di cura e/o ricerca, si rivela emblema di un processo per qualsiasi cittadino esposto al rischio vitale della malattia, della sofferenza: tutti siamo esperti in relazione alla propria salute e siamo in prima persona coinvolti nel gioco della tutela del suo delicato equilibrio" (10, 11, 12).

Tessa Richards (13) afferma che "il paziente può migliorare l'assistenza sanitaria ed è giunto il tempo di prender sul serio questa partnership. Medici e pazienti devono lavorare insieme per cambiare pratiche e comportamenti profondamente radicati, e non sarà facile per entrambi dopo anni di paternalismo e alcuni pazienti potranno continuare a preferire quel medico che, nelle decisioni, assume un ruolo principale. La Mayo Clinic permette ai pazienti, attraverso una free app, di avere accesso ai dati clinici, ai reports di patologia e ai reports radiologici. Dobbiamo accettare che il medico esca dal ristretto cerchio dell'area medica e lavori al fianco di pazienti, dei loro familiari, delle comunità locali, delle organizzazioni della società civile e degli esperti in altri settori, perché questo è essenziale per migliorare l'assistenza sanitaria".

Gaudiano (14), quindi, afferma che questa "rivoluzione" richiede un linguaggio comune ed una comune partecipazione alle scelte cliniche e nel



disegnare ed implementare nuove politiche sanitarie, nuovi sistemi e nuovi servizi.

Il malato deve essere messo, quindi, praticamente nelle condizioni ottimali per comunicare con i professionisti della salute.

Se ciò accade è “disposto a condividere responsabilità e trattamento proprio perché si riconosce il quel trattamento”. Ne consegue che anche il consenso informato ha senso ed è effettivamente uno strumento efficace. Il consenso informato resta uno snodo importante nella riflessione sulla governance in campo medico, che pure lo stravolge concettualmente e praticamente (15). Quindi, la nozione di paziente esperto ripropone in modo nuovo la prospettiva sull’informazione, investendolo del ruolo “di chi ha, deve avere, vuole avere” (10) le conoscenze per partecipare alla creazione del proprio percorso personalizzato.

Con questo circolo virtuoso può essere introdotto un altro tassello: l’appropriatezza dei percorsi assistenziali. Nel 2012 l’Ordine dei Medici di Matera d’intesa con l’Azienda Sanitaria aveva costituito il progetto “Casa Comune”. Per richiamare l’attenzione sul tema dell’appropriatezza delle cure coinvolgendo in modo responsabile e consapevole il cittadino/paziente. Tataranno (16) afferma: “Oggi c’è un’evoluzione nel rapporto tra medico/cittadini-pazienti/sistema sanitario che va verso un modello partecipativo, che vede il coinvolgimento attivo di cittadini e pazienti. La spinta all’utilizzo appropriato e senza sprechi delle risorse disponibili non può che partire da una assunzione di responsabilità da parte dei professionisti, in alleanza con pazienti e cittadini.

L’alleanza con il cittadino rappresenta una condizione indispensabile per entrare nel dominio culturale della medicina, rappresenta il piano operativo in cui agiscono sinergicamente il medico e il cittadino.

Al cittadino spesso viene fatto credere che tutte le cure sono utili, che fare di più è sempre meglio, e che la tecnologia è in grado di risolvere qualunque problema. Per questo è importante diffondere soprattutto tra i cittadini la cultura delle buone pratiche. Anche prevedendo appositi percorsi di formazione dedicati a cittadini e ai pazienti, per un efficace confronto con il mondo medico e scientifico ed una informazione su malattie, trattamenti, e promozione di stili di vita sani”.

Anche la famiglia deve sentirsi parte del progetto.

Le famiglie, spesso considerate una perdita di tempo, devono essere attivate, aiutate, coinvolte e rese compartecipi del percorso stabilito. Il ruolo del caregiver, già determinante in alcuni settori della medicina, deve essere



esteso a tutti i settori del sistema salute e sostenuto con tutti i mezzi (culturalmente, psicologicamente e giuridicamente).

Ecco che paziente e famiglia da “problema sanitario” diventano “risorsa per il sistema sanitario” a vantaggio di tutti.

Alla rete di esperti formali (operatori della sanità) ed informali (paziente, familiari, genitori, cc) si devono aggiungere le associazioni di volontariato costituite spesso dagli stessi pazienti e familiari esperti.

Il loro ruolo può essere caratterizzato da questi punti (17): rispondere alle richieste di informazioni mettendosi in sintonia con gli interlocutori su un piano del linguaggio diverso da quello medico-tecnico; completare la diagnosi ricevuta ricorrendo al know-how acquisito dalle tante storie di vita raccontate; costituire un canale di ascolto, attento ed empatico; esemplificare, concretizzare, descrivere i percorsi e dare speranza; controllare e discutere sull’operato dei servizi per un costante accrescimento della qualità delle prestazioni; tenere alta l’attenzione della politica e del sindacato per una cooperazione onesta e costruttiva tesa ai veri diritti e doveri dei professionisti, partendo dal presupposto che al centro dell’attenzione c’è la dignità dell’uomo che soffre e della sua famiglia.

Non dimentichiamo che alcune realtà associative attraverso l’auto-mutuo-aiuto diventano loro stesse terapia a costo zero e con un elevato rendimento. Inoltre, costituiscono una rete di aiuto per pazienti e famiglie che riduce ricadute cliniche e ricoveri impropri (18, 19).

Con la sinergia degli attori sopracitati prende forma la MC (Figura 1).

La medicina di condivisione è, quindi, la gestione dei sistemi complessi della medicina attraverso una concreta assistenza multidisciplinare e socio-sanitaria integrata, insomma un approccio globale di presa in carico e di erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie che costituiscono interventi concreti sul territorio.

Le direzioni strategiche delle aziende sanitarie hanno l’obbligo di gestire la governance seguendo la strategia della MC. Altresì hanno l’obbligo di tradurre tale strategia nella specifica attività assistenziale dei diversi dipartimenti medici.

In conclusione alla luce di quanto detto ogni area medica deve coinvolgere nel perimetro di un “intesa diagnostico-terapeutica-riabilitativa” l’equipe sanitaria / socio-sanitaria, il paziente, la famiglia e le associazioni di riferimento. Tale intesa andrà stipulata all’inizio del percorso.

Quando il percorso è condiviso sono di conseguenza condivisi: fatiche e successi, ma anche insuccessi (20). La scienza medica, infatti, nonostante linee guida e buone pratiche fondate sull’evidenza, non è una scienza esatta.



Per tali ragioni “l’eccellenza” non è raggiunta solo attraverso il riduzionismo medico, ma anche attraverso la sfera “umana-spirituale” (21, 22).

La persona che ha a che fare con il sistema sanitario cerca comunicazione, relazione e non vuole sentirsi sola. Così come sola non vuole sentirsi la famiglia. Cerca Empatia. Chersevani (23) ricorda che “... empatia, ricordando la definizione di Markov, significa assumere il ruolo dell’altro, vedere il mondo come questi lo vede, sperimentare i suoi stessi sentimenti. E’ proprio questo il vero prendersi cura. Di questo dialogo rafforzato, di questa medicina che si fonda sulla riflessione e sulla relazione i cittadini possono essere co-protagonisti attivi”.

Gli insuccessi d’altra parte verranno condivisi con la certezza da parte di tutti che il percorso è stato esente da “mal-practice” ed atti di negligenza in quanto vissuti in prima persona da paziente, famiglia e membri delle associazioni di riferimento.

La governance delle direzioni strategiche dovrebbe identificare in accordo con i responsabili dei servizi una figura sanitaria/socio-sanitaria (indipendentemente dal ruolo specifico svolto) che coordini i rapporti fra professionisti, pazienti, famiglie e associazioni. Tale figura dovrà essere dotata di capacità empatica-relazionale.

La MC migliora indubbiamente la qualità di vita dei professionisti, dei malati e della comunità nel suo insieme (10). Il cittadino percepirà che il luogo di cura scelto è sicuro, ma soprattutto capace di modulare la tecnica con il rispetto dei travagli e delle sensazioni umane che il dolore della malattia può far emergere. L’incapacità di gestire tale dolore con sapienza e vera umanità, infatti, fa sorgere il conflitto fra cittadini e istituzione socio-sanitaria.

A conclusione di questo capitolo tutto fondato sulla MC che mette al centro dell’attenzione il problema/sofferenza del singolo cittadino, vorremmo ricordare che la MC può essere coinvolta in dinamiche generali di sistema.

A questo proposito, è bene evidenziare quanto afferma Paola Mosconi (24): “Nell’affrontare il tema del coinvolgimento va sempre tenuto conto un doppio livello di prospettiva. La prospettiva del singolo relativa al proprio stato di salute, allo stretto rapporto struttura/paziente, alle proprie scelte condizionate da esperienze e aspettative e quella della collettività che considera la salute come bene comune valutando le implicazioni generali su benefici, danni e costi, le scelte di salute da fare nell’interesse generale che può non coincidere con quello del singolo, e quindi il rapporto politico-sociale con il Servizio Sanitario”.

Per far comprendere ai cittadini che il bene comune coincide sempre con il bene dei singoli è opportuno che la MC costruisca dei percorsi di alfabetizzazione sanitaria della comunità tutta.



Infine, la MC oltre che incidere significativamente sulla qualità clinica e sulla qualità dei rapporti servizi-cittadini, certamente può incidere positivamente nella gestione e nella riduzione del rischio clinico (RC): ai tre pilastri del RC (1 – approccio di sistema: l’approccio per ridurre i danni deve essere integrato e implementato a livello di sistema, 2 – cultura: i sistemi e le organizzazioni sanitarie devono concretamente dare priorità alla qualità e alla sicurezza attraverso una visione stimolante e un rinforzo positivo, 3 – bias rispetto all’azione: gli interventi devono essere basati su solide evidenze) deve esserne aggiunto un quarto: pazienti-famiglie-associazioni come veri partners. Le organizzazioni sanitarie devono coinvolgere questi tre attori con lo staff nella sicurezza come parte della soluzione e non semplicemente come vittime o colpevoli (25).

In sede aziendale, e a cascata nei vari servizi, devono essere previsti i facilitatori alla MC. Nei reparti i facilitatori saranno i “caregiver formali”, “il fragile” ma “decisivo” confine fra servizi e cittadini.

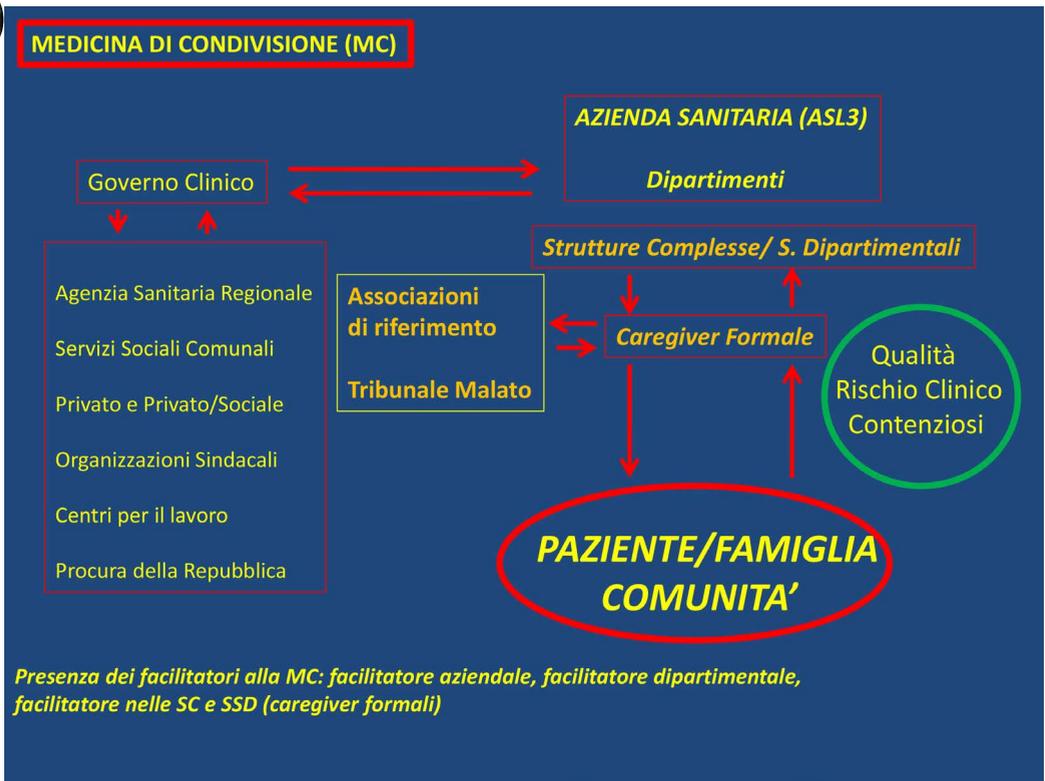


Figura 1. Medicina di Condivisione – Proposta operativa ASL3 Liguria.

Bibliografia

- 1) Bonino F, Murri L. DNA della salute. Edizioni Medico Scientifiche; Torino: 2008
- 2) Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis patients' preferences matter. *BMJ* 2012; 345: e6572
- 3) Piano Sanitario Regionale Emilia Romagna 1999-2001
- 4) Position Statement GIMBE. Il Governo Clinico nelle Aziende Sanitarie. www.gimbe.org/gimbe/statement/ps_gc.htm
- 5) Bottaro LC, Sampietro L, Pellicano R, Testino G. Health and governance: towards a new management of the medicine sharing. *Minerva Med* 2019; 110: 188-90
- 6) Lehman R. Sharing as the future of medicine. *JAMA Int Med* 2017; 177: 1237-8
- 7) Lapsley P. Lessons from patients' journeys. *BMJ* 2013; 346: f1988
- 8) Department of health. The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform, 1st July 2000
- 9) Department of Health. The expert Patient. A new approach to chronic disease management for the 21st Century. London 14 September 2001
- 10) Casati S. Il "malato esperto": un interlocutore critico, un'opportunità di cura. In: Bonino F, Casati S, Tallacchini M (Eds). Governance e salute: un laboratorio tra ricerca e cura. *Politeia – Rivista di Etica e Scelte Pubbliche*. 2006; 81: 166-6
- 11) Wilson J. Acknowledging of expertise of patient and their organization. *BMJ* 1999; 319: 771-4
- 12) Shaw J, Baker M. Wxpert patient – dream or nightmare? *BMJ* 2004; 328: 723-4
- 13) Tessa Richards. Let the patient revolution begin, *BMJ*, May 2013
- 14) Gaudiano VN. Introduzione – Scelte sagge in medicina – *Slow Medicine*. In: *La Professione II.MMXVI*, pagg. 193-7
- 15) Bonino F, Casati S, Tallacchini M. La Medicina partecipata. In: Bonino F, Casati S, Tallacchini M (Eds). Governance e salute: un laboratorio tra ricerca e cura. *Politeia – Rivista di Etica e Scelte Pubbliche* 2006; 81: 5-14
- 16) Tataranno R. Slow medicine, la vera appropriatezza. In: *La Professione II.MMXVI*, pagg. 198-204
- 17) Sessa DV, Intini S. I bisogni delle persone con malattia genetica rara disabilitante e delle loro famiglie: il ruolo delle associazioni. In: Bonino F, Casati S, Tallacchini M (Eds). Governance e salute: un laboratorio tra ricerca e cura. *Politeia – Rivista di Etica e Scelte Pubbliche*. 2006; 81: 96-105



- 18) Testino G, Bottaro LC, Patussi V, Scafato E, Addolorato G, Leone S et al. Addiction disorders: a need for change. Proposal for a new management. Position paper of SIA, Italian Society on Alcohol. *Minerva Med.* 2018; 109: 369-385.
- 19) Testino G, Bottaro LC, Balbinot P, Leone S, Pellicano R. Alcohol use disorders, cardiomyopathy and heart transplantation: a new management. *Minerva Cardioangiol.* 2018 Dec;66(6):744-746
- 20) Beyene K, Aspden T, Sheridan J. Prescription medicine sharing: exploring patients' beliefs and experiences. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice* 2016; 9:23
- 21) Phillips RL, Short A, Kenning A, Dugdale P, Nugus P, McGowan R, Greenfield D. Achieving patient-centred care: the potential and challenge of the patient-as-professional role. *Health Expectations* 2015; 18: 2616–28
- 22) Balbinot P, Testino G. Adolescenza e dipendenze: non solo chimica, ma anche spiritualità. *Gazzetta Medica Italiana – Archivio per le Scienze Mediche* 2018; 177: 645-50
- 23) Chervesani R. Scelte sagge in medicina. I cittadini protagonisti di una svolta. In: *La Professione II.MMXVI*, pagg. 205-8
- 24) Mosconi P. Il coinvolgimento dei cittadini nelle scelte di salute. In: *La Professione II.MMXVI*, pagg. 209-15
- 25) Patient safety 2030. NIHR patient safety translational research centre at imperial college London and imperial college healthcare NHS trust (Traduzione Angela Carella e Ronda Stefania). <http://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/centre-for-health-policy/Patient-Safety-2030-Report-VFinal.pdf-2016> (ultima visualizzazione 11/07/2019)



Il management in epatologia. Gestione dell'Encefalopatia Epatica come esempio paradigmatico di Medicina di Condivisione.

Luigi Carlo Bottaro*, Valentino Patussi**, Patrizia Balbinot***, Gianni Testino***

*Direzione Generale, ASL3 Liguria

**SOD di Alcolologia e Centro Alcolologico Regionale Toscano, Ospedale Policlinico Careggi, Firenze

***SC Patologie delle Dipendenze ed Epatologia Alcol Correlata, Centro Alcolologico Regionale; ASL3 Liguria

Aspetti Generali

Le cause più frequenti di epatopatia cronica sono HCV (*hepatitis C virus*), alcol e sindrome metabolica (SM) con steatosi e steatoepatite non alcolica (NAFLD: *non alcoholic fatty liver disease*; NASH: *non alcoholic steatohepatitis*).

L'80% dei decessi per epatopatia è da disturbo da uso di alcol (*alcohol use disorders*: AUDs), il 40-55% dei decessi per cirrosi è AUDs correlato e le cause più frequenti di trapianto di fegato sono l'associazione AUDs e HCV (1).

Tapper and Parick affermano "people aged to 25-34 have experienced the greatest relative increase in mortality, driven by deaths due to alcoholic cirrhosis" (2).

Il 30-40% dei pazienti con epatopatia alcolica (ALD: *alcohol related liver disease*) è affetto da HCV e il 70% dei pazienti con HCV ha una storia di consumo rischioso/dannoso (rischio medio-alto) di alcol (3).

In presenza delle due condizioni morbose la progressione a cirrosi e neoplasia epatica (HCC) è significativamente aumentata e tale probabilità aumenta anche in caso di associazione ALD e fegato grasso associato a sindrome metabolica (SM).

Con l'introduzione nella pratica clinica dei DDA (*direct antiviral agents*) nei prossimi anni, gli AUDs, in associazione alla NAFLD, saranno la prima causa di epatopatia e di trapianto di fegato.

Per le ragioni esposte le competenze dell'alcolologo/ *addiction specialist* e dell'epatologo dovranno essere strettamente commiste.

Più di un terzo dei pazienti affetti da cirrosi epatica rientrano in ospedale entro un mese. Una parte di questi rientri è correlata alla progressione di



malattia. I rimanenti casi sono da imputare ad un insoddisfacente rapporto servizi sanitari/famiglia.

L'introduzione della MC certamente migliora l'outcome clinico, la qualità di vita della famiglia e riduce i costi per la comunità.

La maggior parte dei pazienti con cirrosi è affetto da epatite C e/o disturbo da uso di alcol (DUA).

Il trattamento è spesso politerapico e richiede una rigorosa adesione. Inoltre, la sintomatologia è variabile e non sempre chiara per cui i familiari non sempre sono in grado di valutarne l'importanza. Alcune volte conducono i pazienti ai servizi per problematiche gestibili autonomamente a domicilio, altre volte la sintomatologia viene sottovalutata con improvvisa insorgenza di complicanze maggiori come per esempio il sanguinamento dopo rottura delle varici esofago-gastriche.

Inoltre, la gestione del paziente con doppia patologia "epatologica/alcolologica" impone alle organizzazioni sanitarie un'impostazione assistenziale fondata sui principi di MC con la formazione di caregiver formali ed informali dedicati, per garantire una attenta aderenza terapeutica, una riduzione degli accessi ospedalieri e un buon coordinamento servizi sanitari/ territorio (4).

Le complicanze più delicate da gestire a domicilio sono il versamento ascitico e l'encefalopatia epatica. In particolare il paziente alcolico con encefalopatia epatica può sovrapporre sintomi correlati ad altri triggers: intossicazione, astinenza, alterazioni cerebrali (lesioni ischemico-vascolari, carenziali, degenerative).

La gestione dell'EE è un esempio paradigmatico di MC.

Aspetti generali dell'Encefalopatia Epatica

La diagnosi di EE è spesso misconosciuta, soprattutto negli stadi iniziali (4).

L'EE è associata ad una prognosi peggiore e spesso si associa ad altre complicanze maggiori come il sanguinamento da varici gastro-esofagee.

La valutazione della prevalenza delle forme sintomatiche è sufficientemente agevole: al momento della diagnosi di cirrosi è del 10-14% (5), del 16-21% nel paziente con cirrosi scompensata (5, 6), e del 10-50% in quello con shunt porto-sistemico intraepatico transgiugulare (TIPS) (7); la prevalenza complessiva è stimata essere del 30-40% durante la vita del paziente cirrotico (8). Il rischio di recidiva a un anno di EE dopo il primo episodio è del 40% e di recidiva a sei mesi dopo il secondo episodio del 40%, nonostante adeguato trattamento (9, 10).

La patogenesi è multifattoriale e ben nota (Tabella I).



Tipo di alterazione

Azione di neurotossine derivanti dal tratto gastroenterico (ammonio, acidi grassi a catena media e corta, alterazioni aminoacidiche, GABA).

Neurotrasmissione cerebrale (azione del glutammato).

Metabolismo energetico cerebrale (alterazioni nel flusso ematico e nel metabolismo del glucosio).

Alterazioni della barriera emato-encefalica.

Edema cerebrale per alterazioni astrocitarie.

Tabella I. Alterazioni patogenetiche dell'encefalopatia epatica.

I segni e i sintomi sono modulati attraverso la classificazione West Haver Criteria (WHC) (11). E' utilizzata anche la classificazione ISHEN (International Society for Hepatic Encephalopathy and Nitrogen Metabolism) (Tabella II).

Unimpaired:

- No signs or symptoms
- Normal psychometric or neuropsychological tests

Grade 1:

- Also Known as minimal or covert hepatic encephalopathy
- No overt clinical symptoms to mild decrease in attention span, awareness, altered sleep rhythm
- Abnormal psychometric or neuropsychological tests

Grade 2:

- Obvious personality change, inappropriate behavior, asterixis, dyspraxia, disorientation, lethargy
- Objectively disoriented to time

Grade 3:

- Somnolence, gross disorientation, bizarre behavior
- Objectively disoriented to time and space

Grade 4:

- Coma

Tabella II. Encefalopatia Epatica: West Haver Criteria.

La definizione di EE da parte dell'American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) and the European Association for the Study of the Liver (EASL) è "...a brain dysfunction caused by liver injury or portosystemic shunting and can range from subclinical findings to coma" (12, 13).



Clinicamente possiamo effettuare questa suddivisione: Tipo A correlato a insufficienza epatica acuta, Tipo B correlato a shunt porto-sistemici in assenza di patologia epatica e Tipo C correlato a cirrosi epatica (13, 14).

Inoltre, può essere suddivisa in EE coperta (CHE, covert HE) evidenziata da tests neuropsicometrici ed EE sintomatica (OHE, overt hepatic encephalopathy). La CHE include EE minima di grado I (West Haver Criteria). La prevalenza di tale forma del 30-80% (12, 15).

Encefalopatia Epatica in pazienti con cirrosi alcolica

Una particolare attenzione merita l'encefalopatia epatica in corso di cirrosi AUDs correlata.

Il consumo alcolico interferisce in modo peculiare con l'EE diversamente da quanto accade per altri fattori eziologici.

L'etanolo di "per sé" è neurotossico. Svolge un'azione neurodegenerativa, neurovascolare e favorisce la produzione e l'aggregazione di placche di beta-amiloide. Il tutto sostenuto da uno stato di neuroinfiammazione cronica a seguito dell'attivazione della componente microgliale. A ciò si aggiunge un'eventuale carenza di micronutrienti e vitamine (tiamina, B12, folati, ecc) (16).

In pazienti con cirrosi alcolica si riscontra edema cerebrale, danno corticale, ridotta "brain reserve" (17). Inoltre, è possibile evidenziare un'atrofia cerebrale globale.

Attualmente in letteratura sono presenti pochi studi su AUDs ed EE e, peraltro, basati su casistiche ridotte.

Una delle interferenze più significative e più recentemente studiate riguarda l'influenza che etanolo e acetaldeide hanno sul microbiota intestinale (18, 19).

Etanolo ed acetaldeide alterano la barriera e modificano il microbiota dal punto di vista quantitativo e qualitativo. Ciò comporta una maggiore produzione ed un maggiore assorbimento di ammonio.

Nel paziente con cirrosi alcolica possono sovrapporsi i sintomi dell'intossicazione acuta (euforia, nausea, vomito, confusione, amnesia, crisi comiziali e depressione respiratoria), della sindrome da astinenza (agitazione psicomotoria, confabulazione, agitazione, allucinazioni, crisi comiziali, confusione, amnesia e delirium tremens) e dell'EE (asterixis, insonnia, confusione, amnesia, coma).

Data la complessità del quadro clinico in un paziente con AUDs ed encefalopatia epatica è mandatorio formare sia i caregiver formali che informali dedicati. Ciò per ridurre gli accessi ospedalieri e per il miglioramento della qualità di vita del paziente e della famiglia. (13).



Trattamento

Nella pratica clinica, il trattamento dell'EE deve essere effettuato in tutte le forme sintomatiche, mentre nelle forme nascoste è lo specifico quadro clinico che deve indirizzare il trattamento (Figura I). Infatti, le forme minime vengono trattate quando i sintomi provocano una ridotta qualità della vita, difficoltà nella guida o nelle attività lavorative, ecc. La strategia terapeutica del paziente con EE nascosta deve considerare la sicurezza del paziente, ricercando accuratamente fattori precipitanti (10) ed escludendo diagnosi alternative (infezioni, abuso di sostanze, alterazioni metaboliche, stipsi, emorragia digestiva, altre alterazioni encefaliche) (15).

Deve essere trattato anche il singolo episodio di EE sintomatica e deve essere effettuata una profilassi secondaria dopo un primo episodio. Viene invece raccomandata una profilassi primaria nei pazienti ad alto rischio (15).

Per la gestione dell'AUDs si rimanda alle linee guida e ai position paper societari (20, 21, 22).

Nutrizione

Il paziente affetto da EE è spesso malnutrito con particolare riferimento all'apporto proteico.

Ciò per diverse ragioni: inappropriata restrizione proteica, ripetute paracetesi o anemizzazione da sanguinamento gastro esofageo (11).

Il mantenimento di un adeguato apporto proteico è indispensabile per l'integrità della componente muscolare.

Il muscolo scheletrico sintetizza glutamina attraverso l'attività della glutammina sintetasi sull'ammonio e sul glutammato. Quest'ultimo è sintetizzato attraverso gli amminoacidi a catena ramificata (BCAAs). I pazienti con EE ne hanno, quindi, concentrazioni inferiori (23).

La somministrazione orale di BCAAs migliora il quadro clinico, ma non incide sulla mortalità.

Un panel di esperti commissionato da ISHEN consiglia un' introduzione calorica di 35-40 kcal/kg, un intake di 1.2-1.5 gr/kg di proteine e 25-45 gr/die di fibre. La reintegrazione vitaminica viene effettuata soprattutto nei pazienti con consumo attivo di alcol (tiamina, vit. B12, folati, ...) (24).

Disaccaridi non assorbibili

Vengono utilizzati per due motivi: viene sfruttata sia la loro azione lassativa che quella di acidificare il pH endoluminale con conseguente cambiamento del microbiota intestinale e del metabolismo dell'ammonio (25).

AASLD e EASL raccomandano l'uso di lattulosio/ lattitolo (12, 15).



L'uso di tali lassativi migliora il quadro clinico, ma non incide sulla mortalità. Non sono emerse differenze significative fra lattulosio e lattitolo.

Hanno un azione prebiotica, alterano positivamente la flora intestinale riducendo la produzione e l'assorbimento di ammonio.

Sharma et al hanno dimostrato un miglioramento clinico nel 78% dei casi trattati con lattulosio.

Nel 50% dei casi vi è scarsa compliance (no aderenza o dosaggi ridotti) (26).

E' opportuno garantire 2-3 evacuazioni morbide/die.

Gli effetti collaterali possono essere i seguenti: diarrea/ flatulenza, addominalgie crampiformi, nausea e anoressia. Il sovradosaggio può indurre disidratazione, iposodiemia e peggioramento clinico dell'EE.

Antibiotici

Storicamente sono stati utilizzati vancocina, neomicina e metronidazolo.

Attualmente la rifaximina per la sua efficacia e sicurezza rappresenta un "first line agent" (11).

Si concentra in sede intestinale con un assorbimento non significativo.

La maggior parte degli studi ha utilizzato la rifaximina in formulazioni da 200 mg con una dose totale di 1200 mg/die (27), sebbene negli ultimi studi venga utilizzata una dose totale di 1100 mg di rifaximina, vista la disponibilità della nuova formulazione da 550 mg; quest'ultimo dosaggio è riportato nelle linee-guida AASLD americane (12).

Modifica la flora intestinale riducendo la produzione di ammonio.

Riduce il rischio di ricadute (22.1% vs 45.9% del gruppo placebo) (HR 0.42; 95% CI, 0.28 to 0.64; $p < 0.001$) (28).

Riduce il rischio di ospedalizzazione (13.6% vs 22.6% del gruppo placebo) (HR 0.5; 95% CI, 0.29 to 0.87; $p = 0.01$). L'uso per 24 mesi non ha evidenziato eventi avversi, infezioni da *clostridium difficile* o sviluppo di resistenza antibiotica (28).

L'AASLD ha rilevato come la monoterapia con rifaximina sia efficace. La terapia di combinazione con lattulosio/lattitolo deve essere considerata per gli episodi ricorrenti o per le forme severe: nei pazienti trattati il 76% ha risolto il caso clinico vs il 50.8% trattato con solo lattulosio.

Alcuni studi hanno documentato la sua efficacia in forme di EE coperte con una riduzione della sintomatologia (29, 30). Una recente meta-analisi (31) (19 studi, pazienti con EE coperta o lieve) ha dimostrato un ruolo preventivo della rifaximina nella prevenzione secondaria.

Ahluwalia et al. hanno rilevato come l'uso di rifaximina in pazienti con EE coperta ha migliorato la working memory e il controllo inibitorio (17).



Bass et al. (32) (randomized placebo-controlled trial) hanno dimostrato come la rifaximina riduca significativamente nel mantenimento gli episodi di EE ricorrente ed, inoltre, un audit condotto attraverso sette centri UK dimostra una riduzione di accessi ospedalieri (33).

Il suo uso deve essere gestito con cura dal caregiver.

Altri farmaci

L'uso di probiotici può essere utile per il reintegro della flora intestinale di per sé alterata nel cirrotico, ma ulteriormente danneggiata da etanolo e acetaldeide.

Diversi studi ne hanno dimostrato l'utilità clinica. In particolare, l'uso di probiotici nella profilassi secondaria è stato valutato in un trial controllato randomizzato in aperto con una recurrence rate del 26.2% nel gruppo trattato con lattulosio, del 34.4% con probiotico e del 56.9% nel gruppo non trattato. Il risultato è stato migliore nel gruppo trattato con lattulosio, sebbene non in modo significativo (34).

Altre molecole: polyethylene glycol, flumazenil, ammoniaca scavenger, L-orinitine l aspartate e zinco.

Per il trattamento degli shunts portosistemici e la gestione del paziente correlato al trapianto di fegato si consigliano i lavori riportati in bibliografia (35, 36, 37).



Ruolo del caregiver formale: un solido confine fra servizio epatologico e cittadini

Oltre un terzo dei pazienti con cirrosi rientra in ospedale entro un mese dalla dimissione (38). Alcuni casi sono correlati ad un aggravamento istoclinico, altri ad un' inadeguata gestione ospedale-territorio (4).

I pazienti con EE da cirrosi alcolica sono complicati in quanto affetti da una doppia patologia epato-alcolica. Inoltre, possono essere presenti comorbilità psichiatriche.

Le criticità che emergono sono le seguenti:

-i sintomi delle due problematiche spesso si sovrappongono con un ampio spettro di manifestazioni neuro-psichiatriche impedendo decisioni adeguate (variare terapia secondo le indicazioni "al bisogno" presenti nella lettera di dimissione, allarmi ingiustificati, accessi al reparto o al pronto soccorso impropri)

-spesso la compliance è scadente con scarsa aderenza terapeutica (alimentazione, lattulosio/lattitolo per os o con microclisteri per garantire 2-3

evacuazioni morbide/ die, rifaximina secondo i dosaggi e le somministrazioni indicate nella lettera di dimissione, terapia delle comorbidità)

- mantenimento della motivazione all'astensione alcolica
- rapporti con i gruppi di auto-mutuo-aiuto
- gestione dei bisogni personali del paziente
- rapporti col servizio di appartenenza

Proprio per la particolarità di questo tipo di paziente il personale medico-infermieristico provvederà a fornire una lettera di dimissione dettagliata e condivisa con il familiare che si farà carico del paziente. Il tutto in presenza del caregiver formale (Figura I, Figura II e Tabella IV).

I caregivers formali sono soggetti professionisti dell'area sanitaria con competenze di ordine socio sanitario. Ogni servizio dovrebbe prevedere questa figura con il compito di informare correttamente il caregiver familiare e di fare da "bridge" con il personale medico-infermieristico del reparto. Il caregiver formale comunica con la famiglia in caso di bisogno per consigli e supporto o per concordare ulteriori incontri con il personale medico non previsti dal follow-up. Inoltre, provvederà a organizzare periodici incontri di gruppo con i caregivers familiari.

La presenza di caregivers formali "formati" migliora la qualità di vita del paziente e della famiglia e inoltre, migliora l'attività del servizio sanitario, riduce il numero di accessi in pronto soccorso o in degenza ordinaria. Tutto ciò si traduce in un indubitabile risparmio economico.

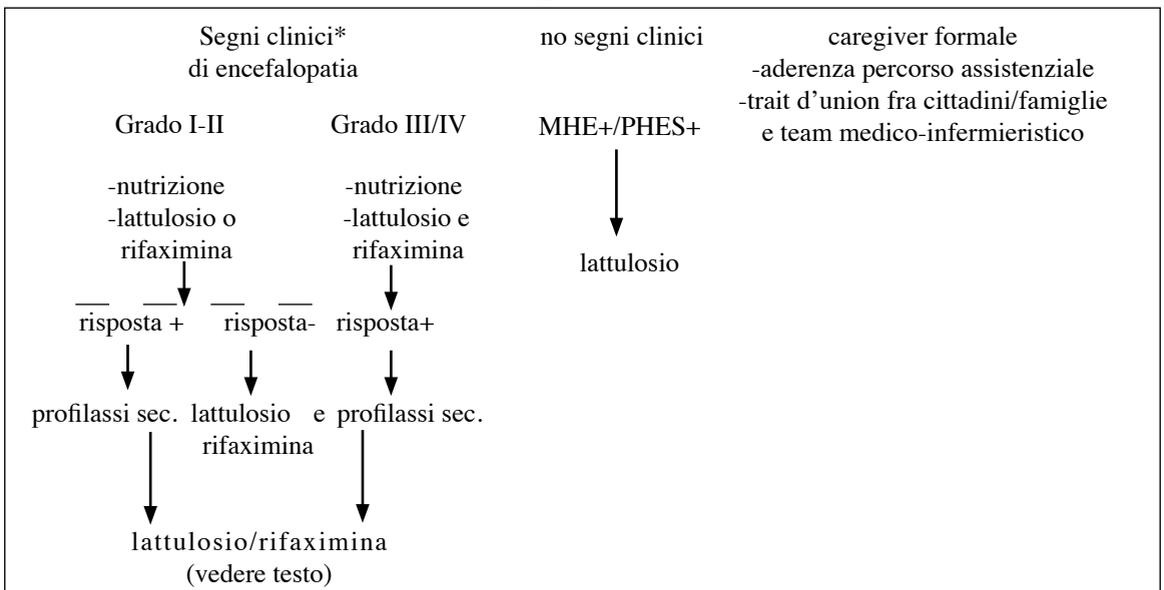


Figura I. Proposta di management dell'encefalopatia epatica (*raccomandazioni consolidate).

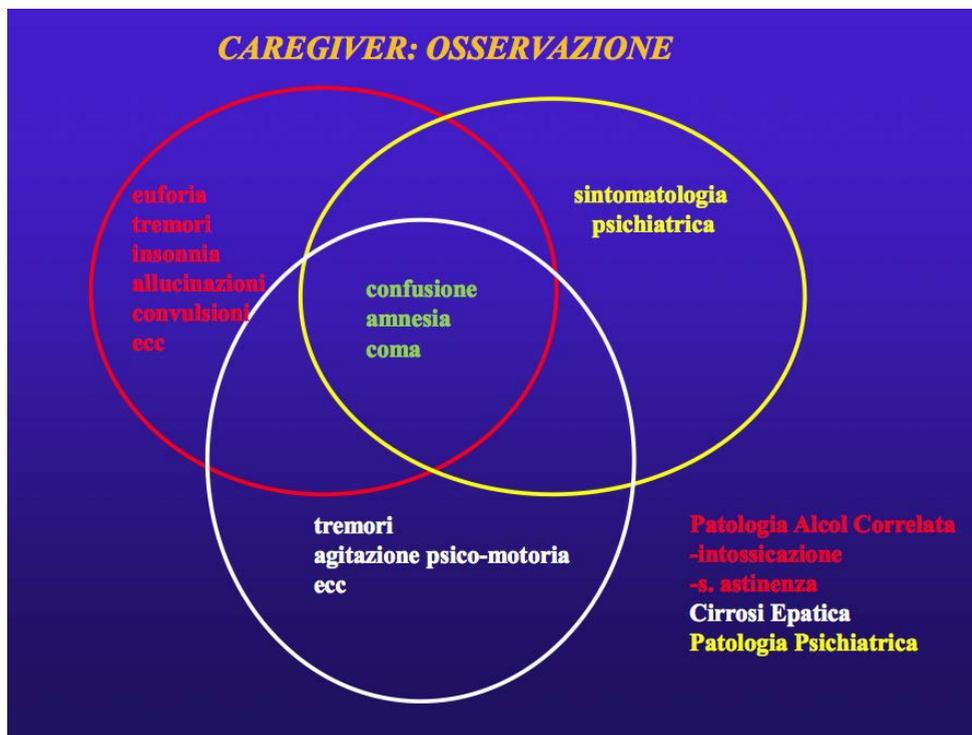


Figura II. Caregiver formale (servizio di epatologia) e caregiver informale (famiglia): imparare ad osservare il paziente con cirrosi epatica alcolica e/o sostanze.

- Aderenza terapeutica (coordinamento con il team medico-infermieristico)
- Aderenza nutrizionale (coordinamento con il team medico-infermieristico)
- Aderenza utilizzo lassativi (microclisteri/ clisteri)
- Controllo evacuazioni
- Osservazione delle variazioni comportamentali
- Gestione sobrietà
- Rapporto con l'auto-mutuo-aiuto di riferimento
- Gestione linea di confine fra "domicilio" e servizio di epatologia
- Gestione gruppi di auto-mutuo-aiuto per caregiver informali (familiari e badanti)

Tabella IV. Ruolo del caregiver formale come espressione di Medicina di Condivisione fra cittadino con EE, famiglie, comunità e servizio di epatologia.

Diario e Animal Naming Test

opuscolo_settimanale_Layout 1 30/10/2018 12:22 Pagina 2

Lunedì Inserire la data

Lattuloso Barrare una casella ogni volta che si assume il farmaco

Rifaximina Barrare una casella ogni volta che si va in bagno

altro

Num. evacuazioni Segnalare il colore delle feci

Caratteristiche Colore: Registrare lo stato del paziente

Stato del paziente: normale
 sopito o confuso
 agitato

ANT (Animal Naming Test)
 >15 10/15 <10

note Riportare il risultato del test

Eventuali note aggiuntive relativamente a:
stipsi, emorragia, uso di senniferi, febbre o sospetta infezione, urina frequente o abbondante

Il diario
Tenere sotto controllo l'assunzione della terapia e le condizioni di salute del paziente assistito consente di prevenire ricadute, cogliere segnali di aggravamento o miglioramento e discuterli con il medico curante.

ANT (Animal Naming Test) *
Il test consiste nell'elenicare gli animali che si ricordano (cane, gatto, cavallo, ecc.) in un minuto.

- Sopra i 15 il test è normale
- Tra i 10 e i 15 c'è qualche alterazione e va approfondito il motivo
- Sotto i 10 è probabile che vi sia uno stato di encefalopatia e bisogna intervenire

* Campagna F, Montagnese S, Ridola L, et al. The animal naming test: an easy tool for the assessment of hepatic encephalopathy. Hepatology 2017;66:198-208.

Figura III – Test elaborato dalla Associazione Epac (Associazione pazienti con epatite C) per individuare la possibile presenza di EE in fase precoce. Il caregiver informale potrà comunicare con facilità al caregiver formale le variazioni per ottenere l'aiuto migliore con il disagio minore.

Bibliografia

- 1) Goldberg D et al. Changes in the prevalence of hepatitis C virus infection, non-alcoholic steatohepatitis and alcoholic liver disease among patients with cirrhosis or liver failure on the waiting list for liver transplantation. *Gastroenterology* 2017; doi: 10.1053/j.gastro.2017.01.003
- 2) Tapper EB, Parikh ND. Mortality due to cirrhosis and liver cancer in the United States, 1999-2016: observational study. *BMJ* 2018; doi: 10.1136/bmj.k2817
- 3) Szabo G, Saha B, Bukong TN. Alcohol and HCV: implications for liver cancer. *Adv Exp Med Biol* 2015; 815
- 4) Aspinall RJ. Reducing recurrent hospital admissions in patients with decompensated cirrhosis. *Br J Hosp Med* 2018; 79: 93-6
- 5) Romero-Gómez M. Subclinical hepatic encephalopathy predicts the development of overt hepatic encephalopathy. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 2718-23
- 6) Coltorti M, Del Vecchio-Blanco C, Caporaso N et al. Liver cirrhosis in Italy. A multicentre study on presenting modalities and the impact on health care resources. National Project on Liver Cirrhosis Group. *Ital J Gastroenterol* 1991; 23: 42-8
- 7) Papatheodoridis GV, Goulis J, Leandro G, Patch D, Burroughs AK. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt compared with endoscopic treatment for prevention of variceal rebleeding: a meta-analysis. *Hepatology* 1999; 30: 612-22
- 8) Amodio P, Del Piccolo F, Pettenò E, et al. Prevalence and prognostic value of quantified electroencephalogram (EEG) alterations in cirrhotic patients. *J Hepatol* 2001; 35: 37-45
- 9) Sharma BC, Sharma P, Agrawal A, Sarin SK. Secondary prophylaxis of hepatic encephalopathy: an open-label randomized controlled trial of lactulose versus placebo. *Gastroenterology* 2009; 137: 885-91
- 10) Festi D, Marasco G, Ravaioli F, Colecchia A. Encefalopatia epatica. *Recenti Prog Med* 2016; 107: 378-85
- 11) Suraweera D, Sundaram V, Saab S. Evaluation and management of hepatic encephalopathy: current status and future directions. *Gut and Liver* 2016; 10: 509-19
- 12) Vilstrup H, Amodio P, Bajaj J, et al. Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases and the European Association for the Study of the Liver. *Hepatology* 2014; 60: 715-35



- 13) Davis BC, Bajaj JS. Effects of alcohol on the brain in cirrhosis: beyond hepatic encephalopathy. *Alcohol Clin Exp Res* 2018; 42: 660-67
- 14) Associazione Italiana per lo Studio del Fegato (AISF). Encefalopatia Epatica. Rapporto della commissione scientifica AISF, 2014
- 15) Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 practice guideline by the European Association for the Study of the Liver and the American Association for the Study of Liver Diseases. *J Hepatol* 2014; 61: 642-59
- 16) Venkataraman A, Kalk N, Sewell G et al. Alcohol and Alzheimer's disease – Does alcohol dependence contribute to beta-amyloid deposition, neuroinflammation and neurodegeneration in Alzheimer's disease? *Alcohol* 2017; 52: 151-58
- 17) Ahluwalia V, Wade JB, Heuman DM et al. Enhancement of functional connectivity, working memory and inhibitory control on multi-modal brain MR imaging with rifamixin in cirrhosis: implications for the gut-liver-brain axis. *Metab Brain Dis* 2014; 29: 1017-25
- 18) Bajaj JS, Kakiyama G, Cox J et al. Alterations in gut microbial function following liver transplant. *Liver Transplantation* 2018; 24: 752-61
- 19) Seitz HK, Bataller R, Cortez-Pinto H et al. Alcoholic liver diseases. *Nature Rev – Disease Primers* 2018; 4: 16
- 20) Australian Government Department of health and Ageing. Guidelines for the treatment of alcohol problems (Internet). Available from <http://www.health.gov.au/internet/ministers/publishing.nsf/Content/> (Cited 2016, May 25)
- 21) National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. (Internet). Available from: <http://www.nice.org.uk/nice-media/live/13337/53191/53191.pdf> (Cited 2016, May 25)
- 22) Marenmani I, Baselice A, Biggio G et al. "Continuum Care" in alcohol abuse disorders. A manifesto to bridge the gap in personalization of treatment pathways. *J Psychopathol* 2015; 21: 194-209
- 23) Holecek M. Branched-chain amino acids and ammonia metabolism in liver disease: therapeutic implications. *Nutrition* 2015; 31: 1186-91
- 24) Amodio P, Bemeur C, Butterworth R et al. The nutritional management of hepatic encephalopathy in patients with cirrhosis: International Society for Hepatic Encephalopathy and Nitrogen Metabolism Consensus. *Hepatology* 2013; 58: 325-6
- 25) Romero-Gómez M, Montagnese S, Jalan R. Hepatic encephalopathy in patients with acute decompensation of cirrhosis and acute-on-chronic liver failure. *J Hepatol* 2015; 62: 437-47
- 26) Sharma P, Sharma BC, Sarin SK. Predictors of nonresponse to lactulose in patients with cirrhosis and hepatic encephalopathy. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2010; 22: 526-31



- 27) Bajaj JS. Review article: potential mechanisms of action of rifaximin in the management of hepatic encephalopathy and other complications of cirrhosis. *Aliment Pharmacol Ther* 2016; 43 Suppl 1: 11-26
- 28) Bass NM, Mullen KD, Sanyal A et al. Rifaximin treatment in hepatic encephalopathy. *N Engl J Med* 2010; 362: 1071-81
- 29) Bajaj JS, Heuman DM, Wade JB, et al. Rifaximin improves driving simulator performance in a randomized trial of patients with minimal hepatic encephalopathy. *Gastroenterology* 2011; 140: 478-487
- 30) Jiang Q, Jiang X-H, Zheng M-H, et al. Rifaximin versus nonabsorbable disaccharides in the management of hepatic encephalopathy: a meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2008; 20: 1064-70
- 31) Kimer N, Krag A, Møller S, Bendtsen F, Gluud LL. Systematic review with meta-analysis: the effects of rifaximin in hepatic encephalopathy. *Aliment Pharmacol Ther* 2014; 40: 123-32.
- 32) Gluud LL, Dam G, Borre M, et al. Lactulose, rifaximin or branched chain amino acids for hepatic encephalopathy: what is the evidence? *Metab Brain Dis* 2013; 28: 221-5.
- 33) Orr JG, Currie CJ, Berni E et al. The impact on hospital resource utilization of treatment of hepatic encephalopathy with rifaximin-alpha. *Liver Int* 2016; 61: 1158-65
- 34) Agrawal A, Sharma BC, Sharma P, Sarin SK. Secondary prophylaxis of hepatic encephalopathy in cirrhosis: an open-label randomized controlled trial of lactulose, probiotics, and no therapy. *Am J Gastroenterol* 2012; 107: 1043-50
- 35) EASL Clinical Practice Guidelines: Liver transplantation (Coordinator Burra P). *J Hepatol* 2016; 64: 433-485
- 36) Singal AK, Bataller R, Ahn J et al. AGA clinical guideline: alcoholic liver disease. *Am J Gastroenterol* 2018; doi: 10.1038/ajg.2017.469
- 37) Addolorato G, Bataller R, Burra P et al. Liver transplantation for alcoholic liver disease. *Transplantation* 2016; 100: 981
- 38) Volk ML, Tocco RS, Bazick J et al. Hospital readmissions among patients with decompensated cirrhosis. *Am J Gastroenterol* 2012; 107: 247-52



a cura di
Luigi Carlo Bottaro

Per un nuovo management socio-sanitario:
la Medicina di Condivisione



Ruolo dell'associazionismo nel modello organizzativo della riabilitazione cardiologica di ASL3 Liguria

Piero Clavario
SSD Cardiologia Riabilitativa, ASL3 Liguria

La Riabilitazione Cardiologica si iscrive nell'offerta sanitaria del Dipartimento di Cardiologia dell'azienda occupando il segmento finale della traiettoria del paziente cardiologico, quella del passaggio dalla fase acuta di malattia a quella cronica.

I due domini principali di intervento della Riabilitazione Cardiologica sono da un lato quello del recupero delle autonomie dopo un evento e dall'altro quello della prevenzione secondaria e della riduzione del rischio di eventi successivi.

Per rispondere in modo adeguato a queste due esigenze la strutturazione organizzativa della Riabilitazione Cardiologica si impernia su due poli, uno degenziale ed uno ambulatoriale. Il primo finalizza prevalentemente la sua proposta sanitaria al paziente post acuto con necessità di stabilizzazione clinica e recupero delle autonomie, il secondo è maggiormente orientato agli interventi di prevenzione secondaria ed all'accompagnamento del paziente nella transizione da riabilitazione intensiva a quella estensiva.

I programmi di prevenzione secondaria hanno, tra i vari strumenti a disposizione, quello della promozione della adozione di stili di vita salutari e tra questi quello dell'attività fisica.

Per un soggetto che abbia consolidato per gran parte della sua vita comportamenti e abitudini, non è semplice prendere coscienza della condizione di cronicità, della necessità di cambiare abitudini di vita e ancor più complesso è strutturare questo cambiamento a lungo termine. Per questa ragione i programmi riabilitativi che hanno dato dimostrazione di efficacia sono quelli estensivi, più strutturati e con una durata sufficientemente lunga.

Per questa ragione il programma riabilitativo ambulatoriale offerto dalla Riabilitazione Cardiologica di ASL 3 è stato disegnato con una fase iniziale intensiva, completamente supervisionata dal personale sanitario, nel corso della quale il paziente accede tre volte alla settimana presso il centro di riabilitazione cardiologica ambulatoriale del Palazzo della Salute di Fiumara (Ge). In questa prima fase, dopo la valutazione iniziale clinico-strumentale, vengono svolte attività di palestra principalmente aerobiche ai cicloergometri o sui tapis roulant. In casi in cui sono indicate si svolgono sedute di training per l'equilibrio e la flessibilità.

Completata la fase supervisionata in palestra, il percorso prosegue con



l'insegnamento della tecnica della camminata nordica e la partecipazione a sedute riabilitative esterne di cammino che vengono svolte all'esterno ma sempre con la supervisione dello staff riabilitativo.

Anche il modulo di camminata nordica giunge ad una conclusione ed il paziente viene inserito in una fase riabilitativa estensiva nella quale svolge autonomamente il programma di allenamenti che gli sono stati prescritti, ma accede mensilmente al centro per restituire dei feed-back su quanto effettuato e ricevere un aggiornamento del piano riabilitativo.

E' in questa fase che inizia ad essere determinante il ruolo della associazione CUORINFORMA Onlus che fornisce il suo apporto di animazione e sostegno per i gruppi di cammino. I pazienti che da più tempo sono stati inseriti nel programma riabilitativo e hanno meglio compreso lo spirito e le finalità del progetto fanno da tutor ai nuovi arrivati cercando di promuoverne la partecipazione attiva e l'aderenza al programma.

La aderenza al programma di training autogestito, che idealmente deve proseguire indefinitamente, deve essere facilitata e promossa, in quest'ottica risulta essenziale il contributo delle associazioni di pazienti come CUORINFORMA Onlus che costruiscono una rete di inclusione e supporto sociale particolarmente efficace.

Il singolo paziente viene coinvolto dall'associazione a partecipare a manifestazioni ed eventi sportivi e sociali, la partecipazione è però sempre subordinata al mantenimento degli obiettivi riabilitativi concordati con il centro di Riabilitazione Cardiovascolare.

La struttura aziendale dal canto suo garantisce direttamente, quando necessaria, la assistenza sanitaria nel corso delle manifestazioni sportive cui partecipano i pazienti del gruppo in autogestione.

Alcune attività vengono svolte dai gruppi di pazienti in completa autonomia e, per garantire le migliori condizioni di sicurezza, è stato ormai da tempo avviato un programma di certificazione BLS-D dei pazienti e dei loro familiari.

La collaborazione con la Onlus CUORINFORMA si estende anche alla fase nella quale i pazienti si avviano ad effettuare autonomamente attività di training in palestre sportive. In questi casi l'apporto del centro di riabilitazione cardiologica è focalizzato sulla effettuazione di test di valutazione per la prescrizione del programma di training individuale.

L'attività della Riabilitazione Cardiologica in collaborazione con CUORINFORMA Onlus rappresenta quindi un modello organizzativo condiviso che coniuga le esigenze di promozione della salute da parte della struttura sanitaria pubblica e quelle dell'utenza cui i servizi sono rivolti.

Il modello proposto delinea la transizione dal servizio sanitario che fornisce primariamente prestazioni a quello che mette al centro la presa in carico del paziente, viene così garantita l'appropriatezza dei percorsi clinico-strutturali proposti che ritornano ad essere uno strumento per il mantenimento dello stato di salute e non il fine.



La gestione del paziente diabetico

Alberto Reborà*, Miryam Talco*, Enrico Torre*, Luigi Carlo Bottaro**

*SSD Endocrinologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche, ASL3 Liguria

**Direzione Generale, ASL3 Liguria

Il diabete mellito è una patologia cronica e complessa, che necessita di un continuo monitoraggio terapeutico, al fine di garantire non solo un buon controllo dei livelli glicemici, ma anche una riduzione del rischio di sviluppo di complicanze correlate alla malattia. In Italia, in base ai dati ISTAT, nel 2016 si è stimata una prevalenza di circa il 5,3% (5,4% negli uomini, 5,2% nelle donne), pari a oltre 3 milioni di persone. La prevalenza aumenta al crescere dell'età, fino a un valore di circa il 20% nei soggetti sopra i 75 anni. La diffusione della malattia è quasi raddoppiata negli ultimi trent'anni, sia per una maggiore longevità, sia per una diagnosi sempre più precoce. A crescere è prevalentemente il diabete tipo 2 che rappresenta oltre il 90% dei casi, la cui insorgenza è correlata alla presenza, oltre che di fattori ereditari, anche di fattori quali obesità, sovrappeso e sedentarietà. La diagnosi di diabete tipo 2 è preceduta mediamente da una fase della durata di circa 5-7 anni, fase in cui il rischio cardiovascolare è già presente, nonostante la malattia sia silente. E' quindi facilmente intuibile come sia di particolare importanza effettuare una diagnosi precoce ed ancor più intervenire in modo tempestivo, in primo luogo con le modifiche dello stile di vita, successivamente con una terapia farmacologica efficace. Oggi abbiamo a disposizione una ampia scelta di terapie per la cura del diabete, alcune di esse innovative perché efficaci, con un basso rischio ipoglicemico e con una comprovata azione protettiva a livello cardio-renale, in grado quindi di poter intervenire opportunamente sulla storia della malattia. Le malattie cardiovascolari sono la causa principale di mortalità e morbilità nei soggetti con diabete e la presenza di complicanze microangiopatiche (retinopatia, nefropatia e neuropatia) può essere considerata un indicatore di rischio aggiuntivo per lo sviluppo di complicanze macroangiopatiche (infarto miocardio, ictus, arteriopatia periferica). Il paziente diabetico già di per sé, in assenza di altre complicanze, rientra nella categoria di soggetti ad alto rischio cardiovascolare. La presenza poi di condizioni coesistenti, quali ipertensione, dislipidemia, fumo di sigaretta, familiarità per malattia coronarica precoce e albuminuria, contribuisce ad incrementare ulteriormente il rischio cardiovascolare. Ne deriva, pertanto, che la visita diabetologica non può prescindere, oltre che dalla valutazione del compenso glicemico, anche dal monitoraggio del profilo lipidico (con particolare attenzione al rispetto dei target di colesterolo LDL) e del controllo pressorio (obiettivo metabolico composito) che dovrebbero essere valutati



periodicamente e in modo sistematico in tutti i pazienti con diabete. Anche i pazienti con diabete tipo 1 (forma che si configura come malattia autoimmune, caratterizzata da una disfunzione della beta cellula pancreatica e da una precoce necessità di terapia insulinica sostitutiva) presentano un rischio cardiovascolare aumentato rispetto alla popolazione non diabetica. A tale aumento concorrono gli stessi fattori di rischio presenti nel diabete tipo 2, inclusi albuminuria e riduzione del filtrato glomerulare. Purtroppo gli studi di intervento sul diabete tipo 1 non sono molti, per cui le raccomandazioni in questo ambito sono ottenute dalle evidenze emerse dai più numerosi studi sul diabete tipo 2. Le complicanze cardiovascolari risultano essere quindi la causa principale di mortalità e morbilità dei soggetti diabetici, contribuendo ad un aumento dei costi diretti ed indiretti della malattia. E' stato stimato un eccesso di mortalità dei diabetici pari al 30-40% rispetto alla popolazione non diabetica, dato che sembra tuttavia ridursi in presenza di un'assistenza strutturata e specialistica.

Proprio verso questo obiettivo si sta dirigendo la Struttura Semplice Dipartimentale di Endocrinologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche della ASL 3 genovese che, oltre a trattare le principali malattie endocrino metaboliche, svolge anche attività di prevenzione, diagnosi e terapia del diabete e delle complicanze ad esso associate, sempre in accordo con le più recenti linee guida nazionali ed internazionali.

Le attività diabetologiche si svolgono in gran parte nei due HUB territoriali di Fiumara (Palazzo della Salute, centro con maggior carico assistenziale) e del Policlinico San Martino-IST (presso il padiglione 7, quest'ultimo avviato nei primi mesi del 2018 ed in progressiva crescita). Gli altri ambulatori, oltre che nella sede ospedaliera della Colletta di Arenzano, sono dislocati su tutto il territorio genovese, da Cogoleto a Recco, con copertura assistenziale anche dell'entroterra ligure.

Nell'ottica di una assistenza strutturata ed efficiente, negli ultimi anni è stata effettuata una riorganizzazione del servizio di diabetologia che ha previsto un ampliamento della disponibilità delle visite e successiva riduzione delle liste di attesa per gli accessi di prima visita (da 9 mesi esistenti in precedenza a pochi giorni, sempre rispettando le tempistiche dettate dalle classi di priorità in uno o più ambulatori dei centri territoriali). La riorganizzazione ha anche voluto dirigersi verso una uniformità delle prestazioni offerte. Il paziente che accede alla prima visita diabetologica in qualsiasi ambulatorio, viene infatti preso in carico dal servizio ed ha la possibilità di essere avviato ad un percorso volto allo screening e alla identificazione precoce delle principali complicanze associate al diabete. Tale percorso prevede l'effettuazione di esami strumentali (con posti dedicati ed effettuati direttamente dal personale del Servizio) quali la retinografia, l'ecocolor-Doppler dei tronchi sopraortici e degli arti inferiori, lo screening del piede diabetico, l'holter pressorio. Nello



specifico sono presenti sul territorio due retinografi situati presso l'HUB di Fiumara e il Poliambulatorio Martinez di Pegli; l'attività di ecocolor-Doppler vascolare TSA e AAIL viene invece effettuata presso l'HUB di Fiumara e il poliambulatorio di Nervi; lo screening del piede diabetico è svolto nei due principali HUB e presso i poliambulatori di Nervi e del Gallino; infine l'holter pressorio è effettuato presso gli ambulatori di Pegli e di Fiumara.

Presso il presidio Ospedaliero Villa Scassi è inoltre presente il Centro Multidisciplinare per la prevenzione e la cura del Piede Diabetico (3° livello), in collaborazione con la SC Chirurgia vascolare, SSD Chirurgia del piede, SS Chirurgia Plastica, SS Radiologia interventistica, SC Recupero e rieducazione funzionale, SS Dermatologia, Centro di assistenza vulnologica. In tale centro, oltre allo screening e all'identificazione del rischio, viene effettuato il follow-up diagnostico e terapeutico (medico-chirurgico) delle ulcere dei pazienti con diabete, oltre che l'educazione alla prevenzione delle lesioni al piede.

I pazienti affetti da diabete tipo 1, sia in terapia multiniettiva che con microinfusore insulinico, hanno a disposizione ambulatori dedicati, svolti in prevalenza presso i due HUB aziendali e presso la sede della Colletta di Arenzano, dove è possibile usufruire inoltre dei più moderni sistemi di monitoraggio glicemico in continuo, qualora indicato o necessario.

Nell'ambito del percorso dedicato al paziente diabetologico, vengono inoltre proposti incontri di educazione terapeutica, suddivisi in sessioni rivolte a gruppi omogenei di pazienti, in cui vengono affrontate tematiche riguardanti l'alimentazione, in associazione a focus sulle complicanze della malattia legate ad uno stile di vita non corretto. Le lezioni, tenute da personale con formazione specialistica, sono offerte a chi accede al centro diabetologico per la prima volta, ma anche ai pazienti già seguiti che hanno bisogno di rinvigorire o correggere alcuni aspetti nutrizionali. Tali attività vengono effettuate nei due HUB aziendali e nelle sedi di Recco, dell'Ospedale Evangelico Internazionale e, di recente, presso l'ambulatorio Martinez di Pegli (Figura 1).

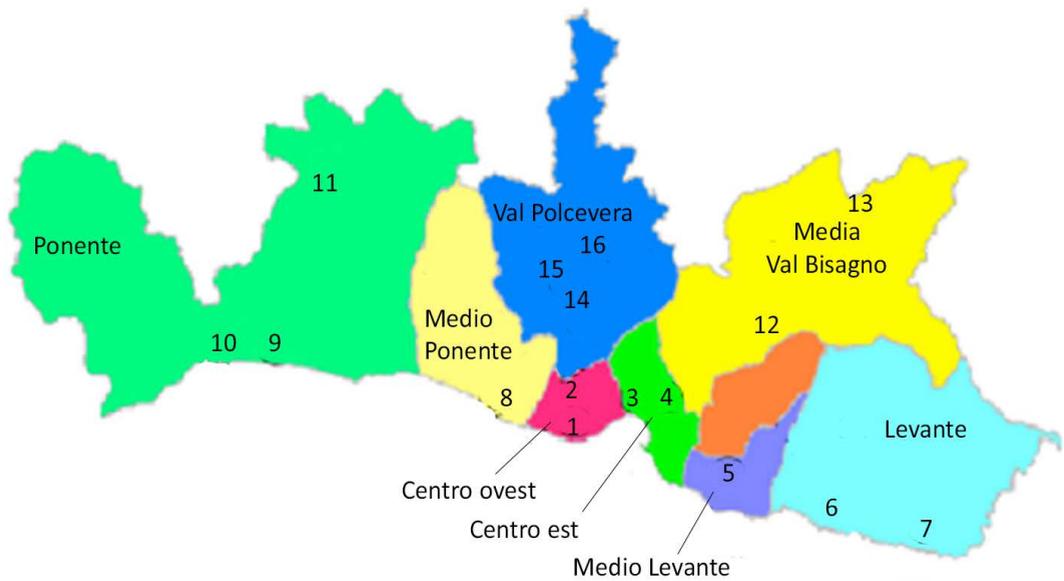
Tutto il percorso sopra citato viene messo a disposizione anche dei medici di medicina Generale, nell'ambito del progetto di gestione Integrata delle cronicità. Il paziente diabetico stabile a bassa intensità di cura, dopo valutazione dello specialista Diabetologo, viene affidato al MMG, che potrà rinviare il paziente al centro diabetologico ogni qual volta sia necessaria una consulenza specialistica, una intensificazione della cura o uno screening delle complicanze, anche attraverso posti di seconda visita dedicati alla medicina Generale, oltre che attraverso contatto diretto con lo Specialista.

Presso l'HUB di Fiumara è previsto anche un accesso diretto per urgenze (con richiesta o telefonata diretta del MMG) sei giorni su sette, sabato compreso.

Anche le problematiche endocrinologiche, in particolare la patologia nodulare e le disfunzioni ghiandolari tiroidee, sono in forte aumento.

Il nodulo della tiroide, singolo o multiplo, è tra le patologie endocrine più frequenti. Già la palpazione permette di rilevare dal 5 al 20% dei noduli,





Sedi	Prestazioni offerte
1) HUB Fiumara	Visite diabetologiche, fotografia fundus, corsi terapia educativa per gruppi, ecocolor doppler TSA, AAI, Ecografia tiroide - paratiroide, holter pressorio, ambulatorio diabete tipo 1 e tecnologie
2) Ospedale Villa Scassi	Visite endocrinologiche, consulenze diabetologiche e dimissioni protette, Centro Piede Diabetico
3) Via 12 Ottobre	Visite diabetologiche, endocrinologiche. ecografia tiroide-paratiroide
4) Ospedale Evangelico internazionale	Corsi di terapia educativa per gruppi
5) HUB Policlinico San Martino	Visite diabetologiche, screening piede, corsi terapia educativa per gruppi
6) Poliambulatorio Nervi	Visite diabetologiche, screening piede, ecocolor Doppler TSA e AAI
7) Poliambulatorio Recco	Visite diabetologiche, corsi terapia educativa per gruppi
8) Poliambulatorio Martinez	Visite diabetologiche, fotografia fundus, corsi terapia educativa per gruppi, Holter pressorio
9) Ospedale La Colletta Arenzano	Visite diabetologiche, screening piede, ambulatorio diabete tipo 1 e tecnologie
10) Poliambulatorio Cogoleto	Visite diabetologiche
11) Poliambulatorio Rossiglione	Visite diabetologiche
12) Poliambulatorio Struppa	Visite diabetologiche
13) Poliambulatorio Bergagli	Visite diabetologiche
14) Ospedale Celesia	Visite diabetologiche, visite endocrinologiche, consulenze diabetologiche e dimissioni protette
15) Poliambulatorio Via Bonghi	Visite diabetologiche
16) Ospedale Gallino	Visite diabetologiche, visite endocrinologiche, consulenze diabetologiche e dimissioni protette, screening piede

Figura 1. Territorio ASL3 genovese e distribuzione ambulatori con prestazioni offerte.

mentre la valutazione ecografica, *gold standard* per la diagnosi di patologia nodulare tiroidea, mostra una prevalenza tra il 16 e il 67%; l'ampia variabilità dipende dall'età e dal grado di iodio-sufficienza dei soggetti in esame. L'incidenza nella popolazione italiana della patologia nodulare è di circa il 50%, più frequente nel sesso femminile, nelle zone iodio-carenti e nei soggetti esposti a radiazioni ionizzanti al collo. La maggior parte dei noduli tiroidei ha caratteristiche di benignità, tuttavia negli ultimi anni si è assistito ad un graduale incremento del carcinoma tiroideo differenziato, con previsione già per il 2020 di divenire una delle neoplasie maligne predominanti del sesso femminile. La Liguria risulta essere una regione iodio-sufficiente in base ai dati riportati nel registro ISTISAN 2014, tuttavia sono stati evidenziati percentuali di soggetti con valori di iodio urinario ascrivibili a iodio-carenza di grado lieve-moderato. Ne consegue pertanto un rischio gozzigeno aumentato. Lo struma multinodulare che ne consegue, oltre al rischio di problemi compressivi se di grosse dimensioni, può andare incontro nel tempo ad autonomia funzionale, con evoluzione principalmente verso l'ipertiroidismo.

Anche le patologie tiroidee da alterata funzione ghiandolare (iper o ipofunzione) sono in crescita, con un attuale 5% della popolazione italiana coinvolta. L'ipotiroidismo autoimmune (tiroidite di Hashimoto) è la forma di ipotiroidismo più comune, soprattutto nella donna. Si manifesta clinicamente nel 2-3% della popolazione generale e nel 5-6% della popolazione di età più avanzata. L'ipertiroidismo, invece, ha una frequenza nel 2-3% della popolazione in forma manifesta, nell'8-17% nella forma subclinica. La causa di iperfunzione più comune è, anche questa volta, di tipo autoimmune (malattia di Basedow).

Le valutazioni endocrinologiche nella SSD Endocrinologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche si svolgono in prevalenza nei poli di Fiumara e di Villa Scassi e, in minor parte, presso gli ambulatori dell'ospedale Gallino e Cesia.

Il paziente che affersce a prima visita endocrinologica per problematica tiroidea, può inoltre accedere ad un servizio ecografico mirato, effettuato da alcuni specialisti della stessa equipe, con posti riservati sia nella sede di Fiumara che di Villa Scassi. L'attività di ecografia tiroidea e paratiroidea è stata notevolmente implementata nell'ultimo anno, in modo consensuale all'aumento dell'incidenza di patologia tiroidea, ed è in programma un ulteriore potenziamento attraverso l'apertura di nuove giornate dedicate a visite e all'ambulatorio strumentale. In questo modo è stato reso possibile accelerare il percorso diagnostico e venire incontro alle esigenze dei pazienti, evitando inoltre un allungamento delle liste di attesa sul territorio.

Qualora si ritenesse necessaria invece una valutazione citologica dei noduli tiroidei, è possibile usufruire di posti dedicati in collaborazione con la SC radiologia di Villa Scassi, anche in questo caso abbreviando l'iter diagnostico-terapeutico.

L'SSD Endocrinologia, Diabetologia e malattie Metaboliche garantisce,



quindi, una copertura assistenziale sul territorio, sia al mattino che al pomeriggio, dal lunedì al venerdì sia per l'endocrinologia che per la diabetologia e anche il sabato mattina per la sola diabetologia.

Bibliografia

- 1) Standard italiani per la cura del diabete mellito 2018. Associazione Medici Diabetologi (AMD) - Società Italiana di Diabetologia (SID), 2018
- 2) Italian diabetes & obesity barometer report. Facts and figures about obesity diabetes type 2 in Italy, 2017
- 3) Severity of Coronary Atherosclerosis and Risk of Diabetes Mellitus. Colaiori et al. Journal of Clinical Medicine, 2019
- 4) Extent of coronary artery disease is associated with myocardial infarction and mortality in patients with diabetes mellitus. Gyldenkerne et al. Clinical Epidemiology, 2019
- 5) Subclinical atherosclerosis burden predicts cardiovascular events in individuals with diabetes and chronic kidney disease. Palanca et al. Cardiovascular Diabetology, 2019.
- 6) Pharmacological treatment for Type 2 diabetes integrating findings from cardiovascular outcome trials: an expert consensus in the UK. Bain et al. Diabetic medicine, 2019
- 7) Effect of multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. Gaede P et al. New England Journal of Medicine, 2008
- 8) European Atherosclerosis Society Consensus Panel Statin-associated muscle symptoms: impact on statin therapy—European Atherosclerosis Society Consensus Panel Statement on Assessment, Aetiology and Management. Stroes et al. European Heart Journal, 2015
- 9) Screening for Diabetic Retinopathy. Rosenberg et al. New England Journal of Medicine, 2017
- 10) Guidelines for the treatment of hypothyroidism: prepared by the american thyroid association task force on thyroid hormone replacement. Jonklaas et al. Thyroid, 2014
- 11) American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid, 2016
- 12) Italian consensus on diagnosis and treatment of differentiated thyroid cancer: joint statements of six Italian societies. Pacini et al. Journal of Endocrinological Investigation, 2018



Medicina di condivisione: la realtà della reumatologia

Gerolamo Bianchi*, Dario Camellino*

*SC Reumatologia, ASL3 Liguria

La Medicina di Condivisione rappresenta un nuovo approccio nell'accogli-mento e nella cura del paziente basato sulla centralità delle sue preferenze e dei suoi valori, rendendolo attore principale e attivo delle scelte diagnostiche, terapeutiche e riabilitative (1). Per secoli, il "paternalismo" ha rappresentato l'approccio prevalente in medicina. Tale concezione si basa sull'assioma che il medico, in virtù del proprio bagaglio di conoscenze tecniche, sappia qual è la scelta migliore per il paziente a livello non solo clinico, ma anche umano, familiare e sociale (2). La Medicina di Condivisione parte invece da presupposti completamente diversi: riconosce innanzitutto il ruolo del paziente esperto, inteso come persona che ha, deve avere e vuole avere le conoscenze (3) per partecipare attivamente nella costruzione del proprio percorso di diagnosi e cura. I presupposti di questo nuovo paradigma sono un rapporto collaborativo e non gerarchico tra medico e paziente (2) e la valorizzazione dell'esperienza della persona e della sua famiglia. Rappresenta un'ulteriore evoluzione rispetto al "shared decision-making" e comprende un approccio di più ampio respiro che va oltre la singola scelta terapeutica, ma include una prospettiva umana e sociale, che tiene conto del paziente inteso come persona e non solo come malato, del suo contesto familiare e sociale ma anche del ruolo fondamentale delle associazioni dei pazienti (4). La Medicina di Condivisione nasce sull'onda di cambiamenti epocali, non solo dal punto di vista scientifico, ma anche epidemiologico, culturale e sociale. Innanzitutto, l'allungamento dell'aspettativa di vita e le nuove terapie, che insieme ad altri fattori hanno contribuito alla cosiddetta "transizione epidemiologica", hanno portato in primo piano le patologie croniche, che colpiscono sempre più spesso la persona anziana, affetta da diverse comorbidità (5,6). I progressi della medicina hanno sicuramente portato a un miglioramento delle cure e della salute dei pazienti, ma hanno anche causato la necessità di specializzazioni e iper-specializzazioni che rischiano talvolta di frammentare il percorso di cura dei pazienti. Il diffondersi di internet e dei social network ha cambiato radicalmente il modo in cui la popolazione si rapporta con la propria salute e le informazioni ad essa collegate (7,8). Le nostre società stanno diventando sempre più complesse (9,10) e il ruolo dei servizi è fondamentale per assistere il paziente nel suo percorso.



Medicina di Condivisione in Reumatologia

Tutti questi fattori rendono la Reumatologia una branca della Medicina particolarmente adatta ad un approccio di condivisione: la maggior parte delle patologie reumatologiche sono croniche e possono avere un impatto severo sulla vita familiare, lavorativa, sessuale e sociale dei pazienti. Tali patologie necessitano spesso per il loro trattamento di terapie avanzate e costose, come i farmaci biologici, ma che vanno inserite in un contesto sia di supporto sia di riabilitazione, che assicuri il mantenimento della funzionalità e della qualità di vita dei pazienti. La prevalenza delle malattie muscoloscheletriche è molto elevata in Europa e ha visto un ulteriore aumento nel periodo compreso tra il 2000 e il 2015 (11), con ingenti costi sia diretti sia legati alle perdite di autonomia e qualità di vita.

A livello internazionale, diversi studi supportano una *"patient-centered care"* in Reumatologia (12), soprattutto nell'artrite reumatoide (AR). L'educazione del paziente è il primo passo verso il *"self-management"* della patologia, che permette quindi alla persona di sentirsi più autonoma (raggiungendo un *"internal locus of control"* della patologia) e, allo stesso tempo, permette di migliorare l'aderenza alla terapia e di aumentare il controllo dei sintomi quali il dolore (13,14). I protocolli *"person-centered"* si focalizzano principalmente sulla personalizzazione dell'assistenza, sul contesto sociale del paziente, sul processo decisionale condiviso, sulla comunicazione e sull'*"empowerment"* (inteso come l'acquisizione da parte del paziente delle capacità necessarie a impiegare le proprie risorse ed abilità per essere parte attiva del processo di cura) (15).

Le malattie reumatologiche infiammatorie, come l'AR, l'artrite psoriasica (APs), la spondilite anchilosante (SA), la sclerosi sistemica (SS), le vasculiti, sono caratterizzate da un coinvolgimento multi-sistemico, con un possibile impegno d'organo in vari apparati, nonché da un elevato carico di comorbidità, una parte delle quali di natura iatrogena. Basti pensare alle complicanze metaboliche e ossee dei glucocorticoidi (GC), che richiedono un attento monitoraggio e una gestione multi-disciplinare (16). Oltre al noto incremento del rischio cardiovascolare nei pazienti con AR (17), legato sia allo stato infiammatorio proprio della malattia, sia alla riduzione concomitante dell'attività fisica e agli effetti di GC e anti-infiammatori, alcune delle comorbidità più comuni in questi pazienti sono l'osteoartrite, l'osteoporosi e la depressione (18). E' dimostrato come la gestione multidisciplinare del paziente reumatologico aumenti la soddisfazione del paziente e la sua sensazione di sentirsi "preso in carico" (19).



Gli ultimi vent'anni in Reumatologia: non solo rivoluzioni terapeutiche

Il panorama delle artropatie infiammatorie come l'AR, l'APs e la SA, è stato protagonista negli ultimi vent'anni una rivoluzione copernicana (20). L'armamentario terapeutico si è arricchito dei farmaci biologici ("*biological disease-modifying antirheumatic drugs*" – bDMARDs) e dei nuovi farmaci orali, quali i JAK-inibitori ("*targeted synthetic DMARDs*" – tsDMARDs), che hanno permesso il trattamento di forme di artrite a tempo considerate refrattarie (20,21). Inoltre, è cambiato radicalmente l'approccio al trattamento delle artriti infiammatorie. La diagnosi precoce delle artriti esordienti ("*early arthritis*") e il loro trattamento tempestivo, permettono di raggiungere la remissione in un'elevata percentuale di pazienti, prima che si instauri un danno anatomico secondario all'artrite. Per tutti i pazienti con artrite all'esordio, oggi non ci si deve porre obiettivo meno ambizioso della remissione. I concetti del "*treat-to-target*" e del "*tight control*", traslati da altre discipline dove sono già stati applicati con successo come la cardiologia (22,23) e la diabetologia (24), hanno consentito di cambiare radicalmente in meglio gli outcomes dei pazienti affetti da artrite (25–27). Non solo cambiamenti terapeutici: il paziente reumatologico oggi è il centro di una rete di supporto composta da fisioterapisti, infermieri e altri professionisti della salute (28).

L'infermiere in Reumatologia gioca un ruolo fondamentale e la European League Against Rheumatism (EULAR) ha pubblicato le proprie raccomandazioni riguardo il ruolo dell'infermiere nel management del paziente con artrite infiammatoria (29). In linea con i principi della Medicina di Condivisione, il ruolo dell'infermiere spazia dall'educazione del paziente alla gestione delle sue comorbidità, al monitoraggio dell'efficacia e della tollerabilità della terapia, includendo anche gli aspetti psicologici e sociali (30). Modelli di ambulatori a gestione infermieristica e/o multidisciplinare per i pazienti affetti da artriti infiammatorie hanno dimostrato di essere ugualmente efficaci e di qualità rispetto a modelli tradizionali, ma con costi minori e maggiore soddisfazione dei pazienti (31,32).

La riabilitazione è parte integrante del management della persona con patologia reumatica (33). Scopo del trattamento non è la mera riduzione del dolore, ma il mantenimento dell'autonomia e della qualità della vita, in linea con la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità secondo cui la salute "è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia". La riabilitazione e l'esercizio fisico migliorano sia il dolore, sia l'astenia nei pazienti con artrite (34,35) e permettono di prevenire disabilità a lungo termine. La terapia occupazionale (36) rappresenta la naturale estensione di questo tipo di approccio.

In malattie multi-sfaccettate come l'AR, solo un approccio olistico, che prenda in carico i vari domini della vita del paziente colpiti dalla patologia, può permettere un ritorno alla salute (37).



L'impatto economico della Medicina di Condivisione in Reumatologia



L'aderenza alle terapie nei pazienti con AR è molto variabile nei diversi studi, con valori che vanno dal 30 all'80% (38). I pazienti con AR non aderenti, presentano outcomes clinici peggiori rispetto ai pazienti che mostrano maggiore compliance (39). La non aderenza si traduce in un aumento dei costi diretti e indiretti, in termini di maggior numero di accessi in pronto soccorso, maggior numero di esami e visite non programmati e peggiori outcomes clinici, che a loro volta si traducono in maggiori costi per la società (40). Il modello della Medicina di Condivisione prevede il ruolo attivo del paziente e dei suoi familiari e assicura pertanto una migliore compliance (1). Inoltre, in un contesto di invecchiamento della popolazione generale, spesso i pazienti anziani affetti da multi-morbidità devono essere seguiti e accompagnati dai figli per eseguire visite mediche ed esami strumentali. L'assistenza ai genitori determina un assenteismo dal lavoro che si ripercuote sulla capacità produttiva, con gravi costi economici e sociali. In quest'ottica, una sanità a "km 0" consente una ottimizzazione delle risorse, con un minore carico per il paziente e i suoi familiari. Un team multidisciplinare può assicurare la presa in carico delle diverse necessità di salute di pazienti anziani comorbidi. In una vetusta visione della medicina intesa solo come prescrizione farmacologica per il trattamento di un sintomo, "l'accordo diagnostico-terapeutico-riabilitativo" tra i professionisti della salute e il paziente, con la sua famiglia, ha spazio limitato. Una visione invece più ampia e omnicomprensiva, che includa anche il contesto sociale del paziente, ha innumerevoli vantaggi sia dal punto di vista umano sia economico. Sappiamo bene che i cosiddetti "determinanti sociali della salute" giocano un ruolo chiave nello sviluppo di molte patologie. Interventi profondi a tale livello possono offrire miglioramenti anche più consistenti delle terapie farmacologiche (41,42). Investimenti in modelli integrati di cura e in servizi sociali hanno dimostrato di migliorare le condizioni di salute, permettendo allo stesso tempo risparmi economici (43,44). In questo senso, la Medicina di Condivisione rappresenta un investimento, non solo umano ma anche economico.

In tale contesto, non dobbiamo dimenticare gli operatori sanitari, sempre impegnati nel dare il massimo ai propri pazienti, cercando allo stesso tempo di ottimizzare le risorse. In tutto il mondo il cosiddetto "burnout" sta assumendo proporzioni sempre più preoccupanti, al punto da essere incluso nell'undicesima revisione dell'"*International Classification of Diseases*" (ICD-11). Si stima che negli Stati Uniti ogni anno il "burnout" che colpisce i medici causi una spesa di 4,6 miliardi di dollari (45). Un approccio più umano alla medicina può permettere anche agli operatori sanitari di riscoprire il valore della propria missione e di trovare maggiore soddisfazione nel rapporto con il paziente: la perdita di significato nel proprio lavoro è infatti uno dei fat-

tori più strettamente legati all'insorgenza di "burnout" (46). In questo senso, la Medicina di Condivisione può essere quindi vista come "cura", sia per il paziente sia per gli operatori sanitari.

L'esempio della Azienda Sanitaria Locale 3

L'Azienda Sanitaria Locale 3 ligure ha cercato di rendere realtà molti principi della Medicina di Condivisione. Nell'ambito della Reumatologia, è presente una capillare rete di ambulatori, distribuiti su tutto il territorio, per permettere identificazione e trattamento tempestivi delle diverse patologie reumatologiche. Sono attivi ambulatori dedicati, con liste d'attesa specifiche e brevi, per persone con sospetto di artrite esordiente, osteoporosi grave, connettiviti e vasculiti. È presente un servizio di ecografia, per una valutazione in tempo reale dei pazienti affetti da artrite e per terapie infiltrative ecoguidate. Verranno attivati a breve il centro per la prevenzione delle cadute e il centro di riferimento regionale per la presa in carico delle pazienti con Fibromialgia, comprendenti entrambi personale medico, infermieristico e fisioterapico dedicato. L'unità operativa è inoltre centro di riferimento regionale per la presa in carico e il trattamento delle malattie rare reumatologiche e del metabolismo osseo. Completano l'attività gli ambulatori infermieristici, podologici e il servizio di densitometria ossea. Presso l'Ospedale La Colletta di Arenzano è attiva la degenza di Reumatologia Riabilitativa, realtà unica in Italia, con personale fisioterapico e infermieristico dedicato. Nella corsia sono attive due palestre, con percorsi specifici per i pazienti affetti da patologie reumatologiche infiammatorie. Sono stati ideati protocolli riabilitativi per le diverse patologie di pazienti, inclusi quelli anziani comorbidi, quelli con artriti infiammatorie e quelli con connettiviti. È stata costruita inoltre una cucina per lo svolgimento della terapia occupazionale, con tutti i presidi che possano aiutare i pazienti affetti da artrite inveterata, con esiti articolari, a mantenere la propria autonomia.

Il progetto "Liguria Contro l'Osteoporosi" (LiCOS) rappresenta un approccio multidisciplinare al paziente con frattura di femore, attraverso una presa in carico completa che inizia dal reparto di ortopedia, dove viene ricoverato il paziente in acuto, e prosegue nella fase riabilitativa con le opportune misure diagnostiche e terapeutiche, sulla base del modello di successo dei "fracture liaison service" internazionali. Questo sistema garantisce non solo la corretta gestione a breve termine del paziente, ma assicura anche la compliance nell'assunzione delle terapie e ha dimostrato di ridurre significativamente l'incidenza di seconda frattura di femore, evento gravato da elevata mortalità e costi altissimi.

Negli ultimi mesi, sono state portate a termine alcune iniziative nella Azienda Sanitaria Locale per avvicinare la Medicina alla cittadinanza e per



promuovere percorsi non solo di cura ma soprattutto di prevenzione e diagnosi precoce. L'iniziativa "In rosa", dedicata a donne che compiono o hanno compiuto nel 2019 rispettivamente 50, 60, e 70 anni, prevedeva un ciclo di incontri con specialisti di diverse discipline, organizzati il sabato mattina, con consulenze e screening gratuiti su osteoporosi, artrite, neoplasie ginecologiche, malattie cardiovascolari. Altre iniziative hanno incluso incontri gratuiti aperti a tutta la cittadinanza, con relazioni e ampio spazio dedicato alle domande dei partecipanti, con focus su nutrizione e metabolismo, malattie reumatiche e osteoporosi, cardiopatia ischemica e attività fisica, nell'ambito dell'iniziativa "Dedicato a...me". Questi eventi rientrano in una visione di una Medicina che aspira ad essere sempre più condivisa e partecipata.

Conclusioni



I tempi sono maturi per una nuova idea di Medicina, nella quale pazienti, famiglie, associazioni e operatori sanitari uniscono le forze nella ricerca della salute. La natura poliedrica delle patologie reumatologiche le rende il terreno ideale dove far crescere sempre più un approccio multidisciplinare e condiviso.

Bibliografia

- 1) Bottaro LC, Sampietro L, Pellicano R, Testino G. Health and governance: towards a new management of the medicine of sharing. *Minerva Med.* 2019;110.
- 2) Coulter A. Paternalism or partnership? *BMJ.* 1999;319:719–20.
- 3) Casati S. Il malato esperto: un interlocutore critico, un'opportunità di cura. *Politeia.* 2006;81:166–6.
- 4) Steinbrook R, Redberg RF. Sharing Medicine—A JAMA Internal Medicine Series. *JAMA Intern Med.* 2017;177:1256.
- 5) Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel J-P, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet (London, England).* 2016;387:2145–54.
- 6) James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018;392:1789–858.

- 7) Shaw J, Baker M. "Expert patient"—dream or nightmare? *BMJ*. 2004;328:723–4.
- 8) McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. *Patient Educ Couns*. 2006;63:24–8.
- 9) Bar-Yam Y. Complexity rising: From human beings to human civilization, a complexity profile, in *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS)*, developed under the Auspices of the UNESCO. EOLSS Publishers, Oxford, UK; 2002.
- 10) Kemp L. Are we on the road to civilisation collapse? [Internet]. [cited 2019 Jul 22]. Available from: <http://www.bbc.com/future/story/20190218-are-we-on-the-road-to-civilisation-collapse>
- 11) Sebbag E, Felten R, Sagez F, Sibilia J, Devilliers H, Arnaud L. The worldwide burden of musculoskeletal diseases: a systematic analysis of the World Health Organization Burden of Diseases Database. *Ann Rheum Dis*. 2019;78:844–8.
- 12) Appold K. Is Patient-Centered Care Effective for Rheumatology? [Internet]. Available from: <https://www.the-rheumatologist.org/article/patient-centered-care-effective-rheumatology/?singlepage=1>
- 13) Oshotse C, Zullig LL, Bosworth HB, Tu P, Lin C. Self-Efficacy and Adherence Behaviors in Rheumatoid Arthritis Patients. *Prev Chronic Dis*. 2018;15:E127.
- 14) McBain H, Newman S, Shipley M, Olaleye A, Moore S. Experiences of a patient-initiated self-monitoring service in inflammatory arthritis: A qualitative exploration. *Musculoskeletal Care*. 2018;16:278–86.
- 15) Bala S-V, Forslind K, Fridlund B, Samuelson K, Svensson B, Hagell P. Person-centred care in nurse-led outpatient rheumatology clinics: Conceptualization and initial development of a measurement instrument. *Musculoskeletal Care*. 2018;16:287–95.
- 16) Strehl C, Bijlsma JWJ, de Wit M, Boers M, Caeyers N, Cutolo M, et al. Defining conditions where long-term glucocorticoid treatment has an acceptably low level of harm to facilitate implementation of existing recommendations: viewpoints from an EULAR task force. *Ann Rheum Dis*. 2016;75:952–7.
- 17) Ferguson LD, Siebert S, McInnes IB, Sattar N. Cardiometabolic comorbidities in RA and PsA: lessons learned and future directions. *Nat Rev Rheumatol*. 2019;15:461–74.
- 18) ROUBILLE C, FESLER P, COMBE B. Shifting from a Rheumatologic Point of View toward Patient-centered Care in Rheumatoid Arthritis with an Integrated Management of Comorbidities. *J Rheumatol*. 2019;46:545–7.
- 19) Hall J, Julia Kaal K, Lee J, Duncan R, Tsao N, Harrison M. Patient Satisfaction and Costs of Multidisciplinary Models of Care in



- Rheumatology: a Review of the Recent Literature. *Curr Rheumatol Rep.* 2018;20:19.
- 20) Smolen JS, Aletaha D. Rheumatoid arthritis therapy reappraisal: strategies, opportunities and challenges. *Nat Rev Rheumatol.* 2015;11:276–89.
 - 21) Smolen JS, van der Heijde D, Machold KP, Aletaha D, Landewé R. Proposal for a new nomenclature of disease-modifying antirheumatic drugs. *Ann Rheum Dis.* 2014;73:3–5.
 - 22) A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *N Engl J Med.* 2015;373:2103–16.
 - 23) Itoh H, Komuro I, Takeuchi M, Akasaka T, Daida H, Egashira Y, et al. Intensive Treat-to-Target Statin Therapy in High-Risk Japanese Patients With Hypercholesterolemia and Diabetic Retinopathy: Report of a Randomized Study. *Diabetes Care.* 2018;41:1275–84.
 - 24) Garber AJ. Treat-to-target trials: uses, interpretation and review of concepts. *Diabetes Obes Metab.* 2014;16:193–205.
 - 25) Smolen JS, Breedveld FC, Burmester GR, Bykerk V, Dougados M, Emery P, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis.* 2016;75:3–15.
 - 26) Smolen JS, Schöls M, Braun J, Dougados M, FitzGerald O, Gladman DD, et al. Treating axial spondyloarthritis and peripheral spondyloarthritis, especially psoriatic arthritis, to target: 2017 update of recommendations by an international task force. *Ann Rheum Dis.* 2018;77:3–17.
 - 27) Ravelli A, Consolaro A, Horneff G, Laxer RM, Lovell DJ, Wulffraat NM, et al. Treating juvenile idiopathic arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis.* 2018;77:819–28.
 - 28) Geenen R, Overman CL, Christensen R, Åsenlöf P, Capela S, Huisinga KL, et al. EULAR recommendations for the health professional's approach to pain management in inflammatory arthritis and osteoarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2018;annrheumdis-2017-212662.
 - 29) Bech B, Primdahl J, van Tubergen A, Voshaar M, Zangi HA, Barbosa L, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2019;[Epub ahead of print].
 - 30) Vivienne L, Michael S. Nurses' roles in the management of chronic inflammatory arthritis: a systematic review. *Rheumatol Int.* 2018;38:2027–36.
 - 31) van den Hout WB, Tjhuis GJ, Hazes JMW, Breedveld FC, Vliet Vlieland TPM. Cost effectiveness and cost utility analysis of multidisciplinary care in patients with rheumatoid arthritis: a randomised comparison of clinical nurse specialist care, inpatient team care, and day patient team care. *Ann Rheum Dis.* 2003;62:308–15.
 - 32) Larsson I, Fridlund B, Arvidsson B, Teleman A, Svedberg P, Bergman S. A nurse-led rheumatology clinic versus rheumatologist-led clinic in



- monitoring of patients with chronic inflammatory arthritis undergoing biological therapy: a cost comparison study in a randomised controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2015;16:354.
- 33) Arioli G, Maddali Bongi S, Pappone N. [The rehabilitative approach in rheumatoid arthritis]. *Reumatismo.* 60:242–8.
 - 34) Kelley GA, Kelley KS, Callahan LF. Aerobic Exercise and Fatigue in Rheumatoid Arthritis Participants: A Meta-Analysis Using the Minimal Important Difference Approach. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2018;70:1735–9.
 - 35) Manning VL, Hurley M V, Scott DL, Coker B, Choy E, Bearne LM. Education, self-management, and upper extremity exercise training in people with rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2014;66:217–27.
 - 36) Siegel P, Tencza M, Apodaca B, Poole JL. Effectiveness of Occupational Therapy Interventions for Adults With Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review. *Am J Occup Ther.* 71:7101180050p1–11.
 - 37) Scott IC, Machin A, Mallen CD, Hider SL. The extra-articular impacts of rheumatoid arthritis: moving towards holistic care. *BMC Rheumatol.* 2018;2:32.
 - 38) van den Bemt BJF, Zwikker HE, van den Ende CHM. Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: a critical appraisal of the existing literature. *Expert Rev Clin Immunol.* 2012;8:337–51.
 - 39) Bluett J, Morgan C, Thurston L, Plant D, Hyrich KL, Morgan AW, et al. Impact of inadequate adherence on response to subcutaneously administered anti-tumour necrosis factor drugs: results from the Biologics in Rheumatoid Arthritis Genetics and Genomics Study Syndicate cohort. *Rheumatology (Oxford).* 2015;54:494–9.
 - 40) Pasma A, Schenk C, Timman R, van 't Spijker A, Appels C, van der Laan WH, et al. Does non-adherence to DMARDs influence hospital-related healthcare costs for early arthritis in the first year of treatment? *PLoS One.* 2017;12:e0171070.
 - 41) Donkin A, Goldblatt P, Allen J, Nathanson V, Marmot M. Global action on the social determinants of health. *BMJ Glob Heal.* 2018;3:e000603.
 - 42) Walker RJ, Smalls BL, Campbell JA, Strom Williams JL, Egede LE. Impact of social determinants of health on outcomes for type 2 diabetes: a systematic review. *Endocrine.* 2014;47:29–48.
 - 43) Taylor LA, Tan AX, Coyle CE, Ndumele C, Rogan E, Canavan M, et al. Leveraging the Social Determinants of Health: What Works? *PLoS One.* 2016;11:e0160217.
 - 44) Pruitt Z, Emechebe N, Quast T, Taylor P, Bryant K. Expenditure Reductions Associated with a Social Service Referral Program. *Popul Health Manag.* 2018;21:469–76.



- 45) Han S, Shanafelt TD, Sinsky CA, Awad KM, Dyrbye LN, Fiscus LC, et al. Estimating the Attributable Cost of Physician Burnout in the United States. *Ann Intern Med.* 2019;170:784.
- 46) Ben-Itzhak S, Dvash J, Maor M, Rosenberg N, Halpern P. Sense of meaning as a predictor of burnout in emergency physicians in Israel: a national survey. *Clin Exp Emerg Med.* 2015;2:217–25.



Addiction: la medicina di condivisione come necessità

Luigi Carlo Bottaro*, Lorenzo Sampietro**, Valentino Patussi***, Patrizia Balbinot****, Gianni Testino****

*Direzione Generale, ASL3 Liguria

**Direzione Socio-Sanitaria, ASL3 Liguria

***SOD Alcologia e Centro Alcolologico Regionale Toscano, Ospedale Policlinico Careggi, Firenze

****SC Patologie delle Dipendenze ed Epatologia Alcol Correlata, Centro Alcolologico Regionale; ASL3 Liguria

Aspetti Generali

Diverse valutazioni di ordine epidemiologico e biologico e la recente pubblicazione del DSM-V (1) (diagnostic and statistical manual of mental disorders) ha imposto alla comunità scientifica un periodo di riflessione su diagnosi e trattamento di ciò che nel DSM-IV era definito "dipendenza".

La recente crescita di uso di sostanze nel periodo adolescenziale e di aduttizzazione ha ulteriormente complicato il quadro complessivo. Si assiste, inoltre, ad un costante incremento delle problematiche non collegate a sostanze, ma a comportamenti (disturbi del comportamento alimentare, addiction tecnologica, gambling, sesso, shopping, ecc) (Tabella I).



- Adolescenti e policonsumo
- Nuove sostanze sintetiche
- Commistione fra consumo di sostanze e aspetti psicopatologici
- Associazione consumo di sostanze e alterazioni comportamentali
- Pubblicità ingannevole e interessi economici
- Criminalità organizzata
- Bassa percentuale di identificazione precoce
- Ridotta sensibilità della medicina di base
- Stigma (popolazione generale e professionisti della salute)
- Servizi obsoleti dal punto di vista strutturale
- Disuguaglianze

Tabella I. Problemi vecchi ed emergenti che si integrano e si potenziano.

L'addiction (A) non viene generata solo dall'uso di sostanze ma anche da comportamenti socialmente accettati, che in un primo momento l'individuo decide di utilizzare/fare volontariamente mediante un comportamento di ricerca e sperimentazione di nuove fonti di stimolo e gratificazione (tipico dell'essere umano e non solo).

In questo modo, si crea nel tempo una condizione di alterazione neuro-psi-co-biologica e sociale (sofferenza relazionale) in grado di ridurre l'autonomia e la capacità di analisi della realtà e di decisione; quindi l'esercizio della libera volontà del soggetto per la presenza di un comportamento compulsivo caratterizzato dalla spirale "desiderio-ricerca-assunzione" che aumenta con l'isolamento sociale (craving: è il desiderio impulsivo per una sostanza psicoattiva, per un cibo o per qualunque altro oggetto o comportamento gratificante: questo desiderio impulsivo sostiene il comportamento «addittivo» e la compulsione finalizzati a fruire dell'oggetto di desiderio).

L'A è, quindi, caratterizzata da una sempre maggiore difficoltà a modificare e a mantenere uno stato di relazioni positive e con una ridotta percezione dei rischi connessi ai propri comportamenti e da una distorsione delle relazioni sociali.

Tutte le politiche e le strategie devono essere impostate per riconoscere che l'uso di qualsiasi sostanza, anche occasionale, è un comportamento a rischio, che la A è una condizione che costituisce, oltre ad un problema sociale e di sicurezza, anche un serio problema di sanità pubblica che riguarda non solo la salute delle persone con A da sostanze e/o comportamenti, ma anche terze persone che vengono coinvolte da questi comportamenti a rischio (questo risulta particolarmente evidente nella guida di autoveicoli o durante le attività lavorative ad esempio).

Il riconoscimento di questi concetti comporta che tutti i sistemi assistenziali e di cura siano orientati a rapportarsi con persone che facciano uso occasionale o ciclico (in assenza di A) di sostanze e comportamenti. Ad oggi è evidente come i soggetti con comportamenti a rischio per la salute siano la maggioranza, e necessiterebbero di interventi precoci per prevenire i rischi connessi all'uso di sostanze o comportamenti che mettano a rischio lo stato di benessere individuale, familiare e sociale. Quindi risulta riduttivo attivarsi al solo sorgere di uno stato di A o di fronte ad una diagnosi di patologia organica o psicologica, o che gli aspetti sociali trovino, tendenzialmente, una accoglienza dal momento in cui determinino delle conseguenze penali.

Questi sistemi dovranno essere orientati, non alla prevenzione della A (come dipendenza), ma a promuovere una maggiore attenzione all'uso/consumo di sostanze e comportamenti e lavorare per prevenire e modificare, come anche l'OMS indica come obiettivo, le distorsioni delle relazioni sociali. Dovremmo andare oltre la cura, il recupero della persona e della famiglia e oltre al "controllo sociale" del fenomeno.



Da ciò si desume come sia sempre più indispensabile la necessità di integrare le politiche e gli interventi (nonché le strutture) relative alle problematiche derivanti dall'uso di sostanze psicotrope legali e illegali, alcol, fumo, farmaci prescritti e non prescritti e comportamenti compulsivi. L'approccio globale e integrato verso tutte queste forme di A comporta una nuova strategia ed organizzazione orientata a fronteggiare tutte le varie forme di A (in termini prevenzione, promozione della salute, di terapia e di riabilitazione).

Nel campo della salute, si fa strada una nuova visione di «sanità pubblica ecologica attenta al contesto e al ruolo dei determinanti sociali, economici e ambientali» (2.) La tutela della salute implica l'adozione di un approccio globale, multisettoriale e multilivello, capace di cogliere la peculiarità dei bisogni emergenti nel contesto delle dinamiche complesse di intersectorialità (salute, lavoro, politiche abitative, istruzione, ambiente, ecc.).

Se ci si interessa esclusivamente dell'individuo, senza modificare i determinanti sociali, ambientali ed economici direttamente o indirettamente coinvolti, non otterremo gli effetti desiderati e questo può, anzi, far aumentare le differenze interindividuali e familiari dello stato di salute e benessere.

La realizzazione delle politiche d'intervento deve coinvolgere parti attive e parti interessate, e la loro partecipazione allo sviluppo delle specifiche politiche d'intervento può fornire un prezioso aiuto e sostegno.

Risulta pertanto fondamentale modificare l'approccio dei Dipartimenti delle Dipendenze, che da ora rinomineremo Dipartimenti delle A e degli Stili di Vita, iniziando dal disporre di organizzazioni specializzate nell'ambito dell'A.

Questi dipartimenti devono essere aperti alla comunità con una comunicazione bidirezionale in un perimetro di MC.

Giovani e polidipendenza

L'evoluzione clinica dell'A spinge con ancora più forza verso la MC.

Il 40-70% dei soggetti al primo episodio psicotico incontrano i criteri di un disturbo da uso di sostanze (DUS), esclusa la dipendenza da tabacco (3,4) .

Le sostanze non solo possono essere la causa di un esordio psicotico, ma possono slatentizzare un quadro psicotico o interferire con la terapia farmacologica.

Il profilo farmacodinamico di molte sostanze è in grado di provocare la fenomenologia dei principali sintomi psicotici in modo del tutto sovrapponibile a quella presentata da soggetti psicotici privi di una storia di DUS.

Le sostanze operano alterazioni chimiche nelle sedi sottocorticali producendo modificazioni della working memory. Ciò può indurre sintomi psichici. L'ipotesi tossicogena è una delle possibili spiegazioni della persistenza dei sintomi nel tempo anche oltre le 4 settimane definite talvolta sufficienti a discriminare un evento psicotico autonomo o indotto da DUS e/o disturbo da uso di alcol (DUA).



Leonardi (5,6) solleva il quesito se esiste un disturbo psichiatrico caratterizzante l'adolescente polidipendente. Non ne esiste uno specifico. E' opportuno far riferimento alla prevalenza di alcuni disturbi che più frequentemente accompagnano l'uso di sostanze stupefacenti ad azione eccitante o depressiva. Appaiono più frequenti disturbi di tipo ciclotimico o distimico che non correlano con un preciso pattern d'uso, mentre sempre secondo Leonardi i disturbi bipolari di classe I appaiono associati a polidipendenze caratterizzate da consumo importante di sostanze eccitanti. I quadri psicopatologici sono anche modulati dalla concentrazione della/e sostanze.

Ad oggi prevalentemente i pazienti polidipendenti vengono trattati (a torto) come monoaddiction.

Proposta di percorso condiviso

Ruolo dell'accoglienza

L'ambiente compatibilmente con le regole che devono essere rispettate nei servizi sanitari (ospedalieri o territoriali) deve tendere a creare un ambiente familiare.

L'accoglienza in generale, ma soprattutto in una medicina delle dipendenze svolge un ruolo strategico che nella nostra attività viene svolto da un operatore socio-sanitario.

E' un processo complesso che inizia sin dal primo incontro con l'utente ed è caratterizzato dalle informazioni relative alle prestazioni da seguire, dall'ambiente in cui si trova, dall'organizzazione del lavoro, dal rapporto che si instaura con gli operatori.

Per questa ragione quando il paziente si presenta nella UO, viene accolto dalla figura professionale preposta all'accoglienza con il compito di prendersi carico della persona, illustrandole in modo semplice, ma completo, il percorso che dovrà seguire.

Il rapporto che si instaura è determinante per creare una complicità fra il cittadino sofferente e tutta l'equipe.

Coinvolgimento Paziente e Famiglia:

Il paziente al primo colloquio *stringe un'alleanza* che prevede tutta una serie di passaggi caratterizzati da quelli clinici (laboratoristici e strumentali), valutazione da parte di diversi specialisti, coinvolgimento di almeno un familiare (se possibile la famiglia) o comunque una persona che si fa carico del problema e l'incontro con le associazioni di auto-mutuo-aiuto.

La famiglia va innanzitutto informata e poi stimolata a cambiare e a partecipare ai Gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto (AMA) e comunque sempre sostenuta, attivata, incentivata. Ricordiamoci sempre che spesso i familiari si presen-



tano irrequieti, arrabbiati, preoccupati senza più voglia di seguire il malato. Qualcuno dalla disperazione tende a delegare il proprio caro alla struttura per trovare un po' di pace. In questi casi dobbiamo coinvolgere la famiglia spiegando che quando c'è un alcolista, tutta la famiglia è alcolista e, quindi, la motivazione al cambiamento riguarda tutti. Non è solo un problema del paziente, ma di tutti! Si assiste spesso ad un cambiamento dei componenti della famiglia e, quindi, diventano una risorsa non solo per la persona a loro cara, ma anche certe volte per il reparto. In fondo sono degli esperti nel settore (7): un'esperienza guadagnata sul campo e che deriva da anni di convivenza con un paziente affetto da dipendenza. Questa esperienza può essere messa al servizio dei nuovi venuti. La sinergia fra l'esperienza degli operatori sanitari con quella dei familiari potenzia notevolmente l'azione sui pazienti e migliora complessivamente sia l'atmosfera che la qualità del servizio erogato (Figura I) (8).

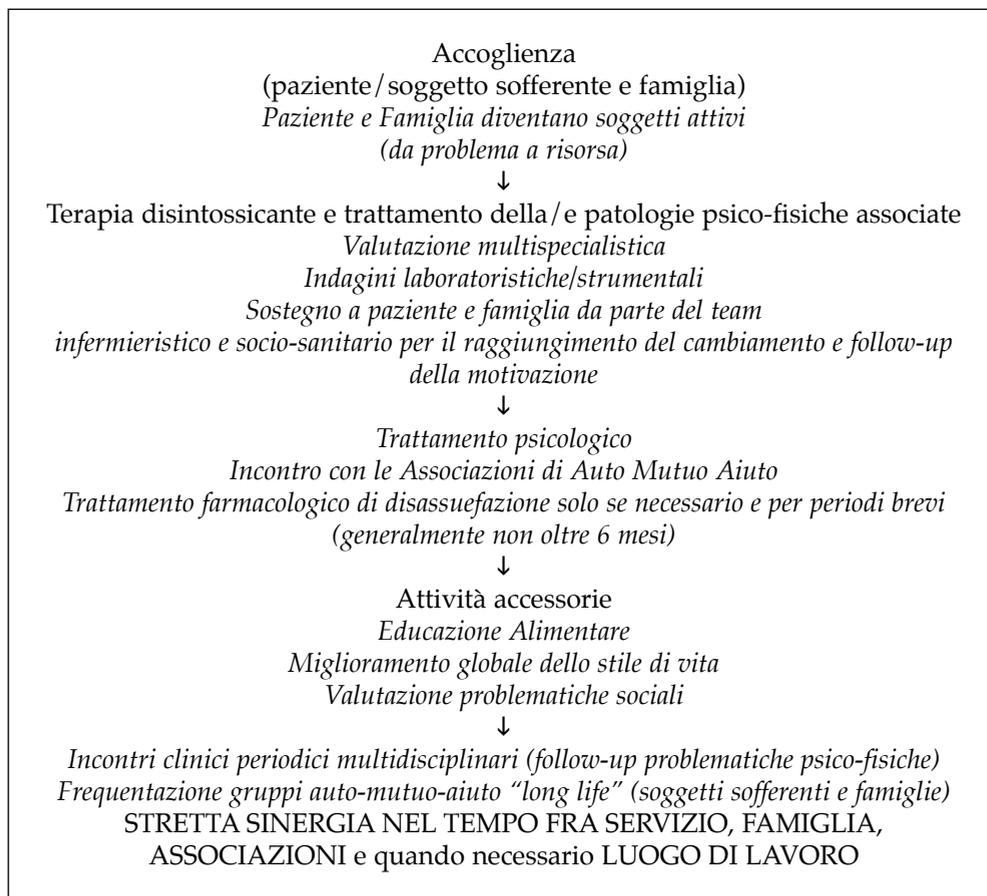


Figura I. Percorso in una vision di medicina di condivisione.

Quanto descritto nella Figura I è un percorso difficile che richiede pazienza, dedizione ed un costante aggiornamento scientifico da parte di tutto il gruppo.

Le ricadute non devono essere considerate un fallimento, ma un occasione per riprendere il percorso con maggiore forza con la prospettiva di raggiungere risultati migliori.

Naturalmente il paziente che ricade deve essere consapevole che il Centro che lo segue lo riaccoglie senza giudizi e pregiudizi, ma totalmente disponibile a fornirgli tutti gli strumenti possibili per addivenire ad un "finale migliore" (9,10).

Servizi per dipendenze e Medicina di Condivisione

Al netto delle differenze individuali che caratterizzano il trattamento delle *addiction*, indubbiamente è stato ormai dimostrato che alcuni aspetti del problema possono essere migliorati dall'applicazione della MC.

Il trattamento farmacologico e psicoterapico deve seguire i position paper e linee guida societarie accreditate, tuttavia i Servizi che responsabilizzano il paziente e coinvolgono famiglie e associazioni di riferimento possono ottenere risultati migliori.

In questo settore, infatti, "le problematiche che scaturiscono dalla modulazione di percorsi personalizzati di cura e di ricerca non possono risolversi con metodi lineari e atomistici" (11).

La SM diventa, quindi, un sostegno irrinunciabile. Bonino e Collaboratori (11) sostengono che "la comunità estesa di esperti, che è chiamata a esplorare soluzioni e pratiche, è una comunità che include tutti, è una comunità estesa a tutti, poiché tutti siamo esperti almeno in relazione alla nostra salute".

Rigliano (12) afferma: "E' persino stupefacente quanto poco si rifletta sulla necessità di accogliere e coinvolgere i contesti significativi del paziente, in primis la sua famiglia. E questo nonostante la massa ormai enorme di evidenze che ben attestano l'importanza.... Ciò che sembra essere rilevante è proprio il coinvolgimento responsabile e propositivo di tutto il contesto affettivo di vita delle persone".

Il paziente e la famiglia devono essere sostenuti, coinvolti e indotti con convinzione a partecipare attivamente al progetto di recupero frequentando i gruppi di AMA e tutte le attività che possono favorire il cambiamento attraverso il raggiungimento della consapevolezza.

Ciò deve essere favorito dalla presenza di un operatore che coordini i rapporti con famiglie, associazioni e istituzioni.

Nei casi di DUA e DUS la cooperazione Servizio-AMA migliora il decorso clinico, riduce ricadute e ricoveri impropri sia al pronto soccorso che in



degenza ordinaria. Ciò anche in caso di doppia diagnosi.

I risultati possono essere ottenuti anche in assenza di percorsi clinici tradizionali, talvolta costosi e impegnativi per il sistema sanitario.

La cooperazione istituzione sanitaria, servizi del privato/ privato-sociale, paziente, famiglia, associazioni e comunità di appartenenza riduce i decessi e le complicanze a lungo termine. Smart and Mann (13) hanno rilevato una riduzione dei casi di cirrosi epatica in pazienti affetti da DUA. Ciò indica indirettamente una riduzione dei costi.

Uno studio prospettico a 3 anni di Humphreys and Moss (14) condotto su pazienti affetti da DUA ha dimostrato che la cooperazione con Alcolisti Anonimi (AA) rispetto al trattamento tradizionale a parità di risultato clinico ha ridotto i costi del 40%. Un'ulteriore esperienza ha rilevato un costo aggiuntivo del 64% per i pazienti che sono stati sottoposti a terapia cognitivo comportamentale rispetto a quelli che hanno frequentato i gruppi di AMA (frequenza gratuita) (15).

L'attività di coordinamento del Servizio deve favorire non solo la complicità del familiare al percorso assistenziale, ma anche il suo benessere.

Il benessere della famiglia si declina positivamente sul rapporto con il paziente, sul benessere dei minori e indirettamente sulla comunità tutta (lavoro, giustizia, ecc).

La fonte maggiore di informazione su questa cooperazione è "l'international membership survey" condotta su 8517 membri Al-Anon (associazione per familiari di persone affette da DUA) con una frequenza uguale o superiore a 5 anni. Il 95% dei membri ha riportato un miglioramento della vita spirituale (16). Il 94% ha trovato l'esperienza "molto positiva", il 5% "abbastanza positiva".

Per i membri Al-Anon che sono mogli, la lunga frequentazione ai gruppi è associata a riduzione del "coping" negativo, ad un miglioramento delle conoscenze sui DUA, ad una riduzione dei livelli di depressione e a una migliore relazione con il partner (17).

Il migliore rapporto relazionale con il partner permette anche una migliore gestione sia clinica che familiare.

Timko et al. (18) hanno condotto un'esperienza rilevante suddividendo membri di Al-Anon in due gruppi: nel primo gruppo la frequenza è stata sospesa dopo sei mesi, nell'altro ha proseguito sino a dodici mesi. Diversi parametri sono migliorati nel secondo gruppo in modo statisticamente significativo: migliore comprensione dell'addiction, migliore relazione con il parente alcolista e con i figli, minori atti di violenza verbale e/o fisica, riduzione dello stress e dello stato ansioso depressivo ed un miglioramento complessivo della qualità di vita personale e familiare. Anche le associazioni dei 12 passi che si occupano dei bambini devono essere coinvolte in un sistema integrato di MC. Le Addiction Unit devono occuparsi dei figli dei pazienti affetti



da DUA e/o SUD con la presa in carico, il riconoscimento della sofferenza, la valorizzazione delle risorse e la motivazione al cambiamento. I figli dei pazienti sono a rischio di diverse conseguenze negative: disturbi disadattivi, bassa autostima, sensi di colpa, stato ansioso-depressivo, ecc. Può anche derivarne il "fenomeno della trasmissione intergenerazionale dell'addiction". Ecco che la collaborazione con l'associazionismo può dare ottimi risultati senza costi aggiuntivi (19).

Anche nella governance dell'addiction, quindi, la MC trova un indispensabile spazio. Siamo d'accordo pertanto con questa affermazione: "L'operatore sanitario-esperto convenzionale, il singolo malato-protagonista della sua storia, i familiari e tutti coloro che danno vita a contesti esperti di assistenza e di sostegno, la società civile, tutti sono richiamati in questo spazio partecipativo alla costruzione del proprio processo di cura come all'identificazione delle condizioni e delle finalità della medicina.... La medicina della complessità sembra segnalarci l'esigenza di pratiche e approcci partecipativi. Questo ci obbliga ad un'analisi ed ad una rivisitazione della storia recente del concetto di governance per poter interagire in uno scenario partecipativo di governance" (11).



Bibliografia

- 1) American Psychiatric Association (2013). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta Edizione (DSM-5). Tr. It. Masson, Milano
- 2) Tim Lang and Geof Rayner. Ecological public health: the 21st century's big idea? An essay BMJ 2012; 345
- 3) Lambert M, Conus P, Lubman DI et al. The impact of substance use disorder on clinical outcome in 643 patients with first-episode psychosis. Acta Psychiatr Scand 2005; 112: 141-8
- 4) Mauri MC, Volonteri LS, De Gaspari IF et al. Substance abuse in first-episode schizophrenic patients: a retrospective study. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2006; 23: 4
- 5) Leonardi C. Le dipendenze patologiche nell'adolescente: una malattia della mente e del cervello. In: Giacolini T, Leonardi C. Adolescenti e dipendenze. Giovanni Fioriti Editore, Roma: 2016; pagg.55-60
- 6) Giacolini T, Leonardi C. Adolescenti e dipendenze. Giovanni Fioriti Editore, Roma: 2016
- 7) Testino G, Bottaro LC, Balbinot P, Zanesini F. Epatopatia alcol correlata.

- Recenti acquisizioni: dall'accoglienza alla terapia. De Ferrari Editore, Genova: 2017
- 8) Testino G, Florio A, Balbinot P. Le patologie alcol correlate. *Caleidoscopio Italiano*. Medical System Editore, Genova: 2015; N. 233
 - 9) Balbinot P, Vari S, Testino G. Associazioni di Auto-Mutuo-Aiuto. *Alcologia* 2019; 36: 23-33
 - 10) Kelly JF, Yeterian JD. The role of mutual-help groups in extending the framework of treatment. *Alcohol Res Health* 2011; 33: 350-55
 - 11) Bonino F, Casati S, Tallacchini M. La medicina partecipata. *Politeia Rivista di Etica e Scelte Pubbliche* 2006; 81: 5-14
 - 12) Rigliano P. Doppia diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2015
 - 13) Smart RG, Mann RE. Recent liver cirrhosis declines: estimates of the impact of alcohol abuse treatment and alcoholics anonymous. *Addiction* 1993; 88: 193-8
 - 14) Humphreys K, Moos RH. Reduced substance-abuse-related health care costs among voluntary participants in Alcoholics Anonymous. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 1996; 47: 709-13
 - 15) Humphreys K, Blodgett JC, Wagner TH. Estimating the efficacy of alcoholics anonymous without self-selection bias: an instrumental variables re-analysis of randomized clinical trials. *Alcohol Clin Exp Res* 2014; 38: 2688-94
 - 16) Al-Anon Family Groups: eleventh triennial 2015 membership survey. Virginia Beach, VA: Al-Anon Family Groups Head Quarters; 2012
 - 17) Cutter CG, Cutter HS. Experience and change in Al-Anon family groups: adult children of alcoholics. *J Stud Alcohol* 1987; 48: 29-32
 - 18) Timko C, Laudet A, Moos RH. Al-Anon newcomers: benefits of continuing attendance for six months. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2016; 42: 441-49
 - 19) Bottaro LC, Leone S, Sampietro L, Balbinot P, Testino G. Management of addiction medicine: sharing medicine? *Minerva Med* 2019; doi: 10.23736/S0026-4806.19.06257-8. [Epub ahead of print]



a cura di
Luigi Carlo Bottaro

Per un nuovo management socio-sanitario:
la Medicina di Condivisione



Caregiver: il "fragile" ma determinante confine della medicina di condivisione

Patrizia Balbinot*, Gianni Testino*, Luigi Carlo Bottaro**

* SC Patologie delle Dipendenze ed Epatologia Alcol Correlata, Centro Alcolologico Regionale; ASL3 Liguria

**Direzione Generale, ASL3 Liguria

"Cura" è una parola latina che esprimeva un atteggiamento di premura, vigilanza, preoccupazione per qualcuno o per qualcosa, significava anche travaglio, affanno, cercare, domandare, sentire la mancanza....

"Curare" significa fornire una prestazione d'aiuto ad una persona che ne ha bisogno, per esempio se una persona cade e si ferisce, si pensa a curare la ferita affinché si rimargini, l'attenzione è rivolta alla ferita.

Il *"Prendersi Cura"* è tutt'altra cosa, è un insieme di attività a supporto di persone in difficoltà; è un farsi carico, passare dalla cura della malattia alla creazione di un legame attraverso la presa in carico dei bisogni dell'altro, nella sua globalità e in un'ottica di reciprocità; ritornando alla persona che cade e si ferisce, non solo ci si preoccupa di curarle la ferita, ma ci si preoccupa anche del suo dolore, della sua paura, della sua voglia di guarire.

"Il lavoro di cura" è un lavoro nobile ma molto complicato. E' un lavoro che produce cura ed è imperniato nei gesti e nelle necessità della quotidianità; richiede un alto contenuto di relazione ed è finalizzato al benessere complessivo della persona; necessita di interdipendenza e chi lo svolge deve conoscerne e valutarne i confini, per evitare l'aiuto inutile e favorire l'autonomia residua della persona. E' un lavoro costante sempre presente, 24 ore su 24, giorno e notte, ed è incorporato in tutta una serie di attività professionali più ampie (sociali, educative, riabilitative, sanitarie..), è un lavoro che consiste nel suscitare la partecipazione attiva con la persona, e non per la persona o sulla persona, si svolge "insieme". Il lavoro di cura coinvolge tutte le dimensioni: quella fisica e materiale, organizzativa, emotiva ed infine quella spirituale .

La *Dimensione Fisica* è un lavoro pratico e concreto e si svolge a faccia a faccia, a tu per tu con la persona ma soprattutto con il suo corpo; chi lo svolge necessita di sapere il senso ed il peso di ciò che sta facendo. Richiede dolcezza, gentilezza, delicatezza nei gesti, perché ogni gesto risuona nell'altro come una musica dolce, il tocco leggero del petalo di un fiore....

La *Dimensione Organizzativa* è un lavoro che richiede attività e sequenze



che non sono casuali ma riguardano la persona nell'ambiente in cui vive: le sue abitudini personali, i suoi orari per le terapie, i suoi tempi per svolgere ogni cosa.

La *Dimensione Emotiva*, produce forti emozioni. Chi si "prende cura" è costantemente impegnato a "creare" una relazione equilibrata: non distante ma neanche intima, non asettica ma neanche troppo coinvolgente; una relazione che si creerà con il tempo e con il conoscersi a vicenda. Sarà da questo conoscersi reciprocamente che si svilupperà la *Dimensione Spirituale* che porterà ad una continua e costante riflessione e ricerca su sé stessi e sull'altro trasformandosi, con il tempo, in *amore incondizionato* verso sé stessi e verso la persona di cui ci prendiamo cura. Ci si scoprirà ad amare l'altro senza aspettative, senza competizioni, senza dipendenza, conflitto, giudizio, pregiudizio, paura. Un senso di connessione con l'altro e con la vita stessa, per capirne il senso ed accettarla così com'è, con le sue gioie ed i suoi dolori; i suoi alti ed i suoi bassi; le sue sofferenze e le sue rinascite.

Per tutto questo, le persone che curano e si prendono cura non devono essere lasciate sole dai servizi ma sempre sostenute da un'adeguata relazione d'aiuto.



Chi è il "Caregiver"? Caregiver significa prestatore di cura, una persona che si prende cura di un'altra, e per cura intendiamo quel sostegno a carattere relazionale, emotivo, fisico e d'aiuto rivolto a persone fragili e non autosufficienti, persone che hanno perso la propria autonomia cognitiva. Spesso il legame del caregiver con il destinatario d'aiuto, è un legame di parentela, un legame iniziato prima del prendersi cura, basato su un rapporto personale e non su un ruolo professionale. Sappiamo che la famiglia è sempre stata l'unità primaria della gestione dei bisogni dell'individuo e pur tra mille difficoltà si è da sempre occupata dei bisogni dei propri componenti più deboli e non autosufficienti: dal bambino appena nato, all'anziano, ai portatori di handicap ecc..

Il "Caregiving" è un'attività difficile e destabilizzante. Il caregiver vive in uno stato di vigilanza permanente e di responsabilità continua e totalizzante perché sa, che la situazione che si è venuta a creare non è temporanea in quanto gli eventi e le alterazioni comportamentali si ripetono e si ripropongono; nello stesso tempo i caregivers non vogliono e non desiderano delegare ad altri nessuna delle attività svolte in quanto prevalgono il senso del dovere, della morale, il sentirsi necessari, anzi, addirittura indispensabili. Per tutte queste contraddizioni i Caregivers esprimono spesso rabbia, stanchezza, senso di colpa per non essere adeguati alla situazione, ansia e depressione. Hanno difficoltà relazionali con la persona da aiutare, nessuna formazione sul campo, nessuna formazione professionale, per cui devono trovare nei servizi qualcuno che li ascolti e li sostenga nelle difficoltà del "prendersi cura": difficoltà di gestione diretta alla persona, gestione terapeutica, relazionale e organizzativa. I Caregivers che manifestano disagi maggiori sono quelli che si occupano di assistere componenti della famiglia con un elevato numero

di patologie, un alto grado di disabilità, bisogni assistenziali elevati: cura... sorveglianza continua, fruizione di più servizi, caratteristiche anagrafiche e disagi economici legati al ritiro dal lavoro.

Nei servizi dovrebbero essere presenti i *Caregiver Formali* (operatori con esperienza e competenza nella patologia di riferimento), in grado di supportate i *Caregiver Informali* (famigliari, badanti ecc.) nella gestione dei bisogni primari (benessere ed autonomia), nell'aderenza al percorso assistenziale e di sostenerli nell'affrontare il "prendersi cura" con serenità e tranquillità (Figura I) (1, 2, 3).

Nel Centro Alcolologico Regionale le figure dei Caregivers formali (operatore socio-sanitario) svolgono attività di relazione d'aiuto, supporto organizzativo e formazione; gestiscono (con la copresenza del medico) gruppi di auto-mutuo-aiuto (AMA) per famigliari che si prendono cura di pazienti con disturbi da uso di alcol (DUA) e/o sostanze (DUS) ed encefalopatia dovuta a cirrosi epatica; ed infine collaborano con le Associazioni di auto-mutuo-aiuto per disturbi da DUA/DUS: Alcolisti Anonimi, Al-Anon e Al-Ateen (per famigliari e figli di alcolisti), Club di Alcolisti in Trattamento o Alcolologici territoriali, Narcotici Anonimi. Tuttavia se il problema predominante non è l'alcol, collabora anche con altre Associazioni: Giocatori Anonimi e Gamanon (per i famigliari dei giocatori), Overeaters Anonymus (per problematiche alimentari), Genitori insieme (per genitori con figli adolescenti con problematiche di dipendenza e altre problematiche).

I gruppi AMA per Caregiver Informali sono spazi riservati ai famigliari con l'obiettivo di avviare un processo di ricostruzione della propria vita, sentirsi capiti da altri famigliari che vivono la stessa esperienza ma soprattutto "non sentirsi soli" nell'affrontare il percorso difficile e destabilizzante del "prendersi cura". All'interno dei gruppi, i famigliari potranno condividere fatti, vissuti, emozioni del medesimo problema; ognuno si riconoscerà nella storia dell'altro ed emergeranno punti di forza e risorse che porteranno a piccoli cambiamenti che miglioreranno la qualità della vita del famigliare e del malato stesso. I gruppi sono fondamentali per tutti quei famigliari che lanciano un segnale di aiuto come questo: "siamo in mare aperto in tempesta e non sappiamo nuotare.... Ci sentiamo soli...."

I Gruppi sono condotti dal Caregiver Formale e dal medico del Servizio. Verranno rafforzati i consigli relativi sia all'assistenza diretta alla persona che all'aderenza terapeutica (Figura II).

La semplice presenza di operatori sanitari che sono sì degli estranei, ma con esperienza nella patologia di riferimento, vicini, ed autentici nell'ascolto e nel comprendere il problema, permette di instaurare una relazione d'aiuto empatica e di fiducia e diventare un punto di riferimento indispensabile per i Caregivers Informali che cercano sostegno, appoggio, ascolto, solidarietà, comprensione, consigli, ma soprattutto "competenze" e "strumenti" da poter utilizzare nel loro lavoro di cura.



Abbiamo inserito la figura del Caregiver Formale nel Centro Alcológico ASL3 (4, 5). Tale Centro come si è detto, collabora prevalentemente con il percorso spirituale dei dodici passi e dodici tradizioni (AA, GA, NA, gruppi per famigliari) e l'Associazione Club degli Alcolisti in Trattamento o Alcológicos Territoriali con il percorso di spiritualità antropologica, metodo Hudolin, approccio ecologico sociale. Sono percorsi di spiritualità, percorsi di "consapevolezza" di ciò che siamo, cosa siamo diventati e dove vogliamo andare. Partendo dal presupposto che la dipendenza viene spesso definita da chi ne è affetto, un "male dell'anima", ogni giorno ci ritroviamo a combattere ogni tipo di schiavitù ma.... siamo nati per diventare liberi ed abbiamo un grande

CAREGIVER INFORMALE (II)

Il caregiving è un'attività difficile e spesso destabilizzante

Il caregiver esperisce rabbia, stanchezza, senso di colpa per il timore di non essere adeguato, di essere inutile con possibile stato ansioso-depressivo

Difficoltà relazionali con la persona da aiutare: formazione sul campo senza formazione professionale/ devono trovare qualcuno che li ascolti e che li sostenga

**Problemi relazionali
Difficoltà di gestione diretta alla persona
Difficoltà gestione terapeutica
Difficoltà organizzativa**

**mi sento soffocare dalle responsabilità...
non vedo via d'uscita in una strada che non ho scelto e che percorro alla cieca, mi sento solo.... schiacciato dai sensi di colpa.**

A.M.A.Li, Newsletter Marzo 2019

CAREGIVER FORMALE



Figura I. Cooperazione Caregiver Formale ed Informale.

bisogno di curare la nostra parte più profonda, la nostra anima, e ritrovare l'equilibrio perduto con noi stessi e la vita! L'obiettivo delle Associazioni di auto-mutuo-aiuto per disturbi da DUA/DUS è il raggiungimento dell'astensione della persona e successivamente il raggiungimento della sobrietà.

I pazienti che afferiscono al Centro Alcolico Regionale sono pazienti che possono presentare contemporaneamente segni e sintomi di tre condizione patologiche: encefalopatia dovuta a cirrosi epatica, intossicazione da alcol o altre sostanze psicoattive e talvolta comorbidità psichiatrica (vedere capitolo precedente relativo all'encefalopatia epatica). Difficile per i famigliari che si prendono cura di questi pazienti capire cosa sta succedendo in quel momento: ha ripreso a consumare alcol? Ha rifatto uso di sostanze? E' in encefalopatia da cirrosi? E' ricaduto in depressione? E' opportuno far sviluppare al familiare la capacità di osservazione delle variazioni comportamentali del loro caro per poi poter riferire ai Caregiver Formali di riferimento, in modo preciso e corretto, ciò che sta accadendo e ricevere l'aiuto migliore e mirato per quella situazione anche nel minor tempo possibile attraverso un rapido accesso al team medico-infermieristico. I bisogni di questi famigliari sono molteplici; spesso si sentono inadeguati e sopraffatti da una situazione complicata (pazienti encefalopatici ma alcolisti). Talvolta sentono la mancanza di un adeguato supporto da parte degli altri membri della famiglia, devono mantenere una facciata di normalità, contenere il conflitto tra le esigenze della famiglia e quelle del dipendente; spesso in famiglia sono presenti figli piccoli, ragazzi adolescenti con le loro problematiche adolescenziali ed è difficile mantenere gli equilibri. Il più delle volte i caregivers "tacciono" l'impatto emotivo della responsabilità dell'assistenza; percepiscono l'assistito come manipolatore, un ingrato, un irragionevole; dal punto di vista cognitivo



CAREGIVER FORMALE DI RIFERIMENTO

soggetto «con esperienza e competenza» nella patologia di riferimento

Supporta caregiver informale

- gestione dei bisogni primari (benessere, autonomia)
- aderenza al percorso assistenziale
- aiuta ad osservare meglio i comportamenti dell'assistito per trarne informazioni utili
- sportello telefonico:
 - consigli
 - rapido accesso al team medico-infermieristico
- incontri periodici con i familiari (gruppi)
- rapporti con l'auto-mutuo-aiuto

Figura II. Ruolo del Caregiver Formale.

possiamo dire che sperimentano il “craving” di chi accudiscono facendosi trasportare da tutte le sue alterazioni comportamentali. Da ciò ne deriva “burnout” psico fisico ed è di fondamentale importanza che il Caregiver Formale di riferimento intercetti per tempo i segni e i sintomi di un malessere del familiare per poter intervenire tempestivamente evitando danni alla sua integrità psico-fisica e possibili ripercussioni negative sul paziente (incuria, violenza verbale ecc..) e sugli altri componenti della famiglia(figli). In queste situazioni, sarà sì importante la relazione d’aiuto, ma sarà ancor più indispensabile indicare al Caregiver Informale un supporto psicologico.

Nella vita ci ritroviamo spesso, a volte senza volerlo, a passare da un ruolo all’altro in balia di situazioni ignote; potremmo accorgerci che alcuni ruoli sono incombenze pesanti che portiamo avanti per senso di responsabilità anche se non ci sentiamo adeguati e all’altezza di quel ruolo. In questi momenti le relazioni umane sono fondamentali, ci offrono gli aiuti e le opportunità più grandi per apprendere lezioni di vita, scoprire chi siamo, cosa temiamo, da dove traiamo la forza ed il significato della vita. Inizialmente l’idea che i rapporti umani e le relazioni siano grandi opportunità di apprendimento, potrebbe sembrare bizzarra perché possono essere esperienze frustranti, onerose, persino strazianti; ma possono essere anche, e spesso lo sono, le nostre più grandi opportunità per imparare, crescere, amare ed essere amati. Ogni incontro o scambio di relazioni è potenzialmente importante specialmente quando si tratta di incontri di condivisione di problemi: con sconosciuti che stanno affrontando lo stesso problema, persone che lo hanno già affrontato e mettono a disposizione la loro esperienza, operatori sanitari esperti del problema.

In conclusione, i familiari che si “prendono cura” dei loro cari possono trovare nei gruppi di auto-aiuto per “Caregiver” le risorse di cui hanno bisogno. A volte il bisogno di cambiare è evidente, a volte no; quando non sappiamo se sia tempo di arrendersi, può essere d’aiuto la preghiera della “Serenità”:

Signore,

concedimi la serenità di accettare le cose che non posso cambiare,

il coraggio di cambiare le cose che posso cambiare,

e la saggezza per conoscerne la differenza.



Bibliografia

- 1) Jensen CJ. Assessing programs, methods, and policies to engage and empower family caregivers. *J Appl Gerontol* 2019; 38: 1203-05
- 2) Dori R. Operatore Socio-Sanitario (OSS) e caregiver. Insieme nel prendersi cura. Un futuro già presente: integrazione tra famiglia e operatori. Comunicazione Congressuale, Rovereto 5 Aprile 2017
- 3) Dubini M. La cura (il ruolo dell'operatore socio-sanitario). Comunicazione Congressuale, 5 Aprile 2017
- 4) Eom K, Penkunas MJ, Chan AWM. Effect of caregiving relationship and formal long-term care service use on caregiver well-being. *Geriatr Gerontol Int* 2017; 17: 1714-21
- 5) Lorenzo-Lopez L, de Labra C, Maseda A et al. Caregiver's distress related to the patient's neuropsychiatric symptoms as a function of the care-setting. *Geriatric Nursing* 2017; 38: 110-8



a cura di
Luigi Carlo Bottaro

Per un nuovo management socio-sanitario:
la Medicina di Condivisione



Sharing Preventions

Roberto Rosselli*, Luigi Carlo Bottaro**

*Area Professioni della Prevenzione, ASL3 Liguria

**Direzione Generale, ASL3 Liguria

“Di tutte le scienze, la medicina è quella caratterizzata da una connessione più diretta con la vita umana. Di questa essa comprende tutti gli aspetti, dai meccanismi molecolari alle narrazioni personali, alle credenze e ai sentimenti di ogni individuo”.

Richard Lehman.

Nel 2011 Bryan Walsh, senior editor al Time Magazine, afferma che la sharing economy è una delle dieci idee destinate a cambiare il mondo di domani. Ma l'idea dell'economia condivisa era già stata tentata prima, perché nel 2011 diventa rivoluzionaria?



Perché nella seconda decade del ventunesimo secolo ha inizio una vera e propria rivoluzione virtuale, supportata dall'enorme progresso tecnologico, in particolare della sempre maggiore diffusione di internet, della tecnologia, delle community on line e di nuove piattaforme tecnologiche.

Queste basi tecnologiche sono le stesse che stanno consentendo lo sviluppo della Medicina di Condivisione e in particolare, come propone il Prof. Richard Lehman della Shared Understanding of Medicine, una fusione di medicina basata sull'evidenza, processo decisionale condiviso e medicina centrata sul paziente.

Da questa filosofia, è quasi naturale che emerga la proposta di sviluppare la “Sharing Prevention”, la Prevenzione di Condivisione, una visione globale della prevenzione sanitaria come impresa scientifica e umana da condividere con i singoli cittadini, pazienti e le comunità.

Incrementare le occasioni di prevenzione, questa è la mission della Sharing Prevention.

Tutti siamo consapevoli che la propria auto viene utilizzata soltanto per un piccolo lasso di tempo durante il corso della giornata. Le automobili rimangono parcheggiate in media il 96% del tempo, trascorrono lo 0,5% del loro tempo ferme nel traffico e lo 0,8% nella ricerca di un parcheggio. Vengono così utilizzate solo il 2,6% durante il loro tempo di vita e, nel 75% di questi casi, a bordo c'è solo il conducente.

Per questo motivo si sono sviluppate le strategie di “Car sharing”, l’insieme delle attività legate all’utilizzo di un’auto da parte di più persone.

Similmente le attività di Prevenzione, per ottenere il massimo dei risultati devono essere attuate dal numero più elevato possibile di operatori, nel numero più elevato possibile di occasioni (Figura I).

La Sharing Prevention si pone gli obiettivi di:

-Accrescere una cultura operativa e partecipata della Prevenzione.

-Disseminare le migliori esperienze di Prevenzione agli Operatori Socio-Sanitari, promuovendo una maggiore consapevolezza del loro ruolo fondamentale nella catena delle responsabilità complessive, in azienda e nel territorio della loro collettività.

-Sviluppare un percorso di empowerment delle attività di Prevenzione negli Operatori Socio-Sanitari, sia attraverso l’implementazione e la diffusione di materiali informativi su tematiche specifiche, sia attraverso lo sviluppo di comunità di apprendimento, associati alla condivisione delle esperienze.

-Raccogliere, attraverso le testimonianze di alcuni Operatori Socio-Sanitari, esperienze significative dal forte impatto didascalico, spendibili nella pratica quotidiana, con una attenzione particolare alla loro riproducibilità, trasferibilità e innovatività.



Sharing Prevention - 5 Regole d’oro

- 1) *Identifica la Prevenzione come UP-GRADE di ogni azione Socio-Sanitaria*
- 2) *Definisci obiettivi – sviluppa programmi di Prevenzione condivisa*
- 3) *Garantisci un Sistema di Information Technology che renda disponibili agli altri Operatori Socio-Sanitari le migliori pratiche di Prevenzione nel contesto in cui operi*
- 4) *Sviluppa le competenze di Prevenzione attraverso una formazione specifica.*
- 5) *Investi nelle persone – motiva con la partecipazione alle attività di Prevenzione.*

Sharing Prevention in ambito vaccinale

In Italia il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale PNPV 2017-2019, sottolinea l’importanza di sviluppare una rete organizzativa in grado di rafforzare l’attività vaccinale gratuita e raccomandata, per raggiungere gli obiettivi indicati dal Ministero della Salute.

L’implementazione dei Servizi vaccinali passa anche dall’introduzione di nuove modalità di offerta, con modalità e in luoghi sempre più adatti a pro-

muovere e attuare la prevenzione immunologica.

In particolare la categoria dei gruppi di popolazione a rischio per patologia è costituita da individui che presentano determinate caratteristiche e particolari condizioni morbose (patologie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche, immunodepressione, etc.) che li espongono ad un aumentato rischio di contrarre malattie infettive invasive e sviluppare in tal caso complicanze gravi.

Per ogni singolo soggetto quindi, in base al proprio profilo di rischio, età, stato di salute, storia anamnestica è possibile proporre un piano personalizzato di prevenzione vaccinale.

Cogliere le opportunità di contatto derivanti dalle visite specialistiche che i soggetti a rischio effettuano abitualmente, rientra nella filosofia della Medicina di condivisione, ed attua fattivamente la strategia dell'Expanded Chronic Care Model.



“Offerta proattiva della protezione immunologica nei soggetti a rischio in ASL3- Sistema Sanitario Regione Liguria.”



Figura I. Un esempio concreto: Il Progetto realizzato nel 2018.

Obiettivo Generale

Offrire proattivamente a tutti i soggetti a rischio afferenti agli ambulatori di Diabetologia, Cardiologia Riabilitativa, Geriatria di Comunità, Alcologia e Patologie correlate di 3 Sedi della ASL3 - Sistema Sanitario Regione Liguria “Pacchetti di protezione immunologica personalizzata” in modo diretto e agevolato.

A completamento delle visite/attività gli Specialisti promuovevano attivamente la profilassi immunologica, partendo dalla vaccinazione antinfluenzale (nel periodo novembre/dicembre) fino alla proposta di un piano vaccinale completo e personalizzato grazie alla collaborazione della S.C. Igiene Pubblica, attraverso la presentazione di un voucher dello Specialista e un accesso preferenziale (Figura II e III) .

Vaccinazioni oggetto della raccomandazione proattiva nei soggetti a rischio:

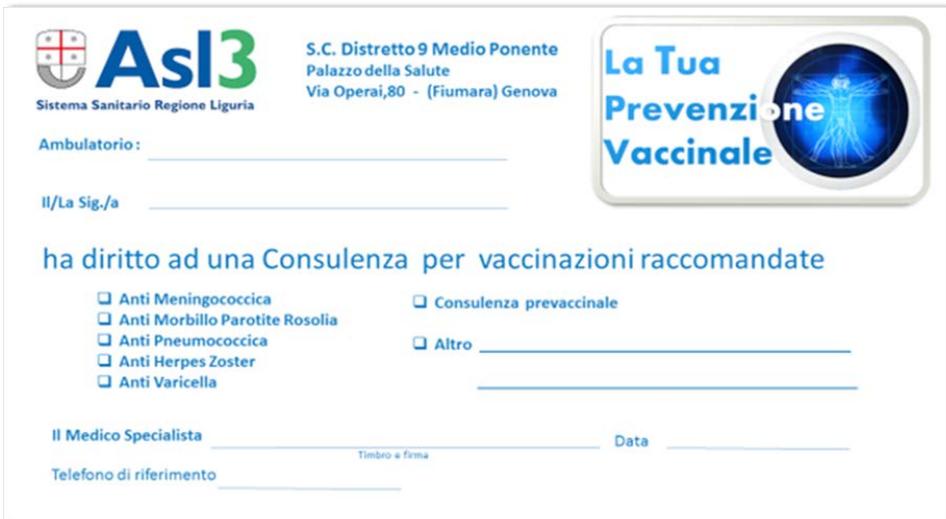
- Anti Influenzale
- Anti Meningococcica
- Anti Morbillo Parotite Rosolia

- Anti Pneumococcica
- Anti Herpes Zoster
- Anti Varicella

Principali benefici derivanti dal Progetto

In base ai principi della Medicina d'iniziativa e di condivisione

- Promozione vaccinale fortemente promossa dagli specialisti che hanno in carico il paziente.
- Facilitazione dell'offerta vaccinale in modo da cogliere l'occasione della visita specialistica.
- Incremento delle coperture vaccinali generali e per categorie a rischio.
- Realizzazione di percorsi integrati di prevenzione e cura.



Asl3
Sistema Sanitario Regione Liguria

S.C. Distretto 9 Medio Ponente
Palazzo della Salute
Via Operai,80 - (Fiumara) Genova

**La Tua
Prevenzione
Vaccinale**

Ambulatorio: _____

Il/La Sig./a _____

ha diritto ad una Consulenza per vaccinazioni raccomandate

<input type="checkbox"/> Anti Meningococcica	<input type="checkbox"/> Consulenza prevaccinale
<input type="checkbox"/> Anti Morbillo Parotite Rosolia	
<input type="checkbox"/> Anti Pneumococcica	<input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Anti Herpes Zoster	_____
<input type="checkbox"/> Anti Varicella	_____

Il Medico Specialista _____ Data _____
Timbro e firma

Telefono di riferimento _____

Figura II. Il Voucher compilabile dal Medico Specialista.

I risultati del Progetto "La tua Prevenzione" 2018, incoraggiano ad implementare e ripetere esperienze simili, con il supporto di Information Technology, ma anche con lo sviluppo di App specifiche per smartphone, per la sensibilizzazione dei pazienti e l'utilizzo di tecnologie di marketing sanitario geolocalizzato come i "beacon" (Figura IV).

La comunicazione e condivisione di dati ed esperienze di campo, in modo semplice e rapido contribuirà alla replicazione sempre più frequente di "best practices" in tema di Prevenzione, la Sharing Prevention .

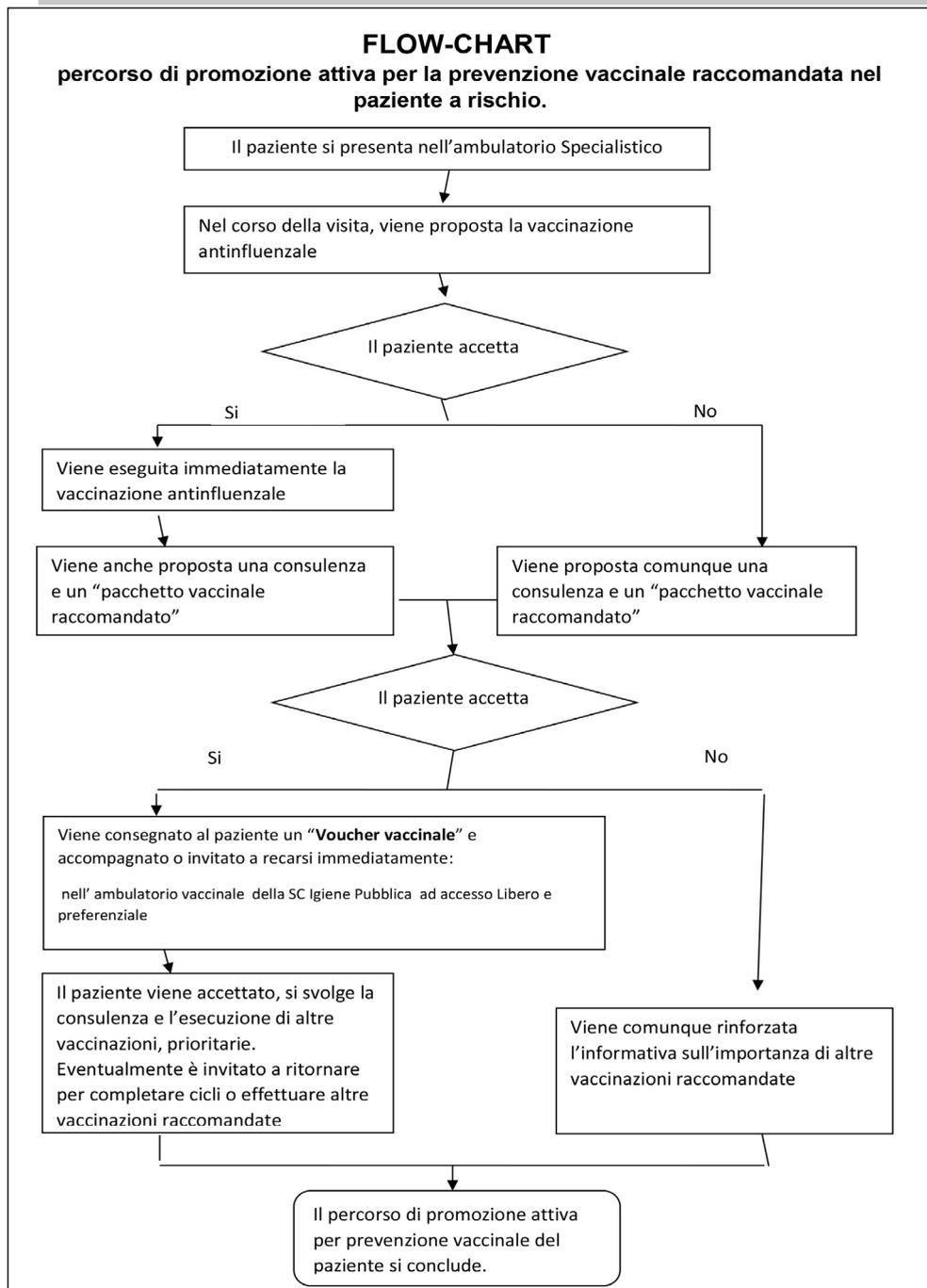


Figura III. Flow-chart promozione attiva per la prevenzione vaccinale nel paziente a rischio.



Figura IV. Risultati del Progetto “La Tua Prevenzione Vaccinale 2018”.

Bibliografia

- 1) Lehman R. Sharing as the Future of Medicine. JAMA Internal Medicine 2017; doi:10.1001/jamainternmed.2017.2371.
- 2) Steinbrook R, Redberg RF. Sharing Medicine—A JAMA Internal Medicine Series. JAMA Internal Medicine 2017; doi:10.1001/jamainternmed.2017.2348.
- 3) Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale – Italia 2017-2019
- 4) Aggiornamento Piano Regionale Prevenzione Vaccinale - D.G.R. Liguria n. 1701 del 22-12-2014
- 5) Piano Regionale Prevenzione Vaccinale - D.G.R. N.981 del 19.7.2013

Medicina di condivisione come portatrice di conoscenza e informazione: la nascita di un punto di incontro

Luigi Carlo Bottaro*, Lorenzo Sampietro**, Patrizia Balbinot***, Gianni Testino***

*Direzione Generale, ASL3 Liguria

**Direzione Socio-Sanitaria, ASL3 Liguria

*** SC Patologie delle Dipendenze ed Epatologia Alcol Correlata, Centro Alcolologico Regionale; ASL3 Liguria

In sede Aziendale sono necessari luoghi dove far crescere un dialogo fra Istituzione Sanitaria e tutti gli attori della cittadinanza. I rappresentanti delle varie professioni sanitarie dialogano con le famiglie e con i rappresentanti delle associazioni dei cittadini.

I temi principali sono i seguenti:

- A) dare informazioni concrete alla popolazione per garantire decisioni informate e condivise (alfabetizzazione);
- B) dare alla collettività la possibilità di partecipare allo sviluppo dell'organizzazione aziendale;
- C) incontro con il disagio;
- D) prevenzione e promozione della salute alla popolazione generale oltre i 17 anni;
- E) prevenzione e promozione della salute dedicata alla popolazione con età inferiore ai 18 anni (7-17 anni).

A) Alfabetizzazione

Mosconi sostiene che non siamo un paese ad elevata alfabetizzazione sanitaria (1,2). Le persone credono di potersi muovere con destrezza attraverso i social nel mondo dell'informazione medica. In realtà tutto ciò crea problemi ai cittadini e al rapporto cittadino/Istituzione Sanitaria.

Sempre Mosconi (1) ricorda che "la medicina è considerata una scienza esatta e il concetto di incertezza è ancor poco discusso così come quello della medicina basata sulle prove".

Abbiamo bisogno, quindi, di:

- health literacy (alfabetizzazione sanitaria)
- empowerment (mettere il cittadino nelle condizioni di comprendere la complessità)

L'Azienda Sanitaria deve incontrare ripetutamente la popolazione più



volte durante l'anno (in orari diversi) con gli esperti sui temi di maggior interesse epidemiologico, clinico e socio-sanitario.

Ogni tema deve essere affrontato in modo da fornire le appropriate informazioni:

- opportunità e limiti della medicina
- conoscenza dei servizi disponibili
- conoscenza delle modalità più rapide per accedere ai servizi

Le informazioni che ne derivano saranno messe a disposizione di tutti sul sito Aziendale.

Oppurtunità e limiti della medicina

Uno degli aspetti della MC è certamente la "slow medicine" (3). Non significa medicina lenta, ma riflessiva. E' sintetizzata da tre parole chiave: sobria, perché agisce con moderazione, gradualità e senza sprechi; rispettosa, perché è attenta alla dignità della persona e al rispetto dei suoi valori; giusta, perché impegnata a garantire cure appropriate per tutti.

E' bene che i cittadini sappiano che "fare di più non significa sempre fare meglio". Per implementare questo concetto è stato ideato il volantino "5 passi per fare buone scelte per la salute" riportato per esteso di seguito (Figura I).

I 5 passi sono i seguenti: 1) quando chiedi un esame di controllo o un farmaco ricordati che "chiedere di più non significa necessariamente curarsi meglio", 2) se il medico ti prescrive un esame di controllo, un farmaco o un intervento chirurgico ricordati che "fare di più non significa fare meglio", 3) prima di andare dal medico, prepara una lista delle domande che vorresti fare o dei dubbi che vuoi chiarirti. Può essere utile anche preparare un elenco dei sintomi, 4) durante la visita chiedi al medico di scrivere le indicazioni che ti dà e, se vuoi saperne di più, chiedi dove poter trovare altre informazioni, opuscoli o siti internet. Condividi sempre con il tuo medico le informazioni che trovi, 5) se devi fare un esame di controllo o un intervento chirurgico, informati su quanti esami o interventi di quel tipo sono stati fatti in un anno dal medico e dal reparto a cui ti rivolgi. Puoi chiederlo al medico di medicina generale, allo specialista, alle associazioni dei pazienti.

I cittadini devono sapere che la ricerca della prevenzione secondaria che travalica le indicazioni che già le Aziende Sanitarie offrono può incidere negativamente sulla loro salute (4). La sovra-diagnosi può avere effetti negativi. Devono anche comprendere che non tutti i ricoveri sono opportuni. Zisberg (5) ha dimostrato che circa il 40% dei pazienti ultrasettuagenari vengono dimessi dagli ospedali in condizioni peggiori (immobilità, sedativi, alimentazione inadeguata, cateteri, accessi venosi, ecc). A tutto ciò va aggiunto che negli ospedali l'anziano è strappato dal suo ambiente domestico, dai suoi familiari e dalle sue abitudini.

Un altro capitolo da affrontare, di cui i cittadini devono essere consapevoli, sono le prescrizioni spesso richieste anche con insistenza, ma inutili. Il





Il Gruppo Italiano per una Sanità Partecipata ha come principale obiettivo di rendere concreta l'interazione e la collaborazione tra associazioni di cittadini e pazienti, istituzioni e comunità medico-scientifica.
(www.partecipasalute.it/cms_2/node/6401)

Condividi il messaggio del progetto "Fare di più non significa fare meglio", che ha lo scopo di migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi sanitari attraverso la riduzione di pratiche (esami di controllo e trattamenti) che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi alle persone alle quali sono generalmente prescritte, ma possono, al contrario, esporle a rischi. L'idea è rafforzare un clima culturale che non rincorra il consumo di farmaci, esami, interventi quando non sono necessari e non sono di beneficio provato.

Il Gruppo Italiano per una Sanità Partecipata vuole contribuire indicando 5 passi utili nel fare scelte di salute ponderate, dalla parte del cittadino. Alcuni suggerimenti riguardano il momento della visita e vogliono stimolare il dialogo entro un rapporto di fiducia col medico - necessario per una scelta condivisa - altri riguardano più in generale le richieste e le aspettative in ambito sanitario. Nel dialogo con il medico è importante avere chiare tutte le alternative e le scelte disponibili. I 5 passi suggeriti qui accanto sono un aiuto per raccogliere informazioni utili per prendere insieme decisioni consapevoli.

Per saperne di più



segreteria.gispa@gmail.com

edizioni 02/2015



per fare buone scelte
per la salute



1 Quando chiedi un esame di controllo o un farmaco ricordati che "Chiedere di più non significa necessariamente curarsi meglio" e tieni presente che:

- Se il medico non ti prescrive esami o farmaci può essere la cosa giusta per te
- Fare controlli a tappeto può essere inutile e dannoso
- Nuovi farmaci ed esami non sono necessariamente migliori di quelli già disponibili



2 Se il medico ti prescrive un esame di controllo, un farmaco o un intervento chirurgico ricordati che "Fare di più non significa fare meglio" e chiedi:

- Cosa succede se non faccio questo esame/trattamento?
- Ci sono alternative più semplici e sicure?
- Ho veramente bisogno di questo esame/trattamento?
- Quali sono i rischi?
- Che spese devo affrontare?



3 Prima di andare dal medico, prepara una lista delle domande che vorresti fare o dei dubbi che vuoi chiarirti. Può essere utile anche preparare un elenco dei sintomi.



4 Durante la visita chiedi al medico di scrivere le indicazioni che ti dà e, se vuoi saperne di più, chiedi dove poter trovare altre informazioni, opuscoli o siti internet. Condividi sempre con il tuo medico le informazioni che trovi.



5 Se devi fare un esame di controllo o un intervento chirurgico, informati su quanti esami o interventi di quel tipo sono stati fatti in un anno dal medico e dal reparto a cui ti rivolgi. Puoi chiederlo al medico di medicina generale, allo specialista, alle associazioni di pazienti o cercare su Internet.

- PROGETTO "FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO" di Slow Medicine:
<http://www.slowmedicine.it/fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/la-storia-di-choosing-wisely.html>

- ESAMI INUTILI: ecco quali evitare:
<http://www.altroconsumo.it/salute/diritto-del-malato/speciali/esami-inutili/2>

- QUALITÀ, CORRETTEZZA E AGGIORNAMENTO DELL'INFORMAZIONE MEDICA IN RETE: il MisuraSiti:
http://www.partecipasalute.it/cms_2/node/18

- VALUTAZIONE CAMPAGNE INFORMATIVE SULLA SALUTE, rispondi al questionario:
http://www.partecipasalute.it/cms_2/test-misuracampagna

- ALTRE DOMANDE DA FARE AL MEDICO: sito dell'Istituto Superiore di Sanità:
http://www.snlg-iss.it/news_domande_medico_2

- VALUTAZIONE DEGLI ESITI DEGLI INTERVENTI SANITARI: Programma Nazionale Esiti:
<http://95.110.213.190/PNEed14/index.php>

- DOVE SONO LE PROVE? Una migliore ricerca per una migliore assistenza sanitaria:
http://www.partecipasalute.it/cms_2/node/2479

Figura I. 5 passi utili per fare buone scelte per la salute. Slow Medicine e Medicina di Condivisione.

medico che non prescrive in modo inappropriato spesso è poco amato. Poco amato, giusto e aderente all'evidenza scientifica. Quest'ultima deve essere il faro dell'azione medica. Prescrivere in modo non appropriato non solo è uno spreco, ma è un atto che può danneggiare la singola persona e sicuramente danneggia l'intera popolazione alla quale vengono sottratte preziose risorse. Dovrà, infatti, rinunciare ad atti sanitari di comprovata efficacia.

All'evidenza scientifica però deve essere affiancata la sensibilità del paziente "esperto" e della famiglia "esperta" che certamente non vogliono prestazioni inutili. Hanno raggiunto la consapevolezza attraverso il loro vissuto di dolore.

Il sapere del paziente e della famiglia riguarda la loro esperienza di malattia e le problematiche sociali correlate.

Si riscopre in questo modo la persona. Il paziente vuole essere ascoltato e aiutato in modo consapevole e gentile.

B) compartecipazione allo sviluppo Aziendale

E' necessario favorire lo sviluppo nei cittadini dell'advocacy (influenzare le Istituzioni per una politica sanitaria migliore).

I cittadini devono comprendere che con la "protesta" fine a se stessa si costruisce poco ed, inoltre, devono avere contezza che non esiste la bacchetta magica e che le risorse non sono illimitate.

Chiarito ciò con fermezza, il confronto fra cittadinanza, rappresentanze sindacali, esperti e direzione strategica può cambiare il sistema talvolta con provvedimenti a costo zero e talvolta con investimenti "compatibili".

L'ascolto di chi ha la patologia e di chi accudisce il malato aiuta significativamente il sistema.

Il cittadino, però, deve imparare ad ascoltare i sanitari e gli operatori che indirettamente lavorano nel settore (economisti, giuristi, ecc) per poter apprezzare ciò che ormai sembra scontato, ma che nella maggior parte del mondo non lo è più.

C) Incontro con il disagio

E' opportuno sviluppare incontri fra la cittadinanza e le diverse realtà associative. Ciò favorisce due vantaggi. Il primo è caratterizzato dall'acquisizione di informazioni sui servizi di volontariato che le associazioni possono fornire e il secondo è caratterizzato dallo scambio esperienziale.

Il secondo vantaggio è garantito dalle associazioni di auto-mutuo-aiuto che non solo possono aiutare concretamente il soggetto sofferente coinvolto, ma anche le famiglie, per meglio affrontare disagi e sofferenze croniche che accompagnano alcune famiglie per tutta la vita (le caratteristiche e i vantaggi che offrono queste associazioni sono in parte esplicitati in altri capitoli di questa monografia).



Brevemente riportiamo due definizioni dell'auto-mutuo-aiuto (6):

-strutture caratterizzate da piccoli gruppi costituiti da pari che si uniscono per assicurarsi reciproca assistenza nel soddisfare bisogni comuni, per superare un comune handicap o un problema di vita, oppure per impegnarsi a produrre desiderati cambiamenti (OMS, 2010)

-il mutuo aiuto comincia con l'auto-aiuto. Nel momento in cui la persona riconosce l'esistenza di un problema, di una difficoltà si attiva per cercare il sostegno. Il mutuo aiuto si verifica quando chi aiuta e chi viene aiutato condividono fatti, vissuti, emozioni di un medesimo problema (AMALi - Associazione Auto Mutuo Aiuto Ligure, 2012)

D) Prevenzione e promozione della salute con la popolazione generale oltre i 17 anni

Gli incontri devono portare conoscenza e informazione sui più importanti fattori di rischio.

I fattori di rischio oncologici e cardiovascolari trovano una stretta commistione.

Sono tutti fattori di rischio modificabili volontariamente (Figura II).

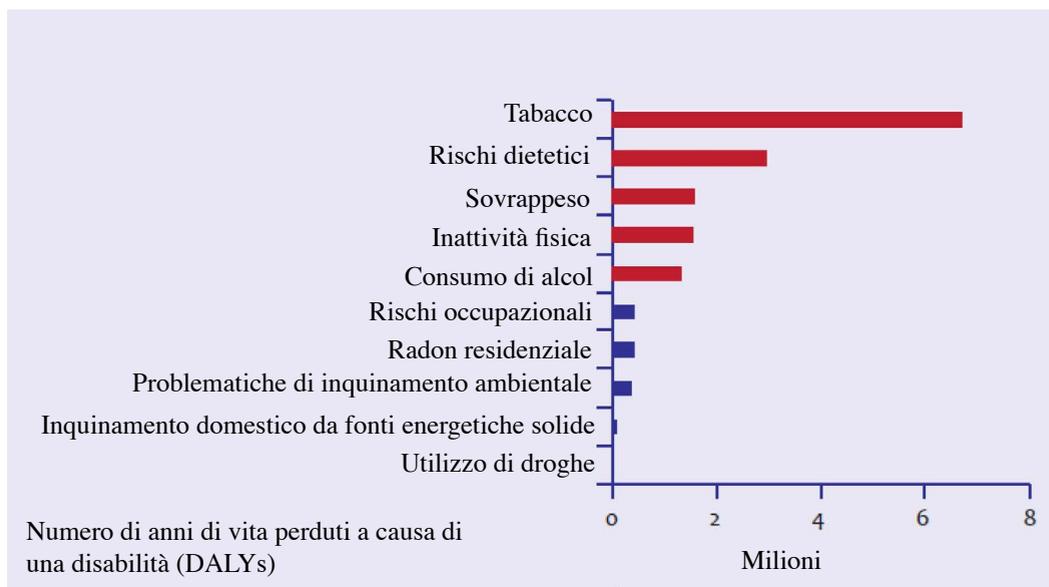


Figura II. Fattori oncologici prevenibili. Fonte OECD elaboration of IHME Global Burden of Disease Data for EU and EFTA area, 2010

Questi incontri non solo sono importanti per la prevenzione primaria, ma anche per quella secondaria e terziaria.

Ciò vale soprattutto per i seguenti settori: oncologico, cardiovascolare e metabolico.

Molti dei comportamenti che possono compromettere il mantenimento o il raggiungimento del nostro benessere dipendono spesso da atti volontari. Il perché la popolazione li accetti e addirittura li minimizzi non è bene spiegabile.

Determinare il rischio nei confronti di una sostanza potenzialmente tossica e/o cancerogena è certamente un atto scientificamente complicato. Tuttavia ad oggi sono stati stabiliti dei limiti che se disattesi, impongono alle istituzioni sanitarie, amministrative e politiche di prendere provvedimenti adeguati.

Il clamore sociale che viene creato è solitamente rivolto verso i rischi che possiamo definire involontari. I rischi volontari non solo vengono accettati, ma talora addirittura promossi dalla società (7).

E) Prevenzione e promozione della salute con la popolazione al di sotto dei 18 anni (7-17 anni)

E' ormai ben noto come alcune patologie molto comuni come il diabete mellito tipo II, quelle cardio-vascolari e i tumori sarebbero significativamente ridotte prima dei 70 anni se si agisse sistematicamente con la prevenzione primaria fra i nostri giovani.

Il nostro obiettivo primario è quello, infatti, di stabilire "un patto per la salute" per i nostri ragazzi non solo per aumentare l'età media di sopravvivenza, ma soprattutto per incrementare l' "età media libera da malattia" (attualmente scesa fra i 55 ed i 60 anni). Insomma, dobbiamo investire sulla qualità di vita dei futuri adulti. Ciò, peraltro, comporterà indubitabili risparmi nel settore socio-sanitario.

In accordo con Martoni (8) noi pensiamo che "la formazione primaria sia un'azione di formazione globale, che trova fondamento nel concetto di empowerment. L'empowerment è un processo teso a sviluppare l'intelligenza umana, tutte le qualità di individui, gruppi, comunità. E' un percorso che parte dal riconoscimento delle proprie risorse, passa attraverso la consapevolezza di possederle e arriva all'ampliamento delle risorse stesse, sviluppando una conoscenza emotiva del proprio ambiente e dei contesti sociali di riferimento, in un rapporto di reciprocità fra individuo e collettività. Insomma, l'azione preventiva è orientata alla responsabilizzazione dell'individuo nei confronti della determinazione delle proprie esperienze individuali e sociali (potenziamento della capacità di controllo sulla propria vita).

Per affrontare al meglio il difficile rapporto prevenzione primaria/giovani è opportuno fondare le proprie competenze organizzative su quanto è offerto dalla letteratura scientifica di riferimento attuale.



Tutte le iniziative (anche quelle più semplici come le lezioni frontali) possono essere utili a condizione che i formatori siano preparati scientificamente, empatici e dotati di capacità comunicativa interattiva.

E' noto come risultati significativi e verificabili attraverso parametri oggettivi siano stati in parte delineati.

Anche la nostra Agenzia Sanitaria Regionale (ALISA) ha proposto (in accordo al piano nazionale della prevenzione) come punto di riferimento il coinvolgimento del docente. Quest'ultimo "da spettatore diventa protagonista/co-costruttore" (ALISA). Tale attività favorisce competenze che rientrano in tre aree: emotiva, cognitiva e sociale. La nostra progettazione pertanto segue anche queste indicazioni.

I risultati che devono essere raggiunti sono caratterizzati sostanzialmente da questi elementi:

1) riduzione statisticamente significativa delle problematiche socio-sanitarie fra i giovani adulti, 2) un miglioramento della qualità di vita complessiva, 3) un maggior rendimento scolastico e successo accademico e comunque un maggior successo nella vita affettiva e lavorativa.

Tutto ciò è ancora più importante in un'epoca esageratamente competitiva e complicata dal punto di vista sociale, economico ed occupazionale.



Molti Autori propongono alcune soluzioni:

- 1) l'età migliore per l'interazione è quella 11-14 anni. E' stato ben dimostrato come sino a 14 anni l'educazione, le informazioni e gli esempi virtuosi offerti dall'ambiente in cui si vive dominano la predisposizione genetica individuale e gli istinti. Negli anni successivi è molto più complicato modificare pensieri o comportamenti già acquisiti;
- 2) i ragazzi devono essere raggiunti ripetutamente dalle informazioni. Per alcuni Autori sino a 15 volte. E' opportuno inserire, quindi, tale attività nella formazione curriculare;
- 3) devono essere coagulati tutti gli argomenti essenziali in un solo "format" che nell'attività personale abbiamo intitolato per la prima volta nel 2015 "Educazione a corretti stili di vita";
- 4) i singoli argomenti devono essere affidati a soggetti che nell'ambito della preparazione tecnico-socio-sanitaria abbiano dimostrato di avere un curriculum vitae scientifico significativo e/o attività di prevenzione organizzate con successo nel corso della propria attività indipendentemente dal ruolo. I soggetti coinvolti nella formazione devono appartenere a centri qualificati che certificano la bontà delle informazioni.

Alla luce di quanto detto, abbiamo deciso di creare un manuale a favore dei responsabili della salute delle scuole medie inferiori. Attraverso tale

manuale gli insegnanti potranno acquisire le giuste informazioni per poter utilizzare il "kit di slides associate" con i ragazzi ed eventualmente anche con i genitori. Tale materiale andrà aggiornato ogni 3-5 anni per far fronte all'evoluzione scientifica e sociale.

In tal modo sarà possibile raggiungere tutti i ragazzi di questa fascia di età ripetutamente.

Nell'ambito dell'autonomia scolastica i dirigenti scolastici con i referenti alla salute avranno l'opportunità di decidere a chi affidare questo compito, come inserirlo nel curriculum formativo dell'alunno e con quale modalità applicarlo.

L'attuale orientamento scientifico più accreditato suggerisce questa sequenza:

- 1) coinvolgimento ragazzi 11-14 anni (sostanzialmente scuole medie inferiori);
- 2) informativa generale agli studenti da parte dell'insegnante addetto alla salute;
- 3) formazione di gruppi di studenti predisposti all'attività divulgativa. A questi ragazzi potrebbe essere rilasciato un attestato di qualifica di "addetto alla formazione sugli stili di vita" con relativi crediti formativi;
- 4) successiva "peer education",
- 5) l'insegnante di riferimento diventa "un facilitatore";
- 6) l'attività va ripetuta più di una volta all'anno per tutti i tre anni (8-10 sessioni il primo anno con 3-5 richiami il secondo e terzo anno);
- 7) sviluppare le abilità personali, sociali e di rifiuto per resistere alle pressioni;
- 8) inserimento dell'attività nel curriculum formativo con verifiche periodiche nel corso degli anni ed una finale organizzata come una sorta di cerimonia prima di accedere alla scuola media superiore;
- 9) coinvolgimento attivo dei genitori con incontri diretti o con l'utilizzo dell'informatica;
- 10) distribuzione di materiale informativo alle famiglie.

Per garantire questo percorso con il "docente" al centro dell'attenzione l'ASL3 Liguria (segreteria tecnico-scientifica del Centro Alcológico Regionale) ha ideato e promosso il progetto "Educazione a corretti stili di vita" (9).



Conclusioni

Da quanto detto emerge la necessità di creare un area di incontro fra l'Azienda e la comunità. La potremmo definire una sorta di "agorà aziendale" (Figura III).

Un'area che garantisca il recupero di fiducia fra il Sistema Sanitario e i cittadini.

Per addivenire a ciò devono essere garantiti incontri aperti e interattivi con amministratori, medici, chirurghi, giuristi, economisti, ecc.

Devono essere incontri dove l'informazione è fondata rigorosamente sull'evidenza scientifica, ma comprensibile e soprattutto onesta.

La MC diventa, quindi, la chiave per rimettere al centro dell'attività i bisogni delle persone e sanare le fratture che in questi anni si sono talvolta create fra strutture sanitarie e cittadini.



Figura III. Agorà di Tiro.



Bibliografia

- 1) Mosconi P. Il coinvolgimento dei cittadini nelle scelte di salute. In: La Professione, II. MMXVI; pagg. 209-15
- 2) Mosconi P, Colombo C, Satolli R, Liberati A. Partecipa Salute. An Italian project to involve lay people, patients' associations and scientific-medical representatives on the health debate. *Health Expect* 2007; 10: 194-204
- 3) <http://www.slowmedicine.it/i-progetti/fare-di-più-non-significa-fare-migliore/material-informativo-per-i-cittadini/323-cittadini-5-passi-utili.html>
- 4) Bonaldi A. Slow medicine: una risposta slow alla crisi del Sistema delle cure. In: *La Professione*, II. MMXVI; pagg. 222-37
- 5) Zisberg A. Hospital associated functional decline: the role of hospitalization processes beyond individual risk factors. *J Am Geriatr Soc* 2015; 63: 55-62
- 6) Balbinot P, Vari S, Testino G. Associazioni di Auto-Mutuo-Aiuto. *Alcologia* 2019; 36: 23-33
- 7) Bonino F, Murri L. DNA della salute. Torino: Edizioni Medico Scientifiche 2008
- 8) Martoni M. I programmi di prevenzione primaria e la loro efficacia. In: Nizzoli U, Pissacroia M. *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*. Padova: Piccin Editore 2003, Vol II: 1247-49
- 9) Balbinot P, Bottaro LC, Testino G. Educazione a corretti stili di vita. La cultura della prevenzione attraverso un nuovo strumento di insegnamento da introdurre nelle scuole. Roma: Motore Sanità 2017; www.ASL3Liguria.it



La città che cura – Un patto per la salute mentale

A. Gagliardi*, G. Pescetto°, M. Vaggi^

*Coordinamento per Quarto

° Alffap Liguria

^ Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

In fondo, a pensarci bene, la storia del Patto per la Salute Mentale è iniziata da un conflitto. Un conflitto aperto, chiaro, evidente, che ha dato modo alle parti in gioco di intraprendere un percorso di riflessione ed in seguito di avvicinamento, un avvicinamento in parte ancora in corso. Il Patto dunque è un ponte, uno strumento culturale che tenta di rimettere in relazione le tante sponde che altrimenti rimangono separate, divise da orridi, difficili da attraversare.

Ma andiamo con calma e riprendiamo dall'inizio...

Eravamo in tanti a Quarto, nell'ex Ospedale Psichiatrico, nel giugno del 2012.

Siamo andati in quel luogo per difendere quelle ottanta persone che dopo oltre trent'anni di residenzialità, erano state messe all'asta al massimo ribasso a lotti di venti, da una delibera di ASL3 davvero imbarazzante. Dovevano andare altrove visto che la Regione Liguria aveva venduto la loro casa, la parte ottocentesca dell'ex Ospedale Psichiatrico di Quarto.

Siamo andati lì in tanti per difendere quelle persone, quel luogo, ma anche per riprendere un discorso, sulla partecipazione, sulla salute, sulla salute mentale, sull'amministrazione della città, sulla convivenza democratica.

Nel corso di quell'estate in modo davvero improvvisato e forse anche confuso ma certamente autentico abbiamo organizzato Quarto Pianeta, tre giorni di dibattiti, di musica, di teatro, di convivialità e altro, denunciando che quel luogo non poteva essere ceduto alla speculazione edilizia, alla logica del profitto, al privato: non c'erano solo ottanta pazienti da difendere ma c'era una storia, una storia di sofferenza ma anche di liberazione e impegno civile, una rivoluzione, forse l'unica in Italia davvero tentata e riuscita, la storia dell'apertura di una "scuola di libertà" come l'ha chiamata Franco Rotelli che diede l'avvio anche ad una riabilitazione collettiva. Mille e cinquecento persone, oltre 50 le associazioni e le organizzazioni che parteciparono, non solo per dire no, ma soprattutto per costruire un percorso alternativo. Insieme si condivise la necessità di affermare che quel luogo continuava ad essere



importante e andava difeso perché trasudava una memoria che incrociava la vita di tante persone e la vita stessa della città.

Certo trovare il bandolo di una matassa così ormai aggrovigliata non era semplice, ma fin dall'inizio della costituzione del Coordinamento, l'idea che prevaleva era quella di non essere il comitato che si metteva contro una decisione presa dall'Istituzione ma piuttosto quello di dare concretamente una mano alle Istituzioni, per ricomporre una caduta di stile, una superficialità di analisi e di valutazione, un'evidente incongruenza tra i fini da perseguire ed i mezzi messi in campo.

Si perché il mettere a gara al massimo ribasso i pazienti a lotti di venti segnalava non solo un illegittimo atto che il Giudice avrebbe in seguito sanzionato, dando ragione ai familiari dei pazienti, ma una deriva culturale dell'amministrazione pubblica che attraverso quell'atto marcava un punto di caduta che in qualche modo coinvolgeva anche tutti noi, l'intera cittadinanza.

Da questa consapevolezza e dalla domanda: "come si era potuti arrivare sino a questo punto?" Il lavoro di scambio e discussione prese corpo tutti i lunedì al Centro Sociale. Per provare ad invertire la rotta, per risalire una china, per cercare d'immaginare come riconnettere culturalmente quel luogo alla città.

E' per questo motivo che dopo il primo Quarto Pianeta siamo andati avanti: ogni lunedì abbiamo continuato nella discussione. Il desiderio di ricercare un'altra via e la voglia di portare avanti un progetto di utilizzo diverso per un luogo capace di comprendere memoria, socialità, salute, bellezza e cultura, ci ha tenuto insieme.

Lunedì dopo lunedì abbiamo fatto parola, anche animatamente, mettendo a disposizione le proprie competenze e le proprie conoscenze con la consapevolezza che erano tanti i piani da affrontare: la salute, la memoria, il rapporto tra cittadini e Istituzioni, il verde del parco, ma prioritariamente andava costruita una nuova cornice urbanistica per provare ad invertire la rotta di un processo di dismissione che sembrava davvero ormai arrivato alla fine.

Si ragionò sull'esistente: quanti fossero i servizi in funzione, quali spazi occupavano, quali quelli vuoti, come si sarebbero potuti razionalizzare, cosa aggiungere. Simultaneamente anche le diverse Istituzioni coinvolte, (Comune in primis ma anche Regione dopo aver dichiarato di voler fare un passo indietro), raccolsero la sfida aprendo un tavolo di lavoro dove si disponevano al dialogo, invitando anche il Coordinamento a farne parte. Con fatica il tavolo cominciò il suo lavoro: un dialogo inizialmente difficile tra enti pubblici che si comportavano come privati e che non riuscivano a trovare un senso che sapesse andare oltre i propri bilanci. Ma con fatica si riuscì a trovare una sintesi che tenesse conto della cartolarizzazione già avvenuta e di conseguenza di un equilibrio economico con cui fare letteralmente i conti, tutti abbiamo rinunciato a qualcosa ma insieme si traguardò l'Accordo di



Programma firmato da Comune di Genova, Regione Liguria, Arte e ASL3, nel novembre 2013, che sancì che i due terzi della parte del complesso ottocentesco dovessero rimanere a funzione pubblica.

Un Accordo che dava l'avvio ad una nuova vita, almeno sulla carta, all'area ottocentesca del complesso dell'ex Ospedale Psichiatrico di Genova Quarto attraverso l'identificazione di alcuni obiettivi:

- attribuire al complesso storico il ruolo di polarità urbana nell'ambito del levante cittadino, promuovendone la valorizzazione sotto i profili della memoria storica e delle funzioni socio-sanitarie;
- potenziare le relazioni con il contesto urbano, individuando e favorendo più agevoli modalità di accesso, percorribilità e fruibilità della struttura;
- conservare in forma attiva il valore storico e testimoniale del luogo, valorizzandolo attraverso un adeguato mix funzionale che favorisca la sinergia tra funzioni, sia pubbliche che private, abitative e produttive.

L'Accordo sanciva la continuazione delle funzioni sanitarie esistenti, (residenziali per la disabilità e la salute mentale, il Centro dei Disturbi Alimentari), e l'ampliamento attraverso la creazione di una Casa della Salute per il Levante, la continuazione delle funzioni formative Universitarie e di ASL 3, ed il potenziamento delle funzioni culturali e sociali attraverso il permanere e l'ampliamento delle funzioni del Centro Sociale, del Centro Basaglia, della Biblioteca Psichiatrica e dell'Istituto delle Materie e le Forme Inconsapevoli.

In questi anni il lavoro del Coordinamento è stato quello di allargare l'interesse nella città per il percorso di rigenerazione urbana di questo luogo. Per questo motivo lo abbiamo immaginato capace di contenere diverse funzioni, da quelle di cura a quelle orientate alla formazione e alla produzione culturale e alla socialità, attraverso la pratica di laboratori sociali, artistici, aperti alla cittadinanza, per provare a costruire innovazione in campo sanitario, sociale e culturale. Abbiamo immaginato un luogo, funzione della città, non più per chiudervi dentro le persone in difficoltà, come avvenuto per più di secolo, ma per contribuire alla crescita della cittadinanza, nella cultura delle relazioni e per contribuire allo sviluppo della qualità della convivenza e della partecipazione democratica.

Oggi il manicomio per fortuna non esiste più ma continuano a persistere muri e barriere, che disincentivano molti ad entrare in relazione con l'alterità: tale disposizione supportata da un'azione "pedagogica" agita dal cinismo dei media, preclude ancora più di ieri la dimensione della curiosità e della conoscenza diffusa nei confronti di ciò che non si conosce o che non è o si fa uguale a noi, mantenendo la paura e il pregiudizio come chiave interpretativa per confrontarsi con la realtà. La paura sembra essere diventata la vera antagonista della libertà.



Questo luogo può rappresentare in questo senso un modo per con-vincere la paura ed apprendere il coraggio per intraprendere la complessità di un discorso sull'accoglienza, ricominciando a praticare quella scuola di libertà capace di produrre senso e innovazione sociale e sociosanitaria. In fondo quello che si vuole affermare è che non c'è rigenerazione se non c'è capacità di accoglienza e non c'è accoglienza se non c'è volontà e capacità di immergersi nella complessità che l'accoglienza comporta. Un tema che può diventare strumento per incrementare paura o viceversa per far crescere le persone e la collettività in umanità e capacità di relazione.

Quello che la storia di questo luogo può testimoniare è il coraggio di credere nel poter trasformare i luoghi comuni. In fondo anche cinquant'anni fa l'Istituzione messa in discussione non era il manicomio, ma la follia, spiegata ed agita attraverso una costruzione culturale che individuava apparati scientifici, processi amministrativi e rapporti di potere così strutturati e solidi che facevano della follia un oggetto da separare dalla sofferenza della persona. L'inversione culturale cominciò a farsi spazio quando questo schema cominciò ad essere messo in discussione per considerare che il focus della cura è l'esistenza-sofferenza delle persone e il suo rapporto con il corpo sociale.

Ma come vediamo oggi tale rigidità di schema riprende vigore. Non solo nel campo della cura ma in generale ogni volta vi è la "necessità" di separare un fenomeno dall'esistenza delle persone: così si è in relazione con la malattia piuttosto che con il malato, con l'immigrazione piuttosto che con le persone che migrano, con la povertà piuttosto che con il povero, con il lavoro piuttosto che con il lavoratore, con la formazione piuttosto che con giovani che hanno necessità di apprendere.

In questo senso la gara ha segnato un punto di caduta culturale nell'incapacità di credere che l'incontro e la relazione con l'Altro rappresentano un'opportunità unica per trasformare la realtà e le sue rappresentazioni. Rinunciare a credere in quest'opportunità vuol dire rinunciare alla propria umanità, alla propria capacità di relazione rinchiudendosi in percorsi di imbarbarimento. Tenere uno sguardo complesso sulla dinamica dell'accoglienza vuol dire tenere conto delle diverse contraddizioni che si vengono a creare nell'incontro con l'alterità, riconoscendo come necessario il fatto che non tutto è possibile e che la consapevolezza dell'esperienza del limite, per i diversi interlocutori e nelle diverse situazioni, è ciò che struttura e può rendere possibile la trasformazione dell'urto che la differenza provoca nella relazione, in energia capace di rigenerare il legame sociale.

Per questo motivo in questi anni abbiamo continuato ad organizzare numerose manifestazioni pubbliche tenendo vivo il luogo organizzando molteplici eventi in campo artistico e culturale, dando la possibilità di organizzazione di eventi anche a nuovi gruppi giovanili e di conseguenza favorendo l'accesso di migliaia di cittadini che non conoscevano e non erano mai entrati in questo luogo.



L'esperienza di questi anni ha continuato a stimolarci ad andare avanti e negli ultimi tre anni, il rapporto con ASL3 ha preso davvero un ritmo diverso, accelerando la costruzione di quel ponte di cui si parlava all'inizio.

Insieme abbiamo cominciato a sentire la necessità di un dialogo scoprendo una condivisione di intenti e obiettivi che abbiamo cominciato a perseguire finalmente insieme. Questo ha dato forza al progetto dell'Accordo di Programma.

Simultaneamente in questo senso ci siamo mossi e continuiamo a muoverci insieme su tre direttrici:

- l'avvio dei lavori per la Casa della Salute del Levante, oggi in costruzione, lavori partiti il 6 novembre 2018.
- l'apertura delle ex-cucine, oggi Spazio 21, come spazio sociale e culturale per mostre, eventi e socialità, rimesse in ordine dal lavoro volontario di molti e messe in sicurezza da ASL3, da due anni capaci di attrarre attraverso l'organizzazione di eventi diversi, attraverso il lavoro e l'impegno di IMFI, del Centro Sociale e del Centro Basaglia, migliaia di persone.
- L'avvio di un Patto per la Salute Mentale per riconnettere i diversi attori che compongono il sistema, (istituzioni, familiari, utenti, cittadini, operatori), provando a tematizzare insieme questioni strategiche per contribuire a migliorarne l'organizzazione e a immaginare come implementarne le risorse.



La città che cura è un patto che nasce dal basso e dall'alto, promosso dalla Direzione di ASL3, dal Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, dalle Associazioni delle Famiglie e dal Coordinamento per Quarto, sottoscritto da circa 70 organizzazioni, dalle diverse Associazioni di familiari ed utenti, da diversi Enti Privati no profit, dalle Organizzazioni Sindacali, dagli Ordini Professionali, dal mondo della Formazione e delle imprese: diverse sigle che hanno aderito per iniziare a camminare insieme. Il Patto vuole diventare un grande laboratorio d'integrazione capace di mettere al centro la persona con la sua malattia, cercando di favorire percorsi radicati nei luoghi, nei territori, favorendo la sperimentazione di nuove metodologie, intraprendendo pratiche che non possono essere confinate nei soli luoghi di cura tradizionali e specialistici.

Anche qui proviamo a ripercorre questi due anni di lavoro, provando a descrivere quelli che ad oggi sono i punti di forza e anche i punti di debolezza.

La costruzione del Patto per la Salute Mentale

L'idea di costruire un Patto intorno al tema Salute Mentale nel territorio di Asl 3 nasceva quindi negli corso degli anni dalla sensazione che, pur in

presenza di un territorio ricco di storia e esperienze positive in questo campo, si fosse negli anni indebolito il dialogo ed il confronto culturale e tecnico su questi temi; un dialogo non solo tra “addetti ai lavori”, ma tra istituzioni, operatori dei servizi, pazienti, famiglie, associazioni e comunità civile. Era inoltre forte la percezione che il venir meno di questa capacità di confronto avesse favorito nel tempo una certa autoreferenzialità, una progressiva tendenza a tener conto unicamente della propria prospettiva ed una ridotta capacità di ascolto delle opinioni degli altri attori del sistema. Possiamo ritenere questi elementi come fattori favorenti spesso incomprensioni e conflittualità. Sentendo quindi il bisogno di rinnovare questo dialogo, appariva da subito prioritario ricercare nuovi spazi di confronto; il Dipartimento Salute Mentale insieme alle Associazioni che già avevano un rapporto di collaborazione consolidato con il Dipartimento promuoveva quindi la creazione di un “tavolo delle associazioni”, uno spazio di conoscenza e confronto tra Servizi e Associazioni. Nel tempo, superate comprensibili diffidenze iniziali, questo spazio è diventato un terreno fertile di reciproca conoscenza capace di stimolare nuove esperienze di condivisione (programmi formativi comuni, eventi comuni aperti alla popolazione, focus group rivolti a pazienti e famigliari). Dopo alcuni anni di lavoro questo gruppo appariva sufficientemente coeso da proporre un coinvolgimento di tutti coloro che sul territorio di ASL 3 potevano rappresentare stakeholder nel settore della salute mentale. A tal fine si decideva quindi di organizzare un primo evento formativo nell’ottobre 2017 dal titolo “La città che cura” con lo scopo di chiamare a raccolta e provare dare la parola a tutti i portatori di interesse in questo campo. L’iniziativa vedeva più di 400 partecipanti in rappresentanza di servizi, istituzioni, pazienti, famigliari, associazionismo, società civile. Venivano organizzati alcuni gruppi di lavoro su temi strategici riguardanti la salute mentale che permettevano un confronto aperto e dai quale scaturiva un ricco materiale di discussione. Sostenuti dal successo dell’iniziativa, veniva quindi avanzata la proposta di creare nei mesi successivi un tavolo di lavoro composto da rappresentanti di tutti i gruppi presenti all’evento, con il mandato di rielaborare il materiale prodotto e giungere per l’anno successivo alla produzione di un documento definito “Patto per la Salute Mentale”. Il Patto vedeva quindi la luce come programma di lavoro e come punto d’incrocio di operatori del pubblico e del privato, di pazienti e familiari, di cittadinanza attiva, delle diverse forze istituzionali, sociali, economiche, culturali e associative della città per costruire una sinergia capace di rigenerare senso collettivo attorno al tema della salute mentale. Un programma quindi che potesse ridare vita al lavoro “in rete”, al lavoro di equipe e sapesse riconoscere, nei diversi ruoli e funzioni, l’importanza di ogni singolo componente per fare crescere la promozione di una Salute Mentale come bene comune della città. Dopo circa 8 mesi di lavoro e grazie alla attiva partecipazione di tutti, il Patto veniva presentato il giorno



11 Maggio 2018 durante una riedizione de “La città che cura” organizzata da ASL 3 nei locali dell’ex OP di Quarto. La scelta della data non era casuale. In quei giorni cadeva l’anniversario del quarantennale della legge di riforma psichiatrica, nota come legge 180. Nell’ambito della settimana di celebrazioni che la Clinica Psichiatrica Universitaria di Genova aveva promosso per ricordare l’evento, “La città che cura” inaugurava la prima giornata di studio.

In quella occasione il Patto veniva approvato e formalmente firmato da numerosi stakeholder nel campo della salute mentale. Nel documento venivano condivisi alcuni principi generali riguardanti la Salute Mentale in accordo con quanto espresso sul tema da organismi internazionali e nazionali (World Health Organization, Commissione Nazionale Bioetica, Conferenza Stato Regioni Ministero della Salute, etc), venivano elencati alcuni obiettivi specifici e indicati alcuni obiettivi programmatici per il triennio successivo. In particolare veniva proposto l’attivazione di:

- Osservatorio Regionale per la Salute Mentale
- Consulta per la Salute Mentale nel territorio di ASL 3
- Circoli territoriali nei diversi Distretti cittadini.

A distanza di alcune settimane il Patto per la Salute Mentale diventava oggetto di un lungo dibattito all’interno del Consiglio di Regione Liguria e del Consiglio Comunale di Genova e veniva approvato all’unanimità da tutte le forze politiche.

A distanza di circa un anno dalla sua approvazione possiamo dire che gli obiettivi definiti dal Patto sono stati sostanzialmente raggiunti e stanno producendo iniziative concrete di cambiamento nei rispettivi settori.

Al di là della soddisfazione per i risultati raggiunti, abbiamo la sensazione che questa esperienza abbia avviato un vero percorso di cambiamento che potrà produrre frutti al di là dei risultati del breve termine. In fondo l’obiettivo più ambizioso, al momento solo avviato, rimane il tentativo di costruire una sorta di “volano” per rinforzare tessuti di senso e relazioni, per difendere l’esistente e dare vita ad altri e nuovi modi di fare salute mentale. Una cura capace di integrare, “cure”, centrate sulle componenti neurobiologiche, psicologiche e sociali alla base della malattia, e il “care”, il “prendersi cura” della sofferenza, della soggettività e dei bisogni della persona chiamando in causa la responsabilità sociale verso i perduranti fenomeni di stigma e di discriminazione, la carente inclusione, il non completo riconoscimento di diritti umani fondamentali.

Appare evidente che la strada intrapresa è solo all’inizio e che questo ambizioso progetto richiederà negli anni a venire ancora un intenso lavoro per stabilizzare quanto ottenuto, mettendo a sistema le iniziative intraprese, e soprattutto per promuovere un vero cambiamento culturale nella nostra Comunità capace di favorire un approccio maggiormente condiviso sui temi riguardanti la Salute Mentale (Figura I).



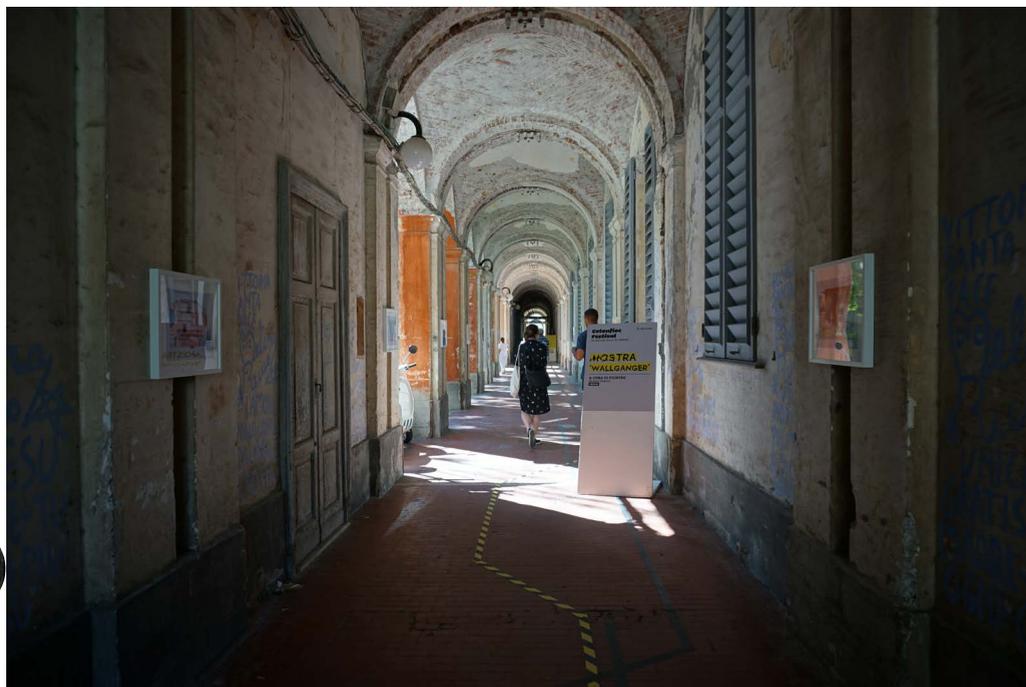


Figura I. Ex Ospedale Psichiatrico (ASL3 Liguria) presso Genova-Quarto.

Indice

Editoriale	pag. 3
Prefazione Luigi Carlo Bottaro	" 5
Governance clinica e medicina di condivisione: un'impostazione aziendale L.C. Bottaro, L. Sampietro, M. Caltabellotta, S. Grego, G. Testino	" 7
Il management in epatologia. Gestione dell'Encefalopatia Epatica come esempio paradigmatico di Medicina di Condivisione. L.C. Bottaro, V. Patussi, P. Balbinot, G. Testino	" 15
Ruolo dell'associazionismo nel modello organizzativo della Riabilitazione Cardiologica di ASL 3 Liguria P. Clavario.....	" 29
La gestione del paziente diabetico A. Reborà, M. Talco, E. Torre, L. C. Bottaro	" 31
Medicina di Condivisione: la realtà della Reumatologia G. Bianchi, D. Camellino.....	" 37
Addiction: la medicina di condivisione come necessità L. C. Bottaro, L. Sampietro, V. Patussi, P. Balbinot, G. Testino.....	" 47
Il caregiver: il "fragile", ma determinante confine della Medicina di Condivisione P. Balbinot, G. Testino, L. C. Bottaro.....	" 57
Sharing prevention R. Rosselli, L.C. Bottaro.....	" 65
Medicina di Condivisione come portatrice di conoscenza e informazione: la nascita di un punto di incontro Aziendale L. C. Bottaro, L. Sampietro, P. Balbinot, G. Testino.....	" 71
La città che cura – Un patto per la salute mentale. A. Gagliardi, G. Pescetto, M. Vaggi.....	" 81
Indice.....	" 89



Caleidoscopio

Italiano

...il futuro ha il cuore antico.  MEDICAL SYSTEMS SpA

1. Rassu S.: *Principi generali di endocrinologia*. Gennaio '83
2. Rassu S.: *L'ipotalamo endocrino*. Giugno '83
3. Rassu S.: *L'ipofisi*. Dicembre '83
4. Alagna., Masala A.: *La prolattina*. Aprile '84
5. Rassu S.: *Il pancreas endocrino*. Giugno '84
6. Fiorini I., Nardini A.: *Citomegalovirus, Herpes virus, Rubella virus (in gravidanza)*. Luglio '84.
7. Rassu S.: *L'obesità*. Settembre '84
8. Franceschetti F., Ferraretti A.P., Bolelli G.F., Bulletti C.: *Aspetti morfofunzionali dell'ovaio*. Novembre '84.
9. Kubasik N.P.: *Il dosaggio radioimmunologico (1)*. Dicembre '84.
10. Kubasik N.P.: *Il dosaggio radioimmunologico (2) parte prima*. Gennaio '85.
11. Kubasik N.P.: *Il dosaggio radioimmunologico (2) parte seconda*. Febbraio '85.
12. Kubasik N.P.: *Il dosaggio radioimmunologico (3) parte prima*. Aprile '85.
13. Nacamulli D., Girelli M.E., Zanatta G.P., Busnardo B.: *Il TSH*. Giugno '85.
14. Facchinetti F. e Petraglia F.: *La β -endorfina plasmatica e liquorale*. Agosto '85.
15. Baccini C.: *Le droghe d'abuso (1)*. Ottobre '85.
16. Kubasik N.P.: *Il dosaggio radioimmunologico (3) parte seconda*. Dicembre '85.
17. Nuti R.: *Fisiologia della vitamina D: Trattamento dell'osteoporosi post-menopausale*. Febbraio '86
18. Cavallaro E.: *Ipnosi: una introduzione psicofisiologica*. Marzo '86.
19. Fanetti G.: *AIDS: trasfusione di sangue emoderivati ed emocomponenti*. Maggio '86.
20. Fiorini I., Nardini A.: *Toxoplasmosi, immunologia e clinica*. Luglio '86.
21. Limone P.: *Il feocromocitoma*. Settembre '86.
22. Bulletti C., Filicori M., Bolelli G.F., Flamigni C.: *Il Testicolo. Aspetti morfo-funzionali e clinici*. Novembre '86.
23. Bolcato A.: *Allergia*. Gennaio '87.
24. Kubasik N.P.: *Il dosaggio enzimologico e fluoroimmunologico*. Febbraio '87.
25. Carani C.: *Patologie sessuali endocrino-metaboliche*. Marzo '87.
26. Sanna M., Carcassi R., Rassu S.: *Le banche dati in medicina*. Maggio '87.
27. Bulletti C., Filicori M., Bolelli G.F., Jasonni V.M., Flamigni C.: *L'amenorrea*. Giugno '87.
28. Zilli A., Pagni E., Piazza M.: *Il paziente terminale*. Luglio '87.
29. Pisani E., Montanari E., Patelli E., Trinchieri A., Mandressi A.: *Patologie prostatiche*. Settembre '87.
30. Cingolani M.: *Manuale di ematologia e citologia ematologica*. Novembre '87.
31. Kubasik N.P.: *Ibridomi ed anticorpi monoclonali*. Gennaio '88.

32. Andreoli C., Costa A., Di Maggio C.: *Diagnostica del carcinoma mammario*. Febbraio '88.
33. Jannini E.A., Moretti C., Fabbri A., Gnessi L., Isidori A.: *Neuroendocrinologia dello stress*. Marzo '88.
34. Guastella G., Cefalù E., Carmina M.: *La fecondazione in vitro*. Maggio '88.
35. Runello F., Garofalo M.R., Sicurella C., Filetti S., Vigneri R.: *Il gozzo nodulare*. Giugno '88.
36. Baccini C.: *Le droghe d'abuso (2)*. Luglio '88.
37. Piantino P., Pecchio F.: *Markers tumorali in gastroenterologia*. Novembre '88.
38. Biddau P.F., Fiori G.M., Murgia G.: *Le leucemie acute infantili*. Gennaio '89.
39. Sommariva D., Branchi A.: *Le dislipidemie*. Febbraio '89.
40. Butturini U., Butturini A.: *Aspetti medici delle radiazioni*. Marzo '89.
41. Cafiero F., Gipponi M., Paganuzzi M.: *Diagnostica delle neoplasie colo-rettali*. Aprile '89.
42. Palleschi G.: *Biosensori in Medicina*. Maggio '89.
43. Franciotta D.M., Melzi D'Eril G.V. e Martino G.V.: *HTLV-I*. Giugno '89.
44. Fanetti G.: *Emostasi: fisiopatologia e diagnostica*. Luglio '89.
45. Contu L., Arras M.: *Le popolazioni e le sottopopolazioni linfocitarie*. Settembre '89.
46. Santini G.F., De Paoli P., Basaglia G.: *Immunologia dell'occhio*. Ottobre '89.
47. Gargani G., Signorini L.F., Mandler F., Genchi C., Rigoli E., Faggi E.: *Infezioni opportunistiche in corso di AIDS*. Gennaio '90.
48. Banfi G., Casari E., Murone M., Bonini P.: *La coriagonadotropina umana*. Febbraio '90.
49. Pozzilli P., Buzzetti R., Procaccini E., Signore E.: *L'immunologia del diabete mellito*. Marzo '90.
50. Cappi F.: *La trasfusione di sangue: terapia a rischio*. Aprile '90.
51. Tortoli E., Simonetti M.T.: *I micobatteri*. Maggio '90.
52. Montecucco C.M., Caporali R., De Gennaro F.: *Anticorpi antinucleo*. Giugno '90.
53. Manni C., Magalini S.I. e Proietti R.: *Le macchine in terapia intensiva*. Luglio '90.
54. Goracci E., Goracci G.: *Gli allergo-acari*. Agosto '90.
55. Rizzetto M.: *L'epatite non A non B (tipo C)*. Settembre '90.
56. Filice G., Orsolini P., Soldini L., Razzini E. e Gulminetti R.: *Infezione da HIV-1: patogenesi ed allestimento di modelli animali*. Ottobre '90.
57. La Vecchia C.: *Epidemiologia e prevenzione del cancro (I)*. Gennaio '91.
58. La Vecchia C.: *Epidemiologia e prevenzione del cancro (II)*. Febbraio '91.
59. Santini G.F., De Paoli P., Mucignat G., e Basaglia G., Gennari D.: *Le molecole dell'adesività nelle cellule immunocompetenti*. Marzo '91.
60. Bedarida G., Lizioli A.: *La neopterina nella pratica clinica*. Aprile '91.
61. Romano L.: *Valutazione dei kit immunochimici*. Maggio '91.
62. Dondero F. e Lenzi A.: *L'infertilità immunologica*. Giugno '91.
63. Bologna M. Biorci L. Martinotti S.: *Gli Oncogeni*. Luglio '91.
64. Filice G., Orsolini P., Soldini L., Gulminetti R., Razzini E., Zambelli A. e Scevola D.: *Infezione-malattia da HIV in Africa*. Agosto '91.
65. Signore A., Chianelli M., Fiore V., Pozzilli P., Andreani D.: *L'immunoscintigrafia nella diagnosi delle endocrinopatie autoimmuni*. Settembre '91.
66. Gentilomi G.A.: *Sonde genetiche in microbiologia*. Ottobre '91.
67. Santini G.F., Fornasiero S., Mucignat G., Besaglia G., Tarabini-Castellani G. L., Pascoli L.: *Le sonde di DNA e la virulenza batterica*. Gennaio '92.
68. Zilli A., Biondi T.: *Il piede diabetico*. Febbraio '92.

69. Rizzetto M.: *L'epatite Delta*. Marzo '92.
70. Bracco G., Dotti G., Pagliardini S., Fiorucci G.C.: *Gli screening neonatali*. Aprile '92.
71. Tavani A., La Vecchia C.: *Epidemiologia delle patologie cardio e cerebrovascolari*. Luglio '92.
72. Cordido F., Peñalva A., De la Cruz L. F., Casanueva F. F., Dieguez C.: *L'ormone della crescita*. Agosto '92.
73. Contu L., Arras M.: *Molecole di membrana e funzione immunologica (I)*. Settembre '92.
74. Ferrara S.: *Manuale di laboratorio I*. Ottobre '92.
75. Gori S.: *Diagnosi di laboratorio dei patogeni opportunisti*. Novembre '92.
76. Ferrara S.: *Manuale di laboratorio II*. Gennaio '93.
77. Pinna G., Veglio F., Melchio R.: *Ipertensione Arteriosa*. Febbraio '93.
78. Alberti M., Fiori G.M., Biddau P.: *I linfomi non Hodgkin*. Marzo '93.
79. Arras M., Contu L.: *Molecole di membrana e funzione immunologica (II)*. Aprile '93.
80. Amin R.M., Wells K.H., Poiesz B.J.: *Terapia antiretrovirale*. Maggio '93.
81. Rizzetto M.: *L'epatite C*. Settembre '93.
82. Andreoni S.: *Diagnostica di laboratorio delle infezioni da lieviti*. Ottobre '93.
83. Tarolo G.L., Bestetti A., Maioli C., Giovanella L.C., Castellani M.: *Diagnostica con radio-nuclidi del Morbo di Graves-Basedow*. Novembre '93.
84. Pinzani P., Messeri G., Pazzagli M.: *Chemiluminescenza*. Dicembre '93.
85. Hernandez L.R., Osorio A.V.: *Applicazioni degli esami immunologici*. Gennaio '94.
86. Arras M., Contu L.: *Molecole di Membrana e funzione immunologica. Parte terza: I Infociti B*. Febbraio '94.
87. Rossetti R.: *Gli streptococchi beta emolitici di gruppo B (SGB)*. Marzo '94.
88. Rosa F., Lanfranco E., Balleari E., Massa G., Ghio R.: *Marcatore biochimici del rimodellamento osseo*. Aprile '94.
89. Fanetti G.: *Il sistema ABO: dalla sierologia alla genetica molecolare*. Settembre '94.
90. Buzzetti R., Cavallo M.G., Giovannini C.: *Citochine ed ormoni: Interazioni tra sistema endocrino e sistema immunitario*. Ottobre '94.
91. Negrini R., Ghielmi S., Savio A., Vaira D., Miglioli M.: *Helicobacter pylori*. Novembre '94.
92. Parazzini F.: *L'epidemiologia della patologia ostetrica*. Febbraio '95.
93. Proietti A., Lanzafame P.: *Il virus di Epstein-Barr*. Marzo '95.
94. Mazzarella G., Calabrese C., Mezzogiorno A., Peluso G.F., Micheli P, Romano L.: *Immunoflogosi nell'asma bronchiale*. Maggio '95.
95. Manduchi I.: *Steroidi*. Giugno '95.
96. Magalini S.I., Macaluso S., Sandroni C., Addario C.: *Sindromi tossiche sostenute da principi di origine vegetale*. Luglio '95.
97. Marin M.G., Bresciani S., Mazza C., Albertini A., Cariani E.: *Le biotecnologie nella diagnosi delle infezioni da retrovirus umani*. Ottobre '95.
98. La Vecchia C., D'Avanzo B., Parazzini F., Valsecchi M.G.: *Metodologia epidemiologica e sperimentazione clinica*. Dicembre '95.
99. Zilli A., Biondi T., Conte M.: *Diabete mellito e disfunzioni conoscitive*. Gennaio '96.
100. Zazzeroni F., Muzi P., Bologna M.: *Il gene oncosoppressore p53: un guardiano del genoma*. Marzo '96.
101. Cogato I. Montanari E.: *La Sclerosi Multipla*. Aprile '96.
102. Carosi G., Li Vigni R., Bergamasco A., Caligaris S., Casari S., Matteelli A., Tebaldi A.:

Malattie a trasmissione sessuale. Maggio '96.

103. Fiori G. M., Alberti M., Murtas M. G., Casula L., Biddau P.: *Il linfoma di Hodgkin*. Giugno '96.
104. Marcante R., Dalla Via L.: *Il virus respiratorio sinciziale*. Luglio '96.
105. Giovanella L., Ceriani L., Roncari G.: *Immunodosaggio dell'antigene polipeptidico tissutale specifico (TPS) in oncologia clinica: metodologie applicative*. Ottobre '96.
106. Aiello V., Palazzi P., Calzolari E.: *Tecniche per la visualizzazione degli scambi cromatici (SCE): significato biologico e sperimentale*. Novembre '96.
107. Morganti R.: *Diagnostica molecolare rapida delle infezioni virali*. Dicembre '96.
108. Andreoni S.: *Patogenicità di Candida albicans e di altri lieviti*. Gennaio '97.
109. Salemi A., Zoni R.: *Il controllo di gestione nel laboratorio di analisi*. Febbraio '97.
110. Meisner M.: *Procalcitonina*. Marzo '97.
111. Carosi A., Li Vigni R., Bergamasco A.: *Malattie a trasmissione sessuale (2)*. Aprile '97.
112. Palleschi G., Moscone D., Compagnone D.: *Biosensori elettrochimici in Biomedicina*. Maggio '97.
113. Valtriani C., Hurle C.: *Citofluorimetria a flusso*. Giugno '97.
114. Ruggenini Moiraghi A., Gerbi V., Ceccanti M., Barcucci P.: *Alcol e problemi correlati*. Settembre '97.
115. Piccinelli M.: *Depressione Maggiore Unipolare*. Ottobre '97.
116. Pepe M., Di Gregorio A.: *Le Tiroiditi*. Novembre '97.
117. Cairo G.: *La Ferritina*. Dicembre '97.
118. Bartoli E.: *Le glomerulonefriti acute*. Gennaio '98.
119. Bufi C., Tracanna M.: *Computerizzazione della gara di Laboratorio*. Febbraio '98.
120. National Academy of Clinical Biochemistry: *Il supporto del laboratorio per la diagnosi ed il monitoraggio delle malattie della tiroide*. Marzo '98.
121. Fava G., Rafanelli C., Savron G.: *L'ansia*. Aprile '98.
122. Cinco M.: *La Borreliosi di Lyme*. Maggio '98.
123. Giudice G.C.: *Agopuntura Cinese*. Giugno '98.
124. Baccini C.: *Allucinogeni e nuove droghe (I)*. Luglio '98.
125. Rossi R.E., Monasterolo G.: *Basofili*. Settembre '98.
126. Arcari R., Grosso N., Lezo A., Boscolo D., Cavallo Perin P.: *Eziopatogenesi del diabete mellito di tipo I*. Novembre '98.
127. Baccini C.: *Allucinogeni e nuove droghe (II)*. Dicembre '98.
128. Muzi P., Bologna M.: *Tecniche di immunoistochimica*. Gennaio '99.
129. Morganti R., Pistello M., Vatteroni M.L.: *Monitoraggio dell'efficacia dei farmaci antivirali*. Febbraio '99.
130. Castello G., Silvestri I.: *Il linfocita quale dosimetro biologico*. Marzo '99.
131. Aiello V., Caselli M., Chiamenti C.M.: *Tumorigenesi gastrica Helicobacter pylori - correlata*. Aprile '99.
132. Messina B., Tirri G., Fraioli A., Grassi M., De Bernardi Di Valserra M.: *Medicina Termale e Malattie Reumatiche*. Maggio '99.
133. Rossi R.E., Monasterolo G.: *Eosinofili*. Giugno '99.
134. Fusco A., Somma M.C.: *NSE (Enolasi Neurono-Specifica)*. Luglio '99.
135. Chieffi O., Bonferraro G., Fimiani R.: *La menopausa*. Settembre '99.
136. Giglio G., Aprea E., Romano A.: *Il Sistema Qualità nel Laboratorio di Analisi*. Ottobre '99.

137. Crotti D., Luzzi I., Piersimoni C.: *Infezioni intestinali da Campylobacter e microrganismi correlati*. Novembre '99.
138. Giovanella L.: *Tumori Neuroendocrini: Diagnosi e fisiopatologia clinica*. Dicembre '99.
139. Paladino M., Cerizza Tosoni T.: *Umanizzazione dei Servizi Sanitari: il Case Management*. Gennaio 2000.
140. La Vecchia C.: *Come evitare la malattia*. Febbraio 2000.
141. Rossi R.E., Monasterolo G.: *Cellule dendritiche*. Marzo 2000.
142. Dammacco F.: *Il trattamento integrato del Diabete tipo 1 nel bambino e adolescente (I)*. Aprile 2000.
143. Dammacco F.: *Il trattamento integrato del Diabete tipo 1 nel bambino e adolescente (II)*. Maggio 2000.
144. Croce E., Olmi S.: *Videolaparoscopia*. Giugno 2000.
145. Martelli M., Ferraguti M.: *AllergoGest*. Settembre 2000.
146. Giannini G., De Luigi M.C., Bo A., Valbonesi M.: *TTP e sindromi correlate: nuovi orizzonti diagnostici e terapeutici*. Gennaio 2001.
147. Rasso S., Manca M.G., Pintus S., Cigni A.: *L'umanizzazione dei servizi sanitari*. Febbraio 2001.
148. Giovanella L.: *I tumori della tiroide*. Marzo 2001.
149. Dessì-Fulgheri P., Rappelli A.: *L'ipertensione arteriosa*. Aprile 2001.
150. The National Academy of Clinical Biochemistry: *Linee guida di laboratorio per lo screening, la diagnosi e il monitoraggio del danno epatico*. Settembre 2001.
151. Dominici R.: *Riflessioni su Scienza ed Etica*. Ottobre 2001.
152. Lenziardi M., Fiorini I.: *Linee guida per le malattie della tiroide*. Novembre 2001.
153. Fazzi P.: *Dermatofiti e dermatofitosi*. Gennaio 2002.
154. Suriani R., Zanella D., Orso Giaccone G., Ceretta M., Caruso M.: *Le malattie infiammatorie intestinali (IBD) Etiopatogenesi e Diagnostica Sierologica*. Febbraio 2002.
155. Trombetta C.: *Il Varicocele*. Marzo 2002.
156. Bologna M., Colorizio V., Meccia A., Paponetti B.: *Ambiente e polmone*. Aprile 2002.
157. Correale M., Paradiso A., Quaranta M.: *I Markers tumorali*. Maggio 2002.
158. Loviselli A., Mariotti S.: *La Sindrome da bassa T3*. Giugno 2002.
159. Suriani R., Mazzucco D., Venturini I., Mazzarello G., Zanella D., Orso Giaccone G.: *Helicobacter Pylori: stato dell'arte*. Ottobre 2002.
160. Canini S.: *Gli screening prenatali: marcatori biochimici, screening nel 1° e 2° trimestre di gravidanza e test integrato*. Novembre 2002.
161. Atzeni M.M., Masala A.: *La β -talassemia omozigote*. Dicembre 2002.
162. Di Serio F.: *Sindromi coronariche acute*. Gennaio 2003.
163. Muzi P., Bologna M.: *Il rischio di contaminazione biologica nel laboratorio biosanitario*. Febbraio 2003.
164. Magni P., Ruscica M., Verna R., Corsi M.M.: *Obesità: fisiopatologia e nuove prospettive diagnostiche*. Marzo 2003.
165. Magri G.: *Aspetti biochimici e legali nell'abuso alcolico*. Aprile 2003.
166. Rapporto dello Hastings Center: *Gli scopi della medicina: nuove priorità*. Maggio 2003.
167. Beelke M., Canovaro P., Ferrillo F.: *Il sonno e le sue alterazioni*. Giugno 2003.
168. Macchia V., Mariano A.: *Marcatore tumorali nel cancro della vescica*. Luglio 2003.
169. Miragliotta G., Barra Parisi G., De Sanctis A., Vinci E.: *La Tuberculosi Polmonare: Diagnostica di Laboratorio*. Agosto 2003.

170. Aebischer T.: *Il Comitato Internazionale della Croce Rossa ed il Diritto Internazionale Umanitario*. Settembre 2003.
171. Martino R., Frallicciardi A., Tortoriello R.: *Il manuale della sicurezza*. Ottobre 2003.
172. Canigiani S. e Volpini M.: *Infarto acuto del miocardio: biochimica del danno cellulare e marcatori di lesione*. Novembre 2003.
173. La Brocca A., Orso Giaccone G., Zanella D., Ceretta M.: *Laboratorio e clinica delle principali affezioni tiroidee*. Dicembre 2003.
174. Savron G.: *Le Fobie*. Gennaio 2004.
175. Paganetto G.: *Evoluzione storica del rischio di patologie umane per contaminazione chimica ambientale*. Febbraio 2004.
176. Giovannella L.: *Iperparatiroidismo e tumori paratiroidi*. Marzo 2004.
177. Severino G., Del Zompo M.: *Farmacogenomica: realtà e prospettive per una "Medicina Personalizzata"*. Aprile 2004.
178. Arigliano P.L.: *Strategie di prevenzione dell'allergia al lattice nelle strutture sanitarie*. Maggio 2004.
179. Bruni A.: *Malattia di Alzheimer e Demenza Frontotemporale*. Giugno 2004.
180. Perdelli F., Mazzarello G., Bassi A.M., Perfumo M., Dalleria M.: *Eziopatogenesi e diagnostica allergologica*. Luglio 2004.
181. Franzoni E., Gualandi P., Pellegrini G.: *I disturbi del comportamento alimentare*. Agosto 2004.
182. Grandi G., Peyron F.: *La toxoplasmosi congenita*. Settembre 2004.
183. Rocca D.L., Repetto B., Marchese A., Debbia E.A.: *Patogeni emergenti e resistenze batteriche*. Ottobre 2004.
184. Tosello F., Marsano H.: *Scientific English Handout*. Novembre 2004.
185. La Brocca A., Orso Giaccone G., Zanella D.: *Iperensione arteriosa secondaria: clinica e laboratorio*. Dicembre 2004.
186. Paganetto G.: *Malattie Neoplastiche: dalla Paleopatologia alle Fonti Storiche*. Gennaio 2005.
187. Savron G.: *La sindrome dai mille tic: il disturbo di Gilles de la Tourette*. Febbraio 2005.
188. Magrì G., Baghino E., Florida M., Ghiara F.: *Leishmania*. Marzo 2005.
189. Lucca U., Forloni G., Tiraboschi P., Quadri P., Tettamanti M., Pasina L.: *Invecchiamento, deterioramento cognitivo e malattia di Alzheimer*. Aprile 2005.
190. Volpe G., Delibato E., Orefice L., Palleschi G.: *Tossinfezioni alimentari e metodiche recenti ed innovative per la ricerca dei batteri patogeni responsabili*. Maggio 2005.
191. Mazzarello M.G., Albalustri G., Audisio M., Perfumo M., L. Cremona G.: *Aerobiologia ed allergopatie*. Giugno 2005.
192. Scalabrino G., Veber D., Mutti E.: *Nuovi orizzonti biologici per la vitamina B12*. Luglio 2005.
193. Zepponi E.: *Guida pratica per gli utenti del laboratorio analisi*. Settembre 2005.
194. Faricelli R., Esposito S., Martinotti S.: *La sindrome da anticorpi anti-fosfolipidi*. Ottobre 2005.
195. Baccini C., Bezzi F., Conti M., Tazzari V.: *Doping e antidoping nello sport*. Novembre 2005.
196. Lozzi M.: *La Mediazione pacifica dei conflitti. Una risorsa socio-relazionale in ambito medico-sanitario*. Dicembre 2005.
197. Bracco G.: *Progettare un Laboratorio di Analisi*. Gennaio 2006.

198. Angelucci A.: *Apoptosi e sistema immunitario: regolazione e patologie associate*. Febbraio 2006.
199. Commissione Tecnica sul Rischio Clinico: *Risk management in Sanità. Il problema degli errori*. Marzo 2006
200. Casati G., Marchese E., Roberti V., Vichi M.C.: *La gestione dei processi clinico assistenziali per il miglioramento delle prassi*. Aprile 2006.
201. Zanella D., Ceretta M., Orso Giaccone G.: *Peptidi natriuretici: nuove frontiere in cardiologia?* Maggio 2006.
202. Cicala M., Dal Lago U., Vinci P., Maggiorotti M.: *L'accusa di malpractice in ambito medico*. Giugno 2006.
203. Martino R.: *Manuale Qualità UNI EN ISO 9001*. Luglio 2006.
204. Mazzarello M.G., Arata M., Perfumo M., Marchese A., Debbia E.A.: *Tubercolosi e micobatteri*. Settembre 2006.
205. Matrullo R.: *Anoressia: la negazione della sessualità come difesa narcisistica*. Ottobre 2006.
206. Crotti D.: *Le parassitosi intestinali ed uro-genitali*. Novembre 2006.
207. Orso Giaccone G., Zanella D., Ceretta M.: *Il referto interpretativo in infettivologia*. Dicembre 2006.
208. Baghino E., Magrì G., Nicoletti L., Novaro G., Vignale C., Mazzei C.: *Stato dell'arte delle aneuploidie fetali, dall'indagine clinica prenatale alla diagnosi anatomopatologica*. Gennaio 2007.
209. Mazzarello M.G., Brunetti R., Perfumo M., Torriglia A.M., Montresor G.: *Principali Tecniche Analitiche in uso nei Laboratori di Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche*. Febbraio 2007.
210. Orso Giaccone G., Zanella D., Ceretta M.: *Celiachia dalla A alla Z*. Marzo 2007.
211. Cingolani M., Sparviero E.: *Decidere ora per allora: il testamento biologico (dichiarazioni anticipate di trattamento)*. Aprile 2007.
212. Barletta G., Pastacaldi V., Peracino A.P.: *La misura dei processi nella medicina di laboratorio*. Maggio 2007.
213. Rassu S., Masia L., Delussu P., Chessa P., Demartis M.G., Moroso G.: *Manuale per il supporto vitale di base e la defibrillazione precoce (BLS-D)*. Giugno 2007.
214. Anchisi R., M. Gambotto Dessy: *Il Burnout del personale sanitario*. Marzo 2008.
215. Gulletta E., Orrico F., Foti D.P.: *Clinical Governance nel Laboratorio Biomedico*. Aprile 2008.
216. Rochira V., Scaltriti S., Zirilli L., Carani C.: *Il ruolo degli estrogeni nel maschio*. Maggio 2008.
217. Gulletta E., Foti D.P., Corsi M.M., Galliera E.: *Citochine e Chemochine*. Giugno 2008.
218. Zambotto F.M.: *La biotecnologia transgenica utilizzata nella produzione degli alimenti di origine vegetale*. Settembre 2008
220. Morra A., Odetto L., Bozza C., Bozzetto P., Agostinis S., Bariona M.: *Compendio di Medicina delle Grandi Emergenze*. Novembre 2008
221. Di Lonardo A., Fagnani C., Pulciani S.: *I Microarray*. Dicembre 2008

222. Di Lonardo A., Fagnani C., Pulciani S.: *Applicazioni dei microarray (1)*. Marzo 2009
223. Di Lonardo A., Fagnani C., Pulciani S.: *Applicazioni dei microarray (2)*. Giugno 2009
224. Di Carlo A., Mariano A., Macchia V.: *Struttura e Funzioni delle Matrix Metallo-Proteinasi (MMPs)*. Settembre 2009
225. Torricelli F. Giuliani C.: *Farmacogenetica: aspetti diagnostici, applicazioni cliniche e prospettive future*. Febbraio 2010.
226. Montagnana M., Lippi G., Salvagno G.L, Guidi G.C.: *Vecchi e nuovi marcatori di Sindrome Coronarica Acuta. "Ischemia Modified Albumin": Storia di un marcatore "cardiaco"*. Marzo 2010.
227. Coghe F., Coni P., Orrù G., Gavino G.: *Determinazione molecolare del KRas*. Giugno 2013.
228. Tozzoli R., D'Aurizio F.: *L'Immunochemiluminescenza nella Diagnostica di Laboratorio*. Gennaio 2014.
229. Giavarina D.: *Evidence Based Medicine: impiego dei test di laboratorio*. Luglio 2014.
230. Fiore E., Latrofa F., Provenzale M. A., Vitti P.: *Tiroidite Cronica Autoimmune*. Settembre 2014.
231. Crapanzano C.: *Vitamina D*. Ottobre 2014.
232. Pulcinelli F. M., Maltese T., Temperilli F.: *Piastrine, farmaci antiaggreganti e metodiche di laboratorio*. Aprile 2015.
233. Testino G., Florio A., Balbinot P.: *Le patologie alcol correlate*. Settembre 2015.
234. Dall'Olio G., Fortunato A.: *Il laboratorio nella diagnosi di gravidanza*. Ottobre 2015
235. Zanella D., Mazzucco D., Grosso S., Serra A.M.: *Aspetti clinici di appropriatezza diagnostica nella diagnosi differenziale dei disordini intestinali "IBS like"*: Marzo 2016.
236. La Gioia A., Rocco V., Balboni F., Fiorini F. e Pezzati P.: *La diagnostica morfologica delle anemie*. Ottobre 2016.
237. Micheli P., Carrabba A., Carrino E., Micheli M., Piccolo G., Salatiello G.: *Aspetti molecolari del carcinoma polmonare*. Dicembre 2016.
238. Pansecco Pistarino V., Rebora G.: *Le Terme di Acqui nel panorama del termalismo italiano*. Giugno 2017.
239. Buoro S.: *Diagnostica ematologica di laboratorio Morfologia, Tecnologia e Workflow*. Dicembre 2018.
240. Bottaro L.C.: *Per un nuovo management socio-sanitario: la Medicina di Condivisione*. Settembre 2019.

Caleidoscopio
Rivista mensile di Medicina
anno 37, numero 240

Direttore Responsabile

Sergio Rassu
Tel. mobile 338 2202502
E-mail: sergiorassu@yahoo.it

Progettazione e Realizzazione



Restless Architect
of Human Possibilities s.a.s.
<https://rahp.it>

Consulenti di Redazione

Giancarlo Mazzocchi

Responsabile Ufficio Acquisti

Francesca Salvi

Segretaria della Direzione RAHP

Maria Speranza Giola

Servizio Abbonamenti

Laura Cecchi

**Segretaria della Direzione
Medical Systems SpA**

Giuseppina Cuniatti

EDITORE

...il futuro ha il cuore antico.  **MEDICAL SYSTEMS SpA**

Via Rio Torbido, 40

16165 Genova (Italy)

Tel. 010 83401 Numero Verde 800 801005 (senza prefisso);

Telefax 010/8340310- 809070.

Internet URL: <http://www.medicalsystems.it>

Editoria: <http://www.medicalsystems.it/area-formazione-e-informazione/editoria/>

Stampa

Tipolitografia Nuova ATA

Via Gelasio Adamoli, 281 - Genova

Tel. 010 513120 - Fax 010 503320 - info@nuovaata.com - www.nuovaata.com

Registrazione Tribunale di Genova n. 34 del 31/7/1996

Iscrizione al Registro Nazionale della Stampa n° 2661 del 2 Settembre 1989

Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n° 1188

Finito di stampare: Settembre 2019

Sped. in Abb. Post. 45%

Pubblicazione protetta a norma di legge dall'Ufficio proprietà letteraria, artistica e scientifica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dedicata all'aggiornamento professionale continuo e riservata ai medici.



