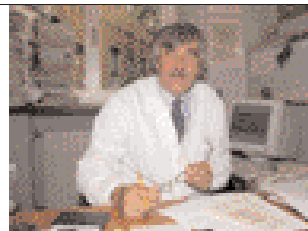




Il contenimento delle spese ospedaliere



Diventa sempre più arduo coniugare la volontà di rispondere al meglio ai bisogni della popolazione e la necessità di far quadrare i conti in sanità.

Per far fronte al problema di una spesa sanitaria definita eccessiva e fuori controllo, la Regione ha deciso di coprire il costo delle prestazioni sanitarie fino a un limite di spesa prestabilito. Ha inoltre richiesto la collaborazione di ospedali e case di cura convenzionate per mettere a punto soluzioni anti-spreco e strategie che riducano prestazioni inutili, razionalizzino gli interventi, favoriscano la raccolta fondi...

Si tratta di una presa di posizione a prima vista dura, ma che merita alcune riflessioni.

Ritengo infatti non sia sbagliato chiedere alle aziende ospedaliere una certa imprenditorialità, un maggior impegno alla ricerca di finanziamenti autonomi al di fuori dei meri contributi regionali. Soprattutto, credo sia indispensabile impegnarsi per un utilizzo più razionale e rigoroso dei DRG.

Il DRG (Diagnosis Related Groups) è il rimborso che la Regione concede all'ospedale e alla clinica per il ricovero di un malato. L'importo rimborsato dipende dal tipo di prestazioni erogate per una data malattia (infarto, ictus, ulcera ecc.), indipendentemente dal numero di giornate di degenza.

Il meccanismo, importato dagli Stati Uniti con buone intenzioni (evitare gli sprechi innanzitutto), si presta però a potenziali abusi quali ricoveri non necessari, enfaticizzazione dei quadri clinici, eccessi diagnostici e terapeutici alla ricerca di DRG più sostanziosi.

Si tratta di situazioni moralmente a rischio: l'ospedale o la clinica potrebbero essere tentati infatti di considerare con benevolenza incrementi anche "non ortodossi" dei DRG. Anche il medico potrebbe sentirsi autorizzato a perseguire, nell'interesse aziendale, obiettivi discutibili.

È quindi condivisibile, in primo luogo sul piano morale, che a chi opera in sanità venga richiesto un maggior impegno ad individuare efficaci strumenti di controllo e operare necessarie razionalizzazioni economiche! Sono convinto però sia opportuno fare un passo in più: prevedere analisi quotidiane dell'operato di direttori generali, proprietari di cliniche private, medici, per garantire un comportamento etico, che risponda cioè in modo appropriato ai bisogni reali dei pazienti senza cedere a tentazioni economiche e a tentativi di strumentalizzazione del sistema.

Alberto Scanni

Direttore Oncologia Medica
Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli
e Oftalmico di Milano

FBF

ONCOLOGIA

La Newsletter
dell'Unità Operativa di
Oncologia Medica
Azienda Ospedaliera
Fatebenefratelli e Oftalmico
di Milano

Anno 2, n. 5, dicembre 2005
Reg. Trib. di Brescia
n° 31/2004 del 16/8/2004

in questo numero

pag. 2 Il melanoma •
pag. 4 L'assistenza a
domicilio, scelta di
qualità • pag. 6 Una
casa per chi è solo •
pag. 7 Le pazienti
raccontano: il
cammino della
rinascita



Il melanoma

Il melanoma è un tumore maligno che prende origine dalla trasformazione e proliferazione dei melanociti, cellule presenti nello strato basale dell'epidermide, responsabili della produzione di melanina (il pigmento che dà colore alla nostra pelle). Può crescere su una zona di cute normale, oppure insorgere su una lesione preesistente che degenera sotto l'influenza di stimoli esterni.

L'incidenza di questo tumore è in aumento in tutto il mondo, solo in Europa vengono diagnosticati circa 60.000 nuovi casi ogni anno. Fattori ambientali o voluttuari, legati allo stile di vita – sembrano essere responsabili di questo aumento d'incidenza, specie nei soggetti di carnagione chiara.

I fattori di rischio

Sono fattori di rischio di primaria importanza quelli legati alle caratteristiche proprie della persona:

- presenza di nevi melanocitici benigni
- presenza di efelidi (lentiggini)
- presenza di tre o più nevi melanocitari clinicamente atipici o displasici
- presenza di nevi melanocitari congeniti
- pregressa asportazione di melanoma maligno

L'80% circa dei melanomi si ritiene tuttavia sia legato ai danni derivanti dall'esposizione alle radiazioni ultraviolette di una cute soggetta a ustionarsi facilmente (pelle chiara o rossastra, con molte efelidi, che si abbronzano con difficoltà e sviluppa nevi in risposta alle prime esposizioni solari).

La prima arma? La prevenzione!

Prevenire il melanoma è possibile, adottando alcuni utili suggerimenti che riguardano in particolare l'esposizione al sole.

È necessario educare la popolazione sulle abitudini a rischio. In particolare è bene sapere che:

- devono fare attenzione soprattutto i bambini e le persone con cute chiara, che dovrebbero proteggersi dal sole, soprattutto nelle ore più calde, con ombrelloni, teli, magliette, cappellini

- le creme solari proteggono la pelle dalle ustioni, ma non riducono i danni solari dovuti all'eccessiva esposizione
- è sconsigliabile l'abbronzatura artificiale (lampade, lettini solari) se ottenuta con apparecchi vecchi e pertanto poco sicuri.



Particolare attenzione in montagna: ad alta quota la grande concentrazione dei raggi UV prodotta dalla maggiore rarefazione dell'aria richiede una protezione più alta. Occorre ricordare che i raggi UV passano anche attraverso il vetro, l'acqua e la plastica e sono riflessi da specchi, sabbia e pavimentazioni chiare e lucide e che la neve ha un potere di riflessione maggiore dell'acqua.





La dermoscopia al Fatebenefratelli

L'Associazione Progetto Oncologia UMAN.A ha mostrato – ancora una volta – la sua sensibilità e generosità verso le iniziative dell'Oncologia, donando un dermatoscopio, un prezioso ausilio per i medici impegnati a combattere il melanoma.

Negli ultimi anni la diagnosi di melanoma si è avvantaggiata dell'ausilio della **dermoscopia** che costituisce l'anello di congiunzione fra la diagnosi clinica e quella istologica. La valutazione dermoscopica si basa sull'osservazione, lo studio e l'interpretazione delle strutture e delle caratteristiche morfologiche delle lesioni pigmentate cutanee.

Il dermatoscopio. Strumento manuale, rappresenta una sorta di lente di ingrandimento per esaminare i nevi sospetti. Con questo ausilio – più sensibile del semplice "occhio nudo" - si è assistito ad un incremento del numero di melanomi diagnosticati in fase precoce, quando cioè non hanno ancora dato metastasi a distanza. Questa metodica da inoltre la possibilità di fotografare le lesioni sospette per poterle monitorare nel tempo. Attraverso un computer e internet sarà anche possibile – in un futuro prossimo – inviare l'immagine della lesione sospetta a specialisti del settore e chiedere una consulenza a distanza.

Ambulatorio melanoma

Presso l'Unità Operativa di Oncologia Medica verrà presto aperto un ambulatorio finalizzato alla diagnosi precoce di melanoma, a cui potranno accedere tutti i cittadini per sottoporsi ad un accurato esame dei nevi.

La diagnosi precoce

Scoprire un melanoma quando è in fase iniziale garantisce nella stragrande maggioranza dei casi, prognosi estremamente positive. Perché funzioni è necessario sensibilizzare la popolazione sugli esami da fare per mantenersi "sotto controllo". In particolare è bene eseguire periodicamente:

- l'autoesame della pelle
- una visita dermatologica annuale.

I campanelli d'allarme

È importante rivolgersi al medico per un controllo in caso di:

- modificazione di una formazione pigmentata preesistente in un periodo di alcuni mesi, specie dal punto di vista delle dimensioni e del colore
- aumento di spessore del nevo preesistente
- comparsa di sintomi e segni quali: prurito, ulcerazione del nevo, sanguinamento.

Il melanoma

La sigla ABCDE

Riassume i segni clinici sospetti per melanoma:

- A** asimmetria della lesione
- B** bordi irregolari
- C** colore policromo (dal marrone chiaro al nero)
- D** diametro della lesione > 6 mm
- E** evoluzione della lesione (incremento volumetrico)

Le terapie

Quando un paziente nota la comparsa anche di uno solo di questi segni sospetti deve rivolgersi ad un medico esperto (dermatologo, oncologo) per un'ispezione di tutta la cute e l'eventuale asportazione del nevo sospetto.

In caso di sospetto melanoma sono infatti da bandire tutte quelle tecniche chirurgiche che non consentono l'escissione dell'intera area della lesione (biopsia incisionale, enucleazione seguita da elettrocoagulazione, crioterapia). L'escissione deve infatti avvenire in "tessuto sano" cioè i margini del tessuto asportato non devono essere interessati da malattia. Il nevo asportato deve inoltre essere inviato all'anatomo-patologo per un attento esame istologico che permetta di definire la natura della lesione asportata (benigna o maligna).

Karen Borgonovo

Specializzanda in Oncologia

L'assistenza a domicilio

Nell'ottica di assistenza a "tutto tondo" dei pazienti, il Fatebenefratelli, grazie all'ausilio della Associazione Progetto Oncologia UMAN.A, ha potenziato i servizi a favore dei malati terminali, fornendo un aiuto prezioso, al malato e ai familiari, nella fase più critica e dolorosa della malattia.

La scelta di assistere i nostri malati a domicilio è nata dalla considerazione che, per un paziente che ha davanti un tempo limitato, il luogo più adatto a far sì che questo periodo rimanga vita vera, anche se limitata fisicamente dalla malattia, è la propria casa: gli affetti, le abitudini, gli ambienti conosciuti sono elementi vitali per ogni individuo e, a maggior ragione, per chi, in modo più o meno cosciente, sente comunque la vita sfuggirgli.

D'altra parte le cure necessarie per un paziente di questo tipo sono finalizzate esclusivamente al controllo dei sintomi e devono essere adattate al singolo caso nel momento in cui sia richiesto: si tratta di terapie personalizzate da modificare con una frequenza di visite medico-infermieristiche modulata sui bisogni del paziente e sulle richieste della famiglia.

Un servizio di assistenza domiciliare, con reperibilità continua 24 ore su 24, costituito da un'equipe capace di rispondere alle esigenze di malato e famiglia, è lo strumento più adeguato a tale scopo.

I criteri di valutazione

Per ottenere dei buoni risultati e, ancor prima, per poter essere messa in atto, questa modalità di assistenza necessita ovviamente di alcune condizioni essenziali che devono essere tenute ben presenti da chi ha il compito di valutare l'opportunità di intraprendere questa strada: consenso del paziente che, a seconda della consapevolezza di malattia, deve comunque essere d'accordo ad accettare questa scelta presa di coscienza della famiglia, a cui vengono fatti presenti sia gli oneri che ne derivano sia i benefici che ne ritrarrà il

ilio, scelta di qualità

loro congiunto; abitazione dotata dei requisiti minimi indispensabili all'assistenza di un malato condizioni cliniche del paziente che non richiedano apparecchiature e strumenti non disponibili a domicilio.

L'esperienza ci ha confermato che, a queste condizioni, la modalità di cura domiciliare è sicuramente vantaggiosa per il paziente, consente alla famiglia di essere protagonista di un evento cruciale della propria vita e rende possibile, dopo la morte del malato, una più naturale elaborazione del lutto.

Non facciamo carità

È bene non dimenticare che l'assistenza domiciliare non è un'attività di tipo caritativo (anche se sostenuta da associazioni di volontariato) e non costituisce un rimedio alla carenza di posti letto ospedalieri, o un ripiego rispetto al ricovero in strutture specializzate (hospice). È una modalità di cura ed assistenza finalizzata alla migliore qualità di vita anche per i pazienti che non possono più beneficiare di terapie specifiche.

Se malati e famigliari riusciranno attraverso le parole di chi propone l'assistenza a domicilio, ad avere la percezione degli oneri che si assumono, ma

soprattutto dei benefici che ne deriveranno al loro familiare, certamente la collaborazione fra famiglia ed equipe sarà facilitata a tutto beneficio della qualità delle cure e della qualità della vita del paziente.

Edoarda Manfredini

Crocrossina, coordinatrice del Gruppo Assistenza domiciliare pazienti terminali



Cosa offre il servizio A disposizione 24 ore su 24!

A partire dal 1994 abbiamo attivato una équipe di assistenza domiciliare che, gratuitamente, con reperibilità 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, assiste a domicilio i nostri pazienti terminali, occupandosi del controllo dei sintomi (dolore, inappetenza, mancanza di respiro...), dando supporto ai familiari e, quando possibile, fornendo presidi ortopedici e sanitari.

L'attivazione di un'équipe autonoma di assistenza domiciliare è nata con l'esigenza di fornire:

1. una continuità assistenziale al paziente
2. una rapidità di presa in carico al momento del bisogno
3. la possibilità di gestire a domicilio eventi critici del paziente (anche al di fuori della terminalità) con competenza oncologica ed in stretta collaborazione con il personale del reparto.

L'équipe è formata da un medico e da tre infermieri, di cui uno coordinatore del gruppo. Dal 1994 ad oggi sono stati oltre 719 i pazienti seguiti a casa, ma è previsto un piano di sviluppo per incrementare tale attività.

Progetto regionale

La nostra équipe di assistenza domiciliare è entrata a far parte del "Progetto sperimentale per la realizzazione di cure palliative domiciliari per il paziente oncologico terminale" ideato dalla Regione, che prevede il raccordo e l'integrazione tra i servizi oncologici e di cure palliative degli ospedali con la rete dei servizi territoriali di assistenza sanitaria già in funzione (118, farmacie, servizio di nutrizione artificiale della ASL...) e con le associazioni di volontariato.

Una casa per chi è solo

La necessità di seguire pazienti oncologici in fase terminale si è imposta sempre più urgentemente in questi ultimi anni andando di pari passo con la crescente “solitudine” all’interno della nostra società. Per questo motivo l’Associazione Progetto Oncologia Umana, che già si era impegnata nell’organizzare e sostenere il programma di assistenza domiciliare, ha negli ultimi tempi anche realizzato l’Hospice “Casa Claudia Galli”, attivo presso la Divisione di Oncologia Medica dell’Ospedale Fatebenefratelli, dal settembre 2003.

In questi 2 anni abbiamo ricoverato presso la nostra struttura, che dispone di 8 posti letto, 294 pazienti, con un’età media di 71 anni. L’attesa per il ricovero è stata di 7 giorni, la degenza media 24 giorni. Le 530 richieste

(evase 55,4%) hanno avuto diversa provenienza: esterno (56%), oncologia FBF (25%), altri reparti FBF (18%). Le patologie più frequenti sono state: tumore del colon (13,6%), mammella (10,8%), polmone (12,5%), fegato e vie biliari (8,8%), apparato urinario e prostata (7,1%), esofago e tumore gastrico (5,4%), tumori ginecologici (4,4%), pancreas (6,8%), ORL (3,4%), encefalo (4%), altre sedi (8,1%). Per l’inserimento dei pazienti nella lista d’attesa, al fine di determinare le priorità di ricovero, abbiamo creato una “griglia” che tenesse conto sia degli aspetti strettamente clinici come il dolore (84%), la dispnea (62%), l’astenia (97%), l’immobilità (90%), sia di quelli “psicosociali”, come la solitudine (33,3%) e situazioni familiari problematiche (79%). La situazione che più ha inciso sulle richieste di ricovero è stata sicuramente la solitudine del paziente, non più in grado di gestire autonomamente la propria

malattia. Quando esiste una rete familiare la richiesta di ricovero è motivata dalla “perdita di tenuta” della famiglia, che fino a quel momento è stata in grado di contenere le ansie e le angosce connesse alla patologia oncologica. La regolare presenza di una psicologa nella nostra équipe ha consentito di contenere ed elaborare le problematiche familiari relative sia al lutto “anticipato” che a quello “patologico”: sono stati effettuati 290 colloqui su un totale di 107 pazienti di cui l’8,2% dopo la morte del paziente. Dall’analisi dei dati raccolti si deduce che la solitudine e le difficoltà familiari incidono pesantemente nelle richieste di ricovero presso gli hospice. Questi motivi devono essere la spinta per la creazione di strutture simili su tutto il territorio nazionale.

Cristina Mantica
Responsabile Hospice
Fatebenefratelli

Il cammino della rinascita

la pena di subire un'altra operazione? Sarà davvero finita? Forse dovrei lasciar perdere...". In questo stato confusionale, la sera prima dell'intervento sono andata a un colloquio con un giovane psicologo. Nel vederlo, mi domandai: "Come può lui, un uomo, capire cosa prova una donna di fronte alla necessità di accettare il proprio corpo senza un seno?" Sono felice di ammettere di essermi sbagliata. Quel giovane mi ha fatto capire che ora ero in guerra, che il mio nemico era il cancro e quando ne sarei uscita vincente avrei dovuto portare la mia cicatrice con orgoglio. Aggiunse anche che se non avessi accettato la mutilazione avrei potuto in un secondo momento chiedere di ricostruirlo. Ha paragonato i miei due seni alle torri gemelle: anche io avrei dovuto decidere se ricostruirle oppure lasciarle come sono. Devo ringraziarlo per la forza che mi ha trasmesso.

Ma al Fatebenefratelli ho fatto altre preziose conoscenze, in particolare la signora Anna, una volontaria, un vero angelo in terra. Durante un controllo mi fece leggere di una donna che sei mesi dopo aver finito la chemio aveva percorso in bicicletta con suo marito il tragitto da Milano a Roma ed era felicissima di avercela fatta. Mi scattò qualcosa nella testa. Decisi di fare una scommessa con me stessa: appena finita la chemio avrei intrapreso il cammino di Santiago di Compostela, 800 km a piedi con uno zaino di 10 kg sulle spalle. Così feci: il 18 giugno, a un mese dal termine delle terapie, sono partita con due amiche nonostante i pareri contrari di alcune persone a me vicine. Decisi di ascoltarmi, sentivo che per me questa scelta era vitale. Pensavo "La medicina mi ha aiutato, ma io cosa sto facendo per me

stessa?" Avevo bisogno di sentirmi forte e coraggiosa, volevo rinascere e migliorarmi.

Questa mia decisione fu premiata.

Durante il cammino mi sono misurata molte volte con la volontà di arrivare alla fine, superando la stanchezza, la pioggia, la grandine ed il sole.

Ho saputo ascoltare il mio corpo che si stava rigenerando piano piano e arrivata a Santiago ho deciso di continuare fino a Finisterre dove gli antichi pensavano finisse la terra.

In questo posto ho svolto il rito di ogni pellegrino, quello di bruciare un indumento indossato durante il cammino per bruciare con esso il passato e per avere buoni auspici per il futuro. Nel farlo mi sono detta "Qui finisce la terra e qui finisce la mia malattia".

Questo percorso che voglio definire "il cammino della rinascita" doveva servire solo a rigenerarmi e a darmi la conferma che questo cancro non mi aveva piegato in due, ma mi ha permesso anche di scoprire un'altra parte di me.

Un'altra cosa che il cammino mi ha regalato è stato scoprire nuove emozioni.

Su una targa affissa fuori da una chiesetta abbandonata avevo letto:

"Pellegrino che stai andando, è così importante la meta? Non è meglio soffermarsi ed osservare il rio, il fiore, il sasso e sentire la presenza di Dio...?".

È proprio vero. Non sappiamo più assaporare il profumo dei fiori, lo scorrere delle acque... la vita frenetica ci consuma e ci abbrutisce.

Quale emozione scoprire come è facile

vivere con i ritmi naturali e

cogliere dalle più piccole e

insignificanti cose la gioia e

la voglia di vivere.

Provateci... basta iniziare.

Angela



La Newsletter
dell'Unità Operativa di
Oncologia Medica
Azienda Ospedaliera
Fatebenefratelli e Oftalmico
di Milano

www.fbf.milano.it/oncologia

Anno 2, n. 5, dicembre 2005

Direttore scientifico
Alberto Scanni

Direttore responsabile
Sabrina Smerrieri

Coordinamento redazionale
Mauro Boldrini, Gino Tomasini

Redazione
Silvia Perrone, Sergio Ceccone,
Daniela Peliccioli, Carlo Buffoli,
Giuliano D'Ambrosio

Segreteria di redazione
Sheila Zucchi

Intermedia Editore
Via Malta 12/b
25124 Brescia
Tel. 030.226105
Fax 030.2420472
Via Costantino Morin, 44
00195 Roma
Tel. 06.3723187
www.medinews.it
imediabs@tin.it

Stampa
Officine Grafiche Staged

Progetto
Oncologia
Uman.A

C.so di Porta Nuova 23
20121 Milano

Tel. 02.63632255

e-mail:

joanna.landi@fbf.milano.it