

TOSCANA MEDICA

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

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

GENNAIO 2017 **1**

Tiepolo



**Gravidanza
e vaccini**



**L'abitudine al fumo
in Toscana**



**Solitur
ambulando**



**Il problema della
continuità terapeutica**

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE







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

Direttore Responsabile
Antonio Panti

Redattore Capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segreteria di redazione
Antonella Barresi

Direzione e Redazione
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 496522 - telefax 055 481045

<http://www.ordine-medici-firenze.it>

toscanamedica@ordine-medici-firenze.it

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

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

www.polistampa.com
redazione@polistampa.com

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

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

toscanamedica@ordine-medici-firenze.it

Fondato da
Giovanni Turziani

In copertina
Tiepolo
*Cerere,
Trittolemo,
divinità fluviale
e un satiro.*
Disegno dall'album
Horne



Antonio Panti



Bruno Rimoldi



Simone Pancani



Antonella Barresi

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

4 Tiepolo
F. Napoli

EDITORIALE

5 Forgotten men
di Antonio Panti

OPINIONI A CONFRONTO a cura di S. Pancani

**6 Convincere ma non costringere;
il problema della continuità terapeutica**
F. Cantini, T. Corona, M. Galeazzi, A. Mugelli, A. Nastruzzi, N. Pimpinelli

12 La continuità terapeutica come problema complesso
di A. Panti

QUALITÀ E PROFESSIONE

13 Gravidanza e vaccini
M. De Martino

15 L'abitudine al fumo in Toscana
M. Grazzini

18 Violenza contro la donna: lo *stalking*
F. Bellato

21 Invalidità civile per stranieri
D. Lepore

24 Solvitur ambulando
M. Migliolo

28 Notizie sui NAO
T. Corona

RICERCA CLINICA

32 Angiogenesi coronarica e cardiopatia ischemica
P. Utari

MEDICINA LEGALE

35 Aspetti medico-legali della Legge 41/2016
M. Gabrielli

SANITÀ NEL MONDO

36 Da Obamacare a Trumpcare
G. Maciocco

POLITICHE PER L'EQUO ACCESSO SALUTE

**39 Banca Mondiale, Fondo Monetario, Commissione Europea:
lacci alla salute dalle politiche creditizie?**
D. Dionisio

FRAMMENTI DI STORIA

41 L'eclampsia della principessa Anna Maria
F. Praticchizzo

**43 Filippo Mazzei, un "toscano illustre"
che fu anche "chirurgo"**
F. Carnevale

9, 23 - CONVEGNI E CONGRESSI

46 - NOTIZIARIO

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Inviare gli articoli a: toscanamedica@ordine-medici-firenze.it, con un abstract di 400 battute compresi gli spazi e 5 parole chiave
- Lunghezza max articoli: 6 mila battute spazi inclusi (2-3 cartelle), compresa iconografia
- Lunghezza max Lettere al Direttore: 3 mila battute spazi inclusi
- Taglio divulgativo e non classicamente scientifico

- No Bibliografia ma solo un indirizzo e-mail a cui richiederla
- Non utilizzare acronimi
- **Primo autore: inviare una foto e un curriculum di 400 battute (spazi inclusi) da inserire nel testo e per motivi redazionali un numero telefonico o un indirizzo postale**
- Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di appartenenza
- Criterio di pubblicazione: per data di ricevimento

Tiepolo

disegni di sommessità, elegante bellezza

di Federico Napoli

Il luogo, l'oggetto, il contenuto: quest'ultimo è costituito da un gruppo di disegni a penna realizzati da Giambattista Tiepolo probabilmente fra il 1740 e il 1760 e provenienti da un album settecentesco (l'oggetto) oggi in corso di restauro. Invece, il luogo si identifica con il Museo Horne di Firenze, raffinata raccolta operata da un architetto e storico inglese di nome Herbert Percy Horne, che in questa "casa del Quattrocento", acquistata nel 1911 e arredata con gusto collezionistico, identificò il suo sogno di rivivere il passato. Oggi e fino al 19 febbraio questi tre aspetti si riassumono in una mostra dal titolo "Tiepolo. Disegni dall'album Horne". Giambattista Tiepolo nacque a Venezia nel 1696, rivelandosi uno tra i più significativi interpreti dell'ultima stagione culturale di Venezia prima della sua caduta politica; fu autore di solari cicli di affreschi ispirati da mitologia e storia, a Palazzo Labia (Venezia), a Villa Pisani (Strà), al Palazzo Reale di Madrid dove morì nel 1770.

Esposta è una parte consistente dei 48 disegni realizzati da Tiepolo e contenuti in questo album – uno dei pochi al mondo – conservato nel museo fio-

rentino, ma che forse in origine ne conteneva circa 120. Sono realizzati a penna e acqua tinta, avendo come supporto il foglio di carta bianca e in essi si riconosce la mano di Tiepolo nella abbagliante luminosità, nel tocco leggero, nella leggiadria della composizione, nel capriccioso accostamento delle figure, nella generale gioiosità anche un po' melanconica che essi ispirano. In altre parole, perizia artistica e maestria in un gusto rococò. Il corpus di disegni di Giambattista Tiepolo, smembrato a livello internazionale, è estremamente vasto, dove accanto a disegni finiti per la vendita e disegni per le acqueforti, si distinguono altri due gruppi fondamentali: quelli preparatori di opere più ampie e spesso allora concentrati su di un particolare specifico; oppure, gli altri definibili come "autonomi", cioè volti a dare corpo ad una ispirazione momentanea, ovvero esercizio di sperimentazione o di evasione. Nel caso della mostra fiorentina, i disegni esposti, realizzati con fluidità, risultano studi, in vista di un loro possibile sviluppo in opere pittoriche più ampie: traspaiono, infatti, echi di forme figure e posizioni riferibili agli affreschi della Scuola dei Carmini (Venezia), di Villa Valmarana (Vicenza), del Palazzo Arcivescovile di Würzburg. Sono lavori frutto del capriccio della fantasia, con

Allegoria della Prudenza con un fanciullo e amorino su nubi

Psiche e amorino su nubi (particolare)

qualche suggestione orientaleggiante, realizzati in una società dove operano Goldoni e Vivaldi, Bellotto e Casanova fino a un giovane Francesco Guardi, ma con un possibile anteriore riferimento artistico a Sebastiano Ricci, in un mondo fine Settecento che sempre più sta cambiando sotto l'influsso del pesante neoclassicismo di Anton Raphael Mengs.

La mostra, curata da Elisabetta Nardinocchi e Matilde Casati, grazie agli sponsor coinvolti prevede uno scambio fra Firenze e Venezia: ora il restauro di Tiepolo pittore veneziano a Firenze, in futuro il recupero di un'opera del Maestro di Badia a Isola nella città lagunare (Fondazione Cini). Il tutto per celebrare il centenario della nascita della Fondazione Horne, avvenuta nel 1917.

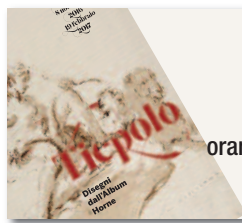
Tiepolo. Disegni dall'album Horne

Museo Horne, Firenze

Fino al 19 febbraio 2017

orario: lunedì-domenica 10.00-14.00 (chiuso mercoledì)

info e prenotazioni: tel. 055 244661



Forgotten men

di Antonio Panti

Dovrebbe essere motivo di riflessione la parola d'ordine con cui Donald Trump ha vinto inopinatamente le elezioni americane. Trump non si è rivolto ai poveri o ai diseredati anzi, a giudicare dalla composizione del suo governo, questa non sembra la sua massima preoccupazione. Il candidato Presidente ha parlato alle persone che si sentono dimenticate, trascurate dalla politica, escluse da ogni forma di potere, quelle stesse che fino a qualche tempo prima rappresentavano ceti in ascesa sociale, certi che i propri figli avrebbero avuto un avvenire migliore del loro. Ebbene, questo disagio si è manifestato col voto, diretto contro il potere che si era dimenticato di loro; un voto non per essere governati secondo idee nuove, a favore di un diverso contratto sociale, ma un voto per dire "ci sono anche io" e voglio cacciare tutti e mi affido a qualcuno che agita le mie stesse paure e ne fa una bandiera, qualcuno da cui mi sento riconosciuto.

Ora sembra che tra i medici fluttui una sorta di analogo disagio. La medicina attraversa un periodo di straordinario sviluppo, tanto da essere seguita quasi con sforzo dagli stessi professionisti stretti tra due contrarie pressioni sociali, da un lato dal desiderio di eterna giovinezza, di guarigione da ogni morbo, di immortalità, dall'altro dalle preoccupazioni crescenti nel rapporto coi pazienti, dalla difficoltà di mantenere una relazione umana, altresì sempre più richiesta. La vecchia figura del medico, più umanistica che tecnologica, stenta a ritrovarsi nella crisi del moderno professionalismo. La medicina nasce e si sviluppa come professione libera, caratterizzata da un forte impegno di servizio, da una deontologia stringente, dall'esercizio di una riconosciuta autonomia, da un'assoluta indipendenza di giudizio. Nel ventesimo secolo questi antichi valori hanno poco spazio. Da un lato trionfa il liberismo finanziario che sconfigge alcune antiche certezze sui limiti della concorrenza, sulle regole che, ad avviso dei medici, servono a tutelare la salute dei cittadini i quali, al contrario, vogliono decidere da soli utilizzando il medico quale mero strumento per soddisfare i loro desideri. Dall'altro i costi enormi della sanità, pubblica o privata che sia, costringono gli amministratori a porre regole ferree all'operato del medico, continuamente costretto a rendicontare il proprio lavoro, e ne erodono progressivamente gli spazi di autonomia.

In questa difficile e complessa situazione le organizzazioni professionali sembrano incapaci di reagire e di esprimere un

programma condiviso, di accettare il confronto con le altre professioni sanitarie, di rispondere alle sfide poste dai bisogni dei cittadini. Quando, pochi mesi fa, la Federazione degli Ordini ha detto una parola seria e forte sulla questione dei vaccini, la stampa e il Ministero hanno raccolto e compreso l'appello; i medici in tal modo hanno svolto un ruolo concreto nelle dinamiche sociali. Purtroppo le organizzazioni mediche recriminano soltanto sul bel tempo che fu o chiedono riconoscimenti per legge, quando il medico afferma la sua potestà professionale con i fatti e con i comportamenti.

Altresì è constatazione quotidiana la mancanza di un interlocutore politico, come se la sanità fosse un argomento troppo impegnativo per decisioni di largo respiro. I Governi preferiscono provvedere con piccoli tagli economici, con modeste furbie che sfuggono ai veri problemi: come mantenere un sistema universale a risorse decrescenti e costi incrementali? La sensazione che colpisce la categoria è come se si considerino i medici quasi un intralcio e mal si sopportino le loro rivendicazioni a favore dei pazienti, spesso in contrasto col necessario controllo di gestione dell'impresa sanitaria, e che si sottovaluti il loro lavoro e il loro sforzo per tenere in piedi un sistema sanitario che non si sa più bene quanto e quale interesse reale provochi in chi dirige la politica e l'economia. I medici subiscono quella stessa carenza di ascolto che viene loro rimproverata dai pazienti. La mancanza di cultura e di rispetto per l'esperienza dei professionisti mina il rapporto tra medici e amministratori; un patrimonio di conoscenze, quello dei medici, che pesa sempre meno sulle decisioni politiche.

Anche il forte ricambio generazionale, il passaggio dai "nativi mutualisti" agli "ipertecnologici millennials", non sembra aprire spiragli di chiarezza. A prima vista si profila un'accentuazione degli aspetti burocratici, con tutte le conseguenze sulla serenità del lavoro, e una tendenza all'anomia, quasi una simultanea accettazione dei canoni della medicina amministrata e di quella ultraliberista. Ma tutti percepiscono la lontananza della politica e manifestano insofferenza per l'amministrazione. Il rischio è che le reazioni emotive prevalgano sull'esame razionale dei fatti. Un brutto rischio per una professione che si fonda sulla razionalità del sapere scientifico.

TM

NUOVO SITO INTERNET DEDICATO A TOSCANA MEDICA

È attivo e online il nuovo sito internet che l'Ordine di Firenze dedica interamente a "Toscana Medica", la prestigiosa rivista fondata nel 1983 da Giovanni Turziani, che adesso si presenta ai lettori anche con questa nuova "veste": un sito tematico che raccoglie gli articoli pubblicati su ogni numero della rivista, organizzati in rubriche e facilmente consultabili, stampabili, linkabili e ricercabili per diverse chiavi di ricerca. Ovviamente non manca l'offerta della rivista "per intero", in formato PDF o sfogliabile, con la veste grafica identica all'originale cartaceo, che può essere consultata a video, salvata in locale o stampata. Tutti i nostri lettori sono invitati a consultare il sito www.toscanamedica.org del quale si auspica che verranno apprezzate la facile fruibilità (è ottimizzato anche per tablet e smartphone) e la chiarezza della struttura e dei contenuti. Naturalmente in attesa di suggerimenti e idee migliorative, che saranno le benvenute!

Convincere ma non costringere: il problema della continuità terapeutica

a cura di Simone Pancani

✓ **TOSCANA MEDICA** - *La questione della continuità terapeutica appare particolarmente rilevante quando si usano i farmaci biologici, soprattutto in relazione alla sostenibilità da parte dei sistemi sanitari di queste terapie dal costo non certo trascurabile. Prima di entrare nello specifico della discussione, una domanda di carattere generale: quando un farmaco può essere davvero definito innovativo dal punto di vista del suo impiego nella pratica clinica di tutti i giorni?*

GALEAZZI - Anche se sono anni che nel campo dei farmaci si parla di “innovazione”, ad oggi non è stato ancora raggiunto nessun accordo sulla reale quantificazione pratica di questo concetto.

A mio parere, semplificando molto la situazione, si potrebbe considerare innovativo un farmaco che riesce a curare un numero molto più alto di pazienti rispetto a quelli già precedentemente disponibili, oppure quello che presenta un profilo di rischio nettamente inferiore oppure, ancora, un migliore rapporto costi/benefici o tutte queste caratteristiche insieme.

CORONA - Esiste poi anche il criterio amministrativo seguito dal Comitato tecnico-scientifico di AIFA che classifica i farmaci cosiddetti innovativi, inserendoli in uno specifico registro a termine. Per fare un esempio, secondo questa classificazione l'innovatività della prima molecola contro l'infezione da virus epatitico B comparso sul mercato scadrà a metà del 2017.

Per un'azienda vedere un proprio prodotto compreso in questo speciale elenco di AIFA rappresenta un im-

portante riconoscimento di carattere scientifico al quale conseguono innegabili vantaggi anche in termini più strettamente economici.

PIMPINELLI - Un altro aspetto da considerare è quello dell'innovazione farmaceutica, oggi sempre più presente in tempi di continuo progredire delle conoscenze nel campo della medicina molecolare, situazione che ha portato a considerare superate molecole considerate innovative solo quattro o cinque anni fa.

MUGELLI - Come gli interventi precedenti hanno fatto ben capire, il concetto di innovazione nel mondo del farmaco è stato, è e sarà fonte di continui dibattiti per tutti coloro che, a vario titolo, s'interessano di farmaci: aziende produttrici, agenzie regolatorie, mondo accademico, operatori sanitari e pazienti. Credo che il beneficio clinico incrementale rispetto al miglior trattamento disponibile debba rappresentare la base per valutare il valore innovativo di un farmaco: di sicuro è quello che interessa agli operatori sanitari e ai pazienti.

CANTINI - Gli aspetti sottolineati dal Prof. Galeazzi mi trovano d'accordo, anche se da un punto di vista prettamente clinico un farmaco può definirsi innovatore quando permetta la guarigione o comunque sia capace di cambiare la storia naturale della malattia restituendo una buona qualità di vita al paziente. In questo senso costituiscono esempio paradigmatico gli antibiotici, i farmaci per le patologie cardiovascolari ed in campo reumatologico i farmaci biologici.



FABRIZIO CANTINI
Direttore dell'UO Reumatologia
dell'Ospedale di Prato



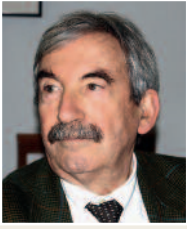
TIBERIO CORONA
Responsabile Settore del Farmaco
e Appropriately Regione Toscana



MAURO GALEAZZI
Ordinario di Reumatologia
dell'Università di Siena

✓ **TOSCANA MEDICA** - *Quando un farmaco appare determinante nel modificare la storia naturale di una certa malattia, dobbiamo considerare questo effetto di miglioramento solo lungo un lasso più o meno breve di tempo, oppure si deve ragionare in termini di scomparsa definitiva del quadro clinico?*

GALEAZZI - In campo reumatologico penso ci si debba riferire a molecole che sono in grado di condurre a remissione completa malattie importanti come ad esempio l'artrite reumatoide, l'artrite psoriasica, il lupus e altre ancora. Se un simile farmaco presenta anche un maggiore profilo di sicurezza rispetto ai precedenti (naturalmente la remissione della malattia dovrà essere definita secondo criteri scientifici accettati e condivisi a livello internazionale), credo proprio



ALESSANDRO MUGELLI
Ordinario di Farmacologia
dell'Università di Firenze



ALESSIO NASTRUZZI
Medico di Medicina Generale
a Firenze



NICOLA PIMPINELLI
Associato di Dermatologia
dell'Università di Firenze

si possa parlare di innovazione terapeutica.

NASTRUZZI - Io sono perfettamente d'accordo con quanto detto dai colleghi in precedenza, però credo che quando si parla di farmaci innovativi si debba fare sempre e comunque tanta attenzione per non ricadere ad esempio in quelle situazioni ben conosciute ai medici di medicina generale nelle quali "vecchie" molecole in parte solo riviste e corrette venivano invece presentate come farmaci di nuova concezione.

A mio parere il concetto di innovazione dipende essenzialmente da chi valuta la situazione dal proprio peculiare punto di vista di paziente, industriale, medico oppure amministratore.

Senza dimenticare che proprio l'industria, dopo il grande attivismo di qualche anno fa, adesso sta segnando

il passo proprio nel campo della ricerca e dell'innovazione.

GALEAZZI - Ovviamente anche il costo deve essere considerato nel quantificare l'innovazione legata ad un determinato farmaco, visto che l'eventuale risparmio ci permette di liberare risorse da investire in nuove ricerche. In campo reumatologico si pensava che l'introduzione dei biologici avesse rappresentato il punto di arrivo nel campo delle molecole di sintesi, con tutto quello che ne derivava anche in termini puramente economici. Invece così non è stato ed oggi ci dobbiamo confrontare con le cosiddette "small molecules" ad azione intracellulare, in grado di mimare molti effetti di cura dei biologici, dal costo decisamente minore e dotate anche della possibilità di essere somministrate per bocca.

CANTINI - Se parliamo di malattie croniche quali ad esempio l'artrite reumatoide o altri reumatismi infiammatori, ritengo che il farmaco che permette di modificare (ovviamente in senso positivo) la storia naturale di una malattia debba avere come requisito fondamentale la persistenza di efficacia nel tempo che comporta di conseguenza riflessi positivi sui costi. In questo senso aiutano gli studi di farmaco-economia che dimostrano il favorevole rapporto di costo-efficacia delle terapie biologiche.

✓ **TOSCANA MEDICA** - *Applichiamo i concetti fino ad ora esposti ai farmaci anti - TNF, alcuni dei quali introdotti come innovazione qualche anno fa sul mercato. Partendo dalla considerazione che il concetto di innovazione molto spesso ha una valenza prettamente clinica, si può affermare che l'impiego di queste molecole abbia realmente cambiato la qualità della vita dei pazienti nei quali sono state somministrate?*

GALEAZZI - Da reumatologo la mia risposta è certamente sì. Nel mio campo farmaci realmente innovativi si sono avuti solo alla fine del secolo scorso (gli anti - TFN appunto), dopo anni di terapie più o meno estemporane

(ad esempio, i sali d'oro per la cura dell'artrite reumatoide) fino all'avvento degli immunosoppressori come il metotrexate.

Gli anti-TFN hanno davvero cambiato la storia clinica e la qualità della vita dei soggetti con artrite reumatoide, così come quelle di altri pazienti con gravi affezioni di carattere dermatologico o gastroenterologico quali le malattie infiammatorie croniche intestinali.

PIMPINELLI - In campo dermatologico le maggiori soddisfazioni legate all'impiego degli anti TNF sono certamente riscontrabili nella psoriasi, il cui decorso si è completamente modificato con grande vantaggio in termini di aumento della qualità della vita dei malati, recupero di giornate lavorative perse, minore necessità di assistenza da parte dei familiari e degli operatori sanitari, ridotto numero di ricoveri in ospedale ecc.

NASTRUZZI - Come medico di medicina generale vedo spesso gli innegabili vantaggi legati alla somministrazione dei biologici in molti dei miei pazienti anche in campo oncologico come ad esempio nel cancro prostatico metastatico e nel melanoma cutaneo.

CANTINI - Non posso che confermare quanto detto dal Prof. Galeazzi. Il paradigma è costituito dall'artrite reumatoide: nel corso degli ultimi 15 anni, grazie alle terapie disponibili, è raro osservare le deformità articolari e le invalidità che caratterizzavano la malattia in epoca pre-biologici.

✓ **TOSCANA MEDICA** - *I farmaci biologici, prescrivibili solo dagli specialisti, si sono dunque dimostrati efficaci in un gran numero di pazienti con patologie gravi e spesso ad andamento cronico che però vengono seguiti nel tempo per lo più dai medici di medicina generale. Esistono in Toscana dei percorsi codificati per la gestione condivisa di questi malati?*

GALEAZZI - Percorsi codificati nella nostra Regione ancora non esistono, seppure se ne parli già da tanti anni,

almeno fin dalla preparazione del Piano Sanitario Regionale 2002 - 2004 nel quale si ipotizzava l'uso dei biologici nell'artrite reumatoide (all'epoca unica patologia aggredibile con questa classe di farmaci) all'interno di uno specifico percorso di diagnosi e cura.

Ad oggi, nonostante le buone intenzioni di tutti, un vero e proprio PDTA ancora non esiste, per il momento sostituito solo dalla buona volontà di comunicazione reciproca per lo più su base volontaristica da parte dei medici che si occupano di questi malati.

È indubbio che nel caso delle malattie reumatologiche la collaborazione tra specialisti e medici di medicina generale appare di importanza fondamentale, non solo per la gestione congiunta delle complicanze e degli effetti collaterali delle terapie, ma anche in chiave preventiva. Non dobbiamo infatti dimenticare che i malati con patologia reumatologica presentano una spiccata incidenza di complicanze cardiovascolari che possono essere utilmente controllate proprio dalla somministrazione dei farmaci biologici attivi sul meccanismo della flogosi cronica sottesa a queste condizioni.

CANTINI - Questo è un punto fondamentale per una corretta gestione del paziente. In campo reumatologico fino ad oggi la partita è stata giocata soprattutto dagli specialisti con i medici di medicina generale relegati ad un ruolo di "spettatori". In realtà il coinvolgimento dei medici di medicina generale nella gestione dei pazienti in terapia con farmaci biologici permetterà una migliore aderenza alla terapia e interventi più tempestivi ed appropriati per la gestione di eventuali complicanze o eventi avversi. In questo senso sarà necessaria una intensa azione di formazione per i medici di medicina generale.

✓ **TOSCANA MEDICA** - *Accanto ai Centri di riferimento ed ai reparti ospedalieri per le cure specialistiche si affiancano oggi anche le Case della Salute e le AFT, le Associazioni Funzionali Territoriali, a gestione di-*

retta da parte dei professionisti della medicina generale. Potrebbe essere utile proporre una maggiore presenza dello specialista reumatologo in queste strutture territoriali anche per la gestione delle terapie con farmaci biologici?

CORONA - Purtroppo i farmaci biologici sono soggetti al registro di monitoraggio AIFA e presentano quindi una prescrivibilità limitata da parte degli specialisti dei Centri ospedalieri di riferimento, senza dimenticare che in alcuni casi per questi farmaci sono previste delle forme specifiche di rimborsabilità condizionata che possono essere viste come strumenti sia per l'appropriatezza prescrittiva che per il contenimento dei costi.

Per questi motivi ad oggi la prescrizione non può che essere demandata esclusivamente allo specialista senza alcun coinvolgimento dei medici di famiglia.

Purtroppo però può accadere che qualcuno di questi pazienti sviluppi una complicanza o un effetto avverso alla terapia con biologici che lo porta a rivolgersi in prima battuta al proprio medico curante il quale in questa situazione potrebbe anche non essere in grado di fornire una risposta corretta ed esauriente. Per questo credo sia necessario approntare quanto prima degli strumenti efficaci per far dialogare al meglio gli specialisti, in questo caso i reumatologi, con gli operatori della medicina generale.

NASTRUZZI - Un dato di fatto ormai assodato è che in Toscana presto avremo i Dipartimenti di medicina generale in ognuna delle Aziende della Regione. In questa ottica è pertanto ipotizzabile che possano finalmente vedere la luce i già ricordati PTDA e che venga correttamente impostata la comunicazione tra medici di famiglia e specialisti. Il livello superiore, interaziendale, dovrebbe invece occuparsi di applicare i percorsi specifici per le diverse preminenti patologie nelle differenti strutture della azienda territoriale e delle aziende ospedaliere universitarie. In questo modo la medicina tutta non potrà che crescere.

Per quanto riguarda la gestione dei pazienti in terapia con farmaci biologici, devo dire che i medici di famiglia, abituati a vedere i propri assistiti lungo tutto l'arco dell'anno e non in occasione soltanto delle fasi di acuzie di una malattia, hanno ormai imparato a riconoscere i segni ed i sintomi di eventuali complicanze o effetti indesiderati di questo tipo di cure, in questo aiutati anche dagli specifici interventi formativi attuati proprio a livello di medicina generale.

In alcuni settori la collaborazione tra medici di famiglia e specialisti è oggettivamente ben strutturata, come ad esempio per quanto riguarda il diabete, mentre in campo reumatologico le cose potrebbero ancora migliorare.

A me farebbe piacere avere uno specialista di riferimento con il quale rapportarmi, per evitare di vedere, come talvolta accade, un mio assistito seguito da una moltitudine di specialisti di strutture differenti che propongono ciascuno una propria terapia con tutti i rischi che a questa condizione inevitabilmente si associano.

Penso quindi che i Dipartimenti di medicina generale possano davvero rappresentare il luogo del dialogo e della condivisione.

PIMPINELLI - Secondo me un aiuto per la gestione corretta dei pazienti in terapia con farmaci biologici potrebbe essere rappresentato dagli specialisti ambulatoriali, momento di raccordo tra i colleghi della medicina generale ed i Centri di terzo livello. Con l'aiuto di una cartella elettronica condivisa progettata dai colleghi dell'Università di Siena, si sta cercando di costruire in campo dermatologico un percorso di questo genere.

CORONA - Certamente, oltre ai Dipartimenti di medicina generale, anche le strutture territoriali come le AFT o le Case della Salute potrebbero in prospettiva rappresentare luoghi di incontro e comunicazione tra specialisti e medici di base.

Questo potrebbe in qualche modo anche sanare una situazione alla quale assistiamo ancora quotidianamen-

te. In pratica succede che le aziende nel caso di farmaci ad alto costo, come per esempio i biologici, si siano spostate nel tempo dalle formulazioni endovenosa a quelle sottocute, di prezzo ugualmente elevato ma di gestione estremamente più semplice. Mentre però la somministrazione endovenosa richiedeva necessariamente un accesso in DH in ospedale, quella sottocutanea poteva essere affidata anche ad un caregiver opportunamente formato. In questo modo però non si aveva la certezza assoluta di una corretta aderenza alla terapia con un conseguente non risolto problema di ordine economico visto che i farmaci prescritti magari non venivano neppure somministrati.

D'altra parte una norma ancora in vigore non permette al paziente, in possesso del farmaco erogato direttamente dal Centro di riferimento di

rivolgersi per la somministrazione neppure ad una struttura del territorio come ad esempio il Distretto socio - sanitario!

Le ATF e le Case della Salute potrebbero pertanto diventare il luogo in cui in futuro medici ed infermieri della medicina generale garantirebbero la corretta somministrazione di terapie particolari, come appunto quelle con farmaci biologici.

NASTRUZZI - L'attività proposta ora dal dottor Corona nelle AFT potrebbe giovare anche della collaborazione dei colleghi della ex - continuità assistenziali (a ciclo orario secondo la legge 189), affiancandoli ai medici di medicina generale (a ciclo di fiducia) in una presa in carico complessiva di un determinato malato. Se però la medicina generale verrà ritenuta in grado di erogare queste prestazioni

(ad esempio la somministrazione dei farmaci biologici), è anche auspicabile che le verrà concessa la possibilità di prescrizione, non tanto dei biologici ma delle numerose molecole che giornalmente prescrive per piani terapeutici oramai datati (es. gli incretino mimetici, gli inibitori della DPP IV, dei NAO)

GALEAZZI - L'aderenza alla terapia ricordata in precedenza rappresenta davvero un problema estremamente importante anche con le nuove formulazioni dei biologici da somministrare sottocute. A livello sperimentale nel mio campo si sta pertanto cercando di aumentare il "controllo" sui pazienti contattandoli periodicamente per accertarsi che abbiano davvero assunto le terapie prescritte.

Occorrono precisi interventi di carattere organizzativo per evitare che



CONVEGNI E CONGRESSI

IL MEDICO E L'INFORMATICA: DALLE BASI ALLA GESTIONE DEI DATI

FIRENZE, 8 FEBBRAIO 2017 - ORARIO: 14.30 / 19.00 - FIRENZE
4 CREDITI ECM



L'informatica è lo strumento di comunicazione di base nei rapporti quotidiani con i cittadini-pazienti e gli enti pubblici e privati, ma non tutti sono ancora riusciti a familiarizzarci completamente per la mancata conoscenza delle nozioni di base sia

hardware che *software*. Lo scopo del corso è di partire proprio dalle nozioni più elementari per introdurre il medico all'informatica attraverso la conoscenza della corretta nomenclatura delle varie parti che compongono il sistema, le connessioni con le diverse periferiche e le

reti per accompagnarlo alla conoscenza delle entità informatiche come pagine internet, email, i diversi formati di documenti e portarlo ad un'agevole

consultazione del web e alla ricerca in banche dati consentendogli la corretta interazio-

ne, gestione e organizzazione dei dati. Il Corso è organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze e sarà il primo di una serie di eventi ECM. Al corso sono stati attribuiti n. 4 Crediti ECM. Info: 055.0750625. Programma e iscrizioni solo online:

<http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/eventi/promossi-dall-ordine>

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE



i pazienti, non rimanendo aderenti alla terapia, continuano a stare male, che i medici continuano a cambiare farmaci in continuazione per cercare una soluzione e che i costi di conseguenza non finiscano mai di lievitare.

NASTRUZZI - Sono in tutto d'accordo con il prof. Galeazzi e devo dire che a livello di medicina generale le cose stanno lentamente cambiando, anche se l'aderenza alla terapia rappresenta ancora un problema di grande rilevanza. Oggi noi possiamo però contare su alcuni strumenti (ad esempio la presenza degli infermieri che ci affiancano nel lavoro) che ci permettono di seguire meglio i pazienti facendo al tempo stesso efficaci campagne di counselling ed educazione sanitaria. Buoni risultati in questo senso, certificati dall'Agenzia Regionale di Sanità, si sono avuti nella gestione del paziente diabetico, broncopatico cronico e con scompenso cronico di cuore.

CANTINI - Approfitto per anticipare che nell'azienda USL Toscana Centro è in corso un progetto di organizzazione dell'assistenza reumatologica che prevede un intervento di primo livello da attuare di concerto tra strutture mediche territoriali e specialista reumatologo opportunamente dedicato.

✓ **TOSCANA MEDICA** - *Accanto alla aderenza alle terapie un altro aspetto deve essere necessariamente considerato, quello cioè della continuità delle cure, soprattutto in quei casi in cui la prescrizione passa nel tempo dallo specialista al medico di famiglia, oppure quando si decide per lo shift da un farmaco "originator" al biosimilare.*

GALEAZZI - Personalmente sono uno strenuo sostenitore della continuità terapeutica, per qualsiasi tipo di cura ed a maggior ragione per quelle con farmaci biologici.

Quello che a mio parere lascia perplesso sono le molte questioni riguardanti i rapporti tra "originators" e biosimilari. Fatto salvo che il secondo potrebbe anche essere gene-

ricamente migliore del primo, visto che in pratica non esistono studi controllati "testa a testa" tra i due prodotti, credo innanzitutto che in questo campo sarebbe più giusto parlare sempre in termini di equivalenza terapeutica.

Indubbiamente in linea di massima i biosimilari hanno sempre avuto (per motivi essenzialmente economici, credo) un trattamento privilegiato per l'immissione in commercio se è vero che per autorizzare quella del biosimilare di infliximab è stata ad esempio sufficiente la valutazione di soli due studi che hanno riguardato 250 pazienti con artrite reumatoide ed altri 250 con spondilite anchilosante.

Per questo quando per motivi economici viene chiesto di utilizzare i più economici biosimilari, i clinici talvolta entrano in crisi, essendo esperienza comune (anche mia personale) di pazienti in cura con "originators" da anni che hanno visto riacutizzarsi drammaticamente la propria malattia dopo il passaggio al farmaco biosimilare.

Purtroppo in Toscana le cose in questo senso non sono del tutto chiare ed uniformi visto che in alcune realtà si sono fortemente "consigliati" i biosimilari ed in altre nessun problema è stato sollevato di fronte a terapie di lunga durata con farmaci "originator".

CANTINI - A sostegno di quanto affermato dal Prof. Galeazzi, vorrei solo ricordare che la continuità terapeutica è stabilita in maniera chiara dalle leggi vigenti. Peraltro, l'esperienza clinica in termini di efficacia, persistenza di efficacia e sicurezza d'impiego dei biosimilari è ancora tutta da verificare. Nella pratica quotidiana trattiamo pazienti "diversi" da quelli inclusi negli studi clinici che per definizione vengono selezionati per la sperimentazione del farmaco. Cito solo un dato: solo il 20%-30% dei pazienti trattati con biologici inclusi nel registro tedesco RABBIT sarebbero arruolabili in studi clinici registrati. Pertanto condizionare le scelte terapeutiche solo in base al più basso costo iniziale di un farmaco po-

trebbe rivelarsi una scelta sbagliata nel lungo termine.

PIMPINELLI - La situazione in ambito dermatologico è essenzialmente la stessa ed a me sembra che nell'immediato risposte soddisfacenti non siano propriamente disponibili, se non facendo solo ricorso all'attenzione ed al buon senso dei clinici.

✓ **TOSCANA MEDICA** - *Dottor Corona è possibile stare ragionevolmente tranquilli che nel campo dei biosimilari i processi di produzione attuali garantiscano la stessa equivalenza di risultato clinico come avviene per i farmaci generici?*

CORONA - Si tratta di una questione ancora estremamente dibattuta. Fatta salva la considerazione che ancora oggi la spesa farmaceutica viene valutata essenzialmente in base al costo dei prodotti e non in termini di efficacia del risultato clinico, le più recenti risoluzioni di AIFA raccomandano che nel paziente "naive", che ancora cioè non ha iniziato nessun tipo di trattamento, i due prodotti vengano considerati esattamente sullo stesso piano, cosa che invece non è necessaria nei soggetti già trattati nei quali sono possibili modalità di comportamento prescrittivo differenti tra di loro.

Nel campo dei biologici è necessario aumentare il livello di informazione generale, ricordando che i biosimilari sono anch'essi dei farmaci biologici che sono ottenuti con procedure semplificate rispetto agli "originators" ma che, soprattutto nel paziente "naive", possono essere considerati equivalenti rispetto ai "branded".

In questo campo si intrecciano dinamiche di natura differente, essenzialmente di carattere economico e di cambiamenti continui del mercato del farmaco.

Faccio un esempio. Ammettiamo di avere un antitumorale da somministrare endovena che si è guadagnato una fetta importante di mercato e che entro breve tempo perderà la copertura brevettuale. Sul mercato esiste anche un altro prodotto altrettan-

to efficace che deve però essere somministrato sottocute. I clinici iniziano pertanto a “switchare” dal primo al secondo, quando all’improvviso arriva sul mercato il biosimilare del prodotto endovena ad un costo nettamente inferiore rispetto all’“originator”. Il mercato ed i medici pertanto si trovano ovviamente disorientati di fronte questa situazione e questo impedisce che gli amministratori riescano ad ottenere degli sconti significativi da parte delle aziende di fronte ad un ventaglio di offerte di prodotti così ampiamente variabile.

Questo significa che chi prescrive deve necessariamente conoscere almeno superficialmente queste dinamiche, cercando sempre il prodotto che presenta il miglior rapporto costo/terapia il quale non è detto che debba essere sempre e comunque l’“originator”.

Quindi va bene che i due prodotti partano dalla stessa linea, quello che però è importante è valutare in seguito l’equilibrio economico degli switch che non deve assolutamente essere automatico. Non per niente la legge italiana consente il cambio economico dell’equivalente con l’“originator”, al contrario di quanto avviene con i biosimilari.

MUGELLI - Vorrei prendere spunto da questa domanda per chiarire il processo attraverso cui i biosimilari sono immessi in commercio. Come riportato nel Position paper della Società Italiana di Farmacologia (SIF) qualsiasi farmaco biosimilare prodotto e autorizzato in Unione Europea (UE) è certamente un farmaco caratterizzato da elevati standard qualitativi. Lo sviluppo e l’autorizzazione di un biosimilare richiedono la conduzione del cosiddetto *comparability exercise*

se, una procedura sperimentale, richiesta a fini regolatori, per cui il prodotto biosimilare viene confrontato con il rispettivo *originator* da un punto di vista fisico-chimico (*quality* in termini regolatori, che prevede la completa caratterizzazione fisico-chimica e biologica del prodotto), pre-clinico (test di tossicologia *in vitro* o studi su animali da laboratorio) e clinico (nella maggior parte dei casi con studi di Fase I e III sull’indicazione principale usando *hard-endpoints* o *endpoints* surrogati). La SIF ritiene il *comparability exercise* una procedura regolatoria più che corretta, che consente la commercializzazione, in un tempo ragionevole, di farmaci sicuri ed efficaci. La SIF ritiene, inoltre, che siano proprio gli studi pre-clinici e clinici richiesti per lo sviluppo e l’autorizzazione all’immissione in commercio di un biosimilare a garantire la qualità dello stesso. Occorre, infine, considerare che la produzione del biosimilare avviene in accordo alle più recenti tecnologie disponibili.

Sappiamo che i biosimilari presentano un diverso grado di complessità. Su quelli a più basso grado di complessità (biosimilari di somatropina, epoetina e fattori di crescita) abbiamo così tante evidenze che la SIF ritiene che siano clinicamente del tutto sovrapponibili ai rispettivi *originators* cioè che abbiano la stessa efficacia e sicurezza anche in caso di switch.

Per quelli a elevata complessità (come i biosimilari degli anticorpi monoclonali di recente o prossima approvazione da parte di EMA) disponiamo di dati assolutamente rassicuranti che derivano dagli studi eseguiti nell’ambito del *comparability exercise* e per qualcuno anche da dati dal così detto mon-

do reale. La SIF ha attivato percorsi di confronto con le Società Scientifiche più direttamente interessate in modo da aggiornare, con una sorta di lavoro sempre in corso, le conoscenze su efficacia e sicurezza dei farmaci biosimilari alla luce delle nuove evidenze e con l’intento di stimolare la ricerca indipendente a monitorarne costantemente il profilo beneficio/rischio. Sono personalmente convinto che un più ampio utilizzo dei farmaci generici e biosimilari permetta un significativo risparmio di risorse che potranno contribuire alla sostenibilità dell’attuale sistema sanitario e che, se re-investite nel settore farmaceutico, potranno consentire una maggiore e più rapida disponibilità di farmaci innovativi (ma molto costosi) per la cura di importanti patologie, compreso il cancro.

GALEAZZI - Ha ragione il dottor Corona a ribadire che purtroppo ancora oggi molte scelte di politica sanitaria vengono fatte solo considerando il costo di un determinato farmaco e nessun altro indicatore di risultato. Eppure per quanto riguarda i biologici esistono ormai in Letteratura numerose evidenze che dimostrano chiaramente che il loro costo elevato alla distanza viene “ripagato”, ad esempio, dal miglioramento oggettivo di parametri quali la qualità della vita dei pazienti oppure la riduzione delle giornate lavorative perse a causa della malattia.

Alcuni altri aspetti da considerare. I reumatologi sono anni che non ricoverano praticamente più i malati con artrite reumatoide e i pensionamenti anticipati per malattia sono andati drasticamente a diminuire, così come molte comorbilità che prima dell’avvento dei biologici affliggevano i nostri pazienti.



Si ringrazia Pfizer srl per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione

La continuità terapeutica come problema complesso



ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

di Antonio Panti

Sembra facile definire come “innovazione” le novità che appaiono sul mercato dei farmaci. In realtà non è così, perché vi possono essere cambiamenti nella formulazione o nella somministrazione di un farmaco o anche nuove sostanze chimiche che in realtà non hanno diritto a questo titolo. Un farmaco è innovativo, sostengono i nostri esperti, quando aggiunge realmente qualcosa alla terapia, cioè modifica il decorso naturale della malattia. Inoltre deve essere più sicuro e più sostenibile sul piano dell'uso delle risorse, oltre a avere un meccanismo di azione biologicamente più moderno.

Esiste una classificazione amministrativa delle innovazioni farmacologiche, che però ha il difetto di usare algoritmi non sempre precisi e validati. Tuttavia è pacifico che i farmaci biologici rappresentino una grande novità, che ha modificato il destino terapeutico e la qualità di vita di molti pazienti, dall'artrite reumatoide ad altre patologie reumatiche, alla psoriasi grave, alle malattie croniche intestinali, fino alle più recenti acquisizioni in campo oncologico. Sono farmaci costosi, ma la valutazione farmaco-economico com-

plexiva, relativa alla diminuzione dei costi umani e sociali di una patologia, ne rende l'uso indispensabile relativamente alla appropriatezza del target. Nella discussione è emerso con forza, di fronte a farmaci come questi di esclusivo uso specialistico, il problema dei percorsi assistenziali. È evidente che di fronte a pazienti assai frequentemente affetti da comorbidità e passibili di molteplici complicanze il rapporto con il medico di famiglia diventi fondamentale e questo non è favorito né dalle limitazioni prescrittive volute dall'AIFA, né dalla scarsa informazione rivolta ai medici generali, né dalla carenza di specialisti in posizione intermedia fra i centri di riferimento e il territorio.

Come al solito la collaborazione tra specialista e medico di famiglia è fondamentale per il buon esito della terapia, ma spesso è più demandata alla buona volontà dei singoli che ad un solido impianto organizzativo.

In questo quadro si inserisce un'altra variabile che è la formulazione sottocute di alcuni TNF, che da un lato facilitano il passaggio in carico al territorio, dall'altro finiscono con il favorire un ulteriore deficit di aderenza dei pazienti.

Ecco quindi che si pone il problema della continuità terapeutica, particolarmente vivo nel caso dei biosimilari la cui uguaglianza clinica rispetto all'*originator* è certa ma che, derivando da modelli produttivi non sovrapponibili, possono modificare la risposta dei pazienti già in cura con i farmaci originali. Il problema sembra riguardare fondamentalmente i pazienti già in cura, non i nuovi soggetti posti in terapia. L'orientamento dei medici e delle autorità sanitarie è quello di non costringere in alcun modo a modificare le terapie in atto. Probabilmente sarebbero opportuni studi osservazionali più precisi sui nuovi farmaci. In conclusione possiamo dire che il costo del farmaco non può essere il solo strumento di valutazione e che occorre comunque seguire attentamente le continue evoluzioni del mercato farmaceutico con la sua estrema variabilità di offerta sul piano clinico ed economico. Tutto ciò rende difficile il problema della concessione delle innovazioni a carico del Servizio Sanitario. Il criterio di riferimento, tuttavia, è quello di valutare complessivamente i benefici sociali ed economici della terapia e il vantaggio clinico del paziente.

LEGENDA

Si ricorda che è possibile attivare i **link** tramite **codice QR**. Nella versione **PDF**, scaricabile dal sito dell'ordine di Firenze o dall'app, attivare i link dove sono presenti i seguenti **simboli**



Codice QR

rimando link esterno con applicazione smartphone



URL

Rimando link esterno



Sommaio

Rimando alla pagina dell'interno



e-mail

Rimando al programma e-mail

Gravidanza e vaccini

di Maurizio De Martino



MAURIZIO DE MARTINO è Professore Ordinario di Pediatria, Dir. della Clinica Pediatrica 1 e del *Meyer Health Campus* (Ospedale Meyer – Univ. di Firenze) e della Scuola di Specializzazione in Pediatria (Univ. di Firenze). Pediatra ed immunologo è autore di 461 pubblicazioni in estenso in inglese (impact factor: 2451; H-index: 47). Ha lavorato al *Nuffield Department of Medicine* di Oxford ed al *Children's Hospital* di Boston.

Per la sicurezza di gravidanza, mamma e bambino, medici di medicina generale, pediatri di famiglia e ginecologi devono essere convinti (come da EBM) che tutti i vaccini sono sicuri in gravidanza. Alcuni *possono* essere somministrati in gravidanza in condizioni epidemiologiche particolari e *devono* essere sempre somministrati quelli per pertosse, influenza e (nelle aree a rischio) per il tetano

Parole chiave:
gravidanza, vaccini, pertosse
influenza, tetano

La storia della vaccinazione di madri in gravidanza parte da lontano perché fino dal XIX secolo fu osservato che la vaccinazione jenneriana praticata a donne gravide proteggeva dal vaiolo il bambino senza che si verificassero danni né per madre né per figlio e senza conseguenze sulla gravidanza. Alcuni sono però timorosi perché le vaccinazioni vengono praticate con microrganismi, porzioni di microrganismi o prodotti di microrganismi, dimenticando che nessuna gravida vive in ambiente sterile e quindi mangia e respira dosi ben più massicce di microrganismi, porzioni di microrganismi o prodotti di microrganismi.

L'approccio negativistico è umorale, non razionale e contraddetto dalle prove scientifiche. I vaccini in gravidanza sono innocui, alcuni *devono* essere fatti sempre, tutti gli altri *possono* essere fatti in condizioni epidemiologiche particolari.

Vaccini non vivi

Sono sicuri i vaccini non vivi contro antrace (filtrato), colera, encefalite giapponese, epatite A, epatite B, influenza, meningococco, papilloma virus umano, pertosse (acellulare), pneumococco, rabbia, tossoidi difterico e tetanico.

Di notevole carattere didascalico è l'assenza di effetti collaterali della vaccinazione contro l'antrace, vaccinazione in generale decisamente reattogena, effettuata inavvertitamente a soldatesse USA gravide in partenza per la prima guerra del golfo.

Vaccini vivi

Studi condotti su decine di migliaia di donne incluse in registri di ma-

dri inavvertitamente vaccinate in gravidanza o vaccinate in campagne di vaccinazione di massa hanno dimostrato innocuità ed efficacia dei vaccini per morbillo, parotite, rosolia e varicella.

Sono risultati sicuri anche i vaccini per poliomielite, influenza, febbre gialla, febbre tifoide e il vaccino anti-tubercolare con bacillo di *Calmette Guérin*.

Corollari

- la mancanza di effetti collaterali, benché in una condizione *critica* come la gravidanza, dimostra la generale sicurezza dei vaccini;
- tutti i vaccini vivi possono essere utilizzati su donne gravide in particolari condizioni epidemiche;
- l'aver effettuato inavvertitamente la vaccinazione in gravidanza non deve necessariamente indurre a consigliare l'interruzione della gravidanza;
- per eccesso di prudenza resta la raccomandazione di evitare il concepimento per un mese dopo la vaccinazione anti-rosolia.

Efficacia e raccomandazioni

La risposta agli antigeni vaccinali in gravidanza è analoga a quella della donna non gravida raggiungendo e superando i livelli protettivi sia nella madre che, con il passaggio transplacentale, nel bambino.

I CDC e l'*American Academy of Pediatrics* raccomandano quindi in gravidanza le vaccinazioni per in-



fluenza e pertosse e, nelle aree dove questo è necessario, quella per il tetano.

Vaccino anti-influenzale

La febbre in sé e l'influenza in particolare predispongono a un incrementato rischio di malformazioni nel bambino. Modificazioni immunologiche, emodinamiche e respiratorie determinano nella gravida una maggiore incidenza e gravità dell'influenza. Almeno il 20% delle morti in gravidanza è causato da influenza come è stato rilevato durante le pandemie *spagnola* del 1918-1919, *asiatica* del 1956 ed H1N1 del 2010.

La madre vaccinata in gravidanza fornisce al bambino per via transplacentale tassi anticorpali protettivi per almeno tutto il primo semestre di vita, periodo nel quale è più elevato per il lattante il rischio di morte per influenza.

Vaccino anti-pertosse

La pertosse è causa importante di morbilità e mortalità nel lattante di età <3 mesi. Almeno il 90% dei casi di morte per pertosse si colloca in questa fascia di età.

Il vaccino acellulare, ottimo vaccino perché non determina importanti effetti collaterali, non sviluppa un'immunità permanente per cui un adulto va incontro, mediamente nel corso del-

la vita, ad almeno tre infezioni da *Bordetella pertussis* benché vaccinato. Queste infezioni sono spesso asintomatiche o con sintomi non classici. L'adolescente e l'adulto divengono quindi delle pericolose *mine vaganti* capaci di trasmettere l'infezione al neonato ed al lattante.

Una strategia è la *cocooning strategy*, o strategia del bozzolo, che consiste nel vaccinare tutti coloro che possono avere contatto con il lattante. Questa strategia non funziona: solo una porzione di neonati o lattanti acquisisce l'infezione da familiari stretti. Si dovrebbe quindi allargare il numero dei soggetti da vaccinare anche a soggetti solo sporadicamente a contatto con il bambino senza avere mai la sicurezza di raggiungere tutte le *mine vaganti* e senza avere la garanzia, quando anche si raggiungessero tutte, della loro *compliance*. Inoltre, il vaccino acellulare previene nelle *mine vaganti* la malattia conclamata, ma non la colonizzazione e quindi la trasmissibilità.

La strategia vincente è la vaccinazione della madre in gravidanza. Il vaccino è privo di effetti collaterali su gravidanza, madre e bambino e determina nella donna una produzione di anticorpi che passano la placenta proteggendo in maniera adeguata il neonato ed il lattante. La vaccinazione, de-

ve essere effettuata fra la XXVII e la XXXVI settimana.

La vaccinazione in gravidanza è più vantaggiosa della *cocooning strategy*: diminuzione rispettivamente delle infezioni del lattante del 33% vs 20%, diminuzione delle ospedalizzazioni del 38% vs 19% e, soprattutto, delle morti del 49% vs 16%; spesa pari ad un terzo di quella per la *cocooning strategy* (il cui costo è \$1.200/gravidanza).

Vaccino anti-tetnico

La vaccinazione per il tetano consente di evitare il *tetanus neonatorum* (acquisito quando il parto avviene in condizioni non igieniche) che uccideva, prima dell'introduzione del vaccino in gravidanza, un neonato ogni 9 minuti nelle famiglie economicamente svantaggiate di 59 paesi ad alto rischio. La WHO e l'UNICEF promossero, sul finire degli anni '80, la WHO's *Maternal and Neonatal Tetanus Elimination Initiative*. Questa iniziativa (al costo di due dollari a gravidanza!) ha ridotto del 98% delle morti da *tetanus neonatorum* avendo vaccinato >120 milioni di donne. Il *tetanus neonatorum* è stato eliminato in 30 paesi a rischio, ma conflitti ed instabilità politica stanno frenando negli altri 29 i piani di vaccinazione.

Che cosa è necessario fare

- uno sforzo per superare vecchie e sbagliate concezioni e fornire la corretta informazione sui vantaggi delle vaccinazioni in gravidanza contro influenza e pertosse. Un comportamento omissivo ha ricadute morali e probabilmente anche medico-legali;
- eliminare nei *media* la farisaica *balanced par description* di approcci differenti (vaccini in gravidanza: *pro et contra*) quando la stragrande maggioranza degli scienziati e delle prove scientifiche è a favore di un approccio cui però si vorrebbero, in maniera artatamente paritetica, far opporre pochi e mal informati detrattori;
- ottimizzare le informazioni sulle schede tecniche dei vaccini. In generale non viene infatti riportata la proibizione all'utilizzo in gravidanza, ma non viene riferita la gravidanza come indicazione.

@ maurizio.demartino@unifi.it

L'abitudine al FUMO in Toscana I dati del sistema di sorveglianza PASSI 2012-2015

Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

di Maddalena Grazzini



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

L'abitudine al fumo di sigaretta

Secondo i dati 2012-2015 del sistema di sorveglianza PASSI, in Regione Toscana il 27% degli adulti 18-69 anni fuma sigarette¹. Il 20% è invece ex fumatore² e il 53% non ha mai fumato³. La percentuale di fumatori a livello regionale è sostanzialmente in linea con quello del pool di Asl Passi (27%), ed è calata nel tempo passando dal 30% del 2008 al 26% nel 2015 (Figura 1, Figura 2).

L'abitudine al fumo risulta negli uomini pari al 30% mentre nelle donne pari al 24%; è più elevata nei 25-34enni.

La scheda presenta i dati dell'indagine PASSI sull'abitudine al fumo di sigaretta nella popolazione della Regione Toscana relativamente agli anni 2012-2015; i dati confermano una prevalenza di fumatori più alta nel genere maschile e nelle fasce di età più giovani. Vengono inoltre presentati i risultati dell'indagine riguardo l'aderenza al divieto di fumo nei luoghi pubblici e nei luoghi di lavoro: la percezione del rispetto di tale divieto risulta elevata; al contrario l'esposizione al fumo passivo all'interno delle abitazioni appare ancora presente.

Parole chiave:
abitudine al fumo, rispetto del divieto di fumo, PASSI 2012-2015, Regione Toscana

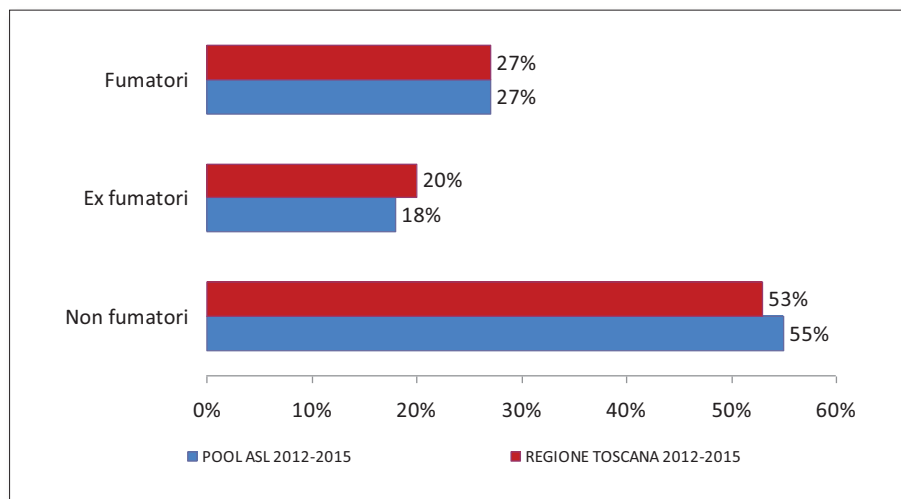


Figura 1 - Abitudine al fumo. Pool ASL, Regione Toscana. PASSI 2012-2015.

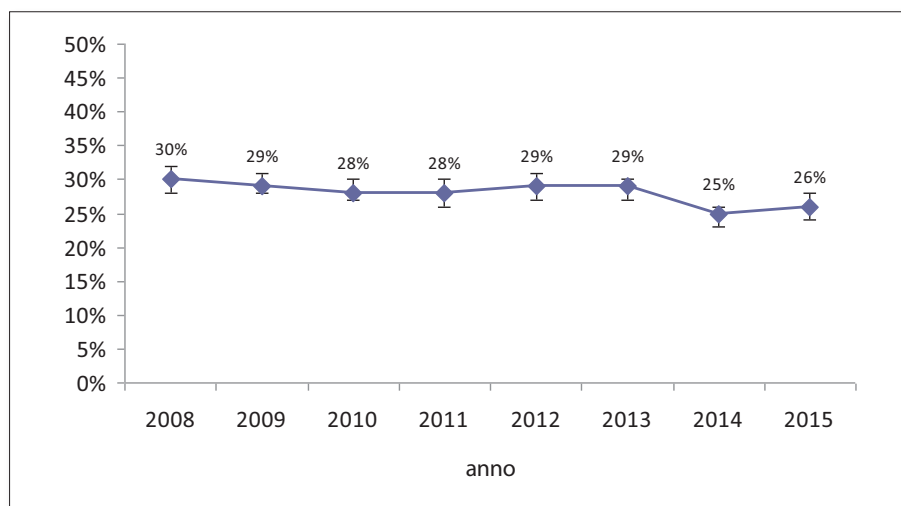


Figura 2 - Trend Abitudine al fumo. Regione Toscana. PASSI 2012-2015.

Prevalenza di fumatori Regione Toscana		
nei due sessi	Uomini	29,8%
	Donne	24,4%
nelle classi di età	18-24 anni	27,9%
	25-34 anni	33,1%
	35-49 anni	29,2%
	50-69 anni	22,6%
nei diversi livelli di istruzione	Nessuna/elementare	23,1%
	Media inferiore	33,3%
	Media superiore	26,2%
	Laurea	23,4%
nelle diverse situazioni economiche	Molte difficoltà	37,6%
	Qualche difficoltà	28,8%
	Nessuna difficoltà	22,8%
cittadinanza	Italiana	27,0%
	Straniera	28,0%
Sigarette fumate in media al giorno		12

Tabella 1 - Caratteristiche fumatori. Regione Toscana. PASSI 2012-2015.

ni (33%), nelle persone con una scolarità media-inferiore (33%) e in quelle con molte difficoltà economiche riferite (38%). Il numero di sigarette fu-

mate in media al giorno è pari a 12. Il 2% risulta essere un fumatore occasionale (meno di una sigaretta al giorno) (Tabella 1).

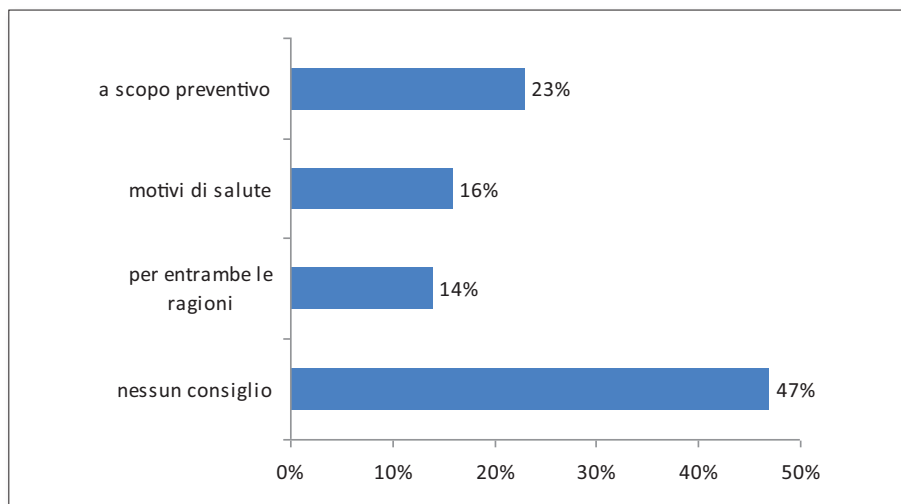


Figura 3 - Motivo per cui è stato dato il consiglio di smettere di fumare. Regione Toscana. PASSI 2012-2015.

L'atteggiamento degli operatori sanitari

Tra gli intervistati che negli ultimi 12 mesi hanno avuto un contatto con un operatore sanitario, a 4 su 10 è stato chiesto se fumano. Tra i fumatori intervistati nel periodo 2012-2015, il 53% ha ricevuto il consiglio di smettere. Nella maggior parte dei casi il consiglio è stato dato a scopo preventivo (22,8%) (Figura 3).

Smettere di fumare

Tra chi fumava nei 12 mesi precedenti l'intervista, il 34,6% ha tentato di smettere e di questi, il 79,4% ha fallito (fumava al momento dell'intervista), il 10,1% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista, ma aveva smesso da meno di 6 mesi), mentre il 10,5% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno) (Figura 4).

Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 91,9% l'ha fatto da solo, il 2,8% ha fatto uso di farmaci e l'1,8% ha partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL.

Il rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici e nei luoghi di lavoro

Il 92.1% degli intervistati ha riferito che il divieto di fumo nei luoghi pubblici è sempre/quasi sempre rispettato (conformemente alla legge).

Tra i lavoratori intervistati, circa il 92.4% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre (Figura 5).

Fumo in casa

Circa il 22.6% degli intervistati dichiara che nella propria abitazione è permesso fumare (nel 17.6% limitatamente ad alcune stanze o situazioni e nel 5% ovunque) (Figura 5).

Il divieto assoluto di fumare in casa è maggiore in presenza di minori di 15 anni: l'astensione dal fumo infatti è più alta nelle case in cui vive un bambino fino a 14 anni compresi, tuttavia in circa il 13% di queste case il fumo non è ancora stato completamente bandito dall'ambiente domestico.

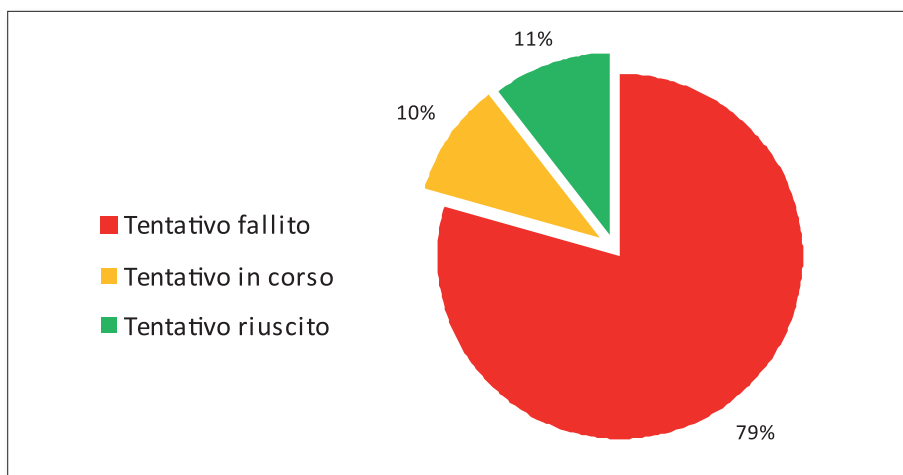


Figura 4 - Esito del tentativo di smettere di fumare nei 12 mesi precedenti l'intervista. Regione Toscana. PASSI 2012-2015.

Spunti per l'azione

In Toscana, più di un adulto su quattro riferisce di essere un fumatore; tale percentuale risulta essere particolarmente elevata nelle classi di età più giovani, in particolare nei 25-34enni.

Soltanto un fumatore su due ha ricevuto il consiglio di smettere da parte di un medico, ciò dimostra che il livello di attenzione degli operatori sanitari è ancora da migliorare.

Per quanto riguarda il fumo nei luoghi pubblici e sul posto di lavoro, la percezione del rispetto della legge sul divieto di fumo risulta elevata, al contrario l'esposizione al fumo passivo all'interno delle abitazioni appare ancora presente.

Che cos'è il sistema di sorveglianza PASSI?

PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) è un sistema

di sorveglianza della popolazione adulta. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni o Province Autonome hanno aderito al progetto. Un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle Asl, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (circa 25 al mese per Asl) con un questionario standardizzato. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Nel periodo 2012-2015 nella Regione Toscana sono state realizzate 16.036 interviste.

@ maddalena.grazzini@hotmail.it
 www.epicentro.iss.it/passi

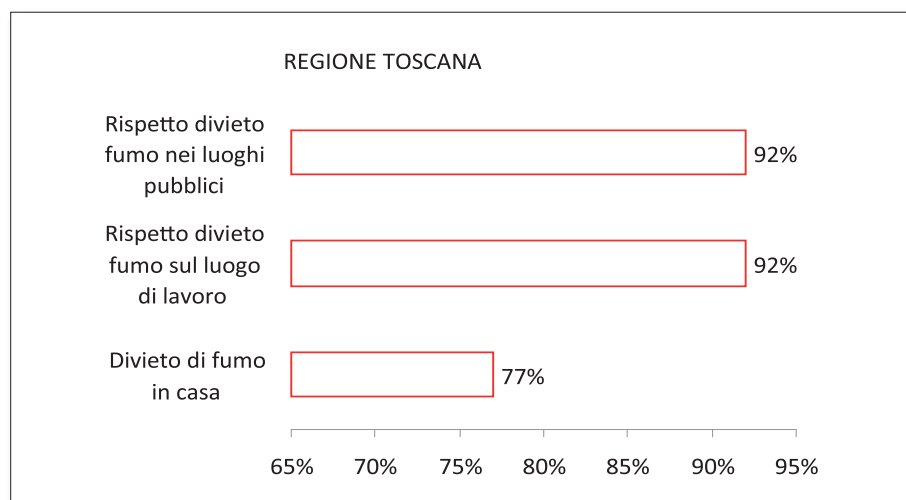


Figura 5 - Rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici, nei luoghi di lavoro e divieto di fumo in casa. Regione Toscana. PASSI 2012-2015.



NOTE

- ¹ Fumatore: persona che ha fumato più di 100 sigarette nella sua vita e che fuma tuttora o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi.
- ² Ex fumatore: soggetto che attualmente non fuma e che ha smesso da oltre 6 mesi.
- ³ Non fumatore: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma.



A cura del Coordinamento PASSI Regione Toscana

GIORGIO GAROFALO
 FRANCA MAZZOLI
 ROSSELLA CECCONI
 Dipartimento di Prevenzione,
 Azienda USL Toscana Centro

MADDALENA GRAZZINI
 JACOPO BIANCHI
 Scuola di Specializzazione Igiene e
 Medicina Preventiva, Università
 degli Studi di Firenze



Violenza contro la donna: lo *stalking*

Aspetti normativi e psicologici

di Franco Bellato



FRANCO BELLATO, laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Pisa, Specializzato in Psichiatria all'Università di Firenze, Psicoterapeuta analitico, Docente di Fondamenti Storici ed Epistemologici della Psicologia presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Pisa.

In Italia si osserva un costante incremento dei casi di "stalking" o atti persecutori di vario grado contro la donna che decide di interrompere un rapporto duale: matrimonio, convivenza, relazione sessuale esclusiva o con qualche risvolto sentimentale. La nuova Legislazione 2009 e 2013 offre molte possibilità di intervento e sostegno alla donna, che non deve rimanere sola nel realizzare quanto deciso e non precipitare sempre di più nel ricatto, nella minaccia, nella violenza psichica e fisica, talora fino alla morte.

Alla luce dei due recenti tragici avvenimenti (agosto 2016) contro le donne accaduti a Lucca, tristemente simile al resto d'Italia, da Milano a Palermo, è utile una riflessione aperta al contributo di tutti i colleghi, in particolare psichiatri, psicologi, ginecologi, medici legali.

- Il barbaro femminicidio patito dall'infermiera professionale già presso la AUSL di Lucca, poi all'Azienda Universitario-Ospedaliera di Pisa Cisanello.

- La brutale gravissima aggressione ad opera del coniuge su una donna nel quartiere S. Anna di Lucca, che ha destato l'attenzione dei vicini e delle forze dell'ordine e sanitarie con urgenti provvedimenti giuridici e medici.

Purtroppo in Italia, anche con una Legislazione puntuale e valida che richiamerò a breve, la conoscenza dei propri diritti e doveri per uomini e donne in tema di violenza sessuale, atti persecutori, inviolabilità del domicilio e dei segreti, nel quadro generale dei Delitti contro la persona e contro la Libertà morale, è ancora molto limitata. A questo si deve porre rimedio, *in primis* da parte di tutti coloro che hanno funzioni e responsabilità pubbliche sino ad arrivare al singolo cittadino, per avere una società ci-

vile informata, consapevole, attenta alla propria salute fisica e psichica. In ogni relazione duale, quando per qualsivoglia motivo il rapporto volge al termine, se la decisione è presa dall'uomo, in genere la questione si risolve con relativa tranquillità (fatto salvo reazioni della donna di dolore per la fine della storia con elaborazione del lutto che varia caso per caso, di intensità e durata); se la decisione è presa dalla donna in status coniugale o di convivenza o di legame stagionale sessuale o con modesto risvolto sentimentale, frainteso e strumentale, quasi sempre non è accettata civilmente dal maschio che si comporta con aggressività: da forme di violenza lievi fino alle gravi, con rifiuto della realtà e diniego totale del presente mutato e del futuro. Detto comportamento attiene a una concezione maschile ancora oggi agli inizi del terzo millennio, presente in larga percentuale in tutti gli strati sociali, nelle professioni, nei dipendenti pubblici e privati, con vari livelli di formazione e studio, che considera la donna come oggetto, proprietà privata, strumento di piacere al proprio servizio, al massimo dedita alla cura della casa e della prole, niente altro. Dopo alcuni decenni di lot-

Parole chiave:
minaccia, paura, ansia,
aggressività, femminicidio.



ta delle donne per pari dignità, per emancipazione da obsoleti e cristallizzati ruoli femminili, per inserimento nel mondo del lavoro con pari retribuzione, per migliore istruzione, per “la Legge è uguale per tutti” (fino a pochi anni orsono l’adulterio maschile era considerato e sanzionato in modo diverso da quello femminile), si constata una grave regressione e involuzione rispetto ai prospettati modi relazionali che hanno assunto una quotidiana tragica evidenza. ISTAT 2007 presenta oltre 2 milioni di donne vittime di atti persecutori GRAVI; nel periodo 2002/2007 il 20% di italiani è vittima di *stalking*. Nel 2009 il Legislatore formula la Legge 23-04- n. 38 contro gli Atti persecutori, cosiddetto *stalking* inserito nel contesto del Codice Penale art. 612 bis. *Stalking, stalker, to stalk* (inseguire, braccare, disturbare, assillare, perseguire). Prima nell’ipotesi di *stalking* era applicabile difficilmente l’art. 660 del C.P. (molestie in luogo pubblico o aperto al pubblico). Ulteriore approfondimento e miglioramento è derivato dal D.L. 14 -08-2013 convertito in Legge 15-10-2013 n. 119 [Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere] che ha dato altri elementi alla Magistratura e alla Polizia Giudiziaria per prevenire e sanzionare il delitto. Sono tutelate ricordavo sopra, la libertà sessuale, la libertà morale, l’invulnerabilità del domicilio e quella dei segreti. Tre sono le condotte reiterate che il delitto di **Atti persecutori** prevede e punisce:

1. Provocare ansia e paura,
2. Determinare timore per la sicurezza

personale e/o di un congiunto, di una persona amica,

3. Turbare le attività quotidiane della vittima.

Interessante avere il Legislatore considerato la “serenità psicologica”, bene dell’essere umano. La offesa anche di uno solo di questi Beni giuridici è sufficiente per oggettivare il reato. Rispon-

La vittima imprudente incapace di giusto discernere, soggiogata dalla paura e dall’angoscia, che ha accettato un fugace incontro

sabile per la stragrande maggioranza dei casi è l’uomo, legato in qualche misura alla vittima da precedenti rapporti. Il persecutore *stalker* mette in atto ripetute condotte di minaccia e molestia nel luogo di lavoro, inviando SMS, MMS, e-mail, telefonate, denigrando la vittima sui social network (Facebook, Twitter, Instagram ecc.) pubblicando foto di intimità sessuale, realizzando pedinamenti, appostamenti, scrivendo lettere anonime, danneggiando beni (autovettura, ecc.), urlando ingiurie presso la abitazione, provocando suoni ad alto volu-

me, colpendo direttamente o con strumenti la vittima imprudente incapace di giusto discernere, soggiogata dalla paura e dall’angoscia, che ha accettato un fugace incontro, sperando di chiudere definitivamente la relazione, fino ai casi estremi di uccisione della donna, *femminicidio*. Lo *stalking* provoca gravi sintomi psichici: prostrazione, disagio, ansia, depressione, paura, turbamento, vessazione, destabilizzazione dell’equilibrio psichico e dell’orizzonte di senso. Vi sono gravi risposte somatiche a carico di vari apparati, dal gastroenterico all’urogenitale per alterazione del sistema nervoso della vita vegetativa tramite neuromediatori e trasmettitori dell’Orto e del Parasimpatico, diretti dai centri superiori in feed-back. Per DSM V dell’A.P.A.: Disturbo post traumatico da stress (acuto o cronico).

Lo *stalker* appartiene ad ogni categoria sociale, modesta o elevata, lavora nella pubblica amministrazione o in privato, in ambito civile o militare, con titoli di istruzione. La Suprema Corte ha sentenziato che il delitto di Atti persecutori è un reato di danno, il delitto di Minacce è un reato di pericolo; vi è un nesso causale vero.

Aggravanti previste: vicinanza della vittima per precedente relazione, uso di strumenti informatici e telematici, abuso di posizione di superiorità, travisamento, minore età, attivo su soggetto disabile. È necessario conoscere sommariamente queste norme da parte di tutti, per adeguare la condotta onde evitare traumi psico-fisici fino alla morte, frequenti e diffusi anche a Luc-

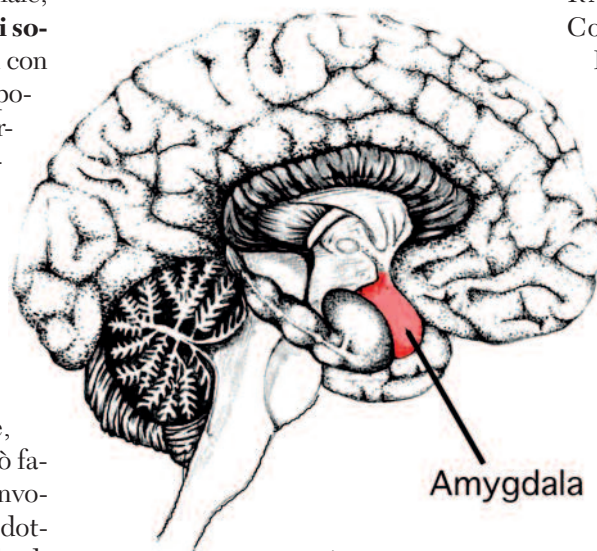




Lo *stalking* provoca gravi sintomi psichici: prostrazione, disagio, ansia, depressione, paura, turbamento, vessazione, destabilizzazione dell'equilibrio psichico e dell'orizzonte di senso

ca. Concetto essenziale psicologico per la vittima, fondato su esperienza clinica personale sintona con letteratura internazionale è: decisa la fine della relazione di vario livello, matrimoniale, convivenza, occasionale, **non resti sola** a vivere la situazione. Si confidi con amica, collega, medico, familiare, polizia giudiziaria con colloquio informale (storica figura del Maresciallo CC, P.S., G.d.F., P. postale), adotti condotte prudenti, diffidi di ogni proposta di contatti. Al limite in compagnia di qualcuno e in luoghi pubblici frequentati. Eviti locali consueti, cambi numero, password, dei propri apparati informatici, smartphone, Iphone, tablet, computer, ecc. Può fare un esposto al Questore che convoca lo *stalker* al quale consiglia condotte secondo la Legge, con verbale di ammonizione, senza rilevanza penale. Se persevera ammonito, vi è aggravante; infine la querela entro sei mesi dall'ultimo evento di danno o pericolo. Vi sono varie possibilità per la donna offesa con gradualità interventi per evitare *ultima ratio*, la giustizia penale. Il delitto di maltrattamenti in famiglia è più grave dello *stalking*. La importante sentenza della Suprema

Corte, il 21-03-2013 n. 702042 ha affermato che [...] un corteggiamento se rivolto in modo pressante, integra il reato di *stalking*, anche se la vittima



non è costretta a modificare le proprie abitudini di vita e nonostante questo, non gradisce attenzioni che suscitano in lei stati ansiosi da provocare paura. Nota che lo *stalker* nel caso era un Magistrato e la vittima una collega!!!

Tra un corteggiamento lusinghiero e una molestia esiste un limite, da non superare, per evitare di incorrere nel suddetto reato.

Alcune considerazioni finali richiamano la dimensione di neuro-psico-endocrino-immunologia, dell'uomo che entra nei problemi illustrati. Siamo unità soma-psiche; la psiche poggia sul cervello o meglio sul sistema nervoso centrale e periferico, della vita di relazione e vegetativa.

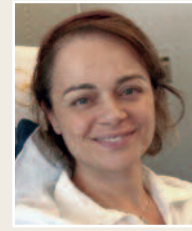
I Greci nel V sec. a.C. avevano evidenziato: la Noopsiche (della Razionalità) e la Timopsiche (della Istitualità-affettività). Freud ha elaborato una teoria fondata sulla clinica che codifica l'esistenza dell'Inconscio (ES), componente della Mente accanto della Coscienza (IO), strutturante lo sviluppo della nostra personalità, e del Censore morale (SUPER IO). L'Inconscio è sede di istinti, pulsioni, emozioni, affetti, sentimenti, sessualità, energia, ecc. componente primitiva, ancestrale, filogenetica che rimanda ai primati evoluti: il nostro DNA differisce poco da quello delle Scimmie antropomorfe. L'aggressività è strutturata nell'uomo, considerata in due forme, reattiva e strumentale, risultato di deficit di funzioni regolatorie e di controllo emotivo (Blair e coll. 2005). Con tecniche di neuroimaging su sistemi neurocognitivi, come RMN funzionale, si è visto che la Corteccia prefrontale, il Sistema Limbico, l'Amigdala, sono attivati o meno nelle risposte aggressive, di paura, di attacco, di fuga, di non valutazione della vittima; l'Amigdala e la Corteccia orbito-frontale sono connesse da vie associative. Nello *stalker* si perde il controllo razionale degli impulsi e della emotività, si liberano le dimensioni profonde, coartate, primitive, animali, parte anche dell'*homo sapiens*, dopo millenni di "civiltà occidentale", capace di condotte ferine, non solo individuali come lo *stalker*, ma collettive come la guerra che insanguina il pianeta (54 conflitti attuali). Occorre, conoscere, apprendere gli elementi fondanti per un giusto vivere sociale e civile, patrimonio di ogni individuo, per evitare al di là delle apparenze, un ritorno all'età della pietra, malgrado i tanti progressi nella evoluzione della specie umana propri purtroppo di una minoranza.

@ fec@outlook.it

Invalidità civile per stranieri

Accesso ai servizi nell'ex USL di Empoli

di Daniela Lepore e Paolo Del Guerra



DANIELA LEPORE, *specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni nel 1990 c/o l'Univ. di Modena e in Igiene e Medicina Sociale nel 2005 c/o l'Univ. di FI. Dal 1999 è Dirigente Medico Legale c/o l'ASL 11 di Empoli, dove, dal 2009, è Direttore dell'U.O. di Medicina Legale.*

PAOLO DEL GUERRA, *Dirigente medico UF Prevenzione Luoghi di Lavoro Zona Empolese USL Toscana Centro.*



I riconoscimenti di invalidità civile (IC) e di handicap rappresentano il presupposto giuridico per la concessione di benefici non solo economici: la Corte Costituzionale, con la recente sentenza n. 230/15, ha ultimato il percorso di “demolizione” – secondo l’espressione letterale della stessa – di ogni residua differenza con i cittadini italiani, iniziato nel 2008.

Parole chiave:
Invalidità civile, handicap, accompagnamento

I dati sull’accesso ai servizi sociali e sanitari da parte degli immigrati sono scarsi, e le ricerche disponibili indicano difficoltà, in particolare per barriere di natura soprattutto culturale.

La Tabella 1 mostra gli accessi alle prestazioni sociali di tipo residenziale per alcune tipologie di utenza.

La popolazione residente nel nostro territorio è indicata in Tabella 2: la percentuale di stranieri, superiore alla media nazionale, è cresciuta in due anni di oltre un punto percentuale.

Nell’età scolare, i dati MIUR per l’anno 2013-14 mostravano, con una tendenza all’aumento, che gli alunni

stranieri erano il 9% del totale, gli alunni con disabilità il 2,6%, e gli alunni disabili stranieri rispettivamente il 3,3% degli stranieri totali e l’11,5% degli alunni con disabilità (fonte: FISH).

I riconoscimenti di invalidità civile (IC) e di handicap rappresentano il presupposto giuridico per la concessione di benefici non solo economici: la Corte Costituzionale, con la recente sentenza n.230/15, ha ultimato il percorso di “demolizione” – secondo

	Stranieri	Italiani	(%)
Minori con disabilità e disturbi mentali	338	2.593	13,0
Adulti con disabilità e patologia psichiatrica	846	49.159	1,7
Anziani non autosufficienti	278	205.258	0,1

Tabella 1 - Ospiti di presidi socio-assistenziali e socio-sanitari (fonte: ISTAT, anno 2012).



Anno	N. residenti totali			N. stranieri residenti		
	EV	VI	Tot.	EV (%)	VI (%)	Tot. (%)
2013	172.659	66.209	238.868	19.847 (11,49%)	7.487 (11,30%)	27.334 (11,44%)
2015	174.894	67.223	241.712	21.950 (12,55%)	8.318 (12,37%)	30.268 (12,52%)

Tabella 2 - Popolazione residente nel territorio ex-USL 11 (fonte: ISTAT).

Legenda: EV: zona Empolese Valdelsa (11 comuni provincia di Firenze); VI: zona Valdarno Inferiore (4 comuni provincia di Pisa).

l'espressione letterale della stessa – di ogni residua differenza con i cittadini italiani, iniziato nel 2008.

L'INPS, nella circolare n. 13983 del 04.09.13, aveva riepilogato le provvidenze introdotte a seguito di tali sentenze:

- indennità di accompagnamento (n. 306/08 e 40/13);
- pensione d'invalidità agli invalidi civili totali (n. 11/2009 e 40/13),
- assegno mensile agli invalidi civili parziali (n. 187/10);
- indennità di frequenza (n. 329/11).

Anche la Corte europea dei diritti dell'uomo era intervenuta sulla stessa linea, stabilendo che disposizioni diverse contrastano col principio di non discriminazione nel godimento dei diritti fondamentali della persona.

L'analisi dei dati di IC può fornire utili indicazioni sia per valutare le necessità espresse nelle domande, sia per realizzare interventi mirati di orientamento e di supporto.

Abbiamo valutato le domande nelle due zone distretto della ex-USL 11 Empoli presentate da stranieri, confrontando il I° trimestre degli anni 2013 e 2016.

La finalità prevalente è la provvidenza economica e l'aiuto per l'inserimento in centri specializzati secondo la patologia

Le domande sono state rispettivamente 67 su 1803 totali (3,72%) nel 2013; 65 su 1203 (5,40%) nel 2016: si osserva quindi un aumento relativo a fronte di una diminuzione delle domande totali (-33,4%).

Le nazionalità più rappresentate sono Marocco, Romania e Albania; nel 2013 sono pervenute numerose domande anche da cittadini cinesi. Sono invece scarse le domande dalla comunità senegalese, storicamente insediata nel Valdarno Inferiore (circa 1700 nel 2015).

Nella zona Valdarno la proporzione è maggiore per circa 1/3; il dato, a nostro parere, potrebbe trovare spiegazione in una maggiore azione proattiva di realtà associative a supporto degli immigrati.

La valutazione è riportata in Figura 1. La percentuale di domande inappropriate (che non danno cioè luogo a benefici: non invalidi +35-45%) è piuttosto elevato e in crescita, da 18/62 (29,0%) nel 2013 a 23/57 (40,4%) nel 2016.

Tra i riconoscimenti nella popolazione di età <18 anni si rilevano 8 indennità di frequenza e 4 indennità di accompagnamento (IA) nel 2013, rispettivamente 5 e 0 nel 2016.

La finalità prevalente è la provvidenza economica e l'aiuto per l'inserimento in centri specializzati secondo la patologia. Per l'ottenimento di insegnante di sostegno la domanda è invece presentata ai sensi della L. 104/92, anche contestualmente alla IC.

Nella popolazione >18 anni danno potenzialmente luogo a benefici economici 5 IA nel 2013 e 6 nel 2016, oltre a 14 riconoscimenti tra il 67 e il 100% nel 2013 (rispettivamente 11 nel 2016). Si evidenzia 1 solo caso di cecità civile in ciascun periodo.

I riconoscimenti di IC >45% danno invece accesso al sistema del collocamento mirato al lavoro ai sensi della L. 68/99.

Tra gli ultrasessantacinquenni sono presenti alcuni soggetti riconosciuti invalidi nelle fasce non percentualizzate ("lieve" e "medio-grave"), che non danno luogo a provvidenze economiche.

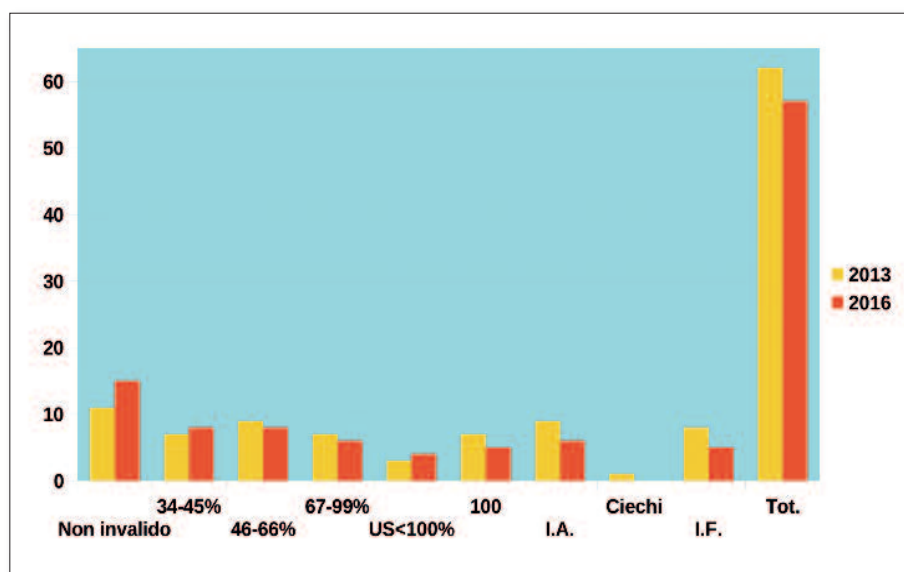


Figura 1 – Valutazione espressa dalle Commissioni ASL (n. riconoscimenti/anno).

Legenda: %: percentualizzazione secondo DM 5.2.92; US<100%: ultrasessantacinquenni invalidi non percentualizzati; I.A.: indennità di accompagnamento; I.F.: indennità di frequenza.



Le patologie collegate al riconoscimento sono prevalentemente di natura neuropsichiatrica (soprattutto nei minori per deficit genetici e ADHD), osteoarticolare (>18 anni) e cardiovascolare (congenita nei <18 anni, ischemica e valvolare nei >18 anni). Soprattutto negli anziani è altamente frequente il rilievo di barriere

linguistiche, talora solo parzialmente compensate dai familiari.

Per confronto, la popolazione italiana presenta uno spostamento di utenza e riconoscimenti verso fasce di età più avanzata; la percentuale di domande inappropriate è minore. Le patologie più comuni sono anche qui neuropsichiatriche (in particolare demenze), malattie neoplastiche, cardiovascolari e osteoarticolari. Le differenze possono essere in parte spiegate con la diversa distribuzione anagrafica, con maggiori tassi di natalità e prevalenza delle fasce più giovani tra gli immigrati; sono infatti meno frequenti, pur se non rari, i ricongiungimenti familiari che consentono l’immigrazione di anziani. In conclusione i dati mostrano complessivamente un *trend* in crescita del ricorso all’istituto dell’IC, pur ancora in proporzione inferiore agli italiani.

Emerge la necessità di migliore informazione ed assistenza, in quanto è elevata – e apparentemente crescente – la proporzione di domande che non danno luogo a benefici: ciò comporta da un lato aspettative non soddisfatte e dall’altro consumo di risorse pubbliche (ogni domanda ha un costo, dal momento della ricezione alla fase di riconoscimento, sino alla trasmissione dell’esito, per nulla dire di eventuali ricorsi giudiziari). Si tratta di un’attività che compete soprattutto ai Patronati, o alle Associazioni di volontariato e degli stessi immigrati che provvedono all’assistenza nel disbrigo di pratiche. Nel momento attuale infatti sarebbe opportuno mettere in atto ogni iniziativa utile a migliorare l’appropriatezza delle prestazioni medico legali erogate.

@ d.lepore@uslcentro.toscana.it

INPS
Istituto Nazionale
Previdenza Sociale



CONGRESSI E CONVEGNI

4TH FLORENCE RA COURSE - FIRENZE, 23-25 FEBBRAIO 2017

Il 23 Febbraio prossimo si apre la quarta edizione del Florence RA Course che tratterà fino al 25 **THE SURGICAL TREATMENT OF THE RHEUMATOID UPPER LIMB** Chairman Prof. Massimo Ceruso, Direttore del reparto di Chirurgia e Microchirurgia Ricostruttiva della Mano dell’AOU di Careggi e, in contemporanea e per la sola giornata del 24 Febbraio, **THE LOWER LIMB** Chairman Prof. Massimo Innocenti, Direttore della SOD Complessa Ortopedia Generale 1 della AOU di Careggi. Scopo del corso, per il quale è previsto un massimo di 40 discenti, è di fornire un algoritmo diagnostico esaustivo sull’artrite reumatoide e le condizioni reumatiche presentando al contempo le soluzioni chirurgiche e terapeutiche più innovative per i pazienti affetti da tali patologie. I relatori internazionali e italiani rappresentano un panel d’eccezione e forniranno un contributo importante al tema del corso che si avvarrà anche di videosurgery e casi clinici. Sono previsti 22,9 crediti ECM e crediti UEMS su 21 ore di formazione. Nel corso degli anni il Florence RA Course, che gode dei più importanti patrocini nazionali ed internazionali, ha registrato la presenza di chirurghi, ortopedici, radioterapisti, terapisti occupazionali, reumatologi provenienti da tutto il mondo, che ne hanno riconosciuto l’alto valore formativo e specialistico. La sede del corso è l’Hotel AC a Firenze.

Info: www.floRenCeCouRse2017.org

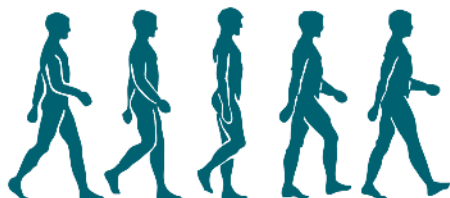
Solvitur ambulando

(ovvero: l'elogio del cammino)

di Mario Migliolo



MARIO MIGLIOLO, *specialista in Medicina dello Sport e in Medicina del Lavoro Firenze. Perfezionamenti universitari in Fisiopatologia e Allergologia respiratoria, Igiene Ambientale, Clinica tossicologica e Promozione della Salute. Lavora all'Inail di Firenze; è Presidente dell'Associazione Medico Sportiva Fiorentina della FMSI e medico della Rari Nantes Florentia.*



Il cammino rappresenta la principale forma di movimento e, se ben somministrato, può assumere a pieno titolo il ruolo di antidoto contro l'invecchiamento: è necessario per questo che i medici si appropriino di un efficace ruolo di promotori di corretti stili di vita e che gli amministratori pubblici mettano in atto politiche di facilitazione alla mobilità attiva.

Solvitur Ambulando (letteralmente traducibile in “camminando si risolve”) è un motto attribuito a Diogene di Sinope che così sintetizzò il disaccordo con il filosofo Zenone e con i suoi paradossi miranti a negare il movimento.

Zenone, volle difendere la tesi del suo maestro Parmenide che sosteneva che il movimento è un'illusione e descrisse quattro paradossi contro il movimento, tramandati da Aristotele, e di cui il più noto è il secondo ovvero **Achille e la tartaruga**.

Vari filosofi nel tempo hanno elogiato il cammino: come Jean Jacques Rousseau nelle **Confessioni** (“Non riesco a meditare se non camminando. Appena mi fermo non penso più”), o

Nietzsche nel **Crepuscolo degli idoli** (“Tutti i grandi pensieri sono concepiti mentre si cammina”).

Il cammino, la passeggiata, viene ad assumere il ruolo di antidoto contro l'apatia, un rattivatore d'idee e di meditazione, condizione che, magari, i neurofisiologi possano ricondurre alla stimolazione dell'attività elettrica alfa dei neuroni, indice di tranquillità.

Ma da tempo il movimento è stato individuato dalla medicina come mezzo di contrasto a varie patologie (cardiache, metaboliche, respiratorie...):

Parole chiave:

attività fisica, prescrizione dell'esercizio, medicina dello sport, promozione della salute, mobilità urbana



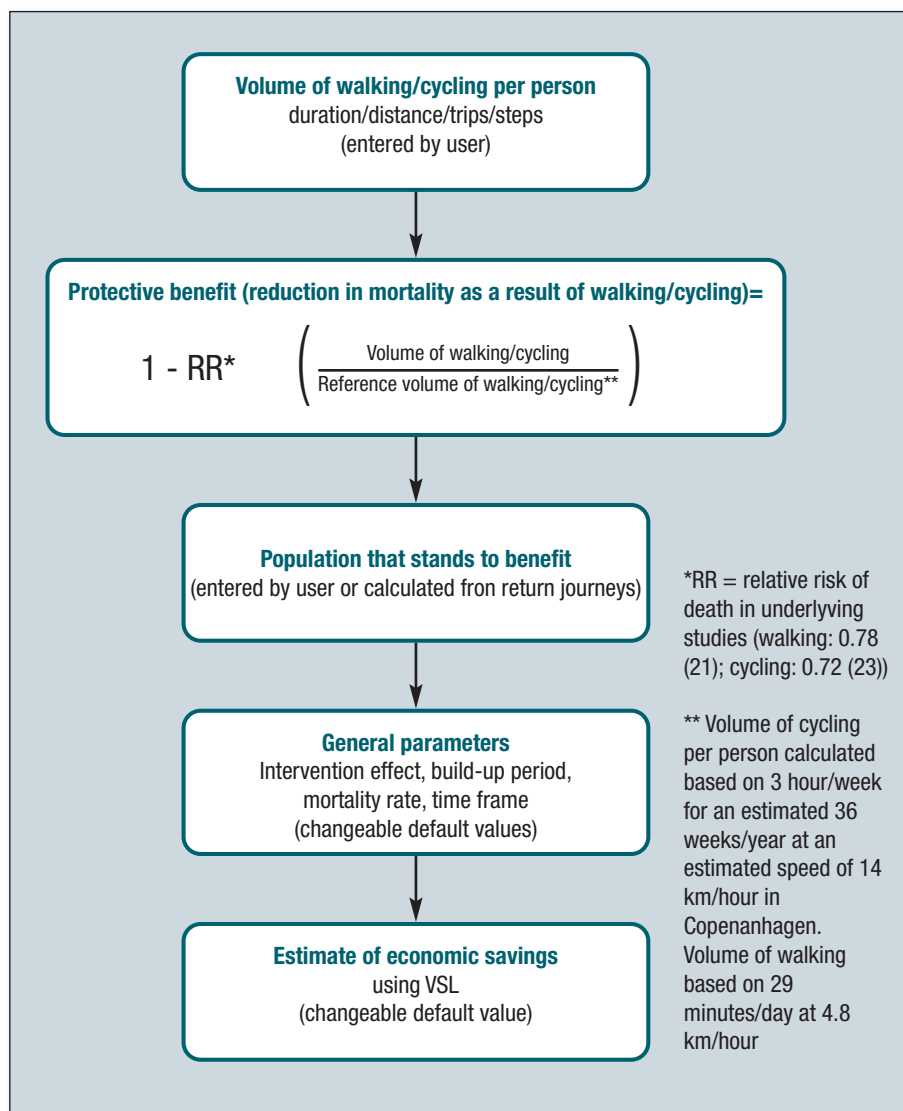
si preferirà parlare di cammino ed attività fisica piuttosto che di passeggiata, e su questo si è avviato un corposo dibattito scientifico.

Attribuendo al cammino una funzione di farmaco, si è cercato di definirne la somministrazione: risuonano le parole anticipatorie del fisiologo Rodolfo Margaria che negli anni Settanta scriveva che il medico, come definisce quantitativamente la prescrizione farmacologica, così anche deve prescrivere con esattezza la quantità di esercizio che a suo giudizio deve compiere chi si sottopone alle sue cure”.

La rivista **Jama** nel 2011 pubblicò uno studio (“Gait speed and survival in older adults”) effettuato su un campione di 34 mila persone over 65 anni per un periodo variabile fra i 6 e i 21 anni evidenziando che la velocità del cammino rappresentava il miglior indice correlabile alla sopravvivenza: ogni incremento della velocità di cammino di 0,1 m/s determina un aumento dell’aspettativa di sopravvivenza dopo 5 e 10 anni.

Un ulteriore studio pubblicato sul **BMJ** nello stesso anno e durato 5 anni ha messo in relazione la velocità di andatura di circa 1.700 maschi di età superiore i 70 anni residenti in Australia con la loro sopravvivenza: lo studio registrò una riduzione del 23% del rischio di morte per chi camminava ad una velocità > di 3km/h rispetto a coloro che andavano a <3km/h e nessun caso di morte tra chi andava a 5km/h, giungendo quindi ad una conclusione: la velocità di marcia del “Cupo Mietitore” deve essere attorno ai 3km/h, per sfuggire alla Morte occorre raggiungere i 5km/h.

Il cammino riveste in quest’ottica un’importanza particolare in quanto è ormai evidente che anche le attività d’intensità leggera – moderata possono garantire benefici simili all’attività fisica più vigorosa, con minori rischi di effetti avversi. Inoltre il cammino è l’attività fisica più popolare, diffusa nella popolazione indipendentemente dal livello socio-economico, al contrario di altre attività che tendono ad interessare maggiormente le fasce di reddito più elevate. La promozione del cammino si è dimo-



strata efficace nell’aumentare in poco tempo la quota di attività fisica media di 30-60 minuti alla settimana anche nelle persone più sedentarie.

La maggior parte dei medici sente come propria la responsabilità di informare i pazienti sui rischi connessi a determinati comportamenti e sente altresì come proprio il dovere di facilitare il cambiamento di tali abitudini suggerendo l’adozione di stili di vita più attivi. Il problema è che molti medici non sono stati formati per svolgere tale compito e si trovano a dover fare fronte ad una carenza di preparazione ed esperienza specifica nel portare avanti l’attività di counseling.

Un possibile fattore di ostacolo alla promozione dell’attività fisica da parte dei medici consiste nella scarsa conoscenza dell’attività fisica come strumento preventivo e terapeutico. Il bagaglio culturale del medico non prevede una conoscenza approfondita su co-

me vada utilizzata l’attività fisica come strumento di cura e prevenzione delle patologie, talora addirittura sopravvalutandone il rischio.

Se è quindi evidente la necessità di definire le caratteristiche dell’esercizio fisico per giungere alla prescrizione dello stesso, un’operazione che coinvolge il mondo scientifico, altrettanto necessario è creare condizioni facilitanti la pratica motoria dei cittadini.

Talvolta a prevalere sono logiche che premiano il profitto piuttosto che la salute pubblica, come avvenne negli eventi che condussero allo smantellamento della rete tranviaria a Los Angeles.

All’inizio degli anni Venti si assisteva al boom dell’industria tramviaria: negli Stati Uniti esistevano qualcosa come 1.200 compagnie tramviarie e ferroviarie a gestire una rete di circa 50.000 km. Tutte insieme arrivavano a trasportare annualmente tra i 12 ed i 15 miliardi di passeggeri. Nella sola Los Angeles la re-

te tranviaria misurava 1.460 km e trasportava giornalmente il 70% dei pendolari: gli abitanti di cinquanta diverse comunità urbane raggruppate in quattro contee per lo più si servivano dei Red Cars che sfrecciavano a 90 chilometri all'ora per gli spostamenti periferici e dei Yellow Cars per le zone del centro. Si trattava del più esteso e ramificato sistema di trasporti pubblici urbani dell'epoca. Cinquant'anni più tardi Los Angeles si era trasformata in una città dal traffico caotico e congestionato e in una delle metropoli più inquinate del pianeta.

A imporre una netta accelerazione verso un modello di viabilità centrato sul traffico privato e il predominio dell'automobile fu, negli anni 30, la scelta deliberata di quattro big economici: la General Motors, la Firestone, la Standard Oil e la Mack Truck. Autoveicoli, gomme e carburanti, insieme, acquistano le reti tramviarie e le sostituiscono con autobus su gomma, per i quali diventa necessario ampliare le strade, renderle sempre più veloci e mano a mano che il numero di automobili private aumenta, le corse sui mezzi pubblici diventano sempre meno competitive (l'ultima corsa in tram è del 1961), il vecchio tessuto urbano viene distrutto e Los Angeles si estende ancora di più.

I luoghi prediletti per camminare e andare in bicicletta sono le strade dei sobborghi o degli isolati e gli spazi pubblici come i parchi e i sentieri: una ricerca di Brownson del 2001 trova che il 66% delle persone intervistate svolge attività fisica sulle strade della propria zona, contro il 21% di coloro che vanno in palestra e il 25% che utilizza il "tapis roulant". Le ragioni della popolarità delle proprie strade come luogo ideale per svolgere attività fisica sono molteplici: sono facilmente accessibili e si prestano a molteplici scopi, cioè il raggiungere una destinazione, rilassarsi, allenarsi. Inoltre, poiché lo sport prevalente è il camminare, le strade diventano "il luogo" dove si svolge attività fisica per eccellenza.

Questa scoperta ha delle implicazioni molto importanti per tutte le politiche che intendano promuovere il camminare e l'andare in bicicletta, sia per ridurre il trasporto motorizzato che per promuovere stili di vita più sani.

Il cammino riveste un'importanza particolare in quanto è ormai evidente che anche le attività d'intensità leggera-moderata possono garantire benefici simili all'attività fisica più vigorosa

Le barriere più diffuse al camminare e all'andare in bicicletta sono di tre tipi:

– *Barriere fisico-ambientali*: le distanze eccessive, l'insicurezza, l'impossibilità di svagarsi, il traffico, l'assenza di spazi riservati ai pedoni e alle biciclette, la mancanza di limitatori della velocità e di attraversamenti pedonali, la presenza di crimine, la presenza di cani, la frequenza di incidenti su una strada, la mancanza di manutenzione delle strade sono tutti fattori che inibiscono il soggetto dall'uscire a piedi o in bicicletta;

– *Barriere personali*: la mancanza di tempo è il fattore principale che scoraggia l'attività fisica: questa scoperta suggerisce che la promozione dell'attività fisica per il duplice scopo della salute e del trasporto può aiutare ad aumentare il livello di attività fisica. Altri fattori personali sono lo stato di salute, la responsabilità per la cura dei figli e la mancanza di energia;

– *Barriere sociali*: la mancanza di compagnia e il non vedere altre persone che fanno attività fisica nella zona sono le principali barriere sociali, perché tolgono al soggetto parte del piacere, della sicurezza e del fattore imitativo. Bisogna aggiungere la mancanza di interesse, la consapevolezza del proprio

aspetto fisico e i costi connessi a un programma strutturato di attività fisica.

Riprendendo la teoria dei bisogni di Maslow, si può argomentare che esistono 5 bisogni connessi con il camminare, collocati in una gerarchia, tale per cui i bisogni successivi emergono e possono essere soddisfatti solo dopo la soddisfazione dei bisogni precedenti (Figura 1).

Vanno però fatte alcune precisazioni: non sempre devono essere soddisfatti i bisogni precedenti per accedere a quelli successivi, così come l'ordine non è sempre uguale, perché alcune persone possono invertire alcuni elementi; si può essere motivati da alcuni bisogni contemporaneamente, nonostante la gerarchia, così come si può non essere coscienti delle proprie motivazioni. Infine, esistono altri elementi che possono influenzare la scelta di camminare, con cui i bisogni interagiscono.

Analizziamo i cinque bisogni:

1. *fattibilità*: include degli elementi collegati alla mobilità (come l'età, il peso reale e quello percepito, le condizioni fisiche), al tempo disponibile e alle responsabilità del soggetto (soprattutto per i figli o per gli anziani). Come rilevato precedentemente, il fattore tempo è essenziale.

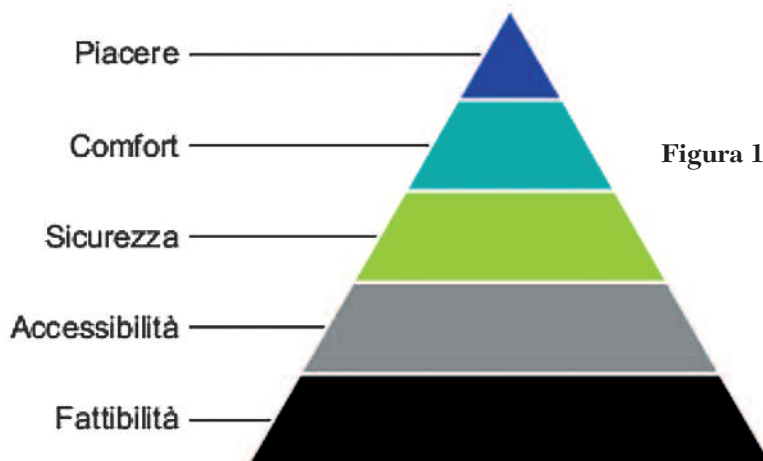


Figura 1



2. **accessibilità:** include fattori quali la qualità, la quantità, la varietà e la prossimità delle attività presenti, la connessione tra i diversi usi del territorio e la presenza di infrastrutture che favoriscono il camminare.
3. **sicurezza:** include fattori connessi alle caratteristiche urbane collegate alla "civiltà" o alla paura del crimine, i tipi di utilizzo del territorio e la presenza della gente. La sicurezza diventa prioritaria quando si tratta del passeggiare, perché è un viaggio opzionale.
4. **comfort:** include gli accorgimenti tecnici che regolano il rapporto tra i pedoni e i veicoli a motore, le infrastrutture connesse alla viabilità dei pedoni (attraversamenti pedonali, marciapiedi...) e le comodità urbane (panchine, fontanelle con acqua potabile, portici e camminamenti protetti...).
5. **piacere:** è connesso con il livello di attrazione che un territorio esercita per indurre il soggetto a camminare e passeggiare. Dipende dalla diversità e dalla complessità del paesaggio, dalla vivacità (livello di attività) dell'ambiente, dalla coerenza architettonica e dall'attrazione estetica della zona.

Le amministrazioni locali hanno un ruolo cruciale nel creare ambienti che facilitino la diffusione di stili di vita fisicamente attivi e, come auspicato dall'OMS, i medici e i medici sportivi in particolare hanno il compito di orientare i decisori verso scelte di politiche per la salute pubblica.

@ m.migliolo@inail.it



CONVENZIONI

Le principali convenzioni commerciali e di servizi integrativi d'interesse per i medici e gli odontoiatri italiani sono sottoscritte dalla Fondazione **ENPAM**, Cassa di Previdenza dei medici e degli odontoiatri. Per consultare le convenzioni commerciali e i servizi integrativi **ENPAM**, visitare il sito all'indirizzo: <http://www.enpam.it/servizi-integrativi>.

In aggiunta alle convenzioni commerciali **ENPAM**, l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze ha sottoscritto alcune convenzioni che possono essere consultate, suddivise per le seguenti categorie merceologiche: Alberghi - Ristoranti - Catering, Attività fisica e sportiva, Corsi e Stages, Servizi alla persona, Servizi Bancari, Servizi informatici e telefonia, Viaggi e turismo. Info: <http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/convenzioni>

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE**



Notizie sui NAO

di Tiberio Corona



TIBERIO CORONA, *Responsabile Settore Politiche del Farmaco e Appropriatelyzza, Regione Toscana.*



Pubblichiamo volentieri queste tabelle elaborate dal Settore Farmaceutico della Regione Toscana, per il loro interesse pratico nei confronti dei medici prescrittori. Da un lato vi è il riassunto delle indicazioni dei vari farmaci secondo i dosaggi, dall'altro sono pubblicati gli oneri sostenuti dal Servizio. Riteniamo che tutto ciò sia motivo di utile riflessione per la migliore scelta terapeutica nel rapporto costo/efficacia.

cod.	farmaco	2° semestre 2015		1° semestre 2016		Totale	
		n.conf.	spesa	n.conf.	spesa	n.conf.	spesa
038451023	PRADAXA*30X1CPS75MG	7	158,67	27	650,49	285,7%	310,0%
038451050	PRADAXA*10X1CPS110MG	55	604,36	75	824,17	36,4%	36,4%
038451062	PRADAXA*30X1CPS110MG	182	5.227,33	259	8.538,12	42,3%	63,3%
038451074	PRADAXA*60X1CPS110MG	22.548	1.486.069,73	25.958	1.711.493,00	15,1%	15,2%
038451112	PRADAXA*60X1CPS150MG	13.246	873.351,21	15.717	1.036.295,65	18,7%	18,7%
Totale PRADAXA		36.038	2.365.411	42.036	2.757.801	16,6%	16,6%
038744052	XARELTO*5CPRRIV10MGPP/ALU	4	55,00			-100,0%	-100,0%
038744064	XARELTO*10CPRRIV10MGPP/ALU	117	2.511,57	170	3.539,05	45,3%	40,9%
038744076	XARELTO*30CPRRIV10MGPP/ALU	209	12.261,20	172	9.952,17	-17,7%	-18,8%
038744138	XARELTO*42CPRRIV15MG	13.061	1.048.742,41	15.792	1.269.469,41	20,9%	21,0%
038744189	XARELTO*28CPRRIV20MG	28.863	1.544.815,67	35.549	1.901.273,22	23,2%	23,1%
Totale XARELTO		42.254	2.608.386	51.683	3.184.234	22,3%	22,1%
041225018	ELIQUIS*10CPRRIV2,5MG	370	4.066,12	541	5.945,23	46,2%	46,2%
041225020	ELIQUIS*20CPRRIV2,5MG	2.644	58.110,07	1.755	38.571,39	-33,6%	-33,6%
041225032	ELIQUIS*60CPRRIV2,5MG	11.875	783.005,58	17.480	1.152.548,16	47,2%	47,2%
041225095	ELIQUIS*60CPRRIV5MG	16.308	1.075.244,67	22.356	1.474.004,76	37,1%	37,1%
041225145	ELIQUIS*28CPRRIV5MG	2	61,56	23	707,85	1050,0%	1049,9%
Totale ELIQUIS		31.199	1.920.488	42.155	2.671.777	35,1%	39,1%
Totale		109.491	6.894.285	135.873	8.613.813	24,1%	24,9%

Dosaggio

Farmaco	75 mg	110 mg	150 mg	note
Pradaxa dabigatran	Prevenzione TEV intervento anca o ginocchio in paz con insufficienza renale (IR) moderata o che ricevono inibitori della P-gp da deboli a moderati (es. verapamil, amiodarone o chinidina) o di età >75 anni alla dose di 150 mg/die. Il trattamento deve iniziare per via orale entro 1-4 ore dalla conclusione dell'intervento con una capsula da 75 mg e continuare dal giorno successivo con 2 capsule una volta al giorno per un totale di 10 giorni (chirurgia sostitutiva del ginocchio) o di 28-35 giorni (chirurgia sostitutiva dell'anca).	Prevenzione primaria TEV intervento anca o ginocchio (220mg/die). Il trattamento deve iniziare per via orale entro 1-4 ore dalla conclusione dell'intervento con una capsula da 110mg e continuare dal giorno successivo con 2capsule una volta al giorno per un totale di 10 giorni (chirurgia sostitutiva del ginocchio) 28-35 giorni (chirurgia all'anca).		IR grave, IE e malattia epatica grave, Ipersensibilità al principio attivo o ad uno degli eccipienti, sanguinamento attivo, lesioni o condizioni considerate un fattore di rischio significativo di sanguinamento maggiore (es. ulcera gastrointestinale in corso o recente, presenza di neoplasie ad elevato rischio di sanguinamento, recente lesione cerebrale o spinale, recente intervento chirurgico a livello cerebrale, spinale od oftalmico, recente emorragia intracranica, varici esofagee accertate o sospette, malformazioni arterovenose, aneurismi vascolari o anomalie vascolari maggiori intraspaniali o intracerebrali), trattamento concomitante con ogni altro anticoagulante come eparina non frazionata (ENF), eparine a basso peso molecolare (enoxaparina, dalteparina ecc.), derivati dell'eparina (fondaparinux ecc.), anticoagulanti orali (warfarin, rivaroxaban, apixaban ecc.) fatta eccezione per specifiche circostanze di cambio di terapia anticoagulante o quando l'ENF è somministrata alle dosi necessarie per mantenere pervio un catetere centrale venoso o arterioso, trattamento concomitante con potenti inibitori della P-gp.
		Prevenzione ICTUS ed embolia sistemica in FANV e almeno un fattore di rischio (ictus, TIA, IC NYHA≥II, diabete mellito, ipertensione) alla dose di 220 mg/die (età ≥80 anni o in terapia con verapamil). In pazienti di età compresa tra 75 e 80 anni, o con compromissione renale moderata, o con gastrite, esofagite o reflusso gastroesofageo, o in pazienti ad aumentato rischio di sanguinamento la dose giornaliera di 300 mg o di 220 mg deve essere identificata su base individuale.	Prevenzione ICTUS ed embolia sistemica in adulti con FANV con almeno un fattore di rischio alla dose di 300 mg/die. La terapia deve essere continuata a lungo termine. In pazienti di età compresa tra 75 e 80 anni, o con compromissione renale moderata, o con gastrite, esofagite o reflusso gastroesofageo, o in pazienti ad aumentato rischio di sanguinamento la dose giornaliera di 300mg o di 220mg deve essere identificata su base individuale.	
		Trattamento TVP, EP e prevenzione recidive TVP e EP negli adulti (TEV) (età >80 anni o in terapia con verapamil).	Trattamento TVP, EP e prevenzione recidive TVP e EP (TEV) negli adulti. (300 mg/die) assunti come una capsula da 150mg 2 volte al giorno, successivamente al trattamento con un anticoagulante parenterale somministrato per almeno 5 giorni. La durata della terapia deve essere stabilita dopo un'attenta valutazione del beneficio della terapia rispetto al rischio di sanguinamento. La scelta della terapia di breve durata (almeno 3 mesi) si deve basare su fattori di rischio transitorio (es. recente intervento, trauma, immobilizzazione) e quelle di più lunga durata su fattori di rischio permanente o TVP idiopatica o EP.	
Costo/die	1,74 €	1,74 €	1,74 €	

Dosaggio

Farmaco	2,5 mg	10 mg	15 mg	20 mg	note
Xarelto rivaroxaban	Con ASA, o con ASA e clopidogrel o ticlopidina, è indicato per la prevenzione di eventi aterotrombotici in pazienti adulti dopo una sindrome coronarica acuta (SCA) con biomarcatori cardiaci elevati (5 mg/die). Un prolungamento del trattamento oltre i 12 mesi deve essere valutata in base ad ogni singolo paziente, perché le esperienze fino ai 24 mesi sono limitate.	Prevenzione TEV in adulti in interventi anca o ginocchio alla dose di 10 mg/die. La dose iniziale deve essere assunta 6-10 ore dopo l'intervento, si raccomanda un trattamento di 5 settimane (chirurgia dell'anca), 2 settimane (chirurgia al ginocchio).	Prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica nei pazienti adulti affetti da fibrillazione atriale non valvolare con uno o più fattori di rischio, come insufficienza cardiaca congestizia, ipertensione, età \geq 75 anni, diabete mellito, pregresso ictus o attacco ischemico transitorio. In caso di IR moderata o grave la dose è di 15 mg/die. La terapia con Xarelto deve essere proseguita a lungo termine, a condizione che il beneficio legato alla prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica superi il rischio emorragico.	"Prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica La dose raccomandata è 20 mg una volta al giorno. Prevenzione ICTUS ed embolia sistemica in FANV (inclusi i pazienti sottoposti a cardioversione) con almeno un fattore di rischio alla dose di 20 mg/die".	IE grave e patologie epatiche associate a coagulopatia e rischio emorragico clinicamente significativo (compresi i pazienti cirrotici con Child Pugh B e C), clearance Creatinina $<$ 15 ml/min, ipersensibilità al principio attivo o agli eccipienti, emorragie in atto, lesioni o condizioni tali da costituire un rischio significativo di sanguinamento maggiore (es. ulcerazione gastrica recente o in corso, presenza di neoplasie maligne ad alto rischio di sanguinamento, recente traumatismo cerebrale o spinale, intervento chirurgico cerebrale, spinale od oftalmico, recente emorragia intracranica, varici esofagee accertate o sospette, malformazioni arteriovenose, aneurismi vascolari o disfunzioni vascolari maggiori a livello intraspinale o intracerebrale), trattamento concomitante con altri anticoagulanti (es. eparine non frazionate, le eparine a basso peso molecolare (enoxaparina, dalteparina, ecc.), i derivati dell'eparina (fondaparinux, ecc.), gli anticoagulanti orali (warfarin, dabigatran etexilato, apixaban, ecc.), tranne nel caso specifico di cambiamento di terapia anticoagulante o quando le eparine non frazionate siano somministrate a dosi necessarie per mantenere in efficienza un catetere centrale aperto, venoso o arterioso, trattamento concomitante della SCA con terapia antiplastrinica in pazienti con pregresso ictus o TIA, gravidanza e allattamento, trattamento concomitante con potente induttore del CYP3A4 rifampicina, fenitoina, carbamazepina, fenobarbital o erba di S. Giovanni (Hypericum perforatum).
			Trattamento della TVP e dell'EP e prevenzione delle recidive di TVP ed EP nell'adulto 30 mg/die per 21 giorni. Prevenzione ICTUS ed embolia sistemica in FANV (inclusi i pazienti sottoposti a cardioversione) con almeno un fattore di rischio	Trattamento della TVP e dell'EP e prevenzione delle recidive di TVP ed EP nell'adulto dal 22° gg 20 mg/die. La durata della terapia deve essere personalizzata dopo un'attenta valutazione del beneficio del trattamento in rapporto al rischio emorragico. La durata breve della terapia (almeno 3 mesi) dev'essere basata su fattori di rischio transitori (ad es. un intervento chirurgico recente, come pure un trauma od un'immobilizzazione), mentre una durata più lunga dev'essere basata su fattori di rischio permanenti o TVP idiopatica o EP	
Costo/die		1,60 €	1,60 €	1,60 €	

Dosaggio

Farmaco	2,5 mg	5 mg		note	
Eliquis apixaban	Prevenzione TEV intervento anca o ginocchio, la dose raccomandata di apixaban è 2,5 mg due volte al giorno.			Controindicato in: Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti; Sanguinamento clinicamente significativo in atto; Malattia epatica associata a coagulopatia ed a rischio di sanguinamento clinicamente rilevante; Lesioni o condizioni considerate fattori di rischio significativo per sanguinamento maggiore; Trattamento concomitante con qualsiasi altro agente anticoagulante.	
	Prevenzione ICTUS ed embolia sistemica in FANV con almeno un fattore di rischio (vedi 5 mg) e con almeno due delle seguenti caratteristiche: età >80 anni o peso ≤60 kg, o creatinina sierica ≥1,5 mg/dl (133 micromoli/l). La dose raccomandata di apixaban è 2,5 mg due volte al giorno.	Prevenzione ICTUS ed embolia sistemica in FANV con almeno un fattore di rischio: precedente ictus o attacco ischemico transitorio (TIA), età ≥ 75 anni, ipertensione, diabete mellito, insufficienza cardiaca sintomatica. La dose raccomandata di apixaban è 5 mg due volte al giorno.			
	Trattamento TVP acuta, EP e prevenzione delle recidive di TVP e/o EP a seguito del completamento di 6 mesi di trattamento per TVP o EP 2,5 mg due volte al giorno.	Trattamento TVP acuta, EP: primi 7 gg di terapia 10mg due volte al giorno seguiti da 5 mg due volte al giorno (almeno 3 mesi).			
Costo/die	1,81 €	1,81 €			

Farmaco	15 mg	30 mg	60 mg	note
Lixiana edoxaban		Prevenzione ictus ed embolia sistemica in FANV con almeno un fattore di rischio (vedi 60 mg). La dose raccomandata è 30 mg di edoxaban una volta al giorno, nei pazienti con uno o più dei fattori clinici seguenti: compromissione renale elevata/severa (clearance della creatinina (CrCL) 15 - 50 ml/min) o peso ≤60 kg o uso concomitante di ciclosporina, dronedarone, eritromicina, chetoconazolo (inibitori glicoproteinaP).	Prevenzione ictus ed embolia sistemica in FANV con almeno un fattore di rischio: insufficienza cardiaca congestizia, ipertensione, età ≥ 75 anni, diabete mellito, precedente ictus o attacco ischemico transitorio. La dose raccomandata è 60 mg di edoxaban una volta al giorno.	Controindicato in: ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti; Sanguinamento clinicamente significativo in atto; Malattia epatica associata a coagulopatia ed a rischio di sanguinamento clinicamente rilevante; Lesioni o condizioni tali da costituire un rischio significativo di sanguinamento maggiore; Ipertensione severa non controllata; Trattamento concomitante con altri anticoagulanti; Gravidanza e allattamento.
		Trattamento TVP, EP e prevenzione recidive TVP e EP (TEV). La dose raccomandata è 30 mg di edoxaban una volta al giorno, nei pazienti con uno o più dei fattori clinici seguenti: compromissione renale elevata/severa (clearance della creatinina (CrCL) 15 - 50 ml/min) o peso ≤60 kg o uso concomitante di ciclosporina, dronedarone, eritromicina, chetoconazolo (inibitori glicoproteina P).	Trattamento TVP, EP e prevenzione recidive TVP e EP (TEV). La dose raccomandata è 60 mg di edoxaban una volta al giorno.	
	Passaggio terapia da edoxaban 30 mg ad antagonisti vit.K .	Passaggio terapia da edoxaban 60 mg ad antagonisti vit.K .		
Costo/die	1,60 €	1,60 €	1,60 €	

Angiogenesi coronarica e cardiopatia ischemica

di Paolo Utari



PAOLO UTARI, *Cardiologia, Presidio Ospedaliero di Camerata, Firenze.*

La cardiopatia ischemica rappresenta la principale causa di morbilità e mortalità nei paesi industrializzati. La mortalità annua in Europa per cause cardiovascolari è di 5,4 persone per 1000 abitanti (50% di tutte le morti e 2,4 decessi sono dovuti alla cardiopatia ischemica). La riduzione di eventi maggiori e la cura dei sintomi rimane l'obiettivo fondamentale. Nonostante le attuali opzioni terapeutiche (mediche, interventistiche, percutanee e chirurgiche) un importante numero di pazienti rimane sintomatico per angina (no-option patients). In questo contesto, la terapia angiogenetica (con farmaci o materiale bioattivo) rappresenta un approccio alternativo al paziente ischemico.

Angiogenesi/vasculogenesi

L'angiogenesi rappresenta un complesso processo biologico dove numerosi fattori regolatori entrano in gioco. Nella cardiopatia ischemica si assiste a un'alterazione del controllo dei fattori stimolanti/inibenti con risultato di una insufficiente angiogenesi. La formazione di nuovi vasi sanguigni, oltre che durante l'embriogenesi, si verifica in numerosi contesti fisiopatologici come la riparazione di tessuti danneggiati da traumi, la crescita tumorale e in altri contesti di malattie croniche (retinopatia diabetica, Lupus Eritematoso Sistemico, artrite reumatoide). L'angiogenesi, definita come la formazione di vasi capillari ex novo per gemmazione da un letto capillare preesistente, determina come risultato netto un aumento della densità capillare. Si differenzia dalla vasculogenesi in quanto questa è il risultato della differenziazione in angioblasti di cellule mesodermiche con formazione di vasi prima inesistenti. La vasculogenesi, tipica dello sviluppo embrionale, ha inoltre la caratteristica di svilupparsi in siti ben definiti, mentre l'angiogenesi si verifica ubiquitariamente. La regolazione dello sviluppo di

nuovi vasi è un processo complesso continuamente arricchito di nuove ipotesi eziopatogenetiche. Concettualmente vengono considerati tre tipi di stimoli angiogenetici: meccanici, chimici e molecolari (Figura 1).

I fattori meccanici sono essenzialmente emodinamici (aumento tensione di parete come risultato di un aumento della pressione capillare, innalzamento dello shear stress), chimici (ipossia, azione del nitrossido), molecolari (processi infiammatori con attivazione di numerosi mediatori agenti sulle cellule endoteliali e sui fattori angiogenetici).

Storicamente lo studio delle implicazioni terapeutiche dell'angiogenesi era focalizzato sull'inibizione della crescita di nuovi vasi per il rallentamento delle masse tumorali. Da un paio di decenni l'interesse si è concentrato anche sul ruolo che l'angiogenesi riveste sia sui disordini del circolo coronarico sia su quello periferico. L'obiettivo della terapia angiogenetica è di stimolare la formazione di nuovi vasi che possono accrescere la perfusione in aree miocardiche che

Parole chiave:

angiogenesi coronarica, cardiopatia ischemica, malattie cardiovascolari, terapia angiogenetica



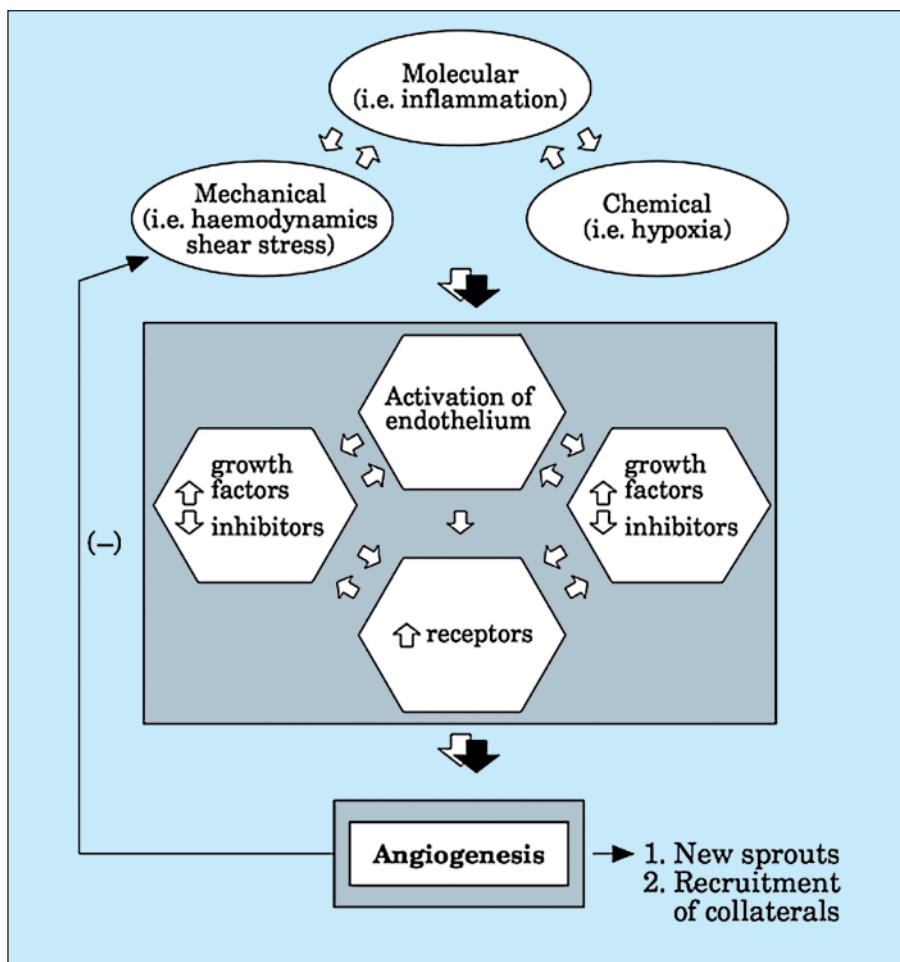


Figura 1 - Stimoli angiogenetici.

non ricevono più un adeguato apporto di sangue/energetico. Il miglioramento delle conoscenze fisiopatologiche della cardiopatia ischemica ha indubbiamente determinato un miglioramento nel trattamento medico, percutaneo e chirurgico della cardiopatia ischemica. Nonostante questo una crescente popolazione di pazienti continua a essere sintomatica, rappresentando quella condizione di angina causata da insufficienza coronarica che non può essere controllata da nessun approccio terapeutico classico. I pazienti con ischemia cronica sviluppano circoli collaterali che rappresentano un sistema di protezione tissutale formato da canali anastomatici preesistenti e da vasi di nuova formazione. È stata dimostrata la capacità da parte di queste neoformazioni di migliorare la soglia ischemica, di ridurre la dismissione enzimatica perinfartuale e di prevenire l'evoluzione aneurismatica post infartuale.

Farmaci e angiogenesi

Numerosi dati sperimentali hanno evidenziato la capacità da parte di alcuni farmaci di stimolare la vasculogenesi. L'effetto terapeutico e la promozione dell'angiogenesi da parte dell'eparina è nota da molti anni (Tabella 1). Già nel 1982 Taylor osservò il rapido aumento della presenza di mastociti (contenenti

Storicamente lo studio delle implicazioni terapeutiche dell'angiogenesi era focalizzato sull'inibizione della crescita di nuovi vasi per il rallentamento delle masse tumorali

eparina) attorno ai capillari neoformati nelle aree di crescita tumorale. Recentemente numerosi fattori di crescita endoteliali sono stati purificati e mappati geneticamente: è stato evidenziato come questi sono potenziati nella loro azione dalla presenza di eparina. Recentemente è stato anche dimostrato come fattori di crescita presenti nei fibroblasti e nelle cellule staminali vengono potenziati nella loro azione dall'eparina presente nella matrice extracellulare. Questi dati sono supportati anche da evidenze di studi su animali e umani. È stato dimostrato come sul cane, il pretrattamento con eparina durante ripetute occlusioni coronariche ischemizzanti, stimolasse un maggior sviluppo di collaterali; in un altro modello sempre sul cane, dopo impianto di arteria mammaria

TAB. 1 AZIONE ANTITROMBOTICA CLASSICA VS AZIONE ANGIOGENETICA DELL'EPARINA CLASSICAL ANTITHROMBOTIC VS NOVEL ANGIOGENETIC EFFECT OF HEPARIN		
THERAPEUTIC ROLE	ANTITHROMBOTIC ESTABLISHED	ANGIOGENETIC HYPOTHETICAL
MOLECULAR TARGET	FACTOR XA, FACTOR IIA	HEPARIN-BINDING GROWTH FACTOR
CELLULAR TARGET	NONE	ENDOTHELIAL AND SMOOTH MUSCLE CELL
THERAPEUTIC EFFECT	ANTITHROMBOTIC	ANGIOGENETIC
MOLECULAR COFACTOR	ANTITHROMBIN III	ADENOSINE
TIMING OF EFFECT	MINUTES TO HOURS	WEEKS TO MONTH
FIRST DEMONSTRATION	1916 MCLEAN	1981 FOLKMAN

Tabella 1 - Effetti antitrombotici e angiogenetici dell'eparina.

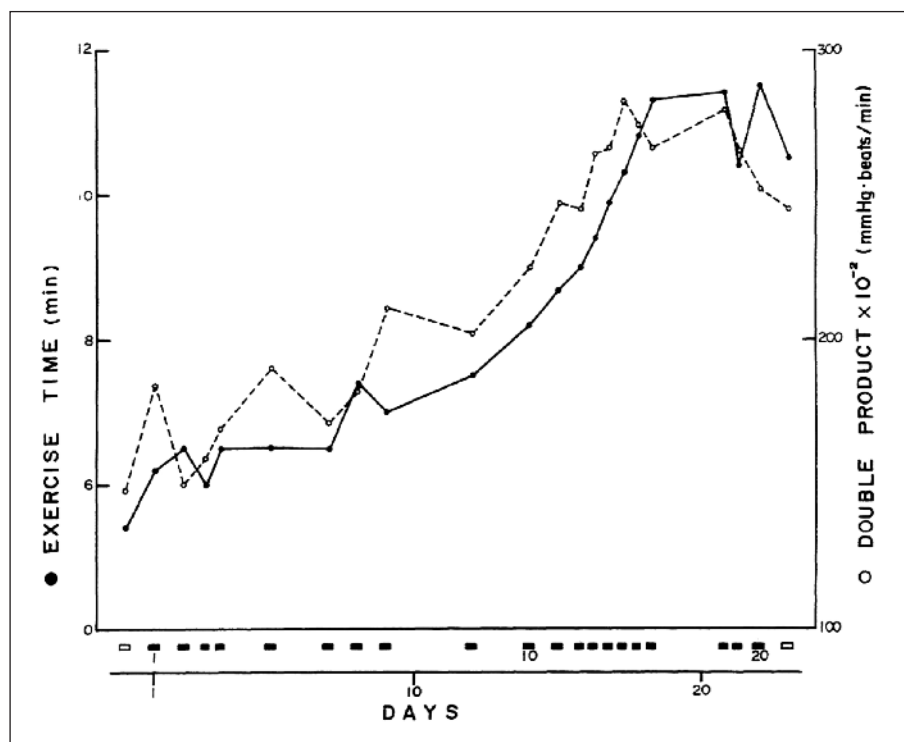


Figura 2 - Relazione tra il tempo di esercizio e il doppio prodotto durante esercizio fisico prima (linea discontinua) e dopo pretrattamento con eparina.

su territorio ischemizzato da precedente occlusione, lo sviluppo di anastomosi tra questo vaso e i vasi coronarici nativi era più efficace in presenza di eparina rispetto a placebo. Le conferme della capacità da parte dell'eparina di potenziare e accelerare lo sviluppo dei vasi in vivo ci è data anche da studi su umani. Somministrando eparina in pazienti con angina da sforzo prima di ogni periodo di esercizio è stato dimostrato un aumento della soglia ischemica (aumento Doppio Prodotto, aumento durata esercizio, sottoslivellamento ST-T a Doppio Prodotto più alto) (Figura 2).

Queste osservazioni erano anche avvalorate da tecniche di *imaging*, con cui si evidenziava un aumento di circoli collaterali nel miocardio a rischio. L'eparina, interagendo con i mastociti pericapillari accelera la formazione/migrazione delle cellule endoteliali; il suo ruolo angiogenetico è anche espletato attraverso l'interazione con fattori di crescita proteici stimolanti la proliferazione endoteliale. Questi fattori in condizioni normali si trovano a concentrazioni maggiori all'interno dei miociti e sulla membrana delle cellule endoteliali. L'ischemia (ipossia) cellulare, l'acidosi e l'aumento di adenosina rappresenterebbero uno stimolo al rilascio e all'interazione con l'eparina di que-

sti fattori di crescita. Ulteriori dati suggeriscono di come l'eparina possa aumentare la presenza di circoli collaterali quando si associa a altri stimoli angioge-

Le conferme della capacità, da parte dell'eparina, di potenziare e accelerare lo sviluppo dei vasi in vivo ci è data anche da studi su umani

netici come l'ischemia ripetuta, l'occlusione coronarica e l'esercizio fisico. Anche il dipiridamolo è stato oggetto di studio. Lo stato ipossico devia il metabolismo purinico verso la produzione di adenosina la quale determina, oltre a vasodilatazione, anche uno stimolo angiogenetico diretto (dimostrato anche clinicamente dall'innalzamento della soglia ischemica). Il dipiridamolo, riducendo il *re-uptake* dell'adenosina, ne determina un incremen-

to interstiziale: se stimolati cronicamente i recettori A1 e A2 dell'adenosina rilascerebbero fattori di crescita endoteliale e mRNA angiogeneticamente attivi. Studi in vitro suggeriscono, che a seguito di questi stimoli, la componente di maturazione di vasi preformati è superiore alla formazione di vasi ex novo.

A conferma dell'importanza del sinergismo degli stimoli, il più alto grado di concentrazione di adenosina è trovato quando la somministrazione di dipiridamolo è associata a esercizio fisico. Lo sviluppo massimo di circoli collaterali si raggiunge dopo 3-6 mesi di esposizione combinata agli stimoli. Tale accrescimento angiogenetico persiste per alcuni mesi dopo la sospensione degli stimoli, dopodiché è stato dimostrato il riassorbimento dei circoli collaterali neoformati. Recenti evidenze hanno individuato, inoltre, che il blocco degli adrenocettori alfa 1 (utilizzando prazosina, indipendentemente dalla capacità vasodilatante) si traduce in uno stimolo angiogenetico. Anche i nitrati, attraverso l'incremento del nitrossido intracellulare, sembrerebbero indurre la produzione endogena di fattori angiogenetici.

Evidenze cliniche

Nonostante i promettenti dati sperimentali, nessun farmaco da solo si è dimostrato utilizzabile nella pratica clinica, sia per la perdita d'efficacia durante il trattamento sia per la comparsa di effetti collaterali. Diversamente, la combinazione di stimoli farmacologici (eparina) e esercizio fisico è stato dimostrato essere in grado di incrementare i circoli collaterali coronarici e di migliorare la soglia ischemica. Fra le ipotesi eziopatogenetiche più accreditate durante l'ischemia indotta dallo sforzo fisico o dal *pacing*, l'incremento dello *shear stress* e la vasodilatazione stimolerebbero numerosi fattori di crescita cellulare quiescenti in condizioni normali. L'angiogenesi si può quindi considerare un meccanismo protettivo nei pazienti con cardiopatia ischemica che non può talvolta essere sufficiente a controllare la progressione della malattia. In questo contesto si inquadra il rationale del potenziamento della fisiologica angiogenesi da parte dei vari presidi terapeutici.

@ paolo.utari@tin.it

Aspetti medico-legali della legge 41/2016

di M. Gabrielli, S. Callioni, F. Cornacchia, R. Costa
Scuola di specializzazione in medicina legale, Università di Siena



La legge 41/2016 introduce i reati di omicidio e lesioni personali stradali come entità autonome. Si tratta di una normativa complessa e di difficile interpretazione, con importanti implicazioni medico-legali, anzitutto perché prevede la esecuzione di accertamenti coattivi presso strutture sanitarie e poi perché introduce la riduzione delle pene in caso di concorso di terzi, con il conseguente rischio di coinvolgimento dei sanitari che hanno prestato le cure.

Parole chiave:
omicidio stradale, pene, alterazione prelievo coattivo, responsabilità

La promulgazione della legge n.41/2016 (c.d. “Legge dell’Omicidio Stradale”) pone delicate questioni medico-legali, in quanto sulla spinta emozionale del clamore di alcuni drammatici eventi conseguenti alla guida in stato di alterazione da alcol e droghe è stata emanata una normativa complessa, talora di problematica applicazione e con pesanti ripercussioni. Innanzitutto vi è da dire che si è cercata una risposta a un problema oggettivo attraverso uno strumento (inasprimento delle pene) che non appare perfettamente congruo, e che comporta il concreto rischio di intasamento delle aule dei tribunali: in effetti la previsione della reclusione comporterà il rifiuto di riti alternativi, quali il patteggiamento. Ricordiamo infatti che si è previsto un notevole inasprimento delle pene per eventi colposi (omicidio e lesioni personali) tanto da realizzare una situazione intermedia tra il dolo e la colpa non solo in caso di guida in stato di alterazione ma anche per altri comportamenti imprudenti quali il superamento in misura notevole dei limiti di velocità o l’attraversamento di incroci con segnale rosso, comportamenti gravi, ma che non avevano determinato un pari allarme sociale (tra l’altro sono state escluse altre infrazioni ugualmente pericolose, quali l’inversione di marcia in autostrada). La gravità delle pene richiederà poi accertamenti rigorosi sulla dinamica degli incidenti, accertamenti talora difficili per le condizioni ambientali, quali ad esempio un traffico particolarmente intenso. Per quanto riguarda le connotazioni medico-legali due sono i punti di particolare interesse: l’accertamento coattivo e la pos-

MARIO GABRIELLI, laurea in Medicina e Chirurgia, Università di Siena 1981. Specializzazione in Medicina Legale, Università di Siena 1985. Professore Associato Medicina Legale Università di Roma 1994. Professore Ordinario Medicina Legale Università di Siena 2005. Direttore UOC Medicina Legale Azienda Ospedaliera Universitaria Senese. Direttore Scuola di specializzazione Medicina Legale Università di Siena. Membro Comitato Regionale Valutazione Sinistri Regione Toscana.

sibilità di dimezzamento della pena in caso di concorso di altri nell’evento. La previsione, per gli stati di alterazione, di prelievo coattivo riapre un’antica questione medico-legale, e cioè la legittimità di prelievi contro il consenso della persona. Con la modifica dell’art. 224 c.p.p., conseguente all’adesione del trattato di Prum, si era giunti ad un compromesso accettabile, pensato soprattutto per il DNA, limitando i prelievi a peli, saliva, strisci di mucosa, mentre la presente legge richiede il prelievo di reperti biologici, che, per la determinazione quantitativa della alcolemia, non possono essere che il sangue, mentre per le sostanze stupefacenti, essendo sufficiente il dato qualitativo può essere usata la saliva. In effetti il prelievo di sangue è una procedura invasiva, non scevra da rischi in caso di opposizione, e pertanto nutriamo dubbi sulla sua effettiva praticabilità. La previsione dell’art. 186 c.d.s., e cioè il considerare il soggetto in stato di intossicazione massima in caso di rifiuto era a nostro parere sufficiente, senza dover ricorrere a trattamenti coercitivi. Infine qualche parola sulla possibilità di dimezzamento della pena: in caso di morte o lesioni malgrado l’esecuzione di trattamenti terapeutici non vorremmo che venissero ricercate responsabilità dei sanitari interessati al solo fine di diminuire quelle dei guidatori.

@ mario.gabrielli@unisi.it

Da Obamacare a Trumpcare

di Gavino Maciocco



GAVINO MACIOCCO, medico di sanità pubblica. Volontario civile in Africa, medico di famiglia, esperto di cooperazione sanitaria per il Ministero degli Esteri, dirigente di Asl. Attualmente insegna all'Università di Firenze, dove si occupa di cure primarie e di sistemi sanitari internazionali. Dal 2003 cura per Toscana Medica la rubrica "Sanità nel mondo". Dipartimento di medicina sperimentale e clinica, Università di Firenze. Direttore del sito web:

www.saluteinternazionale.info

"On day one of the Trump Administration, we will ask Congress to immediately deliver a full repeal of Obamacare" ("Il primo giorno dell'Amministrazione Trump, noi chiederemo al Congresso di deliberare immediatamente la completa abrogazione della riforma sanitaria di Obama").

Questa frase campeggia nel sito del candidato Donald Trump e veniva ripetuta in ogni discorso, in ogni dibattito elettorale.

Il giorno dopo della sua elezione a Presidente degli Stati Uniti d'America per Donald Trump è stato il momento della riflessione.

- Gli hanno comunicato che in Senato il Partito Repubblicano ha una maggioranza striminzita (51 a 49) che non gli consente di abrogare alcuna legge in un giorno e neppure in settimane (per queste operazioni ci vuole la maggioranza qualificata di almeno 60 a 40).
- Gli hanno presentato i dati contenuti nella Tabella 1 e nella Figura 1.

Il dato senza dubbio più eclatante è la riduzione della percentuale e del numero della popolazione USA priva di assicurazione sanitaria dal 2010 (entrata in vigore di Obamacare) al 2015: dal 16% al 9% della popolazione, da 50 milioni a 29 milioni di abitanti (-21 milioni). Il livello più basso nella storia della

sanità americana, ottenuto principalmente attraverso due meccanismi della riforma:

- Allargamento dei criteri di arruolamento nell'assicurazione pubblica Medicaid, consentendo l'iscrizione alle famiglie con un reddito basso (inferiore ai 28 mila dollari l'anno), pur con la limitazione che vedremo in seguito;
- L'erogazione di sussidi pubblici alle famiglie con redditi medio-bassi per l'acquisto di polizze assicurative.

Gli è stato inoltre fatto osservare che Obamacare contiene delle norme la cui cancellazione sarebbe grandemente impopolare: a) il divieto per le

Parole chiave:
abrogazione, riforma sanitaria di Obama,
Medicaid, Medicare



Tipologia di assicurazione	Numero di abitanti in milioni
Assicurazione privata fornita dal datore di lavoro	155.9
Assicurazione privata acquistata individualmente	21.8
Assicurazione pubblica - Medicaid	62.4
Assicurazione pubblica - Medicare	43.3
Assicurazione pubblica - Militari e Veterani	6.4
Nessuna assicurazione	28.9
Totale abitanti	318.7

Tabella 1 - Copertura assicurativa della popolazione USA. Anno 2015.
Fonte: The Henry J. Kaiser Family Foundation.

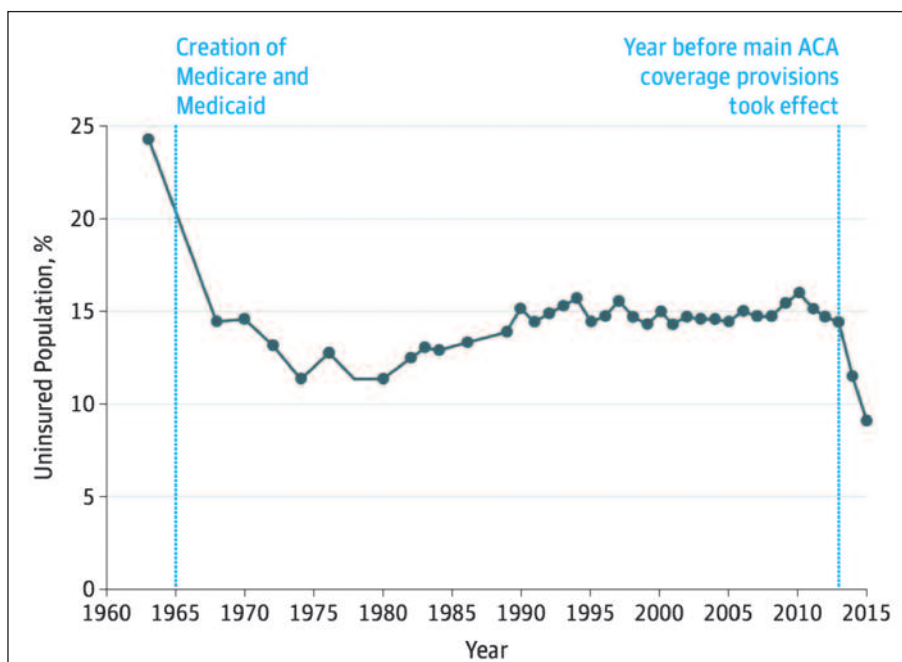


Figura 1 - Percentuale di individui senza assicurazione sanitaria. Stati Uniti. Anni 1963-2015.

assicurazioni di negare l'acquisto di una polizza a causa di malattie pre-esistenti; b) l'innalzamento fino a 26 anni dell'età per poter usufruire dell'assicurazione familiare.

Per questi motivi Trump ha deciso di accantonare l'idea azzardata del "On day one". Ha anche capito che non si può togliere l'assicurazione a più di 20 milioni di cittadini senza avere una qualche strategia alternativa. Al momento questa strategia non esiste anche perché Trump nella campagna elettorale ha mostrato un completo disinteresse sulla questione, limitandosi a ripetere come un disco rotto la formula del "repeal of Obamacare".

Esistono tuttavia delle proposte, quelle classiche del Partito Repubblicano: due sono contenute nel programma del nuovo Presidente, e una tenuta nascosta:

- **Health Savings Account (HSA).** Si tratta di un modello lanciato da George W. Bush nel 2003 e già colaudato. Consiste di due componenti: un deposito bancario riservato alle spese sanitarie e un'assicurazione con alto livello di franchigia che copre le spese catastrofiche. Il deposito bancario (HSA) viene alimentato da versamenti annuali (anche a rate mensili). In caso di malattia le persone attingono all'HSA

per sostenere i costi delle prestazioni; nel caso che le spese sanitarie prosciughino completamente il conto, si farà ricorso alle risorse personali fino al raggiungimento del tetto della franchigia, al punto cioè in cui interviene l'assicurazione. HSA è una formula che funziona bene per chi è in grado di mettere da parte dei soldi ed è in condizioni di discreta salute, da sconsigliare per tutti gli altri.

- **Ridimensionamento di Medicaid.**

Se Obama ha utilizzato Medicaid per allargare il livello di copertura assicurativa della popolazione americana con l'obiettivo di garantire questo diritto a tutte le famiglie con basso reddito, i Repubblicani hanno idee molto diverse al riguardo. Ciò che è avvenuto con Obamacare ne è la prova. La Corte Suprema USA, chiamata in causa per definire le competenze del Governo federale e degli Stati riguardo al potenziamento di Medicaid, ha deliberato che gli Stati sono autonomi nello stabilire il livello di copertura assicurativa. Così è avvenuto che i governatori Democratici hanno rispettato gli obiettivi di potenziamento di Obamacare mentre quasi tutti i governatori Repubblicani se ne sono tenuti lontani. Nel programma di Trump è prevista la massima autonomia e flessibilità degli Stati nel definire i livelli assistenziali erogati da Medicaid, in una logica più che altro compassionevole, con la selezione dei "poveri meritevoli".

Medicaid

• **Attacco a Medicare.** Medicare, com'è noto, è l'assicurazione pubblica che copre – senza limitazioni di reddito – tutta la popolazione ultra 65enne. Finanziata dal governo federale, rappresenta l'unica forma universalistica di assistenza sanitaria negli USA, con buone performance sia in termini di qualità delle cure, che di tenuta economico-finanziaria. Trump nella sua campagna elettorale non ha attaccato Medicare (una delle istituzioni più amate dagli americani), anzi ha affermato che non toccherà i diritti degli anziani. Ma come ha osservato Paul Krugman in un recente editoriale del New York Times¹: “*It was, of course, a lie*” (“Questa, naturalmente, è una bugia”). È una bugia perché secondo Krugman – editorialista del NYT e premio Nobel per l'economia – “*All indications are that the incoming administration is getting ready to kill Medicare, replacing it with vouchers that can be applied to the purchase of private insurance. Oh, and it's also likely to raise the Medicare eligibility*” (“Tutto sta a indicare che la nuova amministrazione è pronta a uccidere Medicare, sostituendola con dei contributi che serviranno ad acquistare assicurazioni private. Poi è anche probabile che si innalzi l'età per l'iscrizione a Medicare”).

Anche se sono chiari alcuni orientamenti, come quelli sopra descritti, è impossibile prevedere quale sarà il vero profilo della sanità americana sotto la presidenza di Donald Trump. Ciò che è certo è la fine della riforma di Barack Obama: “*The End of Obamacare*” titola un articolo del NEJM². Obamacare è un oggetto molto complesso e vulnerabile – spiega l'articolo –, composto di norme approvate dal Congresso (che richiederanno del tempo per essere cambiate), ma anche denso di atti amministrativi che potranno essere facilmente e rapidamente cancellati dal governo Trump.

Infine non è possibile eludere questa domanda: Obamacare ha influito sulla vittoria di Trump? Certamente più di 20 milioni di americani, per lo più appartenenti alle fasce più povere

(prevalentemente afro- e latino-americani), si sono giovati della riforma di Obama, ma per un numero molto superiore, la *working class*, parte consistente dei 156 milioni di dipendenti che ricevono l'assicurazione sanitaria come benefit lavorativo, Obamacare ha significato un aumento degli oneri in termini di crescita delle franchigie assicurative e di copagamento delle prestazioni.

Medicare, com'è noto, è l'assicurazione pubblica che copre – senza limitazioni di reddito – tutta la popolazione ultra 65enne. Finanziata dal governo federale, rappresenta l'unica forma universalistica di assistenza sanitaria negli USA

Quella *working class* – prevalentemente bianca, impoverita dalla globalizzazione – che in Stati decisivi come Ohio e Michigan ha voltato le spalle al Partito Democratico decretando il trionfo di Trump.

Gli obiettivi che Barack Obama si era dato presentando la sua riforma nel 2008 erano fondamentalmente tre: 1. Garantire la copertura assicurativa a tutti i cittadini americani; 2. Ridurre l'astronomica spesa del sistema sanitario USA; 3. Trasformare il sistema assicurativo privato rendendolo più competitivo e trasparente. C'erano diverse possibili opzioni per ottenere il risultato: la più radicale e risolutiva sarebbe stata quella di adottare un sistema “*sin-*

gle-payer”, come quello canadese. Obama si orientò per una soluzione molto meno traumatica che manteneva in piedi la classica struttura *multypayer*, proponendo però un elemento di grande novità e di potenziale rottura: l'istituzione di una nuova assicurazione sanitaria pubblica, la cosiddetta “*public option*” (da aggiungere alle già esistenti assicurazioni pubbliche: Medicare, Medicaid e quella dei militari e dei veterani) con lo scopo di entrare in competizione con le assicurazioni private in termini di prezzi e di qualità.

Le elezioni del 2008 consegnarono a Obama un Congresso a maggioranza democratica, creando così le condizioni per un agevole cammino della riforma. Ma così non avvenne in parte per le divisioni all'interno del Partito Democratico e forse anche per un deficit di leadership dello stesso Obama. Il risultato di ciò fu l'affossamento della “*public option*”: il segnale che qualcosa sarebbe cambiato nella sanità americana, ma troppo poco. E così è stato.

Infatti la riforma di Obama non ha minimamente intaccato la dinamica dell'aumento dei prezzi delle assicurazioni private, che hanno continuato a crescere a un tasso quattro volte superiore rispetto al tasso d'inflazione. Con l'aggravante che – al tempo di Obama – più di ogni altro è cresciuto l'onere sui lavoratori, sulla *working class*.

L'effetto paradossale delle elezioni americane è che il beneficiario del distacco della *working class* dal Partito Democratico sia stato un personaggio reazionario come Donald Trump, che ha dalla sua parte – come scrive Lancet nell'editoriale del 15 novembre³ – “l'industria delle armi, del petrolio e dell'energia, le prigioni private e l'industria farmaceutica”.

NOTE

¹ PAUL KRUGMAN, *The Medical Killers*, The New York Times, Nov, 18, 2016.

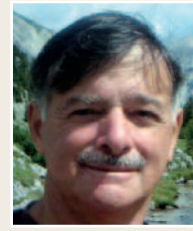
² OBERLANDER J, *The End of Obamacare*, N Engl J Med 2016, November 16, 2016 DOI: 10.1056/NEJMp1614438

³ Editorial, President Trump, Lancet 2016; 388:2449.

@ gavino.maciocco@gmail.com

Banca Mondiale, Fondo Monetario, Commissione Europea: lacci alla salute dalle politiche creditizie?

di Daniele Dionisio



DANIELE DIONISIO, *membro European Parliament Working Group on Innovation, Access to Medicines and Poverty-Related Diseases. Responsabile del Progetto Policies for Equitable Access to Health - PEAH.*

<http://www.peah.it/>

Vi sono indicazioni che i Paesi percettori dei crediti talora riducono la spesa per la salute pubblica per rispettare i targets di Banca Mondiale, Fondo Monetario, Commissione Europea

Parole chiave:
salute pubblica, Banca Mondiale,
Fondo Monetario,
Commissione Europea, equità

Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale sono organizzazioni tese a facilitare la cooperazione monetaria globale, la stabilità finanziaria, il commercio internazionale, l'impiego e la crescita economica, e a fornire assistenza creditizia ai Paesi in difficoltà nella bilancia dei pagamenti.

In sintonia, il "Budget Support" della Commissione Europea opera come mezzo di transfer finanziario ai Paesi partner rappresentando circa il 25% dell'aiuto UE allo sviluppo. Il meccanismo affianca l'European Union Macro Financial Assistance (EUMFA) quale pacchetto di aiuti finanziari sotto forma di crediti o sovvenzioni di medio o lungo termine ai Paesi extra-UE afflitti da crisi della bilancia dei pagamenti e che abbiano in corso un programma del Fondo Monetario.

L'UE concede, infatti, assistenza finanziaria preferibilmente, se non esclusivamente, a Paesi che abbiano già contratto prestiti da Banca Mondiale o Fondo Monetario o che ne implementino con successo programmi riformisti.

La tendenza è connessa al binomio Fondo Monetario-"Paris Club debt relief". Il Paris Club è un club informale di governi creditori tesi alla riduzione del debito caso per caso. Fra i criteri di elezione figura la necessità di comprovata performance nell'implementazione di riforme sponsorizzate dal Fondo Monetario, ovvero di avere in corso un programma del Fondo e nessuna mora di pagamento con il Fondo medesimo.

Queste circostanze giustificano, al di là dell'acclarato sostegno di queste istituzioni ai Paesi a risorse limitate, il corrente dibattito se i loro programmi di riforma economica abbiano pieni effetti positivi sulla salute e le infrastrutture per

la salute in quei Paesi. I critici accusano i programmi di Banca Mondiale, Fondo Monetario e Commissione Europea di soffocare la spesa sanitaria e di essere troppo conservativi sulle politiche necessarie per conseguire la stabilità macroeconomica. Essi auspicano che tali politiche e pratiche siano riviste in termini di equità.

Criteri di condizionalità: minaccia alla salute?

Come molti enti internazionali di credito, le istituzioni in questione cercano di garantirsi il recupero dei prestiti dai percettori: per ridurre il rischio di debiti insoluti esse pongono precise condizioni per il rilascio, di solito legate all'accettazione di processi di liberalizzazione economica e commerciale, con conseguenze regressive per le fasce povere nei Paesi a risorse limitate.

Nonostante la variabilità caso per caso, molte condizioni implicano ridotta spesa pubblica, diminuite retribuzioni del pubblico impiego, taglio dei sussidi governativi, orientamento alla privatizzazione, e rimozione delle barriere al commercio internazionale. Vi sono indicazioni che i Paesi percettori talora riducono la spesa per la salute pubblica per rispettare questi obiettivi.

In particolare, la riduzione della spesa per la retribuzione del pubblico impiego è accusata di bloccare l'espansione del personale sanitario: soprattutto in Africa, questo ostacolerebbe il vitale reclutamento e mantenimento in servizio di medici e infermieri.

In replica, le istituzioni sotto accusa sostengono che i governi sono i soli responsabili delle priorità di spesa e che

nessun obiettivo è stato da esse fissato per specifiche spese salariali.

È un fatto che le istituzioni in parola effettuano periodiche reviews delle prestazioni: se giudicate positive, tranches di prestito sono via via rilasciate. In caso contrario, gli esborsi sono congelati in attesa che il paese partner avvii rassicuranti misure correttive. Questo contesto permette di comprendere come i rapporti di forza fra Banca Mondiale, Fondo Monetario, Commissione Europea da una parte e i Paesi percettori dei crediti dall'altra rendano difficile per questi ultimi ignorare *raccomandazioni* pur se non legalmente vincolanti. Queste considerazioni echeggiano le conclusioni di autorevoli studi secondo cui i programmi di aggiustamento di bilanci del Fondo Monetario – fondati su *ricette* esenti da rischi ed avulsi dall'offerta di differenziate opzioni per il riequilibrio economico – hanno forzato le scelte politiche dei governi con esito in ridotta spesa pubblica ed impatto negativo sulla salute, specialmente in Africa.

In rapporto alla necessità di ininterrotta fornitura di servizi e presidi, è incontestabile che ogni stop nella erogazione di fondi possa avere tremende conseguenze per la salute nei Paesi già ca-

renti di personale sanitario e di risorse adeguate. Come evidenziato, giusto ad esempio, dall'aumento annuo del 16,6% di mortalità TBC (verosimilmente da ridotta copertura terapeutica) documentato da uno studio correlante i prestiti del Fondo Monetario all'espansione della malattia nell'ex-Unione Sovietica ed Est-Europa dall'inizio alla metà degli anni novanta del secolo scorso.

Pertanto, mentre l'influenza dei criteri di condizionalità sulle spese per la salute sarebbe sostanziale (sebbene indiretta), ci sarebbe spazio per il miglioramento delle politiche e pratiche di Banca Mondiale, Fondo Monetario e Commissione Europea.

Requisiti di base per l'equità

Nel merito alcune considerazioni emergono:

- Le istituzioni in oggetto dovrebbero aiutare i Paesi a considerare un'ampia gamma di fattibili alternative per il disavanzo di bilancio e la spesa pubblica. Allo scopo servirebbero criteri di condizionalità 'soft' (se non la loro completa abolizione) e maggior sostegno alla crescita di consapevolezza sui prevedibili effetti delle diverse opzioni.
- Tetti alla spesa salariale dovrebbero

usarsi solo transitoriamente in poche circostanze minaccianti la stabilità macroeconomica.

- Le istituzioni dovrebbero essere più tempestive, trasparenti e chiare nel dettagliare le basi razionali delle loro 'raccomandazioni'.
- I Paesi percettori devono evitare negoziati ristretti tra i ministri delle finanze e le istituzioni creditizie internazionali. Ciò implica il rifiuto di accordi a porte chiuse e l'adozione di modelli partecipativi multi-settoriali (coinvolgenti ministri della sanità, parlamentari, organizzazioni del lavoro e della società civile) per decisioni inerenti salute pubblica, crescita, impiego e bilanci.

In effetti, sforzi sono stati recentemente compiuti da Banca Mondiale, Fondo Monetario e Commissione Europea per riformare i criteri di condizionalità. Tuttavia, gaps tra le intenzioni e la realtà sfortunatamente permangono perché 'raccomandazioni' problematiche continuano ad essere avanzate spesso sotto forma di riforme economiche estranee alle strategie di sviluppo dei Paesi partner.

📧 d.dionisio@tiscali.it

PER APPROFONDIRE

- World Bank Group <http://www.worldbank.org/>
- International Monetary Fund <http://www.imf.org/external/index.htm>
- Budget Support – EU Commission http://ec.europa.eu/europeaid/budget-support-0_en
- EU Macro Financial Assistance (MFA) http://ec.europa.eu/economy_finance/eu_borrower/macro-financial_assistance/index_en.htm
- Paris Club <http://www.clubdeparis.org/>
- How international financial institutions and donors influence economic policies in developing countries <http://www.eurodad.org/Entries/view/1546643/2016/10/05/How-international-financial-institutions-and-donors-influence-economic-policies-in-developing-countries>
- Report of the Working Group on IMF Programs and Health Spending: Does the IMF constrain Health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action. June 20, 2007 http://www.cgdev.org/doc/IMF/IMF_Report.pdf
- Stuckler D., King LP, Basu S. International Monetary Fund programs and tuberculosis outcomes in post-communist countries. *PLoS Medicine*, July 2008; vol.5, issue 7; e143. <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0050143>
- Korir JK, Kioko U. Evidence of the impact of IMF fiscal and monetary policies on the capacity to address the HIV/AIDS and TB crises in Kenya. June 2009 http://www.results.org/uploads/files/Kenya_IMF_Report.pdf

L'eclampsia della principessa Anna Maria

Malattia ed eventi familiari nella fine
del Granducato di Toscana

di Fernando Prattichizzo



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



Pietro Leopoldo, Granduca di Toscana, in un ritratto del 1770 realizzato da Anton Raphael Mengs.

Parole chiave:
eclampsia, Anna Maria di Sassonia,
Leopoldo II, Granducato di Toscana

Nell'analisi storica non vengono considerate o per lo meno vengono sottovalutate le vicende familiari e/o personali dei governanti. Quest'aspetto era ancor più rilevante per i regimi monarchici, soprattutto quelli assolutistici. La fine del Granducato di Toscana con l'improvvisa partenza il 27 aprile 1859 di Leopoldo II avvenne senza spargimento di sangue e senza i festeggiamenti di popolo, che si auguravano i capi rivoluzionari. Una compiuta analisi del periodo è stata brillantemente realizzata nel 2014 dal Prof. Giovanni Cipriani col saggio "Una battaglia politica internazionale". A questa vorrei aggiungere alcuni aspetti delle vicende familiari del Granduca, che possono aver influenzato la sua decisione politica finale. In quei tempi le casate dei regnanti procedevano ad una preliminare valutazione politica delle alleanze per stabilire il matrimonio dei pretendenti al trono, finendo spesso per imparentarsi con le casate dei soliti stati. Leopoldo II era figlio di Luisa Maria Amalia di Borbone-Napoli,



aveva sposato in prime nozze il 16 novembre 1817 la principessa Maria Anna Carolina di Sassonia, deceduta per tubercolosi e sepolta in San Lorenzo a Firenze, in seconde nozze il 7 giugno 1833 Maria Antonia di Borbone. L'ultimo Re delle Due Sicilie Francesco II lo chiamava "zi' Popo' di Firenze" e raccomandava alla moglie Maria Sofia di Baviera di non fidarsi mai dei parenti di Torino: "Piemontesi falsi e cortesi". Vittorio Emanuele II di Savoia era figlio di Maria Teresa d'Asburgo-Lorena di Toscana ed aveva sposato la cugina Maria Adelaide d'Asburgo-Lorena di Milano. Leopoldo II, dovendo decidere all'interno del suo stesso circuito familiare, giacché Vittorio Emanuele II era suo nipote e Francesco Giuseppe suo cugino, decise di evitare l'incipiente II guerra d'Indipendenza e di rifugiarsi in Austria. Oltre alle ovvie considerazioni politiche, su tale decisione può aver influito non solo la morte della prima moglie Maria Anna Carolina di Sassonia, ma anche la morte di Anna Maria di Sassonia, prima moglie del figlio, il



futuro Ferdinando IV. L'8 gennaio 1859 si erano sposati per procura a Monaco di Baviera Francesco delle Due Sicilie e Maria Sofia di Baviera, sorella dell'Imperatrice d'Austria Elisabetta, detta Sissi. L'arrivo di Maria Sofia a bordo della pirofregata "Fulminante", partita da Trieste, era previsto a Bari e mentre si trovava in attesa ancora lì, i Reali delle Due Sicilie invitarono la famiglia di Leopoldo II a Napoli per i festeggiamenti delle nozze. Leopoldo II arrivò a Napoli il 22 gennaio, dopo aver ossequiato il Papa Pio IX a Roma. Nei giorni successivi Anna Maria presentò una minaccia d'aborto con gravi successive complicanze fino alla morte, dettagliatamente descritte da Leopoldo II. Il dì 4 febbraio "la sera si aggravò: alla reumatica gastrica si era aggiunta una infiammazione delle membrane, lingua e fauci si disquamavano". Secondo l'interpretazione storica ufficiale si trattava di febbre tifoide, causata probabilmente dall'ingestione di frutti di mare inquinati. Il 6 febbraio Anna Maria abortì tra i patimenti. "Il 6 febbraio poi venuto, in delirio chiamava la sua bambina, la sorella Sidonia...; l'utero era libero, ma le forze declinavano. Antonietta (la Granduchessa) l'assisteva di continuo. Il dì 8 una convulsione indicò che era minacciato il sistema nervoso; dopo altra fatale, nelle braccia del marito le fu amministrato l'olio santo... Ebbe calma ancora, prese acqua fresca, prese cibo, rispose. Ma ecco l'agonia. Ferdinando svenuto si conduce fuori, e si restò il padre Cerchi confessore, Antonietta ed io. "Mamà, Mamà!" disse, ché dalla spina saliva convulsione totale... Al levar del sole, Anna presa da convulsioni di nuovo, padre Cerchi piangendo: <La Madonna la liberi da tali tormenti>... le convulsioni si diradano, li tratti del volto si acquietano... le labbra, pallor si diffonde... Antonietta le chiude li occhi, le pone le braccia in croce, Ferdinando la bacia, la contempla... Anna Maria muore il 10 febbraio 1859. Il 13 avviene la



La principessa Anna Maria di Sassonia deceduta all'età di 23 anni.

partenza da Napoli. Il feretro è posto nella carrozza di gala e raggiunto il porto militare, viene imbarcato sulla fregata da guerra napoletana "Il Ruggero", che fa rotta verso Livorno. Il

Oggi sembra molto più verosimile che la morte della Principessa Anna Maria sia stata determinata da uno stato di "male eclampatico"

giorno 15 viene gettata l'ancora nelle acque del porto labronico. Da quel momento il cannone sparerà un colpo ogni cinque minuti. La cassa viene

caricata su una lancia e portata a terra. Su strada ferrata viene effettuato il viaggio verso Firenze, con arrivo alle 16.45. Il feretro viene posto su una carrozza di lutto a sei cavalli, circondata dai ciambellani con torcia e preceduta dalla truppa. Ultima tappa è la Basilica di San Lorenzo, ove le esequie solenni si tengono il 17 marzo. L'evento diventa motivo di calunnie, come racconta Leopoldo: "In Toscana fu sparso che Anna avesse abortito, alcuni dicevano ad Acquapendente, altri a Roma, e noi senza core e giudizio si avesse voluto portar a Napoli e da ciò nata malattia irrimediabile: alla nostra gita a Napoli si attribuiva fine politico, fuga da Toscana". I rivoluzionari mettono in giro inoltre la voce, secondo cui la causa della morte della Principessa Anna sarebbero stati i ripetuti amplessi ai quali la sottoponeva il Principe Ferdinando, dagli insaziabili appetiti sessuali. Il 27 aprile Leopoldo II con tutta la famiglia parte dal Forte Belvedere alla volta di Vienna ed appare legittimo supporre che tale decisione sia stata presa non solo sulla base dei tumultuosi eventi socio-politici, ma anche sulla base degli avvenimenti familiari, che avevano visto morire in giovane età sia la prima moglie di Leopoldo II, che del figlio Ferdinando, entrambe sassoni. Per giunta, la seconda morte era avvenuta per convulsioni febbrili, ascritte a tifo addominale, in realtà convulsioni epilettiche verosimilmente eclampatiche, che per le conoscenze mediche dell'epoca non potevano che turbare oltremodo la mente di un fervente cattolico, com'era Leopoldo II. Oggi sembra molto più verosimile che la morte della Principessa Anna Maria sia stata determinata, quindi, da uno stato di "male eclampatico", che ai nostri tempi è diventato sempre più raro, per l'identificazione e il trattamento precoce dell'ipertensione arteriosa che la sottende e per la disponibilità di farmaci anticonvulsivi fondamentali, come i barbiturici e i sali di magnesio.

Filippo Mazzei, un “toscano illustre” che fu anche “chirurgo”

di Francesco Carnevale



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

In occasione del 200° anniversario della morte numerose iniziative hanno commemorato Filippo Mazzei (1730-1816); nuove indagini sono state svolte sui fondi prima inesplorati e sui suoi scritti. Riemerge una figura di “toscano illustre” e di “fiorentino dei due mondi” che si muove anche in maniera estrosa e bizzarra all'interno di vicende storiche cruciali tra Sette ed Ottocento. Viene inoltre meglio esplorato il suo modo di essere “medico” nel contesto della sue peregrinazioni.

Parole chiave:
Filippo Mazzei, Toscana, Stati Uniti,
peregrinazioni, medicina.

Filippo Mazzei (Poggio a Caiano 1730 – Pisa 1816) è ricordato, anzi esaltato come “medico”, mercante, agricoltore, combattente, giornalista e scrittore, politico e diplomatico, giramondo, libero pensatore, dotato di ironia e buon amatore; per tutti questi attributi, è annoverato tra i “toscani illustri”. In occasione del 200° anniversario della sua morte, nei primi mesi del 2016, sono state svolte diverse iniziative per commemorarlo a Poggio a Caiano, Prato, Firenze ed è stata allestita una mostra dei suoi cimeli da parte del “Circolo culturale Filippo Mazzei” di Pisa, al Palazzo Blu; studi più recenti e non soltanto quelli, già abbondanti, con impronta agiografica, svolti anche da storici italiani su varie fonti rimaste inesplorate per molto tempo, consentono oggi di inquadrare meglio la figura dell'*Illuminista toscano dei due mondi*. In sostanza la ricostruzione delle importanti vicende che lo hanno visto coinvolto nella sua lunga e movimentata vita è avvenuta aggiungendo ulteriori elementi o in parte ridimensionando quanto l'autore aveva riportato nella sua autobiografia postuma (“Memorie della vita e delle peregrinazioni del fiorentino Filippo Mazzei con documenti storici sulle sue missioni politiche come agente degli Stati Uniti d'America, e del re Stanislao di Polonia”, a cura di Gino Capponi, 2 vol., Lugano, Tip. della Svizzera Italiana, 1845 e 1846).

Seguiamo le sue peregrinazioni. A 24 anni lascia la Toscana per la Turchia da dove, nel 1756, passa a Londra per avviare un redditizio commercio di prodotti alimentari *made in Italy*; frequenta rappresentanti di circoli politici radicali ed attivisti delle colonie inglesi e tra questi Benjamin Franklin e Thomas Adams. Nel 1773 decide di trasferire i suoi inte-

ressi in Virginia, passando per Livorno, dove tenta di reclutare, con limitato successo, artigiani e contadini esperti e di rifornirsi di sementi, strumenti e animali. Acquista una tenuta (“Colle”) nella contea di Alberarle non distante da quella (“Monticello”) di Thomas Jefferson. Coinvolgendo capitalisti locali fonda una compagnia per produrre, anche acquistando schiavi di colore, vino, olio, agrumi e seta e per commerciare tabacco e grano; l'iniziativa ha un discreto successo. In questo periodo partecipa attivamente alle vicende politiche e militari che porteranno alla creazione negli Stati Uniti di un sistema di governo repubblicano a base rappresentativa e quindi alla proclamazione dell'indipendenza delle 13 colonie del 4 luglio 1776. A Mazzei viene affidata la missione di recarsi in Europa per ottenere prestiti in denaro e merci per sostenere le spese militari necessarie a combattere contro l'esercito inglese e così giunge a Parigi all'inizio del 1780 dopo un travagliato viaggio, poi, a settembre, a Firenze e quindi in Olanda e di nuovo a Parigi; ritornerà in Virginia nel 1783 con un bagaglio ricco di contrasti personali ma povero di risorse e vi rimarrà per due anni dediti al dibattito sulla causa dell'indipendenza nell'ambito della *Constitutional Society* fondata a Richmond al fine di consolidare la libertà conquistata e di disseminare la cultura politica repubblicana; il toscano vi sosterrà posizioni tra le più rigorose e radicali. Nel 1785 ritorna, forse deluso, in Europa e si stabilisce a Parigi dove ha il sostegno e l'amicizia di Jefferson, nominato ambasciatore americano in quella sede, e dove il terreno è più che fertile in quanto a vicende “illuministiche” e rivoluzionarie. Dopo aver superato una serie

di difficoltà pubblica le *Recherches historiques et politiques sur les Etats-Unis de l'Amérique Septentrionale: ou l'on traite des établissements des treize colonies, de leurs rapports & de leurs dissensions avec la Grande-Bretagne, de leurs gouvernemens avant & après la révolution, &c. par un citoyen de Virginie, A Colle et se trouve a Paris, Chez Froullé 1788*), opera in quattro volumi di buona documentazione ma scarsamente apprezzata dagli storici. Nel 1790, in contrasto con i principali protagonisti ed i fiancheggiatori della rivoluzione, Mazzei è attivo nella *Société de 1789*, un club moderato che risulterà inascoltato ed allora, l'anno successivo, si stabilisce a Varsavia, accolto come consulente e protetto dal re Stanislao Augusto Poniatowski. Nel 1792, a fronte della prevedibile invasione russa della Polonia, parte per l'Italia e carico di anni e di ricordi, inizia a Pisa una sua seconda vita che doveva essere solo "socratica" e di riposo, assistito dalla seconda moglie, la governante sposata nel 1796, e dall'unica figlia, ma si arricchisce, dopo l'allontanamento dei francesi, anche di un processo per "giacobinismo" che sortisce in una semplice ammonizione. È del 1802 la sua ultima gita, a San Pietroburgo, per sollecitare allo Zar il pagamento della pensione polacca di cui era titolare.

Preciso e condivisibile è il giudizio di Giovanni Spadolini contenuto in un saggio del 1981 sul "fiorentino cittadino americano": "[...] non curante di muoversi 'controcorrente', fedele ad una natura estrosa e personalissima, in cui la vena bizzarra e capricciosa del fiorentino di antico lignaggio si univa ad un'ansia di riesame peculiare delle cose e dei problemi, tutta toscana e quasi galileiana". Nonostante l'intricarsi dei fattori della personalità con quelli dettati dalla ragione si riesce quasi sempre a discernere quando il comportamento "controcorrente" esprime una azione coraggiosa, importante, svolto "dalla parte giusta". Il ruolo o i ruoli avuti da Mazzei nella rivoluzione americana sono i meglio documentati e quindi non solo vantati, così è per la posizione più "estrema" da lui mantenuta rispetto ai risultati raggiunti; nonostante fosse stato sostanzialmente accolto un pensiero da lui scritto ("Noi teniamo per certe queste Verità. Che tutti gli Uomini sono creati uguali, che essi so-

no dotati dal loro Creatore di certi diritti inalienabili [...]"), il toscano lamentò che la costituzione della Virginia fosse stata promulgata senza un'esplicita approvazione popolare, deludendo così le attese di rinnovamento profondo nutrite da tanti. Molto interessante rimane la motivazione dell'affrancamento degli Stati Uniti d'America propagandata da Mazzei: si sarebbe dovuta stabilire una complementarità tra Europa e America, gli Stati Uniti sarebbero diventati il for-



Jacques-Louis David, *Ritratto di Filippo Mazzei*, Museo del Louvre, Parigi, circa 1791.

nitore di prodotti agricoli a buon mercato dei paesi europei, che a loro volta avrebbero rifornito di manufatti la crescente popolazione americana superando in tal modo il controllo assoluto inglese sul commercio mondiale. Meno nobile invece è risultata la posizione di Filippo sulla abolizione della schiavitù quando in contrasto con George Washington sosteneva che essa doveva essere attuata gradualmente iniziando a liberare solo gli schiavi alfabetizzati. Non priva di contraddizione è poi la posizione di Mazzei nel caso della rivoluzione francese dove stranamente sostiene che la forma repubblicana era inadatta alla Francia, come più in generale ai paesi europei, e dove, dopo una tenue opposizione da moderato, prende il sopravvento la sua sicurezza personale e si allontana definitivamente dall'agone politico.

Benchè venga anteposta a tutti gli altri suoi attributi, poco approfondita è stata la sua esperienza di "medico"; in ef-

fetti in mancanza di altre fonti occorre fare riferimento soltanto alle "*Memorie della vita e delle peregrinazioni*" scritte dall'interessato. Di seguito vengono riportati tutti i brani in cui si parla di medicina e non sono molti, occupano 4-5 pagine sulle oltre novecento, tutte presenti nelle prime 169 del primo volume.

L'antologia riportata consente di fare alcune semplici considerazioni: la vocazione di chirurgo (la versione "moderna" del cerusico, cosa diversa dal medico) non appare né viscerale né duratura; l'apprendistato come studente interno all'ospedale di Santa Maria Nuova è quella di un giovane sveglia, ricettivo ma caratterizzato da molte distrazioni, alcune di carattere francamente goliardico, e dall'idea costante di evadere, di viaggiare ed all'inizio la meta doveva essere il Sud America; nel 1751 l'incidente della comunione fatta non a digiuno e quindi l'allontanamento per miscredenza dall'"internato", non gli impediscono, grazie anche al sostegno di Antonio Cocchi di ottenere la licenza per esercitare la chirurgia; dopo la morte del padre, in lite col fratello Jacopo per ragioni di eredità, si trasferisce a Livorno pronto per salpare ma, per due anni ospite di parenti, vi esercita con un certo successo la sua arte mostrandosi premuroso e generoso, ma anche in certa misura inadeguato a svolgere quel compito, forse anche perché poco soddisfatto e desideroso di occuparsi in altre faccende; nella città labronica conosce il noto medico Salinas col quale stabilisce una proficua collaborazione e nel 1754, al seguito di questi viaggia sino a Smirne dove svolge onorevolmente e profittevolmente il suo mestiere per due anni, sempre con una certa insoddisfazione; quindi alla professione antepone il suo mito di viaggiatore imbarcandosi come chirurgo di bordo dopo aver investito tutto il suo guadagno in droghe ed altre mercanzie; nel 1756 è a Londra dove rimane, salvo qualche viaggio in Italia, per sedici anni, e nonostante un ultimo sussulto per l'anatomia di William Hunter, si dedica prima all'insegnamento della lingua e letteratura italiana, poi a lucrose attività commerciali; l'America è terra di conquista ma non con la chirurgia.

@ fmcarnvale@gmail.com

Memorie della vita e delle peregrinazioni

“[...] Casentinese [Un amico di un suo amico, N.d.C.], studiava chirurgia nello spedale di Santa Maria Nuova. [...], ed io allora feci noto a mio padre, che bramavo di essere chirurgo. Non gli piaceva, ma per contentarmi, ci si adattò [...]” (pp. 18-19).

“Nel numero degli amici che avevo acquistato, Raimondo Cocchi, figlio del celebre dottor Antonio, professor d'anatomia, medico sommo, autore d'una bell'opera su i bagni di Pisa, di vari opuscoli di gran merito, ecc. era uno dei più grandi talenti ch'io abbia conosciuto” (p. 25).

“Continuavi i miei studi senza che mi accadesse nulla di particolare fino al giovedì santo, giorno in cui gli studenti andavano a comunicarsi. Andai anch'io cogli altri, non avvertendo che dopo la mezza notte, essendo di guardia, avevo bevuto (per causa d'infreddatura) dell'acqua tiepida con del giulebbe [sciroppo dolce ottenuto ribollendo zucchero, frutta, miele, aromatizzato con fiori, N.d.C.]. Se me ne fossi ricordato, avrei detto il motivo per cui non potevo andarvi cogli altri, e mi sarei comunicato la domenica. La mattina seguente il cav. Maggi, spedalingo, mi mandò a chiamare per dirmi che non poteva tenermi nello spedale, e me ne disse la causa. Dal suo modo d'esprimersi compresi, ch'egli era irritato contro la spia, e che non gli era ignota. Lo ringrazia della gentilezza, colla quale me l'aveva significata; gli dissi, che avendo già determinato di non esercitar la professione chirurgica, e le lezioni anatomiche essendo pubbliche, non perdeva nulla. Ma egli mi consigliò di metter dei mezzi per superare (diss'ei) quella birbata, e poi andarmene quando mi piacesse.” (pp. 45-46).

“[...] la chirurgia mi produceva qualche vantaggio, quantunque io dicessi che l'avevo poco studiata, e meno praticata. Alcuni credevano, ch'io lo dicessi per affettazione, e altri per modestia [...]” (p. 52).

“[...] Bertini e Cocchi (sapendo che volevo viaggiare) avevano voluto darmi un'onorevole attestato d'aver molto ben risposto a tutti i quesiti fatti nel prendere la matricola (che io non avrei voluto prendere, se il Cocchi (per sua bontà, e quasi paterna cura) non mi avesse persuaso che viaggiando tutto poteva essere utile in circostanze, che non possono prevedersi); del che ò più volte avuto motivo di ricordarmi, e d'essergliene grato. Ero però determinato di non valermene, subito che potessi non averne bisogno [...]” (pp. 56-57).

“Fui ricercato come chirurgo [a Livorno, N.d.C.] anche da persone che non conosco, e quantunque io non avessi dimostrato alcun desiderio d'esercitar la chirurgia, cominciai a guadagnare più di quello che spendevo [...] Accadde, che un ragazzetto di circa 9, o 10 anni, figlio di una povera donna, che stava poco distante dal negozio dei miei parenti, si ruppe l'omero, cioè l'osso del braccio tra il cubito e la spalla. Non vi è un osso in tutto il corpo umano tanto facile a rimettersi a contatto, e dove possa farsi con egual facilità un'efficace fasciatura. Il ragazzo guarì perfettamente, come doveva seguire, e la madre (contenta di veder' il figlio risanato perfettamente, e forse ancora per averle io di tanto in tanto da comprare un poco di carne per far del brodo per il ragazzo) era una tromba ambulante per far risaltare il supposto merito del “giovane chirurgo,

venuto in Livorno per grazie del cielo”. Se mi fosse occorso qualche caso al di là delle mie forze, avrei ricusato d'ingerirne dichiarandone schiettamente il motivo; ma senza causa credei cosa prudente, né decente di parlar dei ristretti limiti della mia abilità, come avevo fatto in Firenze. Riflettendoci più profondamente conobbi che mi sarei fatto più onore aspettando l'opportunità, tanto più che dal mio contegno non potevasi dedurre, che io credessi, né desiderassi d'esser supposto niente più di quel che ero. Vivevo dunque assai piacevolmente, aumentando alquanto il mio piccolo peculio, amato e anche passabilmente rispettato da molte persone, la cui favorevole opinione mi faceva onore, quando [...] M'incontrai casualmente col medico Salinas, ebreo, molto valutato tra i cristiani, come tra gli ebrei. Egli era stato in Smirne, dove aveva guadagnato molto, e desiderava di ritornarvi [...] vi sarei andato volentieri, s'io fossi stato tanto avanti nella profession chirurgica, quanto egli forse s'immaginava, e gliene descrissi i limiti.” (pp. 79-81).

“[...] mi fece sovvenire del sentimento del celebre dott. Antonio Cocchi, il quale in un suo libro (per quanto mi pare su i bagni di Pisa) pone tralle cose molto utili all'ammalato ‘le autorevoli parole del medico’” (p. 139).

“Nel 1773, non essendo passato ancora un mese che io ero in Virginia, una buona vecchia fece 7 miglia per venir' a pregarmi di darle qualcosa per guarirla di certe incomodità croniche, per le quali neppure Ippocrate avrebbe potuto suggerir cosa utile. Io le dissi, che doveva consultare un medico, e che 3 miglia distante ci era il dott. Gilmore, che avrei consultato io stesso essendo malato. Questo non servì. Jefferson mi aveva detto, che là, quei che non avevano avuto una studiosa educazione, credevano generalmente, che gli Europei sapessero tutto, senza eccettuare quel che non è scibile, e che il dottor Car suo cugino e intrinseco amico, morto circa 3 mesi prima del mio arrivo, all'età di 30 anni, raro pe la superiorità dei talenti in ogni genere, e sommo medico, dispensava migliaia di pillole di pane agli ammalati per contentarli, quando vedeva che i rimedi dell'arte non potevan giovare. Io, in vece di far delle pillole, presi due boccette, in una delle quali v'era del fondo di giulebbe di capelvenere, e nell'altra d'orzata; vi messi dell'acqua calda per distaccare e liquefare i fondi, e aggiuntavene della fredda n'enpii una più grande assai, che le diedi, ordinandole di prendere una cucchiata, ogni due sere, prima d'andare a letto. Era passata circa una settimana, quando venne a ringraziarmi, perché le aveva fatto molto bene; ma dopo che l'ebbi finita, ritornò a chiedermene dell'altra, perché si risentiva male un'altra volta; ed io, per liberarmene dissi, che non ne avevo più, o non potevo averne prima di farmene venir dell'altra d'Europa.” (Nota, pp. 139-140).

“[...] [Assoldato come chirurgo di bordo, N.d.C.] Io dissi a loro quel che avevo già detto a lui, cioè, che accadendo di dover fare un'amputazione, mi mancavano i ferri e il coraggio” (p. 156).

“[...] [a Londra, N.d.C.] mi procurò la conoscenza del famoso anatomico Hunter, cosa molto piacevole per me poichè (oltre l'essere uno dei 4 famosi anatomici del secolo) io conservavo sempre il mio genio per lo studio dell'anatomia, e lo richiesi di poter' andare alle sue lezioni.” (p. 169).

ECM: LA COMMISSIONE CONCEDE "PROROGA"

E.C.M.

Educazione Continua in Medicina



Ci sarà tempo **per tutto il 2017** per mettersi in pari con i **crediti Ecm** relativi al triennio **2014-2016**, potendo acquisire **sino al 50%** del punteggio complessivo (150 crediti al netto di esoneri ed esenzioni).

A stabilirlo, la **Commissione Nazionale per la Formazione Continua**, che ha deliberato in tal senso nella riunione del **13 dicembre** scorso.

Sempre in quell'occasione, la Commissione ha fissato i nuovi criteri per l'assegnazione dei crediti agli eventi da parte dei *provider*.

Anche per il triennio **2017-2019** saranno **150** i crediti da maturare, fatti salvi esoneri, esenzioni, ed eventuali altre riduzioni (v. delibera del 4 novembre). Meccanismo premiante per i professionisti che, nel precedente triennio, si siano dimostrati "virtuosi": la Commissione ha infatti previsto una **riduzione di 15 crediti** per i sanitari che abbiano soddisfatto il proprio dossier formativo individuale, alla quale si sommano uno "sconto" di **30 crediti** per coloro che abbiano acquisito tra **121 e 150 crediti** o di **15 crediti** se il "punteggio" si assesta tra **80 e 120**.

Partiranno a **gennaio** i nuovi corsi **Fad** della **Fnomceo**, offerti **gratuitamente** a tutti i medici e gli odontoiatri tramite la piattaforma Fadinmed. A inaugurare la serie, un corso sulle **Vaccinazioni**.

CERTIFICATI INPS

- NOTIZIA IMPORTANTE -

In ordine alle problematiche inerenti il rilascio dei certificati di assenza temporanea dal lavoro, la Direzione Provinciale dell'INPS di Firenze si rivolge, per tramite dell'Ordine, ai medici di medicina generale, perché segnalino direttamente e tempestivamente alla Direzione Provinciale dell'Istituto, i casi in cui i medici pubblici o privati, che eseguono una prestazione, ne rifiutino l'eventuale certificazione rinviando il paziente al curante.

Si invita a trasmettere tali segnalazione anche all'Ordine, trattandosi di infrazioni deontologiche avverso le quali si intende procedere.

ELEZIONI ENPAM

Il dr. **Eliano Mariotti**, Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Livorno è stato eletto Vice Presidente dell'ENPAM. All'amico e collega, designato a questo incarico così importante per la categoria, vanno i sinceri auguri di buon lavoro di Toscana Medica.

UN RICONOSCIMENTO REGIONALE

Il Presidente del Consiglio Regionale Eugenio Giani ha consegnato il Gonfalone d'Argento, massima onorificenza regionale, al Collega ed amico **Stefano Grifoni**, direttore del Pronto Soccorso di Careggi; "essere medico al Pronto Soccorso non è un lavoro ma una missione", commenta il premio ricevuto il Dr. Grifoni ed in effetti ha ragione. La struttura di accoglienza Careggi è una delle più grandi di Italia e si sta ancora ampliando con ottimi risultati in termini di efficienza. Ci congratuliamo vivamente con il Collega per il meritato riconoscimento e gli facciamo i più sinceri auguri di buon lavoro.



Manfredo Fanfani

LE “NATIVITÀ”



Uno dei più suggestivi
racconti figurati della storia dell'arte,
fra ritualità e norme igieniche

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

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