

# TOSCANA MEDICA

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




Mensile - Anno XXXV n. 2 febbraio 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

FEBBRAIO 2017 **2**

a pag. 39



**CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ANNUALE**

## La bellezza ferita



**Le vaccinazioni  
in medicina generale**

**Il percorso psicologico  
dei neopapà**



**Psicoterapia: disciplina  
aperta a tutti i medici**

**Il difficile ruolo  
della donna medico**



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







Anno XXXV - n. 2 Febbraio 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](mailto: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](http://www.polistampa.com)  
[redazione@polistampa.com](mailto:redazione@polistampa.com)

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

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", Lei ha diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, 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](mailto:toscanamedica@ordine-medici-firenze.it)

Fondato da  
**Giovanni Turziani**

In copertina  
**La bellezza ferita**,  
Norcia, Earth Heart  
Art Quake.

## LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

**4** La bellezza ferita abita a Siena  
*Federico Napoli*

## EDITORIALE

**5** I limiti della libertà  
*Antonio Panti*

## QUALITÀ E PROFESSIONE

**6** La nuova legge sulle vaccinazioni della Regione Toscana  
*C. Azzari, P. Bonanni, G. Vitali Rosati*

**12** Le vaccinazioni in medicina generale  
*S. Tafi, E. Lari, G. Marini, L. Giorgi, G. Bolognini*

**15** Il difficile ruolo della donna medico  
*Concetta Liberatore*

**17** Il percorso psicologico dei neopapà  
*P. Fistesmaire, D. Messina, M.V. Cenerini, R. Domenici  
P. Scarsini, G.L. Bracco, L. Giardina, M.P. Belluomini, G. Fantoni*

**19** La psicoterapia: una specializzazione da riscoprire  
*Gianmarco Manfreda*

**22** Medicina in attesa  
*Antonio Panti*

**24** Continuità terapeutica assistenziale con farmaci H  
*M. Giraldi, B.R. Porchia, C. Baldini, C. Milandri, A. Scarafaggi  
S. Moriconi, I. Cinaglia, E. Lo Presti, P. Salvadori*

**26** La verità che non fa male  
*Giovanna Lo Sapio*

## RICERCA E CLINICA

**29** Malattia renale cronica  
*A. Rosati, P. Francesconi, F. Profili, N. Mennuti*

## FRAMMENTI DI STORIA

**33** Vincenzo Borghini in Tomerello  
*Giovanni Bacci*

## POLITICHE PER L'EQUO ACCESSO ALLA SALUTE

**34** Proteggere i diritti terrieri  
*Daniele Dionisio*

## SANITÀ NEL MONDO

**36** La salute disuguale  
*Gavino Maciocco*

## 21 - LETTI PER VOI

I colori, i rumori, gli odori della salute  
*Stefano Grifoni*

## 23 - RICORDO

Cooley, uomo di cuore  
*Roberto Banfi*

## 39 - VITA DELL'ORDINE

## 40 - NOTIZIARIO



Antonio Panti



Bruno Rimoldi



Simone Pancani



Antonella Barresi

## COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Inviare gli articoli a: [toscanamedica@ordine-medici-firenze.it](mailto:toscanamedica@ordine-medici-firenze.it), con un abstract di 400 battute compresi gli spazi e 5 parole chiave
- Lunghezza max articoli: 6.000 battute spazi inclusi (2-3 cartelle), compresa iconografia
- Lunghezza max Lettere al Direttore: 3.000 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



# La bellezza ferita abita a Siena

di Federico Napoli

**D**a una città ferita, idealmente stretta attorno al proprio patrimonio artistico aspramente offeso (Norcia), ad una città (Siena) che in passato ha sofferto drammi, ma che oggi è ricca di valori civici. Nasce da qui l'idea di dare testimonianza continua di una tragedia e nello stesso tempo di offrire un riparo ed una valorizzazione a decine di opere d'arte sottratte al cataclisma.

“La bellezza ferita. Norcia, Earth Heart Art Quake. La speranza rinasce dai capolavori della città di San Benedetto” è la conseguente concretizzazione di tutto questo, ovvero una mostra nata da una rapida selezione di quadri, sculture, mobili ed altro provenienti dalla cittadina umbra e che in questi mesi è esposta fra Santa Maria della Scala e la cripta del Duomo di Siena. Opere finalmente in salvo, ma con una nuova funzione, quella di essere testimoni presso un più largo pubblico – la cittadina toscana è meta preferita del turismo nazionale e internazionale – della ricchezza culturale di una popolazione, frutto di una cultura diffusa secolare su tutto il territorio e per questo profondamente connaturata ai suoi abitanti. Il momentaneo allontanamento delle opere dalla loro terra d'origine, se da un lato può procurare ulteriore dolore, dall'altro risulta essere compensativo affidando a questi oggetti d'arte la funzione di ambasciatori di un luogo, di un

dramma, di una vita quotidiana lacerata negli affetti quotidiani. Così, dalla Cattedrale di Norcia dedicata a San Benedetto e da altre chiese dei dintorni, ecco esposte a Siena grandi pale d'altare con soggetti quali “Pietà”, santi, crocifissioni, abituali compagni di fede nello scorrere dei giorni: opere recuperate in questi mesi di emergenza e presentate nel loro stato fisico, talvolta ancora danneggiate, come sculture in frammenti, oppure eccezionalmente illese. Dunque, opere collegate fra loro solo dal sottile filo dell'emergenza, collocate lungo un percorso espositivo che invita alla ricerca di un'immagine o di un oggetto, proveniente da un territorio offeso ma non perduto.

Siena, patria di San Bernardo Tolomei, fondatore della Congregazione benedettina di Monteoliveto e Norcia, città natale di San Benedetto, fondatore

dell'Ordine che da lui ha preso il nome, si ritrovano materialmente unite in un allestimento emotivamente spettacolare, anche grazie all'uso di video – concessi dai Vigili del Fuoco e da privati – che diventano opere accanto alle altre: le ne documentano l'ingegno artistico di generazioni passate di pittori o scultori, le altre salvano alla memoria visiva un pezzo d'Italia attualmente trasferito a Siena.

A tutto questo, si aggiunge il piacere di rivedere i luoghi che ospitano a Siena le opere, cioè lo spettacolare ex Spedale di Santa Maria della Scala – tradizionale luogo simbolo di accoglienza: di questo, diventa immagine una grande “Madonna della Misericordia” – e la fascinosa cripta del Duomo, dedicato alla Vergine Maria, spazio volto sin dalla sua nascita alla conservazione del “tesoro” della fede. E se di tesori salvati si occupa questa mostra, un'altra recentemente conclusasi agli Uffizi di Firenze era anch'essa dedicata alle opere d'arte recuperate da furti o salvate da calamità naturali. Ambedue le esposizioni indicano di un (forse) rinato interesse per il patrimonio artistico italiano – dimenticato, offeso, sottovalutato, ma unica vera risorsa della nazione –, al quale parrebbe riservare la funzione di collante per la memoria storica di un intero popolo, ancora in un faticoso processo di unità.

*Ciò che rimane della basilica di San Benedetto a Norcia dopo il terremoto di fine agosto 2016*

## La bellezza ferita

Siena - Spedale di Santa Maria della Scala e Cripta del Duomo

Fino al 29 ottobre 2017

orario: lunedì-mercoledì-giovedì 10.00/17.00

venerdì 10.00/20.00 - sabato e domenica 10.00/19.00



<http://www.santamariadellascala.com/mostre/la-bellezza-ferita-norcia-earth-heart-art-quake-la-speranza-rinasce-dai-capolavori-della>



# I limiti della libertà

di Antonio Panti

**I**l Piano Nazionale Vaccini 2017/19 pone tra gli obiettivi principali quello di “sostenere il senso di responsabilità dei medici e la loro piena adesione alle finalità di tutela della salute collettiva che si realizzano attraverso i programmi vaccinali, prevedendo adeguati interventi sanzionatori qualora sussista un comportamento di inadempienza”. Sembra incredibile che il Ministero e le Regioni si pongano il problema di possibili “comportamenti inadempienti” dei medici. L’Ordine di Firenze aprirà procedimento disciplinare qualora fosse necessario (ma ci sembra più un’ipotesi di scuola che altro), tuttavia precisiamo che, se ci preoccupano gli atteggiamenti antivaccinisti di alcuni rarissimi medici, quasi più dispiace la minore capacità o volontà di rispondere alle richieste di chiarimenti dei cittadini e la carente propensione a prendersi il tempo necessario per convincere. Chi più dei medici può contribuire a superare le gravissime carenze di cultura scientifica proprie di questo paese?

E questo non è un problema da poco. Sul web, assurto al ruolo di oracolo infallibile, trionfano due tesi sulla medicina, o quella di essere al servizio degli interessi delle multinazionali (ma i vaccini fruttano assai meno denaro dei farmaci per chi è già malato) oppure di far parte di una cricca che nasconde i danni da vaccino (ma gli eventi avversi sono infinitamente meno numerosi dei casi di malattia). Per questo rispondere alle domande dei cittadini non solo è un obbligo deontologico ma rappresenta una difesa del ruolo e del prestigio dei medici che devono avere l’ultima parola quando si parla di tutela della salute. In tempi di “post-verità” spetta ai medici difendere il giudizio di fronte al pregiudizio sulla scienza.

Ecco allora l’altra questione fondamentale, il richiamo di alcune associazioni contro gli obblighi vaccinali in nome del diritto di ognuno a scegliere per sé e per i propri figli. Un tema affascinante, i limiti della libertà. La proposta di legge toscana tocca questo punto e opera una scelta politica che non possia-

mo che condividere perché risponde a molte domande della medicina. La Costituzione obbliga lo Stato a “tutelare la salute quale diritto dell’individuo e interesse della collettività”. Di fronte ai rischi ambientali, alle disuguaglianze sociali, alla povertà e all’ignoranza quali causa di malattia, è sempre più chiaro che la tutela della salute è anche diritto della collettività e non solo della singola persona.

Ma la libertà dell’individuo trova limite nel danno o nel rischio altrui. I bambini morti per malattie infettive perché non vaccinati dai genitori per ragioni di fede o per acritico timore della scienza, di quale libertà hanno goduto? E chi corre rischi perché altri bambini non sono vaccinati a quale diritto si appella? La legge deve trovare questi limiti con giudizio e sensibilità ma non può recedere di fronte alla libertà di tutti di essere protetti. È ovvio che il convincimento è strumento incomparabilmente migliore della costrizione. Però le famiglie che non vogliono vaccinare possono educare i loro figli a casa come si fa già in molti paesi senza far correre rischi a altri. Insomma ogni giorno ci accorgiamo che l’esercizio della razionalità trova spesso fortissimi limiti. Uno Stato democratico deve allora esercitare il suo potere e dovere di tutela. Quello stesso potere per cui si multa chi non indossa la cintura di sicurezza in auto. Ciascuno ha il diritto di rifiutare gli antibiotici anche se ciò può fargli rischiare la vita. Ma non può pensare che si tolleri la mancata vaccinazione di chi frequenta comunità infantili, perché così la sua libertà lede quella degli altri.

Purtroppo non si possono fare cinture sanitarie di fronte a malattie presenti in tutto il mondo né ha senso vaccinare quando siamo già in periodo epidemico. I medici si attrezzino per affrontare queste difficoltà: rispondere con pacatezza e serietà alle domande (le celebri FAQ) e difendere la medicina scientifica. E comincino col dare il buon esempio e vaccinarsi loro stessi: il recente ricovero per morbillo di alcuni medici fiorentini non è di buon esempio per i pazienti.



# La nuova legge sulle vaccinazioni della Regione Toscana

## Considerazioni

di C. Azzari, P. Bonanni, G. Vitali Rosati

È indubbio che i vaccini rappresentino una della maggiori, se non la più grande, conquista della medicina.

Le flessioni dei tassi vaccinali è quindi estremamente preoccupante.

Un provvedimento di sanità pubblica è assolutamente indispensabile.

**Parole chiave:**  
vaccini, sanità pubblica,  
tasso vaccinale, tutela della salute

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che ogni anno circa 3 milioni di persone, di cui moltissimi bambini, siano salvate dalla morte grazie ai vaccini. Tuttavia, ancora circa un milione e mezzo di individui perdono la vita ogni anno nel mondo per malattie potenzialmente prevenibili con vaccino. Questo perché oggi un bambino ogni cinque a livello globale non viene vaccinato. Se da una parte i Paesi in via di sviluppo compiono enormi sforzi per migliorare le coperture vaccinali, dall'altro lato, soprattutto nei Paesi più avanzati, si assiste ad un calo dell'adesione ai programmi vaccinali. Questa situazione si è resa evidente negli ultimi anni sia in Italia, che in tutti gli altri Paesi europei, ed ha cause molteplici e in parte diverse a seconda dei periodi e delle differenti realtà geografiche. Il rifiuto/sfiducia verso le vaccinazioni è diventato talmente importante e preoccupante che l'OMS ha costituito un gruppo di studio, il "SAGE (Strategic Advisory Group of Experts) working group on vaccine hesitancy", con lo scopo di



CHIARA AZZARI, *Professore associato di Pediatria, si è laureata in Medicina e Chirurgia nel 1984, Dottore di Ricerca in pediatria (1989), Specialista in Pediatria (1993) e in Allergologia e Immunologia Clinica (2000), Direttore della Clinica Pediatrica II. Ha studiato all'Università di Firenze e alla University of Washington (Seattle, USA).*



PAOLO BONANNI, *Ordinario di Igiene, Università degli Studi di Firenze.*



GIOVANNI VITALI ROSATI, *Pediatra a Firenze, Responsabile per la Fimp della rete vaccini della Regione Toscana, Consigliere della Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) della Provincia di Firenze dal 2009, Membro della Commissione regionale vaccini della Toscana.*



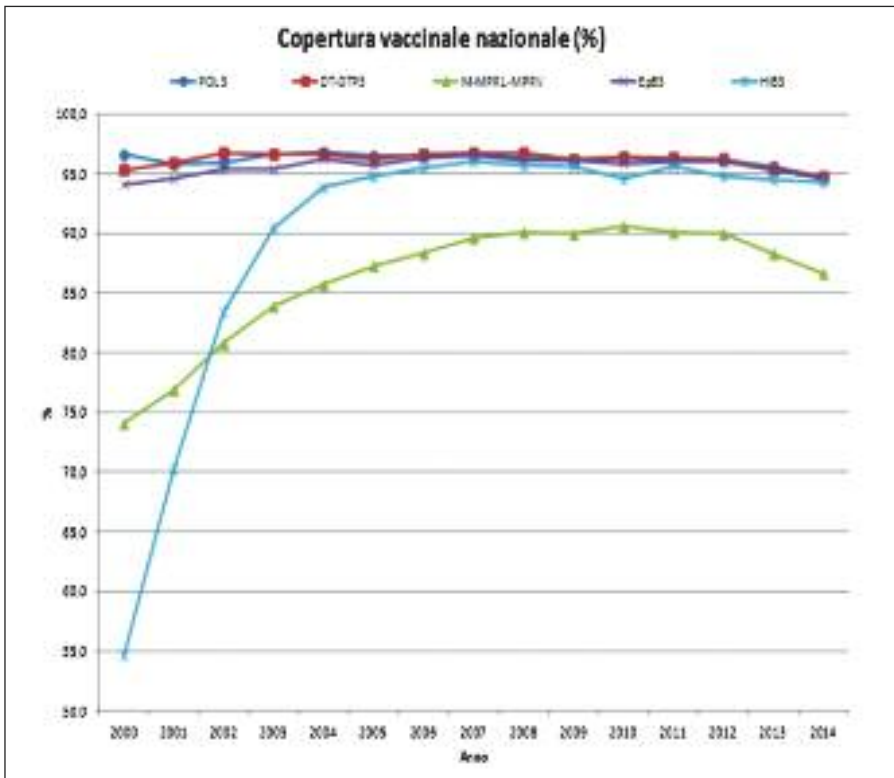


Figura 1 - Andamento delle coperture vaccinali in Italia dal 2000 al 2014.

analizzare le motivazioni del rifiuto o della più diffusa perplessità vaccinale (*vaccine hesitancy*) e di dare indicazioni utili su come affrontare questo problema.

L'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) ribadisce che in tutti i Paesi dell'Unione Europea gli operatori sanitari vengono ancora identificati come la più importante e la più affidabile fonte di informazioni sulle vaccinazioni. Il rapporto di fiducia instaurato con la popolazione li colloca in una posizione unica per aiutare i genitori a comprendere e a scegliere responsabilmente.

Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale stabilisce l'obiettivo di raggiungere e mantenere una percentuale di copertura vaccinale del 95% per tutte le vaccinazioni, per garantire il mantenimento di una adeguata protezione di comunità (o immunità di gregge). La protezione di comunità è fondamentale sia per ridurre la circolazione dei patogeni (e ridurre quindi il contatto fra la popo-

lazione e i patogeni stessi), ma anche per proteggere quella parte di popolazione che per reali controindicazioni mediche non può effettuare alcune vaccinazioni (contenenti microrganismi vivi e attenuati), o che non è in grado di rispondere al vaccino con un'adeguata risposta immunitaria. Vale inoltre la pena rammentare che per la sola vaccinazione per cui la protezione comunitaria non esiste in quanto malattia non contagiosa, cioè il tetano, la necessità di essere coperti dalla vaccinazione è comunque resa indispensabile dall'estrema pericolosità della malattia, e dal fatto che non è possibile immunizzarsi per contatto naturale con il germe o la sua tossina. Ciò significa che il solo modo per proteggersi contro il tetano è attraverso la vaccinazione richiamata periodicamente.

Quando le percentuali di copertura vaccinale calano in modo rilevante, le malattie ricompaiono. In Siria nel 2012 la copertura vaccinale per polio passò dal 98% al 68% a causa della guerra civile, e

a seguito della ridotta copertura si verificarono 22 casi di polio paralitica. La diffusione della malattia non dipese dal peggioramento delle condizioni igienico-sanitarie. Di ciò è conferma quanto accade in Russia e altri stati ex-sovietici nel 1991-1997: a causa del calo delle coperture, si verificarono 150.000 casi e 5.000 morti per difterite, una malattia che si trasmette invece tramite le goccioline emesse respirando e parlando.

Il calo delle coperture vaccinali contro il morbillo ha determinato epidemie in molti paesi d'Europa. È fondamentale ricordare che alle epidemie si associano casi di morte e di complicanze gravi. Tra i 9.000 casi di morbillo verificatisi in Francia nel 2011, furono registrati 2 morti e 12 casi di encefalite (cioè più di un caso ogni 1.000) oltre ad altre complicanze.

### La situazione in Italia e in Toscana

In Italia le coperture vaccinali aggiornate al 4 ottobre 2016 mostrano una sensibile riduzione per tutte le vaccinazioni, riduzione che prosegue ormai da alcuni anni.

Come possiamo notare in Tabella 2, negli ultimi tre anni si sta assistendo ad un calo che, anche se meno pronunciato di quanto accade nel resto di Italia, porta le coperture vaccinali per tutte le vaccinazioni al di sotto della soglia del 95%, con la sola eccezione dell'anti-tetanica. Tale calo è particolarmente preoccupante per morbillo, parotite, rosolia e varicella.

### Vaccinazioni obbligatorie e raccomandate

In Italia è in vigore per tutti i nuovi nati l'obbligo di legge per le vaccinazioni contro difterite, tetano, poliomielite, epatite B. Le altre vaccinazioni inserite nei calendari vaccinali in regime di offerta attiva e gratuita sono definite "raccomandate". Tale distinzione è, dal punto di vista scientifico e di sanità pubblica, anacronistica. In effetti, le vaccinazioni obbligatorie e le vaccina-

	Polio	Difterite	Tetano	Epatite B	Pertosse	MPR	Men C	Pneumo cocco	Hib
Italia	93,4	93,4	93,6	93,2	93,3	85,3	76,62	88,73	93
Toscana	95	95	95,2	94,8	95	88,7	90,85	92,94	94,6

Tabella 1 - Coperture per vaccinazioni previste entro i 24 mesi di età nel 2015.

	anno rilevazione dati			
	2012	2013	2014	2015
<b>Polio</b>	95,32	95,83	95,43	94,98
<b>Difterite</b>	96,56	95,88	95,56	94,95
<b>Tetano</b>	96,56	96,02	95,71	95,23
<b>Pertosse</b>	96,56	95,87	95,37	94,96
<b>Epatite B</b>	95,15	95,75	95,12	94,81
<b>Hib</b>	94,44	95,65	95,12	94,57
<b>Morbillo</b>	91,13	90,07	89,31	88,72
<b>Parotite</b>	91,13	90,04	89,15	88,67
<b>Rosolia</b>	91,13	90,04	89,23	88,69
<b>Varicella</b>	83,97	77,56	77,12	78,21
<b>Men C-ACWY</b>	89,43	90,20	89,31	90,85
<b>Pneumococco</b>	92,06	94,01	93,80	92,94
<b>Rotavirus</b>		15,02	7,81	6,85
<b>Meningococco B</b>			0,58	15,21

**Tabella 2** - Regione Toscana, coperture vaccinali 24 mesi - anni 2012-2015.

zioni raccomandate sono ugualmente importanti. L'obbligo vaccinale è una misura nata per la prima volta circa ottant'anni fa (la prima vaccinazione obbligatoria è stata quella contro la difterite a partire dal 1939), per contrastare malattie che causavano migliaia di morti infantili e tantissime sofferenze: i dati della letteratura scientifica, così come le statistiche demografiche di tutti i Paesi del mondo, fanno capire in maniera indiscutibile il grande impatto che l'obbligo vaccinale ha avuto sulla notevole riduzione (in qualche caso sull'eliminazione completa) di queste malattie nel nostro e in altri Paesi.

Si trattava di una misura "obbligatoria" per tutti i genitori dei nuovi nati, con carattere coercitivo e automatico, resa importante dall'emergenza epidemica del tempo al fine di garantire un intervento omogeneo, costante e tempestivo in tutto il Paese, che potesse rendere progressivamente immuni sempre più coorti di bambini, riducendo quindi notevolmente il rischio di ammalarsi.

Già vent'anni orsono fu posta in discussione la necessità di equiparare tutte le vaccinazioni presenti nel calendario vaccinale, rendendole o tutte obbligatorie o tutte raccomandate. Tuttavia, confidando nella progressiva maturazione del livello culturale e della preparazione specifica nel campo delle vaccinazioni da parte della popolazione, si ritenne allora che un intervento legislativo fosse in realtà superfluo.

In effetti, la sanità pubblica ha sempre confidato nel fatto che la popolazione avrebbe accettato tutte le vaccinazioni allo stesso modo, proprio perché ne era indubbia l'importanza e l'utilità. Sulle vaccinazioni non esistono verità contrastanti, ma evidenze scientifiche che dimostrano in maniera univoca uno straordinariamente favorevole rapporto tra rischi e benefici.

Non vi è dubbio che un sistema in cui non vi sia alcun obbligo, e che raggiunga un'adesione pressoché unanime alle vaccinazioni per intima convinzione dei genitori sulla bontà e ragionevolezza di tale scelta, sia il sistema di prevenzione idealmente migliore.

Tuttavia, in presenza di una realtà contraddistinta da una diffusa disinformazione, in cui la notizia scientificamente documentata è messa costantemente sullo stesso piano di quella 'ad effetto' ma senza alcuna fondamento reale, risultandone un comprensibile disorientamento dei genitori, si rende indispensabile segnalare e sostenere la scelta delle vaccinazioni per mantenere e migliorare lo stato di salute dei bambini attraverso forti azioni di indirizzo, come quelle previste dalla presente Legge Regionale.

Peraltro, le disposizioni della recente Legge Regionale sono in linea con le raccomandazioni del Comitato Nazionale di Bioetica, che ha rimarcato come occorra "porre in essere, in caso di situazioni di allarme, azioni ripetute e

adottare provvedimenti di urgenza ed eventuali interventi legislativi necessari a ripristinare o raggiungere un livello accettabile di sicurezza sanitaria ottenibile mediante il mantenimento di elevate coperture vaccinali".

Si tratta di norme pensate per proteggere la comunità e in particolare:

- chi ha le difese immunitarie compromesse
- i bambini piccoli, non ancora vaccinati
- i bambini che pur essendo stati sottoposti a tutte le vaccinazioni raccomandate, non hanno sviluppato una risposta immunitaria sufficiente a proteggerli adeguatamente.

Insieme a queste importanti iniziative, il cui unico obiettivo è la tutela della salute dei bambini, in particolare di quelli più deboli, e dell'intera popolazione regionale, è necessario e cruciale continuare a mettere in atto tutte le strategie necessarie per fugare i dubbi dei genitori, ascoltandoli con attenzione, manifestando comprensione per i loro dubbi e per le loro paure, e illustrando con chiarezza e comparativamente i gravi danni causati dalle malattie insieme ai modesti rischi derivanti dalla somministrazione dei vaccini.

Considerando quanto già deliberato sulla stessa materia dalla Regione Emilia Romagna, la Regione Toscana ritiene importante, al fine di superare l'anacronistica distinzione tra due tipologie di vaccinazioni, obbligatorie e raccomandate, che lo stesso obbligo sia necessario per tutti i bambini che frequentano i servizi educativi prescolari e riguarda pertanto tutte le vaccinazioni che fanno parte del Piano Nazionale delle Vaccinazioni.

A questo riguardo si fa notare che nel Piano Nazionale Vaccini 17-19 si sottolinea l'importanza: "dell'allineamento degli strumenti normativi in tema di offerta vaccinale per superare l'antistorica distinzione tra vaccinazioni obbligatorie e facoltative: si propone di adottare un unico istituto normativo che, abrogando le norme precedenti, classifichi e definisca in modo univoco tutte le vaccinazioni che il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale prevede siano offerte in modo attivo e gratuito sul territorio nazionale come raccomandate".



# PROPOSTA DI LEGGE REGIONALE TOSCANA

“Disposizioni in merito alle vaccinazioni per i minori di età”

Approvata dalla Giunta Regionale il 24 gennaio 2017

## Art. 1

(Obbligo vaccinale)

1. Nel rispetto del calendario vaccinale, l'aver assolto gli obblighi vaccinali prescritti dalle leggi vigenti nonché le vaccinazioni raccomandate ai minori di età dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale vigente costituisce requisito per l'iscrizione annuale:
  - a) ai nidi d'infanzia di cui al comma 2 dell'articolo 4 della legge regionale 26 luglio 2002, n. 32 (Testo unico della normativa della Regione Toscana in materia di educazione, istruzione, orientamento, formazione professionale e lavoro);
  - b) ai servizi integrativi per la prima infanzia di cui al comma 3 dell'articolo 4 della l.r. 32/2002;
  - c) alla scuola dell'infanzia di cui all'articolo 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 2009, n. 89 (Revisione dell'assetto ordinamentale, organizzativo e didattico della scuola dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione ai sensi dell'articolo 64, comma 4, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133).
2. I responsabili delle strutture per minori di età di cui agli articoli 21 e 22 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale) verificano

che i soggetti ivi accolti abbiano assolto gli obblighi vaccinali prescritti dalle leggi vigenti nonché le vaccinazioni raccomandate ai minori dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale.

3. Nella eventualità di minori di età non in regola con gli obblighi vaccinali, i responsabili delle strutture:
  - a) non procedono all'iscrizione per i casi di cui al comma 1;
  - b) comunicano ai servizi territoriali competenti il mancato assolvimento degli obblighi vaccinali affinché provvedano nel rispetto del calendario vaccinale per i casi di cui al comma 2.
4. Entro sessanta giorni dall'entrata in vigore, la Giunta regionale approva linee guida e modalità attuative della presente legge anche tenendo conto dei casi in cui la vaccinazione deve essere omessa o differita per accertati pericoli concreti per la salute del minore in relazione a specifiche condizioni cliniche.

## Art. 2

(Norma transitoria)

1. In sede di prima applicazione, per i minori di età non in regola con gli obblighi della presente legge che siano già iscritti o che si iscrivano per la prima volta alle strutture di cui all'articolo 1, comma 1, nel rispetto del calendario vaccinale, è sufficiente aver avviato il percorso per l'assolvimento degli obblighi vaccinali entro tre mesi dall'entrata in vigore.



# CALENDARIO VACCINALE UNIVERSALE

Le vaccinazioni previste nel calendario regionale universale come offerta attiva e gratuita sono schematizzate, con i relativi intervalli

Vaccino	Nascita	3° mese	3° mese	4° mese	5-6° mese	6° mese	13° mese	13° mese	15° mese
DTPa		DTPa			DTPa			DTPa	
IPV		IPV			IPV			IPV	
Epatite B**	HBV(3)	HBV			HBV			HBV	
Hib**		Hib			Hib			Hib	
MPRV - MPR*									
PCV**		PCV			PCV				
Men C**								Men C(6)	Men C(6)
Men B			Men B (10)	Men B (10)		Men B (10)	Men B (10)		
Varicella*									
HPV**									
Influenza									

Vaccino	14°-15° mese	5-6 anni	6-9 anni	11-18 anni	13-20 anni	21-64 anni	65 anni	>65 anni
DTPa		DTPa(1)		DTPa(2)				
IPV		IPV						
Epatite B**								
Hib**								
MPRV - MPR*	MPRV(4)	MPRV(4)	MPRV - MPR + Var(5)					
PCV**	PCV						PCV(11)	
Men C**			Men C(6)		Men ACWY(6)			
Men B								
Varicella*				Var(7)				
HPV**				HPV(8)				
Influenza							Influ(9)	

## Legenda

**DTPa:** vaccino antidiftto-tetanico-pertossico acellulare  
**dTpa:** vaccino antidiftto-tetanico-pertossico acellulare per adolescenti e adulti  
**IPV:** vaccino antipolio inattivato  
**HBV:** vaccino antiepatite B  
**Hib:** vaccino contro le infezioni invasive da Haemophilus influenzae b  
**MPR:** vaccino antimorbillo-parotite-rosolia  
**MPRV:** vaccino antimorbillo-parotite-rosolia-varicella

**PCV:** vaccino antipneumococcico coniugato  
**Men C:** vaccino antimeningococcico C coniugato  
**Men ACWY:** vaccino antimeningococcico quadrivalente coniugato ACWY  
**Men B:** vaccino antimeningococcico B  
**HPV:** vaccino antipapilloma virus  
**Var:** vaccino antivaricella  
**Influ:** vaccino antinfluenzale

### Interpretazione delle indicazioni di offerta per età

<b>3° mese:</b>	dal 61° giorno di vita	<b>5-6 anni:</b>	dai 5 anni compiuti ai 7 non compiuti
<b>4° mese:</b>	dal 91° giorno di vita	<b>6-9 anni:</b>	dai 6 anni compiuti ai 9 non compiuti
<b>6° mese:</b>	dal 151° giorno di vita	<b>11-18 anni:</b>	dagli 11 anni compiuti ai 18 non compiuti
<b>13° mese:</b>	dai 12 mesi compiuti (12 mesi+1 giorno)	<b>13-20 anni:</b>	dai 13 anni compiuti ai 20 non compiuti

#### Note

\* le vaccinazioni contro morbillo, parotite, rosolia, varicella sono offerte gratuitamente a tutti i soggetti anamnesticamente negativi e ai soggetti a rischio riportati nel capitolo dedicato

\*\* le vaccinazioni contro Epatite B, Hib, Pneumococco, Meningococco, HPV, Influenza, oltre alle classi di età indicate nel presente calendario sono offerte gratuitamente a tutti i soggetti a rischio riportati nel capitolo dedicato

- 1) dopo il compimento dei 7 anni è necessario utilizzare la formulazione con vaccino antidiftto-tetanico-pertussico acellulare di tipo adolescenziale-adulto (dTpa)
- 2) un richiamo si somministra all'età di 11-18 anni (preferibilmente a 14 anni). I successivi richiami verranno eseguiti ogni 10 anni. Per i soggetti mai vaccinati in precedenza contro il tetano o con anamnesi incerta per il ciclo primario di vaccinazione, questo deve essere eseguito somministrando due dosi di dT seguite da una terza di dTpa.
- 3) ai bambini nati da madri positive per HBsAg, somministrare entro le prime 12-24 ore di vita contemporaneamente alle immunoglobuline specifiche anti-epatite B; il ciclo va completato con una seconda dose a distanza di 4 settimane dalla prima, con una terza dose dopo il compimento della ottava settimana e con la quarta dose in un periodo compreso tra l'undicesimo ed il tredicesimo mese di vita anche in concomitanza con le altre vaccinazioni (vedi capitolo dedicato per le specifiche)
- 4) la vaccinazione MPRV consta di due dosi di cui la prima al 14°-15° mese e la seconda a 5-6 anni
- 5) per i soggetti suscettibili per una o più delle malattie previste nel vacci-

- no, 2 dosi a distanza di almeno 1 mese l'una dall'altra. Utilizzare MPRV fino a 12 anni (non compiuti) e MPR+Varicella nelle età successive
- 6) la vaccinazione si compone di tre dosi di cui la prima al 13°-15° mese (preferibilmente al 15°), la seconda dose dai 6 anni ai 9, la terza dose a 13 anni. Se richiesta nel primo anno di vita (condizioni particolari di rischio) è prevista la somministrazione di 2-3 dosi in base all'età di inizio. Ai ragazzi nella fascia di età 9-20 (dai 9 anni compiuti al compimento dei 20) già vaccinati con una dose da più di cinque anni, è garantita l'offerta attiva e gratuita della seconda o della terza dose con vaccino coniugato tetravalente ACWY. Nella fase di transizione al nuovo calendario con tre dosi, è garantita l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione ai non vaccinati di qualsiasi età, fino al compimento dei 20 anni
- 7) soggetti anamnesticamente negativi. Somministrare due dosi a distanza di almeno 4 settimane l'una dall'altra
- 8) solo per il sesso femminile. L'offerta gratuita si intende dagli undici anni compiuti ai 18 non compiuti
- 9) 1 dose annuale
- 10) la vaccinazione contro il meningococco B consta di 4 dosi: la prima si somministra a metà del terzo mese di vita (76° giorno di vita, 15 giorni dopo esavalente+pneumo), la seconda a metà del quarto mese di vita (106° giorno di vita, 1 mese dopo la prima dose di Men B), la terza all'inizio del sesto mese di vita (151° giorno di vita, 1 mese dopo la seconda dose di esavalente+pneumo), la quarta al tredicesimo mese di vita, (15 giorni dalla terza dose di esavalente+Men C) a distanza di 15 giorni dalla vaccinazione con esavalente
- 11) la vaccinazione antipneumococcica nell'età adulta con vaccino coniugato 13 valente, è introdotta a partire dalla coorte dei sessantacinquenni

### MEDICE CURA TE IPSUM



L'Ufficio di Sanità Pubblica della ASL Toscana Centro ha comunicato che al 10 gennaio 2017 era già pervenuta la notifica di 7 casi di morbillo. Tre sono medici e quattro sono stati contagiati da questi.

Dal momento che la vaccinazione contro il morbillo è entrata in uso in Italia negli anni '80 è ovvio che la massima parte dei medici non sia vaccinata. Il problema è che un professionista sanitario che non è stato vaccinato e non ha contratto la malattia deve sentire l'obbligo deontologico di vaccinarsi per evitare di contagiare le persone che ha in cura. È una questione di sensibilità, altrimenti prevale l'idea di essere in qualche modo "vaccinato" per il lavoro che fa, oppure una semplice dimenticanza o preoccupazione per qualche evento avverso.

Quel che manca oggi ai medici è il tempo da dedicare alla relazione e quindi a convincere le persone del valore delle vaccinazioni. Questo è un problema da affrontare con fermezza nell'organizzazione del lavoro quotidiano, ma in realtà i professionisti sanitari, e i medici in particolare, non dovrebbero trovarsi nella contraddizione di convincere le persone a vaccinarsi considerando se stessi al di sopra delle malattie.

È un obbligo morale al quale è bene attenersi.

# Le vaccinazioni in medicina generale

di S. Tafi, E. Lari, G. Marini, L. Giorgi, G. Bolognini

Uno studio sui medici della ex az. USL3 Pistoia



STEFANO TAFI, medico di medicina generale nel comune di Buggiano, coordinatore AFT "Pescia", socio SIMG sez. Pistoia, medico tutor per il corso di formazione specifica in Medicina Generale.

ELISA LARI, tirocinante in Medicina Generale.

GIULIA MARINI, medico di medicina generale nel comune di Buggiano, socia SIMG sez. Pistoia.

LAURA GIORGI, tirocinante in Medicina Generale.

GIORGIO BOLOGNINI, medico con formazione specifica in Medicina Generale.

Le vaccinazioni in medicina generale sono fondamentali per la salute pubblica, la materia viene però molto spesso trattata marginalmente nell'ambito formativo con il rischio di fornire all'utenza informazioni errate e talvolta conflittuali tra loro. Il quadro emerso dallo studio mette in risalto una necessità di maggiore attenzione formativa alle tematiche vaccinali.

**L'ottima inchiesta dei colleghi pistoiesi dimostra quanto sia necessario indirizzare la for-**

**mazione su temi concreti della tutela della collettività. La scarsa o carente informazione di alcuni medici su un tema così rilevante mette in crisi il rapporto con la popolazione e disconosce il ruolo fondamentale del medico come garante della scientificità dell'informazione. Ci auguriamo che dall'università all'ECM sia dato a questo tema il rilievo che merita.**

**Parole chiave:**  
vaccini, influenza, medicina generale, vaccinazioni, disinformazione

**L**e vaccinazioni rappresentano una delle più importanti scoperte scientifiche nella storia della medicina ed hanno contribuito in modo fondamentale ad incrementare la speranza di vita delle popolazioni umane.

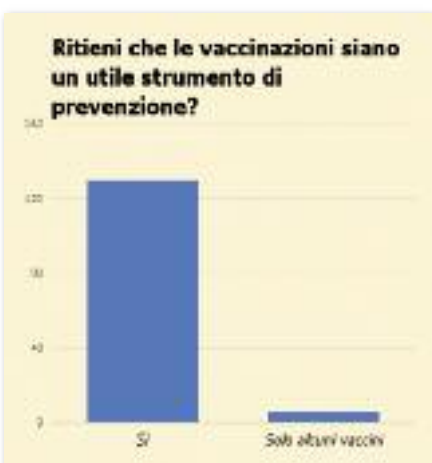
Lo stesso ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), agenzia dell'UE che ha lo scopo di rafforzare le difese dei paesi membri dell'Unione nei confronti delle malattie infettive, definisce le pratiche vaccinali come il migliore intervento eseguibile in termini di sanità pubblica do-

po la potabilizzazione dell'acqua. È ormai assodato che i benefici derivanti dalle vaccinazioni non sono limitati al miglioramento delle situazioni cliniche o epidemiologiche quali la prevenzione di malattie e dei loro esiti, con le conseguenze economiche connesse, ma sono anche in grado di promuovere la crescita economica dei Paesi e di ridurre la povertà.

Oltre all'indiscutibile valore individuale, le vaccinazioni sono lo strumento più efficace per proteggere la salute collettiva attraverso l'immunità di gregge.



dicina generale sia come diretto esecutore dei vaccini, sia come medico di fiducia a cui si rivolgono i pazienti; il medico di medicina generale deve quindi essere qualificato ed aggiornato, poiché ha il compito di acquisire e diffondere responsabilmente le informazioni. Lo scopo del nostro studio è stato quello di studiare la percezione delle vaccinazioni da parte dei medici di medicina generale, utilizzando la vaccinazione antinfluenzale come campione.

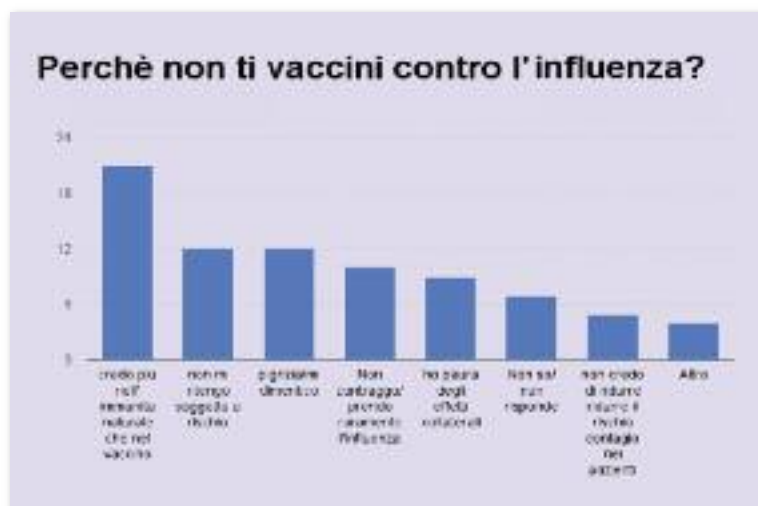
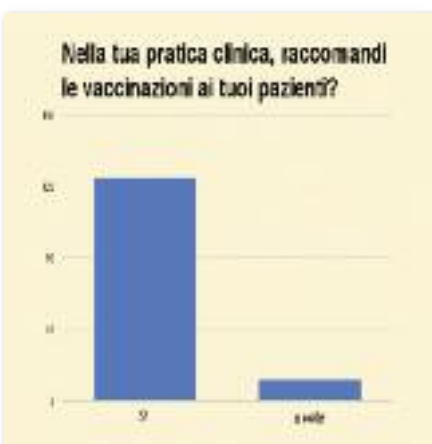


Nonostante le evidenze scientifiche, stiamo assistendo ad un costante calo delle coperture vaccinali sia nell'adulto che nel bambino, spesso correlato alla diffusione in vari ambiti comunicativi di informazioni non corrette sull'argomento (vedi "caso" Fluad del 2014).

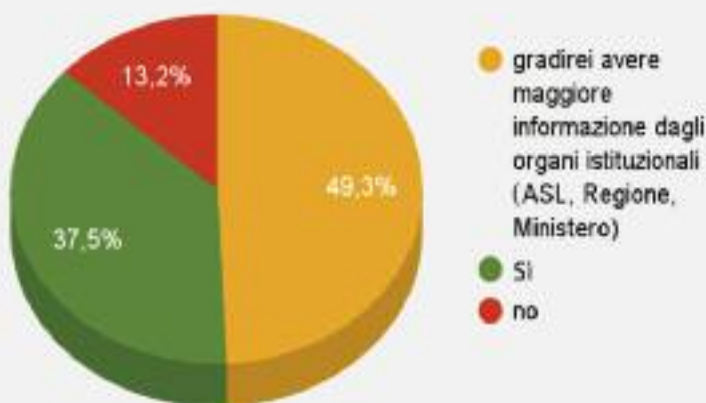
### MATERIALI E METODI:

Somministrazione di un questionario anonimo a risposta mista sul tema vaccinazioni dal 04/04/2016 al 15/05/2016, creato utilizzando il programma Moduli Google, con invito inviato attraverso email ai 214 medici di medicina generale iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pistoia, Ex-

All'interno della pratica vaccinale riveste un ruolo chiave il medico di me-



## Ritieni di essere adeguatamente informato sul tema vaccinazioni?



Lo scarso ricorso alla vaccinazione mette anche a rischio una corretta informazione dell'utenza, infatti difficilmente passerà un messaggio corretto se proprio il medico è il primo a non vaccinarsi.

Quasi i due terzi dei medici di medicina generale intervistati ritengono che non ci sia abbastanza formazione sul tema vaccinale, ed in effetti molto spesso l'educazione continua verte su altre tematiche. Questo gap andrebbe al più presto colmato, magari utilizzando sia i classici canali formativi sia implementando procedure di revisione tra pari all'interno delle riunioni delle AFT.

Gli autori di questo articolo si spiccano di poter estendere questa indagine anche al personale medico dipendente e libero professionista e ad altri operatori sanitari (infermieri, OSS, ostetriche ecc.) poiché sarebbe fondamentale garantire informazioni corrette e coerenti da parte di tutte le figure che operano in ambito vaccinale, onde evitare che si verificano fenomeni di disgregazione dell'informazione.

 stefano@dottortafi.it

ASL 3 Pistoia. Sono state ottenute 137 risposte (circa il 64% del totale).

### CONCLUSIONI:

Alla luce dei risultati ottenuti, i medici di medicina generale percepiscono le vaccinazioni come un utile strumento di prevenzione e ne consigliano molto frequentemente il ricorso ai pazienti. Sui dati della vaccinazione antinfluenzale emergono però dei dati eterogenei, anche se appare evi-

dente che rispetto agli altri operatori sanitari (copertura vaccinale nella ex ASL3 del 2015: 13,1%) i medici di medicina generale prestano una maggiore attenzione alla vaccinazione; nonostante ciò siamo ancora molto lontani dall'aver una sensibilità adeguata sull'argomento e alcune frequenti risposte (per esempio "credo più nell'immunità naturale che nel vaccino") mostrano chiaramente come le idee in materia non siano ancora ben chiare.

### LEGENDA

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



#### Codice QR

rimando link esterno con applicazione smartphone



#### URL

Rimando link esterno



#### Sommario

Rimando alla pagina dell'interno



#### e-mail

Rimando al programma e-mail



## Il difficile ruolo della donna medico

di Concetta Liberatore



CONCETTA LIBERATORE, *Oncologia Medica, Montepulciano Siena, Delegata Affari Legali Segreteria regionale ANAAO - Assomed Toscana.*

Le diversità “di genere” in Sanità destano seria preoccupazione. L’Anaa Assomed, il sindacato della dirigenza medica e sanitaria ospedaliera, è impegnato in prima linea per il riconoscimento di tali diversità e per la valorizzazione del ruolo della donna nel SSN. Spetta allo Stato e alle Regioni garantire tutele vere e fruibili che non incidano sul carico di lavoro dei professionisti ma sul Sistema.

**Parole chiave:**  
diversità di genere, donne, sanità, lavoro, tutele

**I**l ruolo della donna nelle professioni sanitarie ha subito, nel corso degli anni, un profondo e inesorabile decadimento, paradossalmente in misura quasi inversamente proporzionale al crescente impegno invece profuso in un contesto lavorativo a stamppo storicamente maschile, tuttora impreparato a gestire le diversità di genere. Al riguardo destano seria preoccupazione i dati emersi dalla seconda Conferenza di Anaa Assomed su Don-

**L’articolo rappresenta un vero e proprio manifesto attualizzato sulle problematiche delle professioniste, il cui numero ormai sta per superare quello dei colleghi uomini. Speriamo che questo stimolo sollevi un dibattito concreto sulle cose da fare e, più che altro, sulle iniziative da intraprendere per elevare ancora il livello culturale del dibattito.**

ne, Sindacato e Sanità, e quelli relativi alla quinta Survey sul disagio lavorativo delle donne medico, di Anaa Giovani, pubblicata recentemente su “Il Sole 24 Ore Sanità”. Appare oltremodo irragionevole e assurdo il ritratto della donna medico che ne viene fuori, quale vittima designata di un modello organizzativo e di gestione sanitaria assolutamente sbilanciato sul piano professionale e scarsamente meritocratico, dove la distinzione di “genere” tra medici di sesso diverso sembra volerci ribaltare in un mondo giurassico dal quale si fa enorme fatica ad uscire. Segnali che fanno presagire inesorabilmente un vero disagio nei luoghi di lavoro, e che coinvolge non solo le donne medico, ma tutte le professioniste del settore che sta portando verosimilmente ad un appiattimento culturale e professionale dell’intero sistema organizzativo con notevoli e pesanti ripercussioni sulla salute del singolo e della nostra collettività. Oggi il riconoscimento dell’uguaglianza di genere

in ambito sanitario è un valore essenziale ed imprescindibile in quanto diritto umano fondamentale ed espressione di giustizia sociale. La crescita, lo sviluppo e il superamento delle differenze gerarchiche esistenti negli attuali modelli organizzativi sanitari, rappresentano elementi fondamentali per la valutazione delle competenze, favoriscono la riduzione dei conflitti di categoria e incrementano la produttività del sistema. Un *fil rouge* ben noto agli “addetti ai lavori”, che viene da lontano e che merita una immediata e corretta collocazione nei Tavoli di trattative perché i tempi sono oltremodo maturi affinché il Governo esca finalmente da questo limbo, riesca a dare concretezza agli impegni assunti e iniziare così ad intraprendere una serie di misure organizzative e culturali volte a facilitare e valorizzare il ruolo della donna medico nel SSN. L’Anaa Assomed, il più importante e rappresentativo sindacato della dirigenza medica e sanitaria ospedaliera, è impegnato in prima

linea affinché si arrivi presto allo sblocco della trattativa contrattuale che tiene l'intera categoria professionale "tra coloro che son sospesi" da ben oltre sette anni. Tutto ciò contribuirà verosimilmente a fermare il processo di discriminazioni ancora in atto per intraprendere, strategicamente, misure organizzative e culturali volte a creare una forte rappresentanza di genere a tutela del nostro ruolo. I tempi sono maturi perché si mettano finalmente in evidenza le (in)congruenze e le assenze delle istanze di genere nel nostro Contratto Nazionale di Lavoro. Come, ad esempio, vigilare ed intervenire sull'organizzazione del lavoro per favorire la conciliazione tra tempi di lavoro e tempi di vita; intervenire sulla flessibilità dell'orario di lavoro; sulle sostituzioni per lunghi congedi di maternità e/o parentali; sulla valorizzazione delle politiche di conciliazione lavoro-famiglia; sulla previsione di nidi aziendali; sulla estensione delle tutele ai profili

contrattuali atipici. Purtroppo allo stato attuale, le tutele ricadono, in termini di costi sociali ed economici, sui colleghi e le colleghe della donna medico dando vita a contrasti in ambito lavorativo generalizzati. È compito dello Stato e delle Regioni garantire tutele vere e fruibili che non incidano sul carico dei colleghi ma sul sistema in generale. Ogni norma che preveda una tutela sarà efficace solo se il legislatore prevederà chi e come riempirà lo spazio lavorativo lasciato libero in conseguenza del riconoscimento di un diritto che, soprattutto nel lavoro caratterizzato dalla continuità assistenziale come quello ospedaliero, mette in crisi il microcosmo lavorativo ogni volta che si toglie un ingranaggio dalla macchina senza prevederne contestualmente la sostituzione. Per questo occorre avviare quel cambiamento culturale necessario a raggiungere una nuova concezione dell'organizzazione del lavoro e attuare quelle politiche di conciliazione che

consentirebbero la realizzazione dell'equilibrio tra lavoro e famiglia. Ci si augura che le Amministrazioni sanitarie, attraverso gli organi competenti a tutti i livelli, compiano un gesto di ragionevolezza e di giustizia, affinché il loro agire non si risolva con un atto di ingiustificata mortificazione nei confronti di colei che, anche sopportando rischi personali e familiari, opera per mantenere alto il senso di umanità e professionalità del sistema sanitario in questo difficile momento di emergenza, essendo lei stessa un dirigente medico (senza nulla togliere alle altre figure professionali di ogni ordine e grado), nell'esecuzione delle prestazioni mediche/specialistiche, ugualmente garante dei principi di legge finalizzati ad assicurare la fruibilità di quel diritto alla salute che la nostra Costituzione definisce fondamentale.



conchetta.liberatore@uslsudest.toscana.it

## ORDINE DEI MEDICI DI FIRENZE



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

**E-mail e PEC:**

[presidenza@ordine-medici-firenze.it](mailto:presidenza@ordine-medici-firenze.it) - [informazioni@ordine-medici-firenze.it](mailto:informazioni@ordine-medici-firenze.it)  
[amministrazione@ordine-medici-firenze.it](mailto:amministrazione@ordine-medici-firenze.it) - [toscanamedica@ordine-medici-firenze.it](mailto:toscanamedica@ordine-medici-firenze.it)  
[segreteria.fi@pec.omceo.it](mailto:segreteria.fi@pec.omceo.it) - [presidenza.fi@pec.omceo.it](mailto:presidenza.fi@pec.omceo.it) - [amministrazione.fi@pec.omceo.it](mailto:amministrazione.fi@pec.omceo.it)

### Orario di apertura al pubblico:

mattina: dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 12,30 - pomeriggio: lunedì e mercoledì dalle ore 15,30 alle ore 18,45

### Rilascio certificati di iscrizione:

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

### Tassa annuale di iscrizione:

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

### Cambio di indirizzo:

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

### Commissione Odontoiatri:

il lunedì dalle ore 17,45 alle ore 18,45

### Consulenze e informazioni:

Consultazione Albi professionali sito Internet dell'Ordine  
AMMI - e-mail: [ammifirenze@virgilio.it](mailto:ammifirenze@virgilio.it) - sito: [www.ammifirenze.altervista.org](http://www.ammifirenze.altervista.org)  
FEDERSPEV - 1° mercoledì del mese dalle ore 10 alle ore 11,30

Newsletter: inviate per e-mail agli utenti registrati sul sito Internet dell'Ordine  
Info: Via Giulio Cesare Vanini 15 - 50129 Firenze - Tel. 055 496 522 - Fax 055 481 045  
Siti Internet: [www.ordine-medici-firenze.it](http://www.ordine-medici-firenze.it) - [www.toscanamedica.org](http://www.toscanamedica.org)



# Il percorso psicologico dei neopapà

di P. Fistesmaire, D. Messina, M.V. Cenerini,  
R. Domenici, P. Scarsini, G.L. Bracco, L. Giardina,  
M.P. Belluomini, G. Fantoni



PATRIZIA FISTESMAIRE, *Psicologa clinica e psicoterapeuta, coordinatrice attività psicologiche con finalità preventiva in ambito materno infantile, U.F. Consultoriali, Zona Piana di Lucca, Azienda Usl Toscana Nord Ovest.*

DANILO MESSINA, *Psicoterapeuta Tirocinante Volontaria S.P.C. Psicologia Azienda Usl Toscana Nord Ovest (ex Ausl2).*

MARCO VIERI CENERINI, *Psicoterapeuta Tirocinante Volontaria S.P.C. Psicologia Azienda Usl Toscana Nord Ovest (ex Ausl2).*

RAFFAELE DOMENICI, *Direttore Dipartimento Materno Infantile Azienda Usl Toscana Nord Ovest.*

PATRIZIA SCARSINI, *Direttore S.P.C. Psicologia Azienda Usl Toscana Nord Ovest (ex Ausl2).*

GIAN LUCA BRACCO, *Direttore S.C. Ginecologia e Ostetricia Azienda Usl Toscana Nord Ovest (ex Ausl2).*

LAURA GIARDINA, *Responsabile U.F. Consultoriale Azienda Usl Toscana Nord Ovest (ex Ausl2).*

MARIA PAOLA BELLUOMINI, *Ostetrica Dipartimento Materno Infantile Azienda Usl Toscana Nord Ovest (ex Ausl2).*

GIULIA FANTONI, *Ostetrica Dipartimento Materno Infantile Azienda Usl Toscana Nord Ovest (ex Ausl2).*

Dal maggio 2016 è stato creato presso il Consultorio familiare della Zona Piana di Lucca uno spazio di ascolto e condivisione tra neo-padri che si articola in un percorso di gruppo a termine. L'offerta di un contenitore specifico per i padri è nato da un bisogno espresso direttamente dalla popolazione, dunque è stato accolto con una risposta significativa da parte dei padri. L'attività rientra nel percorso materno-infantile in un'ottica di equità ed appropriatezza, poiché rappresenta un intervento di prevenzione efficace di riduzione del rischio del disagio genitoriale.

**Parole chiave:**  
padre, madre, genitorialità,  
dubbio, paternità

## Introduzione

**L'**esigenza di dedicare uno spazio alla figura del padre nasce direttamente dall'ascolto di una necessità espressa da un campione di donne intervistate nell'anno 2015.

L'indagine effettuata, pur avendo un rigore scientifico tale da poter essere approfondita in tal senso, è stata svolta come *implementation research*, per definire un servizio che sia quanto più in linea con i bisogni espressi da un campione significativo omogeneo per caratteristiche.

## La nascita del progetto

Certi di incontrare un reale bisogno delle donne, intercettato dall'indagine svolta e condiviso con la comunità più ampia delle nostre utenti, ci siamo messi a pensare quale fosse il modo migliore per rispondere a questa domanda, per offrire un servizio idoneo sia da un punto di vista di appropriatezza che di efficacia. Da una sinergia di intenti e di obiettivi autentica tra Ospedale e Territorio è stato individuato il Consultorio come luogo ove organizzare un ciclo di incontri a valenza di sostegno psicologico di gruppo per i neopapà.

## Il ciclo di incontri per neopapà: "E ora che faccio?"

Il ciclo di incontri per neopapà "E ora... che faccio?" si è tenuto presso gli spazi del Consultorio familiare della Cittadella della Salute dell'Ospedale Campo di Marte a Lucca. Gli incontri sono stati tre, della durata di un'ora e trenta minuti ciascuno, tenuti nell'arco di un mese e dieci giorni di sabato mattina (in parallelo al corso tenuto dalle ostetriche per le neomamme).

È stata un'opportunità per i "quasi-papà" e "neopapà" di stare insieme per condividere e riflettere sulla nascita del proprio figlio/figlia, sui sentimenti che stavano provando, sul ruolo che avrebbero assunto e più in generale su come vedono l'esser padri nella società odierna.

L'iniziativa era rivolta a coloro che stavano per diventare papà o che già lo fossero diventati da poco (meno di dodici mesi).

Le riunioni hanno avuto una risposta molto buona in termini di parteci-

pazione. Al primo incontro, infatti, erano presenti una ventina di neopapà molto disponibili, e in parte molto incuriositi da questi incontri. Durante i tre incontri, i partecipanti si sono confrontati sulle aspettative percepite nel loro nuovo ruolo e hanno condiviso le ansie che stavano vivendo. Si è discusso molto, infatti, sulla funzione paterna e sul ruolo atteso. Tutti i presenti erano d'accordo sul fatto che la responsabilità verso la coppia madre/nascituro era l'elemento di maggiore preoccupazione e forza. Da una parte, infatti, il pensiero di dover "preoccuparsi" di loro portava carichi di ansia tra i presenti e dall'altra, anche grazie al confronto, si rendevano conto che questa preoccupazione era necessaria affinché potessero avere "forza" sufficiente ad affrontare la fase di vita che li aspettava.

L'immagine del cambiamento che il gruppo percepiva rispetto al proprio ruolo è stato bene espresso da un "quasi papà", che ha raccontato di aver venduto la propria motocicletta di grossa cilindrata per ricomprare uno scooter "cinquantino" necessario "giusto a potersi spostare con sicurezza e andare al lavoro". Questo racconto è stato accolto come una calzante metafora sui

sentimenti esperiti da una buona parte del gruppo, la perdita di un ruolo potente di "esplorazione e conquista" per passare a uno più sicuro e stabile nei confronti della coppia madre/neonato, ed ha fornito la possibilità di iniziare a fermarsi a riflettere sui sentimenti dei presenti.

I partecipanti hanno poi offerto la disponibilità a soffermarsi anche sulle questioni relative alla coppia, con emozioni di gioia verso il nuovo assetto che la loro coppia stava per prendere, ma anche di preoccupazione verso i cambiamenti esperiti nelle compagne, visti come avvisaglie di un cambiamento che si sarebbe completamente palesato dopo la nascita del figlio o della figlia e che avrebbe potuto rappresentare il tramonto dell'idea di coppia come l'avevano conservata fino ad allora (con possibili vissuti di esclusione o svalutazione).

Sulla "posizione" emotiva e funzionale del papà rispetto alla coppia madre/bambino, sul dove porsi idealmente, oltre alla consueta immagine "protettiva e di filtro" tra il nucleo familiare e l'esterno delle triade, è stata fruttuosa per la discussione l'immagine riproposta da uno dei due conduttori e ripresa da uno psicoana-

lista inglese, Donald Meltzer (1986), che immaginava appunto una parte della funzione paterna come un "cazzolo tra il seno materno e la bocca del bambino". Questa immagine, accolta con ilarità inizialmente tra i presenti, è diventata interessante spunto di riflessione più attenta sulle funzioni paterne modulatrici e di filtro nel rapporto madre/neonato sin dalla nascita.

La discussione si è così potuta portare sulla sensazione dei papà di avere un ruolo poco riconosciuto e marginale in questa fase, e dunque all'idea di "dover" vivere ed esperire prima del bambino quelle angosce di separazione, di perdita e di esclusione che caratterizzeranno parte della vita emotiva del bimbo dal momento del divestimento.

### Conclusioni

Si è valutato significativo dunque procedere con altri cicli di incontri a cadenza mensile in modo che quanti più padri possano usufruire del servizio e beneficiare della dimensione del confronto.



patrizia.fistesmaire@uslnordovest.toscana.it



# La psicoterapia: una specializzazione da riscoprire

Una disciplina aperta a tutti i medici

di Gianmarco Manfreda



GIANMARCO MANFRIDA, *medico psichiatra, psicoterapeuta. Lauree in Psicologia e in Sociologia. Direttore Didattico Centro Studi Psicologia Relazionale (PO). Past President Soc. It. di Psicoterapia Relazionale. Già Primario di Psichiatra AUSL 10 FI. Svolge attività clinica individuale, di coppia e familiare; si occupa in particolare di relazioni interpersonali e di terapia narrativa.*

Molti medici ignorano la possibilità di accedere senza concorso nazionale alla formazione in psicoterapia, equiparata a una specializzazione, presso scuole riconosciute e regolamentate dal MIUR. Questo lavoro illustra modalità di accesso e di formazione; richiama i medici ad una antica tradizione di cura; sottolinea la carenza di professionisti in grado di impiegare insieme farmaci e tecniche psicoterapeutiche.

**A**bbonda ormai la letteratura scientifica che documenta l'efficacia della psicoterapia e ridimensiona il ruolo degli psicofarmaci a una parte di più o meno indispensabile sollievo sintomatico.

Eppure pochi medici sanno di potersi iscrivere direttamente dopo la laurea a una specializzazione in psicoterapia, perché psichiatria e psicoterapia hanno intrapreso dal 1980 strade diverse, una percorsa dai medici e l'altra dagli psicologi.

Anche se tutti gli specialisti in psichiatria sono automaticamente iscritti all'elenco degli psicoterapeuti da parte degli Ordini, questo non vuol dire che siano in grado di andare oltre un atteggiamento di buon senso in campo psicoterapeutico, visti i limiti di tempo dedicati a questa materia nella specializzazione e vista una preparazione, quando c'è, esclusivamente teorica.

Il risultato è che i medici hanno abdicato a un settore da loro sviluppato, mentre gli psicologi vi si sono concentrati ottenendo grandi progressi quali-

tativi nella sua pratica. I clienti ricevono quindi perlopiù un aiuto professionale o farmacologico o psicoterapeutico, o sono costretti a rivolgersi a specialisti diversi, situazione non solo più costosa, ma anche potenzialmente fonte di contrasti in cui sono loro poi a trovarsi di mezzo.

*La specializzazione in psicoterapia, o in psicologia clinica come veniva chiamata quando, fino a 8 anni fa, esistevano ancora scuole pubbliche nelle facoltà di medicina, è oggi appaltata a scuole private, sotto un rigido controllo ministeriale, frequentate soprattutto da psicologi e che si sostengono esclusivamente con la retta annua pagata dagli studenti. Prevede quattro anni di formazione con 500 ore di frequenza annua, inclusive di 100 ore di tirocinio: il costo oscilla tra i 2.500 e i 5.000 euro all'anno, a seconda del prestigio della scuola ma soprattutto delle modalità di insegna-*

**Parole chiave:**  
psicoterapia, medici, formazione,  
sbocco professionale



mento. L'iscrizione alla scuola di specializzazione esenta dall'obbligo ECM e le spese sono detraibili. Il titolo consente la partecipazione ai concorsi pubblici per psicologo o medico nella disciplina di Psicoterapia, ma data la rarità di questi bandi viene impiegato generalmente per l'attività libero professionale.

Per i medici la possibilità di specializzarsi in psicoterapia può tornare attraente per diversi motivi:

- a) la possibilità di iscriversi a una specializzazione con maggior facilità, perché le scuole di specializzazione private hanno in genere 10 o 20 posti assegnati annualmente dal ministero. Non viene corrisposto uno stipendio agli specializzandi, anzi vi è una retta da pagare, ma saper fare psicoterapia in modo efficace potendo anche ricorrere al sostegno farmacologico risponde ai bisogni dei clienti e consente di aprirsi un settore di mercato dove la concorrenza è scarsa.
- b) tutte le scuole serie forniscono una preparazione in termini di psicopa-



tologia e non è difficile procurarsi una competenza in campo psicofarmacologico attraverso qualcuno dei numerosi corsi disponibili per medici. È noto e confermato da tempo che l'addestramento e l'attitudine psicoterapeutica incidono moltissimo anche sulla compliance e migliorano l'efficacia dell'intervento farmacologico. L'attività clinica può essere avviata sotto supervisione anche dopo i primi anni della formazione.

- c) anche i modelli più aggiornati delle neuroscienze hanno ormai supe-

rato il confine tra il fisico e lo psichico: se perfino nei maschi in attesa di figli si rilevano cambiamenti ormonali, non si può più discriminare o dare precedenza all'uno o all'altro. Quel che è biologico ha conseguenze psicologiche e viceversa: pensare a una mela o a una pera implica diversi percorsi neurali, diversi mediatori. Siamo lontani fortunatamente dal poter indurre un pensiero specifico con meccanismi farmacologici, ma nella teoria non è assolutamente impossibile.

#### Tipi di psicoterapia

Vi sono più differenze tra psicoterapeuti che tra specialisti in altre materie, perché la capacità di stare nella relazione rappresenta il miglior fattore prognostico per l'esito di una psicoterapia. Vi sono moltissimi modelli di psicoterapia, anche se il Ministero li fa risalire a quattro orientamenti principali: *Psicodinamico*, *Relazionale-Sistemico*, *Cognitivista* e *Comportamentista*. Vi sono ottimi terapeuti in qualsiasi



orientamento, ma alcune scuole certamente producono un maggior numero di terapeuti di alto livello.

Per una scelta occorre ricordarsi che:

- a) è un investimento sulla propria professione e vita, quindi da meditare bene: implica sacrifici, anche economici, e non è importante solo ottenere la patente ma saper veramente guidare. Scuole economiche o poco impegnative possono rivelarsi investimenti sbagliati di fronte a clienti divenuti molto esigenti e concorrenti psicologi assai agguerriti;
- b) i modelli presentati come più scientifici o più raccomandati a livello psichiatrico e universitario o pubblicizzati sui bugiardini dei farmaci non necessariamente corrispondono a una qualità superiore, come la ricerca indipendente ha dimostrato: la psicoterapia trascende la tecnica e richiede capacità personali e risorse umane che approcci ugualmente riconosciuti ma

- meno pubblicizzati possono far sviluppare maggiormente;
- c) va data preferenza alle scuole che, più che una seducente formazione culturale o una rassicurante promessa di protocolli tecnici dal risultato infallibile, danno spazio all'esperienza clinica sotto supervisione, diretta e indiretta, nel massimo numero di casi possibile;
- d) sono preferibili le scuole dove gli allievi lavorano in piccoli gruppi, nei quali possono scambiarsi opinioni e confrontare esperienze, diffidando di

lezioni accademiche dove si entra e si esce in stile universitario o di rapporti individuali troppo personalizzati con singoli docenti, didatti e supervisori.

Se psicoterapia è occuparsi della vita delle persone e non solo del funzionamento del cervello (che non coincide con la mente), la sua pratica professionale, per quanto impegnativa, espone a minori rischi di *burnout* e risulta molto gratificante.

 gmmanfrida@gmail.com

## È noto e confermato da tempo che l'addestramento e l'attitudine psicoterapeutica incidono moltissimo anche sulla compliance e migliorano l'efficacia dell'intervento farmacologico

### LETTI PER VOI

## I COLORI, I RUMORI, GLI ODORI DELLA SALUTE

STEFANO GRIFONI  
Edizioni Polistampa, 2016



Uno studente di medicina di oggi è chiamato a rispondere in larga misura su molecole, ultrastrutture e sfilze di recettori, a dimostrazione degli enormi progressi della ricerca medica rispetto a solo qualche decennio fa.

Ma nessun medico, di ieri e di oggi, può prescindere da una semeiotica che parta dal vissuto sperimentale accanto al paziente, e che si basi sulle storiche manovre dell'ispezione, dell'ascoltazione eccetera eccetera. Stefano Grifoni, un esperto di medicina d'urgenza, è andato – se vogliamo – ancora oltre, suggerendo al medico di stimolare al meglio i propri cinque sensi. La medicina vera è ancor oggi la medicina degli odori, dei rumori, dei colori... Un tempo era anche dei sapori: chi non ricorda i personaggi mitici, tipo il dottor Purgone di Molière, che assaggiava l'urina per sapere se era dolce o amara?

Come sempre la medicina è una e una sola, e si avvale della somma delle esperienze di tanti studiosi che si sono adoperati nei secoli per conoscerla e spiegarla. I cinque sensi sono a disposizione di tutti per migliorare la visita medica, per chiarire fra l'altro i colori dell'orticaria, i rumori dell'asma bronchiale, gli odori dell'iperidrosi e, perché no?, della paura... Un piccolo ma utilissimo manuale di semeiotica medica, ma anche di medicina psicosomatica, per approfondire sintomi e segni della clinica da un lato e tecniche di comunicazione fra medico e paziente dall'altro.

Non a caso il sottotitolo dell'opera è "Impariamo a conoscerci": la medicina è soprattutto conoscenza! Lo sanno bene i colleghi anziani, devono saperlo da subito anche gli studenti dei primi tirocini.

Bruno Rimoldi

## Medicina in attesa

di Antonio Panti



ANTONIO PANTI, dal 1971 ha ricoperto diversi incarichi nella FIMMG, di cui è stato anche Segretario e Presidente Nazionale. Presidente dell'Ordine di Firenze dal 1988. Ha ricoperto cariche nazionali nella Federazione Nazionale degli Ordini, in particolare nella Commissione per le ultime stesure del Codice Deontologico. Membro di numerose Commissioni Ministeriali. È stato dal 1998 al 2016 Vicepresidente del Consiglio Sanitario Regionale.

“In medicina di solito i fatti sono incerti, i valori in conflitto, la posta in gioco alta, le decisioni urgenti”

Funtowicz e Ravetz, “Politeia” XVII/62 p. 77

Parole chiave:

malpractice, relazione, conflitto, desiderio, responsabilità medica

**A**nche il Parlamento si è preoccupato della questione della malpractice, affrontando il vecchio e mai risolto problema della responsabilità medica. Una questione importante sul piano economico e politi-

co, ma che in realtà rappresenta la parte emergente di un problema culturale assai più vasto e interessante. Quali sono le fonti antropologiche del disagio che percorre e distorce l'antica relazione di cura? L'isola solitaria nella quale si incontravano un tempo il medico e il paziente si è trasformata in una scena densamente abitata da un coro dalle molteplici e dissonanti voci. La cura del paziente non è più la narrazione di una vicenda personale ma la plastica rappresentazione di un conflitto endemico, avvolto in una spirale di aspettative nel potere salvifico della scienza, spesso deluse proprio perché incrementali, dal bisogno di salute, al desiderio di benessere, fino all'ansia da prestazione. Si è ingigantita la difficoltà di comunicazione tra mondo della scienza e società che diviene, nel singolo caso umano, una questione di fiducia, di rapporto, di

negoiazione sempre più laboriosa. Sulla risposta ai bisogni che si trasformano in desideri, i tagli alla spesa influiscono ma non rappresentano il principale fattore di crisi. Vacilla, tra medici e pazienti, il contesto di senso. La scena è cambiata ed è sempre più complicata. È come se fossero a quotidiano confronto la componente scientifica della cura, che si esprime attraverso artefatti tecnologici sempre più sofisticati, con la relazione umana in cui, come nella celebre immagine dei porcospini freddolosi, non si trova più la distanza professionalmente giusta.

Questo quadro è fortemente ambiguo. Il cittadino avverte lo scivolamen-

Malpractice  
Professional negligence

to del diritto alla salute verso un "benessere" totale che approda nel desiderio di mantenere le capacità psicofisiche giovanili e altresì percepisce il suo rapporto con la sanità come una situazione rischiosa; può cadere vittima di errori, di prevaricazioni, di complotti. Il medico, invece, rivendica l'antico diritto di essere l'unico gestore della cura del paziente e, insieme, il rischio di errore, la possibilità di sbagliare o, comunque, che qualcosa vada storto. Si instaura una sorta di reciprocità negativa; la difficoltà moderna del rapporto tra medicina e società si iscrive a pieno titolo nella crisi storica del principio di gerarchia che rappresenta il filo rosso dell'altra faccia della bioetica moderna, il cittadino che si deve acquistare potere ma anche imparare a usarlo meglio.

La medicina è un'enorme impresa che impiega straordinarie risorse economiche, umane e sociali. Sempre più

appare chiaro come la distanza tra bisogno di salute e risposta sanitaria sia per lo più colmabile dai moderni servizi medici, ovviamente se ben usati. Ma la distanza tra desiderio e appagamento è praticamente incolmabile, per quante risorse si possano impiegare. Ed ecco il facile viraggio dal risarcimento al risentimento, l'uno gestibile con accordi economici, l'altro che richiede un nuovo patto tra medicina e società.

La medicina moderna è altresì un colossale intreccio, che si muove nell'ampia piazza dell'immaginario collettivo, tra tecnologie sofisticatissime e procedure necessariamente "evidenti", dai fortissimi significati simbolici della salute e della malattia, dove la relazione tra gli attori, il medico e il paziente, si disperde nella comunicazione globale, nell'onnipervasiva connessione dell'ICT. Si ha l'impressione che il tentativo di personalizzare la cura con l'uso

delle moderne tecniche, quasi a far coincidere la costruzione biopsicologica della vita con il modello del ragionamento virtuale, faccia comprendere come i simboli siano irriducibili alla tecnica e la relazione umana stia stretta nel pur sapiente uso dei big data. La medicina è scienza, empatia, tecnologia, economia, politica e qualche altra cosa, è un modo per dare valore di senso alla malattia e alla salute. Qualcosa di unico, che vive una sua propria temperie antropologica.

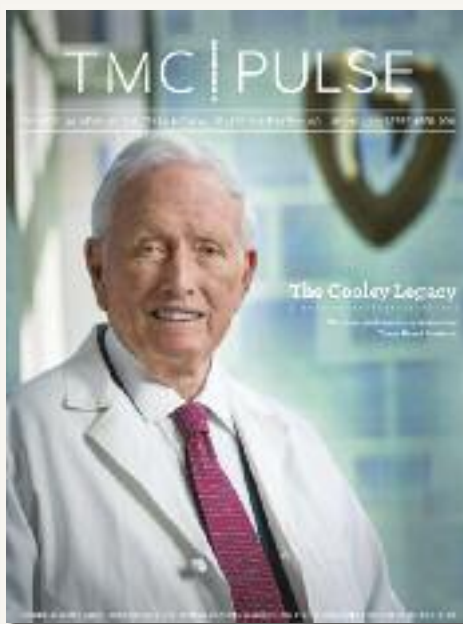
Di questi tempi è come se la medicina fosse incinta di qualcosa di nuovo che non può non nascere e non si sa bene cosa sia. Tuttavia un fatto è certo: la malattia è fondamentalmente una questione di senso che irrompe nell'esistenza dell'uomo; considerarla un problema tecnico da risolvere è riduttivo e conduce a quella discrasia tra medici e pazienti che oggi ci affligge.

## RICORDO

### COOLEY, UOMO DI CUORE

È morto il 18 novembre a 96 anni il famosissimo cardiocirurgo di Houston (Texas) Denton Cooley. Migliaia di pazienti italiani, operati negli anni 1960-80 devono a lui la vita e molti cardiologi e cardiocirurghi italiani e di tutto il mondo si sono formati presso il Suo Istituto, Texas Heart Institute (Houston, Texas). Sono più di 100 mila gli interventi di cardiocirurgia da Lui effettuati con la Sua équipe. Denton Cooley è famoso in tutto il mondo per aver eseguito il primo impianto di cuore artificiale in un essere umano. Primario del reparto di chirurgia del Texas Heart Institute, direttore di Chirurgia Cardiovascolare del St. Luke Hospital, consulente in Chirurgia Cardiovascolare presso il Texas Children's Hospital, e professore di Chirurgia alla University of Texas Medical School di Houston.

Studente brillante, nell'agosto del 1944 consegue la laurea in medicina presso la Johns Hopkins University Medical School di Baltimora, dove inizia a lavorare con il dottor Alfred Blalock, affiancandolo nel primo intervento di "Blue Baby" per la correzione di un difetto cardiaco congenito in un bambino. Dopo anni passati in chirurgia generale in altri ospedali, nel 1968 inizia la sua collaborazione con Domingo Liotta per la realizzazione del primo cuore artificiale. Nel 1969 il primo trapianto di cuore artificiale.



"Stiamo mirando ad un dispositivo impiantabile che abbia la capacità di pompare circa sei litri di sangue al minuto. Niente di troppo sofisticato. Quello che vogliamo è qualcosa che riesca a tenere in vita un paziente fino alla disponibilità di un cuore umano per il trapianto".

Nel 1969 Cooley, in collaborazione con il dr. Domingo Liotta, esegue, per la prima volta nella storia della medicina, un trapianto di cuore artificiale. L'innesto è realizzato nel tentativo di salvare la vita di un paziente, Haskell Karp, in condizioni disperate, nell'attesa di un donatore. "Questo dispositivo non è stato progettato per una sostituzione permanente. Abbiamo adottato una misura disperata per salvare la vita di un uomo. Quello che è importante ora è trovare un donatore". L'uomo, di quarantasette anni, sopravvive con questo dispositivo per sessantadue ore...

Denton Cooley è stato un fondatore, un chirurgo innovatore, mentore, leader, counselor e maestro e ha vissuto la vita pienamente e vive attraverso la sua famiglia, attraverso il Texas Heart Institute ed attraverso il lavoro della sua équipe. Mancherà a tutti quelli che lo hanno conosciuto o che sono stati in contatto con lui.

Roberto Banfi  
Dirigente Servizio Farmaceutico AOU Careggi

# Continuità terapeutica assistenziale con farmaci H

Un progetto sperimentale dell'ex USL 11 di Empoli

di M. Giraldi, B.R. Porchia, C. Baldini, C. Milandri, A. Scarafaggi, S. Moriconi, I. Cinaglia, E. Lo Presti, P. Salvatori

Per garantire la continuità assistenziale e un adeguato trattamento farmacologico in soggetti che, a livello territoriale, non trovino una valida alternativa rispetto ai farmaci in fascia H, è stato costruito un percorso ad hoc da parte di un gruppo multiprofessionale e multidisciplinare nell'ex USL 11 di Empoli. Dopo quasi sei mesi dall'avvio, i risultati sono stati positivi sia in termini di soddisfazione degli utenti che di efficienza della presa in carico.

**Parole chiave:**  
farmaci H, continuità terapeutica, ospedale, territorio, Empoli

**L**a lista dei medicinali del Pronuario Terapeutico Nazionale è suddivisa nelle fasce A, C e H. Quest'ultima comprende i farmaci di esclusivo uso ospedaliero, esitabili e non esitabili. I farmaci H non esitabili possono essere soltanto utilizzati in ospedale, mentre quelli esitabili possono essere distribuiti a carico del SSN solo dalle Aziende Sanitarie, secondo indicazioni regionali.

Nell'ottica di orientare la risposta ai bisogni sanitari dei pazienti in modo da garantire la continuità assistenziale e consentire adeguato trattamento farmacologico in soggetti individuati a livello territoriale, che non trovino valida alternativa se non quella dei farmaci H, nell'ex USL 11 di Empoli è stato creato un percorso per la somministrazione di questi farmaci sul territorio. A questo scopo è stato istituito un gruppo di lavoro, multiprofessionale e multidisciplinare, costituito da operatori delle UU.OO.CC. (Organizzazione dei Servizi Sanitari Territoriali, Direzione Professioni Sanitarie Territoriali, Farmaceutica, Medicina Interna, Innovazione e Sistema Qualità Territoriale, Direzione Ospedaliera, Oncologia, Servizi Amministrativi della Rete Territoriale) che ha avuto il mandato di costruire un percorso ben definito, garantendo condizioni di appropriatezza e di sicurezza per il paziente e gli operatori sanitari.

La Figura 1 mostra in maniera sintetica le fasi del percorso.

Se l'accesso al percorso avviene dall'ospedale, lo specialista ospedaliero prescrive il farmaco mediante PTP (Piano terapeutico personalizzato) e, nel



MASSIMO GIRALDI, UOC *Organizzazione Servizi Sanitari Territoriali*, ex USL 11 Empoli. Medico di comunità, dal 2002 in servizio presso UOC *Organizzazione Servizi Sanitari Territoriali* ex USL 11 Empoli. Si occupa della continuità Territorio-Ospedale-Territorio e delle dimissioni complesse. Responsabile dell'UVM specialistica ospedaliera e referente di progetti specifici (paziente medullose, con SLA e con gravi disabilità). Dal 2011 coordina il Gruppo Operativo Interdipartimentale Cure Continue e Palliative.

BARBARA RITA PORCHIA, *Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva*, Università di Firenze.

CLAUDIO BALDINI, UOC *Direzione Professioni Sanitarie Territoriali*, ex USL 11 Empoli.

CARLO MILANDRI, UOC *Oncologia, Presidio Ospedaliero S. Giuseppe*, Empoli.

ALESSANDRO SCARAFAGGI, UOC *Innovazione e Sistema Qualità Territoriale*, ex USL 11 Empoli.

SABINA MORICONI, UOC *Farmaceutica*, ex USL 11 Empoli.

ISABELLA CINAGLIA, UOC *Farmaceutica*, ex USL 11 Empoli.

ELUISA LO PRESTI, UOC *Direzione Ospedaliera, Presidio Ospedaliero S. Giuseppe*, Empoli.

PIERO SALVATORI, UOC *Organizzazione Servizi Sanitari Territoriali*, ex USL 11 Empoli.

caso di soggetto ricoverato o trattato in ambito ospedaliero, provvede alla somministrazione iniziale del farmaco e alla realizzazione della presa in carico da parte delle équipe territoriali, mediante la dimissione programmata e protetta gestita dal Punto Unico di Accesso (PUA).

Se la richiesta di accesso al percorso proviene dal territorio, il medico di medicina generale o il pediatra di famiglia, in qualità di responsabile clinico del pa-



ziente sul territorio, segnala la presenza di soggetti che necessino di trattamenti terapeutici con farmaci H al medico di comunità, afferente alla UOC Organizzazione dei Servizi Sanitari Territoriali – referente per il Punto Unico di Accesso. Il curante, parte integrante dell'équipe territoriale, fornisce anche supporto durante la somministrazione del farmaco.

In ogni caso, la richiesta di somministrazione a livello territoriale dei farmaci H deve essere determinata dalla necessità di continuare un trattamento iniziato in ambito ospedaliero in assenza di alternative terapeutiche, o qualora si tratti di una terapia prescritta dal medico di medicina generale in relazione alla documentata efficacia del farmaco e all'assenza di alternative terapeutiche. Nel caso di farmaco antibiotico con limitazione della prescrivibilità all'ambito ospedaliero, finalizzato al mantenimento dell'efficacia ed alla contemporanea prevenzione dell'insorgenza di resistenza batterica ai principi attivi, è necessario allegare il supporto di indagini microbiologiche.

Il paziente che si sottopone al trattamento deve essere informato e prestare il proprio consenso ad essere trattato con un farmaco di generale uso ospedaliero, in ambito domiciliare o in altra struttura assimilabile all'ospedale nel suo interesse assistenziale.

A seguito della richiesta, il medico di comunità, referente del Punto Unico di Accesso, valuta e attiva i percorsi assistenziali proposti dagli specialisti ospedalieri e dai medici di medicina generale o dai pediatri di famiglia, convalida l'ordine del farmaco secondo le modalità previste da specifica procedura e verifica il buon andamento del progetto assistenziale, avvalendosi anche della consulenza dello specialista delle Malattie Infettive afferente al Dipartimento Medico.

La somministrazione del farmaco può avvenire in strutture definite come assimilabili all'ospedale, ovvero Hospice, strutture di Cure Intermedie come da DGRT 431/2013, strutture residenziali (RSA, RSD, CD) e Case di Cura, Distretti Socio-Sanitari, Casa della Salute, ambulatori di medicina generale e pediatria di famiglia, domicilio per cure palliative e interventi specifici di assistenza domiciliare, e sarà effettuata dagli infermieri del servizio di assistenza infermieristica territoriale.

Il farmacista si occupa della convalida della richiesta del farmaco, del reperimento e fornitura della molecola per tutta la durata del trattamento e dell'invio presso il servizio dove sarà effettuata la prestazione/somministrazione.



Infine provvede alla rendicontazione trimestrale mediante report specifico da indirizzarsi al medico di comunità del Punto Unico di Accesso.

Il progetto è partito nel mese di febbraio 2016 e, alla fine di luglio, risultano 22 percorsi attivati per 15 pazienti. Diciassette trattamenti sono stati prescritti dal medico di medicina generale e cinque da specialisti ospedalieri; in venti casi sono state somministrate terapie antibiotiche e in due casi altri tipi di terapia (marziale e IPP).

Sebbene la numerosità dei soggetti sia ancora limitata, il percorso ha ottenuto notevoli risultati soprattutto per quanto riguarda la qualità delle cure, la compliance al trattamento e la soddisfazione dei pazienti e dei caregiver, soprattutto laddove la situazione di cronicità e/o di terminalità richiede maggiore flessibilità dei servizi offerti. Tale modalità operativa contribuisce allo sviluppo e all'implementazione della continuità Territorio-Ospedale-Territorio, in un'ottica di proattività e di tempestiva presa in carico, e concorre in modo diretto ad abbattere il ricorso al Pronto Soccorso, all'ospedalizzazione, al Day Service, al Centro Trasfusionale e alle prestazioni ambulatoriali nei setting specialistici (oncologico, ecc.). I benefici per i cittadini/utenti e per l'organizzazione sono rilevabili anche in termini di riduzione della spesa, con la possibilità di reinvestire le risorse per l'implementazione dei servizi territoriali e l'innalzamento del livello di qualità e sicurezza per i pazienti e i professionisti, nonché nella formazione continua integrata.

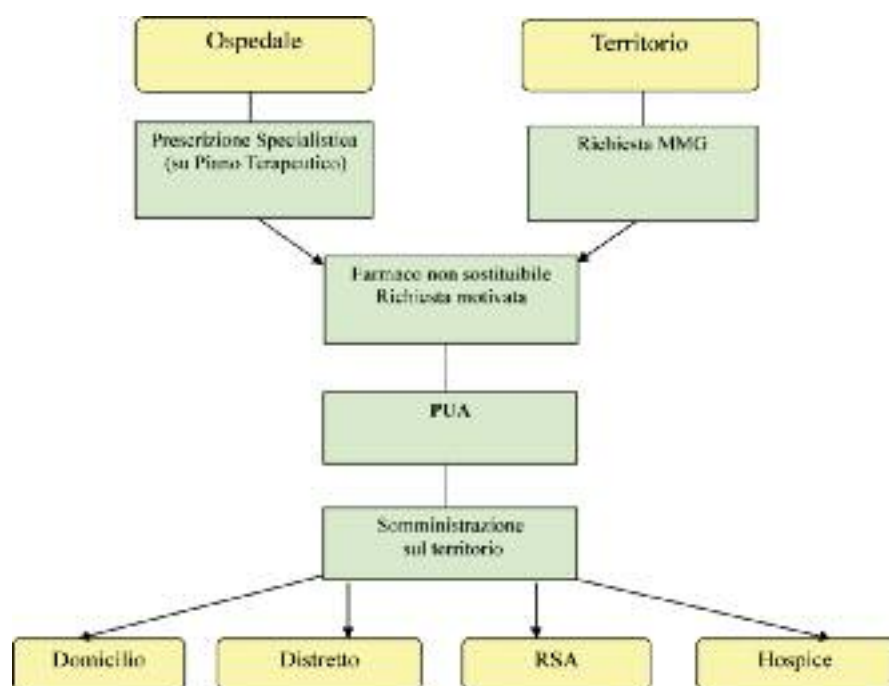


Figura 1. Percorso per la somministrazione dei farmaci H sul territorio.

massimo.giraldi@uslcentro.toscana.it

## La verità che non fa male

La grandezza di Giovanni Bollea, un pediatra  
“sempre dalla parte dei bambini... e della famiglia”

di Giovanna Lo Sapia



GIOVANNA LO SAPIO, laureata in Lettere e Psicologia, Psicologa Psicoterapeuta, Didatta Ceforp, Presidente Associazione Atlante. Consulente Uffici Giudiziari, già Docente di Psicologia presso la Facoltà di Scienze della Formazione. Svolge ricerche relative alla psicologia della coppia, della famiglia, dell'affidamento dei minori. Iscritta all'Albo Psicologi della Regione Toscana. Tutor in Psicologia Clinica e Giuridica.

La grandezza di Bollea è stata di introdurre con una nuova disciplina anche gli strumenti per la sua cura. Uno di questi è la diagnosi. L'osservazione del bambino permette di riconoscere i segnali del comportamento anomalo. La sensibilità della famiglia diventa indispensabile se sostenuta nel non perdere la speranza. La convinzione di Bollea è che ci sia sempre qualcosa da fare.

**I**l passaggio dalla nozione di bambino come “piccolo uomo” e dell'Infanzia come “anticamera dell'età adulta”, a quella del bambino e dell'adolescente come membri di una classe con esperienze, bisogni fisici, psichici, culturali e anche politici propri... è stato lungo e faticoso... ma il traguardo così faticosamente raggiunto si trova oggi ad affrontare una nuova e complessa realtà. I mutati rapporti nel contenitore familiare e la precoce e indiscriminata esposizione a ogni genere di notizia del mondo degli adulti attraverso i media... rischiano di far scomparire l'infanzia... viene così a mancare quel filtro attraverso il quale il bambino imparava a conoscere gradualmente la vita affettiva, morale e sessuale dei genitori... e in generale degli adulti, gradualità che dava il tempo di elaborare le proprie reazioni...

Ho avuto la grande fortuna di seguire le lezioni del prof. G. Bollea e studiare sui suoi scritti ma ancor di più ho potuto incontrarlo nel suo studio dove ha continuato a vedere migliaia di bambini e genitori fino a pochi giorni prima che si trasferisse in un altro mondo. Sant'Agostino direbbe: “È solo nella stanza accanto”... da dove continua a venire ed a parlare attraverso i suoi testi. Aver conosciuto Giovanni Bollea è stato un immenso privilegio, ha cementato le basi delle mie conoscenze inerenti il bambino, rafforzandone i principi e consolidando i pilastri di una scienza come quella della neuropsichiatria infantile, sconosciuta fino a prima di allora. La grandezza di questo non comune scienziato è stata quella di non limitarsi ad istituire una nuova disciplina ma di introdurre anche gli strumenti speciali, utili per la conoscenza e la cura dell'infanzia, ancora oggi di grande attualità. Uno di questi, sicuramente di assoluta rilevanza, riguarda il momento

Parole chiave:  
bambino, famiglia, diagnosi,  
speranza, ottimismo





della diagnosi. Ai fini di una prognosi favorevole è infatti di imprescindibile importanza intervenire immediatamente con una diagnosi precoce, così come è altrettanto indispensabile nella fase iniziale dell'iter diagnostico, muovere bene i primi passi, la cui giusta direzione potrà determinarne il successo. Spiega Bollea che quando nasce un bambino, grazie ad un'attenta osservazione, si può riuscire a riconoscere e ad identificare i primi lievi ma significativi segnali di un possibile futuro comportamento anomalo. È noto come l'Associazione di Disabilità Intellettiva che sostiene la maggioranza dei nati con difetti congeniti chiama precocemente in causa il neuropsichiatra infantile ed altri specialisti.

Questa prima fase di un percorso senz'altro complesso è un momento molto prezioso che richiede la collaborazione di tutti. Accanto all'irrinunciabile competenza ed esperienza dell'apparato medico e paramedico, di-

venta di basilare importanza l'ambiente familiare in cui vive, si confronta e relaziona ogni bambino. Come ha sempre sostenuto Bollea, il contenitore all'interno del quale nasce, si sviluppa e procede qualsiasi tipo di emozione, comportamento, disagio, è indubbiamente la famiglia. La famiglia e il clima che in essa si respira possono diventare spesso responsabili di un apparente incomprensibile disagio. La sensibilità e l'alleanza della famiglia diventano pertanto indispensabili se saputi guidare e soprattutto sostenuti nel non perdere mai la speranza. Ma per non perdere la speranza, riuscendo così a collaborare in modo costante e proficuo, è necessario che il neuropsichiatra infantile, nel presentare la sua diagnosi, abbia un occhio di particolare attenzione nei riguardi di quella famiglia colpita da una verità che potrebbe essere troppo forte da sostenere se non lascia spiragli ad una possibile svolta favorevole. L'orientamento di Bollea è quello di una pre-

visione ottimistica. Sostenuto dall'incrollabile convinzione che ci sia sempre qualcosa da fare, invita tutti gli esperti chiamati a dirimere l'ingarbugliata matassa a farsene carico, richiedendo ad ognuno la sua parte. Li esorta però a non ricorrere a referti funesti, che annullano la volontà e la capacità di potere ribaltare situazioni inizialmente insormontabili.

L'attuale momento storico o almeno qualche esperto della comunicazione di maggiore coscienza, ci fa interrogare su quali informazioni portare a conoscenza dei minori e quale sia la modalità più giusta per farlo; quali notizie eventualmente debbano essere saggiamente occultate! L'opportunità o meno di epurare in modo cauto i toni troppo forti, non sempre a tutti accessibili e da tutti sostenibili, ci porta a riflettere sul significato di verità.

Questa infatti, in circostanze particolarmente delicate, potrebbe trasformarsi in un macigno devastante ed im-



mobilizzare chi invece ha bisogno di verità non assolute, inequivocabili e troppo amare; bensì si attende una prognosi densa di speranza, tale da infondere quella carica di energia in grado di continuare ad operare, trasformando così quella realtà presente, apparentemente senza via di sbocco, in un momento di positiva evoluzione.

È stato infatti dimostrato, e Bollea lo aveva già intuito in epoche ben remote, che certi sintomi che in una fase evolutiva assumono un particolare significato, in una successiva, e quindi nel corso della crescita, possono trasformarsi e metterci quindi di fronte ad una nuova realtà. Tale diversa realtà sarà il risultato di come avremo saputo anche gestire quella specifica situazione nel particolare contesto in cui sarà stata portata avanti. La complessità che quindi ogni situazione clinica presenta, in quanto multifattoriale, richiede di essere studiata e valutata in termini multidisciplinari, uscendo dal frequente e riduttivo approccio monoprofessionale. Ed è proprio in questo senso che Bollea riteneva che solo un'équipe multidisciplinare diventa vincente se si raggiunge una reale e consapevole integrazione di tutti i servizi, le agenzie educative, ed ogni realtà circostante in cui il bambino vive e che con lui interagisce, senza mai escludere l'ambiente socio-familiare. Alla famiglia assegna sempre il primo posto, in quanto fondamentale ed insostituibile agenzia educativa, per tutti i bimbi del mondo, con e senza difficoltà. Ne fa fede il primo Centro medico-psico-socio-pedagogico, fondato nel 1947. Nel processo quindi di graduale e possibile recupero sia esso un disagio psico-fisico od una vera e propria disabilità di origine genetica, sono varie le componenti e le figure umane e professionali che entrano in gioco. Prima di tutto dobbiamo aiutare il bambi-

no e la famiglia. Ed è proprio per attuare questo suo profondo convincimento che Bollea, durante tutto il suo percorso di scienziato e maestro di vita, non ha mai smesso di continuare a trasmettere uno tra i suoi più grandi insegnamenti: chi si fa carico della salute degli altri non dovrebbe mai dimenticare un dogma fondamentale, quello di saper unire ad un corretto referto clinico, ma pur sempre limitato, una giusta indispensabile carica di ottimismo capace di instillare quella buona dose di fiducia che lascia sempre operare nella consapevolezza di poter ribaltare, grazie all'aiuto di più discipline e all'alleanza della famiglia, la più funesta delle diagnosi.

Egli infatti cerca di farci capire che la verità è importante, ma lo è ancora di più il modo in cui riusciremo a saperla porgere. Ciò che è indispensabile sapere per poter andare avanti dev'essere un abbraccio di fiducia, una sferzata di ottimismo, un benefico vigore che ci fa procedere con rinnovato entusiasmo nel cammino della ricerca, perché anche su questa terra si possa respirare un po' di Paradiso. Forte di questo assunto di base, che è stato uno dei suoi più grandi meriti, con competenza, delicatezza e sensibilità non comune, Bollea è sempre riuscito ad esprimere e spiegare concetti scientifici di una certa complessità in modo semplice, perché fosse da tutti facilmente comprensibile. Questo suo approccio lo ha fatto percepire vicino a tutti i genitori che da lui si sono sentiti sempre compresi, sostenuti, guidati e protetti. Ed è stata proprio la sua particolare sensibilità, quasi carismatica empatia che gli ha permesso di comunicare, in modo quasi indolore, stemperandola dei toni più cupi, quella verità che a volte viene inesorabilmente a segnare e a sconvolgere un intero nucleo familiare per un

futuro che, nell'immediato, può sembrare tanto terribile da non avere via di scampo. Quella diagnosi che infatti in tutta la sua più dura chiarezza e precisione può in certi casi rischiare di immobilizzare per la sua gravità, si carica sempre nelle parole di Bollea di sensibile positiva umana speranza. Sappiamo come sia spesso oggetto di costante dibattito l'opportunità o meno di rivelare in tutta la sua crudezza un verdetto non sempre realisticamente definitivo, ma che con una prognosi affrettata, non sempre ben ponderata e colorata di tinte funeste, impedisce di attivare le numerose e spesso sconosciute risorse insite in ogni organismo umano. L'esperienza in varie discipline ha dimostrato come solo una minima parte delle proprie potenzialità viene sviluppata e solo attraverso l'osservazione continua ed attenta del bambino potremo individuare lo sviluppo di fattori non ancora maturi, ma che sono in via di miglioramento; e sarà proprio il bambino da noi preso in carico che ci condurrà sul sentiero giusto da seguire: *“perché c'è sempre qualcosa da fare per realizzare questi miglioramenti”*. Nell'aiutarci a sapere osservare, ascoltare e comprendere in tempo, prima che la malattia prenda campo e si possa manifestare poi in tutta la sua gravità, Bollea getta le fondamenta della vera prevenzione. Spesso si parla di prevenzione, senza poi riuscire veramente a metterla in pratica.

Forse non abbiamo ancora imparato a saper cogliere tempestivamente tutti quegli elementi che possono fare luce sull'esordio di un disagio, sia esso psicologico che di origine fisica?!

Dal modello di Bollea abbiamo ancora tutti qualcosa di importante a cui attingere e su cui poter riflettere!

 atlantefamiglia@gmail.com



# Malattia renale cronica

## Prevalenza e rischi associati di mortalità e eventi cerebro-cardio-vascolari in Toscana

di A. Rosati, P. Francesconi,  
F. Profili, N. Mennuti



ALBERTO ROSATI, laurea in Medicina e Chirurgia dell' Univ. di Firenze nel 1986, spec. in Nefrologia nel 1990. Dal 2008 al 2015 Direttore S.C. Nefrologia Ospedale di Lucca, dal 2015 Direttore S.C. Nefrologia e Dialisi Osp. San Giovanni di Dio, Firenze. Chairman Registro Regionale Toscano Dialisi e Trapianto renale. Medico S.C. Nefrologia, Ospedale S. Giovanni di Dio-Firenze, AUSL Toscana centro.

PAOLO FRANCESCO, medico, Osservatorio di Epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità.

FRANCESCO PROFILI, statistico, Agenzia Regionale Sanità.

NEDO MENNUTI, medico, Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale, AUSL Toscana Centro.

La malattia renale cronica (CKD) coinvolge oltre il 10% della popolazione adulta. Il rischio di morte è aumentato fino a 8 volte in questi pazienti proporzionalmente al ridursi del filtrato glomerulare (GFR). Fino ad oggi non si avevano dati esaurienti sulla prevalenza e i rischi associati in Toscana e in Italia. Il nostro studio ha dimostrato una prevalenza di malattia renale cronica stadi 3-5 nella popolazione >45aa di circa il 10,5%. La prevalenza è circa doppia nei pazienti diabetici e molto aumentata anche fra gli ipertesi. I pazienti con malattia renale cronica sperimentavano un incremento del rischio relativo di morte di circa 4 volte rispetto alla popolazione generale. Anche per i pazienti diabetici l'incremento era simile.

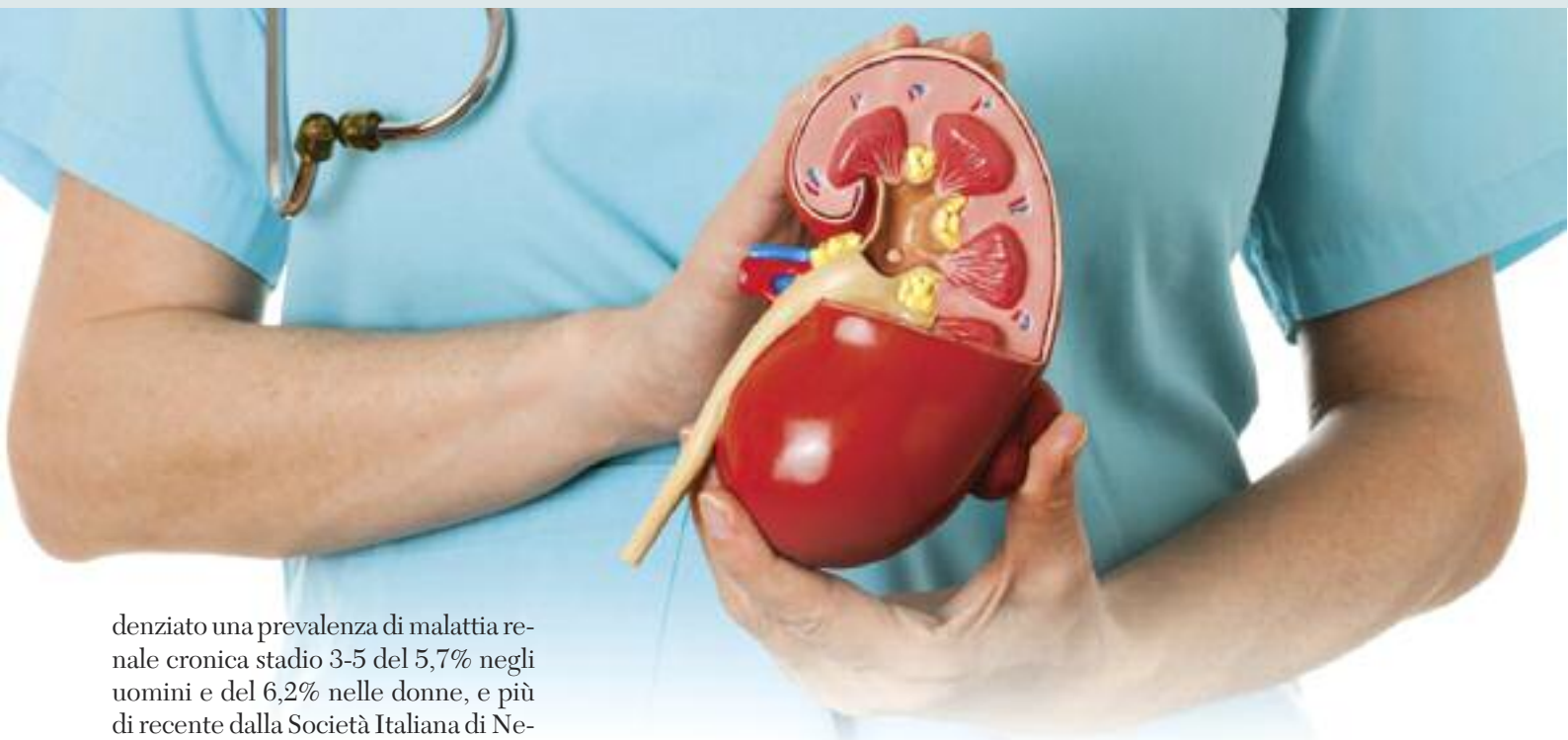
**Parole chiave:**  
malattia renale cronica, mortalità, prevalenza, diabete, ipertensione

La malattia renale cronica (CKD) è ormai considerata un problema di salute pubblica di primaria importanza su scala mondiale. La classificazione attuale identifica cinque stadi di malattia in base ai livelli di filtrato glomerulare e albuminuria (Tabella 1). Istituzioni internazionali come il "Center for Disease Control and Prevention" identificano la malattia renale cronica come una delle grandi priorità della nostra era. La prevalenza di malattia renale cronica negli Stati Uniti, dove esistono i dati epidemiologici più accurati, è di circa il 13% della popolazione adulta con un 19% dei diabetici e un 13% degli ipertesi che ha un filtrato glomerulare <60 (Stadio 3-5). Nei paesi europei la prevalenza appare estremamente variabile verosimilmente in rapporto a problemi metodologici di selezione e risposta della popolazione. Anche l'incidenza della malattia renale cronica è stimata in costante aumento sia a livello mondiale sia in Europa. Il rischio

cardiovascolare aumenta proporzionalmente come il filtrato glomerulare scende al di sotto di 60 ml/min. La morte per cause cardiovascolari è fino a otto volte maggiore nella malattia renale cronica, molto superiore anche alla morte per cancro. I pazienti in dialisi dimostrano in assoluto il più elevato rischio di morte cardiovascolare. In Italia gli studi con maggiore consistenza sono stati condotti nella Regione Veneto (studio INCIPE), che mostra una prevalenza della malattia renale cronica nel Nord-est d'Italia dell'8,5%, a Gubbio (anni 1988-1992) che ha evi-

Stadio	GFR*	Descrizione
1	90+	Normale funzione renale ma albuminuria o anomalie strutturali o genetiche
2	60-89	Lieve riduzione della funzione renale ma albuminuria o anomalie strutturali o genetiche
3A 3B	45-59 30-44	Moderata riduzione della funzione renale
4	15-29	Severa riduzione della funzione renale
5	<15 o Dialisi	Riduzione molto grave della funzione renale o terapia sostitutiva

Tabella 1 - Classificazione Malattia Renale Cronica (CKD).



denziato una prevalenza di malattia renale cronica stadio 3-5 del 5,7% negli uomini e del 6,2% nelle donne, e più di recente dalla Società Italiana di Nefrologia in varie regioni, mostrando una prevalenza di malattia renale cronica stadio 1-5 del 7,5% nei maschi e del 6,5% nelle femmine limitandosi alla fascia di età 35-79aa. Mancano in Italia dati di incidenza e prevalenza della malattia renale cronica, rappresentativi della popolazione attuale. Un altro limite degli studi citati è insito nella mancanza di informazioni prognostiche sugli *outcome* principali (decesso, eventi cardiovascolari, dialisi). Esiste quindi in Italia un bisogno conoscitivo circa la reale epidemiologia della malattia renale cronica e sugli eventi ad essa associati in particolare nelle fasce di età più avanzate. Per questi motivi abbiamo condotto uno studio sulla popolazione toscana che ha utilizzato dati amministrativi con l'obiettivo di stimare la prevalenza della malattia renale cronica stadio 3-5 nella popolazione generale e nelle persone affette da diabete o ipertensione. Abbiamo inoltre stimato i rischi di infarto, ictus, scompenso cardiaco e decesso attribuibili alla malattia renale cronica avanzata.

Abbiamo analizzato i dati del database amministrativo sanitario della Regione Toscana. La ex ASL di Empoli si trova nel centro della Toscana, ricomprende una popolazione di 238.873 persone. Nell'area le attività di laboratorio sono centralizzate e raccolte in una unica banca dati. Di questa popolazione avevamo a disposizione, oltre a tutti i dati di laboratorio, altre banche dati

quali: schede dimissione ospedaliera, attività ambulatoriale, farmaceutica, esenzioni per patologia, cure domiciliari e territoriali. Abbiamo eseguito un *record-linkage* usando il codice identificativo unico regionale.

In tutti i gruppi di popolazione abbiamo determinato la prevalenza di pazienti ipertesi e diabetici. I dati sono stati analizzati dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. Dalla popolazione generale abbiamo selezionato le persone con età >45aa che avevano eseguito almeno una determinazione della creatinina fra il 01/01/2011 e il 01/01/2013 al di fuori dei periodi di ospedalizzazione. La malattia renale cronica è stata calcolata usando la formula CKD-EPI. Abbiamo poi selezionato i pazienti con malattia renale cronica rispettivamente <60 e ≥45 ml/min (stadio 3a), <45 e ≥30 ml/min (stadio 3b) e malattia renale cronica <30 ml/min (stadio 4-5). In tutti questi gruppi oltre che nella popolazione degli ipertesi e diabetici abbiamo calcolato le prevalenze strato specifiche per sesso e età. Le prevalenze strato specifiche per sesso età e comorbidità sono state poi applicate agli stessi strati specifici della popolazione generale stimando il numero di casi prevalenti. Pazienti in trattamento dialitico o con trapianto renale erano esclusi. Abbiamo valutato poi il rischio relativo di morte, infarto, ictus e scompenso cardiaco nei due anni successivi all'esecuzione dell'ultimo filtra-

to glomerulare in relazione alle comorbidità e ai livelli di filtrato glomerulare.

### Prevalenza

- **Popolazione generale:** Il 78,07% della popolazione residente ad Empoli di età >45aa aveva eseguito esami di laboratorio con determinazione del filtrato glomerulare.

La prevalenza stimata della malattia renale cronica <60 ml/min nella popolazione generale di età >45aa era del 10,5% così distribuita: stadio 3a 7,1%, stadio 3b 2,6%, stadio 4-5 0,8% (Tabella 2). Nella fascia >85aa raggiungeva il 36,5% per lo stadio 3 e il 4,1% per lo stadio 4-5. Nella fascia di età 45-74 aa, che è quella abitualmente utilizzata per i confronti internazionali, la prevalenza negli stadi 3-5 era del 4,4% e negli stadi 4-5 del 0,28%. Sia per lo stadio 3 che per lo stadio 4-5 la prevalenza era significativamente più alta nel sesso femminile più o meno in tutte le fasce di età.

- **Diabetici:** Nella fascia di età >45 aa rappresentavano l'11,3% della popolazione residente, il 13% della popolazione che aveva eseguito esami negli ultimi 2 anni, il 23,3% dei soggetti con malattia renale cronica <60 e il 34,8% di quelli con malattia renale cronica <30. Il 20,5% dei diabetici ha una malattia renale cronica stadio 3-5. La prevalenza era più alta nei maschi diabetici che nelle donne al contrario di quanto abbia-

mo visto accadere nella popolazione generale.

- **Ipertesi:** rappresentavano il 53,9% della popolazione residente >45aa, il 57,8% di coloro che avevano eseguito esami nei due anni, l'87,8% della coorte con malattia renale cronica <60 e ben il 95,5% dei soggetti con malattia renale cronica <30. Anche fra i pazienti ipertesi la prevalenza della malattia renale cronica 3-5 era notevolmente aumentata (17,4%), con una netta prevalenza del sesso femminile.
- **Diabete e ipertensione** erano presenti contemporaneamente nel 9,2% della popolazione generale. Il 95,7% dei pazienti diabetici con malattia renale cronica <60 ml/min era anche iperteso. Nei non diabetici non ipertesi la prevalenza globale della malattia renale cronica stadio 3-5 era nettamente inferiore (3,2%).

#### Rischi Associati

- **Il rischio di morte** a 2 anni per tutte le cause era nettamente aumentato in maniera inversamente proporzionale alla riduzione della malattia renale cronica, da un minimo del 40% nei pazienti stadio 3a, fino al 440% negli stadi 4-5. Nei gruppi dei pazienti diabetici gli incrementi del rischio di

morte erano sostanzialmente dello stesso indice di grandezza. Anche i pazienti ipertesi sperimentavano un significativo incremento di mortalità a 2 anni (Figura 1).

**Il rischio di avere un infarto del miocardio** era incrementato di circa il 50% sia per lo stadio 3a che per la popolazione con malattia renale cronica <45 ml/min.

**Il rischio di ictus** era significativamente più alto nella popolazione con malattia renale cronica <45 ml/min.

**Il rischio di scompenso cardiaco** era incrementato del 71% per malattia renale cronica 45-59 e del 283% per malattia renale cronica <45ml/min.

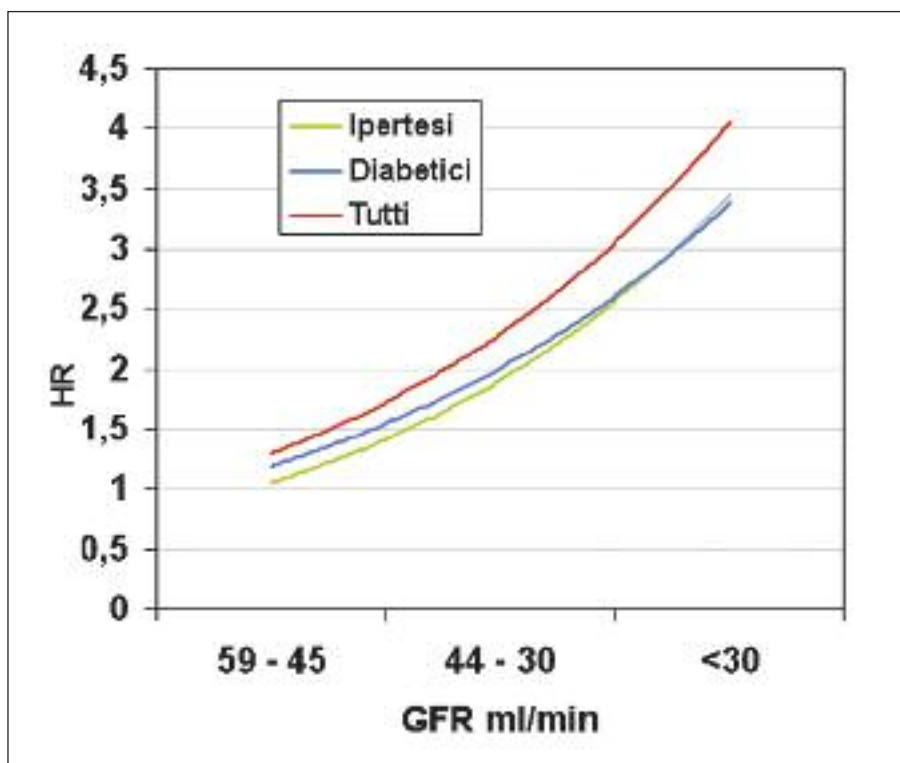
**Il rischio di primi eventi cardiovascolari maggiori (ictus/infarto/scompenso cardiaco)** era aumentato del 56% nello stadio 3b e del 208% quando la malattia renale cronica scendeva al di sotto di 45 ml/min.

#### Discussione

Il nostro studio ha valutato i dati di laboratorio relativi all'intera popolazione residente in un'area sufficientemente vasta della regione (238.000 abitanti, 6,2% della popolazione toscana) altamente rappresentativa della distribu-

zione regionale in termini di età, sesso e comorbidità, incrociandoli con i dati amministrativi che permettevano di identificare i soggetti con Diabete, Ipertensione, eventi cardiovascolari ecc., con l'obiettivo di valutare la prevalenza di malattia renale cronica stadio 3-5 nella popolazione generale e in particolare nelle categorie dei pazienti diabetici e ipertesi, nonché il loro rischio di morte ed eventi cardiovascolari. Si tratta dello studio con il campione di popolazione largamente più ampio mai portato avanti nel nostro paese sulla malattia renale cronica. La prevalenza della malattia renale cronica rilevata nella nostra coorte nella fascia di età 45-74aa era del 4,4%, molto simile a quella riportata dallo studio INCIPE (4,0%). Come rilevabile dai Registri di patologia, Toscana e Veneto hanno una prevalenza di ESRD quasi sovrapponibile, il che rafforza il valore di un dato epidemiologico sovrapponibile in termini di prevalenza della malattia renale cronica stadio 3-5. In realtà nel nostro studio l'analisi di prevalenza della malattia renale cronica stadio 3-5 è stata estesa anche alle altre fasce di età dove è risultata particolarmente alta nella fascia >80aa. Lo studio di un campione così ampio di popolazione >80aa è una peculiarità del nostro studio. La prevalenza globale della malattia renale cronica stadi 3-5 da noi rilevata nella popolazione >45aa si pone comunque ben al di sotto da quella riportata negli Stati Uniti.

Lo studio evidenzia una correlazione strettissima fra livelli di filtrato glomerulare e mortalità per tutte le cause; con il ridursi del filtrato la mortalità aumenta in maniera quasi esponenziale rispetto alla popolazione con filtrato glomerulare  $\geq 60$  ml/min. Questo incremento del rischio di morte è il risultato di un incremento del rischio di morte sia per cause cardiovascolari che per cause non cardiovascolari. L'incremento di rischio osservato nei pazienti diabetici è dello stesso ordine di misura di quello della popolazione generale. Considerando la maggior prevalenza della malattia renale cronica nella popolazione dei diabetici si conferma che l'eccesso di mortalità osservato nel diabetico è associato in gran parte alla presenza di nefropatia. Il rischio aggiustato di infarto e di ictus legato alla riduzione del filtrato glo-



**Figura 1** - Rischio Relativo di morte per tutte le cause in relazione ai livelli di GFR (aggiustato per fattori di confondimento, gruppo di confronto GFR>60 ml/min).

Genere	Età	GFR ml/min <30 (%)	GFR ml/min 30-44 (%)	GFR ml/min 45-59 (%)	GFR ml/min <60 (%)
M	45-54	0,1	0,2	1,0	1,3
	55-64	0,2	0,5	2,7	3,3
	65-74	0,6	1,6	6,7	8,9
	75-84	1,3	5,5	13,5	20,3
	85+	3,6	11,9	21,9	37,5
	totale	0,7	2,2	6,1	9,0
F	45-54	0,1	0,2	1,1	1,3
	55-64	0,2	0,4	2,7	3,3
	65-74	0,5	1,6	7,3	9,3
	75-84	1,4	5,8	16,4	23,6
	85+	4,4	13,5	24,3	42,3
	totale	0,9	2,9	8,0	11,7
Totale	45-54	0,1	0,2	1,0	1,3
	55-64	0,2	0,4	2,7	3,3
	65-74	0,5	1,6	7,0	9,1
	75-84	1,4	5,7	15,2	22,2
	85+	4,1	13,0	23,5	40,7
	totale	0,8	2,6	7,1	10,5

**Tabella 2** - Prevalenza standardizzata di malattia renale cronica per fasce di età e sesso nella popolazione toscana.

merulare diventa evidente quando il filtrato glomerulare scende al di sotto di 45 ml/min. In sintesi il nostro lavoro rappresenta l'unico studio che in Italia ha valutato la prevalenza della malattia renale cronica nella popolazione e la relazione con il rischio di morte ed eventi cardiovascolari su una popolazione così ampia. Pur trattandosi di una prevalenza molto elevata è comunque molto inferiore a quella rilevata negli stati Uniti e fra le più basse a livello europeo. L'elevata presenza nella nostra casistica di pazienti con età >80aa permette di valutare la diffusione della patologia in una fascia di popolazione che negli altri

studi in genere è poco valutata o sotto-stimata. Se la prevalenza della malattia renale cronica nella nostra popolazione è più bassa l'incremento di rischio di mortalità correlato alla riduzione del filtrato glomerulare che abbiamo rilevato è simile a quello riportato nelle maggiori casistiche europee ed extraeuropee. Ne discende che nella nostra popolazione il numero di morti attribuibile alla malattia renale cronica, per quanto molto elevato, è inferiore a quello che si osserva nella maggior parte degli altri paesi. I nostri dati non ci permettono di capire se questo sia attribuibile a caratteristiche genetiche, abitudini di vita o al-

la capillarità del servizio sanitario nazionale ma certamente rappresentano un motivo di riflessione. Infine il dato amministrativo che noi abbiamo utilizzato si è rilevato assolutamente affidabile ed esaustivo confermandone l'utilità per questo tipo di studi. Questo offre inoltre la possibilità di mettere in atto percorsi diagnostico-terapeutici adeguati sulla popolazione identificata che è poi l'intera popolazione residente in quell'area, cosa che non permettono gli studi fatti su campioni random della popolazione.

 [alberto.rosati@uslcentro.toscana.it](mailto:alberto.rosati@uslcentro.toscana.it)





# Vincenzo Borghini in Tomerello

Una lettera a Giorgio Vasari in Firenze  
(lettera del 3 ottobre 1567)

di Giovanni Bacci



GIOVANNI BACCI, medico di medicina generale, Campi Bisenzio.

**Il collega Giovanni Bacci, da tempo studioso di storia e di storia della medicina, soprattutto rapportate al suo comune di nascita e di professione, ha ritrovato questo interessante documento inerente l'attività di uno spedalingo fiorentino in un antico brefotrofo del Cinquecento sito proprio in Campi Bisenzio.**

N° d'ordine 702

Data 3 10 1567

Intestazione: VINCENZO BORGHINI IN TOMERELLO<sup>1</sup>

A GIORGIO VASARI IN FIRENZE

Segnatura; ASA, AV, 14 (XLVIII), c. 52

Fonte: Magnifico messer Giorgio

Voi vedete, le disgrazie sono apparecchiate per tutto e quando l'uomo manco le pensa. Nè mai mi intervenne il più strano caso, e chi mi volessi dimandare come passasse, non lo scapperei dire, perché mi venne una vertigine in un girar che fece la mula, che rimasi senza lume de' occhi e senza conoscenza, né seppi quel che seguissi di me, se non poi ch'io mi trovai ritto da un mio fratello e mio nipote. La percossa venne a essere ragionevole rispetto alla gravezza tutto il corpo, e fu ne l'osso, ove si congiungono le gambe e sotto il fianco, e mi è doluto assai bene, et ora quando sto fermo, non lo sento; ma svolgendomi o muovendomi mi duole, ma ogni dì meno. Et è necessario, che così sia per le tante commettiture d'ossa che vi sono et intrecciatura di nervi e di muscoli, consistendo quivi il principale moto di tutto il corpo: e così ho imparato a ragionare de' muscoli senza essere dipintore.

Sommi cavato sangue, non per bisogno che per questo accidente proprio me ne paressi avere, ma perché in su

questa occasione ho disegnato fare quel che questo anno ho già cominciato due volte, cioè purgarmi; e sogliola fare bene spesso col trarmi la prima cosa sangue. Tasche, e per questa occasione e per soddisfare a questi miei che lo desideravano, io l'ho fatto.

Stammi quietamente: et da quel poco di dolore in fuori, quando io m'agito, mi pare stare meglio che io stessi mai. Percossi anno un poco il capo come dir di balzo; ma fu tanto poca cosa, che nel principio sentii pochissimo dolore e ora non punto. Eccovi detto di me quel che si può dire.

Quanto al venirearesti errore, avendo la consorte nel letto: però non pigliate questo disagio, sebben sempre m'è gratissima la presenza vostra, come sapete; et qui è Lorenzo, mio fratello, e non manca de' altri.

Il principio di quella vita l'ho qui appresso di me e me la sono proposta per spedirla la prima cosa, se io potrò scrivere, che mi pare per ancora potere malvolentieri; ma da domani in là vi dirò qualcosa.

Ho grande piacere di quel che mi scrivete del cartone; e carissimo mi sarà quando saprò quei particolari che m'accennate. E per ora non sarò più lungo, et Dio con voi.

Di Torello il dì 3 d'ottobre 1567.

Tutto Vostro

Don Vincenzo Borghini<sup>2</sup>

Al Magnifico messer Giorgi Vasari mio osservandissimo in Firenze.

## NOTE

<sup>1</sup> La Villa di Tomerello, meglio conosciuta come Villa Permolli e ora "Hotel 500", per tre secoli (dal 1558 al 1841) è stata di proprietà dell'Ospedale degli Innocenti come brefotrofo ed ha ospitato tantissimi orfani, molti dei quali adottati dalle famiglie campigiane (questo spiega perché a Campi ci sono tanti cognomi del tipo: Degli Innocenti, Degli Innocenti, Innocenti, Nocentini...)

<sup>2</sup> Don Vincenzo Borghini (1515-1580) è Spedalingo dell'Ospedale degli Innocenti dal 1552 e, al momento in cui scrive, si trova a Campi, proprio nella Villa di Tomerello. Le sue cariche sono molteplici e, oltre ad essere "direttore" dell'Ospedale degli Innocenti, è un filologo e uno storico coltissimo attivo alla Corte di Cosimo I e poi a quella del figlio Francesco; ha chiosato il Decamerone, è luogotenente presso l'Accademia del

Disegno ed è grande amico di Giorgio Vasari, a cui fornisce i soggetti per molte decorazioni (Salone dei Cinquecento, Studiolo di Francesco I, Cappella Paolina, facciata del Palazzo Ramirez de Montalvo...). È proprio l'amico Giorgio Vasari che lo introduce alla Corte Medicea.

# Proteggere i diritti terrieri

## Un intervento verso le comunità indigene per salvare il pianeta

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/>

*“Riconoscere i diritti terrieri delle comunità locali e indigene significa rispettare i diritti umani di circa due miliardi e mezzo di persone, e inoltre ridurre i conflitti, combattere il cambiamento climatico e proteggere ed espandere gli importanti, fragili ecosistemi di Madre Terra”*

Victoria Tauli-Corpus, UN Special Rapporteur on the Rights of Indigenous Peoples

Nel marzo 2016 Oxfam, International Land Coalition e Rights and Resources Initiative lanciarono il report “Common Ground: Securing Land Rights and Safeguarding the Earth” quale richiamo all’azione per la tutela dei diritti terrieri delle comunità locali e indigene. Esigenza quanto mai impellente in un mondo in cui, a dispetto dell’uso proprietario e abituale di oltre il 50% delle terre emerse del pianeta, due miliardi e mezzo di uomini e donne hanno diritti riconosciuti su solo un quinto di esse. I cinque miliardi di ettari rimanenti restano vulnerabili all’accaparramento/sequestro da parte di governi e potenti corporazioni.

Questa enorme disparità è tra le concause della violazione e privazione dei diritti civili e umani, della povertà, e dei focolai di conflitto nelle aree geografiche coinvolte.

Queste realtà stridono di fronte all’evidenza del ruolo del riconoscimento dei diritti terrieri delle comunità nel preservare le diversità culturali e contrastare la povertà e la fame, l’instabilità politica e i mutamenti climatici, in linea con lo spirito dei Sustainable Development Goals delle Nazioni Unite e dell’Accordo di Parigi sul clima.

Purtroppo, nonostante alcuni progressi, gli impegni al rispetto dei diritti

terrieri delle popolazioni si sono rivelati in genere vuote promesse. E la realtà corrente insegna che le risorse forestali, idriche, di pascolo e minerarie continuano ad essere oggetto di progetti di investimento e sviluppo implicanti lo spostamento altrove delle comunità locali.

Il numero crescente di persone uccise perché difendevano la loro terra testimonia l’indicibile violenza su quanti si vedono negata ogni partecipazione in decisioni coinvolgenti le loro terre e le loro vite.

In particolare le donne risentono della violazione di questi diritti in termini di ostacolo al conseguimento di un ruolo socialmente paritario con l’uomo. Non è un caso che in Tanzania le donne con diritti sicuri sulla propria terra vantino introiti economici tre volte superiori rispetto a quelle senza; e che in India la certezza del diritto sulla terra ha mostrato una positiva correlazione con la forte riduzione dei casi di violenza domestica.

### Fatti certi:

- In Africa mancano documenti sicuri di proprietà per il 90% dei terreni rurali; di conseguenza le comunità locali sono estremamente vulnerabili alla sottrazione/accaparramento di terre.

- Sicuri diritti terrieri sono un diritto umano, specialmente per le popolazioni indigene alle quali la legislazione internazionale riconosce il diritto di accesso e controllo sulla propria terra abituale.
- Sicuri diritti terrieri sono un “*sine qua non*” per lo sviluppo. Essi consentono l’aumento del reddito e un ventaglio di benefici sociali estesi oltre i confini delle singole comunità. I Paesi tesi all’implementazione dei diritti terrieri hanno positivi ritorni in termini di riduzione della fame e una maggiore e più equa crescita economica.
- L’eguaglianza di genere nella proprietà terriera darebbe maggior potere e influenza alle donne circa i modi, gli esiti e le pratiche di coltivazione. Secondo la FAO una maggiore gestione della terra da parte delle donne si tradurrebbe in maggiori raccolti (circa il 20-30% in più) con riduzione potenziale del 10-20% delle persone denutrite su scala mondiale.
- Le foreste gestite dalle comunità indigene e locali immagazzinano 37,7 miliardi di tonnellate di carbone – più delle emissioni mondiali 2013 di CO<sub>2</sub> da combustione di carburanti fossili e processi industriali.
- Secondo il Programma per l’Ambiente delle Nazioni Unite (UNEP) la pastorizia è “*one of the most sustainable food systems on the planet [...] between two and ten times more productive per unit of land than the capital-intensive alternatives that have been put forward*”.
- Sicuri diritti terrieri delle comunità locali e indigene sono in grado di pre-

venire l'estinzione di più di quattromila idiomi.

### Raccomandazioni per l'azione

Il report in oggetto conclude con una serie di raccomandazioni, fra le quali:

- La richiesta ai governi di implementare la UN Declaration on the Rights of Indigenous Peoples, la ILO Convention No. 169, la UN Declaration on Human Rights Defenders, e le UN Voluntary Guidelines on the Responsible Governance of Tenure of Land, Fisheries and Forests. Inoltre, di dichiarare tolleranza zero su ogni accaparramento/sequestro di terre e di includere la protezione dei diritti (soprattutto per popolazioni dipendenti dalle foreste, produttori agricoli di piccola-media scala, pescatori e pastori) quale pilastro per le strategie di sviluppo nazionale comprese quelle correlate al clima, all'agricoltura, alla tutela ambientale, alle fonti energetiche, al turismo, alla crescita economica e al commercio.
- La richiesta ai Parlamenti di migliorare o introdurre specifiche legislazioni e di allocare adeguati budget per garantire il diritto alla terra delle comunità indigene e locali.
- La richiesta alle corporazioni e istituzioni finanziarie internazionali di sviluppare e implementare politiche (e meccanismi di reclamo) per evitare, ridurre, mitigare e sanare ogni impatto diretto e indiretto sulle terre e

risorse naturali delle comunità locali e indigene.

- La richiesta all'UN High Level Political Forum di adottare almeno un indicatore per la misura dei progressi di settore nel contesto dell'Agenda 2030, e di impegnarsi a sostenere i diritti delle comunità locali e indigene nell'ambito dei Sustainable Development Goals.
- L'invito alle comunità locali e indigene a rafforzare le loro istituzioni e capacità, a sostenere la partecipazione egualitaria delle donne nella difesa della terra e delle risorse, e ad attivare alleanze per contrastare efficacemente le minacce.

 d.dionisio@tiscali.it



### PER APPROFONDIRE

- Common Ground: Securing Land Rights and Safeguarding the Earth  [https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file\\_attachments/bp-common-ground-land-rights-020316-en\\_0.pdf](https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/bp-common-ground-land-rights-020316-en_0.pdf)
- The International Land Coalition (ILC)  [www.landcoalition.org](http://www.landcoalition.org)
- Oxfam  [www.oxfam.org](http://www.oxfam.org)
- The Rights and Resources Initiative (RRI)  [www.rightsandresources.org](http://www.rightsandresources.org)
- United Nations: Sustainable Development Goals  <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
- Paris Climate Agreement  [http://unfccc.int/paris\\_agreement/items/9485.php](http://unfccc.int/paris_agreement/items/9485.php)
- Land grabbing  <https://www.oxfamamerica.org/take-action/campaign/food-farming-and-hunger/land-grabs/>

# La salute disuguale

La sfida ad un mondo ingiusto  
(un libro di Michael Marmot)

di Gavino Maciocco



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

[www.saluteinternazionale.info](http://www.saluteinternazionale.info)

Se dovessi scegliere un termine, una sola parola, per descrivere Michael Marmot e la sua opera, userei l'aggettivo "sorprendente".

Fu una vera sorpresa imbattersi, alla fine degli anni '90 (con una seconda edizione più ampia uscita nel 2003 e ancora attuale), in una pubblicazione curata dall'ufficio europeo dell'OMS dal titolo "Social determinants of health: the solid facts"<sup>1</sup>, autori Michael Marmot e Richard Wilkinson.

## The Solid Facts

Questo l'incipit dell'introduzione: "Anche nei paesi più ricchi, le persone più svantaggiate hanno una speranza di vita decisamente più breve e si ammalano di più rispetto ai ricchi. Queste differenze nella salute, oltre a rappresentare una grave ingiustizia sociale, hanno attirato l'attenzione scientifica su alcuni dei più importanti determinanti della salute nelle società moderne e aumentato la conoscenza e la consapevolezza di come l'ambiente sociale influenza la salute della popo-

lazione. Infatti oggi noi possiamo parlare di determinanti sociali di salute".

Dal gradiente sociale alle conseguenze dello stress, dall'influenza sulla salute delle fasi precoci della vita all'esclusione sociale, dalla disoccupazione/precarità lavorativa agli effetti delle droghe; dal supporto sociale all'ambiente di lavoro; dall'alimentazione ai trasporti. Dieci capitoli ognuno dei quali arricchito di dati, figure e riferimenti bibliografici essenziali. Il tutto in 32 pagine.

La disponibilità di quelle 32 pagine rappresentò per me, e ritengo per chiunque si occupava di insegnamento della sanità pubblica, una vera rivoluzione didattica in tema di determinanti e disegualianze nella salute, tanto era chiaro il testo, tanto erano efficaci le tabelle e le figure, destinate a essere subito copiate e incollate nelle presentazioni Power Point.

## Status Syndrome

Quelle 32 pagine erano la sintesi di un ben più robusto testo, di un libro – "Social determinants of health", 16 capitoli e 366 pagine<sup>2</sup> – contenente due capitoli ("Social organization, stress and health" e "Health and psychosocial environment at work") che si basavano sul principale, e anche più originale, lavoro di ricerca effettuato da Marmot, lo *Whitehall Study*<sup>3</sup>. Uno studio longitudinale – della durata di 25 anni – effettuato nel Regno Unito, riguardante l'andamento della mortalità

Michael Marmot

# La salute disuguale

La sfida di un mondo ingiusto

A cura di Simona Giampaoli e Giuseppe Traversa

Presentazione di Rodolfo Saracci

Premessa di Walter Ricciardi

Postfazione di Giuseppe Costa

75  
Il Pensiero Scientifico Editore

tà tra i dipendenti pubblici (*civil servants*), le cui conclusioni erano le seguenti: tanto più elevato era il livello di potere/responsabilità, tanto più bassa era la mortalità. In particolare coloro che occupavano il secondo livello di responsabilità nella scala gerarchica avevano mortalità superiore del 25% rispetto ai massimi dirigenti; quelli del terzo livello una mortalità superiore del 60% e dell'ultimo livello dell'80%. Il differenziale di mortalità riguardava quasi tutte le cause di morte, in particolare le malattie cardiovascolari.

Ne varrà fuori un libro, sorprendente anche nel titolo: “*Status Syndrome*”<sup>4</sup>. Una sindrome, una situazione di rischio per la salute provocata dalla condizione di subordinazione nell'attività lavorativa che genera “*low control at work, lack of autonomy and low social participation*”. Lo scarso controllo del proprio lavoro, la perdita di autonomia, la bassa remunerazione e la bassa partecipazione sociale sono fattori associati a un aumento del rischio cardiovascolare, a maggiori assenze dal lavoro per malattia e maggiore incidenza di malattie mentali. Le reazioni “*Fight-or-flight*”, “*Combatti-o-fuggi*”, generate da una (relativa) bassa posizione sociale attiverrebbero a livello cerebrale due principali percorsi neuroendocrini – l'asse simpato-adrenomidollare e l'asse ipotalamo-pituitario-corticosurrenale – responsabili dell'ipertono simpatico (aumento della frequenza e della pressione cardiaca) e dell'eccesso di produzione di cortisolo. Una condizione di stress che – se eccessivamente ricorrente e prolungata nel tempo – provocherebbe un maggiore rischio di andare incontro a malattie cardiovascolari, tumori, malattie infettive e all'accelerazione dei processi d'invecchiamento.

### La dimensione globale dei determinanti sociali di salute

Non si fa in tempo ad associare il nome di Marmot a questa inedita prospettiva delle disuguaglianze in salute che l'autore ancora una volta sorprende tutti, dedicandosi per interi 3 anni a un ruolo e a studi che sono più consoni a un approccio materialista che non a quello psico-sociale. Michael Marmot viene infatti chiamato a presiedere la

Commissione sui determinanti sociali di salute istituita nel 2005 presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità dall'allora Direttore Generale Lee Jong-Wook (in cui erano presenti tra gli altri il Premio Nobel per l'economia Amartya Sen e l'italiano Giovanni Berlinguer) con lo scopo di raccogliere informazioni ed evidenze sull'impatto dei determinanti sociali sulla salute e soprattutto di trasformare il patrimonio di conoscenza e di esperienza acquisito in possibili interventi efficaci e politiche per i governi di tutto il mondo. A distanza di 3 anni, nell'agosto del 2008, la Commissione pubblica il Rapporto



finale, intitolato “*Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*” e le cui conclusioni si possono riassumere in una frase: la principale causa di morte nel mondo è l'ingiustizia sociale (“*Social justice is a matter of life and death. Social injustice is killing people on a grand scale*”). E due le fondamentali raccomandazioni rivolte ai governi: 1) Migliorare le condizioni di vita quotidiana delle popolazioni (*Improve Daily Living Conditions*); 2) Risolvere l'inequiva distribuzione del potere, del denaro e delle risorse (*Tackle the Inequitable Distribution of Power, Money, and Resources*).

### Se lo fanno i pompieri, perché non i dottori?

Michael Marmot avendo ricevuto dal governo inglese l'incarico di produrre un Rapporto sulle disuguaglianze (Marmot Review, 2010) e dovendo in-

contrare varie comunità locali, a Liverpool fu ospite dei pompieri della città. Questi gli spiegarono che loro erano impegnati anche in attività preventive: valutavano la qualità delle abitazioni, i comportamenti riguardo al fumo e in generale sui rischi d'incendio e si prendevano cura dei problemi della comunità, promuovendo attività in favore dei giovani e delle persone anziane<sup>5</sup>.

“Se lo fanno i pompieri, perché non i dottori?” fu la domanda che Marmot pose all'Associazione dei Medici Britannici (*British Medical Association, BMA*), quando ne era Presidente. I medici sono coinvolti nella cura delle malattie, ma molti accettano di avere un importante ruolo anche nella prevenzione. Se le malattie hanno la loro radice nel contesto in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano – i determinanti sociali di salute – perché i medici non dovrebbero essere coinvolti nelle cause delle malattie e, più precisamente, nelle cause delle cause? La BMA accettò la sfida e produsse un documento – “*Social Determinants of Health – What Doctors Can Do*” – in cui si diceva ciò che avrebbero dovuto fare i medici nel campo dei determinanti sociali di salute<sup>6</sup>. Ma per poterlo (e saperlo) fare i medici devono adottare una prospettiva olistica che il documento riassume in questa definizione: “*La medicina olistica è una visione sistemica dell'assistenza sanitaria che considera il paziente come una persona all'interno di una comunità, di una famiglia, di un luogo di lavoro. Tiene conto dei fattori che riguardano gli aspetti somatici, emozionali, ambientali, sociali e quelli connessi agli stili di vita. Mette insieme i concetti di benessere psico-fisico e il benessere sociale e prende quindi in considerazione le capacità di una persona di interagire con la società: le abilità nel lavoro, nell'apprendimento, nel creare e mantenere le relazioni personali e sociali, come pure nel riuscire a essere libero da malattie evitabili, e riuscirci in un modo che sia accettabile per l'individuo.*”

### Alla fine, il Libro

Nel 2015 esce il libro “*The Health Gap. The challenge of an unequal world*” (versione italiana pubblicata dal Pensiero Scientifico, 2016, col titolo

## ... mantenere in salute i propri simili, chiunque e tutti, si estende coerentemente e senza soluzioni di continuità dalla fase clinica alla prevenzione individuale e quindi alla prevenzione collettiva delle “cause (sociali) delle cause (materiali)” delle patologie...

“La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto”). È una sorta di *summa teologica* del pensiero e del lavoro di Michael Marmot. Un libro in primo luogo sorprendente, anche appassionante, perfino divertente, ma soprattutto utile, perché anche in questo frangente Marmot non rinuncia a un approccio fondamentalmente didascalico, dove le informazioni e le affermazioni più importanti sono corredate da una ricca e chiara iconografia.

Innumerevoli sono i riferimenti puntuali alle varie vicende di cui Marmot è stato protagonista, come il caso della Commissione sui determinanti sociali di salute.

“Quando pubblicammo il rapporto finale della Commissione, un paese lo etichettò come *ideologia con evidenza*. Era inteso come critica. Io l’ho considerato un apprezzamento. Abbiamo un’ideologia, fu la mia risposta: le diseguaglianze di salute che possono essere evitate sono ingiuste. Risolverle è una questione di giustizia sociale, ma l’evidenza è realmente importante. La rivista settimanale *The Economist* disse quello che pensava del nostro lavoro.

Dedicò due pagine complete al report della Commissione e finì con ‘sarebbe un peccato se le idee più interessanti del nuovo rapporto fossero oscurate dalla donchisciottesca determinazione degli autori a raggiungere una perfetta equità politica, economica e sociale’. A me è piaciuta in particolare l’accusa di ‘donchisciottismo’ (ovvero il richiamo a un ‘cavaliere idealistico che desiderava fare del mondo un luogo migliore’, ndr)”.  
 Per concludere, scrive Rodolfo Saracci nella Presentazione dell’edizione italiana: “Come gli ampi squarci autobiografici del libro dimostrano, la singolarità di Michael Marmot, che ne fa una figura di primissimo piano della medicina e sanità pubblica britanniche e internazionali, sta nella sua semplicità disarmante: la motivazione del medico, mantenere in salute i propri simili, chiunque e tutti, si estende coerentemente e senza soluzioni di continuità dalla fase clinica alla prevenzione individuale e quindi alla prevenzione collettiva delle “cause (sociali) delle cause (materiali)” delle patologie. Viene così recuperata alla me-

dicina d’oggi, troppo immersa di fatto e al di là delle intenzioni nei propri successi tecnologici, il primitivo senso ‘rivoluzionario’ del citatissimo detto del giovane Virchow (“La medicina è una scienza sociale, e la politica non è nulla di più che medicina su larga scala”), cui Virchow aveva premesso una frase essenziale, quasi mai citata, che ne sostiene la logica appoggiandosi sulla concreta evidenza di un momento cruciale della storia moderna (era il 1848, l’anno delle rivoluzioni in Europa e del manifesto comunista): ‘Chi potrebbe sorprendersi del fatto che democrazia e socialismo non trovino da nessuna parte più aderenti che tra i medici o che, alla sinistra estrema, siano frequentemente i medici a dirigere il movimento?’”

 [gavino.maciocco@gmail.com](mailto:gavino.maciocco@gmail.com)

#### NOTE

- <sup>1</sup> *Social determinants of health: the solid facts*, 2nd edition / edited by Richard Wilkinson and Michael Marmot, WHO Regional Office for Europe, 2003.
- <sup>2</sup> Marmot M. Wilkinson R.G. *Social Determinants of Health*, First edition 1998, Second Edition 2008, Oxford University Press.
- <sup>3</sup> Van Rossum C. Shipley M.J. Van de Mheen H. Glibble D.E. Marmot M. *Employment Grade Differences in Cause Specific Mortality: twenty-five Follow-up of Civil Servants from the First Whitehall Study*, Journal of Epidemiology and Community Health, March 2000, pp. 178-184.
- <sup>4</sup> Marmot M. *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health And Longevity*, Bloomsbury, 2005.
- <sup>5</sup> Allen M. Allen J. Hogarth S. with Marmot M. *Working for Health Equity: The Role of Health Professionals*, UCL Institute of Health Equity, 2013.
- <sup>6</sup> BMA, *Social Determinants of Health – What Doctors Can Do*, October 2011.





**ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI-CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DI FIRENZE**

Firenze, 14/02/2017 - Prot. n. 1198

**AGLI ISCRITTI ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE**

**Oggetto: Convocazione Assemblea Annuale Ordinaria.**

A norma degli artt. 23 e seguenti del DPR 05/04/1950 n. 221, è indetta l'Assemblea Annuale Ordinaria degli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze per il giorno sabato 25 marzo 2017 alle ore 6 in prima convocazione e per il giorno

**domenica 26 marzo 2017 alle ore 10**

in seconda convocazione, presso la sede dell'Ordine in Via G.C. Vanini 15 a Firenze, per discutere il seguente O.d.G.:

1. Relazione del Tesoriere e del Collegio dei Revisori dei Conti;
2. Approvazione Bilancio Consuntivo 2016;
3. Approvazione Bilancio Preventivo 2017;
4. Relazione annuale del Presidente.

Durante lo svolgimento dell'Assemblea verranno conferite le onorificenze agli iscritti che hanno compiuto il 50° anniversario della laurea durante il 2016 e nei primi quattro mesi del 2017 (laureati nel 1966 e nei primi quattro mesi del 1967).

Si ricorda che è consentita la delega ad uno degli iscritti all'Ordine, ma che nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe. L'eventuale delega deve essere apposta in calce al presente avviso di convocazione.

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE  
(GEN. Giorgio Pagni)

Il/La sottoscritto/a delega il/la collega Dott. .... a rappresentarlo/a a tutti gli effetti all'Assemblea di cui al presente avviso di convocazione accettando fin da ora il suo operato.

Firma .....



## CERTIFICATI DI MALATTIA: VIETATO DELEGARE

Accade talvolta che alcuni medici si rifiutino di redigere e inviare all'INPS il certificato di inizio o di prosecuzione di malattia a pazienti che glielo richiedano rinviandoli al medico di medicina generale. A questo proposito si ricorda che, essendo il certificato medico l'atto conclusivo di una visita medica, spetta sempre al medico che ha visitato il paziente il compito di redigerlo. A sostegno di ciò confortano alcune norme:

1. NPS (circ. n. 134383/81 nota 20 – circ. n.99/96): “Per medico curante deve intendersi sia il medico scelto dal lavoratore a norma della convenzione unica, sia il medico specialista, il medico di accettazione ospedaliero, il medico di accettazione operante presso le Case di Cura convenzionate con le Regioni, il medico universitario, il libero professionista che assumesse in cura diretta il lavoratore”;
2. Codice di Deontologia Medica (art. 24): “Il medico è tenuto a rilasciare alla persona assistita certificazioni relative allo stato di salute che attestino in modo puntuale e diligente i dati anamnestici raccolti e/o i rilievi clinici direttamente constatati od oggettivamente documentati”;
3. Codice Penale (art.328): tale rifiuto può rientrare come reato di “omissione di atti di ufficio”;
4. Convenzione Nazionale della Medicina Generale (art. 52): “Le certificazioni relative ad assenza dal lavoro connesse o dipendenti da prestazioni sanitarie eseguite da medici diversi da quelli di libera scelta non spettano al medico di fiducia, che non è tenuto alla trascrizione”.

Tutti i medici sono in grado di rilasciare il certificato di malattia telematico: i medici del SSN tramite l'abilitazione concessa dalla ASL o dall'Azienda Ospedaliera; gli altri tramite l'abilitazione che rilascia l'Ordine.



## CORSO ECM ONLINE SUI VACCINI

È disponibile online sulla piattaforma “Fadinmed” il nuovo corso FAD della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici dal titolo: “Le vaccinazioni: efficacia, sicurezza e comunicazione”. Il corso eroga 12 crediti ECM ed è disponibile fino al 31 dicembre 2017. L'evento è, come sempre, totalmente gratuito. Per accedere al corso è necessario autenticarsi sito della FNOMCeO: <http://application.fnomceo.it/Fnomceo/public/registrazioneUtenteFadInMed.public>



## CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA: MODIFICA ALL'ART. 54

In data 16 dicembre 2016 il **Consiglio Nazionale della Federazione degli Ordini dei Medici (FNOMCeO)** ha modificato l'articolo 54 del Codice di Deontologia Medica, che riportiamo di seguito nella stesura definitiva:

“Esercizio libero professionale. Onorari e tutela della responsabilità civile. Il medico, nel perseguire il decoro dell'esercizio professionale e il principio dell'intesa preventiva, commisura l'onorario alla difficoltà e alla complessità dell'opera professionale, alle competenze richieste e ai mezzi impegnati, tutelando la qualità e la sicurezza della professione.

Il medico comunica preventivamente alla persona assistita l'onorario, che non può essere subordinato ai risultati della prestazione professionale.

In armonia con le previsioni normative, il medico libero professionista provvede a idonea copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi connessa alla propria attività professionale.

Il medico può prestare gratuitamente la propria opera purché tale comportamento non costituisca concorrenza sleale o sia finalizzato a indebito accaparramento di clientela”.





## OK DEL SENATO ALLA LEGGE SULLA RESPONSABILITÀ SANITARIA

Via libera dal Senato al disegno di legge sulla responsabilità professionale in ambito sanitario. A questo punto il provvedimento torna nuovamente alla Camera per l'approvazione definitiva, dove si prospettano tempi rapidi per l'esame, dal momento che le novità apportate durante il passaggio in commissione Sanità al Senato sono state concordate con la commissione Affari Sociali della Camera. Dopo oltre 15 anni di dibattito parlamentare ed un primo tentativo, con la legge Balduzzi, di normare la materia, il Parlamento è ad un passo dal dare una risposta complessiva al tema della responsabilità professionale del personale sanitario e della sicurezza delle cure per i pazienti.

L'obiettivo è quello di rispondere principalmente a due problematiche: la mole del contenzioso medico-legale, che ha causato un aumento sostanziale del costo delle assicurazioni per professionisti e strutture sanitarie, e il fenomeno della medicina difensiva che ha prodotto un uso inappropriato delle risorse destinate alla sanità pubblica. Il tutto nell'ottica della ricerca di un nuovo equilibrio nel rapporto medico-paziente che permetta, da una parte ai professionisti di svolgere il loro lavoro con maggiore serenità, grazie alle nuove norme in tema di responsabilità penale e civile, e dall'altra garantendo ai pazienti maggiore trasparenza e la possibilità di essere risarciti in tempi brevi e certi per gli eventuali danni subiti.



## NUOVO TRIENNIO ECM 2017/2019

La Commissione Nazionale ECM ha varato le nuove regole per il triennio formativo 2017/2019 appena iniziato. Viene confermato che l'obbligo formativo sarà di 150 crediti nell'arco del triennio e viene previsto uno "sconto" di 30 crediti per i professionisti che nel precedente triennio 2014/2016 hanno conseguito da 121 a 150 crediti. Lo "sconto" è invece di 15 crediti per coloro che nel precedente triennio hanno conseguito da 80 a 120 crediti.

La Commissione ha inoltre attribuito un "premio" di 15 crediti per coloro che nel triennio precedente hanno compilato e soddisfatto il proprio dossier formativo individuale. Infine la Commissione ha deciso di dare la possibilità ai professionisti che nel precedente triennio non hanno pienamente soddisfatto il loro obbligo formativo di completarlo entro il 31 dicembre 2017. Ciò sarà possibile solo entro il limite del 50% del proprio obbligo formativo al netto di esoneri ed esenzioni. In questo caso, i crediti acquisiti nel 2017 a titolo di recupero del debito formativo del precedente triennio, non potranno essere computati nel conteggio relativo all'attuale triennio 2017/2019.



## ORGANIZZAZIONE DELLA PEDIATRIA ALL'ESAME STATO-REGIONI

Gli interventi e le azioni per il miglioramento dell'assistenza pediatrica in Italia sono contenuti in un documento che è adesso all'esame della Conferenza Stato - Regioni con l'obiettivo di promuovere il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico - adolescenziale.

Le dieci linee di indirizzo sono le seguenti: misure di politica sanitaria per l'integrazione dell'assistenza pediatrica; criteri standard per l'assistenza pediatrica; hospice e terapia del dolore; assistenza al bambino con malattie croniche complesse e malattie rare; assistenza neuropsichiatrica in età evolutiva; riabilitazione in età evolutiva, formazione degli operatori; Carta dei servizi e volontariato; monitoraggio e verifica delle attività; istituzione di una funzione di coordinamento permanente per l'assistenza in area pediatrico - adolescenziale.



### MEDICI ALLA GUIDA: NON SEMPRE ESEMPLARI

Nonostante il calo di incidenti e di vittime sulle strade italiane nel 2016, per oltre 1,4 milioni di automobilisti il 2017 si aprirà all'insegna di un aumento delle tariffe RC auto. E questo perché sono stati riconosciuti responsabili di sinistri che faranno peggiorare la loro classe di merito. I più disattenti in assoluto sono risultati medici e infermieri che, in percentuale, hanno fatto registrare più incidenti rispetto alle altre categorie professionali. Evidentemente la necessità di rispondere alle telefonate anche mentre si è alla guida oppure la fretta nel raggiungere un ammalato o l'ospedale compromettono la concentrazione.



### LA TOSCANA VARA LE RETI CLINICHE TEMPO-DIPENDENTI

Le Reti cliniche, presenti da tempo nei paesi anglosassoni, sono un modello innovativo che sviluppa una collaborazione "governata" tra azienda territoriale e azienda ospedaliera, in particolare per i percorsi tempo-dipendenti, per i quali la massima sincronizzazione degli interventi rappresenta un fattore chiave. Questi gli obiettivi:

- migliorare la qualità e la sicurezza di quell'ambito di cure, offrendo la possibilità di risposte più qualificate, sia ai pazienti che agli stessi professionisti, e performance di più alto livello rispetto all'organizzazione preesistente;
- migliorare l'equità, dal momento che attraverso le reti cliniche i cittadini potranno più agevolmente accedere a cure che per i loro costi tecnologici ed infrastrutturali non potrebbero essere disponibili in tutti i contesti locali;
- ridurre gli sprechi, migliorando il rapporto costo/efficacia nell'uso delle risorse.

Queste le reti cliniche fin qui istituite: Rete ictus, Rete infarto e Rete trauma.



### LA POLIZIA STRADALE E L'ASSISTENZA SANITARIA

Il Compartimento della Polizia Stradale della Toscana nel 2016 ha effettuato 28 interventi di assistenza sanitaria, secondo solo a quello del Lazio con 74 prestazioni. Durante lo scorso anno sono state impegnate complessivamente sul territorio nazionale 462 pattuglie che si sono occupate del trasferimento di persone con particolari patologie in 80 casi mentre in 31 si è provveduto al trasporto di organi, in 14 di plasma/sangue, in 18 di sieri/vaccini, in 10 di medicinali. 23 interventi hanno poi riguardato altre esigenze di carattere sanitario.



### AL MEYER LA RADIODIAGNOSTICA DIVENTA UNA "GIUNGLA"

La Radiodiagnostica dell'Ospedale Meyer è da poco diventata una "giungla". Infatti i bambini che hanno necessità di sottoporsi ai differenti accertamenti diagnostici da qualche tempo trovano sulle pareti del reparto coloratissimi animali (bradipi, pappagalli, tigris e pantere) che certamente contribuiranno alla loro tranquillità e alla riduzione dell'inevitabile carico di stress e preoccupazione.

Le stampe sono state realizzate con stampanti di ultima generazione utilizzando colori del tutto atossici ed inodori. Tra l'altro la Radiodiagnostica del pediatrico fiorentino ha visto recentemente riconosciuto il proprio ruolo, avendo ottenuto il massimo punteggio nella classifica della European Society of Radiology.



## DIFFERENZA TRA “SOCIETÀ TRA PROFESSIONISTI” E “SOCIETÀ DI SERVIZI”

L'esercizio di attività professionali regolamentate nel sistema ordinistico in forma societaria è possibile solo se organizzata in Società tra Professionisti (StP), mentre alle società di capitale è consentito lo svolgimento delle attività, anche in ambito sanitario, ma come società di servizi. Questo, in sintesi, quanto indicato dal Ministero dello Sviluppo Economico nella circolare del 23 dicembre scorso in risposta ad un quesito posto dall'Ufficio del registro delle imprese di Trento. Il Ministero, quindi, conferma che “l'attività di studio odontoiatrico (attività professionale protetta) può essere esercitata in forma societaria solamente da una Società tra professionisti”.

Quindi rispettando le regole previste per le StP: la prevalenza dei soci-professionisti nella gestione societaria (l'oggetto esclusivo delle società in questione deve essere l'esercizio dell'attività odontoiatrica); la stipula di una polizza assicurativa per la copertura dei rischi derivanti dalla responsabilità civile per i danni causati ai clienti dai singoli soci professionisti nell'esercizio dell'attività professionale; l'iscrizione all'Albo professionale. Nel parere, il Ministero entra anche nel merito della possibilità per una “società commerciale” di esercitare nel settore odontoiatrico. Chiarendo che lo svolgimento di attività professionali ordinistiche può essere svolta esclusivamente dai singoli professionisti abilitati, in associazione tra professionisti o costituendo una StP, la circolare ricorda che l'applicabilità all'attività sanitaria, come professione “protetta”, “non esclude che sia consentita, nell'ambito dell'attività sanitaria, la costituzione di società, purché tale costituzione avvenga per offrire un prodotto diverso e più complesso rispetto all'opera dei singoli professionisti, qual è la prestazione di servizi che trascendono l'oggetto delle professioni protette (come potrebbe essere, ad esempio, l'esercizio di una clinica rispetto alle prestazioni di un medico o quello delle c.d. società di “engineering” rispetto alla prestazione di un ingegnere) ovvero nel caso in cui la società abbia ad oggetto soltanto la realizzazione e la gestione dei mezzi strumentali per l'esercizio d'una attività professionale ancorché protetta (comprensiva di immobili, arredamenti, macchinari, servizi ausiliari) che, peraltro, resti nettamente separata e distinta dall'organizzazione dei beni di cui si serve, anche sul piano contabile”.



## REAZIONI AVVERSE DA FARMACI: MASSIMA ATTENZIONE

Una paziente sottoposta a trattamento chemioterapico a seguito di un precedente intervento per la rimozione di un tumore, aveva manifestato un herpes facciale per il quale il medico di famiglia aveva prescritto un farmaco – il Brivirac – assolutamente controindicato con la chemioterapia in atto. Ciò ha causato una grave leucopenia e piastrinopenia che in poco più di un mese ha condotto la paziente alla morte per pancitopenia da reazione avversa di farmaci. Naturalmente sono stati sottoposti a processo sia il medico di famiglia che aveva prescritto il Brivirac sia il medico ospedaliero che, pur avendo immediatamente sospeso tale farmaco, non aveva, secondo l'accusa, riconosciuto la gravità della situazione, omettendo il tempestivo ricovero della paziente. Nel processo penale, il medico di famiglia ha patteggiato la pena (probabilmente perché conscio del suo errore), mentre il medico ospedaliero è stato assolto perché ha dimostrato di aver agito secondo i protocolli facendo tutto quanto era in suo potere fare.

Il caso evidenzia l'assoluta necessità di un sistema informativo rigoroso che permetta ai medici coinvolti nel percorso assistenziale di evitare prescrizioni di farmaci controindicati o con note reazioni avverse, ma che talvolta possono non essere di immediata conoscenza e consapevolezza. Nel caso specifico la controindicazione era addirittura dichiarata nel foglietto illustrativo del Brivirac, e quindi è ovvio che il medico che sottovaluta tale aspetto sia colpevolmente responsabile. Tuttavia, per evitare che tutto ciò accada bisognerebbe supportare il medico con strumenti formativi e anche informatici tali da evitargli ogni possibile errore. Ad esempio il buon funzionamento del Fascicolo Sanitario Elettronico sulla tessera sanitaria del paziente potrebbe aiutare ad evitare simili episodi. In ogni caso, tutti i medici sono chiamati alla massima e diligente attenzione alle condizioni di salute dei propri assistiti, evitando assolutamente comportamenti e prescrizioni superficiali che purtroppo talvolta possono avere conseguenze letali.



## ARRIVA IL "DOTTORE MEDICO"

Su richiesta dell'Ordine dei Medici di Roma e di altri Ordini provinciali, allo scopo di qualificare con maggior certezza la professione di medico, tutelando maggiormente i cittadini, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha accettato di proporre al Ministero della Salute l'ufficiale introduzione della dizione di "Dottore Medico" (DM) per distinguere il medico dagli altri professionisti sanitari. La proposta arriva dopo il fiorire, negli ultimi anni, di percorsi di studio, anche triennali, che hanno notevolmente allargato il panorama dei professionisti in materia di salute che possono fregiarsi del titolo di "Dottore". Ovviamente si intende che nelle targhette o sul camice è opportuno scrivere "dr. Mario Rossi medico".



## FARMACI ANORESSIZZANTI

Uno stretto rapporto fra Ministero della Salute e la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha recentemente permesso di chiarire alcuni aspetti della complessa questione giuridica sulla prescrizione dei farmaci anoressizzanti. Particolarmente significativo è l'ultimo Decreto del Ministero della Salute del 22 dicembre 2016, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 2 gennaio 2017, in cui viene vietata la prescrizione e le preparazioni magistrali contenenti il principio attivo di Sertralina e altri. L'Ordine non può che riconoscere positivamente l'operato del Ministero nel contrastare in modo capillare prescrizioni e preparazioni galeniche a scopo dimagrante, per le quali non esistono studi e lavori apparsi su pubblicazioni scientifiche accreditate in campo internazionale che ne dimostrino la sicurezza in associazione. I principi attivi in questione sono i seguenti:

- sertralina;
- buspirone;
- acido ursodesossilico;
- pancreatina f.u. ix ed.;
- 5-idrossitriptofano;
- tè verde e.s. caffeina;
- citrus aurantium e.s. sinefrina;
- fucus e.s. iodio totale;
- tarassaco e.s. inulina;
- aloe e.s. titolato;
- boldo e.s. boldina;
- pilosella e.s. vitex;
- teobromina;
- guaranà e.s. caffeina;
- rabarbaro e.s. reina;
- finocchio e.s.;
- cascara e.s. cascarosidi;
- 1-(beta-idrossipropil) teobromina;
- acido deidrocolico;
- bromelina;
- caffeina;
- cromo;
- d-fenilalanina;
- deanololo-p-acetamido benzato;
- fenilefrina;
- fucus vesiculosus estratto secco;
- L-(3 acetiltio-2(S)-metilpropionil)-L-propil-L-fenilalanina;
- senna;
- spironolattone;
- teobromina;
- L-tiroxina;
- triiodotironina;
- zonisamide;
- naltrexone;
- oxedrina;
- fluvoxamina;
- idrossizina;
- inositolo;
- L-carnosina;
- slendesta



## GRAZIE AI DONATORI DI SANGUE

Generosa la risposta dei cittadini toscani all'appello dell'Assessore Stefania Saccardi sull'emergenza sangue. Nel giro di pochi giorni il numero di donatori è raddoppiato: il 10 gennaio erano stati 382 i donatori che si erano presentati a donare in tutta la regione, venerdì 13 gennaio (l'appello era di mercoledì 11) erano saliti a 705, e sabato 14 a 772. Nel ringraziare tutti quanti hanno donato e tutti coloro che lo faranno in seguito, l'Assessore ha assicurato che il servizio sanitario toscano è stato in grado di effettuare tutti gli interventi urgenti, anche impegnativi dal punto di vista trasfusionale, come i trapianti.



## CERTIFICATI DI MALATTIA

Riguardo alle problematiche inerenti il rilascio dei certificati di malattia, la Direzione provinciale dell'Inps di Firenze si rivolge, attraverso l'Ordine, ai medici di medicina generale, affinché segnalino direttamente e tempestivamente alla Direzione Provinciale dell'Istituto i casi in cui altri medici pubblici o privati, che eseguono una prestazione, ne rifiutino l'eventuale certificazione rinviando il paziente al curante. L'INPS, a fronte di specifica segnalazione, si attiverà presso i medici e le strutture sanitarie per sensibilizzare alla corretta certificazione di malattia.



## SEMPRE DI PIÙ GLI ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO

Sono stati recentemente resi noti i dati relativi agli accessi presso i Pronto Soccorso dell'Azienda Usl Toscana Centro (raffronto 2015 - 2016) per il periodo novembre-dicembre. Ad Empoli si è passati dai 10.393 accessi del 2015 ai 10.604 del 2016 (+ 2%). A Borgo San Lorenzo da 3.235 a 3.422 (+ 5,2%). A Santa Maria Nuova da 5.881 a 6.244 (+ 6,2%). Al Serristori di Figline da 2.340 a 2.518 (+7,6%). Al Nuovo San Giovanni di Dio i 7.310 accessi del 2015 sono diventati 7.894 nel 2016 (+7,9%), mentre Santa Maria Annunziata è salita da 6.155 a 6.393 (+ 3,8%). Il Santo Stefano di Prato ha registrato un aumento del 5,9% (16.931 accessi nel 2016 contro i 15.990 dell'anno precedente) ed anche il San Jacopo di Pistoia nello stesso periodo è risultato in crescita passando da 9.413 a 9.642 con un incremento del 2,4%. A Pescia gli accessi al PS del SS. Cosma e Damiano sono stati 6.672 nel 2015 e 7.220 l'anno seguente (+8,2%).



## LE NUOVE FUNZIONI DELLA APP DI CAREGGI

Lo smartphone ed il tablet non solo per ricevere i referti, prenotare prelievi o seguire il proprio piano terapeutico, ma anche per pagare con carta di credito esami, visite e tutte le altre prestazioni dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, in totale mobilità e sicurezza. La nuova funzione #TicketAmico dell'app Careggi Smart Hospital, prima sperimentazione in Italia, è stata presentata nel corso di una conferenza stampa nell'Aula Magna del Nuovo Ingresso dell'Ospedale fiorentino. In linea con i progetti strategici nazionali di Pubblica Amministrazione digitale e con quanto previsto nell'Agenda Digitale Europea, la nuova versione dell'app di Careggi è stata ulteriormente arricchita della funzione #CareggiSPID, il Sistema Pubblico di Identità Digitale, che permette a tutti i cittadini di accedere ai servizi della Pubblica Amministrazione, in questo caso Careggi, con un'unica Identità Digitale (username e password) utilizzabile da computer, tablet e smartphone. Semplice, veloce e sicuro.



## DANNO DA "PERDITA DI CHANCE"

Qualora risulti che un medico specialista in ginecologia, cui una gestante si sia rivolta per accertamenti sulle condizioni della gravidanza e del feto, non abbia adempiuto correttamente la prestazione per non avere prescritto l'amniocentesi ed all'esito della gravidanza il feto nasca con una sindrome che quell'accertamento avrebbe potuto svelare, la mera circostanza che, due mesi dopo quella prestazione, la gestante abbia rifiutato di sottoporsi all'amniocentesi, non elide l'efficacia causale dell'inadempimento quanto alla perdita della chance di conoscere lo stato della gravidanza fin dal momento in cui si è verificato e, conseguentemente, ove la gestante lamenti di avere subito un danno alla salute psicofisica, per avere avuto la sorpresa della condizione patologica del figlio solo al termine della gravidanza, la perdita di quella chance dev'essere considerata una parte di quel danno ascrivibile all'inadempimento del medico (Cass. Civ. sez. III sent. 243/2017).



## ORIENTAMENTO SCOLASTICO PROFESSIONALE

La Fondazione ONAOSI, nella convinzione che sia necessario sostenere i giovani in una scelta universitaria consapevole, e motivata, promuove da circa dieci anni l'orientamento scolastico professionale in favore dei giovani assistiti frequentanti un ultimo anno della scuola secondaria di secondo grado tramite attività qualificata del Servizio Sociale. L'Ordine dei Medici di Firenze e la Fondazione ONAOSI per i figli dei sanitari loro iscritti promuove l'attività di orientamento scolastico professionale, in forma gratuita, che si terrà presso la sede dell'Ordine nel giorno 3 aprile 2017 dalle ore 9.00.

Gli interessati potranno inviare domanda di adesione all'attività richiesta o di informazione tramite e-mail a: [elena.satta@onaosi.it](mailto:elena.satta@onaosi.it) indicando recapito telefonico e residenza oppure telefonando allo 075/5869267 entro il 15 marzo 2017.

Questo manifesto che potete stampare dal sito dell'Ordine è frutto di un accordo tra l'Ordine dei Medici di Firenze e la sede dell'INPS e deve essere affisso in ogni ambulatorio medico pubblico e privato. È utile nella pratica quotidiana perché ricorda agli assistiti i loro obblighi

relativi alla consegna dei certificati per assenza dal lavoro. Ricorda inoltre che il rilascio dei certificati per assenza dal lavoro è un obbligo cui i medici non possono sottrarsi e che, se non può essere rilasciato in modalità informatica, deve essere comunque consegnato in forma cartacea all'avente diritto.

## IL CERTIFICATO TELEMATICO DI MALATTIA PER IL LAVORATORE DIPENDENTE

- **qualsiasi medico al quale ti rivolgi deve rilasciare il certificato di malattia se necessario e richiesto.**
- **In assenza di connessione internet o in caso di medico libero professionista non abilitato all'invio telematico, vale il certificato cartaceo rilasciato in doppia copia che deve essere consegnato all'INPS e al datore di lavoro.**



realizzato da Anagrafi-Escartecchi

- ✓ Controlla che tutti i dati del certificato siano corretti, con particolare attenzione alla completezza dell'indirizzo di reperibilità durante la malattia.
- ✓ Ricorda di rispettare le fasce orarie di reperibilità per eventuali visite mediche di controllo, anche nei giorni festivi, di sabato e domenica
- ✓ ore 10,00 - 12,00 ed ore 17,00 - 19,00, **per i lavoratori del settore privato;**
- ✓ ore 09,00 - 13,00 ed ore 15,00 - 18,00, **per i lavoratori del settore pubblico.**
- ✓ Ricorda di avvertire preventivamente INPS (\*) e datore di lavoro in caso di variazione dell'indirizzo di reperibilità durante la malattia.
- ✓ Verifica che sul campanello del domicilio di reperibilità sia indicato il tuo nominativo, per permettere al medico INPS l'eventuale visita di controllo.
- ✓ Attieniti inoltre alle disposizioni del tuo contratto di lavoro in materia di assenze per malattia.

Per ogni ulteriore informazione consulta:  
[WWW.INPS.IT](http://WWW.INPS.IT) / prestazioni sostegno al reddito / malattia

(\*) contact center - **numero verde 803164** (da rete fissa), numero a pagamento **06 164164** (da rete mobile)

Per Inps di Firenze fax **0554975444** • mail [medicolegale.firenze@inps.it](mailto:medicolegale.firenze@inps.it)



INPS Direzione Provinciale di Firenze  
 INPS Comitato Provinciale di Firenze  
 Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze





*Manfredo Fanfani*

## Una storia di aureole e di cappelli



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

---

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

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