

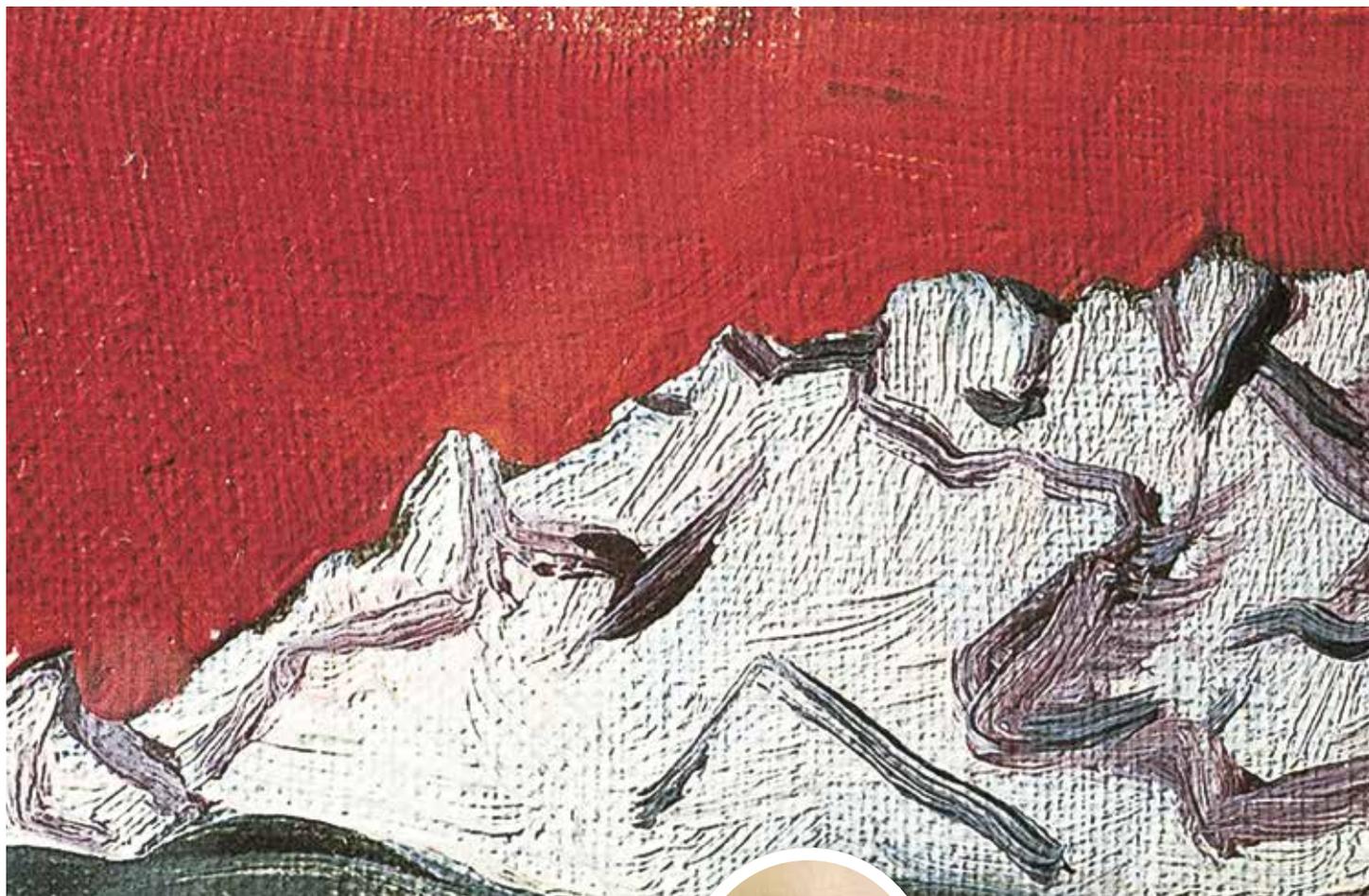
TOSCANA MEDICA

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

Mensile - Anno XXXVI n. 3 marzo 2018 - Spedizione in Abbonamento Postale -

Stampe Periodiche in Regime Libero - FIRENZE n. MBPA/CN/FI/0002/2018 - Aut. Trib. Fi. n. 3138 del 26/05/1983

MARZO 2018 **3**



Sindromi psichiatriche e dermatologia

Il fenomeno della violenza contro gli operatori della Sanità



MEDU a Firenze

Sorveglianza sanitaria e amianto



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE







Anno XXXVI - n. 3 marzo 2018

Direttore Responsabile
Teresita Mazzei

Segretaria di Redazione
Antonella Barresi

Direzione e Redazione
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
Via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 05750625
telefax 055 481045
a.barresi@omceofi.it
www.ordine-medici-firenze.it

Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Editore

Pacini Editore Srl
via Gherardesca 1 - 56121 Pisa
www.pacineditoremedicina.it

Advertising and New Media Manager: Manuela Mori
Tel. 050 3130217 • mmori@pacineditore.it

Ufficio Editoriale: Lucia Castelli
Tel. 050 3130224 • lcastelli@pacineditore.it

Grafica e Impaginazione: Massimo Arcidiacono
Tel. 050 3130231 • marcidiacono@pacineditore.it

Stampa

Industrie Grafiche Pacini
via Gherardesca 1 - 56121 Pisa
www.grafichepacini.com

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



Fondato da
Giovanni Turziani

In copertina

Renato Guttuso
Monte Rosa
olio su cartone
cm 10x15
Firenze,
Collezione privata

In 2ª di copertina

Mario Sironi
Figura con paesaggio urbano
lapis e tempera
cm 10x15
Firenze,
Collezione privata



Teresita Mazzei



Antonella Barresi

IN PRIMO PIANO

- 4 **L'arte terapeutica del cibo**
D. Lippi

EDITORIALE

- 6 **L'attualità del pensiero del saggio di Kos**
T. Mazzei

- 7 **I nuovi Componenti del Consiglio dell'Ordine di Firenze**

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 13 **Strade di salute e inclusione: il lavoro della clinica mobile di MEDU a Firenze**
S. Leoni
- 17 **Le problematiche dell'adolescenza**
E. Campolmi et al.
- 20 **Sclerosi multipla: nei pazienti con CCSVI l'angioplastica venosa non è efficace**
L. Massacesi
- 21 **Il fenomeno della violenza a danno degli operatori delle Aziende Sanitarie toscane**
L. Amoroso et al.
- 24 **La sorveglianza sanitaria dei soggetti con pregressa esposizione professionale ad amianto in Regione Toscana**
F. Battisti et al.
- 27 **Il Pediatrico fiorentino diventa più grande: ecco il Piano di sviluppo Meyerpiù**
Ufficio Stampa AOU Meyer

RICERCA E CLINICA

- 30 **Sindromi psichiatriche con espressione dermatologica**
A. Cossidente et al.

34 - RICORDO DI ALDO PAGNI

FRAMMENTI DI STORIA

- 37 **Pietro Grocco (1856-1916) o del "Clinico universale", dell'"Infallibile semeiotico" o del "Medico virtuoso"**
F. Carnevale

CLIMA E SALUTE

- 40 **Ondate di freddo ed effetti sulla salute: dalla ricerca all'applicazione**
A. Messeri et al.

43 - VITA DELL'ORDINE E NOTIZIARIO

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Inviare gli articoli a: a.barresi@omceofi.it, con un abstract di 400 battute spazi inclusi e 5 parole chiave
- Lunghezza max articoli: 7.000 battute spazi inclusi (2-3 cartelle), più iconografia, max 3-4 immagini
- 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 e un indirizzo postale se non iscritto all'Ordine di Firenze
- Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di appartenenza

L'arte terapeutica del cibo

di Donatella Lippi



DONATELLA LIPPI
Professore di Storia della Medicina e Medical Humanities, Università degli Studi di Firenze

Il rapporto tra cibo e uomo non ha prodotto, nel tempo, soltanto economia e tecnologia, ma anche riflessione, autocoscienza, immagine: il cibo, infatti, può essere considerato epifania di una cultura intera, anche nella complessità dei suoi grandi problemi.

In questa prospettiva, il legame tra cibo e medicina rappresenta una delle espressioni più forti di questo intreccio di relazioni.

Il cibo ha costituito da sempre, infatti, una risorsa importante nel percorso terapeutico: per denotare questa potenzialità, oggi si usa il termine alicamento, che indica una sostanza che nutre (alimento) e che può avere effetti fisiologici significativi (medicamento), intervenendo sulla funzionalità dell'organismo.

Sia al mondo medico sia a quello culinario appartengono anche i termini dieta e ricetta: in passato, però, il termine "dieta" non aveva connotazione negativa, come riduzione dell'apporto calorico, ma designava il complesso dello "stile di vita": tutti gli ambiti, cioè, che l'uomo avrebbe dovuto pianificare di sua iniziativa, in quanto non determinati in modo automatico dalla natura.

A questo argomento, è stata dedicata una mostra presso la Biblioteca Marucelliana di Firenze, preceduta da una tavola rotonda (7 marzo u.s.) sul tema *Fa' che il cibo sia la tua medicina*, in occasione dell'Anno del Cibo Italiano promosso dal MIBACT (Direzione Generale Turismo), in collaborazione col Ministero delle Politi-

che Agricole, Alimentari e Forestali. L'organizzazione di un evento espositivo sull'alimentazione ha trovato il suo naturale fondamento nell'ingente presenza di testi riguardanti la medicina e la nutrizione, esistenti nelle ricche collezioni della Marucelliana.

Nelle eleganti teche della piccola Sala Mostre, in cui campeggia lo scrittoio di Ferdinando III di Lorena sono esposte, tra l'altro, alcune splendide cinquecentine, fra cui l'edizione aldina in greco e latino dell'*Opera omnia* di Ippocrate, stampata nel 1526 e recante sul frontespizio la famosa marca tipografica del Manuzio con l'ancora e il delfino. Tra le edizioni delle opere di Galeno, compare uno degli esemplari stampati a Venezia nel 1537 dal tipografo Giovanni Antonio Nicolini da Sabbio. Dell'intellettuale persiano Avicenna, vissuto a cavallo tra X e XI secolo, è esposta l'edizione del *Canone di Medicina*, stampato in arabo dalla Tipografia Medicea Orientale nel 1593.

Ma la serie di opere scelte per documentare il complesso rapporto tra alimentazione e medicina comprende anche numerosi testi più recenti e manoscritti quattro-cinquecenteschi di *Segreti*.

Ampio spazio è dato a quelle opere che documentano la comparsa, sulle mense europee, di sostanze che hanno avuto una forte valenza terapeutica: cioccolata, tè, caffè...

Inizialmente destinate a un pubblico elitario e fatalmente proposte come moda esclusiva, si trasformarono poi in costumi popolari. Ma la movimen-

tata storia di queste bevande non è solo storia del costume, quanto storia della medicina dato che, per poter consentire la loro introduzione ufficiale negli usi quotidiani del ceto medio-alto, fu necessario il viatico dell'autorità riconosciuta, della classe medica, e proprio sul piano della medicina si confrontarono e si scontrarono diverse mentalità e diverse ideologie.

I volumi tra XV e XVII secolo documentano gli approcci chimici di Paracelso e Leonardo Fioravanti, e gli studi di Santorio Santorio, inventore di un ingegnoso dispositivo, costituito essenzialmente da una bilancia, che gli permise di controllare le variazioni di peso dell'organismo umano in condizioni normali e patologiche.

I nomi di alcuni autori riconducono a un ambito operativo squisitamente fiorentino: sono quelli di Francesco Redi, archiatra granduca, e di Antonio Cocchi, eclettico scienziato e umanista.

E, infine, il lungo Ottocento, in cui si cala l'opera dei medici igienisti, che darà, con la prima Legge di Sanità Pubblica (1888), una svolta fondamentale all'approccio sociale verso la salute.

Igiene, Economia, Buon gusto: queste le tre parole che formano il sottotitolo dell'opera di Pellegrino Artusi. Non a caso, Artusi, nel capitolo dedicato ad "Alcune norme di igiene", inserito nella quarta edizione de *La Scienza in cucina* (1899), introduce principi di medicina, igiene e cura

della salute, che sottolineano il connubio tra alimentazione, stili di vita e benessere.

Artusi richiamava l'importanza dell'ambiente, dell'alimentazione, del rapporto sonno/veglia, delle evacuazioni, del movimento, delle passioni, dell'anima.

La buona salute diventava, in questa prospettiva, un obiettivo da raggiungere partendo da una sana alimentazione. In mancanza di presidi terapeutici efficaci, l'assunzione di un apporto calorico adeguato rappresentava una strategia importante: pane bianco, brodo di carne e vino rosso erano da sempre un presidio terapeutico insostituibile, che entrava nelle diete ospedaliere dei pellagrosari, come dei sanatori, negli ospizi marini e nelle colonie elioterapiche.

I medici condotti dell'Ottocento insisteranno a lungo sull'opportunità della dieta terapeutica, in una società

in cui l'ipoalimentazione era molto diffusa.

Chiudono la mostra una preziosa serie di Manuali Hoepli: molti titoli sono dedicati all'alimentazione, dal punto di vista produttivo, commerciale, medico e gastronomico, permettendo di intravedere, in filigrana, l'Italia tra '800 e '900, che cresce, che si modernizza, che sottrae l'agricoltura alla tradizione, per consegnarla a un nuovo approccio tecnico-scientifico, razionalizzando il suo rapporto con il vivere quotidiano e, di conseguenza, anche con il cibo.

Non è un caso che proprio in questo periodo vengano prodotti particolari dispositivi, atti a scoprire le frodi alimentari, i cui rischi erano già stati anticipati, agli inizi del 1800, dal chimico Fredrick Accum, autore di un celebre libretto sull'adulterazione dei cibi, col sottotitolo *La morte nella pentola*.

Il rapporto tra alimentazione e me-

dicina è, però, anche tema di oggi: il dibattito sulla nutraceutica recupera, infatti, le evidenze relative alla "Dieta mediterranea" e ai benefici della Piramide alimentare toscana, riassunte in un recentissimo volume, *Ricette e salute*, edito da Giunti (2018), promosso e coordinato dall'Agenzia Regionale di Sanità – con la collaborazione dei settori Sanità, Agricoltura, Turismo e Commercio della Regione Toscana, del Consorzio degli istituti professionali associati toscani (CIPAT) e su mandato della Presidenza della Regione.

Se toscani e italiani in genere occupano posizioni di vertice nella classifica mondiale per aspettativa di vita, si deve anche all'aver saputo coniugare la qualità delle loro produzioni all'aspetto salutistico trasformando, ancora una volta, il cibo in una vera e propria medicina...

donatella.lippi@unifi.it



L'attualità del pensiero del saggio di Kos

di *Teresita Mazzei*

Kos, isola greca del Dodecaneso situata di fronte all'antica Alicarnasso: nel 460 a.C. Ippocrate vi nasce da Eraclide e Fenarete.

Figura di straordinaria levatura, considerato uno dei padri della Medicina, finalmente intesa come professione autonoma, "scientifica" e non più strettamente interconnessa con il mondo della teologia e della filosofia, Ippocrate ancora oggi accompagna con la sua presenza i medici di tutto il mondo nel difficile rapporto di cura ed empatia con la persona sofferente. Nel corso dei secoli tantissimi altri eccelsi personaggi hanno dato lustro alla

professione, ma probabilmente nessuno ha improntato in maniera così totalizzante il nostro agire di medici quanto l'antico Collega di Kos.

In questa ottica, poco importa il valore della diatriba scientifica che ancora oggi dibatte sul fatto che il celeberrimo "Giuramento" sia veramente opera di Ippocrate: è semplicemente affascinante pensare che ne sia lui l'Autore, ancora vivissimo dal suo mare di Grecia accanto alle macchine strabilianti della Medicina contemporanea.

Firenze 24 marzo 2018: per la prima volta nel salotto buono, il Salone de'

Cinquecento della cittadella laica di Palazzo Vecchio, è risuonato il celebre "Giuramento", come impegno solenne di ogni medico che si affaccia alla Professione.

Vorrei che tutti voi medici lo rileggeste idealmente insieme ai 130 nuovi iscritti, giovani medici ed odontoiatri, che lo hanno proclamato emozionati e compresi ad alta voce prendendo così l'impegno a rispettare i principi e le regole sancite dal nostro Codice deontologico.

Sulla base di questi valori la nostra Professione sarà senz'altro un lavoro buono e utile per i pazienti.

Giuramento Professionale

Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo

Giuro

di esercitare la medicina in autonomia di giudizio e responsabilità di comportamento contrastando ogni indebito condizionamento che limiti la libertà e l'indipendenza della professione;
di perseguire la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza nel rispetto della dignità e libertà della persona cui, con costante impegno scientifico, culturale e sociale, ispirerò ogni mio atto professionale;
di curare ogni paziente con scrupolo e impegno, senza discriminazione alcuna, promuovendo l'eliminazione di ogni forma di disuguaglianza nella tutela della salute;
di non compiere mai atti finalizzati a provocare la morte;
di non intraprendere né insistere in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, senza mai abbandonare la cura del malato;
di perseguire con la persona assistita una relazione di cura fondata sulla fiducia e sul rispetto dei valori e dei diritti di ciascuno e su un'informazione, preliminare al consenso, comprensibile e completa;
di attenermi ai principi morali di umanità e solidarietà nonché a quelli civili di rispetto dell'autonomia della persona;
di mettere le mie conoscenze a disposizione del progresso della medicina, fondato sul rigore etico e scientifico della ricerca, i cui fini sono la tutela della salute e della vita;
di affidare la mia reputazione professionale alle mie competenze e al rispetto delle regole deontologiche e di evitare, anche al di fuori dell'esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il decoro e la dignità della professione;
di ispirare la soluzione di ogni divergenza di opinioni al reciproco rispetto;
di prestare soccorso nei casi d'urgenza e di mettermi a disposizione dell'autorità competente, in caso di pubblica calamità;
di rispettare il segreto professionale e di tutelare la riservatezza su tutto ciò che mi è confidato, che osservo o che ho osservato, inteso o intuito nella mia professione o in ragione del mio stato o ufficio;
di prestare, in scienza e coscienza, la mia opera, con diligenza, perizia e prudenza e secondo equità, osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della professione.

I nuovi Componenti del Consiglio dell'Ordine di Firenze

Presidente	Prof.ssa Teresita Mazzei
Vice Presidente	Dott. Luciano Gabbani
Segretario	Dott. Sergio Baglioni
Tesoriere	Dott.ssa Maria Antonia Rosaria Pata
Consiglieri	Dott. Alberto Appicciafuoco Dott.ssa Cristiana Baggio Dott. Andrea Cocci Dott. Pietro Giovanni Claudio Dattolo Dott. Paolo Fontanari Prof. Luca Giachetti (odontoiatra) Dott. Massimo Martelloni Dott. Alexander Peirano (odontoiatra) Dott.ssa Letizia Ricupero Dott. Giovanni Antonio Silverii Dott. Pierluigi Tosi Dott. Mauro Ucci Prof. Andrea Ungar
Commissione Odontoiatri	Dott. Alexander Peirano (Presidente) Dott. Luca Barzagli Dott. Silvio Bonanni Dott.ssa Gabriella Ciabattini Prof. Luca Giachetti
Collegio dei Revisori dei Conti	Dott.ssa Barbara Baldini (effettivo) Dott. Stefano Cinotti (effettivo) Dott.ssa Maria Loredana Chiara Iorno (effettivo) Dott.ssa Margherita Ciabini (supplente)



PRESIDENTE

Teresita Mazzei

Dal 1993 Professore Ordinario di Farmacologia presso il Dipartimento Scienze della Salute, Sezione di Farmacologia Clinica e Oncologia dell'Università degli Studi di Firenze.

Fin dalla laurea attività assistenziale come Oncologa Medica presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi. Attualmente Direttore del Centro Oncologico di Riferimento Dipartimentale (CORD della AOU Careggi).

Dal 1997 membro del Consiglio dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Firenze, prima donna medico a farne parte e da subito coordinatrice della Commissione Pari Opportunità.

Dal 2015 coordinatrice della Commissione FNOMCeO sulla Medicina di Genere.

Dal dicembre 2013 Presidente della Società Italiana di Chemioterapia.

Dal 2009 al 2013 prima donna Presidente della Società Internazionale di Chemioterapia – Infezioni e Cancro (Federazione scientifica, Charity U.K., che comprende più di 90 Società affiliate da Paesi come l'America Latina, il Canada, l'India, la Cina, il Giappone, l'Australia).

Autrice di più di 300 articoli scientifici, monografie e revisioni di letteratura pubblicate su riviste nazionali e internazionali.

Co-editore del *Journal of Chemotherapy*.



VICE PRESIDENTE

Luciano Gabbani

Specialista in Medicina Interna, Geriatria e Medicina del Lavoro. Direttore del DAI Medico Geriatrico e Direttore della SODC Geriatria per la Complessità Assistenziale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi. Professore a contratto della Scuola di Specializzazione in Geriatria dell'Università degli Studi di Firenze. Membro della Direzione Nazionale ANAAO Assomed.



SEGRETARIO

Sergio Baglioni

Convenzionato col SSN come medico di medicina generale dal 1979, specializzato in Pediatria. Dal 2000 attivo nella sigla sindacale SNAMI con ruoli provinciali, regionali e nazionali, tuttora in essere. Nel 2001 ha fondato, insieme al dr. A. Romei la società cooperativa GEA, Generalisti E Associati, società con contratto con la ASL 10 Firenze secondo gli accordi nazionali e che collabora in vari progetti con l'Università degli Studi di Firenze e con le UU.OO. ospedaliere. Nel 2014 eletto coordinatore di una delle 10 AFT fiorentine (Statuto-Vittoria).



TESORIERE

Maria Antonia Pata

Laureata a Firenze nel 1975. Specializzazione in Clinica Dermatologica a Firenze nel 1979 e in Oncologia medica a Modena nel 1983. Dal 1976 al 1979 Ufficiale Sanitario presso l'Ufficio di Igiene Pubblica del Comune di Firenze. Medico di Medicina Generale per nove anni fino al 1984.

Consigliere di Staff di Direzione nella Società della Salute del Comune di Firenze. Specialista ambulatoriale dermatologo dal 1979 a oggi presso la ASL Toscana Centro e la Clinica Dermatologica dell'Università degli Studi di Firenze. Fondatrice dell'Associazione "Donne nelle Professioni di Ordini e Collegi" e, nel 1990, dell'Associazione AIDA (dermatologi ambulatoriali) e della prima rivista nazionale del settore. Rappresenta l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze nella Commissione Regionale delle Professioni, Formazione, Programmazione e Tirocini.

CONSIGLIERI

Alberto Appicciafuoco



Laurea in Medicina e Chirurgia nel 1979 a Firenze. Specializzato in Medicina Legale e delle Assicurazioni nel 1982, in Igiene e Medicina Preventiva nel 1986, in Direzione Sanitaria nel 1989. Direttore sanitario della struttura CMT di Ponte a Ema e del Poliambulatorio della Cooperativa l'Uliveto di Firenze dal marzo 2017 a oggi. Direttore sanitario di presidio dal 1986 al 2016 (Azienda Sanitaria di Firenze, Osp. San Giovanni Di Dio, Osp. S.M. Annunziata, Osp. Serristori, S.M. Nuova, Piero Palagi e Borgo San Lorenzo). Docente del modulo "Direzione Sanitaria" presso la Scuola di Specializzazione del Dip. di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Firenze dal 1992 al 2016. Presidente dell'Associazione Regionale dell'ANMDO (Ass. Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera) 2004-2008. Membro del Direttivo Nazionale ANMDO 2008-2018. Vicepresidente organizzativo ANMDO Nazionale 2015-2018.

Cristiana Baggione



Laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Torino nel 1984. Specialista in Diabetologia e Malattie Metaboliche dal 1988. Medico Ospedaliero a Firenze dal 1991. Attualmente Direttore della Struttura Complessa di Diabetologia della Azienda Sanitaria Toscana-Centro.



Andrea Cocci

È dottorando di ricerca in “Scienze cliniche e sperimentali” presso il DAI Oncologico, clinica urologica diretta dal prof. Marco Carini e Sergio Serni, Università degli Studi di Firenze. Clinical Fellow presso lo University College London Hospital. È responsabile delle relazioni internazionali presso il SIGM (Segretariato Italiano Giovani Medici). Rappresentante italiano all'interno della Società Europea di Urologia. Membro del board italiano della Società Italiana di Urologia.



Pietro Dattolo

Direttore della SOC Nefrologia e Dialisi Firenze II (Ospedale S.M. Annunziata, Ospedale Serristori e Ospedale del Mugello). Segretario aziendale di Firenze di ANAAO-ASSOMED. Fondatore e vice presidente della ONLUS SMA, diritto alla salute ospedale e territorio. Reviewer per la Workflow della ricerca 2.0 del Ministero della Salute per l'assegnazione di progetti ministeriali di ricerca in Nefrologia. Vice presidente del Consiglio dei Sanitari e membro di diritto del Collegio di Direzione dell'ex ASF 10 Firenze. Presidente della sezione interregionale tosko-ligure della Società Italiana di Nefrologia, relatore e chairman a numerosi congressi su argomenti di tutela giuridica e colpa medica. È autore-coautore di oltre 80 pubblicazioni scientifiche in riviste. Ha ricevuto awards nazionali e internazionali per lavori scientifici.



Paolo Fontanari

Specializzato in Anestesia e Rianimazione.

Dal 1° agosto 2008 Direttore di Struttura Complessa di Anestesia e Rianimazione afferente al Dipartimento Specialità Medico-Chirurgiche dell'AOU Careggi.



Massimo Martelloni

Direttore UOC di Medicina Legale a Lucca e Gestione Aziendale Sinistri USL Nord-Ovest.

Professore a contratto presso Università degli Studi di Pisa in Gestione del Rischio Clinico, Corso di Laurea Infermieristica.

Presidente Nazionale della COMLAS, Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie.



Letizia Ricupero

Laurea in Medicina e Chirurgia a Firenze il 6/11/1985.

Specializzata in Radiodiagnostica il 2/07/1990.

Primo impiego a ruolo presso Ospedale di Santa Maria Nuova dal 27/12/1990.

Animatore di formazione dal 2002, incaricata della Formazione, Qualità e Accreditamento e Rischio Clinico Dipartimentale della ex-USL 10 dall'1/1/2012.

Referente Qualità del Dipartimento di Diagnostica per Immagini dell'USL Toscana Centro da febbraio 2017.

Responsabile della Struttura Semplice di Radiodiagnostica dell'Ospedale Serristori di Figline e Incisa Valdarno dall'1/07/2011, con rinnovo per tre anni, previa selezione, a maggio 2017.



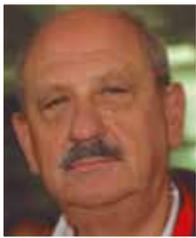
Giovanni Antonio Silverii

Medico in formazione specialistica in Endocrinologia e Malattie del ricambio dal 2013. Rappresentante degli studenti nel Consiglio di Facoltà di Medicina e Chirurgia dal 2009 al 2012. Dal 2016 rappresentante dei medici in formazione specialistica nel Consiglio di Scuola di Medicina e Chirurgia. Membro dell'Ufficio di Presidenza nazionale di Federspecializzandi.



Pierluigi Tosi

Laurea nel 1975 presso l'Università degli Studi di Firenze. Nel 1978 specializzazione in Nefrologia Medica. Dal 1977 al 1995 docente al corso di "Emodialisi" agli allievi della scuola infermieri professionali di Careggi. Durante gli anni successivi alternanza con frequenza biennale nei vari settori di lavoro (Nefrologia, dialisi extracorporea, dialisi peritoneale con contemporanea gestione della dialisi domiciliare e delle assistenze limitate). Nel 1983 specializzazione in Allergologia e Immunologia Clinica. Dal 1989 al 1997 Professore a Contratto presso la scuola di specializzazione di Urologia. Dal settembre 1987 al 1998 "Aiuto" corresponsabile ospedaliero in Nefrologia, Unità Sanitaria Locale 10/D e poi AOU Careggi. Dal 1990 responsabile del modulo organizzativo del Trapianto renale. Dal 6/8/1998 Dirigente di 2° livello dell'UO di Nefrologia e Dialisi dell'Azienda ASL 10 di Firenze presidio ospedaliero Nuovo San Giovanni di Dio. Dal 1998 al 2006 Direttore di S.C. di Nefrologia e Dialisi e di due centri di assistenza limitata territoriale Ospedale San Giovanni di Dio, Azienda Sanitaria di Firenze. Da gennaio 2006 al 25 luglio 2012 Direttore Sanitario Azienda sanitaria di Firenze. Dal 26 luglio 2012 al 26 luglio 2017 Direttore Generale Azienda Ospedaliera Universitaria di Siena. Altri incarichi ricoperti: Dal 1999 al 2007 Segretario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze. Membro del Direttivo del Consiglio dei Sanitari Regionale. Vicepresidente del Consiglio dei Sanitari dell'ASL 10 – Firenze. Segretario CIMO dell'Azienda Ospedaliera di Careggi – Firenze. Segretario CIMO della Provincia di Firenze. Segretario Regionale CIMO della Toscana. Presidente del Collegio dei Primari del NSGD. Membro del Direttivo della Società Tosco Ligure di Nefrologia.



Mauro Ucci

Assistente universitario presso la Cattedra di Urologia dell'Università di Firenze, dove ha conseguito la specializzazione in Urologia. Successivamente assistente presso la Divisione di Nefrologia e Dialisi e specializzazione in Nefrologia Medica. Dai primi anni '80 interesse per la formazione specifica in Medicina Generale con partecipazione ai primi corsi per animatore organizzati dalla Regione Toscana. Inserito fin dalla sua istituzione nell'albo degli Animatori regionale. Dal 1970 attività di Medicina Generale. Nel luglio '82 fondatore della SIMG, della quale ha fatto parte della direzione fino al 1995. Consigliere dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze dal 1980 al 2002 e dal 2005 a oggi. Vicesegretario Nazionale della FIMMG per 8 anni, attualmente responsabile nazionale della sezione pensionati. Fondatore della cooperativa medica "Chirone", ne è stato Presidente fino al pensionamento; attualmente fa parte del CDA. Pubblicista, Direttore di *Firenzemedita*, periodico di politica professionale e sindacale della FIMMG di Firenze.



Andrea Ungar

Professore Associato di Medicina Interna e Geriatria presso l'Università degli Studi di Firenze. Direttore Geriatria-UTIG, AOU Careggi e Università degli Studi di Firenze. Specialista in Cardiologia e Geriatria. Dottore di Ricerca in Fisiopatologia Clinica e dell'invecchiamento. Docente di Geriatria e Medicina Interna presso l'Università degli Studi di Firenze. *Fellow* della Società Europea di Cardiologia. Membro della *Task Force* della Società Europea di Cardiologia per le Linee Guida. Presidente del Gruppo Italiano Multidisciplinare per lo Studio della Sincope (GIMSI). Presidente eletto della Società Italiana di Neurogeriatria (SINEG). Membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG). Membro del Comitato Scientifico della Fondazione Montedomini onlus.

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Alexander Peirano (Presidente)



Laureato in Medicina e Chirurgia, specialista in Odontoiatria e Protesi Dentaria. Presidente della Commissione Albo Odontoiatri, Consigliere dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze. È inoltre Presidente della Sezione Fiorentina della Lega per la Lotta contro i Tumori.

Luca Barzagli



Laurea in Medicina e Chirurgia 1986. Specializzazione in Odontoiatria e Protesi Dentale nel 1991. Formatore in problematiche di Salute e Sicurezza dal 2001. Docente in aula dal 2009 per conto di ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani). Relatore a numerosi corsi e congressi. Ha conseguito molti attestati a corsi e congressi in Italia e all'estero. Membro della CAO dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze dal 2011. Presidente ANDI Firenze dal 2004 al 2010. Presidente ANDI Toscana dal 2010 a oggi. Dal 1986 è libero professionista in Firenze e Firenzuola dove gestisce due studi medici odontoiatrici.

Silvio Bonnanni



Odontoiatra libero professionista titolare di studio. Segretario della Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze, di cui è stato membro dal 2003. Dal 2015 al 2017 responsabile dell'attività di Formazione e Consulenza ECM per l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze. Nel 2017 coordinatore per l'Ordine di Firenze degli sperimentatori del progetto EBSCO-FNOMCEO inerente l'utilizzo delle biblioteche mediche virtuali. Dal 2003 è *tutor* per la formazione di medici e personale in materia di sicurezza sul lavoro e per conto di ANDI Firenze si occupa direttamente dell'organizzazione dei corsi per RSPP, RLS e formazione dei lavoratori *ex art. 37*. Dal 2001 consigliere provinciale ANDI.

Gabriella Ciabattini



Laurea in Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Firenze. Specializzazione in Odontostomatologia e Protesi Dentaria, Università degli Studi di Firenze in data 9.12.1986. Iscritta dal 2004 all'Albo dei Giornalisti di Firenze. Esperienze associative: referente regionale ANDI della Commissione di Odontoiatria Legale; nel 2012 fondatrice di ANDI Firenze-Giovani per dare spazio e attenzione agli odontoiatri neolaureati e agli studenti; dal 2014 membro della Commissione Albo Odontoiatri e del "Comitato Pari Opportunità" dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Firenze; dal 2010 Presidente nell'Esecutivo della Sezione provinciale ANDI di Firenze; dal 2004 direttore responsabile del "Bollettino ANDI", periodico della Sezione Provinciale ANDI Firenze; dal 2004 redattrice delle News-Letter della Sezione Provinciale ANDI Firenze. Esperienze professionali: libera professionista in Firenze; è stata coordinatrice del gruppo scientifico "Lumineers-Intralook".

Luca Giachetti



Specializzato in Odontostomatologia, MSc in Dental Materials, PhD in Biotechnologies. Professore Associato di Malattie Odontostomatologiche, docente di Materiali Dentari e di Odontoiatria Restaurativa, Direttore dei Corsi di Perfezionamento in "Odontoiatria Restaurativa Estetica" presso l'Università di Firenze. Associate Fellow in Education & Development, University of Warwick UK. Autore su riviste nazionali e internazionali, si occupa prevalentemente di adesione, materiali compositi ed estetica.

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI



Barbara Baldini

Laureata presso l'Università degli Studi di Firenze (1989), Specialista in Ostetricia e Ginecologia (1993), Master di II Livello in Malattie Metaboliche delle ossa (2005, Medico Penitenziario presso la casa Circondariale di Sollicciano, medico di medicina generale e Continuità Assistenziale, Coordinatore AFT Centro.



Stefano Cinotti

Laurea in Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Pisa. Specializzazione in Nefrologia 1990 conseguito presso la Università degli Studi di Firenze. Certificazione all'Esercizio della Medicina d'Urgenza sul territorio 1990. Certificazione Harvard Medical in Medicina d'Urgenza 2004. Dirigente Medico 1° livello USL Toscana Centro presso la UOC Medicina Interna 2, Ospedale di Empoli.

Incarichi ricoperti: Direttore UOS Emergenza Territoriale e CO118 (2006-2009 Ex USL 11 Empoli). Direttore UOS Medicina Breve (2011-2013 USL Toscana Centro, Ospedale di Empoli). Direttore UOS Integrazioni Clinico Assistenziali (2014-2016 USL Toscana Centro, Ospedale di Empoli). Referente Medico Clinico Alta Complessità (2016-2017 USL Toscana Centro, Ospedale di Empoli). Responsabile Medico del Day Service Multidisciplinare (USL Toscana Centro, Ospedale di Empoli dal mese di settembre 2017.



Maria Loredana Chiara Iorno (detta Miriam)

1984: Laurea in Medicina e Chirurgia presso Università degli Studi di Firenze

1988: Specializzazione in Allergologia e Immunologia Clinica Università degli Studi di Firenze

1993: Specializzazione in Ematologia Generale Clinica e di laboratorio Università degli Studi di Firenze

Dal 1991 a oggi Dirigente Medico Ospedaliero in servizio presso le seguenti sedi:

- Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi Immunogenetica e Biologia dei Trapianti Dipartimento Universitario Genetica Umana
- USL Toscana Centro Immunoematologia e Trasfusione Dipartimento di Laboratorio
- USL Toscana Centro Allergologia e Immunologia Clinica Dipartimento Medico.

Incarichi attuali nella USL Toscana Centro:

- Referente Sistema Qualità e Accreditamento Allergologia e Immunologia Clinica
- Responsabile Ambulatorio Allergologia e Immunologia Clinica dell'Ospedale del Mugello
- Referente aziendale di Allergologia e Immunologia Clinica del Gruppo Multidisciplinare Interaziendale delle Malattie Mastocitarie
- Membro del Comitato Unico di Garanzia (CUG) Azienda Usl Toscana Centro, ex Comitato Pari Opportunità.



Margherita Ciabini

Laureata in Medicina e Chirurgia nel 2010 presso l'Università degli Studi di Firenze. In seguito attività di sostituzione di medici di medicina generale nella zona empolesse e campigiana. Nel 2011 frequenza al corso DEU a Empoli per medici del 118. Nel 2012 frequenza a un master in "Nutrizione applicata" e inizio dell'attività di sostituzione per pediatri di famiglia e di nutrizionista per bambini. Reperibile di Comunità Assistenziale nell'area Firenze Centro e Nord-Ovest. Negli anni 2011-2013 attività di medicina dei servizi negli ambulatori STP dell'area fiorentina. Nel 2016 termine del corso di medicina generale con una tesi sulle medicine complementari. Iscritta allo SMI nel 2013, anno in cui è nato il settore "Formazione e prospettive" del quale attualmente è rappresentante regionale.

Si ricorda ai Colleghi che per qualsiasi comunicazione con l'Ordine è possibile scrivere alla casella di posta elettronica:

s.baglioni@omceofi.it

Strade di salute e inclusione: il lavoro della clinica mobile di MEDU a Firenze

di Serena Leoni



SERENA LEONI
Coordinatrice territoriale di MEDU a Firenze. Laureata in Filosofia, ha conseguito il master sul Diritto dell'Immigrazione dell'Università degli Studi di Pisa. Dal 2005 si occupa di cooperazione internazionale e diritti umani. Da novembre 2015 lavora per MEDU a Firenze coordinando le attività territoriali e supervisionando il progetto "Un Camper per i Diritti", attivo nell'area metropolitana fiorentina dal 2006.

L'articolo ripercorre l'attività del progetto "Un camper per i diritti" nell'area fiorentina. In particolare si riferisce ai dati raccolti durante il 2017. Oltre a dare un inquadramento generale su motivazione, necessità e metodologia di lavoro del progetto, intende evidenziare le criticità emerse riguardo all'accesso alla salute da parte delle categorie vulnerabili incontrate sul campo.

Parole chiave:
diritti, salute, migranti, rifugiati, vulnerabilità

Medici per i Diritti Umani (MEDU) è un'organizzazione umanitaria indipendente da affiliazioni politiche, religiose e sindacali che opera dal 2004 per portare assistenza sanitaria e garantire accesso alle cure alle popolazioni più vulnerabili in Italia e nel

mondo. MEDU si ispira al concetto di determinanti sociali della Salute, secondo cui la Salute di una persona è composta da tanti fattori, non solo fisici ma anche sociali, relazionali, economici (Figura 1).

Secondo le stime più recenti dell'UNHCR, un terzo dei richiedenti asilo viene accolto in Sicilia. A pochi giorni dall'arrivo o dopo l'audizione presso la Commissione Territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale, molti tentano di raggiungere i paesi del Nord Europa, transitando per brevi periodi a Roma, Firenze, Milano e poi nelle città di frontiera (Ventimiglia, Como, Chiasso, Brennero).

Oltre all'iniziale intervento diretto sul terreno, MEDU si propone di testimoniare, attraverso dati ed evidenze raccolti durante il lavoro di cura, le violazioni dei diritti umani riscontrate, in particolare del diritto alla Salute, svolgendo al contempo un'attività di *advocacy* presso le istituzioni e di sensibilizzazione dell'opinione pub-



blica con la pubblicazione di *report*, articoli e comunicati, e la partecipazione a tavoli istituzionali, convegni e incontri formativi. In questo quadro, dal 2006 è attivo a Firenze il progetto "Un camper per i diritti", una clinica mobile di prima assistenza e di prevenzione/promozione sanitaria che ha l'obiettivo di favorire l'accesso alle cure e di migliorare la fruizione dei servizi socio-sanitari pubblici da

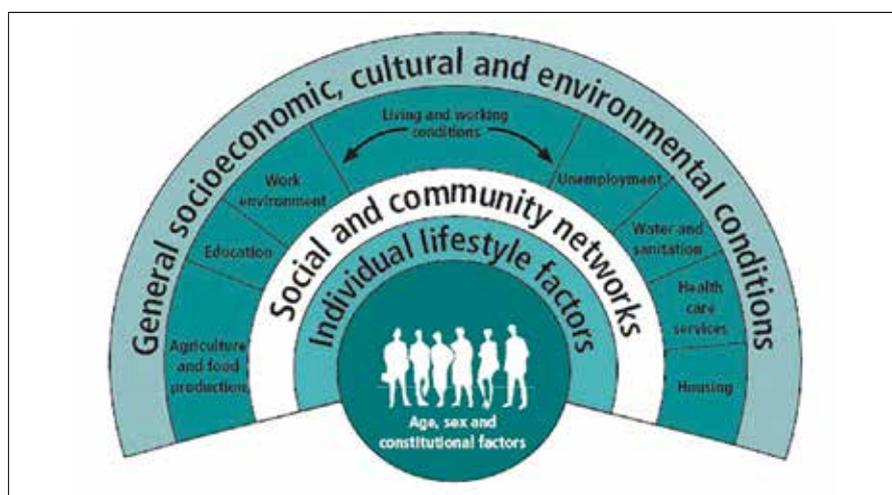


Figura 1 – Determinanti Salute.

parte delle persone senza fissa dimora o che vivono in condizioni di precarietà, in un'ottica di sussidiarietà e collaborazione, non di sostituzione del servizio pubblico (Figura 2).

Si stima che a Firenze circa 2000 persone vivano in condizioni di precarietà abitativa (dati Fondazione Michelucci). Si tratta per lo più di cittadini rumeni e di migranti forzati provenienti dal Corno d'Africa. Tra le persone assistite dalla clinica mobile, la percentuale più alta è rappresentata da migranti e in modo particolare da rifugiati. L'attività della clinica mobile si basa sull'apporto volontario (circa 40 solo a Firenze) di professionisti di varie discipline (medici, psicologi, giuristi, infermieri, sociologi, antropologi, operatori sociali ecc.) finalizzato a garantire un approccio multidisciplinare e integrato alla persona, in grado di tener conto di molteplici aspetti interconnessi (culturali, sociali, sanitari, legali ecc.). L'équipe multidisciplinare della clinica mobile raggiunge una volta a settimana le diverse zone di intervento, che vengono individuate in base a un monitoraggio costante del territorio e alla segnalazione da parte di cittadini/e, associazioni, enti pubblici. Per ogni persona visitata, viene compilata una scheda socio-anagrafica e clinica che permette di monitorare lo stato di salute del paziente e di raccogliere dati e testimonianze utili ai fini delle attività di *advocacy* e testimonianza. A tutti i pazienti vengono fornite informazioni sui percorsi di regolarizzazione sociale e sulle modalità di accesso al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), e quelli particolarmente vulnerabili vengono accompagnati dagli operatori presso i servizi territoriali di riferimento.

La maggior parte degli utenti MEDU vive nel territorio da diversi anni e questo spesso significa che molti hanno già usufruito di percorsi di accoglienza che non hanno avuto buon esito. Nei colloqui individuali svolti dalle *équipes* viene richiesto di entrare in nuovi percorsi o di uscire dalle occupazioni. Indubbiamente il problema della casa è il più sentito dalle persone: le condizioni igieni-

co-sanitarie delle sistemazioni sono sotto gli standard ONU dei campi profughi (meno di un bagno ogni 15 persone, meno di 5 metri quadrati per persona).

La clinica mobile di MEDU ha operato nei seguenti contesti:

- campi rom informali (un insediamento in zona Castello – FI – dove vivono stabilmente circa 30 persone tra cui 7 famiglie) (Figura 3);
- stabili occupati (uno stabile occupato da un numero variabile di migranti forzati – dalle 40 alle 100 persone – in via Luca Giordano sgomberato a novembre 2017 e in seguito la nuova occupazione in

via Baracca; l'ex mobilificio Aiazzone abitato stabilmente da circa 150 persone provenienti dal Corno d'Africa, distrutto da un incendio a gennaio 2017 e in seguito la nuova occupazione in via Spaventa) (Figure 4-6);

- occupazione in via Panciatichi con una comunità di circa 300 persone di provenienza mista (italiani, rumeni, marocchini, e migranti forzati dal corno d'Africa);

Per far fronte alle esigenze delle persone incontrate, MEDU collabora con differenti enti e organizzazioni del territorio:

- enti pubblici;



Figura 2 – Camper.



Figura 3 – Occupazioni.

- Gruppo Operativo Marginalità – FI –;
- associazioni e realtà del territorio (tra cui Asgi, Anelli Mancanti, Arci, Centro Attavante ecc.);
- Dipartimento di Igiene e Salute Pubblica Firenze e Distretto Nord-Ovest;
- Centro Salute Mentale Quartiere 5;
- Centro Salute Globale Regione Toscana;
- GRIS (Gruppo Regionale Immigrazione e Salute) Toscana.

I pazienti visitati provengono principalmente da Somalia, Romania, Marocco, Nigeria, Egitto, Italia. Nel 60% dei casi sono rifugiati o titolari o titolari di protezione internazionale e in numero minore cittadini comunitari di nazionalità romena che vivono in emergenza abitativa. Si tratta per lo più di uomini (81%) con un'età media di 26 anni.

Molti di essi possono essere ascritti nelle categorie dei vulnerabili: malati cronici, persone con disturbi mentali, anziani, donne in gravidanza, persone disabili, minori e minori stranieri non accompagnati.

Disturbi psichici

Nel corso degli ultimi anni MEDU ha rivolto un'attenzione particolare ai migranti forzati con disturbi psichici, molto spesso esito di torture e trattamenti inumani e degradanti subiti nei Paesi di origine o lungo le rotte migratorie verso l'Europa. La traversata via mare, che nel solo 2017 è costata la vita a oltre 3000 persone, è infatti solo l'ultimo tratto di un viaggio drammatico, iniziato mesi, e in alcuni casi anni, prima. Chi si imbarca dal Nord Africa, in particolare dalla Libia, nella maggior parte dei casi ha lasciato il proprio Paese a causa di guerre, dittature, persecuzioni politiche o di un insieme di drammatiche circostanze che rappresentano una minaccia per la vita. I traumi estremi come la tortura e le violenze ripetute sono un'esperienza tragicamente comune lungo il viaggio dall'Africa sub-sahariana all'Europa. Oltre il 90% dei migranti intervistati ha raccontato di essere stato vittima di violenza intenzionale,



Figura 4 – Campo rom.

tortura e trattamenti inumani e degradanti nel Paese di origine e/o lungo la rotta migratoria, in particolare nei luoghi di detenzione e sequestro in Libia. La privazione di cibo e acqua, le pessime condizioni igienico-sanitarie, le frequenti percosse e altri tipi di traumi contusivi sono le forme più comuni e generalizzate di maltrattamenti. Vi sono poi forme di tortura più specifiche sia fisiche che psicologiche. 9 migranti su 10 hanno dichiarato di aver visto qualcuno morire, essere ucciso, torturato o gravemente percosso.

Negli ultimi 12 mesi, oltre il 20% dei pazienti visitati dai MEDU a Firenze riportava disturbi psichici principalmente dovuti alla violenza e alle torture subite nel Paese d'origine o durante il viaggio verso l'Italia.

In molti casi la precarietà delle condizioni di vita acuisce i disturbi psichici e ostacola ogni possibile percorso di inclusione sociale. A oggi, a fronte di questa problematica sempre più diffusa e rilevante, il Servizio Sanitario Pubblico non ha elaborato risposte efficaci né approcci terapeutici culturalmente adattati. D'altra parte, gli operatori dei centri di prima accoglienza non ricevono una formazione specifica sull'individuazione, il *referral* e la presa in carico psico-sociale delle vittime di tortura e violenza estrema che manifestano disturbi psichici post-traumatici.

Minori stranieri non accompagnati (MSNA)

Al 31 dicembre 2017 risultano presenti in Italia 18.303 minori stranieri non accompagnati. Si registra un incremento del 5,4% rispetto allo stesso periodo di rilevazione dell'anno precedente e del 53,5% rispetto alle presenze del 2015. Rispetto all'età, il 60,3% dei MSNA ha 17 anni, i sedicenni costituiscono poco più di un quinto del totale, il 9,6% dei minori ha 15 anni e il 6,7% ha meno di 15 anni. Rispetto allo stesso periodo dei 2 anni precedenti, prosegue il trend di aumento dell'età dei MSNA, con l'incremento della quota dei diciassettenni (+6,3% rispetto al 2015) e una diminuzione della quota di minori con meno di 15 anni, la presenza maschile è pari al 93,2% del totale. I minori stranieri non accompagnati che risultano irreperibili al 31/12/2017 sono complessivamente 5.828, e fra questi le cittadinanze più numerose sono rappresentate dalla Somalia (15,9%), dall'Eritrea (15,9%) e dall'Egitto (11,5%). In Toscana sono presenti 671 MSNA rispetto ai 656 dell'anno precedente [fonte: Direzione Generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione – Div. II Report di Monitoraggio, Dati al 31 dicembre 2017 - I Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) in Italia]



Figura 5 – Emergenze.

Vulnerabilità fisica

Nel 2017, MEDU ha visitato 190 persone, per un totale di più di 400 visite. I principali problemi di salute riscontrati erano dovuti alle cattive condizioni di vita: disturbi gastrici, problemi respiratori – asma, bronchite e polmonite –, problemi dermatologici e infezioni della pelle. Oltre a prestare assistenza sanitaria e fornire orientamento, nel corso



Figura 6 – Sfratti.

degli ultimi 12 mesi gli operatori di MEDU hanno accompagnato presso i presidi sanitari e i servizi sociali territoriali i pazienti più vulnerabili o con difficoltà di accesso ai servizi locali per ostacoli burocratico-amministrativi (79 persone in totale). Nonostante la regolarità del soggiorno del 92% dei pazienti di MEDU, solo il 39% è iscritto al Servizio Sanitario Nazionale e solo il 20% ha la tessera del Servizio Sanitario Regionale. Infatti, sebbene la tutela della salute delle persone più vulnerabili dovesse rappresentare una priorità delle istituzioni sanitarie, a restare escluse dalle cure sono spesso proprio le fasce più deboli della popolazione.

Nonostante i titolari di protezione internazionale abbiano diritto all'iscrizione al SSN alla pari e alle stesse condizioni del cittadino italiano, di fatto solo il 24% dei rifugiati visitati da MEDU era in possesso della tessera sanitaria e accedeva regolarmente al medico di medicina generale. Gli ostacoli nell'accesso alle cure sono rappresentati principalmente da impedimenti di tipo burocratico – primo tra tutti la mancanza di residenza o domicilio certificato sul territorio fiorentino (75%) –, da disinformazione e dalle barriere linguistiche.

Anche nel caso dei cittadini comu-

nitari visitati da MEDU, un importante impedimento è costituito dalla mancanza di residenza o domicilio certificato sul territorio fiorentino. Ma anche la situazione di precarietà lavorativa, la disinformazione e le barriere linguistiche rappresentano ostacoli spesso insormontabili.

Per quanto riguarda le persone sprovviste di permesso di soggiorno – comunitarie o provenienti da Corno d'Africa e Africa del Nord – gli ostacoli di accesso ai servizi sanitari sono tanti e riguardano per lo più ostacoli burocratici.

Spesso le persone non sanno come procedere alla regolarizzazione sanitaria, quali percorsi fare, quale documentazione portare e a quali uffici accedere. Per le persone senza permesso di soggiorno c'è un unico ufficio per richiedere STP o ENI su tutto il territorio fiorentino, il Presidio di Viale d'Annunzio, peraltro aperto solo il martedì mattina, il che non garantisce una copertura sufficiente alle richieste. Inoltre la decentralizzazione del servizio aumenta le difficoltà di chi non ha mezzi di spostamento propri. L'accesso al STP/ENI è complicato dal fatto che non viene più rilasciato dai Pronto Soccorsi, che per gli irregolari sono i punti più comuni di contatto con il Sistema Sanitario. A questo si aggiunge che negli uffici non è mai garantita la presenza di mediatori linguistici, con conseguenti problematiche relative alla comprensione delle informazioni.

Abbiamo inoltre riscontrato una difficoltà dei pazienti con codice STP/ENI ad accedere al servizio dei medici di medicina generale, i quali non sempre prendono in carico queste persone.

La possibilità, quindi, di raggiungere una qualità di vita dignitosa e una posizione amministrativa regolare risulta essere essenziale al raggiungimento del completo godimento dei diritti umani da parte delle persone da noi assistite.

co-firenze@mediciperidirittumani.org

Le problematiche dell'adolescenza

Una ricerca della Società Italiana di Pediatria in collaborazione col MIUR Toscana e il Liceo Michelangiolo di Firenze

di Eleonora Campolmi

J. Gonzalez, G. Bonini, G. Donzelli, S. Fabbri Bertoletti, L. Micozzi, M.S. Pignotti, L. Salvini, G. Vitali Rosati



ELEONORA CAMPOLMI
Psicologa psicoterapeuta, specializzata in Psicoterapia Breve Strategica. Esperta in Psicodiagnostica, Terapeuta Ufficiale presso il Centro Terapia Breve Strategica. Ha lavorato presso il Centro MTS di Firenze e presso il CIDEBIP (UNIFI). Lavora in ambito psiconcologico presso il Centro di Riferimento Regionale per il Melanoma.

J. GONZALEZ
Dirigente Medico Pediatria, P.O. Nuovo Ospedale del Mugello

G. BONINI
Pediatra di famiglia, Pistoia

G. DONZELLI
Professore di Pediatria, Presidente Fondazione Meyer

S. FABBRI BERTOLETTI
Professore Liceo Michelangiolo, Firenze

L. MICOZZI
Professore Liceo Michelangiolo, Firenze

M.S. PIGNOTTI
Dirigente medico pediatra, Ospedale Meyer

L. SALVINI
MIUR Toscana

G. VITALI ROSATI
Pediatra di famiglia, Firenze

Obiettivo dello studio: fotografare le abitudini quotidiane degli adolescenti di oggi ed evidenziare i possibili disagi. Indagine condotta dalla Società Italiana di Pediatria (SIP) e dal MIUR Toscana su un campione di 1.000 studenti delle scuole medie superiori della Regione. Gli studenti hanno risposto a un questionario di 60 domande che ha permesso di indagare sulla loro vita familiare e scolastica.

Parole chiave:
adolescenti, disagio adolescenziale, abitudini adolescenti, abitudini alimentari, bullismo

La necessità di comprendere e aiutare l'adolescente e le enormi difficoltà a cui egli può andare incontro in questa delicata fase dell'accrescimento ci hanno spinti a effettuare un'indagine tra gli adolescenti toscani con l'obiettivo di stimolare pediatri e docenti ad applicare una visione olistica nell'approccio all'adolescente per promuoverne il benessere fisico, relazionale, affettivo e sociale.

L'indagine ha previsto la compilazione di un questionario di 60 domande a risposta multipla, con una scala di punteggio che va da 1 (assolutamente no/mai/totalmente in disaccordo) a 5 (assolutamente sì/sempre/concordo totalmente), in formato elettronico, attraverso una piattaforma di indagini online a tutela dell'anonimato. I ragazzi toscani sono stati raggiunti da una e-mail inviata dall'istituto secondario superiore di appartenenza, con il link per partecipare volontariamente.

Le domande sono state raggruppate in 7 aree:

1. dati anagrafici e socio-demografici del campione;
2. alimentazione e stile di vita;
3. percezione dell'ascolto ricevuto, capacità di esprimersi, disagio psico-emotivo;
4. bullismo, cyberbullismo, abusi, violenze;

5. affettività, sessualità, pornografia, dipendenze;
 6. uso e gestione di internet, smartphone e social media;
 7. famiglia tradizionale, divorzi, omo-genitorialità, servizi sociali.
- Non è stata data alcuna indicazione o limitazione per quanto riguarda la compilazione, a garanzia di ogni libertà di comportamento.

Risultati

Dati anagrafici e socio-demografici del campione

All'indagine hanno risposto 993 ragazzi di età compresa tra i 14 e i 19

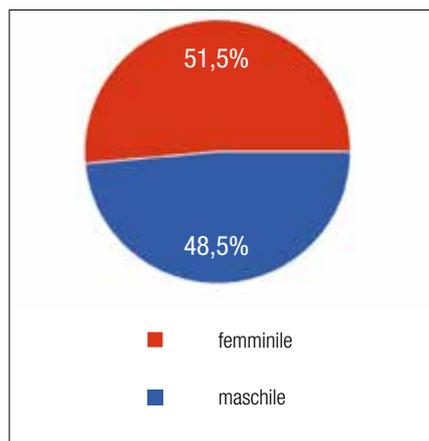


Figura 1 – Sesso (993 risposte).

(mediana: 17), di cui il 51,5% femmine e il 48,5% maschi (Figura 1). La totalità del campione risiede in Toscana e quasi il 90% è di nazionalità italiana.

Percezione dell'ascolto ricevuto, capacità di esprimersi, disagio psicologico

L'87,7% degli intervistati dichiara di aver sufficiente libertà di espressione nel proprio contesto sociale, ma quasi la metà del campione (48,1%) lamenta mancanza di attenzione de-

gli insegnanti alle problematiche extrascolastiche.

Il 46,9% dichiara di aver sperimentato un disagio psico-emotivo così importante da non riuscire a trovare sollievo e addirittura il 19,8% confessa di auto infliggersi lesioni fisiche per malessere psicologico ed emotivo.

Il 9% si è rivolto al servizio di psicologia della scuola per ansia o depressione legate a problemi scolastici (32%) o familiari (25%).

Il 44% afferma di sentire o aver sentito il bisogno di un sostegno.

Alimentazione e stile di vita

Il 27,9% degli adolescenti si vede in sovrappeso, più del 25% non fa colazione a casa e il 44% dichiara di portarsi a scuola cibo da casa, il 40% lo acquista *in loco*, il 16% dichiara di non mangiare niente durante l'orario scolastico.

I dati mostrano una forte correlazione ($p < 0,00028$) tra chi non fa mai colazione a casa e chi è ritenuto in sovrappeso dal pediatra.

Un'altra correlazione statisticamente significativa ($p < 0,029$) è tra chi è in sovrappeso e chi mangia "cibo ac-

quistato nelle scuole". Solo il 56,5% pratica attività sportiva.

Uso e gestione di internet, smartphone e social media

L'età media del primo *smartphone* è di 11,9 anni $\pm 1,99$ anni, mentre quasi il 10% ha avuto il primo cellulare prima dei 10 anni (Figura 2).

Il 49,5% si documenta e cerca informazioni di attualità solo attraverso *internet* e TV.

L'82,9% dei giovani ritiene che l'uso dei *social* possa provocare disattenzione e difficoltà nello studio e il 34,6% sente il bisogno che qualcuno gli sottragga il cellulare per potersi concentrare. Il 10% afferma di aver rinunciato a un'uscita con gli amici per poter utilizzare i *social*. Il 93,7% asserisce di sentirsi in grado di individuare in *internet* fonti affidabili.

Famiglia tradizionale, divorzi, omo-genitorialità, servizi sociali

Per l'82,3% la separazione dei propri genitori influisce sulla crescita di un adolescente, ma il 63,0% pensa sia migliore una separazione rispetto a una convivenza conflittuale.

Il 17,5% è figlio di genitori separati e di questi il 72,0% dichiara di essersi sentito poco ascoltato durante la separazione. Il 62,0% dei figli di separati dichiara di avere un buon rapporto con il padre e l'87,0% con la madre. Il 19,2% afferma che i genitori si offendevano l'un l'altro e che questo ha influito sul rapporto tra il bambino e il genitore denigrante.

La metà del campione afferma che i genitori non sono elastici nei confronti di quanto stabilito dal giudice riguardo alle visite col genitore non convivente e il 10,0% dichiara di essere costretto ad andare dal genitore non convivente anche contro la propria volontà.

Il 63,0% sostiene di essere favorevole alle famiglie costituite da genitori dello stesso sesso (Figura 3). Il 64,5% crede che un bambino cresciuto in una famiglia omo-genitoriale abbia le stesse opportunità di crescita psico-affettiva di un bambino cresciuto in una famiglia "tradizionale" (Figura

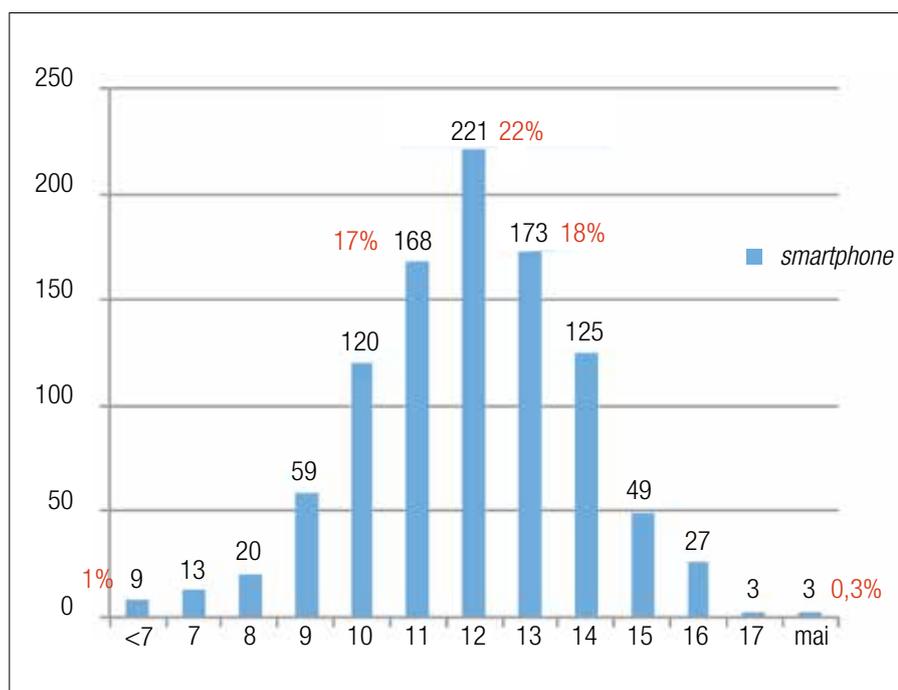


Figura 2 – Smartphone.

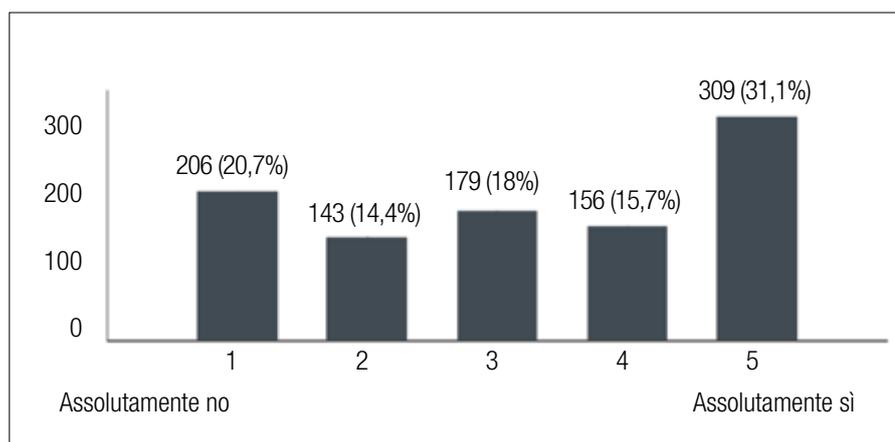


Figura 3 – Famiglia omo-eteroparentale. Secondo me, un bambino cresciuto da due genitori dello stesso sesso ha le stesse opportunità di crescita psico-affettiva di uno che ha un padre e una madre (993 risposte).

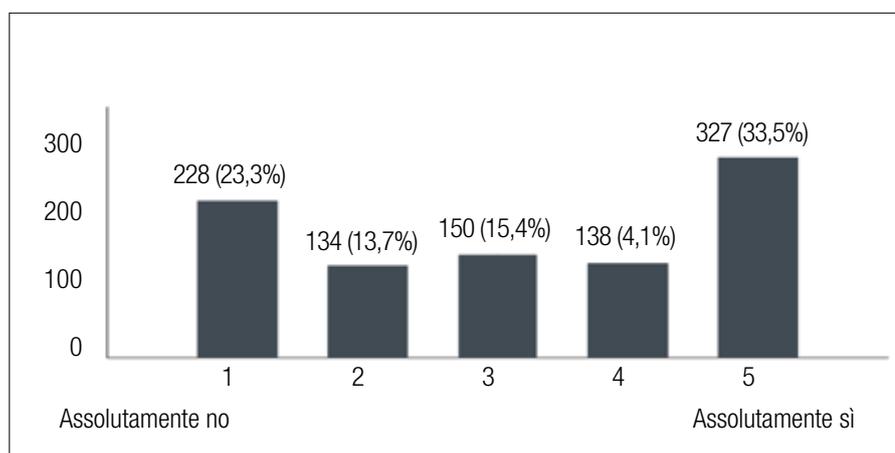


Figura 4 – Famiglia omo-parentale. Sono favorevole a famiglie costituite da genitori dello stesso sesso (977 risposte).

ra 4), il 10% dei bambini vive o ha vissuto in case famiglia.

Bullismo, cyberbullismo, abusi, violenze

Il 51,4% del campione afferma di aver subito atti di prepotenza da parte di compagni, di questi il 14,6% conferma di essere quotidianamente vittima di forme di bullismo. Riguardo alle forme di cyberbullismo il 18% è stato attaccato almeno una volta sui *social* o in *chat*.

Per quanto riguarda le violenze in famiglia il 16,7% dei ragazzi dice che nella sua famiglia si verificano comportamenti aggressivi dovuti al padre, nel 50,2% dei casi, o alla

madre, nel 25,8%. Il 28,2% dichiara di assistere a litigi tra i genitori assiduamente.

Affettività, sessualità, pornografia, dipendenze

Il 50,7% non ha ricevuto alcuna educazione sessuale in ambito familiare. Il 16,0% ammette di aver ricevuto proposte sessuali da adulti attraverso *App* di incontri e il 5,0% dichiara di aver fatto sesso per vantaggi economici.

Esiste una fortissima correlazione statistica ($p < 0,000$) tra chi ha ammesso di aver fatto sesso in cambio di una remunerazione economica e chi ammette di aver ricevuto

proposte sessuali attraverso *App* di incontri. L'85,15% dei maschi dello studio fa uso di materiale pornografico *online* rispetto al 14,85% delle femmine. Il 53,4% dei ragazzi è consapevole di quanto l'uso di materiale pornografico possa creare dipendenza.

La generazione dei nostri giovani è stata la prima a nascere nell'era digitale (Nativa digitale) e di *internet*. La "Generazione Z" o "post-millennials" è stata esposta a una quantità di innovazioni tecnologiche impensabili per le precedenti generazioni, con influenze profonde sulla crescita personale, i rapporti sociali, la sfera affettiva. Tutto ciò influisce pesantemente sul già complesso rapporto genitori - figli adolescenti, e anche pediatra o docente - adolescente.

Dalla ricerca emerge che i ragazzi hanno bisogno di ascolto, ascolto vero. Dall'analisi dei dati si evidenzia la presenza in loro di elementi pericolosi per una corretta crescita ai quali gli adulti possono porre rimedio innanzitutto con una maggiore consapevolezza, cui questa ricerca tenta di contribuire.

Le proposte di lavoro sono interessanti e attuali: l'educazione alimentare, l'educazione a un'igiene di vita migliore, ad esempio con una cultura dello *sport* adeguata; l'educazione a un corretto utilizzo dei *social*, del *web*, senza precipitare nella dipendenza e con la capacità di difendersi dai siti non sicuri e dagli approcci pericolosi. Anche per l'aspetto sociale possono essere raccolti messaggi importanti: il bisogno di ascolto, di spazi individuali e del rispetto di necessità e tempistiche personali (per esempio nel contesto della separazione dei genitori) o la difesa dalla violenza intra-familiare.

Il lavoro congiunto pediatri-insegnanti può costituire un punto di forza nella difesa dell'armonica crescita del giovane di oggi.

e.campolmi@gmail.com

Sclerosi multipla: nei pazienti con CCSVI l'angioplastica venosa non è efficace

di Luca Massacesi



LUCA MASSACESI
Direttore SOD Neurologia 2, Azienda
Ospedaliero-Universitaria di Careggi.
Responsabile Centro di Riferimento
Regionale per il trattamento della sclerosi
multipla, AOU di Careggi

La prestigiosa rivista scientifica americana *JAMA Neurology* ha pubblicato i risultati di uno studio italiano intitolato *Efficacia e sicurezza della angioplastica venosa nella sclerosi multipla*.

Lo studio ha valutato gli effetti dell'angioplastica delle vene drenanti il Sistema Nervoso Centrale nei pazienti con sclerosi multipla (SM) portatori di una stenosi di tali vene, denominata insufficienza venosa cerebrospinale cronica (acronimo dall'inglese CCSVI).

La CCSVI fu proposta nel 2009 dal professore Zamboni dell'AOU di Ferrara come una causa/concausa e/o fattore di peggioramento della sclerosi multipla, in quanto secondo lui presente nella maggioranza dei pazienti con sclerosi multipla e non in altre malattie o nei sani.

Questa ipotesi, anche per la sua semplicità, fece rapidamente proseliti fra i pazienti e creò un'ondata emozionale a livello internazionale con pochi precedenti. Negli scorsi anni, l'emozione collettiva amplificata dal *web* l'ha resa un caso globale, che in molti Paesi, incluso il nostro, ha generato interrogazioni parlamentari e interventi di governi e di associazioni di pazienti, oltre a stimolare numerosi nuovi studi. Purtroppo, solo su questa base, e in assenza di qualunque serio studio di efficacia, nel frattempo migliaia di pazienti sono stati sottoposti all'intervento di angioplastica – la maggioranza a loro spese –. Questo è avvenuto sebbene numerosi studi indipendenti avessero

successivamente confutato il ruolo della CCSVI nella sclerosi multipla. Quindi l'ipotesi che nei pazienti con sclerosi multipla portatori della stenosi venosa l'angioplastica potesse portare qualche beneficio fosse ancora da verificare, ma la maggior parte dei neurologi ormai era convinta del contrario e sconsigliava ulteriori approfondimenti.

La Regione Emilia Romagna, invece, ha avuto il merito di andare avanti, anche perché molti pazienti, mal consigliati, continuavano a sottoporsi a tale pratica chirurgica invasiva. A questo fine Zamboni e un gruppo di qualificati ricercatori italiani sono stati coinvolti per organizzare uno studio multicentrico, prospettico e randomizzato, della durata di un anno nei pazienti con sclerosi multipla. Lo studio, il più ampio finora su questo tema, condotto con metodologie rigorosissime, ha dimostrato l'assenza di efficacia di tale trattamento nella sclerosi multipla recidivante-remittente, sia sul decorso clinico che sull'accumulo di nuove lesioni cerebrali.

Da ora in poi, pertanto, interventi di angioplastica per CCSVI in pazienti con sclerosi multipla non dovrebbero più essere eseguiti, se non eventualmente all'interno di protocolli sperimentali autorizzati da comitati etici. *JAMA Neurology* ha voluto evidenziare l'importanza di questo studio dedicandogli un Editoriale intitolato *Combattere la diffusione di pratiche cliniche inefficaci: una lezione dalla sclerosi multipla*. L'Editoriale sottolinea come

solo la ricerca scientifica rigorosa possa far avanzare le conoscenze in campo biomedico e contemporaneamente proteggere i pazienti dagli errori che i ricercatori, anche in buona fede, possono commettere. Specialmente importante, sottolineiamo, proteggere i pazienti se, complice il *web*, gli errori diventano planetari.

luca.massacesi@unifi.it



Il fenomeno della violenza a danno degli operatori delle Aziende Sanitarie toscane

di Luca Amoroso, Mattia Rotelli, Angelo Avarello, Lorenzo Lucidi, Massimo Ughi, Laura Belloni



LUCA AMOROSO
Psichiatra presso il Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali, AOU Careggi, Firenze. Laureato in Medicina nel 1984 con 110 e lode, specialista psichiatra nel 1988, psicoterapeuta. Ha lavorato all'OPG di Montelupo F.no. Dal 1989 al 1996 assistente e poi aiuto alla ASL 5 Spezzino. Dal 1996 al 2009 aiuto nel DSM della ASL 11 di Empoli, dove è stato responsabile del Centro per la Cura dei Disturbi dell'Alimentazione. Dal 2009 è al Centro Regionale di Riferimento per le Criticità Relazionali CRRCR/SOD Clinica delle Organizzazioni a Careggi, di cui è vice responsabile.

MATTIA ROTELLI
Psicologo UOc Servizio Prevenzione e Protezione, AOU Careggi, Firenze

ANGELO AVARELLO
Psicologo presso il Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali, AOU Careggi, Firenze

LORENZO LUCIDI
Psicologo presso il Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali, AOU Careggi, Firenze

MASSIMO UGHI,
Direttore UOc Servizio Prevenzione e Protezione, AOU Careggi, Firenze

LAURA BELLONI
Direttore del Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali, AOU Careggi, Firenze

Nell'articolo si descrive l'esperienza del Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali sul tema della violenza a danno del personale, che attraverso un percorso formativo ha valorizzato le competenze e le esperienze dei professionisti, in un'analisi *bottom-up* del contesto mirata a individuare modalità operative efficaci, quali il Gruppo di Lavoro ha attivato presso l'AOU Careggi.

Parole chiave:
violenza, prevenzione, gruppo, relazione, sicurezza

Il tema della violenza ai danni degli operatori sanitari ha ricevuto per lungo tempo scarsissima attenzione sia dal punto di vista dell'analisi del fenomeno che da quello della riflessione e del dibattito isti-

tuzionali. La comprensibile considerazione del cittadino ammalato e della sua famiglia come "elementi fragili" del sistema ha facilitato la giustificazione di comportamenti aggressivi talvolta inaccettabili, ma interpretati come reazione a un sistema di cure incapace di rispondere adeguatamente ai bisogni della persona sofferente.

Tale approccio si è mantenuto anche dopo che violenza e aggressività sono diventate, a seguito di radicali trasformazioni sociali, un aspetto diffuso delle nostre comunità e si sono riversate nelle strutture sanitarie, alle quali sono stati progressivamente delegati l'accoglienza e il trattamento di qualunque forma di disagio (Figura 1).

A fronte di sempre maggiori difficoltà da parte degli operatori sanitari, l'unico strumento di conoscenza degli episodi di violenza avvenuti sono stati i referti dei Pronto Soccorsi, strumento in genere sotto utilizzato, e comunque riferibile solo a fatti di particolare gravità.

Nel 2007 il Ministero della Salute è finalmente intervenuto sull'argomento attraverso una serie di raccomandazioni finalizzate all'individuazione delle azioni più appropriate di prevenzione e contenimento del fenomeno, ma anche di supporto agli operatori e ai gruppi di lavoro che ne siano stati vittime.

In seguito alcune aziende sanitarie si sono attivate per recepire le Raccomandazioni ministeriali e mettere in atto gli interventi necessari.

Al Centro di Riferimento Regionale

per le Criticità Relazionali (CRRCR/ Clinica delle Organizzazioni), organismo di Governo Clinico della Regione Toscana, che già si era occupato di temi affini a livello regionale e nazionale, sono stati affidati percorsi formativi dedicati agli operatori sanitari del SST (circa 900 operatori formati sinora).

Il limite di un approccio formativo tradizionale su un tema complesso ed eterogeneo quale la violenza è quello di fornire informazioni e pro-

cedure senza valutare e valorizzare adeguatamente la competenza di professionisti spesso esperti di aspetti sia concettuali che contestuali del fenomeno.

La metodologia utilizzata dal CRR-CR nei percorsi rivolti ai gruppi di lavoro offre in questo caso l'opportunità di far emergere un'analisi critica delle problematiche e proposte migliorative contestualizzabili ed esportabili.

Si è quindi deciso di utilizzare una cospicua parte del tempo per condividere con il gruppo aspetti critici, priorità d'intervento e una serie di proposte condivise da tutti i parte-

cipanti. Il risultato della discussione abbraccia i temi della sicurezza, ma anche della salute organizzativa e relazionale.

Il problema della violenza verso gli operatori del SST è stato letto secondo un modello sistemico quale quello descritto dall'OMS, adattato alla realtà socio-sanitaria.

I contenuti emersi negli incontri di approfondimento sono stati raggruppati in aree tematiche più omogenee, per rendere possibile una riflessione di sistema. Di seguito alcuni dei problemi sollevati dai professionisti.

- Difficile integrazione e comuni-

cazione fra le diverse strutture e istituzioni sul territorio e conseguente delega alle aziende sanitarie e ai loro professionisti di particolari emergenze sociali e socio-sanitarie che le altre istituzioni non riescono a contenere. Ciò è talvolta collegabile a nuove forme di espressione del disagio, in altri casi a situazioni specifiche, quali ad esempio l'aumento di pazienti psichiatrici autori di reato dimessi o non più ricoverabili negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG).

- Impoverimento della relazione con il paziente, all'interno dei gruppi di

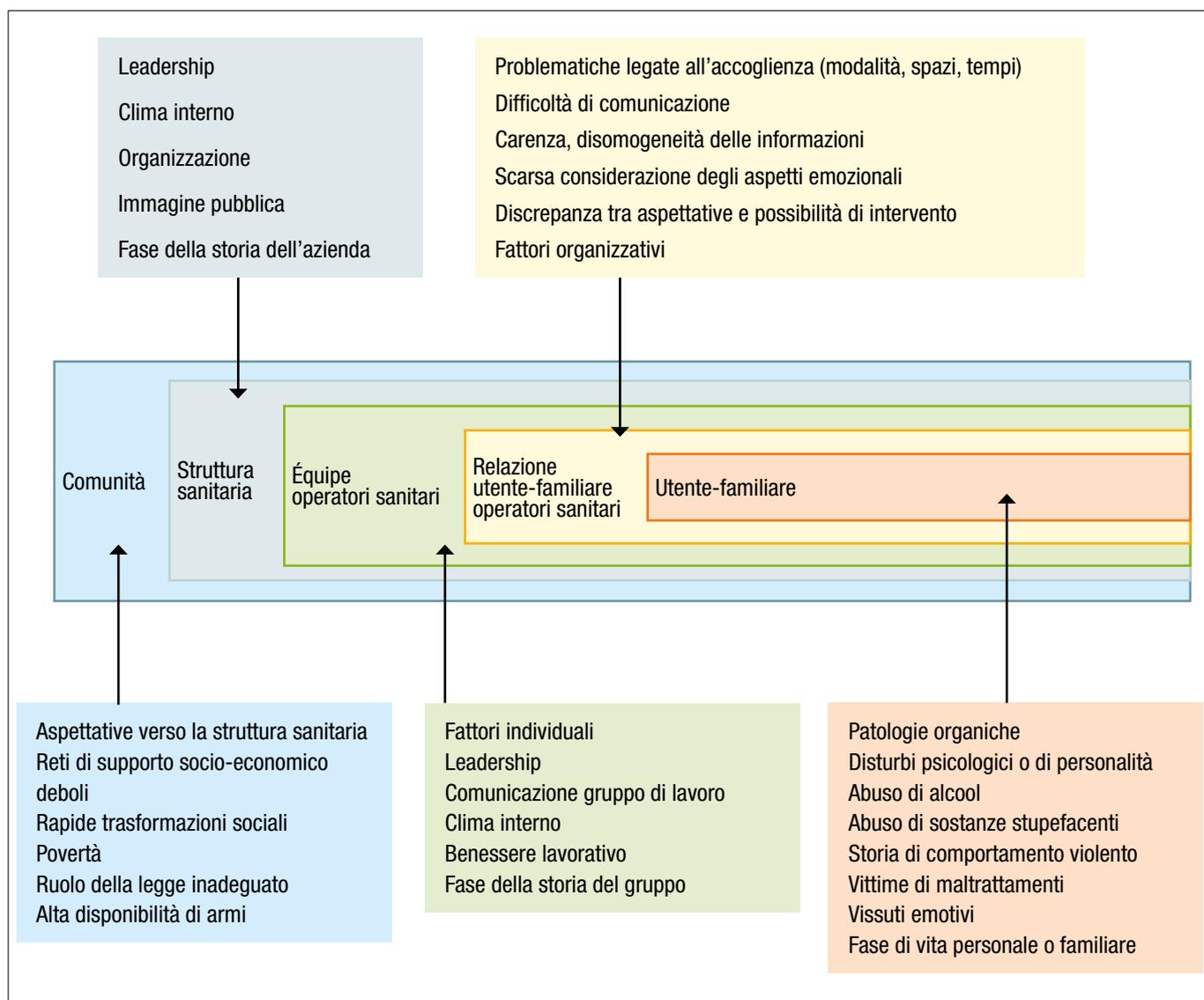


Figura 1.

lavoro e tra i livelli dell'organizzazione, anche per una riduzione dei tempi a disposizione dell'operatore sanitario e una scarsa attenzione agli aspetti relazionali.

- Incremento del consumo di psicofarmaci e sostanze psicotrope nella popolazione.
- Prevalere di una modalità di lavoro basata sull'emergenza a discapito della programmazione.
- Diffusione di una cultura che scredita l'operato della Sanità Pubblica e dei suoi professionisti, determina una delega totale di responsabilità sul professionista sanitario e pre-tende risposte immediate.

Anche a partire da queste riflessioni e al fine di garantire la gestione multidisciplinare sugli aspetti psico-sociali, in AOU Careggi è stato creato il Gruppo di Lavoro Gestione Rischi Psico-sociali, composto

dalla UOC Servizio Prevenzione e Protezione (che coordina il GDL), dalla SODC Medicina del Lavoro, dal CRR-CR/SODC Clinica delle Organizzazioni e dalla SOD Psichiatria Forense (Ambulatorio "Psicolav").

Il gruppo riunisce le strutture aziendali dedicate alla salute e alla sicurezza del personale e al controllo dei rischi psicosociali, assicurando:

- l'attuazione delle misure correttive e/o preventive individuate attraverso i percorsi di valutazione del rischio Stress Lavoro Correlato e del rischio di atti di violenza a danno del personale già approvate dagli *staff* dei Dipartimenti;
- un impegno operativo nella gestione dei rischi psico-sociali in parallelo alla ricerca dell'integrazione tra tutti i servizi aziendali competenti.

In particolare svolge i seguenti compiti:

- visiona gli esiti delle valutazioni del SLC e del rischio di atti di violenza a danno del personale aziendale;
- fornisce supporto nell'attuazione delle azioni di miglioramento relative alle criticità rilevate;
- sviluppa programmi e procedure volti a favorire le buone pratiche per la prevenzione dei rischi psico-sociali;
- propone eventuali modifiche procedurali e/o infrastrutturali volte a garantire il rispetto dei principi ergonomici e di *comfort* ambientale;
- coinvolge altri organi aziendali nei percorsi di miglioramento là dove se ne riscontri l'esigenza.

amorosol@aou-careggi.toscana.it



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

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

Orario di apertura al pubblico

Mattina: dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 11,00

Pomeriggio: lunedì e mercoledì dalle ore 15,30 alle ore 17,30

Rilascio certificati di iscrizione

Uffici: in orario di apertura al pubblico - Internet: sul sito dell'Ordine - Tel. 055 496 522

Tassa annuale di iscrizione

Bollettino postale, delega bancaria SEPA Core Direct Debit (ex RID) o carta di credito tramite il sito:

<http://italriscossioni.it> (POS virtuale fornito da Banca Monte dei Paschi di Siena)

Cambio di indirizzo

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

Commissione Odontoiatri

Il lunedì pomeriggio su appuntamento

Consulenze e informazioni

Consultazione Albi professionali sito Internet dell'Ordine

AMMI - e-mail: ammifirenze@virgilio.it - sito: www.ammifirenze.altervista.org

FEDERSPEV - 1° mercoledì del mese dalle ore 10 alle ore 11,30

Newsletter: inviata 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: www.ordine-medici-firenze.it - www.toscanamedica.org

La sorveglianza sanitaria dei soggetti con pregressa esposizione professionale ad amianto in Regione Toscana

di Francesca Battisti, Elisabetta Chellini, Piergiuseppe Calà per conto del Gruppo Tecnico Regionale di Coordinamento (GTRC)*

Nel maggio 2016 la Regione Toscana con la Delibera GRT n. 396 ha istituito un programma gratuito di sorveglianza sanitaria, tra i pochi presenti in Italia, rivolto ai soggetti toscani che siano stati esposti professionalmente ad amianto in maniera significativa. Sono presentati l'organizzazione del programma, le modalità di accesso e i riferimenti dei 26 ambulatori territoriali di primo livello.

Parole chiave:

amianto, sorveglianza sanitaria, ex-esposti, medicina del lavoro, prevenzione

* Costituiscono il GTRC: Giulio Arcangeli, Maurizio Baldacci, Piergiuseppe Calà, Fabio Capacci, Elisabetta Chellini, Alfonso Cristaudo, Sandra Fani, Gianluca Festa, Massimo Paoli, Maura Pellegrini, Domenico Sallèse, Pietro Sartorelli



FRANCESCA BATTISTI
Laureata in Medicina e Chirurgia (2008, Università di Pisa), specializzata in Igiene e Medicina Preventiva nel 2014 c/o l'Università degli Studi di Pisa, perfezionata in "Programmazione, Organizzazione e Gestione delle Aziende e dei Servizi Sanitari" c/o l'Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma). Dal 2014 svolge incarichi di collaborazione c/o l'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO), Firenze

ELISABETTA CHELLINI
SS Epidemiologia dell'Ambiente e del Lavoro, Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO), Firenze

PIERGIUSEPPE CALÀ
Regione Toscana

A seguito della messa a bando dell'amianto, avvenuta oltre vent'anni fa grazie alla Legge 257 del 1992, sono cessate le esposizioni significative di tipo professionale a questo agente cancerogeno certo. A oggi l'esposizione occupazionale è residuale nelle attività di bonifica e smaltimento di materiali contenenti amianto, che vengono eseguite applicando le norme vigenti di prevenzione del rischio nei luoghi di lavoro. Come previsto anche dal T.U. 81/2008 sulla sicurezza sul lavoro, la lunga latenza delle patologie asbesto-correlate giustifica la sorveglianza sanitaria anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro (art. 259 comma 2). Nel maggio 2016 la Regione Toscana, con la Delibera GRT n. 396, in ottemperanza alla Legge regionale n. 51/2013 art. 6 comma 2, ha dato avvio a un programma gratuito di sorveglianza sanitaria (tra i pochi presenti sul territorio nazionale) rivolto ai soggetti toscani che nel corso della loro vita professionale siano stati esposti ad amianto in maniera significativa. Il programma è diventato operativo nell'aprile 2017.

La sorveglianza offerta dal Sistema Sanitario Regionale Toscana attua immediatamente i nuovi LEA approvati l'anno scorso (DPCM 12/01/2017 – Allegato 1 – punto C 6).

La sorveglianza sanitaria è realizzata sulla base di specifici piani operativi elaborati dalle Aziende USL e dalle

Aziende Ospedaliero-Universitarie, che sono stati validati da Regione Toscana, nell'ottica di offrire omogeneità e appropriatezza delle prestazioni delle strutture sanitarie interessate dalla sorveglianza (ambulatori medicina del lavoro, radiologie, pneumologie, oncologie).

Il modello organizzativo è articolato in attività di 1° e 2° livello.

Sono stati attivati 26 ambulatori di 1° livello di medicina del lavoro dislocati nelle varie zone delle Aziende USL (Tabella I), e 3 ambulatori di 2° livello per ciascuna Area Vasta (presso la AOU Pisana per l'area Nord Ovest, presso il presidio ospedaliero P. Palagi a Firenze per l'area Centro, e presso l'AOU Senese per l'area Sud-Est).

Al primo contatto con il paziente il medico del lavoro esegue l'anamnesi occupazionale per definire e attestare la pregressa esposizione occupazionale ad amianto. Se risulta una pregressa esposizione il soggetto può entrare nel percorso di sorveglianza sanitaria, che prevede:

- l'anamnesi fisiologica, familiare, patologica prossima e remota;
- la visita medica con somministra-

zione del questionario respiratorio standardizzato CECA e MRC;

- la spirometria di base;
- la radiografia del torace se non effettuata negli ultimi 3 anni con classificazione ILO per le pneumoconiosi.

Inoltre, è prevista un'informazione sui rischi legati alla pregressa esposizione professionale ad amianto, un *counseling* motivazionale per la riduzione dei rischi da altre esposizioni occupazionali e non, l'invio dei fumatori al Centro Antifumo e degli asbestosici al servizio di Igiene Pubblica per la vaccinazione anti-influenzale e anti-pneumococco.

Nel caso in cui i risultati della visita di 1° livello indichino la necessità di approfondimenti, ovvero siano stati evidenziati sintomi e/o obiettività positiva per problemi a carico dell'apparato respiratorio e gastro-intestinale, il soggetto viene inviato agli ambulatori di 2° livello.

È previsto un *follow-up* a 3 o 5 anni a seconda dell'intensità dell'esposizione pregressa ad amianto e a 1 anno in caso di patologia respiratoria non maligna.

Tutte le prestazioni sanitarie sono gratuite per coloro che risulteranno ex-esposti ad amianto per motivi professionali e così pure la visita iniziale per la valutazione e l'eventuale attestazione dell'esposizione, in virtù del finanziamento previsto dalla Regione Toscana derivato dai proventi da sanzioni per potenziamento attività di prevenzione sui luoghi di lavoro (DD 6752/2015).

Le prestazioni sanitarie previste gratuitamente possono essere richieste

Azienda USL Toscana Centro	
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	EMPOLI via dei Cappuccini 79, Empoli venerdì ore 8.30-12.30 0571 704897 maristela.barbieri@uslcentro.toscana.it Dott.ssa Tonina Enza laia
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	VALDINIEVOLE Villa Ankuri – via 1° maggio, Massa e Cozzile martedì ore 9.00-13.00 ambulatorio 0572 942853 segreteria 0572 942805 antonella.melosi@uslcentro.toscana.it Dott.ssa Antonella Melosi
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	PISTOIESE viale Matteotti 19, Pistoia martedì e mercoledì ore 10.00-13.00 ambulatorio 0573 353424 segreteria 0573 353421 s.pisll@usl3.toscana.it Dott.ssa Patrizia Genovese
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	FIORENTINA via Michelangelo 41, Firenze lunedì e martedì ore 9.00-13.00 055 6937687 medicinadellavoro@asf.toscana.it Dott. Fabio Capacci
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	PRATO via Lavarone 3/5, Prato ambulatorio stanza 29 piano terra martedì ore 14.30-17.30 0574 805512 – 0574 805582 pisll@usl4.toscana.it Dott. Luigi Mauro

Azienda USL Toscana Nord-Ovest	
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	APUANE UF PISLL – Centro Polispecialistico Monterosso Padiglione I Piazza Sacco e Vanzetti, Carrara un giorno a settimana ore 09.00-13.00 0585 657927 valeria.gozzani@uslnordovest.toscana.it Dott. Gian Luca Festa
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	LUNIGIANA UF PISLL Piazza Pieve 3, Località Monti – Licciana Nardi un giorno a settimana ore 09.00-13.00 0585 657927 valeria.gozzani@uslnordovest.toscana.it Dott. Gian Luca Festa
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	PIANA DI LUCCA Capannori martedì ore 9.00-12.00 0583 449219 lunedì 11.00-13.00 0583 449199 SUP lunedì-venerdì 9.00-13.00 maria.cristina.bono@uslnordovest.toscana.it maria.grazia.roselli@uslnordovest.toscana.it monica.puccetti@uslnordovest.toscana.it Dott.ssa Maria Grazia Roselli
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	PISANA Galleria Gerace 14, Pisa venerdì ore 9.00-13.00 050 954418 lunedì e mercoledì ore 11.00-13.00 fulvia.dini@uslnordovest.toscana.it Dott.ssa Fulvia Dini
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	ALTA VAL DI CECINA Ospedale Volterra Borgo S. Lorenzo Padiglione Castiglioni – piano terra mercoledì ore 9.00-12.00 0588 91826 elena.cini@uslnordovest.toscana.it Dott. Marco Paghi
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	LIVORNO Borgo San Jacopo, 59 martedì ore 9.00-12.00 0586 223963 alessandro.nemo@uslnordovest.toscana.it Dott. Alessandro Nemo
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	BASSA VAL DI CECINA Cecina un giorno a settimana ore 9.00 - 12.00 0586 614459/435 roberta2.consigli@uslnordovest.toscana.it piera.blunda@uslnordovest.toscana.it Dott.ssa Roberta Consigli
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	VAL DI CORNIA via Forlanini, 26, Piombino "Palazzina Rossa" un giorno a settimana tel. 0565 67545 Dott.ssa Beatrice Ferrante
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	VERSILIA via Martiri di S. Anna 12, Pietrasanta un giorno a settimana ore 9.00-12.30 0584 6058813 – 0584 6058806 dal lunedì al venerdì ore 12.00-13.00 lucia.bramanti@uslnordovest.toscana.it Dott.ssa Lucia Bramanti

Azienda USL Toscana Sud-Est	
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	VALDICHIANA ARETINA via Capitini 6, Camucia di Cortona (AR) mercoledì ore 9.00-12.00 3290248423 - 0575 639955 valerio.scaramucci@uslsudest.toscana.it Valeria Peccetti
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	AMIATA VAL D'ORCIA via Sordini 26, Abbadia San Salvatore (SI) giovedì ore 8.00-12.30 0577 782360 - 361 letizia.centi@uslsudest.toscana.it Letizia Centi
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	AREZZO Osp. San Donato - via Nenni 20, Arezzo mercoledì e venerdì ore 8.00-12.00 0575 255984 dal lunedì al venerdì ore 10.00-12.00 margherita.rossi@uslsudest.toscana.it roberta.anulli@uslsudest.toscana.it Margherita Rossi
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	CESENTINO PISLL - Via C. Battisti 13, Poppi (AR) martedì e giovedì ore 9.00-13.00 0575 568427 - 428 - 436 martedì e giovedì dalle ore 11.00 alle 12.30 sandra.fani@uslsudest.toscana.it claudia.palumbo@uslsudest.toscana.it Sandra Fani
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	COLLINE METALLIFERE viale Europa 1, Follonica (GR) giovedì ore 9.00-11.00 tel. 0566 59558 - 543 - 560 ufsicurezza@usl9.toscana.it Ubaldo Solmi
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	AMIATA GROSSETANA Via degli Olmi 15, Arcidosso (GR) 1° e 3° venerdì del mese ore 9.30-11.30 tel. 0564 485667 - 914804 - 0566 59560 ufsicurezza@usl9.toscana.it Ubaldo Solmi
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabili	AREA GROSSETANA viale Cimabue 109, Grosseto mercoledì ore 9.00 - 11.00 tel. 0564 485777 - 780 ufsicurezza@usl9.toscana.it Sonia Rossi - Ubaldo Solmi
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabili	COLLINE DELL'ALBEGNA via Volontari del Sangue 22, Orbetello (GR) martedì ore 15.00-17.00 0564 869437 lunedì e mercoledì ufsicurezza@usl9.toscana.it Gisella Amendolea - Lucia Bastianini
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	VALDARNO piazza Volontariato 2, Montevarchi (AR) mercoledì ore 9.00 - 12.00 055 9106413 giuseppeezio.rotondo@uslsudest.toscana.it Giuseppe Ezio Rotondo
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	ALTA VAL D'ELSA via Carducci 4, Poggibonsi (SI) martedì e venerdì ore 8.30 - 12.30 0577 994923 - 925 anna.cerrano@uslsudest.toscana.it Anna Cerrano
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	VALDICHIANA SENESE via O. Maestri 1, Torrita di Siena (SI) mercoledì e venerdì ore 9.30-13.00 tel. 0577 535471 - 477 - 409 antonio.mariano@uslsudest.toscana.it responsabile Antonio Mariano
Zona Sede Orario Telefono E-mail Responsabile	SENESE Strada del Ruffolo, Siena mercoledì ore 9.00 - 12.00 0577 536670 rossana.mancini@uslsudest.toscana.it Rossana Mancini

Tabella I.

Ambulatori di primo livello di sorveglianza sanitaria per gli ex-esposti ad amianto in Regione Toscana.

solo dal medico del lavoro, che attesta l'esposizione e che quindi attribuisce al soggetto il codice regionale di esenzione D99 che vale per tutti gli accertamenti e le visite successive.

Per coloro che non risulteranno ex-esposti ad amianto, la prima visita comprendente solo l'anamnesi occupazionale sarà gratuita, ma non potranno accedere gratuitamente alle altre prestazioni sanitarie previste.

Possono accedere a questo servizio coloro che presentano i seguenti criteri di eleggibilità:

- presentino una pregressa esposizione professionale ad amianto attestata dal medico del lavoro di un ambulatorio di sorveglianza sanitaria;
- residenti in Toscana;
- di età inferiore agli 80 anni;
- abbiano cessato l'esposizione a rischio da meno di 30 anni;
- sono in pensione o sono in attività in un'azienda diversa da quella dove sono stati esposti.

Le modalità di accesso possibili sono due:

- **su invito**, da parte dei servizi pubblici di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro delle ASL, nel caso siano a loro noti i nominativi dei lavoratori che hanno prestato servizio presso ditte note per aver utilizzato amianto nel processo produttivo nel passato;
- ad **accesso spontaneo**, per i soggetti che ritengono di aver avuto

nel passato un'esposizione professionale ad amianto e desiderano sottoporsi a una valutazione specialistica da parte del medico del lavoro. In tal caso è necessario che gli interessati contattino il referente dell'ambulatorio più vicino alla loro residenza ai numeri telefonici o agli indirizzi e-mail indicati in Tabella I. Ulteriori chiarimenti sui criteri di eleggibilità e le modalità operative della sorveglianza sanitaria definite sulla base delle più recenti evidenze scientifiche sono disponibili nel documento tecnico *Linee di indirizzo per la sorveglianza sanitaria degli ex-esposti ad amianto* (disponibile all'indirizzo URL <http://www.regione.toscana.it/consiglio-sanitario-regionale/>, pagine "pareri", alla voce "amianto").

Si sottolinea come le finalità del percorso di presa in carico del lavoratore ex-esposto ad amianto siano principalmente riconducibili a temi etico-sociali e medico-assicurativi e di ricerca epidemiologica, tra cui in particolare:

- a) effettuare il riconoscimento della pregressa esposizione e valutarne la durata e l'intensità in modo da stimare gli eventuali rischi per la salute;
- b) informare il lavoratore ex-esposto sulle patologie legate all'esposizione ad amianto, sulle possibilità attuali di diagnosi e cura, e sui centri diagnostico-assistenziali

del SSR ai quali eventualmente rivolgersi;

- c) approfondire il nesso causale per quei soggetti con pregressa esposizione ad amianto affetti da una patologia asbesto-correlata, indirizzarli a centri assistenziali accreditati e avviare l'iter medico-assicurativo e medico-legale di malattia professionale;
- d) informare l'ex-esposto sugli eventuali rischi aggiuntivi, offrendogli sostegno per modificare comportamenti rilevati a rischio (per esempio fumo attivo);
- e) approfondire la conoscenza del problema amianto e del suo impatto nel territorio.

Il medico di medicina generale può svolgere un ruolo informativo importante nel coinvolgimento dei propri assistiti che ritiene possano usufruire di questo servizio di recente avvio, facilitandone l'adesione. I medici di medicina generale, infatti, costituiranno per il paziente un supporto decisionale molto importante, sia nell'ottica di favorire la partecipazione alla sorveglianza da parte dei soggetti che riceveranno l'invito sia nel consigliare gli assistiti con storia nota o presunta di esposizione professionale ad amianto di richiedere una visita presso gli ambulatori di primo livello.

f.battisti@ispo.toscana.it

CONVENZIONI

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze ha stipulato una convenzione con il Consorzio Opere di Misericordia che, in collaborazione con RAMI e Confederazione Nazionale delle Misericordie d'Italia, organizza corsi ECM a prezzi concordati.

Di seguito si elencano i prossimi eventi formativi con data da programmare:

- Aderenza terapeutica: come motivare i pazienti al cambiamento delle proprie abitudini
- Prevenzione e difesa dall'aggressione fisica e verbale
- Quando è difficile dire la verità: la comunicazione della prognosi infausta
- Prevenire il contenzioso medico-legale
- Voce del verbo morire: come parlare della morte con i pazienti morenti e i loro familiari

Per informazioni **0553261500** – training@consorziodm.it

Il Pediatrico fiorentino diventa più grande: ecco il Piano di sviluppo Meyerpiù

Ufficio Stampa AOU Meyer

Il Meyer diventa più grande. E lo fa con il piano di sviluppo destinato a cambiare in tre anni, il volto del pediatrico fiorentino: sarà una trasformazione radicale quella che porterà l'Ospedale dei bambini ad allinearsi alle realtà più avanzate a livello mondiale in ambito pediatrico. La crescita del Meyer riguarderà tre aree distinte, ma collegate tra loro: l'*Ospedale*, che sarà sempre più destinato ai ricoveri e alla cura delle patologie ad alta complessità, il *Meyer Health Campus*, cuore della formazione e della didattica, e il *Parco della Salute*, una struttura che accoglierà la Neuropsichiatria, gran parte delle attività ambulatoriali e i Day Hospital medici. Grazie alla possibilità di disporre di due nuove sedi – l'ex Facoltà di Teologia di via Cosimo il Vecchio e l'ex clinica Villanova in via di Careggi, entrambe in posizione strategica per la loro vicinanza all'Ospedale – il Meyer aumenterà in modo considerevole gli spazi a sua disposizione: dagli attuali 30mila metri quadri a 40mila. E l'incremento riguarderà anche le aree esterne, con sette ettari in più di verde, tra parchi, ulivi e boschi. Una crescita indispensabile per il futuro del Meyer: negli ultimi dieci anni ha aumentato in modo consistente tutta la sua attività. Il raffronto tra i dati relativi al 2007, anno del trasloco dalla sede di via Luca Giordano a quella attuale, e il 2017 descrive con chiarezza questo andamento: i ricoveri sono passati da 7.331 a 8762; i Day Hospital da 27.054 a 38.558; le prestazioni di specialistica ambulatoriale da 413.005 a 685.414. Un'operazione di sviluppo necessaria e impegnativa

dal punto di vista economico. “Questo piano di sviluppo – commenta il Direttore Generale Alberto Zanobini – ci permetterà di disegnare, da qui al 2020, un nuovo Meyer, sempre più grande e sempre più in grado di dare risposta ai bisogni dei bambini e degli adolescenti e delle loro famiglie. Questo progetto è il frutto di un percorso, che ha richiesto l'impegno di tutti coloro che lavorano in questo ospedale, ma è anche un sogno che, passo dopo passo, si avvia verso la sua realizzazione”.

Il Parco della Salute

Il Parco della salute sorgerà in un'ex clinica privata (Villanova) situata in via di Careggi, proprio alle spalle del Meyer (Figura 1). Si tratta di un grande edificio di 5.100 metri quadri immerso in un'area verde di 3,9 ettari, di cui l'Ospedale pediatrico, gra-

zie a un accordo siglato con Unipol Sai, ha ottenuto la disponibilità con un contratto di affitto con diritto di riscatto che, in futuro, consentirà di procedere a un'acquisizione. Già destinata in passato ad attività sanitarie, la struttura è al momento in fase di ristrutturazione. Il Parco della Salute evoca, già nel nome, la peculiarità di essere immerso nel verde: una grande area boschiva che, non solo sarà bella alla vista, ma anche utile e preziosa per proporre interventi di prevenzione e promozione della salute. In questa struttura, come detto, si concentreranno tutte le attività ambulatoriali, soprattutto quelle che, in virtù della loro minore complessità, non necessitano di essere inserite nel contesto strettamente ospedaliero. Qui troveranno posto anche il Centro prelievi e le stanze riservate ai donatori di sangue, ma anche il Centro per la diabetologia pediatrica, punto di riferimento per i bambini affetti da questa patologia cronica molto diffusa e le loro famiglie. Il parco renderà possibile dare vita a tutta una serie di attività all'aria aperta, nell'ottica di lavorare, insieme ai pazienti e alle associazioni, sul fronte della prevenzione. Nel Parco della Salute sarà inoltre trasferita, in una ala separata dalle attività ambulatoriali specialistiche, la Neuropsichiatria infantile, unica attività di ricovero prevista nella



Figura 1 – Il piano di sviluppo Meyerpiù.



Figura 2 – Meyer Health Campus.

struttura. Finora questo reparto, si trovava a Villa Ulivella: il piano di sviluppo consentirà a questo servizio, così importante per i bambini e gli adolescenti con problematiche di tipo psichiatrico, di tornare al Meyer, consentendo inoltre un notevole risparmio economico. I pazienti avranno a disposizione un'area verde a loro dedicata. Una volta ultimato, l'edificio sarà dotato di sale di attesa, area gioco e spazi riservati all'allattamento materno.

Meyer Health Campus

Nell'ex Facoltà teologica di via Cosimo il Vecchio, è nato il Meyer Health Campus, un edificio di 4.800 metri quadri, la sede destinata alla didattica e alla formazione (Figura 2). Già

parzialmente utilizzato, è a disposizione del personale e degli specializzandi con cinque aule attrezzate. Della struttura che va a comporre la vocazione di "fabbrica della conoscenza" del Meyer il 13 marzo con un incontro pubblico è stato inaugurato il primo lotto su due piani del complesso, comprensivo di sale di lettura e spazi multimediali di ultima generazione. Il completamento di questa porzione del Campus, luogo di incontri e di relazioni sulla didattica, sulla ricerca e sulla formazione, consentirà la piena concretizzazione di una serie di opportunità. Qui l'Ateneo fiorentino potrà formare i nuovi professionisti della salute dei bambini, anche grazie al protocollo di intesa siglato di recente da Regione Toscana con i tre Atenei toscani dando vita

all'inedita esperienza, prima in Italia, di una Scuola Toscana di Pediatria. Il Campus ospiterà anche il Centro di Simulazione pediatrica, *leader* nazionale in materia di formazione in emergenza pediatrica, realizzato in collaborazione con Harvard University e con il Boston Children's Hospital. Questo spazio sarà destinato anche ad attività formative delle associazioni di genitori e di volontariato accreditate dal nostro ospedale, oltre a iniziative di promozione della salute per bambini e ragazzi in collaborazione con il mondo della scuola. Il nuovo polo multidisciplinare accoglierà ricercatori, scienziati, studenti e ospiti stranieri, favorendo scambi di conoscenze e occasioni di crescita professionale in stretta e costante connessione con le attività assistenziali. Il progetto complessivo e finale di ristrutturazione consentirà la realizzazione di sale di studio e lettura, due grandi auditorium oltre alle altre aule, una foresteria e un'area ristoro. Anche il Meyer Health Campus è immerso in un'area verde di 3,5 ettari.

L'Ospedale

Il Meyer va considerato come un policlinico per bambini e adolescenti, che non ha mai smesso di crescere, accogliendo pazienti di tutta Italia, ma anche provenienti da altri Paesi. Proprio la sua capacità di dare risposta anche a patologie complesse, lo ha reso un punto di riferimento sempre più richiesto: oggi, un paziente su quattro arriva da fuori regione. Gli spazi che si renderanno disponibili grazie alle

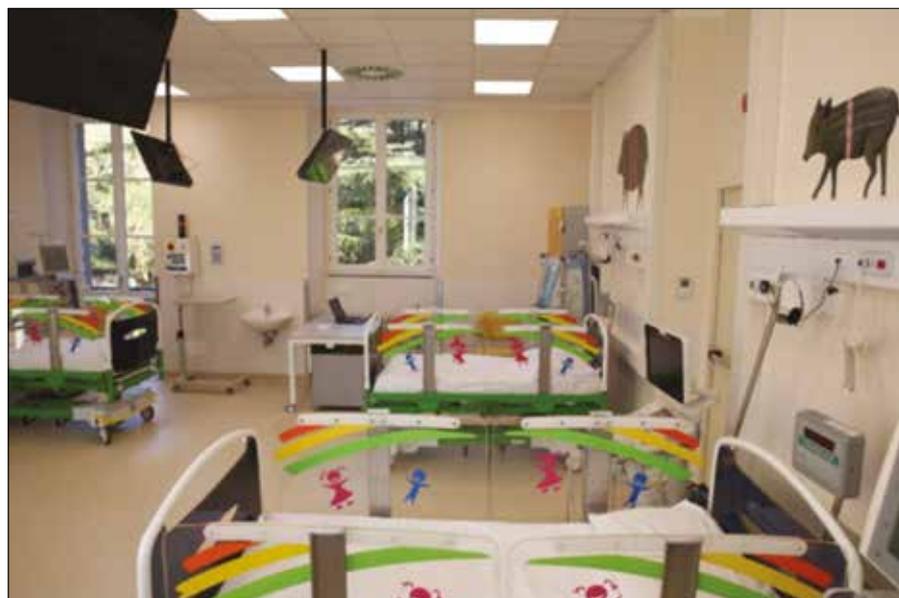


Figura 3 – Il nuovo Centro Dialisi.



Figura 4 – La nuova sala operatoria.

due nuove sedi, consentiranno al Meyer di crescere ed espandersi, per rispondere in modo adeguato a tutte le esigenze di cura e ricovero ad alta intensità. In questo domino virtuoso, alcuni lavori di riqualificazione degli spazi ospedalieri liberati sono già stati ultimati. Di recente è stato inaugurato il nuovo reparto di Nefrologia e dialisi (Figura 3). Ospitato in quello che era l'auditorium posto al primo piano dell'Ospedale, in un'area complessiva di 300 metri quadri, il reparto si presenta come un grande open space

con quattro posti letto, due camere singole per trattamenti specifici, una medicheria, tre ambulatori e altri locali accessori. Complessivamente la ristrutturazione ha restituito un miglior *comfort* con soluzioni di attesa, cura e arredi più funzionali e accoglienti. Taglio del nastro già avvenuto anche per la nuova sala operatoria (Figura 4), c'è allestita per essere adeguata allo sviluppo delle attività del Centro di eccellenza di Neurochirurgia, la cui équipe potrà contare sull'innovativa dotazione tecnologica, con particola-

re riferimento alle attività di otorino. Inoltre, la presenza della sala comandi permette di praticare l'attività di chirurgia robotica.

Family Center Anna Meyer

Una pagoda immersa nel verde, per far sentire a casa i bambini e le famiglie che entrano in Ospedale per un periodo di ricovero: sarà questo il Family Center Anna Meyer, uno spazio di 500 metri quadrati destinato a rivoluzionare il concetto di supporto al percorso assistenziale dei piccoli pazienti e dei loro genitori, dalla fase di pre-ricovero a quella delle dimissioni. L'edificio sarà un piccolo padiglione autonomo, pensato in linea con la filosofia architettonica che ha ispirato la realizzazione del Meyer, e sarà collocato nel parco, tra il Giardino di Cice e l'ingresso dell'Ospedale, integrandosi con l'ambiente circostante in modo ecosostenibile (Figura 5). Il Family Center sarà il luogo deputato all'accoglienza e fungerà da punto di raccordo per tutte quelle attività di supporto necessarie ai bambini e alle famiglie. Ad attenderli, fin dal momento del loro ingresso nella struttura, ci saranno tutta una serie di attività e di figure professionali che l'Ospedale mette a disposizione: dagli assistenti sociali alle psicologhe, dagli infermieri agli insegnanti, dalle associazioni di volontariato a quelle dei genitori. Le famiglie potranno così incontrare gli operatori in un ambiente professionale e accogliente, pensato per mettere a proprio agio bambini e famiglie in un momento così delicato quale quello che precede il ricovero. Gli spazi, ideati come un grande open space, saranno modulabili in base alle diverse esigenze: accanto agli uffici, concepiti per garantire la *privacy*, ci saranno delle aree deputate all'attesa, pensate per garantire il *comfort* di un salotto domestico: divani, giochi, schermi e collegamento wi-fi.



Figura 5 – Il Family Center Anna Meyer.

roberta.rezoalli@meyer.it

Sindromi psichiatriche con espressione dermatologica

di Alberto Cossidente, Elisa Margherita Difonzo



ALBERTO COSSIDENTE
Neuropsichiatra, psicoterapeuta. Già aiuto corresponsabile del SPDC del Nuovo Ospedale di S. Giovanni di Dio di Firenze. Professore a contratto di Psichiatria presso la Scuola di Specializzazione in Dermatologia e Venereologia dell'Università degli Studi di Firenze. Vice-coordinatore della Sezione Toscana della Società Italiana di Medicina Psicosomatica

ELISA MARGHERITA DIFONZO
Professore associato di Dermatologia presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia Translazionale dell'Università degli Studi di Firenze

Esistono quadri clinici psichiatrici che si esprimono con un coinvolgimento specifico dell'apparato cutaneo e dei suoi annessi. I pazienti che ne soffrono focalizzano le loro turbe ideativo-emotivo-affettive sulla pelle e sui suoi annessi e in alcuni casi attuano su di essa un comportamento autolesivo. Per promuovere una terapia causale adeguata è imprescindibile un corretto inquadramento diagnostico di questi pazienti.

Parole chiave:
sindromi psichiatriche, espressione dermatologica, lesioni autoinflitte, autoaggressività, autolesionismo

Le sindromi psichiatriche con espressione dermatologica costituiscono un complesso di quadri clinici con turbe specificamente psicopatologiche che co-

munque prevedono, come terreno di espressione, la cute e/o i suoi annessi e quindi vengono sovente osservate in prima istanza da medici di famiglia e dermatologi. Pertanto *in primis* è necessario che sia individuata la corretta natura di tali disturbi, in modo da poter poi operare una *consultation-liaison* interdisciplinare che assicuri ai pazienti di essere presi in carico da specialisti competenti ovvero psicologi e/o psichiatri. Questo passaggio deve essere attuato adeguatamente e quindi richiede una conoscenza appropriata della casistica in questione da parte di coloro che la osservano per primi così da evitare le difficoltà causate da un *referral* tardivo e mal predisposto.

Per motivi di spazio editoriale, nel presente articolo descriveremo solo le sindromi psichiatriche con espressione dermatologica distinte da patognomica presenza di lesioni auto-provocate, riferendoci anche a studi e ricerche condotti dalla Scuola di Dermatologia Psicosomatica attiva all'interno della nostra Clinica Dermatologica e Venereologica Universitaria¹. Rimandiamo a un successivo articolo la trattazione di ulteriori quadri psichiatrici dello stesso ambito nosologico.

Lesioni dermatologiche autoinflitte

1. Quadri patomimici dermatologici (*Dermatitis Artefacta*).
2. Disturbo da escoriazione (*Neurotic Excoriations*).

¹ La Scuola di Dermatologia Psicosomatica di cui sopra è stata istituita negli anni '70 dello scorso secolo, dal professor Emiliano Panconesi che l'ha poi coordinata in modo esemplare per ben cinque lustri facendo sì che da essa fossero condotte attività di studio e di ricerca di risonanza nazionale e internazionale.

3. Tricotillomania.
4. Onicotillomania e Onicofagia.

Le sindromi che abbiamo riunito in questo schema hanno in comune, sul piano patogenetico, l'essere specificamente il risultato di una tendenza psicologica istintuale e di un comportamento autoaggressivo che spingono i pazienti che ne sono affetti ad attuare, in forme diverse, una attività autolesiva sulla superficie del proprio corpo.

1. Quadri patomimici dermatologici (*Dermatitis Artefacta*)

In generale l'espressione *Dermatitis Artefacta* può riferirsi a ogni tipo di lesione provocata da un soggetto sulla propria pelle con le più diverse modalità pratiche (uso di strumenti metallici, liquidi caustici, fonti di calore ustionante ecc.). Comunque la caratteristica saliente che sembra distinguere questa forma autolesiva specifica da altre è che il paziente nega fermamente di essersi prodotto in prima persona le lesioni che gli vengono rilevate. L'aspetto delle lesioni può essere molteplice, dipendendo dalle modalità e dai mezzi utilizzati: semplice eritema, escoriazioni, vescico-bolle, ulcerazioni. La morfologia "bizzarra" delle lesioni,

inusuale per una dermatosi “spontanea”, deve farne sospettare l’artificialità (Figure 1, 2).

I quadri patomimici dermatologici si distinguono in:

- **Consapevoli.** I numerosi studi condotti su questa casistica hanno rilevato, alla base del comportamento autolesivo in questione, alterazioni psicologiche e psichiatriche di varia natura e gravità quali disturbi di personalità, disturbi depressivi, disturbo bipolare, quadri deliranti paranoidi ecc., per cui abbiamo ipotizzato di poter riferire tale sintomatologia a uno specifico “spettro” patoplastico che prevede quan-



Figura 1 – Lesione eritematosa alla fronte in una paziente di 23 anni. La forma quadrata della lesione lascia sospettare l’artificialità della stessa.

to specificato in una pubblicazione della Scuola Fiorentina, edita negli USA anni fa, dove si scriveva che: *“finally dermatitis artefacta has to be seen as only a small segmento of the spectrum which starts with patients who rub and scratch themselves habitually and apparently without deeper meaning and which ends with self-suppressive behavior”*. Anche se non pertinente all’argomento della presente trattazione, ci sembra utile ricordare, ai fini di una diagnosi differenziale circostanziata, che fra le forme note di *Dermatitis Artefacta* sono da annoverare i casi di autolesionismo volontario simulatorio finalizzato a ottenere, spesso dolosamente, vantaggi pratici di qualche tipo, casi quindi di competenza prettamente medico-legale.

- **Solo parzialmente consapevoli o inconsapevoli.** La nostra Scuola ha osservato pazienti che, in uno stato di compromissione parziale della coscienza (che potremmo definire “crepuscolare”), si producevano lesioni cutanee con modalità e in sedi diverse. Questi pazienti manifestavano quasi sempre un’amnesia retrograda della propria iniziativa autolesiva. In relazione all’approfondita osservazione di tali casi si concludeva propendendo per una diagnosi di forme *“fundamentally hysterical”*, che oggi potremmo inquadrare in una diagnosi di Disturbo Disso-

ciativo e includere nello spettro psicodermatologico cui abbiamo accennato.

2. Disturbo da escoriazione (Neurotic Excoriations)

La Scuola di Dermatologia Psicodinamica di Firenze, nella pubblicazione che più sopra abbiamo citato, definiva questo quadro psichiatrico nel modo seguente: *“For us Neurotic Excoriations mean lesions produced by the patients with their fingernails or, in whatever way, using their fingers on their own body surface. Such behavior may be triggered by itchy or burning sensations but, in any case the impulse is fundamentally an incontrollable desire to dig”*. Secondo la nostra esperienza clinica, in accordo con le risultanze della letteratura, i pazienti talvolta mettono in atto il loro comportamento di “escavazione” usando, oltre alle proprie unghie, anche pinzette, aghi, forbicine o altri strumenti.

Tale comportamento si produce per lo più al momento di coricarsi e il paziente, se non può liberamente realizzarlo, soffre intensamente, come un soggetto ossessivo-compulsivo cui viene impedita l’attuazione dei suoi rituali.

Le parti del corpo scelte per questa attività sono di solito il volto, il cuoio capelluto, la superficie estensoria delle braccia e degli avambracci, le cosce, le gambe e la parte alta del dorso (Figure 3, 4). A differenza



Figura 2 – Escoriazioni lineari su tutto l’ambito cutaneo, alcune con disposizione perpendicolare. Si noti il “disegno a croce” a livello della fronte e del dorso delle mani.

di quanto accade nella *Dermatitis Artefacta*, i pazienti in questione ricercano scrupolosamente sulla loro pelle piccoli difetti, spesso fisiologici, come l'ipercheratosi follicolare o lesioni minime (per esempio comedoni, ostiofollicoliti ecc.), passando poi a intraprendere la loro opera di escoriazione. Spesso le "irregolarità" su cui si esercita l'azione di escoriazione consistono nei processi cicatriziali di attività escoriativa pregresse.



Figura 3 – Escoriazioni con morfologia "bizzarra", alcune su cicatrici, in una paziente di 35 anni che riferiva di "escavare" dei piccoli noduli fastidiosi a livello del mento.



Figura 4 – Escoriazioni a "scodellina" e croste ematiche in una paziente che "escavava" ripetutamente la cheratosi pilare delle gambe.

L'esperienza della Scuola Fiorentina su una vasta casistica di pazienti ha portato a concludere che il Disturbo da Escoriazione risulta motivato, in modo complesso, da: tendenza a scaricare la tensione psichica con un'attività simil-masturbatoria, sentimenti di insicurezza, inferiorità, inadeguatezza, indegnità e colpa con conseguente ricorso all'autopunizione, sentimenti di delusione, frustrazione, carenza affettiva e abbandono che danno luogo a un atteggiamento autoaggressivo di tipo simbolicamente autosoppressivo.

3. Tricotillomania

Il termine Tricotillomania definisce un comportamento compulsivo che induce a strapparsi reiteratamente peli e/o capelli. Tale quadro rappresenta la forma più nota delle cosiddette tricosi compulsive tra le quali ricordiamo la Tricoteiromania (con alopecia traumatica da grattamento ripetuto) e la Tricotemnomania (con alopecia conseguente al taglio dei capelli/peli mediante forbici o rasoio subito dopo la loro emergenza). La sede più frequentemente interessata è il cuoio capelluto, in particolare la regione temporo-parietale. Altre sedi colpite ma in minor misura sono le aree ascellari, le sopracciglia (Figura 5), le ciglia,



Figura 5 – Tricotillomania delle sopracciglia. Piccole escoriazioni e croste ematiche conseguenti allo strappo reiterato dei peli.

la barba e, in casi molto rari, l'area pubica e perianale. Talvolta i soggetti che si ledono in tal maniera tentano di nascondere o camuffare il danno usando cosmetici, *foulards* o *toupets*. Alcuni hanno l'impulso e possono tendere a strappare capelli e peli a terze persone oppure peli a oggetti o animali.

L'attività di strappo dei capelli risulta spesso ritualizzata incidendo maggiormente in particolari momenti, giorni o luoghi. I bambini tendono a strapparsi i capelli durante la lettura (per esempio studiando) o il riposo a letto. Gli adulti anche durante l'ascolto della musica o guardando la TV. In genere la Tricotillomania non viene attuata in presenza di terzi e circa la metà dei pazienti nega consapevolmente di essere responsabile di tale menomazione. L'esame obiettivo evidenzia la presenza di una o più aree lesionate, a limiti non sempre netti, con capelli spezzati a diversa altezza (spesso sfrangiati alla loro estremità) e cute indenne o con escoriazioni e piccole croste ematiche (Figura 6, 7). Non viene riferito dolore. Le caratteristiche cliniche devono indirizzare il medico verso la giusta diagnosi permettendo una diagnosi differenziale con la *tinea capitis* (nei bambini) o con l'alopecia areata. Di aiuto per la conferma diagnostica sono l'esame microscopico del capello e/o la dermoscopia.

La Tricotillomania è correlata spesso alla manipolazione feticistica dei peli asportati, alla loro masticazione e alla più rara ingestione dei peli strappati (tricofagia). Nell'adolescenza la Tricotillomania è in genere accompagnata da altre manifestazioni di tipo ossessivo-compulsivo quali ad esempio la Onomatomania, l'Aritmomania, l'Onicofagia e l'Onicotillomania.

Secondo la nostra Scuola Fiorentina, sul piano psicologico, conscio o subconscio, la pulsione assume prevalentemente questi significati: tendenza a indulgere in un comportamento che induce piacere (a significato simil-sessuale), tentativo di alleviare una tensione psichica contingente,



Figura 6 – Quadro classico di Tricotillomania in un bambino di 7 anni: area a limiti poco netti con capelli spezzati a diversa altezza dalla loro emergenza.



Figura 8 – Onicotillomania da manipolazione ripetuta della cuticola: edema e desquamazione dei tessuti molli periungueali, emorragie sub-ungueali e avvallamenti della lamina.



Figura 7 – Tricotillomania in una ragazza di 11 anni: area a limiti poco netti con capelli spezzati anche alla loro emergenza ed escoriazioni.



Figura 9 – Distrofia mediana del pollice: ampia depressione centrale della lamina conseguente ai microtraumi ripetuti a livello della porzione prossimale della matrice.

tendenza a porsi in una posizione di svantaggio per attirare l'attenzione.

4. Onicotillomania e Onicofagia

Il termine Onicotillomania definisce un comportamento compulsivo, auto-aggressivo esercitato con modalità varie sulle diverse componenti dell'unità ungueale. Accanto alla nota Onicofagia e al "finger sucking", comportamenti più comuni nei bambini, è da menzionare la manipolazione/rimozione ripetuta della cuticola ungueale che determina edema dei tessuti periungueali

e depressioni a livello della lamina. Un quadro clinico particolare è rappresentato dalla distrofia mediana del pollice conseguente ai microtraumi ripetuti che il paziente infligge alla porzione prossimale della matrice comprimendo la piega ungueale prossimale e la cuticola con un polpastrello della mano omolaterale (Figure 8, 9).

Sul piano psicologico, in letteratura i comportamenti di cui sopra vengono interpretati riferendoli a situazioni affettive complesse che possono esprimersi in modo sim-

bolicamente ambivalente. Sinteticamente: il "mettere qualcosa in bocca" si richiama metaforicamente all'esperienza gratificante e tranquillizzante del suggerire dal seno materno, il mordere o manipolare in modo autolesivo le proprie unghie esprime patentemente aggressività conflittuale profonda, irrisolta, che si esprime in modo autodistruttivo.

albertocossidente@virgilio.it
elisa.difonzo@uslcentro.toscana.it

Ricordo di Aldo Pagni



Pubblichiamo l'intervento della figlia Valentina in occasione del Convegno *Responsabilità civile e responsabilità sanitaria. Due sistemi a confronto*, dedicato ad Aldo Pagni, che si è svolto presso il Dipartimento di Scienze giuridiche dell'Università degli Studi di Firenze (8/2/2018)

Penso che l'affetto di mia sorella sarebbe capace di convincermi ad andare sulla luna... non trovo un'altra spiegazione, se non l'affetto, al suo desiderio di farmi partecipare a una giornata come questa: la sede accademica, gli argomenti trattati e i protagonisti del convegno esprimono le più elevate competenze scientifiche e tecniche, delle quali io sono invece completamente sprovvista, dato che mi occupo principalmente di musica.

In realtà sono qui solo per testimoniare l'esperienza diretta di una parabola umana che si è conclusa poco tempo fa, con un lascito vivissimo che ci accompagna ogni giorno e che sentiamo importante e bello da condividere.

Nostro padre è stato un uomo decisamente singolare, la cui memoria non può prescindere dalla dimensione professionale, che ha occupato interamente la sua vita, a partire dagli spazi fisici della nostra casa: l'instancabile attività di medico, pubblicista, dirigente, filosofo della medicina lo ha reso protagonista di quasi tutte le vicende che dalla fine degli anni '60 al 2016 hanno attraversato la politica sanitaria del nostro Paese, lasciando sostanzialmente sullo sfondo la vita familiare, ma permettendoci di essere testimoni vicine e coinvolte di ognuno dei passaggi più importanti della sua storia professionale e dei cambiamenti profondi che l'hanno contrassegnata.

La sua onnivora curiosità, accompagnata da una passione "smodata" per i libri, l'aveva portato a interessarsi di qualunque argomento fin dall'adolescenza, ed è per questo che la vastità dei suoi interessi comprendeva letteratura, teatro, arti figurative, musica, politica e sport, oltreché la filosofia, grazie anche alle specifiche competenze di nostra madre, sua compagna per oltre 60 anni.

Tutti questi interessi confluivano nella sua esperienza diretta di medico che, dopo una brillante specializzazione in medicina interna, e archiviate le aspirazioni universitarie a causa dell'espletamento di un lungo e punitivo servizio di leva, si dedicava con impegno e talento all'attività di medico di famiglia.

Un medico colto e curioso, dotato di una naturale autorevolezza ma anche di una grande capacità di ascolto che definirei "democratica", grazie alla quale instaurava con i pazienti e i collaboratori un rapporto di fiducia senza alcuna blandizie, anzi talvolta con una certa rudezza di modi, che ad esempio rendevano le sue conversazioni con gli informatori scientifici dei veri *match* ambulatoriali.

L'aggiornamento costante – sia sul piano scientifico e culturale, sia come espressione di una spiccata curiosità intellettuale – e il rispetto per il portato di una vissuta esperienza di saggezza contadina creavano un mix di scienza e buonsenso, nutrito dall'irriverenza feroce della toscana (seppure nato a Genova, è cresciuto in Toscana) e da una sostanziale e totale libertà di pensiero, alla quale non ha mai abdicato, nelle tante vicende che lo hanno visto impegnato in ruoli istituzionali.

Le importanti trasformazioni normative che hanno investito in questi cinquant'anni la medicina lo hanno visto sempre attivo, all'inizio come giovane sindacalista dall'eloquio fluido e forbito (un sindacalista *sui generis*, a tutela della professione, più che dei professionisti!); fin dalla metà degli anni '70 l'intensità dell'impegno profuso in lunghe sessioni di studio e letture notturne faceva emergere il suo progetto culturale sulla medicina, mentre la Riforma Sanitaria del 1978 realizzava il dispositivo dell'articolo 32 della Carta, e il medico di famiglia, per la prima volta, si vedeva riconosciuto un ruolo centrale nel nuovo Servizio Sanitario Nazionale.

Contemporaneamente, la presa di coscienza diretta della progressiva svalutazione che la professione medica subiva (l'orrido dottor Tersilli *medico della mutua*, del film di Luigi Zampa interpretato da Alberto Sordi, era un insopportabile prototipo di tutti i peggiori crimini di cui un medico poteva macchiarsi, ma rispecchiava un'opinione piuttosto comune sulla professione...) suscitava in lui l'esigenza di una vera e propria "riscossa" culturale.

Partendo, come al solito, dallo studio dei testi e dalla capacità di guardare anche al di fuori dei confini nazionali, nostro padre si armava, insieme ad alcuni fidati compagni, per una battaglia di competenza e individuazione di specificità per la nuova medicina generale, quella che praticava nel suo ambulatorio e nelle quotidiane visite domiciliari che (in assenza dei telefoni cellulari) venivano prenotate e comunicate da noi, sempre munite di una robusta prolunga telefonica, blocco e matita... accanto ai libri di scuola, o alla tastiera del pianoforte.

La riflessione sui modi e gli scopi della professione del medico generale fu ampia e prolungata, ma soprattutto graniticamente poggiata sulla centralità dell'uomo, e nutrita da un continuo approfondimento umanistico, che abbracciava la cultura classica e l'epistemologia medica in un unico progetto, pur nella consapevolezza dell'importanza di un rapido progresso scientifico e tecnologico, che continuamente suggeriva la specializzazione di competenze e abilità mediche settoriali.

L'antropocentrismo della relazione di cura rendeva indispensabile intanto l'ascolto attento della storia umana della persona malata, e in questo nostro padre era naturalmente facilitato da una memoria puntualissima, che gli permetteva di seguire le trame delle infinite vicende familiari dei suoi duemila pazienti, riannodandone i fili a ogni incontro, e incrementando così in modo esponenziale la fiducia nella saggezza delle sue decisioni cliniche.

Anche in questo senso il suo "umanesimo" medico era totalmente coerente, e nutrito costantemente da una combinazione di due fattori molto diversi, ma in lui perfettamente amalgamati: la cultura scientifica, sempre aggiornata e sostanzialmente fiduciosa nel progresso – e mai disgiunta dall'amore per la riflessione filosofica – e un occhio attento ai valori di una società passata, in cui la parola data valeva quanto un contratto, l'onestà intellettuale era sempre accompagnata dal rispetto profondo per l'altro, e la difesa delle componenti più deboli meritava accese battaglie.

In questo senso visse anche l'impegno di medico del lavoro quando, presa coscienza del fatto "che l'ambiente lavorativo rappresenta un fattore determinante per la salute, ma spesso è ignorato nell'approccio clinico del medico al singolo paziente", come si legge nelle sue memorie, si mise a studiare le patologie specificamente legate all'attività vetraria, data la tradizione empolesse nella produzione di vetri e cristalli: fu lo spunto per approfondire modi e tempi del lavoro in vetreria, e organizzare – nel suo più tipico stile di abbinamento fra scienza e cultura – anche un importante convegno nazionale sul tema dell'arte vetraria in rapporto alla medicina del lavoro.

L'impegno per un approfondimento scientifico e culturale sui modi della professione si faceva intanto sempre più intenso, e un'accelerazione in questo senso venne dalla proposta da parte del CNR di un progetto di informatizzazione per i medici: si trattava di definire le "specifiche" della professione del medico generale e di ideare uno specifico *software* per la gestione dei dati.

La *cartella clinica orientata per problemi* fu cibo quotidiano per molto tempo, anche in famiglia. Col consueto entusiasmo nostro padre si avventurava in territori sconosciuti, con computer ingombranti e poco efficienti, chiedendo aiuto agli informatici, ma soprattutto impegnandosi – con valorosi colleghi, tra cui l'amico di sempre, Luciano Baldacci – ad analizzare, definire e disciplinare le prestazioni dei medici di famiglia. Erano i famosi *protocolli*, che tracciavano le linee guida per la cura delle principali malattie: ricordiamo interminabili sedute notturne alla scrivania, e intere giornate estive dedicate esclusivamente allo studio e alla stesura di questi documenti, che sistematizzavano il trattamento del diabete, dell'ipertensione e tante altre patologie che frequentemente i medici generali si trovavano ad affrontare.

Questa febbrile e costante attività pratica e teorica sul senso della professione medica si concretizzava poco dopo nella fondazione della Società Italiana di Medicina Generale, che nacque nel 1982 a Firenze, vedendo protagonisti insieme a lui Antonio Panti, Mario Boni e Danilo Poggiolini. Inizialmente osteggiata dagli ospedalieri e dagli universitari, la SIMG nasceva 50 anni dopo il Royal College dei medici generali inglesi, e l'esperienza britannica fu la linfa iniziale per organizzare le metodologie e i primi lavori scientifici, grazie anche alla partecipazione di un (allora) giovane medico bilingue, Claudio Cricelli, attuale presidente della Società.

La nuova creatura ebbe in famiglia le cure che si destinano ai neonati: fummo tutti coinvolti con il grafico Silvano Salvadori nella creazione del logo che, coerentemente con l'approccio colto e attento ai valori della classicità di nostro padre, fu composto a partire dal celebre dipinto di Jan Steen – *Il medico e la paziente* – che ne è immagine centrale, inscritta in una figura circolare che comprende: uno stilizzato emiciclo di anfiteatro greco, su cui è impressa la parola *logos*, un nodo d'amore con la parola *filia* e una ruota dentata che reca la parola *technè*. Dove il *logos* è l'insieme dei saperi che servono a essere un medico (compresa l'indispensabile, onnipresente cultura umanistica), *filia* la capacità empatica di entrare in contatto col paziente e costruire con lui un rapporto di fiducia e confidenza, e *technè* l'arte medica, intesa come insieme di gesti pratici e possibilità di sfruttare le nuove tecnologie, sempre ovviamente al servizio dell'uomo, nella sua laica centralità (Figura 1).

L'impianto della Società non poteva prescindere dalla scuola, e da una nuova didattica interattiva, gestita da formatori appositamente preparati a insegnare ai giovani medici in una prospettiva di formazione continua, che comprendeva anche il tirocinio in studio sotto la supervisione di un *tutor*.

Tutto questo, che oggi può sembrarci acquisito in modo pacifico, era invece allora frutto di un'autentica *fatica*, di cui nostro padre si sobbarcava con l'abituale leggerezza: non abbiamo memoria di alcuna lamentela, né di avergli sentito invocare la necessità di *staccare*. . . per lui tutto questo, semplicemente, non esisteva.

E infatti altre sfide si aggiungevano col passare del tempo, soprattutto dopo l'inizio dell'*avventura romana*, come lui definì la sua Presidenza della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, dal 1996 al 2000.

Anche quel ruolo fu ricoperto con entusiasmo e grande senso di responsabilità, in un periodo di difficili trasformazioni che coinvolgevano temi delicatissimi come la procreazione assistita, l'uso delle cellule staminali, il fine vita. Tutti argomenti che affrontava partendo sempre dall'approfondimento degli studi scientifici e filosofici più aggiornati, e rivendicando una libertà di pensiero e una laicità che, non poche volte, si scontravano con le altrui posizioni, politiche e religiose. Una foto che lo ritrae in udienza da Papa Giovanni Paolo II ci fa ancora sorridere, perché nell'atteggiamento di evidente ed esibito rispetto dinanzi al Santo Padre non manca una sfumatura di sornione disincanto. . .

Come Presidente della Federazione, nostro padre fu al centro anche della nota vicenda legata alle cure oncologiche del professor Di Bella, un fisiologo modenese che nel 1997 proponeva una multiterapia anticancro a base di somatostatina. La terapia non era stata sottoposta a una rigorosa sperimentazione scientifica, e la Commissione Unica del Farmaco, composta da illustri clinici e farmacologi e presieduta da nostro padre in qualità di Presidente della Federazione dichiarò che, non avendo validità scientifica, la cura non potesse essere inserita nei protocolli di trattamento oncologico del Servizio Sanitario Nazionale. Questo scatenò una potente battaglia mediatica, strumentalizzata anche dalla politica, con la Destra che si schierò apertamente a difendere il diritto alla libertà di cura.

In quell'occasione anche alcuni grandi nomi della medicina scelsero di non assumere una posizione di netto disaccordo con il professore, che appariva alla gente "un anziano medico buono e umano, refrattario alle regole della scienza, vincente nel confronto con le scarse capacità comunicative e la mancanza di empatia rimproverate a molti oncologi", come scrisse nostro padre, sempre nel suo libro di memorie (significativamente intitolato "Un medico di famiglia nel teatro della vita"). Lui invece si espose, con grande coraggio, intervenendo in tutte le trasmissioni televisive principali (tra cui *Porta a porta* e il *Maurizio Costanzo show*), a ripetere che era necessario evitare che l'opinione pubblica si cibassee di pericolose illusioni, anche perché intraprendere la cura Di Bella significava per i malati oncologici abbandonare la chemio e la radioterapia. Furono giorni convulsi e davvero difficili – ricevette infatti numerose minacce, e perfino una busta contenente un proiettile. . . – ma eravamo molto fiere di lui.

La stessa posizione ferma e serena fu assunta nella vicenda delle cure a base di cellule staminali, che ha trovato in tempi recenti una definitiva soluzione giudiziale, in linea con quanto nostro padre aveva sostenuto.



Figura 1.

Le approfondite competenze giuridiche di mia sorella divennero in quegli anni linfa vitale a cui attingere: definita da piccola *Ilaria-cittadina-protestataria* per la sua *vis* argomentativa, e spesso protagonista di asperre discussioni con lui, mia sorella veniva ora coinvolta in lunghe conversazioni chiarificatrici, e sempre più spesso nella lettura dei documenti che lui andava elaborando, in modo che vi potesse ravvisare e correggere eventuali inesattezze o lacune sul piano giuridico.

Coerentemente con i suoi interessi umanistici e filosofici, nostro padre fu una presenza significativa nella Consulta deontologica. Come lui stesso ebbe a scrivere nel 2012: “la medicina di ieri costava poco e, nella pratica, non produceva molto di nuovo, ma aveva fini eticamente indiscutibili; come recitava un vecchio adagio, ‘curava spesso, guariva qualche volta e consolava sempre’. E la deontologia, fino agli anni ’90, aveva potuto limitarsi a dare indicazioni per una prassi medica moralmente onesta, corretta e decorosa. La medicina tecnologica di oggi è invece molto costosa, e ha dilatato il suo potere, andando oltre le regole della natura; nel contempo l’apertura al diritto del cittadino di essere coinvolto nelle decisioni del medico comporta che la riflessione deontologica non possa più esaurirsi nell’ambito della professione, ma debba confrontarsi con l’opinione pubblica”.

Nostro padre partecipò a quattro delle cinque successive stesure del Codice deontologico, che si susseguirono dal ’78 al 2006; i lavori della consulta erano contraddistinti dall’estenuante negoziazione di ogni articolo, ma già nel ’98 il codice accoglieva temi come la legittimazione della sospensione delle cure e del rispetto della volontà del paziente divenuto incapace, attraverso direttive anticipate.

Se è vero che *la vita è ciò che ti succede mentre sei impegnato in altri progetti*, lo è stato ancor di più per nostro padre il quale, superati agilmente gli ottant’anni, continuava a partecipare a convegni e incontri in tutta Italia, con un fitto calendario oggetto di scherzosi confronti con le agende degli altri superimpegnati membri della famiglia, fino alla constatazione di una sostanziale parità, nonostante le differenze anagrafiche. Un casuale controllo di *routine* evidenziava improvvisamente una neoplasia in fase avanzata, e in 48 ore nostro padre prendeva coscienza che, nonostante il suo stato di salute gli sembrasse ancora ottimo, era invece malato, e piuttosto gravemente.

Sono così iniziati gli ultimi sei mesi della sua vita, nei quali la perfetta corrispondenza tra le precedenti, colte teorizzazioni in tema di fine-vita e di rispetto per la dignità umana, e il suo inedito atteggiamento di paziente ci hanno regalato un padre nuovo e meraviglioso.

Il passaggio repentino dalla condizione di medico a quella di paziente fu gestito da lui con inarrivabile compostezza e, fin dall’annuncio sbrigativo della diagnosi infausta da parte del radiologo che aveva effettuato la TAC, non tradì alcuna emozione, limitandosi a dirci: “E ora, come lo diciamo alla mamma?”.

L’*iter* della malattia, nonostante la sua costante e professionale consapevolezza, fu affidato interamente alla nostra gestione organizzativa, e tutte le tappe dei tentativi di cura vissute con serenità, inizialmente anche con un certo ottimismo, per la buona risposta alle terapie da parte del suo fisico forte (fu perfino capace di organizzare una *chemiozingarata*, facendosi accompagnare all’Ospedale di Livorno da tre cari amici, in una gita che riuscì a essere addirittura allegra).

Ma intanto la malattia prendeva il sopravvento, impedendogli di continuare le consuete attività – un’estensione della neoplasia gli rendeva più faticoso l’uso della voce – e così, da infaticabile oratore di mille convegni, divenne un ascoltatore attento dei nostri racconti, nelle lunghe attese nei presidi sanitari e nelle interminabili giornate di forzata inattività.

Argomenti giuridici, quelli di Ilaria, artistici e letterari i miei, centrati su un progetto concertistico di quel periodo, che proponeva un tentativo di definizione del rapporto tra Marcel Proust e la musica. Proust divenne un privilegiato tema di conversazione, fino alla data del concerto – di poco antecedente gli ultimissimi giorni della sua vita – al quale volle comunque partecipare, pur con grande e visibile fatica, in quella che fu la sua ultima uscita serale.

Ciò che ci sorprende e inteneriva oltre misura era il suo interesse vero e genuino per le nostre attività, reso ancora più puntuale dalla frequentazione divenuta quotidiana a causa della nostra partecipazione diretta all’assistenza domiciliare, dato che non fu organizzato alcun ricovero ospedaliero.

Un tavolo per Ilaria, ingombro di libri, codici e fascicoli, fu installato nella camera dei nostri genitori, mentre la loro casa diveniva meta di frequenti “passaggi” dei nipoti e degli amici più cari.

Di quel periodo ricordiamo la sua incredibile compostezza, e la sua capacità di non cedere in alcun momento a una visibile disperazione, pur sentendo le forze allontanarsi inesorabilmente.

Spesso riusciva perfino a scherzare, sulle inevitabili goffaggini della nostra assistenza infermieristica e finanche sulla perdita di autonomia che lo costringeva a un’inedita intimità fisica con noi; alla dottoressa responsabile delle cure palliative, che veniva regolarmente a visitarlo, raccontò con un filo di voce... una barzelletta salace.

Lo stesso giorno, però, approfittando della presenza di entrambe, indaffarate con la flebo al suo capezzale, ci informò – col ben noto atteggiamento fermo, che non ammetteva repliche – della sua volontà di avvalersi del diritto di non continuare le cure, raccomandandoci al contempo di sostenere nostra madre, che da *questa vicenda*, come lui definì la sua fine, riceveva un colpo durissimo. Al nostro sbigottimento rispose con serena determinazione, e da quel momento ci permise soltanto l’idratazione, rifiutando i farmaci e procedendo a un composto e affettuoso congedo da tutti noi, non prima di aver ringraziato ciascuno per l’opera prestata durante la malattia, nella constatazione, decisamente tardiva ma non per questo meno significativa, di come fosse *bello avere una famiglia!*.

Restiamo con un lascito che, come dicevo all’inizio, riteniamo giusto e bello condividere, perché se ai figli generalmente i genitori insegnano a vivere, a noi è stato insegnato... a morire, con la serenità e la saggezza di un grande medico che ha saputo congedarsi dalla vita, pur amandola moltissimo, con la più alta dignità e coerenza.

(Temo che non riusciremo a mettere in pratica l’insegnamento ricevuto).

Valentina Pagni

Pietro Grocco (1856-1916) o del “Clinico universale”, dell’“Infallibile semeiotico” o del “Medico virtuoso”

di Francesco Carnevale



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

Scienza, “arte”, medicina,
didattica e imprenditoria nella
vicenda umana e professionale
di un grande medico
del passato.

Parole chiave:

Grocco, storia clinica, Firenze,
medicina del lavoro, saturnismo

Vittorio Matteo Corcos (1859-1933) ha fatto di Pietro Grocco un ritratto pittorico veramente intenso; Giuseppe Verdi (1813-1901) sembra che ripetesse a destra e a manca: “Non credo molto alla medicina, ma credo a Grocco”; Gabriele D’Annunzio (1863-1938) con una missiva del 16 agosto 1901 lo omaggia a modo suo per prestazioni ricevute: “Caro e grande Maestro, ho sempre nella memoria il modo con cui Ella, interrogandomi tendeva l’orecchio per scoprire nella mia risposta la voce dell’istinto. Vedevo sorgere dalla profondità della sua scienza la facoltà suprema dell’artista: l’intuizione. L’arte medica” non m’era mai apparsa in un aspetto tanto nobile, né avevo mai conosciuta un’attitudine tanto semplice e possente

nello scrutare l’opera misteriosa che la Natura compie nel corpo umano. E mi ricordavo certe parole già lette da un vecchio libro: “Est in morbis et medicinis hoc, quod Hippocrates vocavit divinum ... Mi sembra che il sentimento di questo divino faccia di Lei, caro Maestro, una specie di “pontefice naturale” verso di cui un poeta è naturalmente attratto”. È comunque uno storico della medicina contemporaneo, Paolo Mazzaello, che su Grocco ha scritto considerazioni profonde e definitive: “Il medico di fama si muoveva sulla superficie del corpo del paziente come un virtuoso della professione, tanto più valente quanto più abile nel riuscire a ‘far parlare’ la malattia nascosta attraverso il disvelamento di elementi patognomnici significativi. Doveva dar prova di una capacità gerarchica di giudizio e spesso si poneva sulla scena clinica, di fronte ai parenti, quasi come un artista ispirato che, attraverso una serie di gesti, manovre e movimenti noti a lui soltanto, poteva giungere a intuire la realtà patologica sottostante. Il suo corredo di conoscenze, l’esattezza del giudizio clinico, l’originalità del sospetto diagnostico affascinava gli studenti che lo seguivano nelle corsie ospedaliere o i colleghi che lo avevano chiamato per un consulto. Da qui nasceva il mito dell’occhio clinico infallibile del maestro, mezzo scienziato e mezzo artista,



Figura 1 – Vittorio Matteo Corcos, Ritratto di Pietro Grocco.

in grado di cogliere con l’intuizione un disegno definito, dove altri intravedevano solo caos e confusione. Il clinico famoso era un uomo quasi deificato anche per lo spazio ideale, ai confini della vita umana, in cui si poneva la sua azione e per il peso delle attese ansiose, quasi insopportabili, di cui si faceva carico”. Interesserà leggere alcuni brani indicativi di una vera “autoanalisi” del maestro, estratti dalla Prelezione letta l’11 dicembre 1888 nell’Anfiteatro anatomico di Pisa: “Non basta per fare la diagnosi il trovare una formula da apporsi su di una tabella cubicolare; ma è me-

stieri che si sappiano disporre in un quadro tutti i sintomi, e gli altri fattori or ora compendiosamente accennati, e per modo che ne risalti chiara la fisionomia assunta nel caso pratico da una malattia, così come dalla giusta distribuzione dei colori sulla tela ritrae il pittore la fisionomia d'una persona. E come non si danno due fisionomie d'uomo in tutto eguali, così è dei quadri morbosi. Di guisa che la diagnosi, se ridotta a un'etichetta è per molti malati la stessa, intesa come vuole essere nella medicina scientifica cangia per ogni malato; ed è più accorto clinico colui che nel parallelo di casi simili sa rilevare in maggior numero i punti differenziali" ... "È l'osservazione clinica, che temprandosi ai dettami scientifici dei tanti rami ausiliari non finisce mai ars longa quale essa è d'educarci quel tatto pratico, che non è nulla di magico, ma neppure nulla d'immaginario, e per cui a ogni sintomo, a ogni gruppo sintomatico si sa dare nel caso speciale la giusta misura nella motivazione diagnostica e niente sfugge, che nella motivazione stessa possa avere importanza" ... "E al letto del malato osservare bene vuol dire addestrarsi con un continuato esercizio a rilevare rigorosamente i sintomi senza vedere attraverso a teorie o a sistemi. - Oh sì, non stanchiamoci d'esercitarci all'esatta osservazione de' malati; e non la smettiamo un solo momento, perocché senza di essa l'edificio diagnostico manca di fondamenta. Egli è soltanto dopo l'osservazione clinica ben condotta, che si riesce a ben concentrare la luce emanata dalle scienze mediche e mettere in chiaro la diagnosi delle malattie" ... "Sarebbe assai più comodo il ridurre lo svolgimento diagnostico, scusate l'espressione, a una sonata di organetto, montata a seconda dell'una o dell'altra malattia. Ma tradirebbesi il mandato. L'idea scientifica si muove; e noi dobbiamo seguirla; se no meglio è lasciare il campo della scienza!". Pietro, di famiglia povera, grazie allo zio prete si laurea in medicina

a Pavia nel 1879, si fa ben volere da un clinico importante, Francesco Orsi (1828-1899) e inizia una veloce e folgorante scalata accademica, professionale e sociale: clinico medico a Perugia nel 1884 (a 28 anni); tre anni dopo si sposta a Pisa e nel 1892 è chiamato presso l'Istituto Fiorentino di Studi Superiori, dove istituisce anche una sezione antirabbica; nello stesso anno, grazie anche alla sua fede giolittiana, viene nominato ispettore governativo e direttore sanitario delle Terme di Montecatini; nel 1905 ottiene il laticlavio. Centinaia sono i suoi contributi comparsi su riviste, praticamente in tutti i campi della medicina e specie in quello neurologico, cardiologico e della pneumologia; ammirevole per acume e semplicità risulta la sua unica monografia, "Lezioni di clinica medica" del 1906; almeno cinque sono gli eponimi che legano il suo nome a dei segni clinici.

Sebastiano Timpanaro (1923-2000), filologo e critico letterario, a proposito degli ultimi decenni

dell'Ottocento, ha fatto osservare: "Si potrebbe sostenere senza difficoltà che il genio di Firenze sia la scienza e non l'arte e la letteratura. Sarebbe un'esagerazione ma non mi sembra uno sproposito". Ciò è vero anche o soprattutto per la medicina; alla vecchia guardia risorgimentale si avvicenda Grocco, ma anche un foltissimo stuolo di giovani di grande valore, provenienti da tutte le parti d'Italia: Giuseppe Corradi (1830-1907) e Alberto Francesco Colzi (1855-1903) nella chirurgia, Domenico Chiara (1838-1905) nella ginecologia, Daniele Bajardi (1845-1923) e Giuseppe Mya (1857-1911) nella pediatria, Luigi Luciani (1840-1919) e Giulio Fano (1856-1930) nella fisiologia, Cesare Federici (1838-1892) e poi Francesco Coppola, che fonda nel 1889 il Laboratorio di Materia Medica e Farmacologia Sperimentale, Guido Banti (1852-1925) nell'anatomia patologica, Giulio Chiarugi (1859-1944) nell'anatomia, Alessandro Lustig (1857-1937) nella batteriologia, Eugenio Tanzi (1856-

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA E CHIRURGIA
PARTE ORIGINALE
Vol. 267. — Fasc. 804. — Giugno 1884

GROCCO dottor PIETRO, I.^o Assistente alla Clinica medica ed incaricato dell'insegnamento della Patologia speciale e Propedeutica mediche nell'Università di Pavia. — **Appunti di semeiotica sull'apparato circolatorio.**

Sono note, che trascrivo solo avertire desunte da un numero ragguardevole di osservazioni cliniche; e la bontà del metodo d'esame dell'apparato circolatorio, che ebbi la fortuna di apprendere presso il ch.^o prof. Orsi, mi fa sperare di non avere erroneamente rilevato.

I.

La partizione del secondo tono nella stenosi mitrale. — Numerose discussioni si sono fatte su tale argomento, e non cessano di essere le stesse riprodotte nei più recenti manuali di semeiotica. Ancora qualche mese fa il prof. De Renzi ne scrisse sul suo Giornale; e però si conceda a me qualche parola.

Pure non ammettendo la quasi costante presenza della divisione del tono secondo nella stenosi mitrale, come vorrebbero il Geigel (1), il Potain (2), il Peter (3), ecc., certo è che un tale

(1) Geigel. « Der gespaltenen Herzton. » — « Verhandl. der Würzb. med. phys. Gesellsch. » Heft. II, 1852.

(2) Potain et Renard. « Dictionn. des Scienc. méd. », 1.^o Serie, 18.

(3) Peter. « Traité clin. et prat. des malad. du cœur », etc., 1853, pag. 498.

76

a scrivere, e cioè che sia diminuito il limite massimo di contenenza dei solfati nel vino; e per evitare inutili discussioni, la SO³ determinata sia riferita ad acido solforico (H² SO⁴) e non come attualmente si usa a solfato di potassa neutro o acido a seconda delle convinzioni dello sperimentatore.

Pisa, febbraio 1884.

Di una nuova causa d'errore nella ricerca dell'albumina nelle urine: pel dott. PIETRO GROCCO.

« Nessun componente patologico delle urine ha tanta importanza pratica pel medico, quanto l'albumina (1). »

Da codesta veritiera asserzione del Leube emerge la necessità di raccogliere il più possibile l'attenzione sopra tutto ciò, che può condurre a falsi risultati nell'indagine di quella sostanza; ed è su taluna di siffatte cause d'errore, che voglio fissarmi, perchè non sufficientemente considerata da molti nella pratica, o tacita del tutto, anche nei migliori trattati moderni di uroscopia. — Il poco, che di nuovo potrò asserire, basa sopra osservazioni fatte nel gabinetto di clinica medica generale di Pavia, e riprodotte in due lezioni di clinica propedeutica.

I.

Due sono le prove più comunemente adottate per la determinazione dell'albumina nelle urine (e quando si dice

(1) Die Lehre vom Harn. Ein Handbuch, bearbeitet von Sal-A u. s. und W. A. Leube. Berlin 1882.

Figura 2 – Da sinistra: *Appunti di semeiotica sull'apparato circolatorio*. In: *Annali Universali di Medicina e Chirurgia*, 1884. *Di una nuova causa d'errore nella ricerca dell'albumina nelle urine: pel dott. Pietro Grocco*. In: *Annali di Chimica Applicata alla Farmacia ed alla Medicina*, 1884

1934) nella neurologia e psichiatra, Giorgio Roster (1843-1927) e Andrea Corsini (1875-1961) nell'igiene e nella "Chimica fisiologica e patologica" e poi nella storia della scienza, Gaetano Pieraccini (1864-1957) e Guido Yllier Giglioli (1875-1939) nella medicina sociale e del lavoro, questi ultimi protagonisti con i medici legali Cesare Biondi (1867-1936) e Lorenzo Borri (1864-1923) della stagione (1907-1917) de "Il Ramazzini. Giornale Italiano di Medicina Sociale".

Più che dall'igiene è dalla clinica, fatto peculiare italiano, che provengono le risorse umane e scientifiche che animeranno la medicina del lavoro; e ciò capita anche a Firenze dove si può sostenere che Pietro Grocco abbia assunto il ruolo indiscusso di iniziatore e poi di facilitatore; è proprio Grocco a scrivere una prefazione a "Le malattie del lavoro. Note di patologia e d'igiene" del 1902, il primo trattato concepito in Italia dopo quello secentesco di Bernardino Ramazzini (1633-1714): "Alcune mie conferenze popolari hanno indotto il Dott. Giglioli a scrivere sulle malattie professionali; e io mi congratulo col mio distinto allievo, che in pochi mesi ha saputo ben raccogliere e ben comporre un abbondante materiale di studio sull'argomento; e consiglio il dott. Giglioli a pro-

seguire con zelo in siffatto lavoro che ben risponde a esigenze scientifiche e a esigenze umanitarie". Giglioli, medico interno nel Regio Istituto di Clinica medica generale in Firenze, nell'introduzione del libro ricorda: "Da pochi giorni si erano iniziati in Firenze i corsi dell'Università popolare e l'ampia sala dell'antico palazzo Bardi era affollata da un pubblico vario, di industriali e di operai, di impiegati, di medici e di studenti; la parola chiara e concisa del clinico spiegava e commentava le varie forme di intossicazione professionale e il silenzio religioso e l'attenzione raccolta mostravano quanto l'argomento interessasse ognuno e quante riflessioni germogliassero dal seme della scienza così gettato. E il soggetto della lezione era veramente tale da commuovere e attrarre ogni ascoltatore; l'immagine del lavoratore che nel lavoro stesso, nel quale cerca e guadagna la vita, può trovare ignorante e ignorato, la malattia e talvolta la morte ...". Nel capitolo dedicato agli avvelenamenti da piombo, l'autore si premura di raccontare che "...nella Clinica di Firenze nel 1899 fu studiato un caso interessantissimo di saturnismo in un tipografo compositore che presentava tutti i sintomi di un'angina di petto; il prof. Grocco in una serie di lezioni, escludendo le altre for-

me, fece diagnosi di angina spastica da probabile nevrite saturnina dei nervi cardiaci".

La distinta clientela, ma anche l'attività di "idrologo medico" e di vero promoter delle Terme di Montecatini, assicurano a Grocco lauti guadagni che saranno investiti in immobili e specialmente in terreni; come ben ricostruito dallo storico Luigi Tomassini e collaboratori in una monografia su Collesalveti, il medico nel 1901 acquisisce la fattoria di "Nugola nuova" e quindi quella di "Guasticce" e, con l'obiettivo di "produrre molto, presto e a buon prezzo"; porta a eccellenza il settore agricolo e di allevamento di bovini trasformandoli sia dal lato tecnico, amministrativo, igienico che economico-industriale in riconosciuti laboratori sperimentali; mette in campo non solo un'industrializzazione delle lavorazioni, ma anche un aggiornamento dei rapporti fra proprietari e coloni, particolarmente decisivi nel campo della mezzadria, affidandosi al "fattore" ma anche a contabili e agronomi.

Grocco rimane molto legato al paese natio, Albonese, nel quale, nel 1906, fonda un asilo infantile intitolandolo al padre sarto. Gravemente malato di tubercolosi muore prematuramente a Courmayeur.

fmcarnevale@gmail.com

NUOVO SITO INTERNET DEDICATO A TOSCANA MEDICA

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

Ondate di freddo ed effetti sulla salute: dalla ricerca all'applicazione

di Alessandro Messeri, Marco Morabito



ALESSANDRO MESSERI
Centro di Bioclimatologia,
Università degli Studi di Firenze



MARCO MORABITO
Istituto di Biometeorologia Firenze,
Consiglio Nazionale delle Ricerche
Centro di Bioclimatologia,
Università degli Studi di Firenze

Mentre l'effetto delle ondate di calore sulla salute umana è molto studiato e in molti paesi europei ed extraeuropei sono presenti sistemi di sorveglianza attiva e allerta caldo, meno capillari e strutturati sono invece i sistemi di allerta freddo, nonostante esistano numerose evidenze scientifiche che dimostrano importanti ripercussioni sulla salute. La causa di questa carenza è da ricercare probabilmente nella significativa riduzione dei periodi di freddo prolungati osservata durante l'inverno nell'ultimo trentennio. In questo articolo si valutano gli effetti fisiopatologici del freddo e le strategie adottate per contrastare le emergenze.

Introduzione

L'Organizzazione Meteorologica Mondiale (WMO) non ha ancora stabilito un criterio internazionale condiviso per classificare le ondate di freddo, nonostante esistano evidenze scientifiche dei loro effetti sulla salute. Da un punto di vista climatologico, l'ondata di freddo è identificata come un'anomalia termica locale persistente un certo numero di giorni. Tuttavia la percezione del freddo è fortemente condizionata anche dalla presenza di altri fattori meteorologici come per esempio il vento che, con la continua rimozione dello strato d'aria prossimo all'epidermide, favorisce una maggiore dispersione del calore e un generale raffreddamento corporeo, facendo percepire in genere temperature più basse rispetto a quelle dell'aria circostante. Il principale indice biometeorologico per la valutazione dell'effetto raffreddante del vento (il *New Wind Chill Temperature Index*, NWC) permette di stimare il tempo di congelamento delle estremità esposte (Shitzer e Tikuisis, 2012). In letteratura esistono molte evidenze relative all'effetto del freddo soprattutto sulla mortalità totale e per cause specifiche. Questa correlazione appare comunque molto complessa, con un impatto variabile sulla popolazione, in quanto entrano in gioco elementi comportamentali caratteristici delle varie aree climatiche. Studi epidemiologici, eseguiti in aree climatiche temperate, hanno evidenziato un numero maggiore di decessi in inverno, con una percentuale che varia dal 10 al 25% (Dale-

zios, 2017). In uno studio di alcuni anni fa, il nostro gruppo di ricerca aveva evidenziato anche un effetto significativo dell'indice NWC sui ricoveri ospedalieri per infarto del miocardio (Morabito et al., 2005), confermando successivamente anche un effetto diretto delle basse temperature su un fattore di rischio cardiovascolare molto importante, come la pressione arteriosa (Morabito et al., 2018).

Effetti del freddo sulla salute

In una persona adulta sana, la temperatura corporea è mantenuta su valori compresi tra 36 e 37°C grazie alla termoregolazione, che consiste nel processo di bilanciamento tra quantità di calore prodotto (termogenesi) e quantità di calore perduto (termodispersione). Il corpo umano infatti, se esposto a basse temperature, adotta meccanismi termoregolativi come la vasocostrizione cutanea e la produzione di calore generata dalla contrazione muscolare (brividi). Secondo uno studio eseguito in

Parole chiave:

basse temperature, termoregolazione, salute, prevenzione

Classificazione	Manifestazioni cliniche	Temperatura dell'organismo in °C
Grado 1	Brividi, sensazione di freddo ma con ancora conservazione dello stato di coscienza	35-32°C
Grado 2	Stato soporoso, nessun brivido	32-28°C
Grado 3	Incoscienza, parametri vitali rilevabili	28-24°C
Grado 4	Assenza di segni di vita	< 24°C

Tabella I.

Classificazione dei livelli di ipotermia.

Inghilterra (Department of Health, 2010), quando la temperatura all'interno delle abitazioni scende sotto i 16°C, si verifica un aumento della suscettibilità a patologie respiratorie, tra i 12°C e 9°C comincia ad aumentare la pressione sanguigna e il rischio di malattie cardiovascolari, a 5°C è elevato il rischio di ipotermia che rappresenta senza ombra di dubbio la condizione più grave e più direttamente collegata a una sensibile diminuzione della temperatura atmosferica. Essa si manifesta quando la temperatura corporea scende al di sotto dei valori normali ed è una condizione che provoca il rallentamento fisiologico di tutte le funzioni vitali, la cui gravità è strettamente dipendente dall'abbassamento della temperatura dell'organismo (Tabella I).

In generale tuttavia, gli effetti del freddo, in termini di mortalità, si differenziano da quelli del caldo per una maggiore latenza tra esposizione ed eventi patologici. Gli effetti sono quasi immediati nel caso delle malattie cardiache (con il picco dopo un paio di giorni), più ritardati (in genere circa 5 giorni) nel caso di eventi cerebrovascolari. Per le malattie respiratorie i tempi sono più lunghi, circa 10-12 giorni (Eurowinter Group, 1997; Mourtzoukou et al., 2007). In Figura 1 è illustrata la relazione temporale tra mortalità e ondata di freddo.

Inoltre, una ricerca effettuata in varie città europee (Eurowinter, 1997) ha dimostrato un maggiore impatto del freddo sulla mortalità per cause cardiovascolari nei paesi a clima mite rispetto alle regioni più fredde

dove, anche un lieve abbassamento della temperatura durante l'inverno, è sufficiente ad avere un impatto sulla mortalità.

Soprattutto le ondate di freddo precoci, così come repentine diminuzioni termiche che avvengono nell'arco di poche ore/minuti, possono mettere in crisi il sistema di adattamento del nostro organismo (Conlon et al., 2011) e infatti il tasso di mortalità per malattie cardiovascolari aumenta sensibilmente in corrispondenza di una repentina diminuzione termica (Niilo et al., 2016).

Altre patologie di minore gravità tendono a insorgere con maggior frequenza nel periodo invernale e in

particolare otiti, faringiti e gastroenteriti, soprattutto di origine virale. Altri fenomeni meteorologici come precipitazioni (pioggia o neve) e presenza di ghiaccio o neve al suolo, possono associarsi al freddo e determinare ulteriori rischi per la salute. Recenti ricerche hanno infatti dimostrato che l'esercizio fisico intenso durante abbondanti nevicate rappresenta un fattore di rischio aggiuntivo per le malattie cardiovascolari rispetto alle sole condizioni di freddo (Janardhanan et al., 2010), così come si è osservato un incremento di fratture agli arti e ferite al capo per cadute accidentali in presenza di ghiaccio o in relazione alle operazioni di spazzatura della neve (Olof Bylund, 2015). Inoltre, la presenza di neve o ghiaccio sulla rete stradale, ma anche semplicemente la presenza di asfalto bagnato, determinano un aumento del rischio di incidenti stradali fatali.

Categorie maggiormente vulnerabili e sistemi di prevenzione

Non tutta la popolazione è ugualmente suscettibile agli effetti negativi degli abbassamenti di temperatura. Le cause possono essere legate

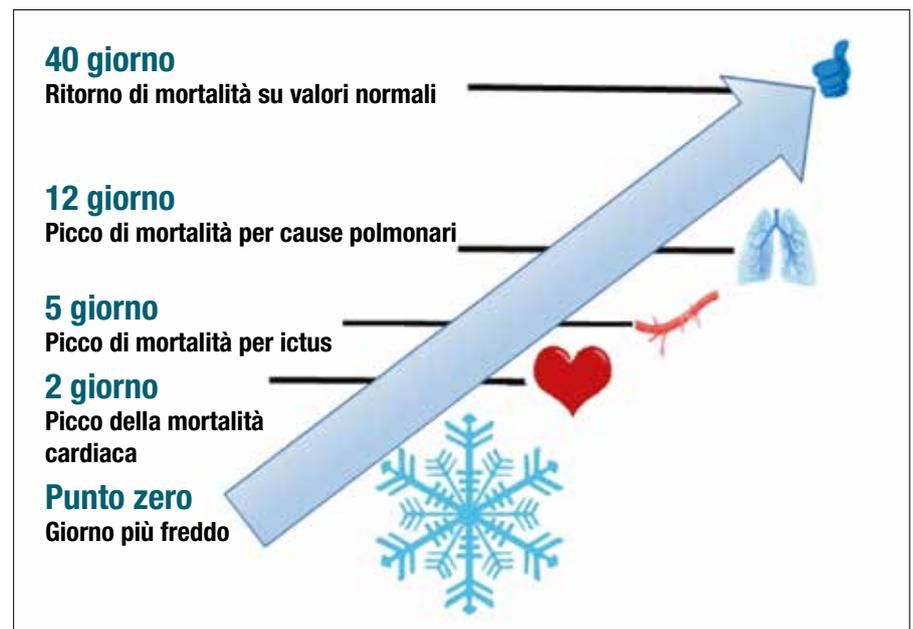


Figura 1 – Relazione temporale tra mortalità e ondata di freddo (da Department of Health. *Winter kills 2010*. In: *2009 Annual Report of the Chief Medical Officer*: 31-7, mod.).

all'età, alle condizioni di salute, a fattori socioeconomici e ambientali (isolamento sociale, condizioni abitative e lavorative) e all'adozione o meno di corretti comportamenti e stili di vita. Per esempio nei primi anni di vita dei bambini e soprattutto nei neonati la minore tolleranza al freddo è legata alla presenza di un sistema di termoregolazione ancora immaturo oltre che a un elevato rapporto tra la superficie (da cui dipende la cessione del calore) e massa corporea (da cui ne dipende la produzione). Negli anziani le cause di una maggiore vulnerabilità al freddo sono correlate a una ridotta termoregolazione, alla frequente presenza di patologie croniche, a un aumento della sensibilità al freddo e a una riduzione dell'attività fisica. Quest'ultima, in particolare,

rappresenta un importante meccanismo per incrementare la produzione di calore endogeno, al fine di evitare un abbassamento della temperatura corporea interna. Particolare attenzione va dedicata inoltre alle persone con *deficit* cognitivo e/o disturbi psichici le quali possono non essere in grado di organizzarsi in modo tempestivo e adeguato al cambiamento della temperatura o di comunicare il disagio legato al freddo improvviso. A prescindere dall'età, tutti i soggetti che presentano patologie pregresse, tra cui malattie cardiocerebrovascolari, respiratorie croniche, disordini endocrini e diabete hanno un aumentato rischio di complicanze, anche mortali, se esposti al freddo intenso. A rischio di eventi avversi sono anche gli appartenenti a diverse

categorie svantaggiate come i senza fissa dimora, gli alcolisti o coloro che versano in gravi situazioni di povertà. Esiste pertanto un'ampia gamma di persone, con situazioni e caratteristiche diverse, con molteplici bisogni che necessitano di attenzione ed eventuali servizi nel caso di importanti abbassamenti della temperatura. Anche i lavoratori, soprattutto quelli impegnati in attività all'aperto possono essere particolarmente vulnerabili alle basse temperature come mostrato da recenti evidenze scientifiche, alcune delle quali ottenute anche da studi condotti in Italia (Morabito et al., 2014).

A livello internazionale, alcuni paesi adottano sistemi di prevenzione e quindi di allerta da freddo durante il periodo invernale (Barnett et al., 2012). Tali servizi sono presenti soprattutto nelle nazioni che si trovano a latitudini più elevate (es. Finlandia, Svezia, Regno Unito, Canada ecc.) e che presentano un clima molto rigido nel periodo invernale caratterizzato da intense ondate di freddo. In relazione ai cambiamenti climatici in atto che stanno determinando, negli ultimi anni, brevi ma intense ondate di freddo anche alle latitudini inferiori (ad esempio nei paesi del Bacino del Mediterraneo), diviene sempre più importante la realizzazione di sistemi di allerta (Wang et al., 2016). Uno dei sistemi di prevenzione più efficienti presenti a livello mondiale è sicuramente quello inglese, curato nella parte previsionale dal servizio meteorologico inglese, il MetOffice. Esso prevede due tipologie di soglie: temperatura dell'aria sotto i 2°C per almeno 48 ore e/o presenza di neve/ghiaccio/vento forte. In base al superamento di una o più soglie di criticità da freddo, possono essere emessi 4 livelli di allerta con relative misure di prevenzione da adottare, descritte con maggiore dettaglio all'interno del Piano di prevenzione nazionale inglese per il freddo (Cold Weather Plan for England, 2012).



direttore@cibic.unifi.it
www.dispaa.unifi.it/vp-60-cibic.html

24 MARZO, I GIOVANI MEDICI GIURANO NEL SALONE DEI CINQUECENTO A FIRENZE

Il pomeriggio di sabato 24 marzo il Salone dei Cinquecento in Palazzo Vecchio a Firenze era particolarmente affollato. Di fronte ai tanti turisti che sciamavano in uno dei luoghi simbolo nei secoli della storia della città, le sedie accoglievano insieme ai loro familiari i ragazzi e le ragazze che avevano completato il ciclo di studi accademici e si apprestavano a pronunciare pubblicamente in un luogo così solenne il Giuramento che li avrebbe vincolati al corretto esercizio della professione di medico chirurgo e di odontoiatra.

Sul palco Sara Funaro, assessore al Welfare del Comune di Firenze, Teresita Mazzei, Presidente dell'Ordine fiorentino, Luigi Dei, Magnifico Rettore dell'Università, Stefania Saccardi, Assessore al Diritto alla Sanità della Regione Toscana, Alexander Peirano, Presidente della Commissione Odontoiatrica dell'Ordine. Accanto a loro, due ragazzi e due ragazze con il compito di scandire ad alta voce a nome di tutti i Colleghi le parole fondamentali del Giuramento concepito secoli fa dall'antico medico di Kos.

La prof.ssa Mazzei, dopo avere definito nel suo intervento la professione medica come "pratica di una disciplina che è depositaria dei grandi valori umani, i più grandi in assoluto", vale a dire offrire al prossimo sofferente professionalità, competenza e aiuto sia fisico che morale, ha citato un moderno documento fondante della professione, la "Carta della professionalità medica" pubblicata nel 2002.

Ogni medico, ha ricordato Mazzei, non dovrebbe mai dimenticare i tre concetti che ne costituiscono l'essenza: il principio della centralità del benessere del paziente intendendo l'altruismo come momento chiave della relazione medico - paziente; il principio dell'autonomia del malato secondo il quale chiunque deve essere messo in grado di prendere decisioni adeguate circa la propria condizione di malattia o il percorso di cura, avendo ricevuto dai curanti spiegazioni chiare ed esaurienti; il principio della giustizia sociale, da perseguire all'interno di qualsiasi sistema sanitario soprattutto per quanto riguarda la distribuzione più equa possibile delle risorse disponibili.



La Presidente ha poi ricordato ai giovani Colleghi l'importanza dell'aggiornamento costante, fondamento deontologico della professione, da sostanziare in qualsiasi attività si decida di operare, ugualmente al letto dei malati o nei laboratori di ricerca più avanzati.

Sarebbe auspicabile che tutti i partecipanti alla cerimonia e non solo i "festeggiati", avessero poi recepito il concetto di fondo di una frase particolarmente significativa citata dal Magnifico Rettore Luigi Dei nel suo intervento: "L'alleanza cittadino - medico, l'armonico equilibrio tra le responsabilità del medico, la giustizia e la serenità necessaria per operare riducendo al massimo i rischi di errore diventano oggi indispensabili per garantire il futuro di una sanità di



qualità, responsabile ed al servizio del cittadino”.

Parole assolutamente condivisibili che però troppo spesso trovano oggi una difficile realizzazione nella pratica quotidiana di molti.

Dopo, in un silenzio partecipato sotto gli ori e gli affreschi del Salone, i presenti tutti in piedi, le parole di un impegno di eccezionale valore: “Consapevole dell’importanza e della solennità dell’atto che compio e dell’impegno che assumo, giuro di esercitare la medicina...”.

CORSI E CONVEGNI ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE Convegni ECM

LA VIOLENZA SUL LUOGO DI LAVORO

Quando l'occasione di Lavoro diventa occasione di Violenza

Il Convegno, organizzato dalla Commissione Pari Opportunità dell’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze e dal Comitato Pari Opportunità dell’Ordine degli Avvocati di Firenze, si terrà Venerdì, **18 maggio 2018 con orario 14.00-18.30** presso la Sala meeting dell’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze in via G.C. Vanini 15, Firenze. L’Evento è accreditato per i primi 50 medici e odontoiatri (**5,2 crediti ECM**).

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

Segreteria Organizzativa: protocollo@omceofi.it - tel. 055.0750625/612

LA LEGGE 2019/2017: NORME IN MATERIA DI CONSENSO INFORMATO E DI DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

Il Convegno è organizzato dall’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze e si terrà **giovedì 31 maggio 2018** a Palazzo degli Incontri in via dei Pucci 1 a Firenze con **orario 8.30-18.00. Crediti ECM: 7.**

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

Segreteria Organizzativa: protocollo@omceofi.it - tel. 055.0750625/612

XVI CORSO DI FORMAZIONE BASE “MEDICI IN AFRICA” Presidente: prof. E. Berti Riboli – Direttore: prof. L. De Salvo

Dal **24 al 26 maggio si terrà a Genova**, presso il Salone Blu dell’Acquario, la XVI edizione del corso base di Medici in Africa, rivolto a medici, infermieri ed ostetriche che intendano svolgere azioni di volontariato nei paesi africani o in altri paesi in via di sviluppo. Il corso si propone di fornire informazioni sulla situazione sanitaria in Africa, cenni di auto-protezione dalle più frequenti malattie endemiche, cenni di diagnosi e terapia di malattie tropicali di frequente riscontro, la gestione delle emergenze (pratica su manichino). Inoltre fornisce l’esperienza di colleghi che sono già stati in tali zone e mette in contatto i futuri cooperanti con alcune delle organizzazioni (Onlus e Ong), che lavorano e/o che gestiscono ospedali nei paesi in via di sviluppo.

Il Corso è a numero chiuso, con un numero minimo di 20 e numero massimo di 45 partecipanti e sarà accreditato **ECM (21,5 crediti formativi)**. Il costo dell’iscrizione è di 300 euro per i medici e 200 euro per gli infermieri ed ostetriche.

Per le iscrizioni al corso e ulteriori informazioni contattare:

MEDICI IN AFRICA ONLUS Segreteria Organizzativa - Da lunedì a venerdì 09.45/13.45 - tel. 010 3537274
mediciinafrica@unige.it www.medicinafrica.it

RIORGANIZZATO IL PUNTO PRELIEVI DEL MEYER

Riorganizzata l'attività del punto prelievi dell'AOU Meyer per venire incontro il più possibile alle esigenze dei piccoli pazienti e dei loro genitori. L'orario di apertura viene adesso esteso anche al sabato mattina dalle 8.00 alle 11.00 e l'accesso per i pazienti esterni sarà gestito solo tramite appuntamento da richiedere al CUP aziendale al n. 055/5662900 (dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 16.00).

In caso di situazioni urgenti i pediatri di base (ad oggi solo quelli della Asl Toscana Centro) possono inviare i bambini al Punto Prelievi senza prenotazione dalle 8.00 alle 17.30 preceduti da una telefonata al Laboratorio dell'Ospedale per spiegare il quesito clinico della richiesta. Un nuovo totem distributore di numeri, differenziati a seconda delle esigenze degli utenti, renderà più facile l'organizzazione dell'attesa.

IL PREMIO AMMI PER LA MEDICINA E FARMACOLOGIA DI GENERE

L'Associazione Mogli Medici Italiani bandisce un Concorso per la premiazione di un progetto di ricerca innovativo e di particolare significato sulla Medicina e Farmacologia di genere, allo scopo di fare progredire le conoscenze sulla personalizzazione delle diagnosi e delle cure specifiche per i soggetti dei due sessi.

La data di scadenza per la presentazione delle domande è il **4 giugno 2018**. Ulteriori informazioni possono essere reperite all'indirizzo: presidenza@ammi-italia.org.

IL PROF. GIANPAOLO DONZELLI NEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

Ordinario di Pediatria dell'Università degli Studi di Firenze, Presidente della Fondazione Meyer, membro del Comitato Etico Nazionale della Società Italiana di Pediatria, autore di oltre 400 pubblicazioni su riviste nazionali ed estere, membro di numerose Società scientifiche internazionali. A questo elenco adesso il prof. Gianpaolo Donzelli aggiunge un altro prestigioso incarico in qualità di componente eletto nel Comitato Nazionale per la Bioetica recentemente rinnovato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri.

A Gianpaolo Donzelli l'augurio per un ottimo lavoro e le congratulazioni di "Toscana Medica".

INAUGURATA LA PRIMA TRANCHE DEL MEYER HEALTH CAMPUS

Si è svolta il 13 marzo la cerimonia di inaugurazione del primo lotto del Meyer Health Campus sulle colline di Careggi in quella che fino a pochi anni fa era la sede della Facoltà Teologica dell'Italia Centrale.

Alla presenza dell'Assessore Saccardi del Cardinale Betori, del Rettore dell'Università Dei, del prof. Donzelli Presidente della Fondazione Meyer e del prof De Martino Direttore del Campus, il Direttore Generale del Meyer Alberto Zanobini ha presentato la ristrutturazione dei primi mille metri quadrati di quello che diventerà nel prossimo futuro il più grande Campus europeo riservato alla Pediatria. Per adesso sono entrate in funzione sette aule e quattro sale tutte attrezzate con i più moderni strumenti tecnologici e multimediali con l'intento di fornire ai pediatri di domani una sede moderna e accogliente per la didattica e la formazione.

A lavori finiti il Campus di via Cosimo il Vecchio disporrà, distribuiti su una superficie di 4.500 metri quadrati immersi in un parco di 4,5 ettari, di due grandi auditorium, altre aule di studio e lettura, una foresteria ed un bar – ristorante, configurandosi come una vera e propria "fabbrica di conoscenza" per l'assistenza globale ai pazienti più piccoli. Di particolare significato l'intestazione di una delle Aule a Lucrezia Borghi, studentessa Erasmus di Economia dell'Università fiorentina, tragicamente scomparsa in un incidente stradale in Spagna nel 2016.



BIBLIOTECA DI MEDICINA & STORIA

Il Centro di Documentazione per la Storia dell'Assistenza e della Sanità dal 1998 promuove la collana sulla storia della sanità "Biblioteca di Medicina & Storia" alla quale, di recente, si sono affiancati i "Quaderni della Biblioteca di Medicina & Storia". Gli iscritti all'Ordine di Firenze eventualmente interessati alle pubblicazioni in elenco possono rivolgersi al Centro di Documentazione (e-mail: centro.documentazione@asf.toscana.it) ottenendo il 30% di sconto sul prezzo di copertina.

Alcuni titoli

B. Dooley (a cura di), Giovanni Balducci, Quaderno. Peste, guerra e carestia nell'Italia del Seicento, Firenze, Ed. Polistampa, 2001, Euro 12,00

L. Guerrini, Antonio Cocchi naturalista e filosofo, Firenze, Ed. Polistampa, 2002, Euro 12

M. Fausti (a cura di), Edoardo Scarfoglio, Il romanzo di Misdea, Firenze, Ed. Polistampa, 2003, Euro 14

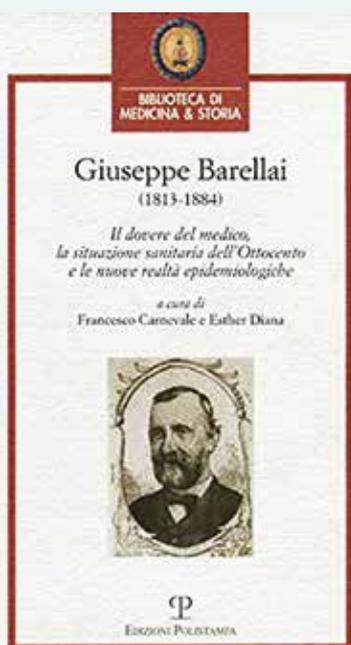
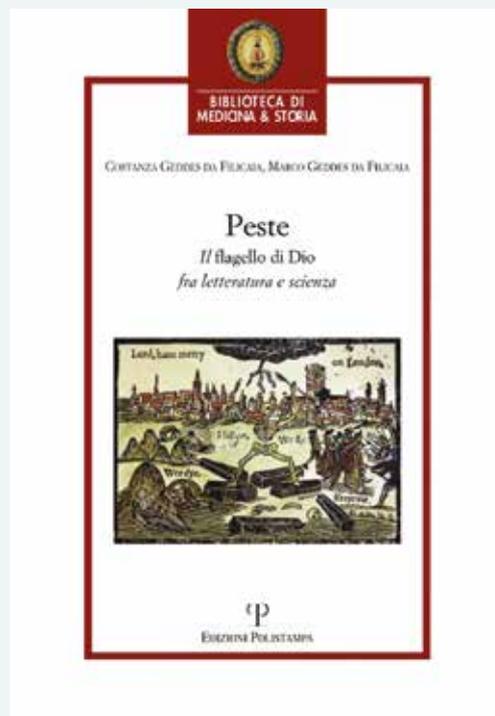
M. Aliverti (a cura di), Pietro Cipriani e la medicina del suo tempo (1808-1887), Firenze, Ed. Polistampa, 2004, Euro 15

E. Diana (a cura di), Silvio Berti, La lebbra a Firenze. I luoghi e i personaggi, Premessa di E. Panconesi, Firenze, Ed. Polistampa, 2005, Euro 18

E. Comoy Fusaro, La nevrosi tra medicina e letteratura. Approccio epistemologico alle malattie nervose nella narrativa italiana (1865-1922), Firenze, Ed. Polistampa, 2007, Euro 22

O. Keel, La nascita della clinica moderna in Europa 1750-1815. Politiche, istituzioni e dottrine, Introduzione di M. P. Donato, Firenze, Ed. Polistampa, 2007, Euro 30

G. Barsanti (a cura di), In camicia. L'uomo e altre scimmie nelle riflessioni, gli sberleffi e le allucinazioni di letterati, filosofi e naturalisti, Firenze, Ed. Polistampa, 2008, Euro 30



G. Barsanti, F. Barbagli (a cura di), Paolo Mantegazza, L'uomo e gli uomini, antologia di scritti antropologici, Firenze, Ed. Polistampa, 2009, Euro 30

F. Carnevale, E. Diana (a cura di), Giuseppe Barellai (1813-1884). Il dovere del medico, la situazione sanitaria dell'Ottocento e le nuove realtà epidemiologiche, Atti del Convegno Firenze, 24 ottobre 2013, Firenze, Ed. Polistampa, 2014, Euro 18

A. Baldasseroni, F. Carnevale, Malati di lavoro. Artigiani e lavoratori, medicina e medici da Bernardino Ramazzini a Luigi Devoto (1700-1900), Presentazione di M. Geddes da Filicaia, con saggio di E. Ghidetti, Firenze, Ed. Polistampa, 2015, Euro 30

C. Geddes da Filicaia, M. Geddes da Filicaia, Peste. Il flagello di Dio fra letteratura e scienza, Firenze, Presentazione di E. Ghidetti, Firenze, Ed. Polistampa, 2015, Euro 32

A. Ottanelli (a cura di), Agostino Sbertoli, Cause morali della follia e altri scritti, Presentazione di P. Benvenuti, Postfazione di M. Borri, Firenze, Ed. Polistampa, 2016, Euro 22

F. Carnevale, Annotazioni al 'Trattato delle malattie dei lavoratori' di Ber-

nardino Ramazzini. 'De Morbis artificum Bernardini Ramazzini diatriba' (1713), con saggio di R. Turchi, Firenze, Ed. Polistampa, 2016, Euro 32

E. Ghidetti (a cura di), Una 'nuova' sanità per Firenze capitale. Atti del Convegno 19-20 novembre 2015, Firenze, Ed. Polistampa, 2016, Euro 24

F. Carnevale, E. Diana (a cura di), Carlo Morelli, un riformatore dell'Ottocento, Atti del Convegno 6-7 novembre 2016, Ordine dei medici, Firenze, Ed. Polistampa, 2017, Euro 20

Quaderni della Biblioteca di Medicina & Storia

E. Diana (a cura di), Le 'vasche di Leonardo' tra realtà e ipotesi / Theories and truth behind the 'cisterns of Leonardo', Firenze, Ed. Polistampa, 2016, Euro 12

Centro di Documentazione per la Storia dell'Assistenza e della Sanità (a cura di), Paolo Mascagni a Firenze tra scienza e belle arti. Giornata di studio, 23 ottobre 2015, Firenze, Ed. Polistampa, 2017, Euro 18

F. Tonelli (a cura di), Francesco Tonelli, "E voliam nel sole anima mia", diario di anno di Guerra, Firenze, Ed. Polistampa, 2017, Euro 16

E. Diana, M. Geddes da Filicaia (a cura di), Il Regolamento dei Regi Spedali di Santa Maria Nuova e Bonifazio, nuova edizione, Firenze, Ed. Polistampa, 2010, Euro 68

E. Diana, Santa Maria Nuova, ospedale dei fiorentini. Architettura ed assistenza nella Firenze tra Settecento e Novecento, Firenze, Ed. Polistampa, 2012, Euro 90



E. Diana (a cura di), Una famiglia di scultori: I Sangallo. Arte, assistenza e devozione tra Firenze e Pontassieve, Catalogo della mostra, Pontassieve

dicembre 2013-marzo 2014, Firenze, Ed. Polistampa, 2013, Euro 18

E. Diana (a cura di), Il corpo e l'anima. I luoghi e le opere della cura ospedaliera in Toscana dal XIV al XIX secolo, Catalogo della mostra, Siena dicembre 2014-marzo 2015, Ospedaletto (Pi), Pacini Editore, 2014, Euro 14

C. De Benedictis, C. Milloschi (a cura di), L'ospedale di Orbatello. Carità e arte a Firenze, Ed. Polistampa, 2015, euro 28

C. De Benedictis, E. Diana, Architettura e arte nei luoghi della salute. Gli ospedali dell'area fiorentina, Firenze, Nardini ed., 2018, Euro 30





PROF. MARIOREDO
FANFANI
RICERCHE CLINICHE

Piazza della Indipendenza 18/b - 50129 Firenze
Telefono 055 45701 - Fax 055 4570284
Info: info@istitutofanfani.it - www.istitutofanfani.it