

TOSCANA MEDICA

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

Mensile - Anno XXXV n. 4 aprile 2017 - Poste Italiane s.p.a. - Sped. Abb. Post. - 70% Firenze
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 45) art. 1, comma 1, DCB Fi - Aut. Trib. Fi. n. 3138 del 26/05/1983

APRILE 2017 **4**



Bill Viola

RINASCIMENTO
ELETTRONICO



Lotta all'infezione da HIV:
una nuova era

Scompenso cardiaco
in medicina interna



Gestione
dei rifiuti urbani



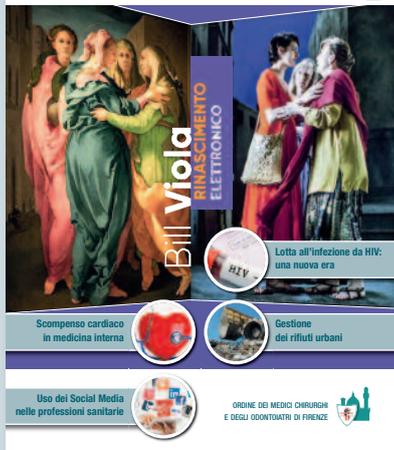
Uso dei Social Media
nelle professioni sanitarie



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE







Anno XXXV - n. 4 Aprile 2017
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003 (conv. in 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, DBC Firenze

Direttore Responsabile
Antonio Panti

Redattore Capo
Bruno Rimoldi

Redattore
Simone Pancani

Segreteria di redazione
Antonella Barresi

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

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

toscanamedica@ordine-medici-firenze.it

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

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

www.polistampa.com
redazione@polistampa.com

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

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", Lei ha diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, 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:

toscanamedica@ordine-medici-firenze.it

Fondato da
Giovanni Turziani

In copertina

A sinistra:
Jacopo Carucci
detto Pontormo
Visitazione
1528-1529 circa
Olio su tavola
Carmignano,
Pieve di San Michele
Arcangelo.

A destra:
Bill Viola
The Greeting
1995.



Antonio Panti



Bruno Rimoldi



Simone Pancani



Antonella Barresi

sommaio

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

4 Tempo, speranza, emozioni in Bill Viola
Federico Napoli

EDITORIALE

5 La postmedicina
Antonio Panti

QUALITÀ E PROFESSIONE

6 Gestione dei rifiuti urbani
P. Botti, P. Hrelia, E. Masini

10 Lotta all'infezione da HIV: una nuova era
Andrea De Luca

13 Scoppio cardiaco in medicina interna
V. Verdiani, P. Francesconi, F. Profili, G. Pinigada, A. Zuppiroli

16 Che cosa significa essere fragili
Antonio Bavazzano

19 Novità in tema ECM
Francesca Mazza, Valentina Galeotti, Silvio Bonanni

21 Noi donne medico
Elisa Bissoni Fattori

23 Il cittadino e la ricerca clinica (seconda parte)
Giampaolo Collecchia

25 Test e procedure non necessarie
Alberto Dolara

INTERNET E MEDICINA

28 Linee guida per l'uso dei Social Media
nelle professioni sanitarie
Marco Masoni, Maria Renza Guelfi

SANITÀ NEL MONDO

30 La sanità liquida
Galvano Maciocco

POLITICHE PER L'EQUO ACCESSO ALLA SALUTE

32 Diritto alla Salute: il ruolo vitale della legge
Daniele Dionisio

LETTERE AL DIRETTORE

34 Un evento lungamente atteso
Franco Scarpa

35 Vaccinazioni ed ECM
Francesco Urbano

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

37 L'opera d'arte, un mezzo mediatico che coniuga
bellezza, cronaca ed emozioni (seconda parte)
Manfredo Fanfani

41 - VITA DELL'ORDINE E NOTIZIARIO

46 - CORSI E SEMINARI

18-27 - LETTI PER VOI

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Inviare gli articoli a: toscanamedica@ordine-medici-firenze.it, con un abstract di 400 battute compresi gli spazi e 5 parole chiave
- Lunghezza max articoli: 6.000 battute spazi inclusi (2-3 cartelle), compresa iconografia
- Lunghezza max Lettere al Direttore: 3.000 battute spazi inclusi
- Taglio divulgativo e non classicamente scientifico
- No Bibliografia ma solo un indirizzo e-mail a cui richiederla
- Non utilizzare acronimi
- **Primo autore: inviare una foto e un curriculum di 400 battute (spazi inclusi) da inserire nel testo e per motivi redazionali un numero telefonico o un indirizzo postale**
- Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di appartenenza
- Criterio di pubblicazione: per data di ricevimento



Tempo, speranza, emozioni in Bill Viola

di Federico Napoli

I trascorsi fiorentini (e la presenza senese) degli anni 1974-76 hanno lasciato nel sessantenne Bill Viola una evidente suggestione. Questa è accuratamente documentata dalla mostra "Bill Viola. Rinascimento elettronico" allestita presso Palazzo Strozzi a Firenze, dove all'interesse per un certo periodo dell'arte non solo italiana fra Quattrocento e Cinquecento si accosta in una sorta di muto interscambio la sua predilezione per il mezzo video. Così, sono rese visibili le emozioni provate di fronte alle opere – importanti e significative quelle del passato esposte nei locali del Palazzo – e successivamente meditate a lungo, con un procedimento creativo complesso. Arrivato nel 1974 a Firenze Bill Viola trova interesse e stimoli frequentando l'ambiente dello studio Art/tape/22 e conoscendo Maria Gloria Bicchieri, direttrice dello spazio produttore di videoarte: qui incontra o entra in contatto con altri autori quali Giuseppe Chiari, Kounellis, Nam June Paik, Gino De Dominicis, Giulio Paolini, Frank Gillette, tutti interessati all'uso delle nuove tecnologie visive per esprimere le proprie idee. In seguito, Bill Viola arriva ad un uso del mezzo visivo più raffinato e articolato: l'intenzione è di ridare allo spettatore emozioni simili o paritetiche a quelle da lui stesso ricevute di fronte alle opere originali del passato, anche se

espresse con mezzi tecnici diversi e nel prosieguo degli anni da differente composizione generale – ma qui dovremmo parlare di vero e proprio "montaggio" cinematografico. Così, dal video lungo 10 minuti "Il saluto" del 1995 stimolato dalla "Visitazione" (1528) di Pontormo a Carmignano, quasi vent'anni dopo (2014) arriva a "Nascita capovolta": in questo lasso di tempo la sequenza visiva creata da Bill Viola e distribuita in uno spazio temporale dilatato ci parla di memoria, nonché della funzione sociale dell'arte nel suo essere mezzo di trasmissione delle emozioni. Infatti, il video è una forma comunicativa quotidiana, di uso giornaliero e anche personale nella società contemporanea: nell'autore diviene una forma complessa di impaginazione, paritetica a un film d'autore. Particolarmente indicativi in tal senso due video: il primo è "Il diluvio, ovvero uscire al giorno" (2002, 36') messo in dialogo con il "Diluvio universale" di Paolo Uccello. Il secondo video è "Emersione" (2002, 11' ca.), dove il rapporto è stretto con il "Cristo in pietà" di Masolino da Panicale. Di tutti i filmati presenti a Palazzo Strozzi, spesso capaci di trasmettere un messaggio di speranza, comunque sempre riuniti at-

torno a un'idea centrale (vita, sorpresa, dolore, dubbio, cammino), Bill Viola è quanto meno ideatore, regista e sceneggiatore.

La mostra fiorentina di Palazzo Strozzi è curata da Arturo Galansino, direttore della Fondazione, e da Kira Perov, compagna di vita e di arte di Bill Viola: essa segue altre eccezionali esposizioni di questo autore – ricordiamo quella alla Tate di Londra, alla Biennale di Venezia, presso il Grand Palais di Parigi –, ma anche precedenti presenze a Firenze e in Toscana – Museo Gucci e chiesa di San Michele a Carmignano. Ora nel capoluogo toscano è possibile vedere un gruppo di video installazioni realizzate fra il 1995 e il 2014 con schermi al plasma ad alta definizione, accompagnate (nei locali della Strozzi) dai primi videotapes degli anni Settanta. Video installazioni sono presenti anche agli Uffizi (l'autoritratto) e al Museo dell'Opera del Duomo.

In conclusione, la presenza fiorentina documenta il lungo cammino compiuto da Bill Viola, fatto di emozioni e memoria.



Bill Viola. Rinascimento elettronico

Palazzo Strozzi

Fino al 31 luglio 2017

orario: 10,00/20,00 - giovedì 10,00/23,00

<http://www.palazzostrozzi.org/mostre/bill-viola/>



La postmedicina

di Antonio Panti

Viviamo un'epoca di transizione; il vecchio mondo scompare e il nuovo non è ancora abbozzato. Da qualche decennio si parla di "postmodernità", una condizione culturale conseguente alla crisi della modernità nelle società occidentali a causa della dimensione planetaria dell'economia e dei mercati: un'epoca dominata dal disincanto dopo il fallimento delle utopie del ventesimo secolo, un mondo senza finalità apparenti, confuso da una polifonia di voci discordi e da flussi indecifrabili di dati. Nella conseguente crisi delle istituzioni, incapaci di dominare la finanza globale, emerge quella che alcuni politologi chiamano "postdemocrazia". L'intreccio tra le grandi multinazionali e i mass media sembra svuotare la prassi democratica, in difficoltà di rappresentanza, e i diversi populismi spesso sfociano in oligarchie in cui si spezza il legame tra ideologia e voto. E allora nel mondo si affaccia la "post-verità", in cui paure, diffidenze, sospetti, aggressività latenti, rendono irrilevante l'esposizione dei fatti e prevalente la narrazione emotiva e la convinzione personale, il pregiudizio.

Forse il mondo ha fatto indigestione di razionalità o forse mantenere le conquiste sociali e difendere i diritti costa troppo sacrificio, ma è come se l'irrazionale avesse preso il sopravvento. Più abbiamo bisogno di riflettere per comprendere quel che ci accade intorno, più il mondo va in fretta e non ci si riesce ad abituare al fatto che la molteplicità delle voci, delle necessità, delle culture, delle idee è la condizione che ci tocca vivere. La crisi della modernità sta tutta nell'incapacità di accettare la polifonia dei valori o almeno di farsene una ragione.

In questa straordinaria epoca la medicina, che è una prassi che si svolge in un mondo di valori e si avvale di molteplici scienze, di per sé dovrebbe passare indenne. Tuttavia la crisi sottende due fattori che incidono sul ruolo del medico. Da un lato la post-modernità significa la rottura di ogni rapporto gerarchico, il che mette in discussione il ruolo del medico quale gestore professionale della salute e della malattia; dall'altro, quella che chiamiamo post-verità indebolisce anzi sconfessa gli esperti, guardati con diffidenza e sostituiti dal consenso della "rete". Questa difficoltà generale si innesta sulla contemporanea crisi delle professioni libere. Queste si affermano come ideale di servizio al cittadino da parte di gruppi di persone che posseggono uno specifico sapere e perseguono una

deontologia vocazionale di altruismo e che, infine, operano in autonomia di giudizio. Una terza logica, rispetto a quella di mercato o a quella burocratica, che l'evoluzione della società sta cancellando.

Infatti la logica liberista valuta il professionista come un'impresa individuale all'interno di un mercato in cui valgono solo le regole della libera concorrenza e il valore riconosciuto non è il servizio agli altri ma il successo economico; al contrario, nel servizio sanitario, costruzione costosissima e complessa, si afferma la logica amministrativa del controllo sulla spesa e sui risultati del professionista, che così vede progressivamente diminuire la propria autonomia. Tutto ciò accade mentre le "converging technologies" indirizzano la medicina verso il superamento dei limiti biologici dell'uomo e la "medicina personalizzata" non è soltanto l'empatica relazione con l'uomo (che sostiene la massima parte dell'essere medico) ma la stella polare della moderna terapia dai costi talmente ingenti da porre in crisi il concetto di uguaglianza di fronte alla malattia.

Viviamo nell'epoca "post" e non sappiamo bene cosa ci aspetta. L'epoca della "post-medicina". Infinita è l'elencazione dei problemi: il decrescere degli investimenti in sanità; l'aumento dei determinanti sociali delle malattie; l'eccesso di aspettative e di delusioni nella medicina che provoca sovra-diagnosi e sovra-trattamento; la medicalizzazione della vita e della morte; l'incertezza nella pratica clinica che causa l'eccessiva variabilità delle cure e la difficoltà di essere "appropriati"; il condizionamento dell'industria chimica e il conseguente conflitto di interesse; l'enfasi sull'ospedale rispetto alle cure primarie; l'accento sulla cura delle malattie piuttosto che sulla produzione di salute; gli sprechi e le disuguaglianze. Un complesso di questioni del presente mentre il futuro esplose con le sue continue innovazioni.

Come sarà la medicina fra trent'anni? Possiamo salvare questa professione? Prevarrà la medicina burocratica o quella mercantile? Mai come oggi occorre star saldi nell'uso della ragione. Forse la medicina, come un tempo è stata costruita, deve essere ripensata, purché alla luce della razionalità. I valori di fondo possono ancora sostenere l'urto della crisi economica e sociale che affligge il mondo. Tenere saldi i principi che ispirano i servizi sanitari può contribuire a superare un'epoca di crisi e a non esserne travolti.

Gestione dei rifiuti urbani

di P. Botti, P. Hrelia, E. Masini



È comprensibile che la popolazione, specie quella residente nelle aree dove insistono o insisteranno impianti di smaltimento dei rifiuti, ponga attenzione alle possibili ricadute in termini di salute pubblica. È opportuno che l'informazione, necessaria e corretta, si basi su dati scientifici concernenti gli impianti attuali, in tema di monitoraggio delle emissioni e biomonitoraggio nelle popolazioni esposte.

Parole chiave:
rifiuti, termovalorizzatori, inquinamento, salute pubblica, biomonitoraggio

Il problema della gestione dei rifiuti riveste certamente un ruolo sempre più importante, sia dal punto di vista economico che sanitario. Le sue ricadute, in termini di tossicologia ambientale nel breve e nel lungo periodo e i relativi aspetti di salute pubblica focalizzano non solo l'attenzione dei medici, come richiamato dal Codice Deontologico, ma anche di tutta la popolazione. Infatti, nell'estate 2016 nell'hinterland fiorentino è iniziato un ampio e animato dibattito riguardante i rischi ambientali e sanitari che sarebbero potuti derivare dalla costruzione di un termovalorizzatore di ultima generazione nella piana di Sesto Fiorentino. Il dibattito ha investito i cittadini e i medici della Piana, organizzati in comitati, nonché gli amministratori dei comuni interessati, schierati per lo più su posizioni contrarie al progetto regionale.

A questo proposito la Società Italiana di Tossicologia (SITOX) con il patrocinio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze, ha organizzato, nel novembre



PRIMO BOTTI, *Laureato in Medicina e Chirurgia, Specializzato in Gastroenterologia e in Medicina Interna presso l'Università di Firenze. Ha lavorato in Medicina Generale e in Tossicologia Medica presso l'AOU di Careggi e diretto il Centro Antiveneni di Careggi, collaborando con il Dipartimento NEUROFARBA dell'Università di Firenze, sez. Farmacologia e Tossicologia. È membro del Direttivo della SITOX.*

PATRIZIA HRELIA, *Professore di Tossicologia, Università di Bologna. Coordinatore Dottorato in Scienze Farmacologiche e Tossicologiche. Presidente Società Italiana Tossicologia.*

EMANUELA MASINI, *Professore di Farmacologia e Tossicologia, Università di Firenze. Direttore SODc e Scuola di Specializzazione in Tossicologia medica.*

2016, un "Focus sulla gestione dei rifiuti", tenutosi presso la sede dell'Ordine, a cui hanno partecipato come relatori alcuni fra i maggiori esperti nazionali in materia.

Nel presente articolo vengono riportati in sintesi i punti salienti discussi dai vari relatori. L'introduzione alla tematica e al suo rilievo sociale e sanitario è stata svolta dal Presidente dell'Ordine, Dr. Antonio Panti, e dalla Presidente della SITOX, Prof.ssa Patrizia Hrelia.

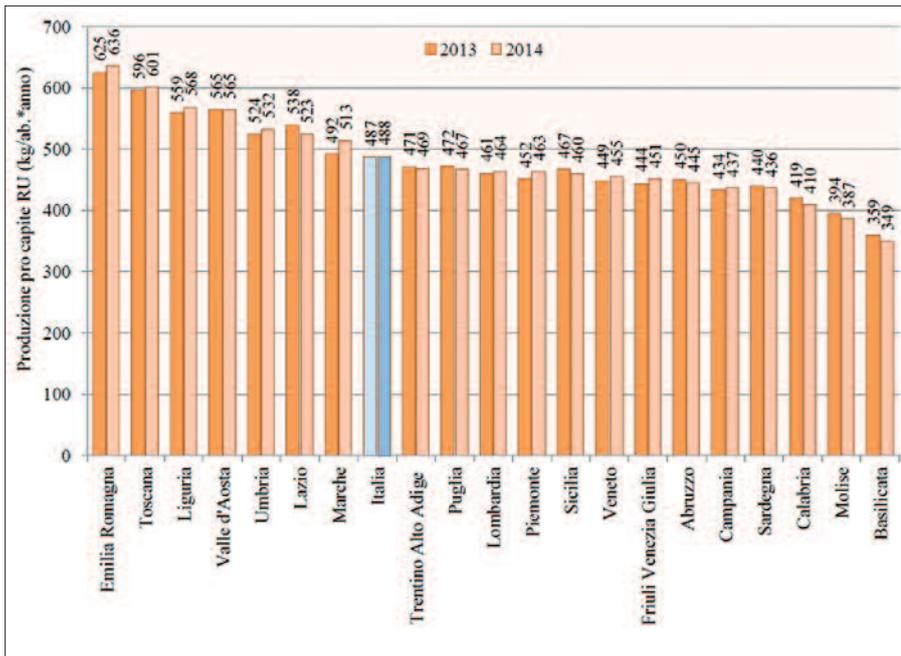


Figura 1 - Produzione regionale di rifiuti organici pro capite negli anni 2013-2014 (ISPRA - Rapporto rifiuti urbani 2015).

Gli aspetti generali della “Gestione dei rifiuti solidi nel mondo, tra desideri e realtà” sono stati trattati dal Prof. Raffaello Cossu (Professore di Gestione dei rifiuti solidi, Dipartimento di Ingegneria Industriale dell’Università di Padova). I rifiuti urbani solidi rappresentano “solo” il 3% della quantità complessiva annua di rifiuti in Europa, circa 5Gton = 5 miliardi di tonnellate, e in questa misura contribuiscono all’inquinamento ambientale, ma sono quelli che, più degli altri rifiuti (industriali, minerari, agricoli, zootecnici, scarti di energia, demolizioni, ecc.) preoccupano la popolazione, soprattutto e comprensibilmente quella delle aree dove insistono o dovranno essere costruiti impianti di smaltimento. La sindrome NIMBY (*Not In My Back Yard*) e un’informazione non sempre scientificamente corretta influenzano certamente l’opinione pubblica, che troppo spesso dimentica che ognuno di noi è un produttore di rifiuti (601 kg/anno pro capite in Toscana nel 2014, Figura 1).

A fronte di questi dati, esistono varie possibilità di gestione e smaltimento dei rifiuti, che vanno dal trattamento biologico a quello termico, con diverse tecnologie. Al primo sono attribuibili il compostaggio e le discariche, dalle bandite discariche indifferenziate a cielo aperto, che evocano scenari tipo “terra dei fuochi”, alle discariche

controllate, intese come deposito sul terreno “*landfilling*”, reso sostenibile dal punto di vista ambientale per mezzo di appropriate e normate tecniche di costruzione. Al secondo appartengono le diverse tipologie di inceneritori, che vanno da quelli di prima generazione a combustione indifferenziata e altamente inquinante, ormai desueti, ai più recenti, a combustione controllata, con abbattimento di fumi e polveri e recupero di energia termica e/o elettrica, conosciuti come termovalorizzatori. Numerosi altri sistemi di trattamento

termico come la gasificazione, la pirolisi e gli inceneritori al plasma sono in avanzato stato di progettazione. La realtà è che i due sistemi, seppure evoluti e controllati, non sono a rischio zero, riguardo alle emissioni in atmosfera e all’inquinamento del suolo e delle acque, anche se la gestione dei rifiuti urbani riuscisse a rispettare pienamente la regola delle 3R (Riduzione, Riutilizzo, Riciclaggio) a cui si può aggiungere oggi una quarta R (Recupero di energia) (Figura 2).

Il desiderio del rischio zero, che oggi appare utopistico, si avvererà solo quando, forse, le società evolute raggiungeranno la soglia di rifiuti zero, e non ci sarà più bisogno né di discariche né di inceneritori.

Relativamente a questi aspetti, l’Italia (Figura 2) si trova in una posizione intermedia fra i paesi UE, ma è evidente che l’utilizzo del riciclaggio e dei termovalorizzatori è ancora minoritario rispetto alle discariche; la Toscana, in particolare, invia a termovalorizzazione solo il 12% dei rifiuti urbani, contro una media europea del 27%. Il tema del “Passato, presente e possibile futuro per il recupero di energia da rifiuti” è stato affrontato dal Prof. Stefano Consonni (Professore di Sistemi per l’energia e l’ambiente, Politecnico di Milano). I vecchi inceneritori costruiti fino agli anni ’80 che prevedevano la termodistruzione dei rifiuti indifferenziati sono oggi sostituiti, per legge, sia in Italia che in Eu-

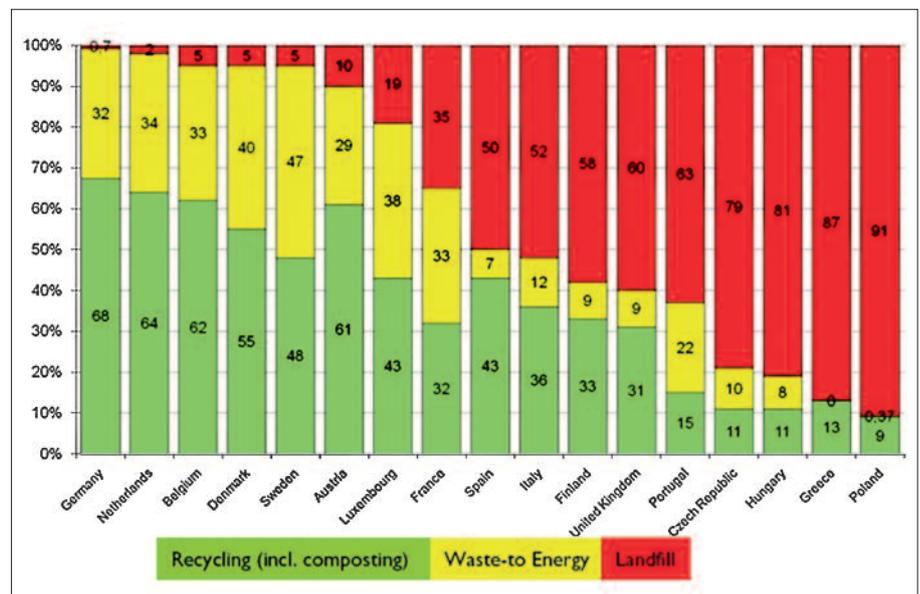


Figura 2 - Gestione rifiuti nei paesi EU27: evidenziato in giallo l’invio ai termovalorizzatori. Credits: Prof. Raffaello Cossu, UniPD.

ropa, da impianti di termovalorizzazione, definita meglio come termo-utilizzazione, finalizzati al recupero di energia: di fatto, i termo-utilizzatori di ultima generazione non sono altro che centrali termoelettriche che utilizzano i rifiuti come combustibile. L'evoluzione della tecnologia ha consentito da un lato il miglioramento dell'efficienza degli impianti e, dall'altro, l'adozione di sofisticati sistemi di trattamento dei fumi e depurazione dei gas prima dell'invio al camino. Il controllo di questi sistemi e il monitoraggio delle emissioni al camino permettono di ridurre al minimo l'impatto ambientale. Si considera che 1 kg di Rifiuto Urbano Residuo (RUR), ovvero tutto ciò che del rifiuto rimane a valle della raccolta differenziata, generi:

- 0,180 kg di ceneri pesanti deferrizzate (riutilizzabili);
- 0,080 kg di polveri inertizzate da smaltire in discarica;
- 7 kg di prodotti di combustione (fumi), di cui:
 - 6,9995 kg di CO₂, vapore acqueo, O₂ e N₂
 - 0,0005 kg di inquinanti (N₂O₄, CO, SO₃, HCl, ecc.)
 - 0,000001 kg di polveri ultrasottili (0,001 g)
- 2.400 kilocalorie = ~ 10 MJoules

In assenza di controllo delle emissioni, gli inquinanti sarebbero 10-20 g per kg di RUR e le polveri 10-40 g per kg. L'emissione di *diossine* è 300 volte inferiore a quella di un caminetto domestico (0,005-0,15 g vs 1-30x 10⁻⁶g per ton-



nellata) e contribuisce in maniera infinitesimale al valore di fondo nell'area di un grande impianto, così come la concentrazione di polveri ultrasottili (PU) per cm³ è molte migliaia di volte inferiore a quella degli impianti di riscaldamento e del traffico veicolare su gomma. Nelle ceneri, da smaltire nelle discariche controllate, sono presenti tracce di metalli come alluminio, ferro, silicio, magnesio, piombo, ma questi sono in rapporto inverso alla qualità della raccolta differenziata. Inoltre, il calore generato nella combustione può essere utilizzato per produrre vapore, che a sua volta può essere impiegato per il riscaldamento, attività industriali, produzione di elettricità e/o calore (cogenerazione). In sintesi la sostenibilità di un sistema di questo tipo poggia su due pilastri essenziali:

- *recupero di materia* attraverso la riduzione complessiva della produzione di rifiuti, raccolta differenziata, riutilizzo, riduzione dei RUR;
- *recupero di energia* con una miglior efficienza/rendimento degli impianti e un abbattimento delle emissioni nocive.

I dati piuttosto rassicuranti enunciati dai precedenti relatori non esimono la comunità scientifica da una valutazione attenta e documentata del rischio sanitario da smaltimento dei rifiuti, che rimane un obiettivo impegnativo e stimolante in tutti i paesi europei, con importanti implicazioni per la salute umana, il benessere e la tutela dell'ambiente. Questa tematica è stata affrontata dal Dr. Pietro Comba, Direttore del Reparto di Epidemiologia Ambientale, Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità (ISS) presentando "Le evidenze sulla salute che emergono dagli studi epidemiologici nella gestione dei rifiuti".

Alcuni studi epidemiologici pubblicati dal 1999 al 2014, riguardanti popolazioni residenti in aree adiacenti a impianti di smaltimento, discariche e/o inceneritori di vecchia generazione, forniscono dati suggestivi ma non conclusivi su un aumento di incidenza di patologie neoplastiche, linfomi non Hodgkin e delle parti molli, patologie croniche cardiocircolatorie e respiratorie e difetti della riproduzione. Come riportato anche dal *Meeting Report* dell'OMS del novembre 2015, il rispetto di norme più stringenti nella gestione dei rifiuti ha portato a progressi significativi:

- 1) riduzione delle emissioni totali da inceneritore di 3-4 volte a partire dagli anni '80;
- 2) riduzione del rilascio di particolato e metalli;
- 3) riduzione di quattro ordini di grandezza delle diossine a partire dagli anni 2000.



Tuttavia, le possibili implicazioni sulla salute pubblica vengono tutt'ora monitorizzate da un'apposita Commissione Europea (*European Environment and Health Process – EHP*) e i risultati di tali indagini sono riferite nelle conferenze indette ogni cinque anni dai vari ministeri e coordinate dall'OMS. È evidente che la sorveglianza sanitaria in materia richiede un monitoraggio continuo delle emissioni inquinanti, un bio-monitoraggio permanente della popolazione esposta e, non meno importante, risorse adeguate per l'implementazione di metodi di ricerca.

“La valutazione dell'esposizione a inquinanti organici persistenti nella popolazione residente nei pressi di un termovalorizzatore: gli studi di bio-monitoraggio” è stato l'argomento affrontato dalla D.ssa Elena De Felip, Direttore del Reparto di Chimica Tossicologica, afferente al Dipartimento Ambiente e Salute dell'ISS.

Le maggiori preoccupazioni per le popolazioni residenti in prossimità di impianti di incenerimento sono legate all'emissione di sostanze organiche ad elevata tossicità, quali policloro-dibenzo-diossine (PCDD), policloro-dibenzo-furani (PCDF), policloro-bifenili (PCB) e idrocarburi policiclici aromatici (IPA). PCDD e PCDF, comunemente indicati come diossine, e PCB, sono caratterizzati da elevata tossicità, persistenza ambientale, concentrazione negli organismi viventi ed amplificazione nella catena alimentare; infatti, l'esposizione avviene in misura superiore al 90% attraverso gli alimenti; trascurabile è la via inalatoria. Anche per gli IPA, idrocarburi costituiti da due o più anelli aromatici condensati, presenti nell'ambiente in miscele complesse di centinaia di composti, la via alimentare rappresenta la più importante via di esposizione, soprattutto per i composti a maggiore tossicità. Lo strumento più efficace per valutare l'esposizione umana a inquinanti ambientali ed effettuare un adeguato *risk*

assessment è rappresentato dal bio-monitoraggio, che fornisce una misura della reale “dose interna” risultante da tutte le possibili vie e fonti espositive.

Numerosi sono gli studi di bio-monitoraggio condotti negli ultimi 15 anni in vari paesi europei (Portogallo, Francia) in popolazioni residenti intorno a impianti di incenerimento. Con l'eccezione di alcuni studi che hanno rilevato un contenuto incremento dei livelli ematici nei residenti intorno a inceneritori di vecchia generazione che consumavano alimenti di produzione locale/propria, non è stata osservata un'associazione tra livelli ematici nei residenti e residenza in prossimità di inceneritori generalmente. Un contributo particolarmente importante alla valutazione dell'impatto sulla salute umana delle emissioni da inceneritori è atteso da uno studio in corso a Torino. Lo studio (SPoTT “Sorveglianza sulla salute della Popolazione nei pressi del Termovalorizzatore di Torino”  www.dors.it/spott/) è un programma di monitoraggio che nasce per volontà della Provincia di Torino a seguito della costruzione di uno dei più grandi impianti per la combustione di rifiuti presenti in Europa. Include la valutazione delle concentrazioni di diossine, PCB e IPA in un gruppo di residenti in prossimità dell'impianto e in un gruppo di controllo, effettuata prima dell'avvio dell'impianto, e dopo 1-2 anni di funzionamento dello stesso.

Considerazioni degli Autori

Toscana Medica (n. 5/2016) ha già dedicato al tema una sezione “Ambiente e Salute” con l'intervento di autorevoli esperti regionali. Ci pare che le loro conclusioni siano in linea con quelle dei relatori che hanno partecipato al Convegno del quale abbiamo riferito e che sentitamente ringraziamo

per la loro partecipazione. In particolare l'articolo del Dr. Francesco Cipriani, Direttore dell'Agenzia Regionale di Sanità (“la valutazione dello stato di salute della popolazione residente nell'area della piana, confrontato con quello di chi risiede nelle zone fiorentine intorno alla piana, ha evidenziato poche criticità”) e quello del Dr. Giuseppe Petrioli, Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria di Firenze (“procedere con giudizio e monitorare attentamente”) non differiscono nelle loro conclusioni da quanto riportato. Pur condividendo le considerazioni della D.ssa Patrizia Gentilini del Comitato Scientifico dell'ISDE sulle difficoltà di separare gli effetti sanitari dovuti alla gestione dei rifiuti dal rumore di fondo derivante da altre fonti di inquinamento ambientale (traffico autostradale ed aeroportuale), vorremmo concludere con le dichiarazioni rilasciate alla stampa (“Corriere Fiorentino”, 14/6/2016) dalla D.ssa Loredana Musement, Direttrice del Dipartimento Ambiente e Prevenzione dell'ISS: “non voglio certo dire che le emissioni degli inceneritori non siano inquinanti. Ma tra gli impianti di vecchia e di nuova generazione c'è una differenza evidente, e negli impianti di nuova generazione le emissioni sono ridottissime... la correlazione tra inceneritori e tumori esiste ma riguarda i vecchi impianti. Gli impianti moderni inquinano meno del traffico”.

 primo.botti@unifi.it



Lotta all'infezione da HIV: una nuova era

di Andrea De Luca



ANDREA DE LUCA, UOC Malattie Infettive, Dipartimento di Biotecnologie Mediche, Università di Siena. Medico infettivologo, è Professore Associato di Malattie Infettive presso l'Università di Siena e Direttore delle Malattie Infettive dell'AOU Senese. Da oltre 25 anni è impegnato nell'assistenza e nella ricerca sull'infezione da HIV testimoniata da oltre 260 pubblicazioni internazionali, che sono state oggetto di oltre 8000 citazioni individuali. È stato relatore invitato a Congressi Nazionali ed Internazionali di Malattie Infettive ed ha presentato oltre 400 comunicazioni orali. È membro della Commissione Terapeutica della Regione Toscana.

Circa il 30% delle infezioni da HIV in Italia non è diagnosticato o seguito dai centri di Malattie Infettive. Alla luce delle nuove evidenze, la terapia antiretrovirale (ART) determina un beneficio clinico anche nei pazienti in fase molto precoce di infezione, con difese immunitarie apparentemente preservate. Inoltre, la ART riduce la trasmissione sessuale dell'infezione sia a livello individuale che di popolazione. Le persone con HIV, grazie al trattamento cronico con ART, possono avere un'attesa di vita sovrapponibile a quella dei non infetti. Tutti i medici devono essere coinvolti nel diffondere la cultura e la prescrizione del test diagnostico per l'HIV.

Esistono ancora l'infezione da HIV e l'AIDS nel nostro paese? Ormai se ne sente parlare pochissimo. Abituati come siamo a una percezione dei fenomeni influenzata dalla frequenza con cui essi occupano spazio sui media, ci rendiamo conto del fatto che in Toscana l'AIDS miete ancora più vittime della meningite meningococcica? La realtà è che l'AIDS non è più lo spauracchio collettivo degli anni '80 e '90. Leggiamo frettolosamente i dati globali e nazionali in occasione del 1° Dicembre, giornata mondiale dedicata all'AIDS, ma i nostri ragazzi, i nostri pazienti, lo ritengono un fenomeno confinato a categorie a rischio, a situazioni particolari. E anche molti di noi medici non pongono subito in diagnosi differenziale l'infezione da HIV in tutti i pazienti, a prescindere da ipotetiche categorizzazioni. Recentemente ho seguito un caso ad esito infausto per una grave ed irreversibile polmonite da *Pneumocystis jirovecii* scambiata a lungo per un edema polmonare cardiogeno: era un soggetto di oltre settant'anni, a cui per diver-

se settimane erano state prescritte indagini per una qualche neoplasia e in cui la diagnosi di infezione HIV è arrivata troppo tardivamente, dopo essere passata sotto gli occhi di diversi specialisti. Un caso emblematico, che fa riflettere. Eppure oggi l'infezione da HIV è una patologia gestibile che può essere resa cronica con un trattamento antiretrovirale appropriato. Ma cosa è successo esattamente in questi ultimi anni? Molte cose sono cambiate e le percezioni antiche associate a questa infezione sono state completamente rivoluzionate dal mutamento dell'epidemiologia e dai notevoli benefici della terapia sulla prognosi dell'individuo ma anche sulla prevenzione: il trattamento è

Parole chiave:

HIV, terapia antiretrovirale, diagnosi precoce, trasmissione sessuale, prevenzione



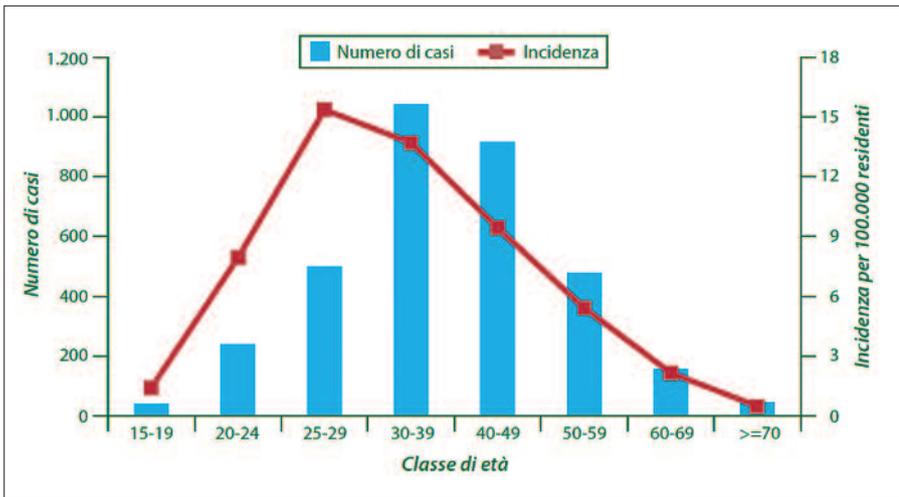


Figura 1 - Numero ed incidenza dei nuovi casi di infezione da HIV in Italia in base alla classe di età nel 2015 (da Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità 29:9 (suppl. 1); 2016).

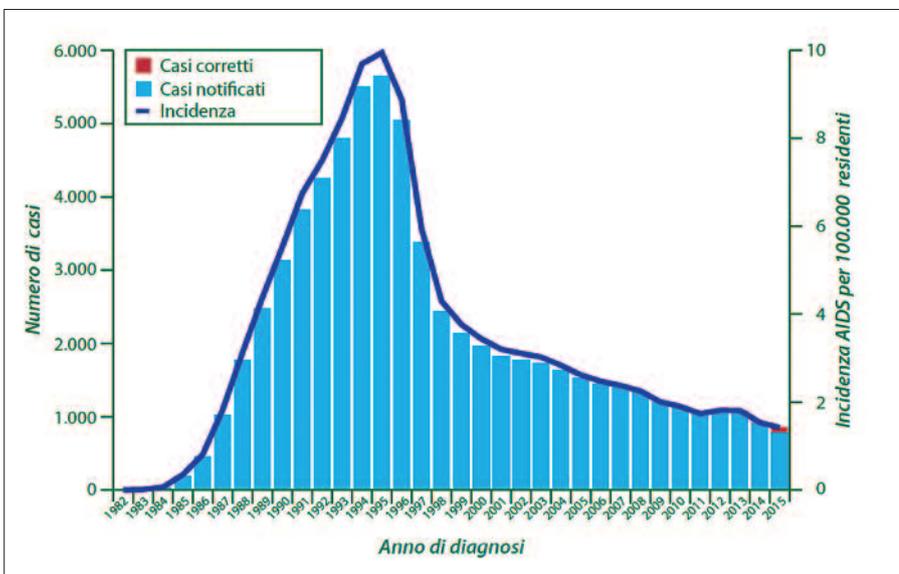


Figura 2 - Numero di casi di AIDS notificati e corretti per ritardo di notifica ed incidenza in Italia 1982-2015 (da Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità 29:9 (suppl. 1); 2016).

divenuto uno strumento di sanità pubblica. Tutto ciò non può non avere delle ripercussioni importanti sulla pratica

della medicina generale e della medicina in generale sia in ospedale che sul territorio.

Quanti sono e chi sono i soggetti coinvolti dall'infezione da HIV e dall'AIDS in Italia ed in Toscana?

Oggi si stima che le persone viventi con infezione da HIV o AIDS in Italia siano circa 130.000, di cui circa 100.000 diagnosticate e seguite dai reparti di Malattie Infettive. Nel 2015 sono state effettuate circa 3.700 nuove diagnosi di infezione da HIV (vedi Figura 1), di cui poco più di 250 in Toscana, regione che con 6,6 diagnosi per 100.000 abitanti è al 5° posto per tasso di incidenza in Italia. Le nuove diagnosi della Toscana riguardano una popolazione prevalentemente maschile (75%), appartenente alla fascia di età tra i 30 e i 39 anni (ma la fascia 40-49 è la seconda per numero di casi), che acquisisce l'infezione quasi esclusivamente per trasmissione sessuale (92%), con leggera prevalenza della trasmissione eterosessuale su quella omosessuale. I soggetti che alla diagnosi di infezione da HIV hanno una conta di linfociti CD4 <350 (quindi presentano già un deficit immunitario indicativo di una diagnosi tardiva) rappresentano ben il 54% delle nuove diagnosi toscane. Quelli con grave deficit immunitario (linfociti CD4 <200) alla diagnosi sono soprattutto maschi eterosessuali con >50 anni. I soggetti con AIDS conclamato viventi in Toscana sono circa 1.600. Le nuove diagnosi di AIDS nel biennio 2014-15 sono state 150 e la Toscana detiene il triste primato nazionale di incidenza di nuovi casi di AIDS conclamato (2 per 100.000 abitanti nel 2015). A livello nazionale le nuove diagnosi di AIDS riguardano soprattutto le classi di età >40 anni (ol-



tre un terzo del totale >50 anni), la metà delle trasmissioni di queste nuove diagnosi di AIDS è avvenuta tramite rapporti eterosessuali e il 75% ha fatto il primo test HIV solo alla diagnosi di AIDS o entro i 6 mesi precedenti. La maggior parte dei nuovi casi di AIDS sarebbe dunque evitabile con una diagnosi più precoce.

Quali sono i benefici e chi deve essere trattato con la terapia antiretrovirale (ART)?

Fin dall'introduzione delle terapie efficaci in Italia nel 1996, la ART ha portato un immediato beneficio in termini di calo di morbosità e mortalità a livello individuale e di popolazione che non ha pari in altre patologie. Basti pensare che l'incidenza dei nuovi casi di AIDS a livello nazionale è passata da 10 casi per 100.000 abitanti nel 1995 a 1,5 nel 2015, con una riduzione dell'85% (vedi Figura 2). Negli ultimi anni nuove evidenze scientifiche hanno ulteriormente rivoluzionato l'approccio terapeutico. Studi randomizzati indipendenti hanno dimostrato che la terapia riduce significativamente la morbosità e la mortalità fino al 50% anche nei soggetti con infezione più precoce con conte dei linfociti CD4 >500. Inoltre il trattamento, sopprimendo la replicazione virale, riduce la carica del virus anche a livello delle mucose genitali riducendo così la probabilità di trasmissione sessuale del virus del 90-95%. Di fatto la trasmissione sessuale al partner stabile sembra non verificarsi affatto quando la carica virale plasmatica è stabilmente soppressa dalla terapia, un obiettivo che raggiunge oggi circa il 90% dei pazienti in ART. Questo effetto di prevenzione della trasmissione orizzontale dato dal-

la terapia si somma a quello già precedentemente verificato sulla trasmissione verticale, virtualmente abolita da una ART somministrata alla madre in corso di gravidanza.

Gli obiettivi dell'UNAIDS per il 2020: 90/90/90.

Le recenti evidenze citate, unitamente alla disponibilità di trattamenti sempre più tollerati e semplici da assumere, sono alla base delle nuove indicazioni di Linee Guida nazionali e internazionali (incluse quelle dell'OMS) che a partire dalla fine del 2015 raccomandano il trattamento universale di tutti i pazienti con infezione da HIV. Non si discute più chi trattare ma come diagnosticare e trattare efficacemente e cronicamente il maggior numero possibile di persone che vivono con l'infezione. L'Agenzia delle Nazioni Unite per la lotta globale all'AIDS (UNAIDS) ha posto ai diversi Stati gli obiettivi, da raggiungere entro il 2020, di diagnosticare almeno il 90% delle persone con l'HIV, di prendere in carico e trattare con la ART almeno il 90% dei diagnosticati e di sopprimere la carica virale plasmatica in almeno il 90% dei trattati. Diversi modelli matematici predicono che l'ottenimento di questi obiettivi dovrebbe portare ad un contenimento drastico della pandemia da HIV entro pochi decenni.

L'importanza della diagnosi precoce e della lotta alla stigmatizzazione.

Viste le premesse diviene pertanto prioritario identificare il sommerso delle infezioni non note ed effettuare una diagnosi nella fase più precoce possibile della malattia. Oggi come mai offrire e raccomandare il test dell'HIV rap-

presenta un grande valore per la tutela della salute individuale ed un chiaro beneficio in termini di salute pubblica. Le persone con infezione da HIV diagnosticate precocemente e trattate efficacemente hanno oggi un'aspettativa di vita pressoché sovrapponibile a quella delle persone senza infezione. La qualità della vita può essere ottima anche in termini di prospettiva di salute sessuale e riproduttiva. Effettuare il test deve gradualmente diventare una prassi normale, direi di screening preventivo come previsto per altre patologie. Certamente molto resta da fare per superare il giudizio e la stigmatizzazione che purtroppo ancora pesano in maniera determinante sulle persone con infezione da HIV e che troppo spesso inducono una certa reticenza nell'offrire, nel richiedere e nell'accettare l'esecuzione del test. Ricordiamoci che il test è sempre totalmente gratuito e, per chi lo volesse, tutte le Aziende USL ed ospedaliere sono dotate di accesso al test anche in maniera completamente anonima e senza prescrizione medica. Il contributo dei medici nel diffondere la cultura della normalità e dell'utilità del test è determinante. Nessuno di noi può più permettersi oggi di esser reticente nel richiedere un test HIV ad un paziente. Non esistono categorie a rischio ma il solo fatto di essere un adulto sessualmente attivo o precedentemente attivo dovrebbe indurre a fare test, così si eviterebbero le diagnosi in AIDS conclamato o peggio i decessi per eventi AIDS correlati, consentendo alle persone coinvolte di non ridurre la propria attesa e qualità di vita ed evitando ulteriori, inutili trasmissioni dell'infezione.

@ andrea.deluca@unisi.it

LEGENDA

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



Codice QR

rimando link esterno con applicazione smartphone



URL

Rimando link esterno



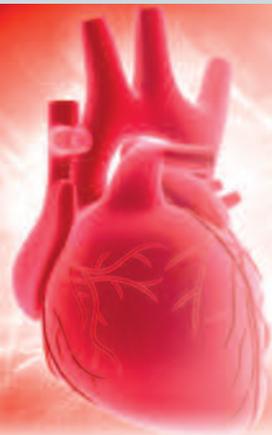
Sommaio

Rimando alla pagina dell'interno



e-mail

Rimando al programma e-mail



Scompenso cardiaco in medicina interna

Riospedalizzazione e mortalità tra i ricoverati

di Valerio Verdiani, Paolo Francesconi, Francesco Profili,
Grazia Panigada, Alfredo Zuppiroli

a nome del POST-SMIT Study Group



VALERIO VERDIANI, *Direttore U.O. Medicina Interna Ospedale Grosseto. Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1987. Specialista in Medicina Interna, Cardiologia, Gastroenterologia. Ha lavorato per 7 anni nella Medicina-Pronto Soccorso dell'AOU Careggi di Firenze e per 13 anni nella Medicina Interna e d'Urgenza della stessa Azienda.*

PAOLO FRANCESCO, *Medico, Responsabile del Settore Sanitario dell'Osservatorio di Epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità. Specialista in Igiene e Medicina Preventiva.*

FRANCESCO PROFILI, *Ricercatore all'Osservatorio di Epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Responsabile P.O. "Epidemiologia dei servizi sanitari". Laureato in Statistica.*

GRAZIA PANIGADA, *Direttore U.O. Medicina Interna Ospedale di Pescia. Specialista in Medicina Interna.*

ALFREDO ZUPPIROLI, *Cardiologo. Collaboratore dell'Agenzia Regionale di Sanità, Osservatorio di Epidemiologia, Regione Toscana.*

Lo scompenso cardiaco rappresenta una delle prime cause di ricovero nelle U.O. di Medicina Interna. I pazienti affetti da tale patologia presentano un elevato rischio di riospedalizzazione o morte nel breve-medio termine. Scopo di questo studio è valutarne l'effettivo impatto nella realtà toscana cercando di identificare le variabili maggiormente correlate agli *outcome*.

Introduzione e scopo dello studio

Lo scompenso cardiaco rappresenta una delle prime cause di ricovero nelle U.O. di Medicina Interna. I pazienti affetti da tale patologia presentano un elevato rischio di riospedalizzazione o morte nel breve-medio termine. Scopo di questo studio è valutarne l'effettivo impatto nella realtà toscana cercando di identificare le variabili maggiormente correlate agli *outcome*.

Pazienti e metodi

Sono stati considerati 451 pazienti (200 maschi; età media 83 anni + 8,4) dimessi consecutivamente in un periodo di 30 giorni (30 Gennaio - 28 Febbraio 2014) da 23 U.O. di Medicina Interna della Toscana, distribuite omogeneamente sul territorio. È stato analizzato l'*outcome* composito "riospedalizzazione per scompenso cardiaco e/o mortalità per tutte le cause" a 1, 6, 12 mesi e sono state valutate le variabili anche in associazione ai singoli eventi.

Risultati

L'*outcome* composito è risultato essere del 14% a 30 giorni, del 38,1% a 6 mesi, del 51% a 12 mesi (Tabella 1).

Precedenti ricoveri per scompenso cardiaco

I pazienti che avevano una precedente ospedalizzazione per scompen-

so cardiaco presentavano un trend verso un maggior numero di eventi a 30 giorni (RR 1,35; P=0,21) che diventava significativo a 6 mesi (RR 1,69; P<0,0001) e a 12 mesi (RR 1,73; P<0,0001).

Numero di comorbidità

Sono state considerate 7 comorbidità (diabete mellito, ipertensione arteriosa, BPCO, fibrillazione atriale, anemia, insufficienza renale, decadimento cognitivo). Il numero di comorbi-

Parole chiave:
comorbidità, endpoint,
funzione ventricolare, sopravvivenza,
decadimento cognitivo

Tempo	Morte o riospedalizzazione	
	Numero pazienti	%
1 mese	63	14,0
6 mesi	172	38,1
12 mesi	230	51,0

Tabella 1 - Riospedalizzazione per scompenso cardiaco o mortalità dei 451 pazienti della casistica.

	1 mese		6 mesi		12 mesi	
	RR	p	RR	p	RR	p
Comorbidità totali*	1,21	0,07	1,19	0,006	1,16	0,008
N° comorbidità: > 3 vs < 3	1,75	0,09	1,44	0,05	1,35	0,05
N° comorbidità: > 4 vs < 4	1,65	0,04	1,58	0,003	1,44	0,006

*RR per ogni incremento di una comorbidità

Tabella 2 - Numero di comorbidità e rischio di riospedalizzazione per scompenso cardiaco o mortalità.

tà si è rilevato un importante rischio di riospedalizzazione e/o mortalità (Tabella 2). Ogni incremento di una comorbidità aumentava il rischio sia a 30 giorni (RR 1,21; P=0,07) sia a 6 mesi (RR 1,19; P=0,006) che a 12 mesi (RR 1,16; P=0,008). Avere più di 4 comorbidità, rispetto a coloro con < 4 comorbidità, aumentava il rischio relativo di eventi del 65% a 30 giorni (P=0,049), del 58% a 6 mesi (P=0,003) e del 44% a 12 mesi (P=0,006). Anche un numero di comorbidità > 3, rispetto ai pazienti con numero inferiore di comorbidità, mostrava una tendenza a

incrementare il rischio a 30 giorni (RR 1,75; P=0,09) ed il rischio aumentava in maniera statisticamente significativa a 6 mesi (RR 1,44; P= 0,05) e a 12 mesi (RR 1,35; P= 0,05).

Singole comorbidità

Tra le singole comorbidità influenti sull'*endpoint* composito a 30 giorni, quelle maggiormente importanti sono risultate essere il deterioramento cognitivo (RR 2,34; P=0,002) e la fibrillazione atriale (RR 1,83; P=0,02). A 6 e 12 mesi, oltre alle due comorbidità dette, aumentavano il rischio la pres-

senza di anemia e l'insufficienza renale (Tabella 3). Non si sono mostrate invece differenze significative riguardanti diabete mellito, ipertensione arteriosa e BPCO quando analizzate singolarmente.

Funzione ventricolare sinistra misurata come frazione di eiezione (FE)

I pazienti con funzione ventricolare sinistra conservata (FE > 50%), una volta che i dati sono stati aggiustati per le comorbidità, risultavano avere una prognosi migliore rispetto a quelli con funzione ventricolare sinistra depre-

ORDINE DEI MEDICI DI FIRENZE



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

E-mail e PEC:

presidenza@ordine-medici-firenze.it - informazioni@ordine-medici-firenze.it
amministrazione@ordine-medici-firenze.it - toscanamedica@ordine-medici-firenze.it
segreteria.fi@pec.omceo.it - presidenza.fi@pec.omceo.it - amministrazione.fi@pec.omceo.it

Orario di apertura al pubblico:

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

Rilascio certificati di iscrizione:

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

Tassa annuale di iscrizione:

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

Cambio di indirizzo:

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

Commissione Odontoiatri:

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

Consulenze e informazioni:

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

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

	1 mese		6 mesi		12 mesi	
	RR	p	RR	p	RR	p
Decadimento cognitivo	2,34	0,002	1,50	0,01	1,40	0,02
Fibrillazione atriale	1,83	0,02	1,39	0,03	1,29	0,05
Anemia	1,29	0,34	1,44	0,02	1,47	0,006
Insufficienza renale	0,96	0,73	1,19	0,03	1,17	0,02
Diabete mellito	0,81	0,46	1,16	0,37	1,10	0,51
Ipertensione arteriosa	1,01	0,97	0,97	0,85	0,96	0,80
BPCO	1,34	0,25	1,07	0,69	1,11	0,44

Tabella 3 - Rischio di riospedalizzazione per scompenso cardiaco o mortalità in relazione alle singole comorbidità.

		1 mese		6 mesi		12 mesi	
		RR	p	RR	p	RR	p
FE<30% vs FE>50%	Riospedalizzazione	12,3	0,004	3,75	0,008	3,00	0,01
	Mortalità	1,1	0,89	1,81	0,13	1,35	0,41
Comorbidità > 3 vs < 3	Riospedalizzazione	1,3	0,58	1,15	0,59	1,07	0,77
	Mortalità	2,6	0,03	1,63	0,04	1,43	0,05

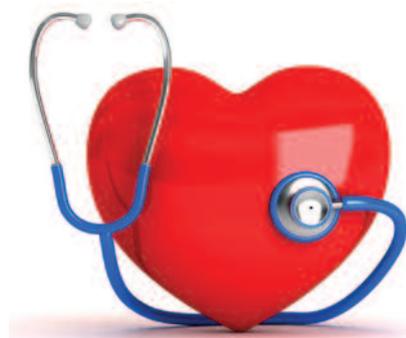
Tabella 4 - Trends divergenti tra riospedalizzazione per scompenso cardiaco e mortalità.

sa, sebbene non si siano evidenziate differenze significative nei primi 30 giorni dalla dimissione. A 6 e 12 mesi i pazienti con FE < 40% rispetto a quelli con FE > 50% mostravano una tendenza all'aumento del rischio relativo di eventi di circa il 50% (a 6 mesi RR 1,55; P=0,08; a 12 mesi RR 1,49; P=0,07). Particolarmente a rischio rispetto all'outcome composito sono risultati essere i pazienti con funzione ventricolare sinistra severamente compromessa. A 6 mesi il rischio di riospedalizzazione per scompenso cardiaco o decesso di pazienti con FE <30% superava di oltre due volte quello dei pazienti con FE > 50%. Non si è evidenziata invece nessuna differenza significativa tra pazienti con FE compresa tra 40% e 50% ("mid-range" secondo la nuova classificazione delle Linee guida ESC) e pazienti con frazione di eiezione conservata.

Divergenti trends tra riospedalizzazione e mortalità

In letteratura sono stati documentati trends divergenti tra riospedalizzazione e mortalità in pazienti con scompenso cardiaco. Anche i dati riguardanti il "Chronic Care Model" toscano hanno mostrato per i pazienti con scompenso cardiaco una migliore sopravvivenza ma una maggiore ospedalizzazione. Nel no-

stro studio, i pazienti con FE < 30%, rispetto a quelli con FE conservata, non hanno mostrato differenze significative per quanto riguarda la mortalità, ma si



sono riospedalizzati per scompenso cardiaco in maniera sensibilmente maggiore (Tabella 4), in particolare nei primi 30 giorni (RR 12,3; P=0,04). A 6 e 12 mesi il rischio relativo è diminuito pur mantenendosi statisticamente significativo (a 6 mesi RR 3,75; P=0,008; a 12 mesi RR 3,0; P=0,01). L'inverso si è osservato per il numero di comorbidità: i pazienti con > 3 comorbidità hanno presentato un maggior rischio di morte sia a 30 giorni che a 6 e 12 mesi senza mostrare un maggior numero di accessi ospedalieri dovuti a scompenso cardiaco.

Conclusioni

Coerentemente con quanto espresso in letteratura, la frequenza dell'out-

come composito di riospedalizzazione per scompenso cardiaco e mortalità per tutte le cause si dimostra elevato anche nella realtà dei pazienti con scompenso cardiaco ricoverati nelle U.O. di Medicina Interna della Toscana: praticamente oltre un paziente su tre ed un paziente su due presenteranno un evento nel giro, rispettivamente, di sei mesi e di un anno dal momento della dimissione. Questo studio evidenzia innanzitutto l'elevata età dei pazienti che quotidianamente si ricoverano nei nostri reparti e sottolinea l'enorme influenza delle comorbidità sull'outcome, tra le quali risulta particolarmente importante il decadimento cognitivo. I pazienti con funzione ventricolare conservata hanno una prognosi migliore e nessuna differenza si è mostrata tra questi e quelli con frazione di eiezione moderatamente ridotta. La frequenza di riospedalizzazione si è dimostrata particolarmente alta per i pazienti con funzione ventricolare depressa nei quali però non si è osservato un aumento di mortalità. Questa divergenza dei trends fra ospedalizzazione e mortalità è già stata segnalata su vaste casistiche e rappresenta un importante spunto di riflessione.

@ verdiani@fastwebnet.it

Che cosa significa essere fragili

di Antonio Bavazzano



ANTONIO BAVAZZANO, Medico specialista in Cardiologia e Geriatria; dal 01/08/1988 al 30/09/2007 Direttore della U.O. di Geriatria della ASL 4 di Prato; dal 2007 Coordinatore della Rete assistenziale regionale delle persone con demenza.

Si discutono le caratteristiche biologiche della persona fragile e le conseguenti alterazioni funzionali. Si propongono strumenti valutativi per organizzare una "semeiotica della fragilità".

Parole chiave:
fragilità, attività fisica, nutrizione
strumenti valutativi, speranza di vita

La fragilità è una condizione di vulnerabilità latente a cui consegue un crescente rischio di disabilità.

È uno stato dinamico legato a perdite sia di ordine fisico che psichico e sociale; l'interazione fra questi elementi spiegherebbe il frequente comparire nell'anziano di scompensi fisici e/o comportamentali senza un riferimento specifico ad un organo.

È un fenomeno che attraversa tutte le fasce di età, ma si concentra essenzialmente nella fascia degli anziani: il dato italiano di prevalenza è del 14,3% negli ultrasessantacinquenni.

Il medico deve sospettare una possibile fragilità in tutte le persone anziane, anche se autonome nelle attività della vita quotidiana.

Il sospetto di fragilità si basa sull'osservazione e/o sulla narrazione della persona raccogliendo in parallelo dati sulla motricità, sulla cognitività, sugli organi di senso e su tutti gli elementi, anche i socio-ambientali, che concorrono all'autonomia personale e sociale.

Il punto critico per riconoscere la fragilità è nello straordinario numero di variabili che, interagendo fra loro, determinano una vulnerabilità individuale con effetti spesso imprevedibili.

Non esiste un unico strumento che consenta una semeiotica clinica della fragilità. Alcune linee guida indicano valutazioni complesse, spesso di ordine specialistico.

Negli ultimi anni la letteratura ha concordato una definizione della fragilità e degli elementi che possano far sospettare una sua presenza. La fragilità viene definita come una "sindrome fisiologica caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla diminuita resistenza agli stressors, risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli" (L. Fried 2004).

Dalla stessa autrice sono state individuate cinque condizioni che, se presenti in numero uguale o superiore a tre, sono in grado di configurare un fenotipo fragile. L'attribuzione delle pre-

FENOTIPO FRAGILE

- 1. Perdita di peso (maggiore di 4,5 Kg. nell'ultimo anno)**
- 2. Affaticamento (si sente affaticato per almeno 3 giorni/settimana)**
- 3. Riduzione della forza muscolare (hand-grip) (m.=< 5,85 Kg; f.=>3,37 Kg)**
- 4. Ridotta attività fisica (ev.questionario PASE)**
- 5. Riduzione della velocità del cammino (su percorso noto > 7'' per percorrere 5 m.)**

(Fragilità = ≥ 3 item presenti)

Fried LP et al. for the Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. Journals of Gerontology. Series A: Biological and Medical Sciences 58: M146-M157; 2001

Figura 1

Figura 2 - Approccio di opportunità per sospettare la fragilità

Suggerimenti per l'approccio di opportunità

- **Domande relative all'organizzazione della giornata** (a che ora si alza, a che ora fa colazione, se e quando va a fare la spesa, chi prepara i pasti, chi pulisce la casa, chi fa il bucato, come impiega la giornata).
- **Domande relative a igiene e cura della persona** (autonomia nell'igiene personale, autonomia nel vestirsi, autonomia nell'andare in bagno, problemi di masticazione).
- **Domande relative all'alimentazione:** abitudini dietetiche, perdita di appetito, riduzione del peso corporeo negli ultimi 6 mesi, quantità di liquidi assunta durante la giornata.
- **Domande relative all'attività fisica abituale,** alle difficoltà nella mobilità, alle cadute negli ultimi 12 mesi.
- **Domande relative alla terapia farmacologica** e alla sua gestione.
- **Valutazione dello stato fisico del paziente:** valutazione del cavo orale, magrezza, osservazione della muscolatura, postura e mobilità.

N.B. Quando possibile, effettuare una visita a casa del paziente per valutare l'ambiente domestico.

cedenti caratteristiche cliniche al "fenotipo fragile" deve comunque seguire l'esclusione di una patologia organica.

La fragilità può essere sospettata anche con un approccio di opportunità, soprattutto nel sistema delle cure primarie.

Nella Figura 2 si esemplifica un approccio di opportunità.

Basandosi sullo *screening* di un numero elevato di persone, possono es-

sere riconosciuti i soggetti vulnerabili nei quali sarà opportuno attivare verifiche.

L'Agenzia Regionale di Sanità della Regione Toscana ha recentemente coordinato uno studio che prevede l'utilizzo di questionari postali.

Nella Tabella 1 si riassumono i quesiti proposti per lo screening.

Nella pratica clinica trovano impiego anche strumenti valutativi basati su

performance fisiche. Lo Short Physical Performance Battery è uno degli strumenti proposti dalla letteratura internazionale.

L'individuo è un sistema complesso, che invecchiando vede spesso aumentare la complessità e contemporaneamente anche il disordine.

La fragilità è frutto della complessità, non è uno stato patologico facilmente definibile ma, come già sottoli-



Screening postale della fragilità	Punteggio
1. CI VEDE ABBASTANZA DA LEGGERE I TITOLI DEI GIORNALI, ANCHE UTILIZZANDO GLI OCCHIALI?	1,5
2. SI STANCA MOLTO A FARE LE COSE DI TUTTI I GIORNI?	3
3. HA PROBLEMI DI MEMORIA?	1
4. È MAI CADUTO NEGLI ULTIMI 6 MESI?	1,5
5. HA DIFFICOLTÀ A CAMMINARE PER 400 METRI IN PIANURA?	3,5
6. ASSUME REGOLARMENTE (TUTTI I GIORNI O QUASI) 5 O PIÙ FARMACI?	1
Tot. (0-11,5)	

SOLITAMENTE, È IN GRADO DI VESTIRSI E SVESTIRSI SENZA L'AIUTO DI ALTRE PERSONE?

Cut-off 6,5 → sensibilità 75% e 69% nell'identificare la presenza di fragilità secondo i criteri di Fried (Fried L et al., J Gerontol Med Sci, 2001)

Mossello E, Profili F, Di Bari M, Bandinelli S, Razzanelli M, Salvioni A, Corridori C, Di Fiandra T, Francesconi P. Postal screening can identify frailty and predict poor outcomes in older adults: longitudinal data from INTER-FRAIL study. Age Ageing, 2016, in press

Tabella 1 - Quesiti proposti per lo screening.

neato, è una "sindrome fisiologica" che spesso evolve negativamente negli anni, fino a determinare una sempre maggiore difficoltà nella ricerca di strategie adattative capaci di compensare

la progressiva limitazione dell'autonomia personale e sociale.

La fragilità è spesso correlata con lo stile di vita che può essere causa di declino personale o strumento per trova-

re i compensi necessari al ricupero o al mantenimento dell'autonomia.

La letteratura indica che il 16,6% dei decessi negli Stati Uniti è imputabile ad un'eccessiva sedentarietà. L'uso eccessivo di farmaci, l'obesità, le carenze dietetiche, in particolare della vitamina D, sarebbero fra gli elementi che concorrono a determinare la fragilità.

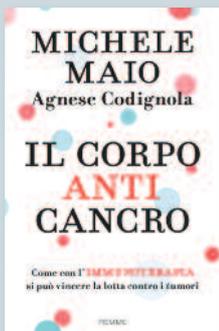
Nella molteplicità delle manifestazioni della fragilità è tuttavia quasi costante la riduzione della forza muscolare e la riduzione del peso.

In situazioni di spiccata fragilità, la forza muscolare si riduce del 5% al giorno, diminuiscono i depositi di glicogeno, si riduce la lunghezza delle fibre muscolari. Questi fenomeni sono più evidenti negli arti inferiori rispetto ai superiori.

Questa caratteristica della fragilità rende particolarmente utile l'utilizzo del test SPPB come elemento sia diagnostico che di monitoraggio nel soggetto fragile.

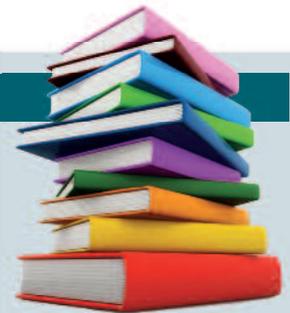
@ a.bavazzano@hotmail.it

LETTI PER VOI



Il corpo anticancro Come con l'immunoterapia si può vincere la lotta contro i tumori

MICHELE MAIO, AGNESE CODIGNOLA
Edizioni PIEMME



Linda Taylor è una giovane ufficiale della Marina degli Stati Uniti che a metà degli anni Ottanta del secolo scorso viene colpita da un melanoma cutaneo. Le viene proposto di entrare a far parte di una sperimentazione basata sull'interferone, di gran moda in quegli anni, che però non porta all'effetto sperato, tanto che la malattia diventa sempre più aggressiva e disseminata. La ragazza, seppure con tante perplessità, accetta allora di essere arruolata in un altro studio sperimentale, basato sulla somministrazione di dosi massicce di interleuchina 2 con lo scopo di stimolare il sistema immunitario spingendolo a distruggere da solo il tumore. Il decorso clinico di questa nuova avventura è fisicamente e psicologicamente devastante, ma in seguito le lesioni tumorali iniziano a regredire fino a scomparire del tutto. A Steven Rosenberg, precursore indiscusso dell'immunoncologia si deve questo risultato, e Linda Taylor viene giustamente considerata la paziente zero di questo particolare approccio alla malattia neoplastica.

La storia di Linda si legge nelle prime pagine di questo libro di Michele Maio, conosciuto Direttore del Centro di Immunoterapia Oncologica di Siena, e di Agnese Codignola, apprezzata e rigorosa giornalista scientifica. In maniera chiara e comprensibile il lettore si avvicina, capendolo, ad un mondo in continua e travolgente evoluzione, finalizzato ad insegnare all'organismo aggredito dal tumore a combattere la malattia con armi proprie opportunamente programmate.

Maio e Codignola offrono cioè ai non esperti la possibilità concreta di capire i concetti fondamentali di un argomento complesso quale l'immunoterapia dei tumori che sempre più spesso si guadagna, a ragione, la ribalta di giornali e televisioni.

Simone Pancani

Novità in tema ECM

di Francesca Mazza, Valentina Galeotti
Silvio Bonanni



L'aggiornamento professionale per il medico è funzionale ad assicurare la miglior assistenza al cittadino e quindi è anche un obbligo deontologico. Secondo l'art. 19 del Codice di Deontologia Medica "il medico, nel corso di tutta la sua vita professionale, persegue l'aggiornamento e la formazione continua per lo sviluppo delle competenze professionali tecniche e non tecniche".

Tramite il Decreto Legislativo n. 502 del 1992 è stata istituzionalizzata l'ECM in Italia. Secondo il Decreto Legislativo n. 229 del 1999 "la partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale in qualità di dipendente o libero professionista".

La mancata certificazione di assolvimento all'obbligo formativo rappresenta, oltre il venir meno ad un obbligo, una importante perdita di *chances* lavorative.

Ad esempio, essere in regola con l'ECM è una *conditio sine qua non* per l'iscrizione all'Elenco dei Medici Competenti in Medicina del Lavoro. Anche l'INAIL richiede nei bandi per la selezione dei collaboratori vari requisiti tra cui quello dell'assolvimento dell'obbligo formativo. È previsto che le Aziende Sanitarie possano richiedere il certificato dell'assolvimento dell'obbligo formativo ai fini della valutazione del medico per gli scatti contrattuali (5, 10 anni) e per le selezioni dei direttori di struttura complessa.

Le case di cura private convenzionate con il SSN chiedono ai propri dipendenti, secondo la normativa vigente, di essere in regola sotto questo profilo.

Alcune assicurazioni hanno previsto l'applicazione del "pejus" mediante riassegnazione della classe di merito in base alla percentuale dei crediti assoluti rispetto all'obbligo formativo.

Molti paesi europei hanno già in essere il sistema del CPD, ovvero il Continuous Professional Development. Questa tipologia di approccio formativo identifica la continua acquisizione, il miglioramento e il mantenimento sistematico per tutta la vita professionale delle conoscenze, abilità e competenze dei professionisti della salute.

Il CPD riconosce non solo un ampio raggio di competenze necessarie per assicurare un elevato standard di cura ma anche il contesto multidisciplinare della presa in carico del paziente comprendendo ad esempio abilità comunicative, nozioni di economia sanitaria e di medicina legale. Il CPD prevede non solo la formazione continua ma anche la valutazione delle pratiche professionali al fine di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure.

In Italia si è da poco concluso il triennio formativo 2014-2016 e il nuovo 2017-2019 è appena iniziato con alcune novità. La prima è rappresentata dal fatto che la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha deliberato di consentire ai professionisti sanitari di completare il conseguimento dei crediti formativi relativi al triennio 2014-2016 entro il 31 dicembre 2017, nella misura massima del 50% del proprio obbligo formativo, al netto di esoneri, esenzioni ed eventuali altre riduzioni.

I crediti acquisiti nel 2017 utilizzabili per il recupero del debito formativo non saranno computati ai fini del soddisfacimento dell'obbligo formativo relativo al triennio 2017-2019.



FRANCESCA MAZZA, esperta ECM Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze. Dirigente medico SOC Odontostomatologia Azienda Usl Toscana Centro.



VALENTINA GALEOTTI, responsabile Anagrafe dei crediti formativi ECM dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze.



SILVIO BONANNI, Odontoiatra, esperto ECM Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze.

Inoltre, con la determina del 07/07/2016 la Commissione Nazionale per la Formazione ha abolito i limiti minimi e massimi annuali di crediti e ha esteso a tutti i professionisti la fruizione dell'autoformazione senza distinzione tra dipendenti e liberi professionisti.

Anche nel nuovo Accordo Stato-Regioni 2017 appena siglato sono state introdotte delle novità.

È presente un cambiamento di prospettiva per cui la formazione non è vista solo come un obbligo per i medici nell'interesse della salute della collettività ma è vista anche come un diritto del medico (diritto all'accesso alla formazione continua). Le istituzioni quindi si devono impegnare a rimuovere gli ostacoli di ordine economico, sociale e geografico che possono limitare l'accesso alla formazione continua.

L'obbligo formativo per il triennio 2017-2019 è pari a 150 crediti salvo periodi di esonero ed esenzioni ed eventuali altre riduzioni come riportato nella Tabella 1.

Crediti acquisiti triennio 2014-2016	riduzione	Obbligo formativo triennio 2017-2019
80-120	15	135
121-150	30	120

Tabella 1

È prevista un'ulteriore riduzione pari a 15 crediti nel triennio 2017-2019 per i professionisti che nel triennio precedente hanno completato il proprio dossier formativo individuale almeno per il 70% e almeno per 18 mesi.

Permangono dei vincoli relativi alle tipologie di formazione:

- almeno il 40% dell'obbligo formativo individuale deve essere acquisito come partecipante ad eventi ECM erogati da providers accreditati;
- l'autoformazione può ricoprire al massimo il 10% del fabbisogno formativo triennale. Rientrano nell'autoformazione la lettura di articoli scientifici e testi attinenti alla disciplina del medico. Anche la ricerca scientifica che si concretizza in pubblicazioni di articoli e libri rientra in questa categoria;
- la formazione reclutata (cioè tramite azienda privata sponsor) può valere per il massimo di 1/3 dell'obbligo formativo individuale.

Restano invariate le regole relative all'esonero dall'obbligo ECM che viene riconosciuto per frequenza di corso di specializzazione, master etc. e all'esenzione dall'obbligo in concomi-

tanza per esempio di maternità o malattia etc.

L'Ordine dei Medici rilascia ai propri iscritti che ne fanno richiesta il Certificato del soddisfacimento dell'obbligo

formativo. Fanno fede i dati riportati sull'anagrafe formativa nazionale gestita da COGEAPS a cui i providers inviano i crediti conseguiti dai medici. È pertanto fondamentale che i professionisti si registrino al portale del COGEAPS (www.cogeaps.it) per verificare la propria posizione.

Alcune informazioni utili da tenere presente da parte del medico durante la consultazione della propria pagina anagrafica sono:

- i crediti relativi agli eventi compaiono in automatico sul portale COGEAPS. Per i corsi residenziali il provider ha l'obbligo di inviare i dati del medico entro 90 giorni dalla conclusione dell'evento, quindi solo dopo tale periodo saranno presenti sulla pagina anagrafica del medico. I corsi FAD si considerano terminati non al momento della conclusione del corso svolto dal singolo medico, ma alla chiusura online del corso per tutti; da quella data dovranno passare 90 giorni perché il provider comunichi i nominativi dei partecipanti al COGEAPS;
- le esenzioni ed esoneri non compaiono in automatico sul portale perché il medico ha la possibilità di scegliere se dichiararli o meno. Nel caso in cui vo-

lesse usufruirne, deve comunicarli all'Ordine dei Medici o direttamente al COGEAPS tramite appositi moduli di autocertificazione;

- la lettura di articoli scientifici, i periodi di tutoraggio, i corsi all'estero devono essere dichiarati dal medico all'Ordine dei Medici o direttamente al COGEAPS.

L'Ordine quindi svolge diversi e importanti ruoli all'interno del sistema ECM: come provider organizza eventi scientifici e, come ente certificatore, rilascia il documento di avvenuto assolvimento dell'obbligo formativo da parte del medico. Inoltre espleta attività di back-office in collaborazione con il COGEAPS, si coordina in tema di normative ECM con la Commissione Nazionale Formazione, con la Regione, la FNOMCEO e AGENAS ed ovviamente è di supporto ai professionisti per tutte le tematiche inerenti all'ECM.

Si informa che l'Ordine dei Medici potrà rilasciare le certificazioni di assolvimento dell'obbligo del triennio 2014-2016 soltanto quando il portale COGEAPS verrà aggiornato con tutti i flussi inviati dai provider relativi alle partecipazioni degli ultimi mesi del 2016. Presumibilmente ciò avverrà nell'arco di qualche mese.

@ ecm@omceofi.it

NUOVO SITO INTERNET DEDICATO A TOSCANA MEDICA

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

Noi donne medico

di Elisa Bissoni Fattori



ELISA BISSONI FATTORI, *Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Firenze, anno 2008. Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, anno 2009/2012. Medico di Continuità Assistenziale presso USL Nord-Ovest. Consigliera dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze. Medico di medicina generale, Impruneta, Firenze.*

Da una ricerca condotta ad Harvard risulta come i pazienti affidati ad internisti maschi abbiano un tasso di mortalità dell'11,49% (a 30 giorni dal ricovero in ospedale) contro un tasso dell'11,07% di quelli affidati ad un medico donna ed ancora di come il tasso di riammissione in ospedale sia rispettivamente del 15,57% e del 15,02%, se il paziente sia stato seguito da un medico uomo o donna. Ciò nonostante ancora lungo e spinoso è il percorso per il raggiungimento della dovuta parità di diritti fra uomo e donna medico, quantomeno in punto di parità di salari ed equa ripartizione dei compiti in ambito familiare.

È una mattina come tante in treno, direzione Roma, quando la campagna laziale si affaccia al finestrino e prepotente irrompe nella mia mente quanto letto qualche giorno prima circa una ricerca condotta ad Harvard, dalla quale risulta come i pazienti affidati a internisti maschi abbiano un tasso di mortalità dell'11,49% (a 30 giorni dal ricovero in ospedale) contro un tasso dell'11,07% di quelli affidati ad un medico donna e ancora di come il tasso di riammissione in ospedale sia rispettivamente del 15,57% e del 15,02%, se il paziente sia stato seguito da un medico uomo o donna.

Mi interrogo su questi dati. Istin-tivamente penso subito all'attitudine della donna a essere madre, a accudire, ad ascoltare, capire ed abbracciare. Sì, ho proprio detto ad abbracciare.

Credo sia questa la chiave di lettura dei dati di cui sopra.

La donna ha un'attitudine più "accudente" rispetto all'uomo e ciò la porta ad essere più precisa e scrupolosa nel proprio lavoro e maggiormente incline a perseguire il benessere del paziente.

La donna è amore, l'uomo è potere.

Pensando a ciò sono pervasa da un senso di orgoglio, di appartenenza, l'essere donna mi rende consapevole... d'un tratto il sibilo del treno mi riporta, però,

alla fredda realtà: nel 2011 le donne medico sono circa 141 mila a fronte dei 211 mila uomini (vi è ancora un consistente divario) ma soprattutto gli uomini continuano a essere più "ricchi" delle donne. Infatti il reddito medio dichiarato da questi tra i 60 e i 69 anni è di circa 57 mila euro contro i 41 mila delle donne.

E questo viene confermato anche per altre fasce di età: tra i 30 e i 39 anni il reddito medio è inferiore di quasi 9 mila euro, cifra che fra i 40 e i 49 anni arriva a circa 16 mila euro.

Perché? Ciò è dovuto soltanto ad un maggior numero di straordinari che l'uomo, meno occupato in ambito familiare, può permettersi rispetto alla donna? O forse perché ancora il "costo" orario di un uomo "vale" di più di quello di una donna?

Non credo esistano degli studi a riguardo, quel che è certo è che, anche alla luce della ricerca di Harvard, ciò sia profondamente ingiusto.



Parole chiave:
donne medico, parità di diritti,
reddito medio, cultura

Temo che tutto origini da quella parità di diritti fra uomo e donna che in Italia ancora non si è raggiunta e da quella concezione della donna oggetto, “angelo del focolare”, ancora così pervicacemente radicata nella società italiana, che mal si concilia con la dovuta uguaglianza di genere.

In altre parole la società dovrebbe “ruotare” intorno alla figura femminile, generatrice di vita, agevolandola in quel difficilissimo



compito di donna-madre anche attraverso l'erogazione di importanti sussidi economici (l'indipendenza economica, infatti, è il primo passo per rendere libero l'essere umano da condizionamenti e “schiavitù”) nonché riportando l'uomo all'interno del nucleo familiare, salvandolo così da un'arida e sterile deriva e facendogli riscoprire la sua figura di custode della vita; il tutto in un'ottica di condivisione di progetti e di equa ripartizione di diritti e doveri nella coppia.

Questo porterebbe a un alleggerimento dei compiti e degli orari della donna nell'ambito familiare così da lasciarle la possibilità di aggiornarsi professionalmente e di non dover rinunciare per forza alla carriera.

Non so, però, se questa società e questa classe medica evidentemente “uomo-centrica” sia pronta ad elevarsi, ciò che sento nei dibattiti televisivi o addirittura provenire da chi dovrebbe rappresentarci nelle istituzioni mi pare riportare ad un oscurantismo intellettuale accecato da biechi

interessi economici e connivenze di vario tipo.

È dai tempi di Aristotele che veniamo giudicate come passive, irrazionali, emotive ed incapaci di una vera conoscenza. Siete sicuri che siamo così? O è solo di interesse farlo credere?

Come mai le donne con una cattedra all'Università sono pochissime nonostante siamo mediamente più preparate degli uomini, quanto meno a livello accademico?

Vengono scritti fiumi e fiumi di parole e testi sulla condizione della donna nella società e nelle professioni eppure mi sembra che non si voglia (o che non convenga) cogliere la reale questione, ben più ampia e drammatica del particolarismo che ci riguarda; siamo in una società maschilista dominata dall'ignoranza e dalla prevaricazione. Nessuno si vergogna e si ribella davanti all'ignoranza perché non è più considerata un disvalore. I valori sono altri: fama, soldi, apparenza. Quando sparisce la cultura, intesa come capacità di farsi delle domande, la società si anestetizza ed aderisce passivamente agli slogan imposti da chi comanda (guarda un po' la classe maschile quanto meno da duemila anni) e così, come si suol dire, tutto cambia per non cambiare niente.

Ecco cosa devono fare le donne medico: far valere la preparazione, la cultura, l'indipendenza intellettuale dal modello maschile, pari dignità nella

differenza, raggiungere posizioni di vertice senza farsi omologare. Orgoglio, sovrappienezza e denuncia dei meccanismi del “sistema”.

Intanto la città di Roma si avvicina e mi sovviene quanto letto circa un medico tedesco, Rudolf Virchow, che nel 1863 aveva osservato come numerosi pazienti sviluppassero un tumore proprio nel punto in cui avevano ricevuto un colpo oppure dove una scarpa aveva causato un continuo sfregamento. Al microscopio aveva osservato la presenza di numerose cellule bianche dentro le masse cancerose. Aveva, allora, formulato l'ipotesi che il cancro fosse il tentativo finito male di riparare una lesione, ma la sua descrizione fu ritenuta dalla comunità scientifica del tempo come poetica e non venne presa sul serio. Centovent'anni dopo, nel 1986, Harold Dvorak, docente di Patologia alla Facoltà di Medicina di Harvard, in un articolo intitolato “Tumori: le ferite che non guariscono”, dimostrava la sorprendente affinità tra i meccanismi che entrano in gioco nell'infiammazione necessaria a rimarginare le ferite da un lato e nell'insorgenza di neoplasie maligne dall'altro.

Gli anni passano e l'uomo non impara dai propri errori.

Ma questa è un'altra storia ed io sono già arrivata in stazione.

@ elisabissoni@hotmail.com



Il cittadino e la ricerca clinica

(seconda parte)

di Giampaolo Collecchia



GIAMPAOLO COLLECCHIA, medico di medicina generale in Massa (MS), docente e tutor di Medicina Generale, CliPS Lab (Clinical and Professional Skills simulation lab) CSeRMEG, coordinatore animatori di formazione ASL I Massa e Carrara, membro del Comitato Etico Locale, Editorial Reviewer per il British Medical Journal.

La salute dovrebbe essere normale luogo e tempo di condivisione, su basi democratiche. In realtà negli ultimi anni la compartecipazione dei cittadini alla salute è spesso usata in modo distorto. Il cittadino è considerato un “portatore di diritti”, invece...

Parole chiave:
patient engagement,
ricerca partecipata,

Una vera partecipazione alla ricerca, intesa come coinvolgimento attivo del cittadino/paziente nell'identificazione delle priorità, nella generazione di domande di ricerca e nell'interpretazione dei dati, è auspicabile ma realizzabile con difficoltà. Tale modalità di produzione di conoscenza si scontra infatti con diverse problematiche, sia di merito che di metodo. Ad esempio, non esistono in letteratura linee guida sull'implementazione della partecipazione dei cittadini alla ricerca, e nemmeno studi metodologicamente rigorosi che forniscano dati significativi su benefici e rischi del *patient engagement*. Un altro aspetto molto rilevante è la percezione, da parte del mondo della ricerca, da sempre custode del diritto esclusivo alla sua gestione, di un limite al proprio potere, il cui risultato può essere un atteggiamento di difesa corporativa. In un editoriale pubblicato su “Nature”, l'effetto che, secondo molti scienziati, il coinvolgimento di “non specialisti” potrebbe generare nella scelta delle priorità da seguire e quindi dell'allocazione dei finanziamenti

per la ricerca, viene descritto in questi termini: “Sarebbe come affidare le chiavi del manicomio ai pazzi”. Ciò è significativo del grande cambiamento culturale necessario per modificare l'atteggiamento molto diffuso di medici e scienziati, nonostante dichiarazioni teoriche di disponibilità al dialogo e al confronto. Tra i detrattori dell'apertura della ricerca al pubblico si manifesta anche il timore di mostrare il fianco a gruppi di pazienti o cittadini che partecipano per difendere o sostenere interessi specifici e di parte, a volte anche attraverso azioni di *lobby*.

La partecipazione dovrebbe essere reale, normale espressione di un rapporto tra persone a pari diritti, pur nella diversità di bisogni, competenze e poteri. Dovrebbe quindi essere realmente informata, per evitare il più possibile l'asimmetria informativa che condiziona e limita il processo di coinvolgimento. L'adesione ad un gruppo di studio infatti non è sempre garanzia di effettiva partecipazione alle decisioni.



Si devono inoltre risolvere i problemi relativi alla rappresentatività di cittadini/pazienti, dato che la maggior parte delle persone è scarsamente motivata a partecipare ad attività di ricerca, per motivi culturali, mancanza di tempo, scarso riconoscimento del proprio impegno. Soltanto pochi sentono l'importanza di tale coinvolgimento, per altruismo o perché lo ritengono un valore. Molti partecipano nella speranza di un beneficio per sé o per i propri cari, a volte con aspettative irrealistiche. Un grande limite della partecipazione è che spesso proprio le persone i cui diritti di salute sono maggiormente inevasi, ad esempio gli individui di basso livello culturale, gli emarginati, le popolazioni con bisogni talmente gravi da non essere in grado di dare l'assenso, non vengono inclusi. Gli appartenenti a tali fasce di popolazione potrebbero peraltro dare un valido contributo ai lavori di ricerca grazie a progetti formativi specifici, utili peraltro anche per gli stessi ricercatori medici, in genere caratterizzati loro stessi da scarsa cultura/formazione al coinvolgimento dei propri pazienti alla produzione di conoscenza. Alcuni temi sono particolarmente "difficili" da discutere con i diretti interessati, coinvolti emotivamente e particolarmente vulnerabili, ad esempio abusi sessuali, alcolismo, problemi psichiatrici, disabilità. È necessario prevedere un cosid-

detto "safe space", inteso come certezza da parte dei partecipanti che le loro opinioni, soprattutto se discordanti, non siano usate contro di loro o che possano essere comunque svantaggiose per il loro percorso di salute o malattia. Dietro alla volontà manifesta di coinvolgimento, si possono nascondere infatti processi di manipolazione, chiare differenze di potere, conflitti di interesse, che possono mettere in condizione di inferiorità, inibizione e condizionamento i cittadini, riducendo la loro possibilità di esprimersi liberamente o influenzandone le scelte. Perplessità derivano anche dall'affidabilità degli studi, i cui criteri di qualità metodologica possono differire da quelli della ricerca classica. Ciò può determinare una scarsa valorizzazione dei risultati nei comuni canali della letteratura scientifica, innescando un meccanismo di inerzia psicologica, tra i ricercatori, a dedicare tempo e risorse ad attività scarsamente remunerative in termini di ritorno in ambito accademico e di accesso ai finanziamenti. Un altro problema, sicuramente minore rispetto a quelli già elencati, è quello della proprietà dei dati pubblicati, in una realtà attuale nella quale "all is data".

Conclusioni

La "vera" partecipazione del cittadino alla ricerca richiede una sper-

imentazione di linguaggi, una contaminazione di approcci metodologici, un diverso sguardo su comunità e storie individuali. Si tratta di sviluppare strategie e strumenti per una cultura della partecipazione, intesa come sentirsi parte alla pari di un processo di conoscenza, pur nella diversità di bisogni e competenze. Una cultura che non significa linee guida o tecniche da insegnare ma esercizio concreto di ascolto e condivisione, attenzione verso le persone con le quali si vuole condividere tale esperienza.

Fondamentale è un approccio che si potrebbe definire "vettoriale", anziché puntuale come spesso accade; un cambiamento di attenzione, prospettive, obiettivi di salute, variabili di riferimento: diseguaglianze, bisogni, presa in carico, accessibilità a informazione e cure/servizi, progettualità di salute. Complessivamente, una ridefinizione delle priorità di ricerca e di valutazione di appropriatezza, qualità ed equità delle cure, per fornire risposte basate su un approccio globale, incentrato sull'identificazione e condivisione di valori, senso, interessi, obiettivi, una cultura nella quale il potere delle decisioni dovrebbe essere condiviso con chi ne vive in prima persona l'effetto.

@ g.collec@vmail.it

Test e procedure non necessarie

Un problema sempre attuale per il medico

di Alberto Dolara



ALBERTO DOLARA, nato a Firenze nel 1932. Laurea in Medicina, Firenze 1957. Spec. in Cardiologia, 1961. Perfezionamenti: Ospedale Niguarda (Milano) 1968; Hammersmith Hospital (Londra) 1980; NIH (Bethesda, USA) 1983, 1987. Direttore Unità Cardiovascolare, S. Luca-Ospedale Careggi, Firenze, 1979-2002.

Sono riportati e commentati i risultati dell'indagine effettuata nel 2015 dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, con Slow Medicine, presso i medici specialisti, medicina generale e liberi professionisti per conoscere il loro comportamento di fronte a richieste di esami diagnostici, trattamenti e procedure ritenute non necessarie nella pratica clinica corrente.

Nel novembre-dicembre 2015 è stata effettuata dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, in collaborazione con Slow Medicine, un'indagine presso i medici italiani per conoscere il loro comportamento di fronte a richieste di esami diagnostici, trattamenti e procedure ritenute non necessarie nella pratica clinica corrente. Il questionario, tradotto e adattato da quello impiegato negli USA nell'indagine del 2014. (*Unnecessary tests and procedures in the Health Care System. What physicians say about the Problems, the Causes and the Solutions. Results from a national survey of physicians. May 2014. Conducted for ABIM Foundation*),

è stato diffuso sul sito della Federazione Nazionale. Negli Stati Uniti sono stati contattati per telefono 600 medici di medicina generale e specialisti in attività clinica. In Italia hanno iniziato l'indagine 4.263 medici che praticano attività clinica (40% specialisti, 33% medici di medicina generale e 26% liberi professionisti) e portato a termine il questionario 3.688 medici. L'adesione è stata volontaria, non vi sono state sponsorizzazioni. Sono riportati nella Tabella i principali risultati (in grassetto) e brevi commenti (in corsivo).

Parole chiave:

appropriatezza, medicina difensiva, ordini dei medici, legge, responsabilità medica, slow medicine

► **La richiesta di esami diagnostici, trattamenti e procedure ritenute non necessarie (ETPNN) rappresenta un problema rilevante per il 55% dei medici, lo è qualche volta per il 38%.**

• *Una conferma "sul campo" dell'importanza del problema.*

► **Le richieste dei pazienti di ETPNN si verificano almeno ogni giorno o più volte la settimana per il 44% dei medici. Questo avviene per il 63% dei medici di medicina generale, mentre per gli Specialisti ed i Liberi Professionisti è rispettivamente del 38% e del 28%.**

• *È sottolineata la frequenza delle richieste ed anche la maggior "pressione" subita dal medico di famiglia rispetto alle altre categorie professionali.*

► **Il 21% dei pazienti segue sempre il consiglio del medico di evitare gli ETPNN, il 45% lo segue spesso ed il 27% circa la metà delle volte.**

• *Conferma la capacità del medico nel ridurre almeno in parte la frequenza; tuttavia la percentuale tutt'altro che trascurabile dei pazienti che non segue i consigli mostra il potere delle informazioni sulla salute provenienti da fonti extra professionali.*

segue alla prossima pagina

Tabella 1 ►

► Se il paziente insiste nella richiesta il 44% dei medici si rifiuta di prescrivere un ETPNN, il 33% lo prescrive spiegando di essere contrario. Lo prescrive il 50% dei medici di medicina generale contro il 27% degli specialisti e il 32% dei liberi professionisti.

• Anche se il medico s'impegna col rifiuto e con le spiegazioni entrano in azione motivazioni che fanno parte della cosiddetta "medicina difensiva". Si conferma "la pressione" maggiore sul medico di medicina generale.

► Le motivazioni maggiori per cui un medico prescrive un ETPNN sono per ottenere un'assoluta sicurezza nel 35% dei casi, per timore di ricorsi legali nel 33%.

• Motivazioni che fanno essenzialmente parte della "medicina difensiva".

► Il 72% dei medici afferma di sentirsi sicuro nell'indirizzare il paziente ad evitare un ETPNN, ma molto sicuro solo nel 23%. Gli specialisti si sentono molto sicuri nel 26% contro il 18% dei medici di medicina generale.

• L'incertezza deriva dalle motivazioni precedenti, ma essendo la medicina una scienza in gran parte probabilistica vi è anche la difficoltà obiettiva di decidere nella pratica clinica se per quel determinato paziente un ETPNN sia veramente inutile. È ovvio che il ridotto campo di azione degli specialisti aumenti la sicurezza.

► Spiegazioni sul costo delle procedure sono fornite ai pazienti dal 79% dei medici di medicina generale, dal 78% degli specialisti e dal 74% dei liberi professionisti.

• È un dato molto positivo: evidenzia la sensibilità dei medici ai problemi generali della sanità e la disponibilità ad interagire con i pazienti.

► Il 79% dei medici ritiene di avere il ruolo adatto ad indirizzare il paziente ad evitare ETPNN.

• È un'assunzione di responsabilità importante e corrisponde al ruolo centrale del medico nelle decisioni.

► Per affrontare meglio il problema l'88% dei medici richiede di avere più tempo a disposizione; l'84% di possedere strumenti adatti per informare il paziente; l'83% ritiene necessaria una riforma della legge di responsabilità medica

• Sono richieste del tutto condivisibili.

► Solo il 27% dei medici è a conoscenza delle iniziative per la pratica dell'appropriatezza delle prescrizioni promosse dalla propria Società Scientifica. Per questi tuttavia le raccomandazioni della Società hanno contribuito a modificare la pratica clinica nel 68% dei casi.

• Il ruolo delle Società Scientifiche è relativamente conosciuto, ma quando lo è contribuisce a modificare la pratica clinica in modo significativo.

► Ha sentito parlare di Choosing Wisely, campagna che si svolge negli Stati Uniti per una scelta saggia delle procedure, il 40% dei medici e di "Fare di più non significa fare meglio", la campagna di Slow Medicine in Italia, il 54%

• Una percentuale incoraggiante, tutt'altro che trascurabile!

Commento

Mi sia consentito un *amarcord* per sottolineare il significato positivo di questa iniziativa della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e Slow Medicine. Quando iniziai la professione alla fine degli anni '50, subito dopo l'abilitazione, la maggioranza dei pazienti nel nostro Paese erano assistiti dall'INAM, Istituto Nazionale Assicurazione Malattie, fondato nel lontano 1947. I medici di medicina generale avevano un numero di *mutuati*, che poteva variare da poche decine a migliaia. I miei erano poco più di cento. Esistevano poi "i medici controllori", funzionari delle Sezioni territoriali dell'INAM, ed il loro compito non era solo quello di autorizzare gli esami richiesti ogni volta dai medici, ma anche di valutare l'attività complessiva delle prestazioni di ciascun medico in termini di prescrizioni di farmaci, di esami diagnostici e ricoveri ospedalieri. Per esempio veniva "assolto" un medico che aveva un numero elevato di mutuati e prescriveva di conseguenza molte medicine ed esami, ma ricoverava raramente i suoi pazienti. L'inverso avveniva con chi abbondava nei ricoveri. Confesso che mi sono rimaste sconosciute le modalità con le quali veniva fatto questo bilanciamento, ma anche il sottoscritto venne convocato nella sede dell'INAM e, devo dire molto bonariamente, gli fu contestata un'eccessiva prescrizione di farmaci rispetto al modesto numero di pazienti in cura. La scelta della carriera ospedaliera mi evitò ogni ulteriore "rimprovero".

Con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978 scomparso INAM e relativi controllori, ma nei decenni successivi la necessità di valutare l'appropriatezza delle cure anche in rapporto alla spesa sanitaria diviene sempre più pressante. Nel dicembre 2015, quasi quarant'anni dopo, viene pubblicato il Decreto Ministeriale con l'elenco delle prestazioni soggette a condizioni di erogabilità e le ventilate sanzioni amministrative per i medici che non avessero osservato le indicazioni sulle prescrizioni. I risultati del Decreto sarebbero stati facilmente prevedibili se si fosse te-



nuto presente il detto popolare, erroneamente attribuito a Karl Marx, ma in realtà coniato da John Ray, naturalista inglese del XVII secolo, “*Hell is pa-*

ved with good intentions”, “Di buone intenzioni è lastricata la via dell’inferno”. Seguono infatti proteste delle associazioni mediche, sconfessata ogni forma di sanzione, ridotto drasticamente il numero di prescrizioni soggette a controllo, e rimandato il tutto ad ulteriori decisioni e valutazioni. Allora sono proprio i risultati dell’indagine sopra riportati che dimostrano come il problema dell’appropriatezza delle cure è certamente rilevante e deve esse-

re affrontato, ma non in modo semplicistico con decreti calati dall’alto. Emerge infatti chiaramente l’indiscutibile ruolo centrale dei medici, ma anche l’entità delle pressioni esercitate su di loro. Il coinvolgimento di tutta la società è pertanto necessario per ottenere una medicina giusta, appropriata e sobria, come indicato dal movimento Slow Medicine.

@ elisa.dolara@tin.it

LETTI PER VOI



Restare giovani si può

ELIO MUSCO, FRANCA PORCIANI
Giunti Demetra Editore

“Restare giovani si può”. Un amico geriatra, Elio Musco, e una veterana della stampa medica, Franca Porciani, hanno scritto, per Giunti Demetra Editore, un libro che è insieme una riflessione, un breviario, un manifesto e un testo scientifico, su una delle più grandi questioni dell’età moderna, l’invecchiamento. Che fare quando si invecchia? Che fare dei vecchi? C’è qualche soluzione? E se esiste non può essere soltanto personale, perché si vive nel mondo, né affidata al sociale, perché ciascuno vive il proprio tempo individuale. Si resta giovani perché siamo curiosi, impegnati, disincantati e saggi oppure, siccome queste doti qualcuno le ha per natura, per questo invecchia bene? Questo libro risponde alla battuta del buffone a Re Lear: “tu sei il matto, perché ti sei fatto vecchio prima di diventare saggio”. Ma cosa è la vecchiaia? Un periodo nel fluire della vita, che porta svantaggi fisici e pregi mentali, ovviamente se la si sa vivere bene o, meglio, prepararla sapientemente. Ecco quindi i consigli di questo libro che tutti dovrebbero leggere e meditare, non solo gli anziani per mantenere la loro “vita attiva”, ma anche i giovani, perché riescano a dare un senso allo scorrere degli anni. Non basta possedere i geni giusti. Presupponendo che le differenze genetiche non siano così rilevanti serve un patrimonio di conoscenze accumulato negli anni e la capacità di farne uso con motivazione ed entusiasmo. Una sorta di pervicace curiosità, di continuità di impegno. Scriveva Papini: si è giovani finché si è curiosi, si è capaci di amare e di indignarsi. Ma la gente non apprezza la vecchiaia. Non si sa che farne del vecchio saggio in un mondo di anziani in cui i giovani non hanno lavoro e la società si trasforma così velocemente che le categorie mentali si stravolgono da una generazione all’altra. Purtroppo tanti sono i pregiudizi da sfatare mentre le moderne neuroscienze danno spiegazioni al processo di invecchiamento differenti da quelle che finora pensavamo. Con l’età le facoltà cognitive si mantengono, anzi se ne migliora l’utilizzo quasi che l’allenamento le aumentasse. Il pensiero diventa più flessibile, meno formale, capace di comprendere quasi con umiltà le innumerevoli e cangianti evenienze della vita. Basta con lo svalutare l’età anziana, dicono gli autori. Accettiamo il decadimento estetico (ma oggi quante donne anziane mantengono una loro grazia esteriore!) e apprezziamo l’anziano attivo. Gli uomini vivono esperienze positive e più spesso, ahimè, negative, più delusioni che successi. Chi invecchia bene sa filtrare ogni disillusione e ne distilla una sapienza di vita. In definitiva gli autori avanzano una proposta politica: il pensionamento flessibile, o almeno lasciare agli anziani compiti di consulenza e, se hanno svolto nella vita lavori che non lo consentono, che almeno si sappia usare e favorire la loro disponibilità a imparare qualcosa, insomma a vivere utilmente per sé e per gli altri. Si può fare, ed è giusto farlo, perché la società stessa ne trarrebbe vantaggio.

Aggiungiamo un codicillo per i medici. La legislazione vigente abbandona completamente i vecchi medici quasi la loro esperienza non servisse, quasi non sapessero consigliare i modi per garantire una buona medicina all’interno della sanità, privi come sono di interessi immediati di carriera. Ci sono medici anziani che vogliono usare delle loro competenze non per esercitare ancora ma per essere utili alla sanità. Chi scrive non ama i sindacati dei pensionati e gli hobbies non bastano. Occorre oggi un movimento culturale contro la rottamazione. Hanno ragione Musco e Porciani. Vivere con l’esperienza di una mente vigile le novità, curioso di capirle, amare ancora il mondo che, nonostante tutto, è bello, arrabbiarsi ogni giorno per le ingiustizie e poi essere rottamato?

Antonio Panti

Linee guida per l'uso dei Social Media nelle professioni sanitarie

di Marco Masoni, Maria Renza Guelfi



MARCO MASONI
MARIA RENZA GUELFY

Unità di Ricerca di Innovazione Didattica ed Educazione Continua in Medicina (IDECOM), Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze.

Nel precedente numero di "Toscana Medica" è stato evidenziato come i social media abbiano una doppia valenza: da una parte rappresentano un'importante opportunità per migliorare i servizi sanitari, dall'altra possono esporre a rischi il professionista soprattutto se quest'ultimo non è a conoscenza delle corrette modalità d'uso. In questo secondo contributo verranno discusse le linee guida per un corretto approccio ai social media da parte del medico, al fine di sfruttarne le potenzialità e nel contempo evitare possibili conseguenze negative nell'esercizio della professione.

Linee guida

La British Medical Association (BMA), l'American Medical Association (AMA) e l'American College of Physician (ACP), così come altre importanti organizzazioni internazionali, hanno prodotto recentemente delle linee guida per un uso appropriato ed etico dei social media per i medici. Tali documenti costituiscono la base delle riflessioni che seguiranno.

Gli argomenti che verranno specificatamente trattati sono:

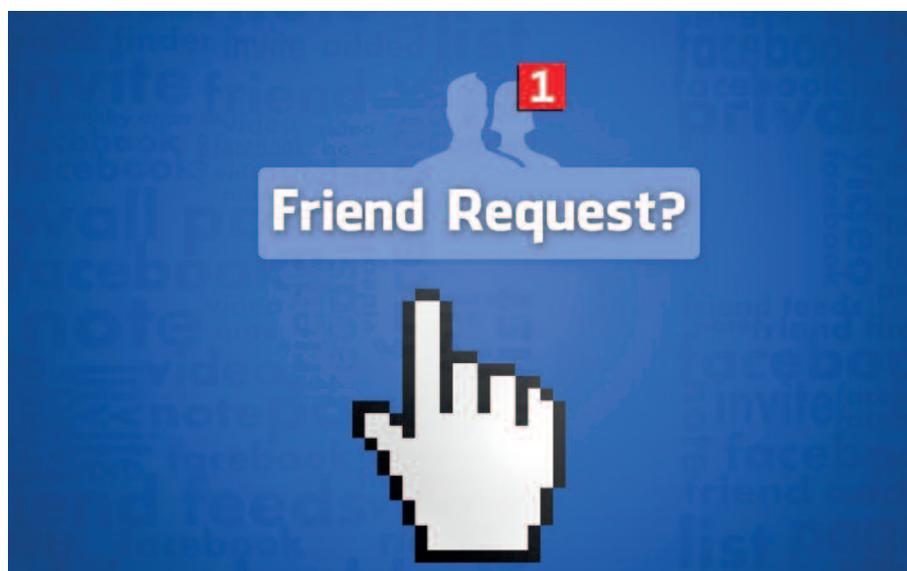
- mantenimento della confidenzialità dei dati;
- modalità di gestione delle richieste di amicizia da parte dei pazienti;
- necessità o meno di creare uno o più profili professionali;
- obbligatorietà di esplicitare eventuali conflitti di interesse;
- astensione da affermazioni diffamatorie e/o ambigue.

Dato il contesto tecnologico e culturale in rapidissimo mutamento, è utile

sottolineare che quanto verrà discusso non costituisce un punto di arrivo, ma è probabilmente destinato a modificarsi ed aggiornarsi in funzione di nuove esigenze, necessità e conoscenze che emergeranno nel tempo dall'uso e dallo sviluppo dei social media.

Confidenzialità dei dati

Uno dei più importanti aspetti da considerare è il mantenimento della confidenzialità dei dati del paziente che viene garantita mediante un comportamento attento nella discussione online di problematiche cliniche tra colleghi e/o con gli studenti. L'obbligo che ha il medico di non divulgare, senza un appropriato consenso, i dati del paziente deve essere considerato valido in internet come in qualsiasi altro media. Una scarsa attenzione nell'uso dei social media da parte dell'operatore sanitario può far sì che il paziente si possa riconoscere nei post inviati con



Parole chiave:

confidenzialità, richieste di amicizia, profili professionali, conflitti d'interesse, affermazioni diffamatorie ed ambigue.

conseguenze anche gravi nell'esercizio dell'attività professionale.

Richieste di amicizia

Numerosi studi hanno dimostrato come non di rado i pazienti inviino una richiesta d'amicizia su Facebook al proprio medico di fiducia, il quale spesso accetta senza prestare attenzione alle conseguenze che ne possono derivare. L'accesso del paziente ai contenuti personali del medico sposta i confini della tradizionale relazione curato-currante con la creazione di situazioni informali, che possono favorire comportamenti che trasgrediscono i normali confini professionali. Per questo motivo la BMA, dopo una attenta analisi dei casi d'interazione, ritiene opportuno sollecitare i medici a non accettare richieste di amicizia di pazienti e a spiegare che un'interazione tramite i social media sarebbe inopportuna poiché essi non rappresentano un canale adeguato e appropriato per una adeguata comunicazione ed interazione medico-paziente.

Creazione di più profili

Direttamente connesso a questo problema è il fatto che i social media hanno il potere di sfumare la demarcazione tra realtà e virtualità, tra vita privata e vita professionale. A tal proposito, per separare sfera pubblica e privata, il medico viene esortato a creare un doppio profilo su Facebook, uno personale ed uno professionale da utilizzare in modalità differente, pur con la consapevolezza che in entrambi i casi i contenuti possono essere visibili anche a soggetti terzi ed essere diffusi in rete senza controllo.

Qualunque profilo il medico utilizzi, gli atteggiamenti e i comportamenti non devono mai contrastare con una corretta etica professionale. Nel contributo precedentemente pubblicato su Toscana Medica abbiamo descritto come il gioco "laying down game" abbia condotto a sanzioni e al licenziamento di alcuni professionisti sanitari che avevano adottato questo disdice-

vole comportamento. I medici devono quindi prestare attenzione nel momento in cui condividono fotografie, filmati e/o contenuti.

Ricordiamo inoltre che ai materiali presenti sui social media possono avere accesso anche coloro che sono a capo di organizzazioni sanitarie, con possibili sanzioni e/o provvedimenti che



hanno ripercussioni sulla carriera professionale. Ciò vale anche per chi si trova in formazione o all'inizio del percorso lavorativo: una ricerca condotta negli Stati Uniti ha evidenziato come gli studenti spesso non rispettino la confidenzialità dei dati del paziente, o pubblichino contenuti discriminatori con un linguaggio a volte scurrile, con la ovvia conseguenza che molte istituzioni formative hanno preso provvedimenti nei loro confronti.

Conflitti di interesse

Un altro punto chiave evidenziato da una ricerca americana sui social media è la promozione di farmaci da parte di medici e specialisti senza avere esplicitato eventuali conflitti di interesse. Non è corretto utilizzare i social media per sostenere l'uso di terapie meno efficaci di altre, o peggio inefficaci, per specifiche patologie. Questa condotta comportamentale è deprecabile e si scontra palesemente con i principi etici a cui ogni medico deve

attenersi. Un bene primario come la salute del paziente non può essere subordinato a interessi di tipo economico. Il medico è obbligato ad agire in totale chiarezza e trasparenza rendendo espliciti, in rete e nella vita reale, eventuali conflitti di interesse riferibili a industrie elettromedicali, paramedicali e/o farmaceutiche.

Contenuti diffamatori e/o ambigui

La rete internet si è sviluppata e ha sempre progredito in base a principi di apertura che stimolano gli utenti a una forte partecipazione e interazione. Ciò non significa che una simile libertà permetta a chiunque di esprimere opinioni che possano essere lesive o di nocuo ad altri. Qualsiasi affermazione che possa danneggiare la reputazione di un individuo o di un'organizzazione è considerata diffamazione e pertanto può essere oggetto di azioni legali nei confronti di colui che ha inviato il contenuto. La legge sulla diffamazione può essere applicata a qualsiasi tipo di commento indipendentemente dal fatto che sia a titolo personale e/o professionale e, nonostante internet possa fornire un apparente anonimato, attraverso analisi eseguite da tecnici esperti della rete è possibile risalire all'autore.

Esiste infine la possibilità che contenuti pubblicati siano oggetto di fraintendimento. Ciò può accadere quando non si considera che una comunicazione tradizionale vis-à-vis differisce rispetto a un'interazione mediata dal computer, dove sono assenti gli aspetti paralinguistici, mimico-facciali, gestuali e prossemici. Non tenere in considerazione questi aspetti comunicativi può indurre a non esprimere correttamente il contenuto del messaggio che si intende comunicare. Il medico deve sempre tenere presenti queste caratteristiche della Computer Mediated Communication che possono generare fraintendimenti e/o diffamazioni involontarie o fortuite con importanti conseguenze professionali.

@ m.masoni@med.unifi.it

La sanità liquida

di Gavino Maciocco



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

 www.saluteinternazionale.info

Il giorno in cui – nel luglio 1948 – entrò in vigore nel Regno Unito la legge che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale (*National Health Service* – NHS) il governo fece circolare nel paese un volantino che spiegava in poche righe le finalità della riforma. In quelle poche righe è riassunta, in modo estremamente efficace, l'intera filosofia della riforma, nei seguenti punti:

- a) l'universalità e l'equità di accesso;
- b) l'onnicomprendività e la gratuità delle prestazioni;
- c) il finanziamento attraverso la fiscalità generale e la rassicurazione finale;
- d) nessuno andrà in rovina a causa di una malattia, nessuno dovrà rinunciare alle cure a causa del loro costo.

“Il tuo NHS inizia il 5 luglio 1948. Cos'è? Cosa ti darà?”

“Ti fornirà ogni tipo di assistenza medica, odontoiatrica e infermieristica. Ognuno – ricco o povero, uomo, donna o bambino – potrà usufruirne. Non c'è nulla da pagare, eccetto che per poche prestazioni speciali. Non si tratta di un'assicurazione. E neppure di una forma di carità. Tu stai già pagando per questo, soprattutto come contribuente, e ciò allevierà le tue preoccupazioni finanziarie nel momento della malattia”.

La nascita del NHS faceva parte di un pacchetto di riforme, tutte ad impronta universalistica – che riguardava oltre la sanità, anche l'istruzione e la previdenza – elaborate e proposte (nel 1942) dall'economista William Beveridge su indicazione di un governo bipartisan, presieduto dal conservatore Winston Churchill. L'obiettivo fondamentale era quello di rafforzare la coesione sociale, dimostrando ai cittadini che il governo si preoccupava della loro protezione di fronte ai colpi della sorte, di far cre-

NHS



Zygmunt Bauman
(1925-2017)

“Le più infauste e dolorose tra le angustie contemporanee – scrive Bauman in *La solitudine del cittadino globale*² – sono rese perfettamente dal termine tedesco *Unsicherheit*, che designa il complesso delle esperienze definite nella lingua

inglese *uncertainty* (incertezza), *insecurity* (insicurezza esistenziale) e *unsafety* (assenza di garanzie di sicurezza per la propria persona, precarietà). La cosa singolare è che queste affezioni costituiscono un enorme impedimento ai rimedi collettivi: le persone che si sentono insicure, che diffidano di ciò che il futuro potrebbe riservare loro e che temono per la propria sicurezza personale, non sono veramente libere di assumersi i rischi che l'azione colletti-

va comporta. Non trovano il coraggio di osare né il tempo di immaginare modi alternativi di vivere insieme; sono troppo assorbite da incombenze che non possono condividere per pensare (e tanto meno per dedicare le loro energie) a quei compiti che possono essere svolti solo in comune. (...) Oggi, privazioni e sofferenze sono frammentate, disperse e diffuse; e così il dissenso che producono. La dispersione del dissenso, la difficoltà di concentrarlo e ancorarlo a una causa comune, per poi dirigerlo contro un colpevole comune, rende le pene solo un po' più aspre. Il mondo contemporaneo è un contenitore pieno fino all'orlo di una paura e di una disperazione erratiche, alla ricerca disperata di sfoghi. (...) L'arte di trasformare i problemi privati in questioni pubbliche corre il rischio di cadere in disuso e di essere dimenticata; il modo in cui si definiscono i problemi privati rende estremamente difficile la loro 'agglomerazione', e quindi il loro cementarsi in una forza politica. Questo libro rappresenta uno sforzo (probabilmente vano, purtroppo) per rendere di nuovo possibile tale conversione”.

scere la sicurezza sociale e di annullare le differenze tra le classi sociali nei campi della sanità e dell'istruzione. È vero che tutto ciò avveniva nel pieno della Seconda Guerra Mondiale e che in quei drammatici frangenti per la sopravvivenza della nazione la coesione sociale era preziosa come il pane (che veniva razionato), ma è altrettanto vero che quelle riforme rimasero in vita per decenni – sia sotto governi laburisti che conservatori – e rappresentarono un solido ed efficace modello di *welfare state*, a cui ha attinguto a larghe mani anche l'Italia.

Contro quel solido ed efficace modello di *welfare state* si sono accanite le politiche liberiste a partire dagli anni Ottanta, da Margaret Thatcher in poi. Anche qui – invertita la rotta – con modalità bipartisan: dopo la Thatcher, il laburista Blair, e infine i conservatori Cameron e May. All'elenco degli orrori c'è da aggiungere un'altra nota agghiacciante: in un terzo dell'Inghilterra ai fumatori e agli obesi è negato l'accesso agli interventi chirurgici programmati, secondo la denuncia del *Royal College of Surgeons*. I motivi sono diversi, ma la ragione fondamentale è di tipo economico: risparmiare (*Our worry is that smokers and overweight patients are becoming soft targets*

for NHS saving)¹. E poiché fumatori e obesi appartengono in prevalenza ai gruppi più svantaggiati della popolazione ciò sarà causa di un'ulteriore dilatazione tra le diseguaglianze nella salute.

Da noi nessuno ha avuto il coraggio politico di esporsi, di realizzare come in Inghilterra riforme liberiste del sistema sanitario

In Italia le cose non vanno meglio. Da noi nessuno ha avuto il coraggio politico di esporsi, di realizzare come in Inghilterra riforme liberiste del sistema sanitario, ma la sostanza cambia di poco perché gli ingredienti alla fine sono gli stessi: sottofinanziamento del sistema pubblico, emorragia di personale, privatizzazioni e commercializzazione della salute. E molto simili sono anche gli effetti: liste di attesa infi-

nite, milioni di persone che rinunciano a curarsi, centinaia di migliaia di persone a cui viene negato l'accesso a un farmaco salvavita (parliamo, i lettori lo sanno, di epatite C).

Così, in Italia come in Inghilterra, nel volgere di una stagione politica si è passati da sistemi sanitari equi e rassicuranti a sistemi sanitari sempre più iniqui e insicuri. Si è passati cioè da una sanità “solida” a una sanità “liquida”, mutuando il concetto di *so-cietà liquida* di Zygmunt Bauman.

Liquida perché afflitta dall'insicurezza, frutto avvelenato della globalizzazione, dove il capitale finanziario internazionale – con la sua velocità di movimento – ha imposto la sua egemonia e nei confronti del quale gli stati e le istituzioni politiche si rivelano impotenti.

@ gavinomaciocco@gmail.com

NOTE

¹ Iacobucci G., *Smokers and overweight patients are denied surgery*, Royal College finds, *BMJ*, 2016; 353:i2335 doi: 10.1136/bmj.i2335.

² Zygmunt Bauman, *La solitudine del cittadino globale*, Feltrinelli, 6ª ed., maggio 2015 (Titolo dell'opera originale: *In Search of Politics*, Polity Press, 1999).

Diritto alla Salute: il ruolo vitale della Legge

di Daniele Dionisio

“One of the most useful aspects of this report is that it links human rights to urgent public health challenges. (...) This approach, based on non-discrimination, participation, transparency and accountability, is the best way to ensure that responses are locally appropriate and sustainable”.

David Patterson, IDLO's program manager for health law

Un nuovo report OMS intitolato “Advancing the Right to Health: the Vital Role of Law”, pubblicato nel gennaio 2017, descrive i molti modi in cui la legge fa la reale differenza per la salute pubblica.

Il report intende instillare consapevolezza sul ruolo che la riforma della legislazione in tema di salute pubblica può giocare nel promuovere il diritto alla salute e consentire alle persone sani standard di vita. Spingendo alla migliore comprensione di come le normative sulla salute possano essere usate per accrescere il benessere psico-fisico della popolazione, il report indirizza e assiste i governi verso un percorso di riforma della legislazione per la salute pubblica e di affermazione del diritto di ciascuno alla salute.

Il report si sofferma su temi importanti connessi al processo di riformulazione delle normative attinenti e fornisce guida su aspetti e requisiti correlati all'erogazione di nuove direttive pubbliche in tema di salute.

Con Roger Magnusson (Professore di Health Law & Governance, Sydney Law School, University of Sydney) quale autore principale, il report nasce dalla collaborazione fra OMS, International Development Law Organization (IDLO), O'Neill Institute for National and Global Health Law presso

Georgetown University, Washington (DC) USA, e Sydney Law School, University of Sydney, Australia.

La struttura del report riflette il consenso raggiunto in una consultazione internazionale di esperti tenuta nel 2010 da OMS e IDLO in collaborazione con O'Neill Institute for National and Global Health Law e Sydney Law School University.

Il documento si avvale di molteplici casi studio su come la legge abbia migliorato la salute e la sicurezza delle popolazioni, intesi come esempi e risorsa da offrire ai Paesi per apprendere dall'esperienza di altri su scala mondiale.

Tassa sulle bibite gassate in Messico; limitazioni all'uso del sale in Sudafrica; imballaggio standardizzato generico per i prodotti del tabacco in Australia; assicurazione nazionale per la salute in Ghana; caschi obbligatori per i motociclisti in Vietnam; ACA (Affordable Care Act) negli USA: sono solo



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

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

alcuni dei tantissimi esempi riportati sul ruolo vitale già svolto dalla legge nel tutelare e promuovere la buona salute nel mondo.

La legge riempie titoli di giornale quando ha impatto diretto sui modelli di consumo di tutti i giorni: appunto il caso, come anticipato, della tassazione sulle bibite gassate, introdotta in Messico nel 2014 per limitare il consumo di bevande zuccherate. Parimenti, la normativa australiana per l'imballaggio standardizzato generico dei prodotti del tabacco è diventata alfiere degli sforzi per ridurre la percentuale di fumatori.

Nel contempo, la risposta globale ad HIV-AIDS ha dimostrato come la legge possa proteggere le persone dalla discriminazione e facilitare l'accesso ai servizi di riduzione dei danni da droghe e al trattamento.

Se le leggi possono aiutare a proteggere la salute, la loro assenza o trascuratezza espone intere popolazioni alle minacce sulla salute. Ad esempio, la debole regolamentazione dei prodotti del tabacco in alcuni Paesi permette a potenti corporazioni di commercializzare senza restrizioni e di “reclutare” nuovi fumatori fra i giovani. Per contro, mentre la “Framework Convention on Tobacco Control” di OMS rappresenta, in



World Health Organization

qualità di trattato internazionale, uno strumento legale per rispondere alla globale "tobacco epidemic", sfortunatamente l'incapacità di alcuni paesi di adottarne le misure implica il persistente mantenimento dei costi di lungo termine del fumo e del suo impatto negativo sulla salute.

Ancora peggio, la legge è stata talvolta usata per offendere la salute. Persone con malattie mentali od omosessuali sono state infatti imprigionate o discriminate in forza di leggi che hanno pure negato loro i servizi e i diritti cui avevano titolo.

Tuttavia, quando tesa a proteggere, promuovere e affermare il diritto alla salute, la legge può servire da potente alleato.

In conclusione, il report "Advancing the Right to Health: the Vital Role of

Law" identifica un consistente numero di aree nodali per la salute pubblica dove la normativa di legge è essenziale. Tradizionalmente queste "core areas" includono: fornitura di acqua potabile e servizi igienici, monitoraggio



WHO FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL

gio e controllo delle minacce alla salute pubblica, contenimento delle malattie trasmissibili e poteri straordinari in casi di emergenza. Senza trascurare il ruolo della legge nel favorire l'ac-

cesso universale a servizi sanitari di qualità per l'intera popolazione.

Costruendo su queste funzioni nodali, il report considera un ventaglio di ulteriori criticità e priorità di salute pubblica dove la legge è chiamata ad un ruolo chiave. Fra di esse, il già accennato controllo del fumo, l'accesso ai farmaci essenziali, l'emigrazione degli operatori sanitari, la nutrizione e la salute materna, riproduttiva, infantile.

Tutto questo, giova ripetere, arricchito da molti esempi illustrativi delle modalità con cui differenti Paesi hanno utilizzato lo strumento di legge per proteggere la salute delle popolazioni in ottemperanza e coerenza con i diritti umani.

@ d.dionisio@tiscali.it

PER APPROFONDIRE

- Advancing the right to health: the vital role of law

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252815/1/9789241511384-eng.pdf?ua=1>

- Commission on the Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008

http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf

- WHO: health and human rights

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>

- Global Health Law Research Guide

<http://guides.ll.georgetown.edu/c.php?g=363447&p=2455560>

- United Nations: Universal Declaration of Human Rights

<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

- AIFA: International Treaties and the Right to Health

<http://www.agenziafarmaco.gov.it/en/content/international-treaties-and-right-health>

- Using International Human Rights Law to Guarantee the Right to Health: a Brazilian Experience

<http://blogs.lse.ac.uk/humanrights/2016/12/13/using-international-human-rights-law-to-guarantee-the-right-to-health-a-brazilian-experience/>

- WHO's Framework Convention on Tobacco Control

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591013.pdf?ua=1>

- WHO's International Health Regulations

http://www.who.int/topics/international_health_regulations/en/

Un evento lungamente atteso

di Franco Scarpa



FRANCO SCARPA, *Psichiatra, già Direttore Sanitario OPG Montelupo Fiorentino.*

Gentilissimo Direttore, come lei avrà ormai saputo, finalmente l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino è chiuso. Anche la Regione Toscana ha portato a compimento il percorso, avviato sul piano normativo con il DPCM del 1 aprile del 2008 e completato con la Legge 81 del 2014, teso a chiudere l'infelice esperienza di una struttura penitenziaria cui era attribuita una funzione di curare pazienti psichiatrici autori di reato. Negli ultimi due anni, dal 1 aprile 2015, ben 110 pazienti sottoposti a misura di sicurezza, o detenuti accolti da tale struttura per infermità mentale sopravvenuta dopo la sentenza, sono stati dimessi, per fare rientro in strutture dei Servizi Psichiatrici ordinari del territorio, o essere trasferiti nelle nuove strutture, non penitenziarie ma allestite e gestite dal Servizio Sanitario Nazionale, denominate REMS (Residenze per Esecuzione di Misure di Sicurezza Detentive).

Molti hanno svolto un compito importante nel consentire di realizzare tale obiettivo, sia quelli che hanno agito sul piano politico, economico e propositivo, sia quanti hanno messo a disposizione risorse e strutture, con un attivismo che spesso nel passato non

avevamo avuto occasione di cogliere. Indubbiamente è stato necessario, e indispensabile, avere un sostegno ed una concreta partecipazione di molteplici organismi e Istituzioni pubbliche per attuare un percorso così ambizioso e difficile, per molti versi considerato da molti rischioso e avventato (pensate, chiudere i Manicomi Criminali e affidare a personale sanitario il compito di prendersi cura di soggetti pericolosi, senza l'ausilio di poliziotti). Ma ciò è avvenuto: le risorse che prima latitavano sono state individuate, l'interesse dei Servizi Pubblici verso il destino delle persone internate è aumentato e si è mantenuto sempre elevato ed infine l'attenzione mediatica e politica, almeno fino ad ora, non è venuta meno: tutto questo ha consentito di mantenere sempre alta la spinta e la tensione verso il raggiungimento dell'obiettivo finale della chiusura.

Qualcosa forse è sfuggito: gli operatori che durante tutti questi anni hanno continuato a lavorare in condizioni ancora proibitive e penalizzanti non hanno a mio parere ricevuto la doverosa attenzione ed un giusto riconoscimento. Per quasi tutti, dopo l'esperienza di lavoro in OPG quasi sempre pluriennale, si sono aperte altre strade e

nuovi incarichi all'interno dell'Azienda, con maggiore o minore soddisfazione. Ma un'esperienza come il lavoro in una struttura come l'OPG non può essere dimenticata facilmente da chi l'ha vissuta. Analogamente, non deve cadere nella dimenticanza quanto è accaduto: ricordare e comprendere serve a non avere la tentazione di cadere di nuovo in ambiguità ed errori nel futuro.

Personalmente, nel mio ruolo di Responsabile sanitario di tale struttura sento il dovere di ringraziare tutti gli operatori sanitari per la collaborazione che hanno garantito nella difficile gestione dell'OPG, superando tutte le difficoltà affrontate soprattutto negli ultimi anni, e nel percorso che ha portato alla chiusura di tale struttura.

Il lavoro svolto da tutto il personale sanitario ha rappresentato una risorsa preziosa e risolutiva per portare a termine tale compito e l'esperienza acquisita non dovrà essere dispersa.

Quale miglior modo per dire queste cose e ringraziare i colleghi se non attraverso l'organo ufficiale dei medici per cui ringrazio, e saluto, il Direttore Antonio Panti per l'ospitalità.

@ franco.scarpa@uslcentro.toscana.it



Vaccinazioni ed ECM

di Francesco Urbano



FRANCESCO URBANO, *formatosi a Firenze, specialista in Dermatologia e Venereologia e in Igiene e Medicina Preventiva, dottore di ricerca, medico militare dal 1994. Per dieci anni Dirigente presso il servizio sanitario di reparti di truppa, dal 2006 Ufficiale in servizio di Stato Maggiore presso il Comando di Sanità dell'Esercito come responsabile della Medicina Preventiva. Colonnello dal 2016, è attualmente Direttore del Dipartimento Militare di Medicina Legale di Cagliari.*

Il preoccupante calo delle coperture vaccinali ha destato allarme nelle autorità sanitarie nazionali e sovranazionali, sollecitandole a contrastare il fenomeno, sia con provvedimenti amministrativi volti a migliorare l'efficacia operativa dei Servizi di Sanità, sia con campagne informative attraverso i media. La classe medica costituisce il cardine imprescindibile di questa azione, perché è al medico che la persona si rivolge per curare o evitare le malattie, e ognuna pone fiducia nel medico che ha scelto; di questi assiomi sono partecipi i nostri Ordini professionali, come dimostra anche "Toscana Medica".

Da queste considerazioni discende che ai medici, deontologicamente tenuti ad operare secondo scienza e coscienza, sia opportuno facilitare l'aggiornamento e il rafforzamento della loro scienza; qui intendo la loro conoscenza approfondita dei vaccini, delle basi scientifiche sulla loro convenienza per la

salvaguardia della salute, della falsità delle tesi antivacciniste, dei modi per smentirle durante i rapporti con gli assistiti. Ho quindi accolto con piacere l'offerta del corso di formazione a distanza "Le vaccinazioni: efficacia, sicurezza e comunicazione" da parte di FadInMed (vedi: <http://www.fadinmed.it/>); mi sono iscritto, ho scaricato il dossier informativo e ho cominciato a studiarlo. Arrivato alla Tabella 1 ho rilevato che essa è ripresa, con modifiche, dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2016-2018¹. Il PNPV prevede, ad esempio, di confrontare il rischio prevenuto dal vaccino col rischio di reazione avversa al vaccino (vedi Tabella 1).

E così per le altre voci.

Avrei qualche obiezione anche alla tabella nel PNPV², che non fa riferimento alla situazione nazionale, e a volte non riporta fedelmente le fonti citate. Ma considero inaccettabili le modifiche apportate nel dossier informativo, che au-

mentano arbitrariamente, di diversi ordini di grandezza, il rischio che si vuole prevenire col vaccino.

È infatti a tutti noto [*rectius*, dovrebbe esserlo a tutti i medici] che il rischio connesso a un evento, e per quanto interessa qui, a una malattia, è dato dal prodotto della probabilità che la malattia si verifichi per la sua gravità. Se così non fosse si dovrebbe consigliare a tutti di vaccinarsi contro la rabbia, malattia sempre mortale, ma, per fortuna, con incidenza prossima a zero.

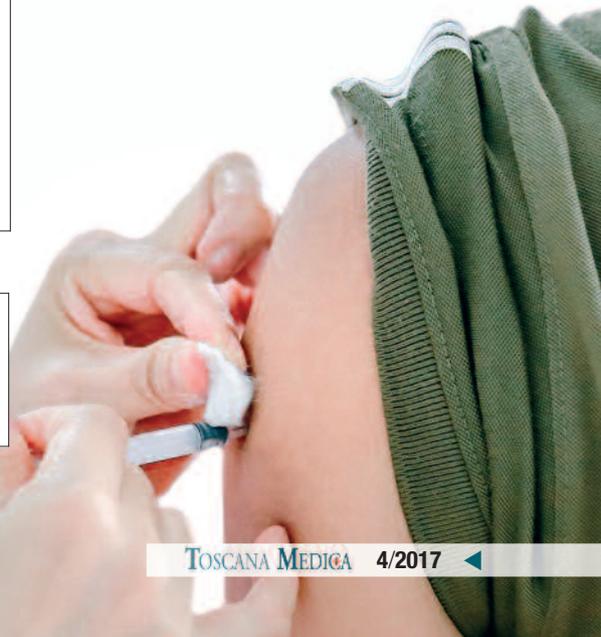
Credo che l'estensore non si sia reso conto della gravità di quanto ha scritto; tuttavia non ne sono sicuro, perché in uno dei quesiti relativi al "Caso ECM 1 - Una stoccata alla meningite", che riporto, impone che si impari proprio la versione falsificata che ho segnalato.

<p>Poliomielite [52]</p> <p>Incidenza annuale: prima dell'introduzione del vaccino 11.4 casi/100.000, dopo OPV (Polio Virus orale), 0.002 - 0.005 casi VAPP (paralisi associata al vaccino polio)/100.000.</p> <p>Nel 1999 è stata adottata una schedula solo IPV per eliminare i pochi casi di VAPP.</p> <p>Infezione asintomatica: 95%</p> <p>Infezione paucisintomatica (febbre, debolezza, cefalea, nausea, sindrome simil-influenzale, rigidità nucale/spinale, dolore agli arti, spesso risolvendosi completamente): 4-8%</p> <p>Paralisi permanente: 1%</p> <p>Mortalità: 5%-15% dei casi di poliomielite acuta paralitica</p>	<p>Vaccino Poliomielite</p> <p>Molto comune ($\geq 1/10$): Reazioni locali nel sito di iniezione (dolore, rossore, indurimento, edema) [58]</p> <p>VAPP: 1/2.4 milioni dosi OPV, non possibile con IPV [52]</p>
---	--

che nel dossier informativo del corso ECM FAD diventa:

<p>Poliomielite</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ paralisi permanente: 1/100 ▪ letalità: 5-15/100 dei casi di poliomielite acuta paralitica 	<p>Vaccino anti polio</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ reazioni locali nel sito di iniezione (dolore, rossore, indurimento, edema): $\geq 1/10$ ▪ l'abolizione del vaccino antipolio OPV (vaccino Sabin attenuato per via orale) ha eliminato il rischio di poliomielite post vaccinale
---	---

Tabella 1



Domanda: Qual è il reale rapporto tra i rischi della meningite da meningococco e quelli associati al suo vaccino?

Risposta	La tua risposta	sceita dei precedenti	come hanno risposto i colleghi
A) la meningite dà complicazioni gravi in 1 caso su 4, mentre con il vaccino le complicazioni gravi si verificano in meno di 1 caso su 10.000	X	7032	
B) la meningite dà complicazioni gravi in 1 caso su 100, mentre con il vaccino le complicazioni gravi si verificano in meno di 1 caso su 10.000		2184	
C) la meningite dà complicazioni gravi in 1 caso su 1.000, mentre con il vaccino le complicazioni gravi si verificano in meno di 1 caso su 4.000		936	
D) la meningite dà complicazioni gravi in 1 caso su 400, mentre con il vaccino le complicazioni gravi si verificano in meno di 1 caso su 4.000		387	

Tabella 2

Approfondimento Dossier Vaccinazioni Perché è importante vaccinarsi. Le malattie prevenibili con le vaccinazioni

Rischi relativi alla malattia	Rischi relativi alla vaccinazione
Meningococco	Vaccino anti meningococcico
letalità: 10% complicanze (amputazioni, perdite di tessuto cutaneo, emiplegia, ritardo mentale, epilessia, sordità neurologica, conseguenze psicologiche, depressione, ansia): 25%	capogiro: da $\geq 1/1.000$ a $< 1/100$ parestesia, reazioni anafilattiche: $< 1/10.000$

Tabella 3 - Confronto tra il rischio di complicanze associate ad alcune infezioni naturali rispetto al rischio associato alle relative vaccinazioni (Piano nazionale della Prevenzione Vaccinale 2016-2018, modificato).

È curioso che lo stesso dossier dedichi un intero capitolo a “Comunicazione, informazione, formazione”, insistendo sui danni derivanti da messaggi fuorvianti e sottolineando la necessità di informare correttamente, per indurre a decisioni di consapevole accettazione dei vaccini.

Che il fuorviante confronto dei rischi non abbia intenti fraudolenti ma sia presentato per ignoranza o per semplice superficialità può essere avvalorato da altri errori, di minor portata, che si incontrano nel completare il percorso formativo. Le mie perplessità, condivise con colleghi, sono state segnalate al Presidente dell’Ordine, sollecitandolo ad

avviare un procedimento per emendare gli errori, prima che diventino di dominio pubblico, col rischio che incorraggino le campagne antivacciniste, anche politiche; ma prima di me 10.539 colleghi avevano partecipato all’evento, e molte altre migliaia ne fruiranno da qui alla fine dell’anno; l’intento di questa lettera è di mettere sull’avviso i colleghi che vorranno leggermi, e suggerire loro di sollecitare l’emendamento della Tabella 3 nel rispondere al questionario sul gradimento.

In conclusione: ben vengano interventi formativi a distanza, su argomenti importanti come le vaccinazioni; la loro efficacia, tuttavia, sarà buona solo

in caso di assoluta correttezza scientifica e inoppugnabilità dei dati presentati, pena un effetto paradossale di fornire armi dialettiche ad antivaccinisti pseudoscientifici.

@ francesco.urbano@esercito.difesa.it

NOTE

¹ In realtà il PNPV cui il dossier fa riferimento è una bozza, consultabile a: http://www.adnkronos.com/r/Pub/AdnKronos/Assets/PDF/piano_prevenzione_vaccini.pdf.

² Adesso è in vigore il PNPV 2017-2019, raggiungibile a: <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58185>, che ha giudiziosamente separato la tabella dei rischi da malattie da quella dei rischi da vaccini.

Manfredo Fanfani L'OPERA D'ARTE,

UN MEZZO MEDIATICO CHE CONIUGA BELLEZZA, CRONACA ED EMOZIONI

(Seconda parte, prima parte nel numero precedente)

Benozzo Gozzoli coinvolge la dinastia medicea nel tema biblico del Corteo dei Magi e promuove la legittimazione aristocratica.

Benozzo
Gozzoli

Lorenzo e Giuliano de' Medici col precettore



Sigismondo
Malatesta

Galeazzo
Maria Sforza

Cosimo
de' Medici

Carlo, figlio illegittimo
di Cosimo

Piero
il Gottoso

Il Mago giovane
Lorenzo il Magnifico

Benozzo Gozzoli (1420-1497):
Corteo dei Magi,
Palazzo Medici Riccardi, Firenze.

Cosimo fu membro illustre e animatore della compagnia fiorentina dei Magi che si riuniva nella sagrestia di San Marco e curava la messa in scena di una rievocazione dell'arrivo dei Magi nella ricorrenza dell'Epifania. L'opera di Benozzo Gozzoli svela l'obiettivo di coinvolgimento di casa Medici nel tema biblico.

In testa al corteo è rappresentato il mago giovane, in cui si riconosce il ritratto idealizzato di Lorenzo il Magnifico: nella bardatura del cavallo si ritrovano espliciti riferimenti agli emblemi medicei. Fra i personaggi che seguono si individuano i ritratti da almeno tre generazioni della famiglia Medici; spicca fra tutti

Piero il Gottoso, padre di Lorenzo, il primo del corteo su un cavallo bianco e in splendida veste; alla sua destra, su una mula, Cosimo il Vecchio, vestito di nero, si lascia ritrarre in una scena biblica senza dare troppo nell'occhio: era nel suo stile una proverbiale prudenza nell'esporsi!... Rappresentati anche personaggi di nobili famiglie italiane come i Malatesta e gli Sforza.

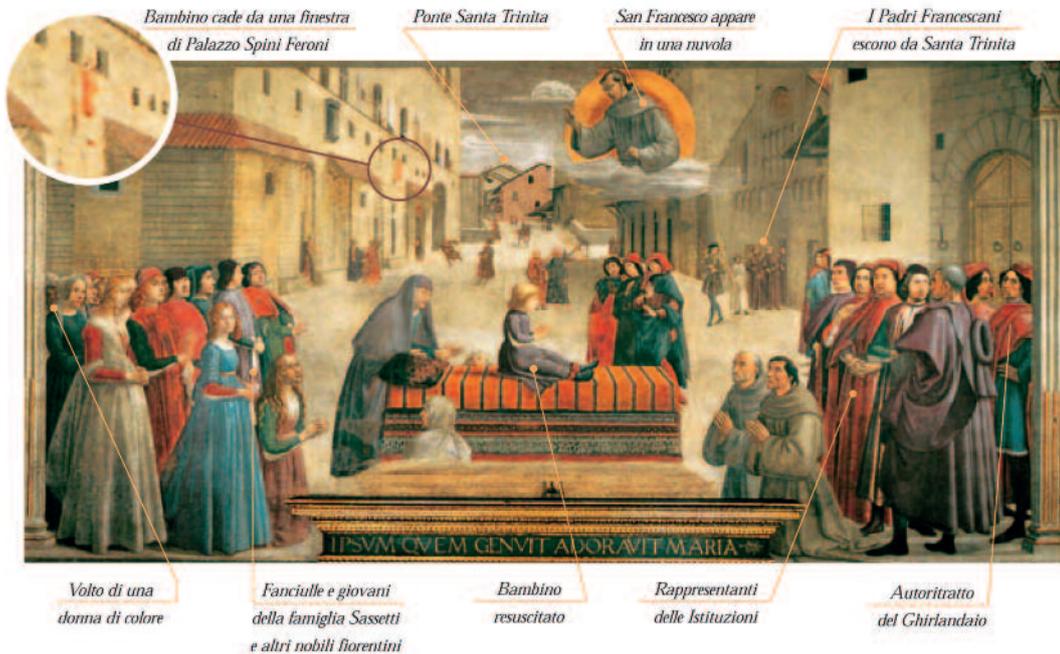
Da qui discende l'obiettivo di legittimazione aristocratica di casa Medici simile a quella degli altri signori delle corti italiane. L'artista ha inserito anche la sua immagine che appare evidente con la scritta sul cappello: "OPUS BENOTII".



Beato Angelico (1395ca-1455):
Adorazione dei Magi,
Museo di San Marco, Firenze.

L'opera decora la cella di meditazione e di preghiera destinata in San Marco a Cosimo de' Medici. Il primo Re che bacia i piedi al bambino pittorico raffigura Cosimo che presiedeva in San Marco la prestigiosa confraternita dei Magi. Il secondo Re genuflesso è Piero il Gottoso, il terzo Giovanni, fratello di Piero. Nel linguaggio pittorico si legava in tal modo casa Medici al tema biblico e se ne rafforzava il prestigio.

Il Ghirlandaio è lo scenografo dell'alta borghesia fiorentina.
La cronaca, illustrata attraverso le opere d'arte, è anche un'occasione per promuovere l'immagine dei committenti.



Bambino cade da una finestra di Palazzo Spini Feroni

Ponte Santa Trinita

San Francesco appare in una nuvola

I Padri Francescani escono da Santa Trinita

Volto di una donna di colore

Fanciulle e giovani della famiglia Sassetti e altri nobili fiorentini

Bambino resuscitato

Rappresentanti delle Istituzioni

Autoritratto del Ghirlandaio

Domenico Ghirlandaio (1449-1494):

Resurrezione di un fanciullo, caduto da una finestra, ad opera di san Francesco, Firenze, Santa Trinita.

Un bambino cade da una finestra di Palazzo Spini Feroni, di fronte a Santa Trinita.

In primo piano il bambino resuscitato da san Francesco e la cerimonia di ringraziamento.

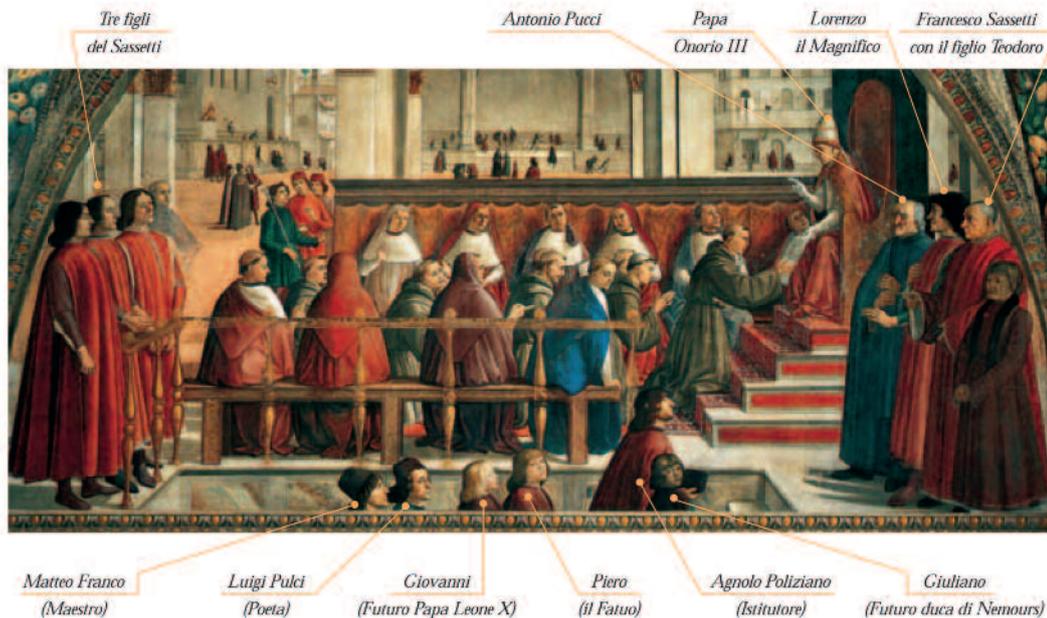
Il Ghirlandaio raffigura luoghi e costumi della Firenze del '400 con grande attenzione ai particolari e alla moda del tempo; è indicato come lo scenografo dell'alta borghesia fiorentina.

A destra i componenti della famiglia Sassetti, i membri delle botteghe artigiane e i dignitari delle istituzioni.

L'ultimo personaggio a destra vicino alla colonna è lo stesso Ghirlandaio.

A sinistra fanciulle e giovani della famiglia Sassetti, preziosamente vestiti, ostentano in mano fazzoletti ricamati; simbolo di uno status di nobiltà e riaggiunto benessere, oltre che oggetto utile per l'igiene personale. Seguono personaggi delle nobili famiglie degli Albizi, Acciaiuoli e Strozzi, tutti in posa per i loro ritratti.

Il Ghirlandaio sottolinea che la Firenze dell'epoca è già una città multietnica: in fondo al gruppo appare il volto inconfondibile di una donna di colore.



Tre figli del Sassetti

Antonio Pucci

Papa Onorio III

Lorenzo il Magnifico

Francesco Sassetti con il figlio Teodoro

Matteo Franco (Maestro)

Luigi Pulci (Poeta)

Giovanni (Futuro Papa Leone X)

Piero (il Fatuo)

Agnolo Poliziano (Istitutore)

Giuliano (Futuro duca di Nemours)

Domenico Ghirlandaio (1449-1494):
La conferma della regola, Cappella Sassetti, Firenze, Chiesa S. Trinita.

Si tratta del solo ritratto autentico e databile di Lorenzo il Magnifico. Assiso sul trono Papa Onorio III riceve gli umili monaci nell'atto di confermare la regola francescana. Alla destra di Lorenzo il Magnifico l'anziano Antonio Pucci, alla sinistra Francesco Sassetti, direttore generale della banca dei Medici. Sono raffigu-

rati, mentre salgono le scale, i figli di Lorenzo: il primo, Giuliano, futuro Duca di Nemours, accanto a lui l'istruttore Agnolo Poliziano. Alle spalle il fratello maggiore Piero, detto il Fatuo, segue il piccolo Giovanni futuro Papa Leone X, raffigurato ancora con i biondi e lunghi capelli che di lì a poco, all'età di 7 anni e mezzo, riceveranno la tonsura, segno tangibile di quella dignità che lo avrebbe avviato alla carriera prelatizia. Concludono il corteo altri due personaggi intimi del Magnifico, il

Maestro Matteo Franco e il Poeta Luigi Pulci. L'opera innalza i legami di casa Medici con la chiesa e la concordia con le famiglie fiorentine dei Pucci e dei Sassetti. Il Papa dorme con gli occhi del Magnifico Lorenzo si commentava all'epoca. Papa Innocenzo VIII, lasciando perdere le regole sui limiti d'età, nominò cardinale il tredicenne Giovanni, figlio di Lorenzo, futuro Papa Leone X. Nomina provvidenziale, il Papa avrebbe conservato il patrimonio dei Medici durante l'esilio dal 1494 al 1512.

L'arte, fonte di pubblicità commerciale, palese o occulta!...

Giovanni Agostino da Lodi (1467-1525):

Cena di Emmaus.

La tavola è apparecchiata secondo gli evoluti costumi della Venezia fine 400. Cristo risorto appare al centro del tavolo, sui lati i due pellegrini: "E avvenne che stando a tavola con essi prese il pane, e lo benedisse, e lo spezzò e ad essi lo porse" (Lc XXIV, 30).

Sono raffigurati con particolare evidenza l'oste e i quattro figli che servono a tavola. L'oste ostenta la sua mano in primo piano sul tavolo, vuole forse significare simbolicamente la sua partecipazione a quel convivio. "La mano che è con me sulla tavola..." così dice Gesù alludendo ai commensali. Con l'opera d'arte il committente evidenzia se stesso e la sua attività commerciale, nasce la pubblicità, palese o occulta!...



Giovanni Agostino da Lodi (1467-1525):

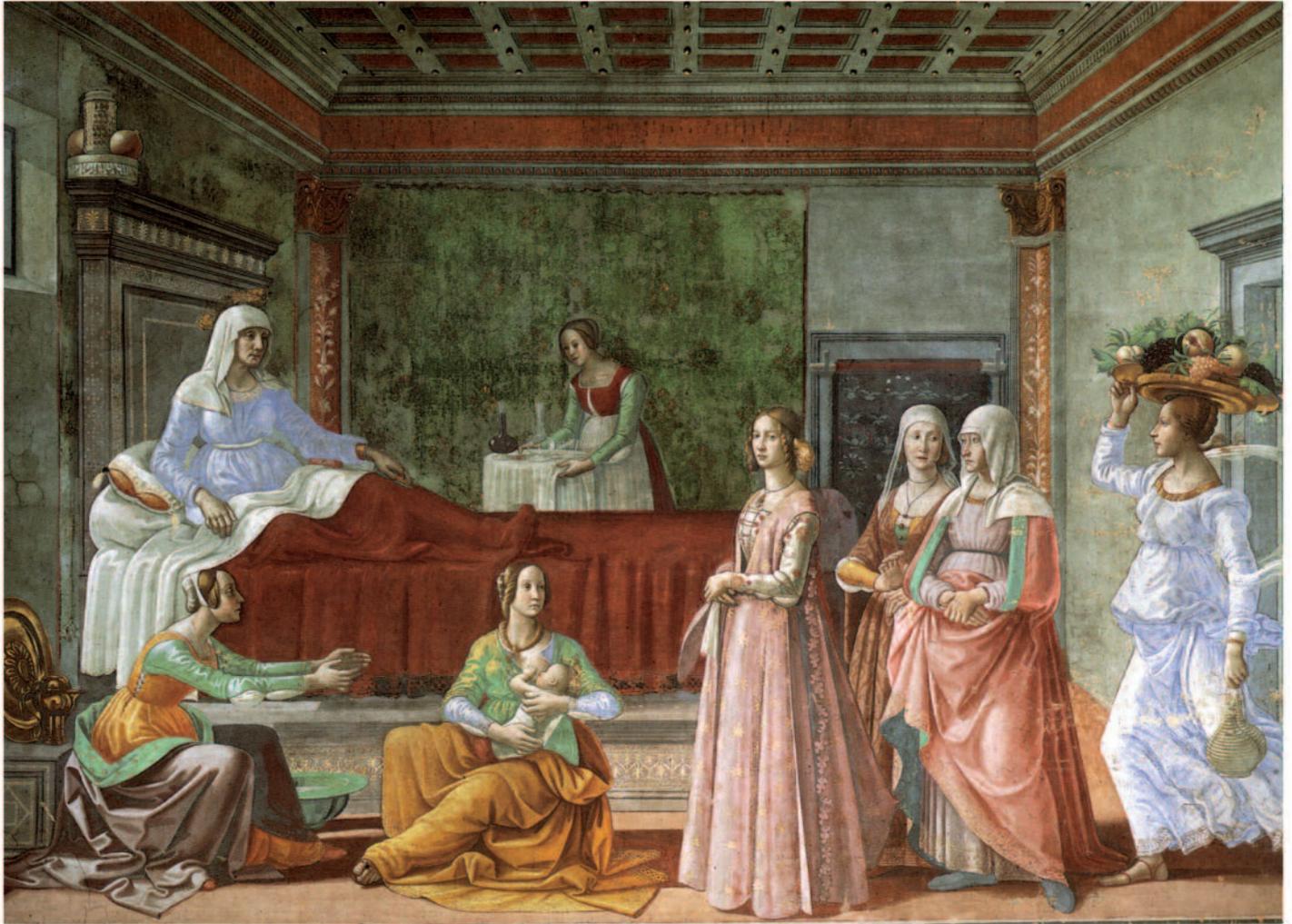
La Vocazione di Pietro e Andrea, Roma, Palazzi Vaticani, Cappella Sistina.

Gli artisti, nel rappresentare episodi a carattere sacro, inseriscono brani di vita quotidiana e immagini dei committenti, conoscevano bene il valore dell'arte come mezzo di propaganda! Alle spalle di Pietro e Andrea, inginocchiati davanti a Cristo, compaiono i delegati inviati da Firenze per togliere l'interdi-

zione papale sulla città; sono raffigurati anche i membri della colonia fiorentina a Roma, dove fecero costruire una Chiesa dei fiorentini e aprirono succursali delle loro attività commerciali. In prima fila un giovanetto ostenta un prezioso fazzoletto che simboleggia l'elevato status sociale del gruppo di cui fa

parte. Al centro, con la barba bianca, l'umanista Argyropulos, alla sua destra Giovanni Tornabuoni, rappresentante a Roma della banca medicea e tesoriere di Papa Sisto IV. L'arte, già informazione e promozione d'immagine, diviene anche un efficace mezzo pubblicitario di personaggi ed eventi politici.

L'omaggio di nobili signore fiorentine oscurato da Maria e Elisabetta.



Domenico Ghirlandaio
(1449/1494):

Nascita di san Giovanni,
Firenze, Santa Maria Novella.

Elisabetta, cugina di Maria, dopo la nascita di Giovanni riposa in letto. L'artista, seguendo precise istruzioni imposte dal committente Giovanni Tornabuoni, sembra attribuire maggiore importanza al ritratto di alcune nobili signore appartenenti alla famiglia che alla scena biblica. In primo piano una aristocratica fanciulla stupendamente vestita tiene in mano un raffinato fazzoletto, simbolo di elevato status sociale. La donna più anziana, col capo velato, è Lucrezia Tornabuoni, madre di Lorenzo il Magnifico.

Il Ghirlandaio introduce le nobili signore in modo del tutto virtuale: non partecipano alla scena biblica, sono distaccate dal contesto, in forma irrigidita guardano distrattamente altrove! Un vero e proprio spot pubblicitario secondo il moderno linguaggio. L'artista, esaudito l'obbligo promozionale, introduce con forza evocativa il tema biblico e pone in risalto una ragazza giovanissima con una veste moscia dal rapido entrare in scena, quasi a passo di danza, in testa ha un cesto di frutta e in mano due fiasche, verosimilmente d'acqua. La giovane appare disancorata dalla scena promozionale:

fissa lo sguardo con quello di Elisabetta, è vestita come lei di celeste; la sola a contrapporre alla statica astrattezza degli altri personaggi un gioco di veli, pieghe, movimenti e simbologie rimane l'elemento centrale di questa natività.

La ragazza che guarda Elisabetta non è una comune ancella che porta doni dalla villa al seguito delle nobili dame fiorentine, come talora viene identificata. L'artista lascia indovinare questa presenza con un linguaggio da cui traspare il testo evangelico della Visitazione di Maria (Lc, 1, 39). Appena Elisabetta ascolta la voce di Maria, già in stato avanzato di gravidanza, che entra nella casa esulta: "benedetta tu fra le donne e benedetto il frutto del tuo grembo, a che debbo che la madre del mio Signore venga a me?" (Lc, 1, 42).

E' Elisabetta a salutare per prima in Maria la madre del redentore, così come sarà Maria a prendere per prima in braccio Giovanni. L'opera si completa con l'immagine di una giovane balia che sta allattando, mentre la lavatrice, con accanto una bacinella, protende le mani verso il bambino per il rituale bagno.

50 ANNI DI LAUREA

In data 26 marzo con una simpatica cerimonia è stata consegnata la targa ricordo a coloro che hanno compiuto cinquant'anni di laurea a riconoscimento di una vita spesa per la medicina.



La Prof.ssa Maria Cristina Boschi riceve la targa dal Presidente Dr. Antonio Panti.

CELEBRAZIONE DEL GIURAMENTO DEI NUOVI ISCRITTI ALL'ORDINE DI FIRENZE

Lo scorso 27 marzo si è svolta la Cerimonia del Giuramento per i nuovi colleghi: 48 uomini e 61 donne. A questi giovani, che continueranno ad onorare la Medicina, un grande augurio per una vita serena e una professione colma di successo.



PISA STROKE CHALLENGES

Il convegno si terrà nei giorni 27-28 Novembre 2017 ed è organizzato dalla Clinica Neurologica dell'Università di Pisa. Tale congresso sarà articolato in sessioni dedicate alle più recenti acquisizioni in tema di patogenesi, terapia e telemedicina dell'ictus cerebrale. Interverranno i massimi esperti Nazionali ed Europei nel campo delle patologie cerebrovascolari. L'evento sarà accreditato ECM per medici chirurghi (Neurologia, Neuroradiologia, Neurochirurgia, Geriatria, Neuroriabilitazione, Cardiologia, Chirurgia Vascolare, Radiologia, Medicina di Urgenza, Medicina Interna, Medicina Generale); infermieri; fisioterapisti; tecnici di Radiologia; tecnici di Neurofisiopatologia, biologi.

Sul sito web <http://www.fclassevents.com/it/pisa-stroke-challenges-2017/> sono disponibili *il save the date*, il programma preliminare e la scheda di iscrizione.

RISCHIARE LA VITA CURANDO: BASTA!

Sabato, 20 maggio 2017

Aula Muntoni, Ospedale San Giovanni di Dio, Via Torregalli 3, Firenze

Il fatto che il personale sanitario sia oggetto di aggressione all'interno del proprio mandato istituzionale è vissuto con minore partecipazione di altri eventi infausti per lavoro. Occorre stabilire degli standard di sicurezza irrinunciabili e mettere gli eventi di fronte alla responsabilità che da ciò deriva, suggerendo soluzioni praticabili. Alcuni compiti e situazioni espongono più di altri al pericolo: la continuità assistenziale, il 118, il pronto soccorso, il carcere e oggi le REMS. Proviamo ad ascoltare testimonianze dirette di esperienze avverse per costruire percorsi di garanzia operativa, che tengano insieme l'indissolubile endiadi di salute e sicurezza.

Il convegno è organizzato dalla Commissione Pari Opportunità dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze

Crediti ECM 6

L'iscrizione è gratuita ma obbligatoria.

È possibile iscriversi esclusivamente tramite il sito web dell'Ordine di Firenze:

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

Segreteria Scientifica: Commissione Pari Opportunità dell'Ordine di Firenze

[email: toscanamedica@ordine-medici-firenze.it](mailto:toscanamedica@ordine-medici-firenze.it)

tel. 055.496522 int. 6

SEMPLIFICAZIONE FISCALE: QUESTA SCOSCIUTA

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici è stata sentita in audizione dalla Commissione parlamentare per la semplificazione fiscale presso la Camera dei Deputati. In tale sede i rappresentanti medici e odontoiatri della FNOMCeO hanno fatto presente con molta chiarezza come la semplificazione in ambito fiscale sia tuttora una pia illusione, data l'estrema onerosità delle procedure cui sono costretti i liberi professionisti sanitari nei confronti dell'Amministrazione Finanziaria. Ad esempio, da un lato esiste l'obbligo di comunicare i dati delle fatture sanitarie al Sistema TS, dall'altro di inviare gli stessi dati per lo Spesometro all'Agenzia delle Entrate. Una duplicazione di adempimenti che, oltre a non recare vantaggi ai cittadini, rappresenta un forte aggravio per i professionisti in termini di costi e di tempo. I rappresentanti della FNOMCeO, pertanto, hanno invocato una decisa inversione di tendenza che punti davvero ad una reale e concreta semplificazione degli adempimenti fiscali per i liberi professionisti, superando l'eccessiva e improduttiva burocratizzazione attuale.

ALTERNANZA SCUOLA LAVORO E ORDINE DI FIRENZE

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze ha firmato una convenzione relativa al Progetto Alternanza Scuola Lavoro con il Liceo Scientifico Leonardo da Vinci di Firenze. Si ringraziano gli studenti Lorenzo Gramigni, Cosimo Panconesi, Emanuele Nesti e Claudia Casavola, che hanno contribuito alla realizzazione degli ultimi numeri di Toscana Medica.

Notiziario - a cura di Bruno Rimoldi e Simone Pancani

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE



CIFRE E PROIEZIONI: I FABBISOGNI DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE



Oggi sono quasi 1,2 milioni i professionisti impegnati nell'assistenza – pubblica e privata – di cui più della metà alle dipendenze del SSN e quasi tutte le professioni al 2030-2035 stimano una crescita della domanda. Partendo da questa considerazione, Ministero della Salute, rappresentanti delle professioni sanitarie e Regioni hanno descritto il quadro generale delle previsioni di fabbisogno dei professionisti sanitari e del fabbisogno formativo delle professioni sanitarie per il 2017-2018, oltre alle proiezioni relative al periodo 2030-2035.

Alcuni dati, forzatamente parziali, emersi da questo impegno sono i seguenti.

Gli infermieri spingono perché il loro numero venga fortemente incrementato, soprattutto per potenziare molte delle nuove attività presenti a livello territoriale. I medici chiedono l'aumento del numero di posti nelle scuole di specializzazione e, soprattutto, lo sblocco del turn over la cui mancanza, a fronte di una categoria sempre più anziana, in un prossimo futuro potrebbe creare importanti problemi di ricambio generazionale. I farmacisti si lamentano del numero elevato e dichiarano nei prossimi anni un fabbisogno massimo di 2-3.000 nuovi professionisti, a fronte dei circa 4.000 giovani che invece in Italia si laureano ogni anno.

Molte altre informazioni, proiezioni e statistiche su questi argomenti che interessano lo stato di salute dell'intera popolazione possono essere reperite su:

http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=49164



PRIMO DIPARTIMENTO DI MEDICINA GENERALE IN ITALIA

Nasce in Italia il primo Dipartimento di Medicina Generale, voluto e creato dalla AUSL Toscana Centro. I 45 Coordinatori delle Aggregazioni Funzionali Territoriali presenti sul territorio dell'Azienda hanno concordato sul nome del Dott. Vittorio Boscherini quale Direttore della nuova struttura che, una volta a regime, **comprenderà complessivamente 1163 medici di medicina generale** oltre ai colleghi della continuità assistenziale. Tre i temi di principale attività citati dal Direttore: la questione delle liste di attesa, l'integrazione ospedale-territorio, l'uniformità delle prestazioni erogate a livello aziendale. Al Dott. Boscherini, medico di medicina generale dal 1980 e dal 2013 coordinatore dell'AFT di Greve-Impruneta, il migliore augurio di buon lavoro da parte della redazione.

**COMUNICATO CAREGGI - IL NUOVO DEA OLTRE IL TRAUMA CENTER CAREGGI**

Sono già iniziati i lavori per l'attivazione del primo piano del **padiglione 12 DEA di Careggi che accoglierà 14 sale operatorie** tre delle quali definite ibride per la presenza, oltre alle attrezzature chirurgiche, di angiografi di ultima generazione. Contestualmente allo spostamento delle attività del **Pronto Soccorso ortopedico del CTO** al piano -1 del DEA e alla conseguente attivazione del **Trauma Center per i traumi maggiori**, è già iniziato il completamento del primo piano del **Nuovo DEA di Careggi**.

In quest'ultima fase sarà possibile, a partire dal primo ottobre, la ristrutturazione del Blocco F del DEA, l'ultima ala superstite del vecchio edificio, che è stato progressivamente sostituito con una delle maggiori operazioni di demolizione e ricostruzione in un'area ospedaliera a padiglioni aperti. Il DEA sarà quindi completamente attivo e dal primo ottobre sarà possibile completare l'ultimo tratto del tunnel progettato per connettere l'edificio al CTO. L'“ultimo miglio” di quest'opera imponente segnerà la piena efficienza del nuovo complesso dedicato all'emergenza, al trauma e all'alta complessità assistenziale di Careggi.

Il tunnel è stato realizzato per esigenze tecniche, per liberare il trasporto di superficie dal transito di materiali e attrezzature ospedaliere. La sua realizzazione ha attraversato le fasi dei vari cantieri dell'area Careggi ed è cominciata prima dell'arrivo del capolinea della tramvia in coordinamento con la realizzazione di quest'opera. Con il completamento dei vari cantieri fuori e dentro Careggi anche l'ultimo diaframma fra il CTO e il DEA potrà essere abbattuto.

**NUOVO DIRETTORE DEL MATERNO-INFANTILE A CAREGGI**

Proviene dall'Università di Siena il **Prof. Felice Petraglia** che è stato nominato nuovo Direttore del Dipartimento Materno-Infantile dell'AOU “Careggi”. Professore Ordinario di Ostetricia e Ginecologia, il Prof. Petraglia coordinerà anche l'attività ostetrico-ginecologica aziendale. Nell'ambito dell'attuale rimodulazione degli incarichi di responsabilità dipartimentale, al **Prof. Carlo Dani**, Ordinario di Pediatria all'Università di Firenze e già Direttore del Dipartimento Materno-Infantile di Careggi, è stata affidata la guida dell'area neonatologica in relazione ai compiti derivanti dal suo ruolo di Coordinatore regionale della Rete Neonatale all'interno della Rete Pediatrica Toscana. Ad entrambi i colleghi i migliori auguri di buon lavoro dalla redazione.

**IL MEYER ALL'AVANGUARDIA NELLA DIAGNOSI PRECOCE DELLE MALATTIE EREDITARIE**

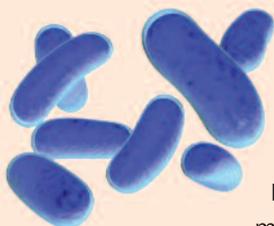
Tredici anni fa un'apposita legge regionale della Toscana, per la prima volta in Italia, introdusse lo screening neonatale metabolico esteso (SNE) a tutti i nuovi nati. Da allora 520.000 bambini toscani sono stati sottoposti ai test ed a circa 350 è stata diagnosticata una malattia metabolica rara tra le 40 oggetto di studio. Solo nell'agosto 2016 queste attività sono state però regolamentate da una legge nazionale ed il “Meyer” si è ulteriormente caratterizzato come punto di riferimento in questo campo nel panorama italiano e non solo. L'importanza del pediatrico fiorentino è stata recentemente confermata con la nomina da parte della Conferenza Stato-Regioni di Giancarlo La Marca, responsabile del Laboratorio dello screening neonatale, biochimica e farmacologia del “Meyer”, quale rappresentante delle Regioni per il Centro di coordinamento sugli screening neonatali dell'Istituto Superiore di Sanità.





I 12 BATTERI PIÙ PERICOLOSI

L'OMS ha pubblicato un elenco di **12 famiglie di batteri che rappresentano la più grande minaccia per la salute umana**. La lista è stata elaborata per indirizzare e promuovere la ricerca e lo sviluppo di nuovi antibiotici, nel quadro di una crescente resistenza globale ai farmaci antimicrobici. In particolare, l'elenco accende i riflettori sulla minaccia dei batteri gram-negativi resistenti a molteplici antibiotici. Questi batteri riescono a circolare lungo il materiale genetico che consente ad altri batteri di diventare a loro volta resistenti. La lista è divisa in tre categorie a seconda dell'urgenza della necessità di nuovi antibiotici: priorità fondamentale, elevata e media. Il gruppo più importante include batteri resistenti a più farmaci che rappresentano una particolare minaccia in ospedali, case di cura e tra i pazienti la cui assistenza richiede dispositivi come ventilatori e cateteri.



Ecco l'elenco OMS: Priorità 1: FONDAMENTALE: 1. **Acinetobacter baumannii**, resistente ai carbapenemi; 2. **Pseudomonas aeruginosa**, resistente ai carbapenemi; 3. **Enterobacteriaceae**, resistenti ai carbapenemi, produttori di ESBL. Priorità 2: ELEVATA: 1. **Enterococcus faecium**, resistente alla vancomicina; 2. **Staphylococcus aureus**, resistente alla meticillina, intermediario e resistente alla vancomicina; 3. **Helicobacter pylori**, resistente alla claritromicina; 4. **Campylobacter**, resistente ai fluorochinoloni; 5. **Salmonellae**, resistente ai fluorochinoloni; 6. **Neisseria gonorrhoeae**, resistente alle cefalosporine, resistente ai fluorochinoloni. Priorità 3: MEDIA: 1. **Streptococcus pneumoniae**, non suscettibile alla penicillina; 2. **Haemophilus influenzae**, resistente all'ampicillina; 3. **Shigella**, resistente ai fluorochinoloni.



RAPPORTO SULL'EVENTO NASCITA

Il Ministero della Salute ha pubblicato sul proprio sito www.salute.gov.it il Rapporto annuale sull'evento nascita in Italia sulla base dei certificati di assistenza al parto relativi all'anno 2014. La rilevazione costituisce la più ricca fonte di informazioni sanitarie, epidemiologiche e socio-demografiche relative all'evento nascita e rappresenta uno strumento essenziale per la programmazione sanitaria nazionale e regionale. Questi alcuni dati: l'88,8% dei parti è avvenuto in strutture pubbliche; nel 62,5% dei casi il parto è avvenuto in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti all'anno. Il 20% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana. L'età media della madre è di 32,7 anni per le italiane e 29,9 anni per le straniere. Nell'87% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a 4. Nel 35% dei casi si è ricorso al taglio cesareo, con maggiore incidenza nelle strutture private rispetto a quelle pubbliche. Sono stati rilevati 2,74 morti ogni 1.000 nati. Il ricorso alla PMA risulta effettuato in 1,71 gravidanze su 100.



DEDUCIBILITÀ COSTI DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

La Camera dei Deputati ha approvato in prima lettura il disegno di legge sul lavoro autonomo non imprenditoriale. Si tratta di un provvedimento molto articolato e complesso, nel quale però sono contenute alcune disposizioni che interessano i liberi professionisti. In particolare si prevede la possibilità di dedurre integralmente (e non più al 50%) le spese per l'iscrizione a master e a corsi di formazione e aggiornamento professionale, nonché le spese di iscrizione a convegni e congressi, il tutto entro il limite annuo di 10.000 euro. Si tratterebbe di una innovazione a lungo sostenuta in particolare dalla categoria odontoiatrica, a forte prevalenza di lavoro libero professionale. Sarà ulteriormente seguito l'iter parlamentare, auspicando la rapida approvazione in legge.





FORMAZIONE MEDICI IN AFRICA

Genova, Sala Nautilus c/o Acquario di Genova dal 25 al 27 maggio: il corso, al quale sono stati attribuiti 21,5 crediti ECM, si propone di fornire, in tempi brevi, 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. Info e contatti:  mediciinafrica@unige.it tel. 010 3537274. Link per programma:  www.medicinafrica.it

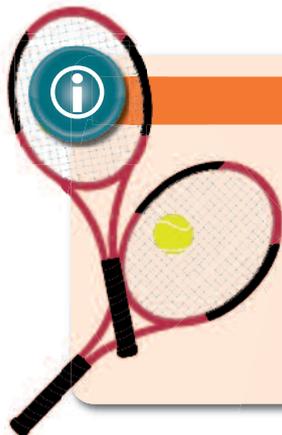


PRODUZIONE CANNABIS: IL DECRETO È LEGITTIMO

Un'associazione rappresentativa dei pazienti ha impugnato davanti al TAR del Lazio il Decreto del Ministero della Salute del 9 novembre 2015 con il quale è stata affidata allo Stabilimento Chimico-Farmaceutico Militare di Firenze la competenza a produrre sostanze a base di cannabis per uso terapeutico, lamentando che in tal modo si è costituito una sorta di "monopolio" alla produzione in favore dello Stabilimento Militare, impedendo l'auto-coltivazione al singolo cittadino-paziente per motivi esclusivamente personali.

Il TAR ha respinto il ricorso, affermando che il Decreto in questione in realtà non si limita ad attribuire al solo Stabilimento Militare la competenza alla produzione di sostanze a base di cannabis, atteso che esso si affianca ad altri soggetti che sono autorizzati ai sensi dell'art. 27 del Testo Unico di cui al DPR n. 309 del 1990 a coltivare tale pianta per uso medico. Tali altri soggetti, se in possesso dell'autorizzazione, possono altresì procedere alla raccolta e alla detenzione, salvo poi consegnare il materiale vegetale a base di cannabis, nei tempi e nei modi definiti nel provvedimento di autorizzazione alla coltivazione, all'Ufficio centrale stupefacenti, che provvede alla destinazione del materiale stesso alle officine farmaceutiche autorizzate per la successiva trasformazione in sostanza attiva o preparazione vegetale, entro 4 mesi dalla raccolta. Il Decreto Ministeriale, quindi, rispetta le prescrizioni di legge ed è legittimo.

Su Toscana Medica di febbraio è stato pubblicato un articolo dal titolo "Continuità terapeutica assistenziale con farmaci H"; i cui autori sono: Massimo Giraldi, Barbara Rita Porchia, Claudio Baldini, Carlo Milandri, Alessandro Scarafuggi, Sabina Moriconi, Isabella Cinaglia, Eluisa Lo Presti, Piero Salvadori.



45° CAMPIONATO ITALIANO TENNIS MEDICI

Si svolgerà dal 17 al 24 giugno 2017 presso il prestigioso circolo del Hotel Commodore di Montegrotto (PD). Per tale evento sono previsti un'infinità di tabelloni per tutte le età e tutti i livelli di gioco (con gare di campionato, di contorno e tabelloni di consolazione). È inoltre l'occasione per passare una settimana di relax in località termale per medici, famiglia e accompagnatori.

Per l'iscrizione e la prenotazione alberghiera consultare il nostro sito web  www.amti.it



Manfredo Fanfani

L'OPERA D'ARTE, UN MEZZO MEDIATICO CHE CONIUGA BELLEZZA, CRONACA ED EMOZIONI



**La civiltà delle immagini ha radici profonde e antiche.
Sono cambiati gli strumenti,
non la filosofia e lo scopo.**

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

Continuazione dell'articolo all'interno della rivista

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