

TOSCANA MEDICA

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

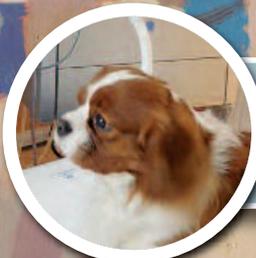
Mensile - Anno XXXV n. 9 ottobre 2017 - Poste Italiane s.p.a. - Sped. Abb. Post. - 70% Firenze
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 45) art. 1, comma 1, DCB FI - Aut. Trib. Fi. n. 3138 del 26/05/1983

OTTOBRE 2017 **9**

19-20-21 NOVEMBRE 2017 / ORE 8.00-20.00
- ELEZIONI -
PER IL RINNOVO DEL CONSIGLIO DELL'ORDINE DI FIRENZE

Lloyd

Paesaggi toscani del Novecento



**Terapia assistita
con gli animali**



**Criticità della TAO:
monitoraggio del paziente**



**CHI AGGREDISCE UN MEDICO
AGGREDISCE SE STESSO**

**Violenza ed aggressioni
contro il personale sanitario**



**I marcatori di stress
occupazionale (MOS)**

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







TOSCANA MEDICA

MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE
OTTOBRE 2017 9



Anno XXXV - n. 9 Ottobre 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 0750625 - telefax 055 481045

<http://www.toscanamedica.org>
a.barresi@omceofi.it

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

Pubblicità
Edizioni Polistampa - Firenze
tel. 055 737871 - fax 055 737876

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

TOSCANA MEDICA

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

Fondato da
Giovanni Turziani

In copertina
Llewelyn Lloyd,
Baracchina Olschki,
1928, olio su tavola,
cm 26x35,6

sommarario

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

4 Il quotidiano mondo di Llewelyn Lloyd
Federico Napoli

EDITORIALE

5 Le due culture
Antonio Panti

QUALITÀ E PROFESSIONE

6 Prima esperienza in Italia di terapia assistita con gli animali (TAA) in terapia intensiva su pazienti adulti
L. Tadini Buoninsegni, M. Bonizzoli, L. Cecci, P. Garvin, A. Peris

9 Endometriosi: un cambio di prospettiva
Maria Celeste Esposito

11 Screening dell'aneurisma dell'aorta addominale in pazienti asintomatici: esperienza nell'ambulatorio di medicina generale
Federica Silvestri

13 Monitoraggio del paziente in TAO: modelli di gestione, criticità ed esperienze a confronto in medicina generale
Giulia Rosi

15 I giovani, invecchiano anche loro
Antonio Panti

16 I marcatori di stress occupazionale (MOS): dalla paleopatologia alla moderna Medicina del Lavoro
Mario Migliolo

19 Diagnosi di mutilazioni genitali femminili: percorsi e strumenti
L. Catania, O. Abdulcadir, J. Abdulcadir

23 Violenza ed aggressioni contro il personale sanitario
Federica Zolfanelli

RICERCA E CLINICA

27 Terapie innovative in cardiologia: gli inibitori dell'enzima PCSK9
Giampaolo Collecchia

FRAMMENTI DI STORIA

29 L'ospedale per alienati mentali di Bonifazio: un modello di architettura manicomiale
Esther Diana

31 Lo Spedale de' Pazzi di Fregionaja in Lucca: vicende storiche ed edilizie
Franco Bellato

LETTERE AL DIRETTORE

34 Ciò che serve oggi alla Psichiatria
Ugo Catola

POLITICHE PER L'EQUO ACCESSO ALLA SALUTE

35 Sesta Conferenza OMS su Ambiente e Salute: equità e condivisione
Daniele Dionisio

SANITÀ NEL MONDO

37 Dagli al Samaritano (anche l'Italia si è dotata di un muro contro i migranti)
Gavino Maciocco

40 - VITA DELL'ORDINE / CORSI E CONVEGNI

STORIA DEL COSTUME E DELLA MEDICINA

41 La tavola dell'Ultima Cena
Manfredo Fanfani (quarta parte)

45 - NOTIZIARIO

12-18-22 - LETTI PER VOI



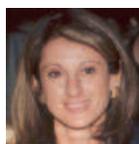
Antonio Panti



Bruno Rimoldi



Simone Pancani



Antonella Barresi



INVITO AI MEDICI E AGLI ODONTOIATRI

ELEZIONI PER IL RINNOVO DEL CONSIGLIO DELL'ORDINE DI FIRENZE

il seggio è aperto nei giorni
domenica 19, lunedì 20 e martedì 21 novembre 2017
dalle ore 8,00 alle ore 20,00

presso la sede dell'Ordine di Firenze, via G.C. Vanini 15

seconda convocazione

COLLEGHI, VENITE A VOTARE

Il rinnovo del Consiglio dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze per il prossimo triennio è un'occasione per partecipare alla vita dell'organo della professione in un periodo di così grandi trasformazioni della medicina e della sanità. Il peso e il prestigio dell'Ordine dipendono anche dal coinvolgimento dei medici nel dibattito, sempre più vivo nella società, sui problemi etici e economici della medicina moderna. Il futuro della professione deve essere deciso dai medici

IL VOTO È UN DIRITTO E UN DOVERE DI TUTTI

Il quotidiano mondo di Llewelyn Lloyd

di Federico Napoli

Mostra di particolare sapore quella che Villa Bardini, affacciata sul panorama di Firenze, ospita fino al 7 gennaio 2018: dedicata a Llewelyn Lloyd (1879-1949), pittore di origini gallesi, ma livornese di nascita, concorre all'indagine sulla pittura italiana del primo Novecento intrapresa da tempo dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Firenze. Quest'ultima, con la Fondazione Parchi Monumentali Bardini e Peyron, è la promotrice dell'esposizione dal titolo "Lloyd. Paesaggi toscani del Novecento". Una sessantina di opere provenienti da collezioni pubbliche e (molte) private documentano la personalità dell'autore, uno di quei pittori in Italia a cui risvolti personali e traversie sociali a lui contemporanee non hanno permesso appieno di sbocciare ai livelli di no-

torietà che forse avrebbe meritato. I soggetti sono ampi paesaggi, marine, oppure ritratti, interni descrittivi di abitazioni, barche alla fonda, vedute di Firenze negli anni Trenta, città nella quale Lloyd ha vissuto. Assolate porte assediate dai fiori e spalancate su ombrosi e freschi interni danno l'atmosfera ma anche il limite di queste opere, legate ad affetti familiari, silenziose, ariose ma riservate; trattate con toni cromatici delicati, dai rossi intensi, disposte in ordinata composizione; dai



Llewelyn Lloyd, *Golfo di Procchio*, 1908, pastello su carta applicata su tavoletta, cm 33x48.

timbri stemperati a ritrarre una natura rigogliosa. È il riflesso della tranquilla società borghese toscana nella prima metà del Novecento, che in Lloyd si trasforma in una pittura luminosa, positiva, impermeabile alle tensioni sociali, fatta di quiete quotidianità.



Lloyd. Paesaggi toscani del Novecento

Villa Bardini, Costa San Giorgio 2, Firenze

Fino al 7 gennaio 2018

orario: martedì - domenica 10,00-19,00

<http://www.bardinipeyron.it/lloyd-paesaggi-toscani-del-novecento/>

Le due culture

di Antonio Panti

ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE



Qualche decennio or sono il libro di Percy Snow dal titolo “Le due culture” aprì una accesa discussione sulla necessità di conciliare la cultura scientifica con quella umanistica. Una questione ancora viva, un dilemma che si affaccia tuttora nella medicina moderna, stretta tra il riduzionismo tecnologico, che ha portato ai grandi trionfi dell’arte medica, e quella parola, “arte”, che ancora oggi dipinge bene l’agire del medico, una prassi che si avvale di scienze e che opera in un mondo di valori. Donde la medicina narrativa e il ritorno della relazione umana come base di quella pragmatica che chiamiamo “scienza medica”, spesso tuttavia avendo idee differenti.

La domanda è se sia possibile far convivere la cultura specialistica, tecnologica, innovativa ed estremamente costosa, volta ora anche al superamento dei limiti biologici dell’uomo, con la cultura della medicina generale, olistica e diacronica, volta all’individuo, alla famiglia e alla collettività, più povera e socialmente inclusiva. Prima di rispondere occorre precisare il ruolo e i fini della medicina generale nell’attuale contesto storico e scientifico. Ovvero, che cosa vogliamo far convivere? Perché, a parole, vi è accordo sul significato e sul ruolo della medicina generale ma, mentre lo specialismo si mostra per quello che è attraverso le continue innovazioni, non altrettanto può dirsi della medicina generale e, come spesso accade, se non troviamo un comune terreno linguistico, tutti auspichiamo, tutti discettiamo, ma il fine non è chiaro.

In America si parla moltissimo di medicina generale, ma intanto Trump è tornato indietro verso una sanità sempre meno preventivista e olistica, in Inghilterra, laddove la medicina generale è nata, ora il NHS è in difficoltà e stravolge proprio il ruolo dei general practitioners, in Europa convivono moltissime soluzioni e, infine, in Italia si va dal modello toscano, avanzato ma a metà del guado e lì fermo da troppo tempo, a quello lombardo, che smonta la medicina generale con ciò, *ipso facto*, specializzandola. Ciò accade perché la vera questione è a monte: cosa ci si attende dalla sanità, cioè dall’organizzazione delle cure mediche? In Italia si discute poco di sanità; non vi è partito che non voglia mantenere il servizio sanitario pubblico. Prendiamo per buona questa affermazione, anche se poco realistica perché i rimedi proposti rivelano concezioni troppo diverse, e diamo per scontata l’idea

che le due culture debbano comunque convivere all’interno di un sistema che garantisca l’universalità della tutela del diritto alla salute e l’uguaglianza delle prestazioni.

Si torna all’assunto iniziale. Il fine della medicina è la tutela della salute, il mezzo è la serenità e il riconoscimento sociale di tutti i professionisti della sanità. Per quanto attiene ai servizi specialistici, fondamentalmente ospedalieri, è ovvio lo sforzo per coniugarne l’appropriatezza con il controllo della spesa. Sembra prevalere un problema di giustizia. Assai meno chiaro appare il ruolo della medicina generale nel sistema sanità. Si ha l’impressione che molti pensino a un ruolo ancillare che non solo è errato ma del tutto inutile. Dovrebbe essere facile, definita la mela, descriverne le due metà, ma non è così. E allora nascono varie soluzioni che confondono le idee e che corrispondono a concrete divergenze fra gli stessi medici generali.

Il dibattito è aperto ma la soluzione esiste. La medicina generale deve articolarsi in presidi territoriali con precise funzioni proprie. Il medico generale isolato non può più essere ammesso. Nel presidio, opera un team multifunzionale che risponde alle esigenze del territorio, escluse quelle che non possono essere trattate altro che in ospedale. Il team affronta le problematiche del Chronic Care Model e della medicina di iniziativa; inoltre i professionisti, compresi gli infermieri e le professionalità presenti, coprono diverse esigenze: dalla formazione alla ricerca, dall’ecografia alla stewardship per gli antibiotici, dai medici sentinella per l’ambiente alla lotta alle dipendenze e così via. Un presidio polimorfo che risponde a complesse esigenze e non solo a una di queste. Esattamente il contrario del modello lombardo. Però tutti i professionisti impegnati nel presidio territoriale (casa della salute, AFT che dir si voglia) prestano la massima attenzione alla relazione umana, sono medici dell’ascolto prima che professionisti dell’azione. Ugualmente tutti sono impegnati nella tutela della salute della comunità: dai vaccini ai rischi ambientali, il diritto dell’individuo e l’interesse della collettività sono inscindibili. Su questa base teorica dovrebbe svilupparsi la riflessione degli stessi medici generali.

Non vi sono alternative. Altrimenti la medicina generale potrebbe soccombere ai costi dello specialismo o di fronte a modelli meno onerosi, affidati ad altro personale o al di fuori del servizio pubblico.



Prima esperienza in Italia di terapia assistita con gli animali (TAA) in terapia intensiva su pazienti adulti

L. Tadini Buoninsegni, M. Bonizzoli,
L. Cecci, P. Garvin, A. Peris



LAURA TADINI BUONINSEGNI, Firenze, Specializzata in Anestesia e Rianimazione a Firenze. Dottorato di ricerca in Scienze Anestesiologiche e Chirurgiche con borsa di studio Università di Studi di Firenze nel 2010. Dirigente Medico I livello c/o la SOD Anestesia e Rianimazione-Nuovo Ospedale del Mugello fino a giugno 2013, attualmente presso la SOD Cure Intensive del Trauma e Supporti Extracorporei-AOUC. Ha conseguito il 1° livello del percorso di formazione in Interventi assistiti con animali presso Natura Animale.

M. BONIZZOLI, L. CECCI, A. PERIS, SOD Cure Intensive del Trauma e Supporti Extracorporei, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi.

P. GARVIN, Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale – Settore Politiche Giovanili, per la famiglia e per lo sport, Regione Toscana.

È ampiamente documentato come la relazione che si instaura tra uomo e animale sia in grado di determinare significative modificazioni fisiologiche e quindi importanti effetti terapeutici nell'uomo. All'interno dell'AOUC nel reparto "Cure Intensive del Trauma e Supporti Extracorporei" è stato avviato, in collaborazione con la Scuola Nazionale Cani Guida per Ciechi della Regione Toscana, un progetto di terapia assistita con animali in cui il cane interviene come prezioso co-terapeuta nel processo di cura in particolare su obiettivi psicologici e fisioterapici.

Parole chiave:
interventi assistiti con animali,
Pet Therapy, cane, Terapia Intensiva

L'effetto benefico della relazione che si instaura tra uomo ed animale è comprovato da solide basi scientifiche ed il valore terapeutico di tale rapporto può essere di grande aiuto nel percorso di cura. Oltre a benefici documentati a livello fisiologico, come la diminuzione della pressione arteriosa in seguito al contatto fisico con l'animale e la correlazione tra il possesso di un animale da compagnia e l'aumentata sopravvivenza in soggetti affetti da malattie coronariche, l'interazione con l'animale offre, agendo in particolar modo sulla sfera emozionale, un prezioso "strumento" di supporto al medico nell'ambito del processo di cura e di riabilitazione.

I malati ricoverati in Terapia Intensiva sono particolarmente esposti a manifestare disturbi cognitivi ed affettivi che, pur riconoscendo una patogenesi multifattoriale, sono correlati alle diverse esperienze vissute durante il ricovero (come il senso di solitudine, la separazione dall'ambiente e dagli affetti familiari, l'instaurarsi di stati di ansia e depressione). Tali disturbi possono contribuire ad una perdita di motivazione nel malato ad affrontare il percorso di cura verso la guarigione. In un ambiente a così elevata tecnologia ed invasività come la Terapia Intensiva il contatto con l'animale, se gradito al malato, provoca un effetto rilassante e distraente aumentando il grado di benessere percepito ed agendo così positivamente sulla motivazione a guarire.

In Italia si è assistito ad un progressivo evolversi di progetti con il coinvolgimento di animali da compagnia a favore della salute umana (inizialmen-

te definiti in modo improprio con il termine di *pet therapy*). Nel 2003 le Terapie assistite con animali sono state riconosciute come cura ufficiale mediante decreto ministeriale e nel 2015 sono state elaborate e pubblicate le "Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali (IAA)" con lo scopo di garantire la tutela sia delle persone che degli animali coinvolti. L'acquisizione di dati scientifici è premessa fondamentale per valutare l'adeguata collocazione e valorizzazione degli IAA nell'ambito del Sistema Nazionale Sanitario. Al momento attuale non esiste, nel panorama sanitario italiano, alcuna esperienza di questo tipo su malati adulti (>18 aa) ricoverati in Terapia Intensiva, sebbene programmi svolti all'estero abbiano dimostrato una sua importante e significativa valenza terapeutica specie sulla sfera psico-motoria.

Per Terapia assistita con animali (TAA) si intende un intervento a valenza terapeutica, e pertanto prescritto da un medico, personalizzato sul paziente, che integra e coadiuva, attra-



verso un preciso protocollo terapeutico, le terapie mediche tradizionali ed è finalizzato al miglioramento della sfera fisica, emotiva, cognitiva e neuropsicomotoria.

L'avvio operativo del progetto è stato preceduto da un'articolata fase di pianificazione iniziata con un incontro, al fine di dividerne la possibilità di realizzazione dato le peculiarità dell'ambiente, tra i responsabili del progetto (dott.ssa Manuela Bonizzoli e dott.ssa Laura Tadini Buoninsegni) ed il responsabile dei Servizi Tecnici della Scuola Nazionale Cani Guida della Regione Toscana, individuata come braccio operativo del progetto stesso garantendo così la presenza "accreditata" di personale con formazione ed esperienza qualificata e certificata in IAA. Sono stati organizzati quattro incontri, destinati alle coppie coadiutore-cane della Scuola, di familiarizzazione con il reparto in cui ad ogni singolo operatore è stato illustrato l'ambiente, la tipologia e quindi le problematiche principali dei malati ricoverati; contemporaneamente il cane ha potuto familiarizzare con i rumori, gli odo-

ri ed i macchinari. Ha avuto luogo inoltre un sopralluogo operativo da parte della Direzione medica di presidio e del Coordinatore Infermieristico del Settore Igiene Ospedaliera Controllo Infezioni, con la cui collaborazione è stato elaborato un protocollo volto alle "Misure di prevenzione della trasmissione di infezioni durante lo svolgimento delle sedute di Terapia assistita con animali", sebbene in letteratura non siano state mai documentate infezioni trasmesse durante IAA. Tali misure prevedono schematicamente l'igiene delle mani degli operatori, che indossano un camice monouso durante la seduta, la successiva sanificazione degli oggetti utilizzati durante l'interazione con il cane (giochi, spazzole ecc) e delle superfici del box di degenza con cui il cane è venuto in contatto (sponda del letto, sedia ecc) ed il lavaggio con acqua e sapone delle mani del paziente a fine seduta.

È stata elaborata una brochure informativa destinata ai familiari dei malati ricoverati in cui sono illustrate le finalità di questa terapia e sono stati inoltre pianificati e svolti degli incon-

tri formativi con il personale sanitario di reparto con l'obiettivo di illustrare le modalità di esecuzione della seduta di Terapia assistita con animali, le tematiche inerenti gli aspetti igienico-sanitari ed il lavoro di équipe necessario per ottimizzare le sinergie all'interno del team operativo multidisciplinare (medico, infermiere, psicologo, coppia coadiutore-cane, fisioterapista, medico veterinario comportamentalista).

A dicembre 2015 è stata approvata e stipulata la convenzione tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (AOUC) e la Regione Toscana - Scuola Nazionale Cani Guida per Ciechi, rappresentando il primo esempio, nel panorama sanitario italiano, di collaborazione tra due enti pubblici nell'ambito degli IAA.

A gennaio 2016 il progetto ha preso avvio operativo con due sedute programmate a cadenza bisettimanale della durata prevista di un'ora. Tali sedute sono personalizzate e rivolte a malati ricoverati nella SODc "Cure Intensive del Trauma e Supporti Extracorporei" dell'AOUC (direttore dott. A. Peris), coscienti o in fase di re-

LEGENDA

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



Codice QR

rimando link esterno con applicazione smartphone



URL

Rimando link esterno



Sommario

Rimando alla pagina dell'interno



e-mail

Rimando al programma e-mail

Gli studi condotti sugli effetti fisiologici prodotti dall'interazione tra uomo e animale (specialmente attraverso il contatto fisico e visivo) hanno dimostrato fondamentalmente una modificazione della risposta neuroendocrina in termini di ridotta escrezione a livello ematico di cortisolo, adrenalina e noradrenalina ed un contemporaneo aumentato rilascio di ossitocina. Questo neuropeptide prodotto a livello ipotalamico, considerato il vero protagonista nella relazione tra uomo e animale, esplica importanti funzioni regolatorie ed integrative su numerosi altri sistemi di trasmissione nervosa, quali:

- i recettori alfa 2 implicati nella regolazione delle secrezioni di noradrenalina in condizioni di stress;
- il sistema colinergico;
- i recettori serotoninergici, modulando la liberazione di serotonina ed agendo quindi sul tono dell'umore;
- i recettori per gli oppioidi, aumentando la soglia di percezione del dolore ed esercitando anche un potente effetto antiinfiammatorio attraverso meccanismi di origine centrale.

L'ossitocina agisce su diversi siti per abbassare i livelli di cortisolo circolante riducendo la secrezione del fattore di rilascio della corticotropina a livello cerebrale, diminuendo la secrezione dell'ormone adrenocorticotropo nell'ipofisi anteriore e diminuendo la secrezione dello stesso cortisolo attraverso un meccanismo diretto sulla corteccia surrenale.

È in grado inoltre di ridurre la pressione sanguigna attraverso un'azione diretta su aree cerebrali coinvolte nel controllo del sistema nervoso autonomo, in particolare riducendo l'attività del sistema simpatico nella regolazione del tono vascolare e la frequenza cardiaca attraverso l'attivazione dei neuroni colinergici parasimpatici.

Un aspetto particolarmente significativo è che la risposta neuro-ormonale che consegue all'instaurarsi di una relazione tra uomo e animale è esattamente la stessa che viene descritta alla base del legame tra madre e figlio, dove l'ossitocina svolge un importante ruolo durante il travaglio, l'allattamento al seno e nel contatto pelle a pelle tra neonato e madre subito dopo la nascita. Inoltre è stato dimostrato che lo spettro di effetti indotti dall'ossitocina negli esseri umani è identico a quello indotto negli animali.

cupero della coscienza, con interesse noto per gli animali, in condizioni cliniche stabili seppur con ancora necessità di supporto medico intensivo. Avendo valenza terapeutica sono registrate in cartella clinica; hanno luogo all'interno del box di degenza in presenza del medico e dell'infermiere che hanno in cura il malato e nel rispetto scrupoloso del protocollo igienico-sanitario condiviso. I principali obiettivi consistono nel ridurre il livello di ansia e di stress legati al ricovero, lo svez-

zamento dalla ventilazione meccanica invasiva in quei malati in cui si instaura una forte componente ansiogena e incentivare esercizi fisioterapici mirati. In quanto di supporto al piano di cura, la loro programmazione viene proseguita anche quando il malato è trasferito nel reparto di Terapia Sub-Intensiva.

A ciascun paziente sono somministrati test psicometrici di valutazione, pre e post seduta di Terapia assistita con animali, da parte dell'équipe co-

stituita da psichiatri e psicologo dell'AOUC.

Il progetto prevede inoltre una fase di follow-up, già operativa per i malati dimessi dal reparto di Terapia Intensiva, attraverso cui sarà possibile documentare i benefici attesi sulla sfera psico-emotiva.

La durata del progetto è di 24 mesi in modo da permettere una rigorosa raccolta dati.

 lauratadini@libero.it



Endometriosi: un cambio di prospettiva

di Maria Celeste Esposito



MARIA CELESTE ESPOSTO, *Specializzata in Ostetricia e Ginecologia c/o l'Università di Firenze. Frequenza della Clinica Ostetricia e Ginecologia. II di Firenze, come volontaria, dal 1984 al 2006. Collabora dal 2007 con APE onlus e partecipa a convegni finalizzati alla conoscenza dell'endometriosi.*

La dismenorrea va sempre trattata, anche in assenza di segni obiettivi che ci confermano il sospetto diagnostico. Se aspettiamo la comparsa dei segni (ecografici, alla NMR), perdiamo quegli anni in cui la malattia progredisce fino ad imporre terapie chirurgiche mutilanti. Le recenti linee guida ESHRE ci confermano che possiamo fare diagnosi di endometriosi anche in assenza di segni clinici.

Parole chiave:
dismenorrea, endometriosi, ESHRE, minipillola, mestruazione

L'endometriosi è una malattia molto diffusa. Il ritardo diagnostico (7-10 anni) è dovuto alla convinzione che sia naturale avere dolori mestruali e alla mancanza di segni obiettivi nell'endometriosi iniziale. Questa dà sintomi sovrapponibili a quelli dell'endometriosi infiltrante, ma nessuna indagine attualmente ci permette di fare diagnosi. Se aspettiamo i segni perdiamo anni preziosi durante i quali la malattia progredisce fino ad imporre terapie chirurgiche mutilanti. L'unico modo che abbiamo per individuare la malattia all'esordio sta nel dedurla dai sintomi: ascoltare la paziente e comprendere che i suoi sintomi necessitano di una terapia immediata.

Nel 2014 l'ESHRE ha pubblicato nuove linee guida sull'endometriosi. Alla voce "diagnosi di endometriosi" si raccomanda: 1) la diagnosi va sempre considerata in presenza di sintomi ginecologici quali dismenorrea, dolore pelvico cronico, dispareunia profonda, infertilità e astenia; 2) la diagnosi va sempre considerata nelle donne in età fertile con sintomi non ginecologici ciclici quali discrezia, disuria, ematuria e sanguinamento rettale, mal di schiena; 3) possiamo fare diagnosi di endome-

triosi nelle donne con sospetta malattia, anche nel caso di esame clinico normale. L'ESHRE dice chiaramente che un'istologia negativa non può escludere la presenza di malattia. L'endometriosi è dovuta alla migrazione per via tubarica di tessuto endometriale in organi confinanti (mestruazione retrograda). Ad ogni mestruazione il tessuto ectopico sanguina, creando aderenze e flogosi.

Il cambio di abitudini e di stile di vita giustifica l'aumento di incidenza di questa patologia: più mestruazioni abbiamo, maggiore è il rischio di endometriosi. Già nel 1953 Meigs diceva: "Donne, abbiate gravidanze e guarirete dall'endometriosi!" Oggi il numero di gravidanze si è molto ridotto. Perciò sono aumentati i cicli mensili e di conseguenza il rischio di malattia. Tutte le donne svolgono attività fisica durante il periodo mestruale: ciò aumenta la probabilità di mestruazione retrograda. Proponiamo alle nostre pazienti un salto indietro di un secolo? Non sarebbe fattibile! Parafrasando Meigs oggi dovremmo dire: "*donne, eliminate la mestruazione e guarirete dall'endometriosi*". Da anni

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!

consiglio una pillola contraccettiva a base di solo progestinico. È chiamata minipillola perché manca la componente estrogenica. È a basso costo, priva di effetti collaterali (l'OMS la consiglia in tutti quei casi in cui la terapia classica E/P sia controindicata), dà una contraccezione sicura ed elimina il ciclo mestruale. Molte donne sono riluttanti a rinunciare ad un evento che considerano il simbolo stesso della loro fertilità e femminilità. Nonché un inequivocabile test antigravidanza.

Le domande di tutte: si possono creare danni alla salute o alla futura fertilità? Perché sfidare le leggi della natura? Ma il ciclo non rappresenta una maniera per ripulirsi? Dove rimane poi tutto quel sangue che non viene giù? Senza il ciclo ingrasserò, avrò vampate come se fossi in menopausa? Cerco di far capire che l'eliminazione del ciclo non è assolutamente un evento contro natura. Anche in questo caso ci vengono in aiuto le linee guida ESHRE sul trattamento farmacologico dell'endometriosi: 1) informare le pazienti che la loro sintomatologia è presumibilmente riconducibile all'endometriosi ed iniziare un trattamento empirico con adeguata analgesia, combinando contraccettivi ormonali combinati o progestinici; 2) considerare, in ogni caso, le preferenze della paziente, gli effetti collaterali, l'efficacia e il costo del trattamento ormonale; 3) il contraccettivo ormonale combinato si può usare anche in via continuativa, perché que-

Molte donne sono riluttanti a rinunciare ad un evento che considerano il simbolo stesso della loro fertilità e femminilità

sta è più efficace nelle donne che soffrono di dismenorrea intensa. Eliminando il ciclo mestruale si elimina la causa della malattia e del suo peggioramento. Ma occorre essere tempestivi: se ricorriamo alla terapia medica soltanto quando la malattia è visibile alle attuali tecniche diagnostiche, perdiamo quegli anni fondamentali per evitare alle donne una vita inebetita dal dolore, una storia infinita di (ab)uso di antidolorifici, per approdare infine ad un intervento chirurgico invasivo, quasi mai definitivo e molto spesso invalidante; le donne con endometriosi al IV stadio subiscono tre, cinque interventi consecutivi, senza mai guarire perché la malattia non si può debellare completamente e, ad ogni mestruazione, si ripresenta. La chirurgia dell'endometriosi ha un tasso altissimo di recidive (63%). La mia esperienza: mi occupo di endometriosi da trent'anni. Da specializzanda vedevo tante donne affette da "co-

liche addominali di n.d.d" che venivano trasferite dal Pronto Soccorso. Mi colpiva la *ciclicità del dolore*: l'addome acuto si presentava sempre in periodo mestruale o in fase periovulatoria. E soprattutto, dopo un giorno di terapia antidolorifica, il dolore si attenuava e poi passava completamente. Da circa vent'anni, in presenza di sintomi sospetti per endometriosi, uso una pillola contraccettiva a base di solo progestinico (desogestrel 75 mcg). È una pillola che elimina il ciclo mestruale e, con esso, tutti i sintomi dell'endometriosi. I risultati sono eccezionali!

Conclusioni

Per debellare questa malattia è indispensabile coordinare i nostri sforzi: la donna deve sapere che non è normale perdere ogni mese giorni di scuola o di lavoro a causa del ciclo, il medico di famiglia deve fare adeguata informazione e i ginecologi devono aggiornarsi. La dismenorrea non è un dono che madre natura ha fatto alla donna! Essa va sempre indagata e trattata, anche in assenza di segni. L'endometriosi può essere curata con adeguata terapia medica solo se la diagnosi è tempestiva. Ho il privilegio di seguire da anni i congressi nazionali ed internazionali sull'endometriosi: non c'è accordo tra gli addetti ai lavori sulle modalità di trattamento della malattia. Il risultato è che la donna è spesso disorientata. Diventa quindi fondamentale la corretta informazione.

@ mariacelestespuesto@yahoo.it



Screening dell'aneurisma dell'aorta addominale in pazienti asintomatici: esperienza nell'ambulatorio di medicina generale

di Federica Silvestri



FEDERICA SILVESTRI, laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Pisa, Diploma di formazione specifica in Medicina Generale, Diploma SIUMB (Società Italiana di Ultrasonografia in Medicina e Biologia) in Ecografia di base.

L'aneurisma dell'aorta addominale è una patologia potenzialmente mortale, che può essere diagnosticata nelle fasi iniziali tramite uno screening ecografico addominale. Questo lavoro mostra come tale procedura possa essere effettuata dal medico di medicina generale formato in ultrasonografia, con risultati sovrapponibili ai dati presenti in letteratura e con ottima adesione da parte dei pazienti.

Parole chiave:
aneurisma dell'aorta addominale, screening, ecografia, medicina generale

L'aneurisma dell'aorta addominale (AAA) è una condizione patologica caratterizzata da dilatazione permanente del calibro aortico uguale o maggiore a 3 cm, o che presenta un incremento del 50% rispetto al diametro del tratto prossimale non dilatato; colpisce prevalentemente i soggetti di sesso maschile di età superiore ai 65 anni, con fattori di rischio associati quali il fumo di sigaretta e l'ipertensione. La complicanza più temibile, ovvero la rottura della parete aneurismatica, ha una mortalità molto elevata ed è correlata alle dimensioni dell'aneurisma dell'aorta addominale: il rischio di rottura aumenta progressivamente con l'incremento del diametro del vaso, tanto che per dilatazioni con dimensioni superiori a 5.5 cm è indicato l'intervento chirurgico riparativo in elezione.

L'ecografia addominale è lo strumento più rapido per la diagnosi precoce dell'aneurisma dell'aorta addominale e può essere utilizzato per individuare soggetti asintomatici portatori della patologia: diversi studi (MASS, Viborg, Chicester)¹ hanno mostrato come uno screening ecografico precoce rivolto alla popolazione a rischio sia efficace nel ridurre la mortalità specifica per questa patologia.

Sulla base di questi dati, abbiamo effettuato un lavoro di screening ecografico per aneurisma dell'aorta addominale tra i pazienti di un medico di medicina generale (dr. Salvoni, ex Usl 2 Lucca), con obiettivo di valutare la prevalenza della patologia nei soggetti a rischio per età e confrontare i dati ottenuti con quelli presenti in letteratura; ulteriore scopo

è stato verificare le potenzialità di utilizzo dell'ambulatorio di medicina generale per indagini di screening. Sono stati contattati tutti i pazienti maschi di età compresa tra 65 e 75 anni e, qualora presenti ed in fascia di età congrua, le loro compagne (data la scarsa incidenza della patologia nei soggetti femmine non è indicato uno screening di massa; abbiamo voluto verificare comunque l'incidenza dell'aneurisma dell'aorta addominale tra le signore che hanno accettato di sottoporsi all'esame).

I pazienti che hanno aderito allo screening sono stati convocati nell'ambulatorio del medico di famiglia e sottoposti ad una breve ecografia addominale, mirata ad ottenere le misure del diametro antero-posteriore e trasversale dell'aorta; coloro in cui è stata riscontrata una dilatazione patologica sono stati inviati ad eseguire indagini diagnostiche più approfondite (ecocolordoppler, angio-TC). Sono stati effettuati 161 esami totali tra luglio e novembre 2016, 102 in soggetti maschi su 153 contattati (adesione 66.7%) e 59 in soggetti femmine; la prevalenza di aneurisma dell'aorta addominale riscontrata è 5.8% tra gli uomini (6/102) e 1.7% tra le donne (1/59), dati che concordano con quelli presenti in letteratura. I soggetti con aneurisma sono tutti fumatori od ex fumatori, questo conferma come l'abitudine al tabagismo sia un fattore di rischio importante per lo sviluppo della malattia; inoltre 4 su 7 sono affetti da ipertensione arteriosa in terapia e 3 da ipercolesterolemia, due condizioni patologiche correlate allo sviluppo di aneurisma dell'aorta addominale.

I risultati ottenuti da questo lavoro offrono spunti di riflessione su vari aspetti. L'utilità di questo screening appare evidente, in particolare per coloro che presentano uno o più fattori di rischio concomitanti, quali età > 65 anni, sesso maschile, abitudine al tabagismo (fumatori, ex fumatori) ed ipertensione arteriosa; la diagnosi precoce permette di eseguire un follow-up mirato ed eventualmente di intervenire prima della possibile comparsa di complicanze.

Inoltre l'ambulatorio di medicina generale si è dimostrato un ambiente adatto a questa procedura; i pazienti infatti hanno risposto positivamente ad una proposta fatta dal proprio medico, spesso pur conoscendo poco la patologia in questione; il fatto che il dottore di fiducia li invitasse ad effettuare un esame con possibili benefici per la propria salute è stato spesso sufficiente a convincerli e ha aumentato l'adesione. Lo svolgimento dell'esame in luogo conosciuto e facilmente raggiungibile ha facilitato a persone con limitazioni negli spostamenti l'esecuzione dello screening;

questo è importante maggiormente per zone rurali dove l'ambulatorio del medico di famiglia è il punto sanitario di più rapido accesso.

Infine è da considerare come l'utilizzo dell'ecografia in medicina generale possa essere non solo di supporto alla diagnosi (ecografia office) ma strumento attivo di screening, accessibile anche a chi ha formazione base in ultrasonografia; i grossi vasi addominali infatti sono ben visualizzabili con questa tecnica, che con un piccolo training può divenire alla portata di molti. In un'organizzazione di lavoro come quella attuale (medicina di gruppo, Aggregazioni Funzionali Territoriali) sarebbero sufficienti pochi medici formati per sottoporre a screening la popolazione target di tutto il gruppo, ed estendere la valutazione ad un ampio numero di partecipanti.

Conclusioni

Lo screening per aneurisma dell'aorta addominale è un'indagine utile per ridurre la mortalità specifica di que-

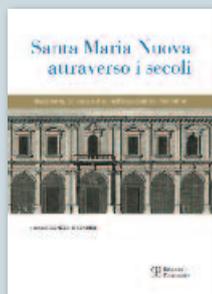
sta patologia. Lo svolgimento dell'indagine all'interno della medicina generale potrebbe favorire l'adesione dei partecipanti, in quanto proposto da persona conosciuta e di fiducia, e svolto in un ambiente noto e confortevole per il paziente. Inoltre la relativa facilità di esecuzione dell'esame e la diffusione sempre più capillare dell'ecografia rendono la medicina generale un ambiente idoneo allo svolgimento di massa di questo screening.

@ silvestri-federica@libero.it

Note

¹The Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men: a randomised controlled trial, *Ashton HA et al, Lancet. 2002 Nov 16;360(9345):1531-9*; Screening for abdominal aortic aneurysms: single centre randomised controlled trial, *LINDHOLT JS et al, BMJ. 2005 Apr*; Influence of screening on the incidence of ruptured abdominal aortic aneurysm: 5-year results of a randomized controlled study, *SCOTTRA et al, BR J SURG. 1995 Aug*.

LETTI PER VOI



Santa Maria Nuova attraverso i secoli Assistenza, Scienza e Arte nell'ospedale dei fiorentini a cura di GIANCARLO LANDINI 2017 - Edizioni Polistampa



La Fondazione di Santa Maria Nuova, una Onlus da poco nata ma già benemerita per quanto ha fatto per la conservazione del patrimonio dell'arcispedale, ha pubblicato per le Edizioni Polistampa un corposo volume, "Santa Maria Nuova attraverso i secoli", scritto a molte mani e curato da Giancarlo Landini. Sull'ospedale dei fiorentini vi è già un'importante bibliografia, che ne percorre gli oltre sette secoli di storia e ne descrive i successi sanitari e il ruolo che ha avuto nello sviluppo della Medicina non solo toscana ma anche europea. Tuttavia era necessario questo libro, che illumina questo importante storico edificio dal punto di vista dell'architettura, dell'organizzazione sanitaria, della biblioteca e, più che altro, collega questo racconto alla storia della scuola medica chirurgica fiorentina e all'evoluzione dell'assistenza ai malati. Il testo è completato da due articoli che tratteggiano la biografia dei protagonisti medici e chirurghi di questa secolare vicenda. Completa il libro una appendice storica di grande interesse.

Nel complesso, la completezza scientifica degli articoli e la ricchezza iconografica ne fanno un testo di piacevole lettura non solo per i medici ma per tutti i fiorentini, nonché una proposta di studio nel quadro della visione storiografica dell'evoluzione del ruolo degli ospedali, dall'Europa alto-medievale ai moderni nosocomi. Se qualcuno vuol provare tangibilmente il senso culturale ed etico della storia della medicina fiorentina deve passeggiare dentro Santa Maria Nuova. Superata la splendida piazza con la facciata del Buontalenti si percepisce quasi fisicamente la presenza delle nostre antiche radici valoriali ed artistiche che, senza soluzione di continuità, sfociano nelle più moderne tecnologie e nei più accreditati percorsi diagnostici ed assistenziali per i pazienti. Ancora dopo tanti anni il complesso ambulatoriale e di ricovero di Santa Maria Nuova, a pochi metri dalla Cattedrale e dal Palazzo della Signoria, ci racconta la cultura fiorentina attraverso i secoli.

Antonio Panti

Monitoraggio del paziente in TAO: modelli di gestione, criticità ed esperienze a confronto in medicina generale

di Giulia Rosi



GIULIA ROSI, laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Siena nel 2012, con votazione di 110/110 e Lode; Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, regione Toscana, sede Siena, triennio 2013-16; diploma in data 20/12/2016. Iscrizione presso l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Grosseto.

Le criticità della TAO e la presenza di device portatili affidabili per la determinazione del PT (Coagu-Check), portano alla nascita in Amiata-Val d'Orcia e Val d'Elsa del "Progetto Monitoraggio TAO" a totale carico del medico di medicina generale. Il progetto unisce semplificazione degli accessi, accuratezza del monitoraggio e contenimento della spesa, accrescendo la compliance e la presa in carico di paziente e budget.

Parole chiave:
coagulometro, monitoraggio TAO, accessibilità, decentralizzazione, compliance



Circa il 2% della popolazione effettua terapia anticoagulante per patologie che correlano con la trombosi, tra cui prevenzione e trattamento del tromboembolismo venoso ed embolizzazione sistemica o stroke in pazienti con fibrillazione atriale o con protesi valvolari cardiache meccaniche.

Nonostante il continuo aumento di pazienti in trattamento con i nuovi anti-coagulanti, una gran parte degli scoagulati continua ad assumere dicumarolici.

Peculiarità come necessità di frequenti monitoraggi e aggiustamenti di dose e difficoltà nell'accesso ai laboratori analisi, rendono la TAO una terapia impegnativa; la mancata contemporaneità tra momento del prelievo ed eventuale adeguamento posologico contribuisce ad accrescere le difficoltà di compliance del paziente. La conseguenza è una terapia spesso non correttamente eseguita. I livelli d'intervento del medico di medicina generale nella gestione della TAO sono molteplici, da attività di supporto ai Centri ospedalieri fino alla possibilità di gestione in toto. Qualunque sia il modello adottato, è noto che un corretto monitoraggio della terapia anticoagulante orale consenta una netta riduzione degli episodi tromboembolici, con conseguenti ricadute positive sulle condizioni di vita dei pazienti e sui costi socio-sanitari. La gestione integrata si rende possibile laddove l'accesso al Centro sia praticabile da parte del paziente; va da sé che i medici di medicina generale, che operano in territori isolati o lontani da Centri di riferimento abbiano la tendenza a gestire i pazienti scoagulati con maggiore autonomia.

Le molteplici criticità della terapia anticoagulante orale (monitoraggio frequente, difficoltà nell'accesso ai labora-

tori, sfasamento tra tempo del prelievo ed adeguamento posologico, criticità legate alle terapie con NAO come necessità di piano terapeutico, costi maggiori, incertezza della corretta posologia), unite al costante aumento dei soggetti scoagulati, specie a lungo termine, e alla presenza in commercio di device portatili per la determinazione del PT-INR (Coagu-Check) a elevata affidabilità, hanno determinato il successo del "Progetto Monitoraggio TAO" nato da un gruppo di medici delle aree Amiata-Val d'Orcia e Val d'Elsa, tramite la stipula di un accordo-contratto tra l'ex ASL7 Siena e la Coop "Medici 2000".

Il progetto prevede il monitoraggio a totale carico del medico di medicina generale attraverso l'uso del coagulometro, su sangue intero capillare tramite puntura del polpastrello, presso l'ambulatorio o al domicilio del paziente non deambulante; programma posologico e fissazione del nuovo controllo sono stabiliti al momento della determinazione, con consegna del diario terapeutico.

Tra gli obiettivi dichiarati l'identificazione dei pazienti da reclutare a TAO (con priorità per i non trasportabili) ed il miglioramento del monitoraggio degli assistiti già in terapia; il decongestionamento dei laboratori analisi; la semplificazione degli accessi da parte del paziente e la riduzione dei trasporti assistiti a carico del SSN; il controllo della spesa per terapie mediche alternative alla TAO.

L'invio a cadenza trimestrale dell'elenco delle prestazioni effettuate da ciascun medico e la predisposizione di un resoconto annuale dell'attività svol-

ta, con segnalazione del numero di eventi avversi (trombotici ed emorragici), garantiscono continuità ed affidabilità del monitoraggio. La crescita negli anni (2010-2015) dei medici di medicina generale aderenti (da 36 a 44) e di conseguenza dei pazienti scoagulati in carico alla Medicina Generale (da 567 a 847: dall'1.3% all'1.5% degli assistiti), conferma la validità del progetto.

L'uso del coagulometro assicura infatti una serie di vantaggi: minor numero di passaggi, quindi maggior sicurezza del dato; snellezza delle procedure e chiarezza per il paziente, che vede implicato un solo operatore; ampia disponibilità ed elasticità degli orari dei prelievi; prossimità dei controlli (ambulatorio/domicilio); contenimento della spesa sanitaria e sociale. Il progetto assume perciò la logica della presa in carico del paziente e del budget. Inoltre il controllo di qualità periodico permette di monitorare l'accuratezza terapeutica e la compliance, e verificare il funzionamento del Coagu-Check.

Altro strumento a disposizione dei medici di medicina generale per il monitoraggio della terapia è l'uso di software computerizzati per il calcolo dose e del TTR (tempo a range terapeutico), permettendo maggiore precisione e sicurezza del monitoraggio, rispetto ad una gestione puramente empirica. Inoltre la possibilità di acquisizione degli esami laboratoristici (tra cui i valori del PT) dal laboratorio centralizzato direttamente al proprio PC, consente di avere a disposizione un archivio completo e consultabile nel tempo; annullare lo sfasamento tra prelievo ed adeguamento posologico; eliminare passaggi intermedi (spesso telefonici), riducendo il rischio di errore nella comunicazione dei risultati.

Attraverso il progetto si è incrementata la decentralizzazione della gestione del paziente dal *setting* ospedaliero a quello territoriale, promuovendo l'accessibilità alle cure ad un maggior numero di assistiti (soprattutto residenti in zone isolate e distanti dai centri osped-

dalieri), migliorandone la qualità di vita, pur mantenendo allo stesso tempo l'efficacia terapeutica.

Il trattamento anticoagulante orale è ancora oggi largamente sottoutilizzato (da stime internazionali si calcola che solo il 10% dei soggetti con patologia indicata effettui la TAO, il 90% degli aventi indicazione non riceve terapia o assume farmaci con minore efficacia). Visti i dati di efficienza, efficacia ed appropriatezza della spesa sanitaria e sociale di un trattamento dove permangono le difficoltà logistiche di controllo e monitoraggio, la medicina generale si dimostra il soggetto ottimale per il controllo capillare della terapia. La presenza di criticità come la necessità di supporto per casi complessi (comorbidità, procedure interventistiche) indicano comunque l'importanza di riferimenti di secondo livello e percorsi "ospedale-territorio" ben definiti e condivisi.

@ giuliarosi@live.it

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE



ORDINE DEI
MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

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

Orario di apertura al pubblico:

mattina: dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 11,00 - pomeriggio: lunedì e mercoledì dalle ore 15,30 alle ore 17,30

Rilascio certificati di iscrizione:

uffici: in orario di apertura al pubblico - internet: sul sito dell'Ordine - 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 pomeriggio su appuntamento

Consulenze e informazioni:

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

Newsletter: 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

I giovani, invecchiano anche loro

di Antonio Panti

Il solco tra generazioni è sempre stato profondo, anche se quelle successive hanno finito per ricomporre il mondo con gli stessi pezzi sia pur in ordine diverso. Però questo solco oggi sembra più grande anche tra le generazioni dei medici, per le quali possiamo seguire la stessa classificazione sociologica generale in uso. Vi sono ancora pochi “veterani”, nati prima della guerra, col loro forte senso di gerarchia e la loro solida etica del lavoro. Ma il divario tra i padri, i “baby boomers”, nati dopo la guerra fino agli anni Sessanta, e i cosiddetti “millennials”, nati dopo l’Ottanta e che ora rappresentano i giovani medici, da quelli neolaureati fino ai quarantenni, è certamente assai vistoso. Colpa della tecnica che ha cambiato il mondo e segnato il passaggio da una generazione competitiva, consumista, ma ancora legata all’etica del lavoro a una generazione – i suddetti “millennials” – che vive online, in cui prevale il realismo e l’individualismo teso al successo. Tutto ciò si innesta, nella nostra professione, sia nella dominanza tecnologica sulla medicina che nelle estreme difficoltà di progressione in carriera, tipiche del nostro paese. Più che esserci un solco, sembra che l’incomprensione regni sovrana tra generazioni. Infine se qualche potere è ancora nelle mani dei “veterani”, esiste una generazione intermedia, dei nati tra il ’65 e il ’79, schiacciata tra le altre, scettica, sfiduciata, che l’inopinato allungamento della vita e dell’età pensionabile ha spiazzato.

Il mondo sembra caotico e forse lo è davvero, ma un filo logico ci deve pur essere. I giovani invecchiano anche loro e l’alterna onnipotenza dell’umane sorti farà sì che anch’essi “andranno a comandare”, e ciò accadrà quando la figura del padre, colui che definisce la legge, sarà ormai resa del tutto evanescente in un mondo dove il principio di gerarchia e il ruolo dell’esperto saranno sempre più in crisi. Altresì l’eredità che ricevono dai padri, sia della medicina in perenne, clamorosa evoluzione, sia della sanità, in affanno di fronte ai bisogni della gente, è un lascito pesante e difficile da gestire. Anzi che può del tutto cambiare, eventualità alla quale gli eredi sono impreparati. C’è un detto di Goethe: “ciò che hai ereditato dai padri, riconquistalo se vuoi possederlo davvero”. Un detto incredibilmente attuale. In sintesi il patrimonio che i giovani colleghi ereditano è molto vasto e complesso. Una sorta di eredità fluida che continuamente si accresce, quasi senza l’intervento dei medici. E continuamente muta e non ha confini ben definiti. Cosa si chiederà al medico domani?

Tuttavia vi è un filo logico di valori che non possono non sopravvivere. Finché l’uomo vorrà interporvi nel decorso naturale di quel fenomeno biologico che è la malattia avrà bisogno di un medico. L’eredità, insomma, esiste ma non è più possibile riceverla passivamente. Ecco, penso, la rabbia e la frustrazione dei



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

giovani che non sanno come conquistare e mantenere il patrimonio professionale che viene loro quasi forzatamente trasmesso. Se questo ragionamento è giusto i giovani non debbono essere cooptati o, come si dice oggi, selezionati top down. Essi debbono porsi il problema di riconquistare la medicina e la sanità adattandole alle esigenze di ora ma ricostruite sulle fondamenta di allora.

Le nostre generazioni hanno inventato un complesso sistema che tuttora regge ma che sta per essere travolto dal predominio della tecnica sulla relazione umana e dell’economia sull’equità. Spetta ai giovani ritrovare il filo dei valori riconquistando appieno l’indipendenza della professione medica: invertire la deriva della sanità cui conduce la mercificazione del libero mercato unita all’innovazione tecnologica trasformata in illusione e feticcio. Invertire questa deriva significa riconquistare la professione dei padri.



I marcatori di stress occupazionale (MOS): dalla paleopatologia alla moderna medicina del lavoro

di Mario Migliolo



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

Per lo studio degli stili di vita di una popolazione del passato si adottano metodi di ricerca di marcatori di stress su reperti scheletrici rinvenuti. Questi marcatori rappresentano, in ambito diverso ed appartenente alla medicina del lavoro, i danni da esposizione a rischio biomeccanico professionale.

Parole chiave:

paleopatologia, medicina del lavoro, marcatori scheletrici di stress, malattie professionali da sovraccarico biomeccanico, ricostruzione del nesso causale

La Paleopatologia è la disciplina che contribuisce alla ricostruzione dello stato di salute e dello stile di vita delle popolazioni antiche (finalità *medico-scientifica* e *socio-antropologica*).

I marcatori di stress occupazionale: cenni storici

L'interesse per gli effetti delle attività lavorative sull'organismo compare già nella letteratura del 1500: Georgius Agricola (1494-1555), nel suo trattato *De Re Metallica* fece menzione dei disturbi dei minatori in Boemia e Paracelsus (1493-1541) e pubblicò studi sui disturbi respiratori dei minatori.

Il primo lavoro sistematico di medicina del lavoro risale tuttavia al 1700, con l'opera *De Morbis Artificum Diatriba* dell'italiano Bernardino Ramazzini (1633-1714), considerato padre della medicina industriale.

Sulle sue orme Charles Turner Thackrah (1795-1833), un medico addetto all'assistenza degli operai di una fabbrica tessile di Londra, pubblicò il trattato *The Effects of the Principal Arts, Trades, and Professions, and of Civic States and habits of Living, on Health and Longevity*, nel quale attribuiva patologie della colonna vertebrale, come la scoliosi e la bursite del-

l'ischio, al fatto di stare per lungo tempo seduti al telaio.

Marcatori degenerativi di stress funzionale: l'artrosi

Tra i fattori eziologici più importanti dell'artrosi primaria (o idiopatica) vi è il carico biomeccanico dovuto ai movimenti del corpo e di sue parti, in particolare a quelli legati all'attività fisica e lavorativa. Per tale motivo l'artrosi è stata utilizzata come indicatore di stress occupazionale nella ricostruzione delle attività delle popolazioni antiche. La ripetizione cronica di determinati movimenti durante lo svolgimento delle abituali attività fisiche e lavorative, così come il mantenimento per periodi prolungati di particolari posture, possono sottoporre le articolazioni ad un carico talmente elevato da causare microtraumi articolari, degenerazione e progressiva distruzione di cartilagini e osso subcondrale, lasciando segni anche piuttosto evidenti: l'artrosi sarebbe quindi il risultato di uno squilibrio fisiologico tra lo stress meccanico che agisce sul tessuto articolare e la capacità del tessuto articolare stesso di sopportare tale stress

(*ipotesi dello stress*). Pioniere dello studio dell'artrosi quale indicatore di stress funzionale fu J. Lawrence Angel; egli conì il termine "*atlatl elbow*" per descrivere una serie di modificazioni caratteristiche dell'articolazione del gomito in popolazioni primitive della California, ricollegandole alla macinazione manuale di cereali e sementi.

Marcatori morfologici di stress funzionale: *enthesial changes*

L'azione muscolare imprime delle forze sullo scheletro in corrispondenza dei siti di inserzione di muscoli, tendini e legamenti (entesi) che, ripetute nel tempo, possono creare sollecitazioni e microtraumi in grado di lasciare un segno sull'osso, definito "*enthesial change*".

Alla base degli *enthesial changes* la legge della trasformazione di Wolff (1892): il rimodellamento avrebbe luogo nelle aree sub-condrali ben vascolarizzate per resistere allo stress meccanico applicato; la formazione di spicole ossee ed esostosi di vario tipo corrisponde ad una espansione della superficie ossea e riduce la quantità di forza applicata per unità di superficie.

La tensione stimola l'osteogenesi dando così origine alla formazione di aree rilevate d'inserzione muscolare costituite da fibre di Sharpey successivamente rivestite da sostanza ossea, dando così origine a creste, spicole e tuberosità riscontrabili sui resti scheletrici. La pressione muscolare può d'altro canto risultare anche in riassorbimento osseo, con formazione di solchi sulla superficie: si tratta in realtà di riassorbimento associato a rideposizione di massa ossea sul lato endostale dell'osso.

Ogni movimento, anche il più semplice, richiede l'intervento contemporaneo e coordinato di più muscoli (agonisti, antagonisti, stabilizzatori dell'articolazione), complessi funzionali, risultando in grado di lasciare più tracce sullo scheletro, e ogni traccia può essere ricollegata a diversi movimenti. Per la ricostruzione delle attività del passato non viene dunque analizzata la singola entesi di un determinato muscolo, ma va tenuto in considerazione l'intero *pattern* di marcatori presenti in un determinato complesso funzionale. Solo in questo modo è infatti pos-

sibile identificare il movimento compiuto, e, sulla base della ricostruzione dell'intero pattern di movimenti cronicamente ripetuti, indagare sull'attività svolta in vita.

Marcatori metrici di stress funzionale

Il livello di attività fisica e lavorativa raggiunto da un individuo in vita comporta modificazioni non solo da rimodellamento morfologico, ma anche di tipo metrico, ovvero nelle misure e nelle dimensioni delle ossa. Come visto, con la Legge di Wolff "data la forma di un osso, si ha rimodellamento dello stesso in relazione alla pressione funzionale, con aumento o diminuzione della massa e con orientamento e disposizione delle strutture ossee (osteoni, trabecole) nella direzione delle linee di forza impresse".

Il modellamento aumenta la resistenza dell'osso alle forze di compressione assiale e tensione (aumentando lo spessore della corticale e quindi lo spessore trasversale), alle forze di flessione e torsione (aumentando il momento polare dell'osso – *second moment of area*, SMA o parametro *J*), ovvero stimolando la produzione di massa ossea in direzione radiale rispetto alla metà della diafisi (quindi in zona sub-periostale sulla corticale, e il più radialmente e lontano possibile rispetto al punto in cui è esercitata la forza).

Le Malattie professionali muscolo-scheletriche

Nel 2015 sono state presentate circa 59.000 richieste di riconoscimento di malattia professionale, con un aumento del 2,7% rispetto al 2014 e del 24% rispetto al 2011, e, in particolare, il 63% delle denunce riguarda malattie osteo-articolari e muscolo scheletriche.

Caratteristica di queste patologie, definite "lavoro-correlate" è l'averne un'origine multifattoriale: fattori endogeni o individuali (sesso, età, peso, struttura antropometrica, storia clinica, condizioni psicologiche, attività sportive e stile di vita) e fattori esogeni o lavorativi (movimenti ripetitivi, alta frequenza, posture scomode, durata dei cicli lavorativi, tempi di recupero insufficienti, vibrazioni, basse temperature).

In letteratura il sovraccarico biomeccanico viene descritto come "la ri-

petuta sollecitazione meccanica di strutture tissutali superiore a livelli critici" tale da causare alterazioni degenerative talora specifiche (tendiniti, sindrome del tunnel carpale).

I distretti più colpiti sono l'arto superiore (mano, gomito, spalla), colonna lombo-sacrale, collo; ma possono essere coinvolti anche l'arto inferiore e il rachide dorsale.

Nella letteratura internazionale molti acronimi sono utilizzati (WRULD, CTD, RSI, OCD, OOS) ma il termine più appropriato è WMSDs (Work Related Musculoskeletal Disorders) in quanto avvalorata una causa lavorativa nella loro genesi. Tutti i fattori, lavorativi e non, interagiscono tra loro a cascata alterando l'equilibrio muscolo-scheletrico.

Criticità nell'attribuzione della relazione causa-effetto nel riconoscimento dell'origine professionale della malattia in Medicina del Lavoro e nello studio dei Marcatori di Stress Occupazionale in Paleopatologia

Si elencano cinque criteri utili a definire la relazione causa-effetto, rammentando che, con l'eccezione del criterio temporale, nessuno di questi criteri è necessario o sufficiente per determinare la causalità: l'assenza di qualsiasi criterio, diverso da quello temporale, non necessariamente invalida l'ipotesi causale, mentre la sua presenza non prova la causalità, ma ne rafforza l'ipotesi.

I cinque criteri epidemiologici sono, quindi:

- *sequenza temporale*: l'esposizione al fattore di rischio precede la manifestazione del danno;
- *forza dell'associazione*: maggiore è la associazione tra fattori di rischio e danno, meno probabile è la presenza di fattori di confondimento;
- *plausibilità biologica*: la conoscenza di un già noto o comunque ragionevole meccanismo di sviluppo del danno;
- *coerenza con altre ricerche*: risultati simili frutto di studi indipendenti, soprattutto se vengono utilizzate tecniche di misura diverse;
- *relazione dose-risposta* (gradiente biologico): all'aumentare del livello di esposizione deve corrispondere un aumento del danno. Va tuttavia sottoli-

neato che una relazione causale può essere presente ma venire nascosta da una relazione dose-risposta non lineare, o che una relazione dose-risposta presente può anche essere dovuta ad un fattore di confondimento con un proprio gradiente biologico.

Un sesto criterio, la specificità dell'associazione, è spesso aggiunto ai precedenti cinque. Il criterio si riferisce alla comparsa di un ben preciso danno sempre associato ad un ben preciso fattore di rischio. Tuttavia, a causa dell'eziologia multifattoriale delle patolo-

gie muscolo-scheletriche dell'arto superiore, la specificità dell'associazione è molto bassa per i fattori di rischio e lo sviluppo di malattie muscoloscheletriche (un fattore di rischio specifico può essere associato a diverse patologie dell'arto superiore).

Sin dalla prima pubblicazione (Kennedy, 1989), la letteratura scientifica ha mostrato entusiasmo circa le potenzialità dell'utilizzo dei MOS nel ricavare informazioni in merito alle attività fisiche svolte dalle popolazioni ed eventuali suddivisioni del lavoro all'interno

del gruppo su base sessuale e/o sociale, pur suggerendo cautela nell'attribuzione di determinate evidenze scheletriche a particolari tipi di attività, sia per le difficoltà tecniche nel disporre di scheletri completi e in buono stato di conservazione, sia per la grande variabilità umana individuale, risultando che vari tipi di attività possono dar esiti analoghi sullo scheletro e, viceversa, lo stesso tipo di attività può dare esiti diversi in individui diversi.

@ m.migliolo@mail.it

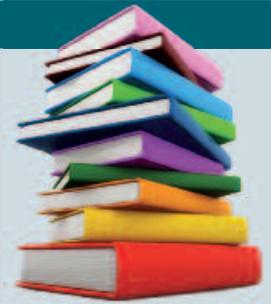
LETTI PER VOI



Mammografia

Emozioni, evidenze e controversie scientifiche nella diagnosi precoce del tumore al seno

EUGENIO PACI
Il Pensiero Scientifico Editore



LA DISPUTA SULLA MAMMOGRAFIA

Finalmente abbiamo letto un libro di metodologia veramente moderno e, nella sua semplicità di scrittura, tale da render chiari a chiunque i complessi e sofisticati problemi legati al rapporto tra evidenze cliniche e modelli biostatistici. Eugenio Paci ha pubblicato per il Pensiero Scientifico un breve testo "Mammografia, emozioni, evidenze e controversie scientifiche nella diagnosi precoce del tumore del seno", che raccoglie e sintetizza un dibattito pluridecennale al quale l'autore stesso ha partecipato con un ruolo epidemiologico importante. Cominciando dal fondo, la conclusione rasserenante è che l'investimento in screening mammografico, secondo le modalità in uso in Italia e nella maggior parte dell'Europa, ha sicuramente un valore clinico positivo e risponde ai criteri di sostenibilità del servizio sanitario pubblico. Depurando la casistica dalla sovra-diagnosi e dai problemi dei falsi negativi, il numero delle vite salvate rappresenta un fatto statistico incontrovertibile. Infatti il dato fondamentale non è tanto l'allungamento della vita media, che può essere posto in relazione anche con l'anticipazione diagnostica, quanto la percentuale di sopravvivenza e quindi la diminuzione della mortalità da tumore del seno.

Paci affronta il problema con grande trasparenza nella sua realtà scientifica: per una valutazione oggettiva dei risultati occorre trovare il filo logico di fronte a sistemi assai poco comparabili (pensiamo agli Stati Uniti dove lo screening è praticamente volontario) o ai trials condotti con metodiche diverse, la cui meta-analisi è particolarmente complessa. Ciò di cui rende conto questo ottimo testo è la difficoltà di astrarre una valutazione della casistica scientifica, e quindi numerica, che sia in qualche modo comprensiva della complessità di tutto ciò che emotivamente si muove intorno alla parola cancro e all'interesse generale della politica, costretta tra risultati e costi; senza ignorare il pesante condizionamento del dibattito da parte dei mass media, portati ad enfatizzare i dati, positivi o negativi che siano. Paci racconta tutto questo e ne trae conclusioni convincenti anche sul piano antropologico. Ma il problema fondamentale resta quello della difficoltà di comunicare correttamente col paziente in modo da porlo nella condizione di scegliere. Insomma la costruzione epidemiologica-statistica, che interessa gli scienziati e, per altri versi, i politici, non può essere astrattamente riferita anche al vissuto individuale del singolo, né al momento della diagnosi né dopo. Da un lato una società in continua evoluzione rende impossibile l'esistenza di mondi separati fra la scienza e la società, dall'altro la comunità chiede sempre di più di essere coinvolta. Ma ciascuna donna si ritrova col suo personale problema e col suo vissuto individuale, il che porta ad un quesito di grande attualità: preferiamo un'autodeterminazione assoluta con tutti i rischi per la salute collettiva in tempi di *fake news* o una sorta di "paternalismo libertario" che sappia far convivere il diritto dell'individuo con l'interesse della comunità ad anticipare le diagnosi per evitare sofferenze umane e costi sociali? Questo è un libro che dovrebbe essere letto e meditato perché mostra in maniera chiara ed accessibile i dilemmi in cui si dibatte la medicina moderna e tenta almeno di aumentare la consapevolezza di tutti della crisi che viviamo e di individuare qualche via d'uscita.

Antonio Panti

Diagnosi di mutilazioni genitali femminili: percorsi e strumenti

di Lucrezia Catania, Omar Abdulcadir, Jasmine Abdulcadir

Il nuovo strumento diagnostico e didattico “Female Genital Mutilation: A visual reference and learning tool for health care professionals” può affiancare in modo concreto gli operatori della salute nella gestione autonoma di paziente con mutilazioni genitali femminili (MGF), nella corretta comunicazione, nella segnalazione alle autorità, nella compilazione di certificati e cartelle cliniche, nella formazione del personale e nelle ricerche epidemiologiche sulle MGF.

Parole chiave:
mutilazioni genitali femminili,
classificazione MGF,
diagnosi di MGF,
complicanze MGF,
centro di riferimento regionale MGF

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce Mutilazioni dei Genitali Femminili tutte quelle procedure che provocano la rimozione totale o parziale dei genitali esterni femminili e qualsiasi lesione prodotta su di essi per motivi non terapeutici.

Queste pratiche si ritrovano in percentuali diverse in 30 paesi dell'Africa, in alcuni dell'Asia e del Medio Oriente (Yemen, Iraq, Kurdistan, Indonesia e Malesia dove la prevalenza riguarda solo specifiche aree regionali). Alcune forme di MGF sono state ritrovate in specifici gruppi etnici nel Sud America e, negli ultimi decenni, a causa della crescente immigrazione dai paesi a rischio, anche nei paesi occidentali e nei paesi ad alto reddito è cresciuta in modo esponenziale la presenza di donne e bambine affette da MGF o a rischio di essere mutilate.

L'Unicef nell'ultimo rapporto pubblicato ad aprile 2016 parla di oltre 200 milioni di ragazze e donne che vivono nel mondo con le conseguenze negative delle MGF, e afferma che ogni anno circa 3 milioni di bambine corrono il rischio di essere mutilate.

Si stima che nella UE siano circa 500.000 le donne con MGF e 180.000 quelle a rischio.

In Italia secondo i dati Istat (2015) le donne provenienti dai paesi a tradizione escissoria sono il 6,1% del totale delle donne straniere regolarmente residenti. Di queste il 35,5% sono nigeriane, il 32,5% sono egiziane, il 5,5% etiopi, il 4,9% eritree, il 4% somale e il resto viene da Gambia, Sudan, Guinea, Senegal, Mali. Non sono conteggiate le donne ormai cittadine italiane ed è molto difficile valutare quante sono quelle irregolari che hanno lo stesso problema.



LUCREZIA CATANIA, specializzata in Ginecologia e Ostetricia 1986, perfezionamento Sessuologia Clinica Università di Pisa 1998 e Firenze 2003. Docente con incarico Master di Medicina Tropicale e Cooperazione Sanitaria, Scienze Ostetriche, Università di Firenze, nei corsi di formazione Centro di Salute Globale Firenze, e on line ag. Formas.

OMAR ABDULCADIR, Direttore Centro di Riferimento Regionale Prevenzione e Cura Complicanze MGF, Careggi Firenze.

JASMINE ABDULCADIR, Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia Ospedale Universitario, Ginevra, Facoltà di Medicina Università di Ginevra.

Gli operatori della salute si trovano quindi ad affrontare bisogni specifici a cui spesso non sanno dare una risposta corretta. Non conoscono i differenti tipi di mutilazioni genitali né le reali conseguenze da esse provocate perché non sono adeguatamente formati nella diagnosi e nel trattamento. Da uno studio svizzero emerge chiaramente che l'errata o mancata diagnosi si traduce in un errato o mancato trattamento con un danno alla salute e al benessere psicofisico della paziente che si potrebbe evitare.

Pediatrati, ginecologi, dermatologi, urologi dovrebbero essere in grado di identificare ogni forma di MGF per offrire trattamenti medici e chirurgici appropriati oltre che tutelare le bambine a rischio. Una formazione adeguata consente anche una migliore capacità comunicativa che ha come ricaduta una più efficace prevenzione della pratica nelle giovani generazioni. Inoltre un operatore sanitario formato in modo adeguato non corre il rischio di fare diagnosi e segnalazione di mutilazione dove mutilazione non c'è, con conseguenze spiacevoli sia sociali che legali per la bambina e la sua famiglia che può ritrovarsi inquisita ingiustamente. (Legge n° 7 del 9 gennaio 2006 “Disposizioni concernenti la prevenzione e il di-

Tipo I:	Rimozione parziale o totale della clitoride* e/o del prepuzio (clitoridectomia).
Tipo Ia:	Rimozione del solo prepuzio.
Tipo Ib:	Rimozione della clitoride* e del prepuzio.
Tipo II:	Rimozione parziale o totale della clitoride* e delle piccole labbra con o senza la rimozione delle grandi labbra (escissione).
Tipo IIa:	Rimozione solo delle piccole labbra.
Tipo IIb:	Rimozione parziale o totale della clitoride* e delle piccole labbra.
Tipo IIc:	Rimozione parziale o totale della clitoride*, delle piccole e delle grandi labbra.
Tipo III:	Restringimento dell'orificio vaginale con la creazione di una sigillatura che ricopre il vestibolo vulvare attraverso il taglio e la successiva giustapposizione e cucitura delle piccole e/o delle grandi labbra, con o senza l'escissione della clitoride (infibulazione).
Tipo IIIa:	Rimozione e successiva apposizione con cucitura delle piccole labbra.
Tipo IIIb:	Rimozione e successiva apposizione con cucitura delle grandi labbra.
Tipo IV:	Non classificato. Tutte le procedure dannose sui genitali femminili per ragioni non mediche (punture, piercing, incisure, scarificazioni e cauterizzazioni).

Tabella 1 - Classificazione delle MGF secondo la World Health Organization (WHO 2007).

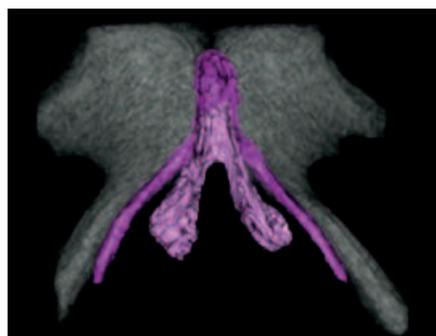


Figura 1 - Ricostruzione tridimensionale di immagine alla RM di clitoride in donna con MGF tipo I (crura e bulbi intatti). J Sex Med 2016;13:226e237 www.jsm.jsexmed.org

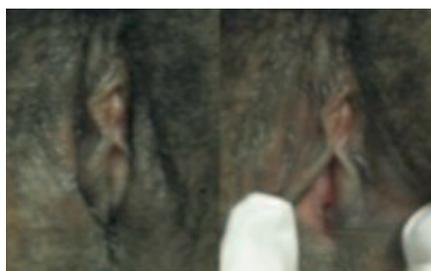


Figura 2 - MGF tipo Ia: Rimozione del prepuzio clitorideo (simile alla circoncisione maschile). Foto concessa da Jasmine Abdulcadir.



Figura 3 - MGF tipo IIc: Rimozione parziale o totale di clitoride, piccole e grandi labbra. Foto concessa da Jasmine Abdulcadir.



Figura 4 - MGF tipo IIIb: Rimozione e successiva apposizione con cucitura delle grandi labbra senza asportazione della clitoride. Foto concessa da Jasmine Abdulcadir.

vieta delle pratiche di mutilazione genitale femminile”)

La classificazione ufficiale comprende 4 tipi diversi di MGF. Ognuno è suddiviso in sottotipi. (Tabella 1)

* *Escissione del clitoride* va intesa come escissione solo della parte visibile dell'organo (glande o glande e parte del corpo clitorideo). L'intero corpo o parte di esso con le crura e i bulbi vestibolari rimangono intatti nella loro sede anatomica. Questa precisazione è fondamentale per una corretta educazione sessuale e per un appropriato trattamento delle disfunzioni sessuali. Figure 1, 2, 3, 4.

Il 6 febbraio 2017 in occasione della giornata mondiale contro le MGF il Centro di Riferimento Regionale per la cura e la prevenzione delle MGF di Careggi ha presentato il nuovo strumento diagnostico e didattico basato sulla classificazione WHO (*Female Genital Mutilation: A visual reference and learning tool for health care professionals*). Questo atlante è nato dalla collaborazione tra il CRR-MGF, l'ospedale universitario di ginecologia e ostetricia di Ginevra e l'Organizzazione mondiale della Sanità ed è stato pensato per affiancare in modo concreto il professionista nella pratica clinica e nella gestione au-

tonoma di una paziente con MGF in tutti i casi in cui si deve poter comunicare, informare, educare una donna con MGF, quando si deve registrare o certificare un determinato tipo di MGF in cartella clinica o in certificati per richiedenti asilo e/o per segnalare alle autorità competenti (obbligatoria nelle minori) casi di MGF. Infine per essere usato in ricerche sulla prevalenza, tendenza e sulle complicanze dei singoli tipi e sottotipi presenti in un territorio o in una struttura. Questo strumento potrà essere consultato da un sanitario ogni volta che sarà insicuro sul tipo di mutilazione che ha di fronte, inoltre potrà

essere molto utile nella formazione, nell'insegnamento e nelle dispute legali.



Il video didattico è scaricabile gratuitamente da YouTube (<http://links.lww.com/AOG/A867>) ed è possibile accedere in modo rapido con lo scan del QR code attraverso lo smartphone.

L'atlante si avvale di disegni esplicativi delle corrispettive immagini reali dei vari tipi di MGF per cui finalmente sarà possibile condividere in modo preciso la descrizione dei differenti tipi di MGF con altri professionisti della salute. Inoltre riporta una serie di immagini delle complicanze più diffuse. (Figura 5)

Fino ad ora un sanitario che si fosse trovato di fronte alla necessità di riportare la descrizione di una MGF non aveva a disposizione validi strumenti. La stessa classificazione WHO era corredata solo da disegni schematici e non riportava in modo corretto che la rimozione clitoridea riguardava solo la piccolissima parte visibile dell'organo dando per scontato che fosse stato completamente eradicato. Da qui la convinzione generalizzata anche nel mondo sanitario che la funzione sessuale fosse stata completamente azzerata senza possibilità riabilitative.

Il prestigioso Atlante Netter's Obstetrics and Gynecology riporta una descrizione dell'infibulazione completamente sbagliata (considera il tipo IV come una forma grave di infibulazione).

L'Unicef ha poi stilato una sua classificazione che è basata sulla autosegnalazione da parte delle pazienti:

- Tipo I: subito taglio senza rimozione di tessuto.
- Tipo II: subito taglio con rimozione di tessuto.
- Tipo III: chiusura con cucitura.
- Tipo IV: non determinato/non sicuro/non conosciuto.

È evidente che questa classificazione non consente di fare una diagnosi anatomica e non dà alcuna possibilità di prevederle le complicanze specifiche e di avviare un trattamento adeguato. Evidenze mostrano una mancata corrispondenza tra quello che viene riportato dalle donne e il reale tipo di MGF su-

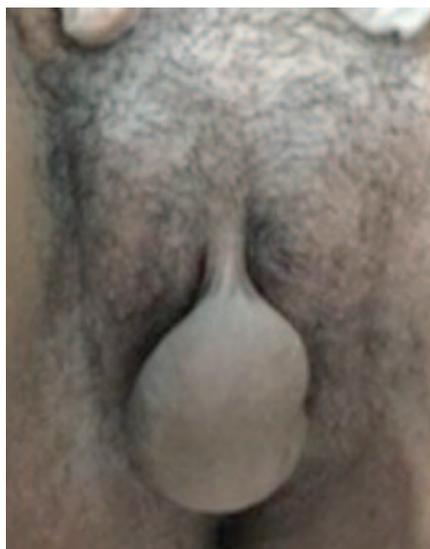


Figura 5 - Ciste epidermoide. Foto concessa da Jasmine Abdulcadir.

bita. Spesso le donne sono ignare se sono state circonciuse, o perché hanno rimosso, o perché troppo piccole al momento dell'operazione, o perché si vergognano di dirlo. Una diagnosi sbagliata o mancata è causa di colpevole errato trattamento.

La pubblicazione di questo atlante va a colmare una lacuna importante nella diagnosi, nella formazione, nella segnalazione e nella ricerca epidemiologica. Le mutilazioni dei genitali femminili sono in mezzo a noi non solo negli ambulatori con accesso alle pazienti che vengono dai paesi a rischio ma anche nelle bambine che frequentano le nostre scuole, le nostre famiglie (amichette dei nostri bambini, fidanzate dei nostri figli, badanti dei nostri vecchi, bambine che abbiamo adottato dai paesi interessati). Ogni sforzo deve essere condotto non solo nel prevenire ma anche nel curare e una cura giusta passa da una diagnosi giusta.

Accanto ad una conoscenza medica occorre avere anche una conoscenza antropologica e sociale delle culture in cui questa tradizione è radicata. Nessuna religione prescrive una mutilazione genitale femminile infatti donne mutilate appartengono a tutte le religioni (Cristiana, Ebraica, Islamica, Animista); spesso loro stesse credono erroneamente che sia una prescrizione religiosa per cui i loro leader hanno il dovere morale, civile e legale di dare le giuste informazioni. È l'etnia di appartenenza che man-

tiene tradizioni antiche e dannose per la salute della donna per motivi di accettazione sociale e di appartenenza culturale. Molti pregiudizi e credenze errate hanno contribuito a mantenere questa pratica, come la preparazione al matrimonio, l'eliminazione della parte maschile o impura dei genitali femminili, la tutela della verginità e il mantenimento della castità e, soprattutto, dell'identità culturale. I significati e le motivazioni sono diversi in ogni singolo gruppo etnico di ogni singolo paese interessato. Anche l'età in cui viene praticata la MGF varia: da pochi giorni dalla nascita ai 15 anni, di solito prima del menarca. In alcuni gruppi può essere eseguita subito prima del matrimonio o dopo aver partorito.

Importante ricordare che nei casi di partorienti infibulate che in sala parto chiedono di essere reinfibulate non possiamo farlo perché in Europa e in Italia è vietato e anche la WHO, il codice deontologico e la FIGO concordano.

Va detto che l'infibulazione rappresenta il 10-15% del totale dei casi di MGF nel mondo che è data soprattutto dai tipi I-II.

Le complicanze mediche riguardano per la maggior parte dei casi i tipi II e III.

Per la gestione delle complicanze (che qui non descriveremo) la WHO ha recentemente pubblicato delle linee guida ("WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation") per dare raccomandazioni basate su evidenze scientifiche e su pareri di esperti mondiali, tra cui anche il CRR. Tali raccomandazioni devono rappresentare la base per lo sviluppo di linee guida locali e nazionali sia nei programmi di promozione della salute che in quelli di formazione del personale.

Uno dei punti salienti è l'intervento di deinfibulazione che da anni viene eseguito a Careggi per aprire la cicatrice che ricopre l'ingresso vaginale, rendere visibile il meato urinario nascosto dalla cicatrice stessa e, nella deinfibulazione totale, rendere visibile anche il moncone clitorideo o la clitoride intatta. Questo intervento migliora il flusso urinario e mestruale, riduce la dismenorrea e cura la dispareunia, inoltre risolve i problemi di infezioni urinarie e vaginali, permette l'esecuzione degli esami strumentali transvaginali, le visite ginecolo-

giche e l'espletamento del parto per vie naturali. Prima dell'intervento è raccomandato un appropriato counseling e, dove necessario, un sostegno psico-sessuologico prima e dopo l'intervento. Infine, se ce n'è bisogno, sono raccoman-

dati cicli di rieducazione del pavimento pelvico.

Riguardo alla crescente domanda di ricostruzione clitoridea sia le linee guida della WHO che quelle del Royal College of Obstetrics and Gynaecologists

non raccomandano questo tipo di intervento per la mancanza di evidenze sulla reale efficacia e sulle potenziali complicanze.

✉ lucreziacatania@yahoo.it

LETTI PER VOI



IL DISTRETTO E I NUOVI LEA

Rosario Mete e Piero Salvadori
Società Editrice Universo

È un complesso e voluminoso lavoro quello che Rosario Mete e Piero Salvadori, il primo Direttore di distretto a Roma e il secondo Direttore della U.O. Territoriale a Firenze, ci presentano per le edizioni Società Editrice Universo. Una vera summa che affronta tutte le questioni aperte per la concreta attuazione dei livelli essenziali di assistenza nell'organizzazione distrettuale. Il principio è chiaro e condivisibile: di fronte ai presidi ospedalieri polifunzionali e complessi, tali da rispondere alle esigenze specialistiche di un territorio, deve costituirsi il distretto territoriale. Un vero e proprio presidio che risponde alle esigenze continuative di base della cittadinanza, in modo che tutti i LEA siano soddisfatti e il ricorso alla ospedalizzazione sia ridotto ai soli casi meritevoli per complessità clinica ed assistenziale. Per rendersi conto della difficoltà e della complessità dei problemi occorre leggere tutto il testo, dopodiché subentra anche un senso di soddisfazione per il nostro servizio sanitario. Infatti, nonostante il continuo e progressivo definanziamento, in realtà i risultati in termini di salute del nostro paese sono ottimi. Merito dei professionisti che vi operano e, quindi, anche della tenuta dell'assistenza territoriale, che è ancor più negletta dalla politica e tuttavia riesce a dare ancora un'assistenza concreta e percepita dai cittadini come soddisfacente.

È indubbio che Mete e Salvadori siano riusciti a fornire a chiunque sia interessato all'argomento uno stru-



mento fondamentale che andrebbe consigliato anche agli studenti di medicina e delle professioni sanitarie. Ormai nessun professionista può chiudersi nel fortino tecnologico della sofisticata medicina moderna, e non può esercitare al meglio se non comprende l'organizzazione in cui opera e non diviene in qualche modo esperto nella gestione. Anche perché il nostro servizio sanitario, come molte altre strutture pubbliche del paese, si è sempre più burocratizzato e risente di un predominio, quasi di un accanimento economico amministrativo. Il testo è diviso in due parti: una parte generale descrive i livelli essenziali di assistenza e riporta una breve cronistoria del Servizio Nazionale in modo da inquadrare assai bene il distretto quale organizzazione sanitaria territoriale che fa da contraltare a quella ospedaliera

specialistica. L'assistenza territoriale è prevalentemente assistenza primaria e si svolge modernamente per mezzo del cosiddetto modello di sanità organizzativa. Un breve capitolo è dedicato all'assistenza intermedia che è parte integrante del distretto. In questa sezione del libro si affrontano le questioni principali dell'organizzazione distrettuale, compreso il modello di "Casa della Salute", e si conclude con un capitolo dedicato alla valutazione delle performance dei distretti. La seconda parte affronta analiticamente tutte le tipologie assistenziali con cui si articola l'attività del distretto, dall'assistenza domiciliare a quella specialistica domiciliare, dall'assistenza farmaceutica al consultorio, al Sert e così via disegnando un quadro preciso delle competenze territoriali che rende conto della complessità dell'argomento e della difficoltà di una visione unitaria centrata sul cittadino. Particolarmente importanti i capitoli dedicati all'assistenza ai migranti e al dipartimento di prevenzione, perché toccano punti nevralgici non solo dell'assistenza ma di tutta la società. Gli autori in una parte conclusiva individuano alcuni scenari futuri, concretamente fondati sulla realtà organizzativa odierna del servizio.

In conclusione, libri come questo non solo sono utili a chiunque, esperto o cultore della materia, voglia approfondire tutte le problematiche di questa fondamentale metà del servizio, ma fanno riflettere, sul piano etico e politico, i cittadini interessati a mantenere, anzi a migliorare, la tutela della salute quale bene costituzionalmente protetto.

Bruno Rimoldi

Violenza ed aggressioni contro il personale sanitario

Un Convegno organizzato dalla Commissione Pari
Opportunità dell'Ordine di Firenze
20 Maggio 2017



FEDERICA ZOLFANELLI, laureata nel 1978 si è specializzata in Anatomia ed Istologia Patologica all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, è stata Direttore della Struttura Complessa di Anatomia Patologica nell'ASL 10 Firenze dal 1993 al 2015, ha frequentato il Corso di Alta Formazione per Dirigenti di Struttura Complessa presso il Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. È stata Consigliere Comunale e Presidente della Commissione Pari Opportunità per Tutti nel Comune di Scandicci.

di Federica Zolfanelli

Il fenomeno, in allarmante crescita, in gran parte tollerato e sottosegnalato da parte degli operatori sanitari che spesso non denunciano gli episodi accaduti, appare perciò sottostimato.

Parole chiave:

violenza, aggressione sanitari, violenza sul posto di lavoro, Commissione Pari Opportunità

Epidemiologia del Rischio

Il Consiglio Nazionale della Fnomceo, in una mozione approvata nell'aprile 2017 ed indirizzata alla Ministra Lorenzin, ha voluto richiamare l'attenzione sull'argomento Violenza e Aggressioni nei confronti degli opera-

tori sanitari e sulla necessità di intervenire in considerazione anche del progressivo incremento di questi episodi in Italia e nel Mondo.

Sempre più frequenti gli episodi resi noti: aggressioni a Napoli, Catania, Sassari, Alcamo, Rimini, Bari, Foggia, Scandicci, Firenze, Pavia, Sarzana, Giugliano, Aversa ecc.

Come riportato dal Ministero della Salute, nella traduzione italiana della definizione del NIOSH (National Institute of Occupational Safety and Health), la Violenza sul luogo di lavoro è definita come "Ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro" ed è addirittura considerata un importante pro-

blema di salute pubblica nel mondo (WHO, 2002).

In nessun paese al mondo esistono dati nazionali che permettano una precisa descrizione dell'ampio range di eventi che vanno dall'insulto all'omicidio e forniscano dati coerenti con la realtà. I risultati appaiono disparati perché sono differenti l'interpretazione del concetto di Violenza e la definizione di Atti Violenti, la concentrazione geografica di Violenza, gli strumenti di misura della Violenza. Inoltre le casistiche presenti in Letteratura sono per lo più retrospettive e basate su questionari differenti: a reclutamento volontario, circoscritti nel tempo, su campioni diver-

MOZIONE DEL CONSIGLIO NAZIONALE FNOMCeO

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, riunito in Roma il 6 e 7 Aprile 2017

considerato

il numero crescente di episodi di violenza nei confronti dei medici e del personale sanitario ed in particolare di coloro che operano nei servizi di continuità assistenziale ed emergenza urgenza

rilevato

che spesso tali episodi di violenza avvengono in luoghi in cui le condizioni organizzative e strutturali dei servizi non garantiscono un idoneo svolgimento dell'assistenza in condizioni di sicurezza

valutato

che il Sistema Sanitario deve mettere il medico ed il personale sanitario nelle situazioni di operare garantendo le più idonee condizioni di sicurezza sia del paziente che degli operatori coinvolti, promuovendo a tale scopo un'adeguata organizzazione e mettendo a disposizione strutture idonee e decorose in grado di assicurare un'adeguata assistenza

ricorda

che la professione medica ha già pagato un altissimo tributo, anche con il sacrificio della vita di colleghe e colleghi

chiede

al Governo e alle Regioni, secondo le rispettive competenze, un intervento per potenziare il monitoraggio degli episodi di violenza nei confronti degli operatori sanitari rendendolo più efficiente ed efficace al fine di intraprendere azioni che impediscano il ripetersi di tali episodi, nonché disposizioni per la verifica delle condizioni di idoneità organizzativa e strutturale dei servizi in cui i medici sono maggiormente esposti ad atti di aggressione

impegna

il Comitato Centrale a rappresentare tale situazione in ogni sede istituzionale e a fornire ogni idonea collaborazione per porre fine al clima di insicurezza in cui oggi esercitano molti operatori sanitari, così tutelando i cittadini e gli stessi professionisti.

Chi aggredisce un medico, aggredisce se stesso.

si per numero e tipologia di operatori e con metodologia disparata di raccolta dati.

Se statistiche omogenee e confrontabili non esistono, una cosa è comune: il diffuso fenomeno di sottovalutazione del problema da parte degli operatori e la presenza di barriere al Reporting. Nonostante le diversità fra paesi, culture e lavoro, la risposta all'aggressione è simile dovunque: circa l'84% dei lavoratori non denuncia l'aggressione. Solo le violenze fisiche con lesioni conseguenti costituiscono situazioni critiche per denunciare l'evento.

Tutti gli operatori della sanità sono potenzialmente a rischio di tutti i tipi di Violenza, nella maggior parte delle casistiche il personale sanitario più interessato è l'infermieristico, probabilmente a causa della maggior vicinanza e contatto con i pazienti. Ma anche tra i medici i casi stanno aumentando.

Si documentano espressioni di ogni tipo: Violenza Non Fisica (psicologica e verbale): insulti, minacce, intimidazioni, stalking ma anche Violenza Fisica: sputi, pedate, schiaffi, morsi, bastonate, fino ad arrivare ai casi più gravi di omicidio con accoltellamenti ed armi da fuoco, per rancore, per vendetta o per rapina. La maggior parte degli studi riporta che la Violenza Non Fisica è la forma più frequente di Aggressione. L'aggressione proviene non solo dai pazienti ma anche dai parenti od accompagnatori/visitatori. I risultati delle indagini svolte negli ospede-

dali illustrano che la Violenza Fisica occorre più frequentemente nei DEA e nei luoghi di attesa, nelle Strutture Psichiatriche ospedaliere e territoriali, nei Servizi di Neurologia e Riabilitazione postchirurgica, nei Servizi di Geriatria. Per lo più proviene dal paziente, più spesso di genere maschile, più frequentemente in stato mentale alterato per malattie psichiatriche e/o abuso di droghe, maggiormente colpito è il personale infermieristico.

La Violenza Non Fisica (psicologica e verbale) occorre più frequentemente nei Servizi di Geriatria, nei DEA, in Chirurgia e proviene più spesso dal Parente/Visitatore/Accompagnatore, senza differenze di genere, in normale stato mentale. La Violenza Non Fisica interessa tutti gli operatori.

Una indagine sugli atti di violenza compiuti contro Medici di Continuità Assistenziale relativa a 2458 medici di guardia intervistati, apparsa su *Quotidiano Sanità* del 9 aprile 2015 (*"Ancora aggressioni alla Guardia medica - Fenomeno in crescita"* a cura di Ricerca Settore Continuità Assistenziale - Esecutivo Nazionale Fimmg) fornisce interessanti risultati: il 90% dei medici dichiara di aver subito atti di violenza, il 64% minacce verbali, l'11% atti vandalici, il 22% percosse e ben il 13% minacce a mano armata con armi improprie. Nel complesso 9 medici su 10 durante tutta la loro attività hanno subito almeno una volta un'ag-

gressione e 8 su 10 ne hanno subita più di una. Solo il 13% decide di denunciare. Il 30% decide di non segnalare sperando che non riaccada mai più. Il 29%, infine, è talmente provato da chiedere il trasferimento in un'altra sede. Il 35% domanda a familiari o amici di accompagnarlo sul posto di lavoro. Nel 90% dei casi la violenza si è svolta in ambulatorio ed è stata conseguente a richieste improprie dell'utenza. A maggior rischio sono le donne medico che svolgono il servizio di Continuità Assistenziale.

Emerge una situazione allarmante (vedi Tabella 1).

Qualunque siano le motivazioni ed i fattori di rischio, è fondamentale aver chiaro che la violenza ha un'eziologia multifattoriale non solo determinata dalle caratteristiche personali dell'aggressore e della vittima ma da molteplici fattori culturali, organizzativi, situazionali e sociali. Il contesto in cui nasce, si articola e si struttura la violenza, l'ambiente circostante, le caratteristiche demografiche, le attitudini personali, la preparazione/formazione, i valori personali degli attori, tutti questi elementi debbono essere presi in considerazione nell'analisi del problema. Comunque, essa insorge sempre su una interazione interpersonale negativa, a sua volta collocata in un contesto sociale ed organizzativo particolare.

Interessanti inoltre le considerazioni di Kelen Gabor apparse su "Jama" nel



2010 e che vengono riportate integralmente nella Tabella 2.

Da non trascurare altri aspetti della Violenza, quella Orizzontale, fra operatori sanitari, ed un fenomeno particolare la Violenza in carcere su operatori sanitari.

Il Ministero della Salute riconosce la violenza su operatore come Evento Sentinella (ES). Gli Eventi Sentinella sono considerati per la loro gravità ed il loro significato un problema prioritario

per la sicurezza dei pazienti, con importanti ripercussioni sulle organizzazioni sanitarie, sui professionisti e sulle amministrazioni locali e regionali. Pertanto, come previsto per gli eventi sentinella e con l'obiettivo di diffondere informazioni relative alla sicurezza ed offrire una strategia a livello aziendale, il Ministero ha emanato nel 2007 la "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" per le strutture sanitarie. La

Raccomandazione comprende indicazioni per l'identificazione dei rischi durante le attività lavorative e per l'adozione di iniziative e programmi volti a prevenire gli atti di violenza e/o attenuarne le conseguenze negative; sottolinea che l'evento violenza mette in evidenza possibili *carenze culturali, organizzative e gestionali* che devono essere attentamente valutate e affrontate.

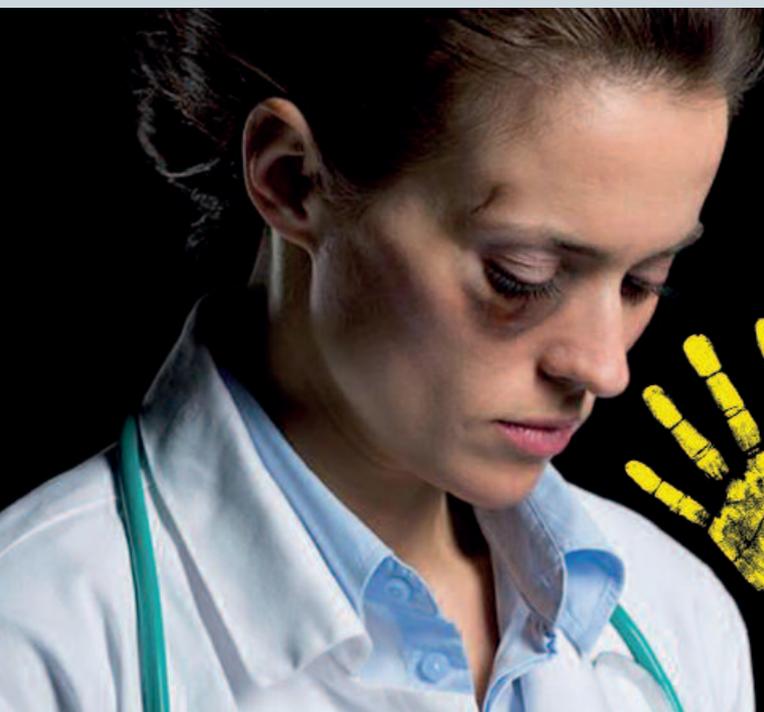
È pertanto fondamentale che sia le Direzioni Aziendali che ciascun Opera-

<p>Concorrono all'avverarsi degli episodi di Violenza e costituiscono potenziali Fattori di Rischio le seguenti situazioni (Fattori Rischio Ministero della Sanità Raccomandazione 8/2007; National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Violence – Occupational Hazard in Hospitals. 2002):</p>
<ul style="list-style-type: none"> • l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali;
<ul style="list-style-type: none"> • la diffusione dell'abuso di alcol e droga;
<ul style="list-style-type: none"> • l'accesso senza restrizione di visitatori presso ospedali e strutture ambulatoriali;
<ul style="list-style-type: none"> • le lunghe attese nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche, con possibilità di favorire nei pazienti o accompagnatori uno stato di frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste;
<ul style="list-style-type: none"> • il ridotto numero di personale durante alcuni momenti di maggiore attività (trasporto pazienti, visite, esami diagnostici);
<ul style="list-style-type: none"> • la presenza di un solo operatore a contatto con il paziente durante visite, esami, trattamenti o gestione dell'assistenza in luoghi dislocati sul territorio ed isolati, quali i presidi territoriali di emergenza o continuità assistenziale, in assenza di telefono o di altri mezzi di segnalazione e allarme;
<ul style="list-style-type: none"> • la mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi;
<ul style="list-style-type: none"> • la scarsa illuminazione delle aree di parcheggio e delle strutture.

Tabella 1

<p>"There was a time when physicians were viewed with reverence and hospitals were considered sanctuaries. This deferential view has increasingly eroded over the last two decades because of several disparate but intertwined forces.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Health care today is somewhat rightfully portrayed as a commodity, bought and sold on stock exchanges; • Patients are now considered consumers by many; • Hospitals compete on product lines and strive to gain market share; • Medical services, like other service industries, are evaluated by publicly reported percentile rankings in patient satisfaction; • Many patients are left to navigate an increasingly complex medical system, while increased specialization and rushed primary care physicians leave many without a meaningful patient-physician relationship; • A generation ago, television depicted physicians as caring, heroic clinicians but now depicts health care professionals' petty, self-absorbed personal lives; • At the same time, societal incivility may have reached new lows, propagated by vitriolic media and behavior of some politicians. Individuals are turning to violence as a means to settle scores or deal with frustrations.

Tabella 2



RISCHIARE LA VITA CURANDO: **BASTA!**

tore siano consapevoli del problema Violenza e si impegnino a collaborare nella segnalazione di Aggressioni, nell'identificazione di fattori di rischio e nell'implementazione di azioni preventive (vedi *Manuale di formazione per il governo clinico*). Sono addirittura state rese disponibili Linee Guida per gestire e comunicare eventi avversi in sanità che comprendono l'analisi accurata dell'evento e la comunicazione di questo.

Gli Ordini stanno lavorando all'istituzione di un Osservatorio Regionale sulla Sicurezza degli Operatori della Sanità dedicato in particolare alla violenza proprio allo scopo di collaborare ad analizzare gli episodi di criticità, organizzare corsi di formazione, rappresentare uno strumento operativo conti-

nuativo ed efficace presso il quale far confluire dati. Gli Standard strutturali, organizzativi e di sicurezza sono importanti ma insufficienti. Per comprimere il fenomeno occorre favorire la comunicazione entro lo staff e l'empatia con il paziente, aderire all'Incident Reporting and Learning in modo da implementare procedure di analisi come gli Audit e Root Causes Analysis, svolgere continuo monitoraggio per arrivare ad avere dati epidemiologici certi.

Di fronte al dilagante fenomeno della violenza, il Centro Gestione Rischio Clinico della Regione Toscana documenta 40 Casi in tutta la Regione dal 2010; 14 eventi sentinella, 13 AR (Alert Report), 3 M&M (Morbidity and Mortality) in Area Vasta Centro dal 2013.

Questi dati sembrano sottostimati perché probabilmente sotto-segnalati all'Incident Reporting da parte degli operatori sanitari.

La Commissione Pari Opportunità dell'Ordine di Firenze, insieme al Collegio Ipasvi ha organizzato il convegno "Rischiare la vita curando: basta!" che si è svolto all'Ospedale di San Giovanni di Dio il 20 Maggio 2017. Si è voluto non solo sottolineare un fenomeno importante e grave ed esortare tutti gli operatori a non tollerare la violenza ma anche ribadire che la Qualità delle cure è garantita dalla sicurezza degli operatori e che la sicurezza degli operatori e dei pazienti rappresenta un unico problema.

@ federica.zolfanelli@gmail.com



SCIENZE TOSSICOLOGICO FORENSI E DISCIPLINE CLINICHE, GIUDIRICHE E SOCIOLOGICHE IN AMBITO PENITENZIARIO

Il Master Universitario di 2° livello è organizzato dall'Università degli Studi di Firenze
Dipartimento di Scienze della Salute per l'A.A. 2017/2018

Periodo: febbraio 2018 – gennaio 2019 - Coordinatore Prof.ssa Elisabetta Bertol
Segreteria Master 055-2751967

Bando http://www.unifi.it/cmpro-v-p-11175.html#sc_tossicologiche

Iscrizione: solo online al sito <http://ammissioni.unifi.it/turul>

Scadenza: **27 novembre 2017** - Posti disponibili: min 5 / max 25

Modalità didattica: lezioni frontali, seminari CFU 70

Terapie innovative in cardiologia: gli inibitori dell'enzima PCSK9

di Giampaolo Collecchia



GIAMPAOLO COLLECCHIA, *medico di medicina generale in Massa (MS), docente e tutor di Medicina Generale, Comitato Etico Locale dell'Azienda USL Toscana Nord-Ovest, CSeRMEG, coordinatore animatori di formazione ASL 1 Massa e Carrara, Editorial Reviewer per il "British Medical Journal"*.

Gli anticorpi monoclonali inibitori della PCSK9 esercitano un potente effetto ipolipemizzante, in aggiunta o in alternativa alla terapia statinica. I costi elevati e la mancanza di prove certe su *end point* clinici e sicurezza a lungo termine rendono peraltro la loro prescrizione soggetta a stretto monitoraggio ed accurata valutazione del rapporto costo/beneficio nel singolo paziente.

I target terapeutici del colesterolo LDL (C-LDL) spesso non vengono raggiunti con la sola terapia statinica, soprattutto in presenza di alti valori basali. In questa sede non si entra nel merito della mancanza di prove certe della cosiddetta "teoria delle soglie", ma si descrive in sintesi una nuova classe di farmaci ipolipemizzanti, gli inibitori della proteina PCSK9 (proteina convertasi subtilisina/kexina tipo 9).

In condizioni fisiologiche, i recettori di membrana delle LDL (LDLR) sugli epatociti si legano alle LDL e il complesso LDL/LDLR viene internalizzato in vescicole che, all'interno degli endosomi, si dissociano, lasciando liberi gli LDLR di tornare sulla superficie cellulare, con un meccanismo di ricircolo, mentre le LDL vanno incontro a degradazione lisosomiale. L'enzima PCSK9 circolante si lega agli LDLR sulla superficie cellulare e ne favorisce la degradazione, riducendone quindi la densità sulle membrane. Gli anticorpi

monoclonali contro PCSK9 inibiscono il suo legame agli LDLR e quindi la loro degradazione, favorendone l'espressione sulla superficie cellulare e di conseguenza la capacità di rimuovere il C-LDL ematico ed anche i residui di VLDL, IDL e la Lp(a). Attualmente sono disponibili molti anticorpi monoclonali inibitori, di cui due, alirocumab ed evolocumab, approvati dagli enti regolatori.

Alirocumab è stato sviluppato nel programma ODYSSEY che ha previsto la conduzione di 17 studi clinici di fase III, di cui 12 completati e 5 attualmente in corso. I risultati di 10 dei 12 studi completati hanno riguardato un totale di 5172 pazienti arruolati con ipercolesterolemia familiare eterozigote, ipercolesterolemia non familiare o dislipidemia mista, in terapia con la massima dose tollerata di ipolipe-

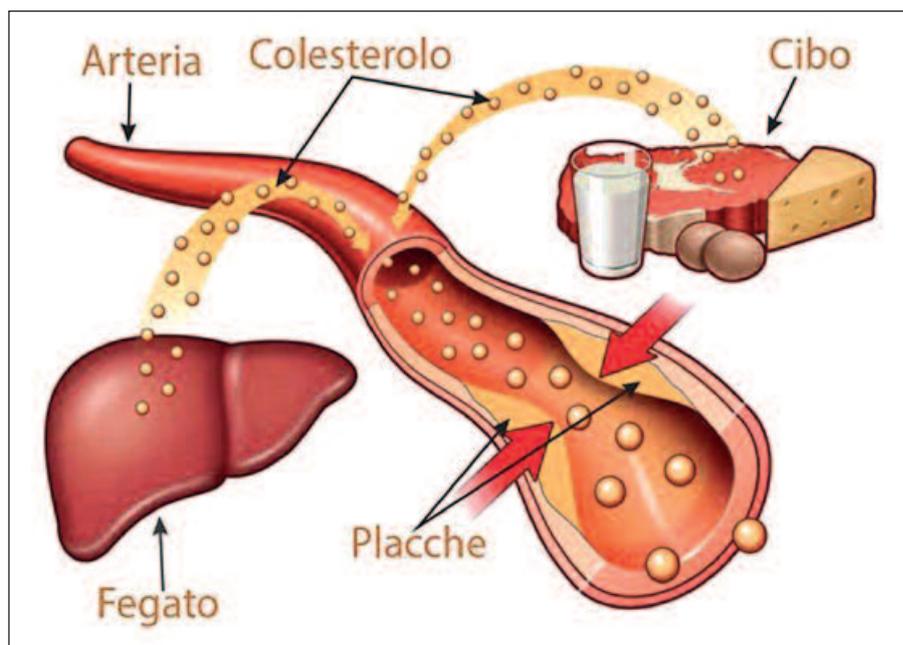
Parole chiave:
anticorpi, PCSK9, C-LDL,
evolocumab, alirocumab



mizzanti, soprattutto statine. Il farmaco è stato utilizzato in genere al dosaggio iniziale di 75 mg sottocute ogni 2 settimane, titolato fino a 150 mg. Il C-LDL è sceso in media a 57,9 mg/dl (-52,8%) nei pazienti trattati con alirocumab e a 122,6 mg/dl (+0,2%) nel gruppo placebo. Gli eventi avversi sono stati simili tra gruppo sperimentale e controllo, così come la percentuale di sospensione. Si segnalano lievi reazioni nel sito di iniezione (6,1% vs 4,1%), mialgie (15,1% vs 15,4%), rari disturbi oftalmologici (alterazioni del nervo ottico e della retina, soprattutto nei soggetti che hanno raggiunto i più bassi valori di C-LDL). Per una trattazione più esaustiva degli eventi avversi si rimanda al link http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Public_assessment_report/human/003882/WC500194524.pdf

Il prodotto è disponibile come PRA-LUENT, soggetto a prescrizione medica limitativa, da rinnovare volta per volta, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (cardiologo, endocrinologo, internista) e sottoposto a monitoraggio addizionale.

Evolocumab è stato sviluppato nel programma PROFICIO, che ha previsto la conduzione di 16 studi di classe III, di cui 8 conclusi. Negli studi OSLER (*Open-Label Study of Long Term Evaluation Against LDL-C*) 1 e 2 sono stati reclutati 4.465 pazienti: rispetto alla terapia standard, evolocumab ha determinato, nei pazienti con ipercolesterolemia primaria e dislipidemia mista, una riduzione del 61% dei livelli di C-LDL dopo un follow-up medio di 11 mesi. Il farmaco ha inoltre ridotto il colesterolo non-HDL del 52%, il colesterolo totale del 36%, i trigliceridi del 12,6%, le ApoB del 47,3% e la Lp(a) del 25,5% e incrementato il C-HDL del 7%. I pazienti sono stati trattati per via sottocutanea alla dose di 140 mg ogni 2 settimane o 420 mg una volta al mese, con risultati equivalenti. Evolocumab ha dimostrato di ridurre significativamente la colesterolemia anche nei soggetti con ipercolesterolemia familiare omozigote. Il profilo di sicurezza è risultato simile a quello del gruppo di controllo. Gli eventi avversi più



frequenti sono stati: rinofaringite (4,8%), infezioni delle alte vie respiratorie (3,2%), lombalgia (3,1%), artralgie (2,2%), influenza (2,3%) e nausea (2,1%). Sono state segnalate anche reazioni allergiche, reazioni nel sito di iniezione e mialgie (dal 10 al 6%), di lieve entità. Nel GAUSS-3, che ha studiato pazienti con intolleranza muscolare alle statine, circa il 20% continuava a presentare disturbi muscolari anche assumendo evolocumab. Per una trattazione più esaustiva degli eventi avversi si rimanda al link http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_Public_assessment_report/human/003766/WC500191400.pdf

Evolocumab, disponibile come REPATHA, è prescrivibile a carico del SSN da parte di centri ospedalieri o di specialisti (cardiologo, endocrinologo, internista) e sottoposto a monitoraggio addizionale *web-based* per le seguenti indicazioni terapeutiche:

- pazienti adulti affetti da ipercolesterolemia primaria (familiarità eterozigote e non familiare) o da dislipidemia mista, in aggiunta alla dieta: in associazione ad una statina o ad una statina con altre terapie ipolipemizzanti in pazienti che non raggiungono livelli di LDL-C target con la dose massima tollerata di una statina, oppure in monoterapia o in associazione ad altre terapie ipolipemizzanti in pazienti intolleranti alle statine o per i quali l'uso di statine è controindicato;

Ipercolesterolemia familiare omozigote, in associazione ad altre terapie ipolipemizzanti, negli adulti e negli adolescenti di almeno dodici anni.

I costi di questi nuovi farmaci (2 fiale da 140 mg – soluzione iniettabile - uso sottocutaneo – in siringa preriempita hanno un prezzo ex factory IVA esclusa di € 434,68; al pubblico IVA inclusa: € 717,40). pongono seri problemi di sostenibilità economica e quindi la loro prescrizione necessita di accurata valutazione del rapporto costo/beneficio, soprattutto in mancanza di dati su *end point* clinici e sicurezza a lungo termine, in particolare negli *over 75* e in presenza di importanti comorbidità. Sono peraltro in corso numerosi studi, su ampie casistiche, sia con alirocumab che con evolocumab. Lo studio FOURIER (Further Cardiovascular Outcomes Research With PCSK9 Inhibition in Subjects With Elevated Risk), condotto su oltre 27.500 pazienti con malattia cardiovascolare aterosclerotica clinicamente evidente, ha evidenziato nel braccio evolocumab una riduzione dell'end point primario composito (morte cardiovascolare, IMA non fatale, ictus non fatale, ospedalizzazione per angina instabile o rivascolarizzazione coronarica) pari al 15% con una riduzione del colesterolo LDL del 59%. Non sono state riscontrate differenze tra i due gruppi per la mortalità cardiovascolare.

g.collec@vmail.it

L'ospedale per alienati mentali di Bonifazio: un modello di architettura manicomiale

di Esther Diana



ESTHER DIANA, architetto, è direttrice del Centro di Documentazione per la Storia dell'Assistenza e della Sanità e coordinatrice della Regione Toscana per i patrimoni storici delle aziende sanitarie. Si occupa di storia strutturale, patrimoniale e sociale degli ospedali tra XIV e XIX secolo. Ha curato mostre finalizzate alla valorizzazione del patrimonio artistico ospedaliero.

La riorganizzazione della rete ospedaliera fiorentina attuata da Pietro Leopoldo di Lorena tra il 1777 e il 1785 assegna al vecchio ospedale di Bonifazio il compito di ospedalizzare i dementi (con altre categorie di ammalati come i cutanei, i cronici e gli incurabili) fino a quel momento accolti nell'obsoleto Santa Dorotea. I primi ricoverati – suddivisi in maniaci, melanconici e amentati – vengono accolti nel 1788 nel settore già destinato ai sifilitici (ex ospedale della SS. Trinità) occupando gli uomini il piano terra e le donne il primo piano. Entrambi i sessi dispongono di “cento camere singole, ventilate e fornite di tutti i comodi ed utensili occorrenti, con deposito, spogliatoi e bagni, corridoio, coretto, per comodo di udir la messa e passeggi erbosi articolati attorno a due chiostri”. Dirigente della struttura è il Direttore Infermiere Vincenzo Chiarugi (1759-1820), un giovane medico che aveva svolto l'apprendistato nel Santa Dorotea dove aveva iniziato a teorizzare nuovi metodi di ospedalizzazione dei malati affetti da turbe mentali. In particolare, nel 1788, quando nell'Arcispedale di Santa Maria Nuova era stato fondato l'archivio per la “conservazione delle memorie nosografiche delle malattie” (così da definire una procedura medica univoca, una specie di linee guida attuali), Chiarugi aveva contribuito con 194 casi sulle totali 4.000 malattie descritte.

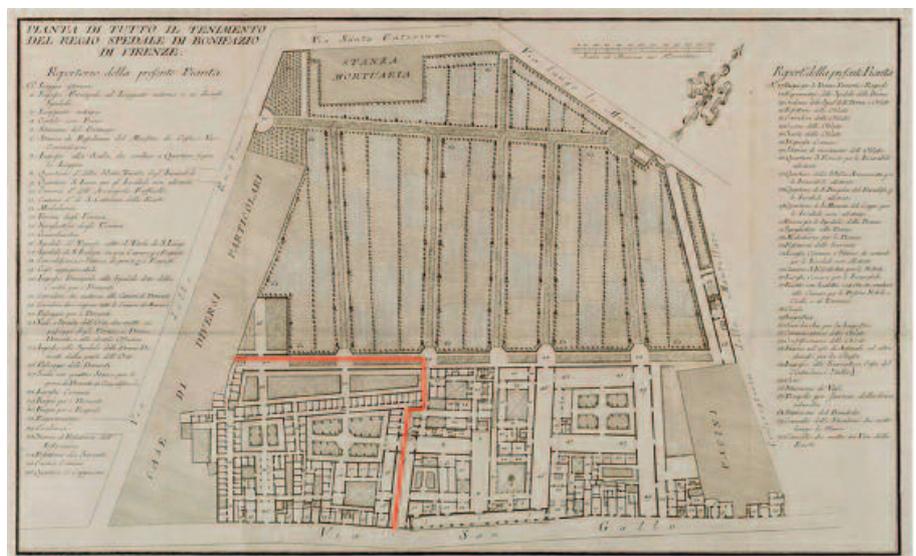
A Bonifazio può mettere in pratica i suoi programmi, ponendo le basi di una malattia mentale quale risultante di un interiore dissesto morale.

Follia, dunque, come malattia degli eccessi a cui sarà necessario anteporre quel ‘trattamento morale’ che, in questi stessi anni, stanno promuovendo a Parigi Philippe Pinel (1745-1826),

e poi Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840). Senza entrare nella questione se sia stato prima il francese o il Chiarugi ad abolire gli strumenti di contenzione del malato (fino a questo momento elementi quotidiani del suo sostare in ospedale), è interessante leggere nel *Regolamento di Bonifazio* del 1789 la seguente frase: [...]“niun ministro o professore, assistente, inserviente, o altra persona addetta allo Spedale o estranea, ardisca mai [...] percuotere i dementi, dir loro ingiurie, provarli, [...] e far loro burle di alcuna sorte” [...]. Questa direttiva parrebbe precedere, dunque, di più di dieci anni quanto Pinel esporrà nel 1801 nel suo *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*.

La regola sanitaria che Chiarugi inaugura nell'ospedale di Bonifazio si basa essenzialmente sul rispetto della persona: escluse le punizioni corporali, gli strumenti di contenzione (quan-

do non necessari), lo sfruttamento lavorativo dei degenti. Nel suo *Della pazzia in genere e in ispecie. Trattato medico-analitico con una centuria di osservazioni* (1793-'94) Chiarugi espone una classificazione clinico-osservativa della malattia mentale di cui riconoscerà – in sintonia con Pinel e i suoi successori – la possibile curabilità. La follia verrà considerata non soltanto una malattia neuro-cerebrale ma anche il risultato di emozioni e implicazioni affettive. Da qui la teoria ‘morale’ basata sulla moderazione comportamentale e su progetti terapeutici che possano contenere e indirizzare le disarmonie. Prima regola di cura per l'ammalato sarà l'ordine, l'isolamento, il lavoro coordinato: ovvero l'ergoterapia. L'ammalato verrà posto sotto la dipendenza di un uomo, il direttore dell'istituto, che per le sue qualità fisiche e morali assurge a



Pianta di tutto il tenimento del Regio Spedale di Bonifazio di Firenze

punto di riferimento essendo in grado di dominare le sue passioni così da indirizzarlo verso la guarigione.

In tale ambito, anche la struttura, dovrà partecipare a questa 'riorganizzazione' mentale dell'individuo attraverso specifici caratteri quali: 1) trovarsi l'edificio lontano dal centro cittadino; 2) essere recintato e organizzato in plurimi ambienti di ricovero secondo quanto richiesto dalle varie patologie; 3) essere corredato da un ampio spazio a verde da destinare al passeggio e alla coltivazione ortiva.

Il Bonifazio che si inaugura nel 1788 rispetta tutte queste prerogative (Figg. 1-2) tanto da riscuotere il suo modello architettonico-funzionale un successo immediato, espandendosi in tutta

Italia, per lo meno fino ai primi decenni dell'Ottocento. Ovvero fino a quando non si richiederà alla struttura manicomiale una duttilità di servizi così da contemplare non solo ambienti di cura, ma anche di indagine, ricerca e sperimentazione di farmaci in sintonia con il progressivo sviluppo della pratica clinica.

Lo spazio limitato e una edilizia 'vecchia' in quanto frutto di una ristrutturazione (non importa quanto 'illuminata' per l'epoca di realizzazione) saranno i limiti su cui si troverà imbrigliato il modello fiorentino che inizierà a sbiadire e, con esso, quello dei tanti ospedali sorti sul suo esempio.

Con l'incalzare del secolo sarà sempre più presente a sanitari ed amministratori che quel concetto 'nuovo' di architettura per l'alienato quale microcosmo quasi del tutto autosufficiente, basato sull'isolamento territoriale, provvisto di ampi spazi da destinare ad una ospedalizzazione in crescita, dall'economia praticamente autarchica, non può riconoscersi nel Bonifazio.

Eppure c'era stato un tentativo di 'modernizzazione' nel 1829 che tuttavia – soprattutto per scarsità di mezzi e per mancanza di capacità politica – non era andato oltre ad un adeguamento degli impianti di illuminazione e di riscaldamento. Ci riproverà in tal senso, quasi vent'anni dopo, il progetto di riforma

presentato nel 1845 dal giovane medico Francesco Bini, nuovo direttore di Bonifazio, dalla cui relazione introduttiva si enucleano i seguenti limiti: poco rigorosa divisione tra uomini e donne, alle quali erano riservati spazi ristretti ed insalubri; scarsità di spazi comuni, per cui



i malati, anche meno gravi, erano costretti a starsene isolati nelle proprie stanze, spesso prive di mobili; insoddisfacenti il vestiario ed il vitto dei malati lasciati frequentemente al freddo, all'indecenza e alla fame prolungata; assolutamente insufficiente il numero degli inservienti.

Lo spazio limitato e una edilizia 'vecchia' in quanto frutto di una ristrutturazione saranno i limiti su cui si troverà imbrigliato il modello fiorentino

Joseph Guillaume Desmaysons Dupallans, un alienista francese in visita al nosocomio nel 1849, aggiungeva anche la condivisione di spazi – specialmente ricreativi – tra dementi, cutanei, incurabili e cronici che comportava difficoltà di sorveglianza e coacervo di professionalità; criticava anche la collocazione dell'ospedale, ormai decisamente urbanizzato.

Questi limiti rappresentano *impasses* per tutte le strutture sanitarie fiorentine nelle quali le esigenze e gli impulsi innovativi di una architettura ospedaliera moderna si arenano miseramente non essendo in grado, in questo momento, di comprendere come e dove indirizzarsi: ad iniziare dall'Arcispedale di Santa Maria Nuova.

Non è un caso che i progetti di nuova 'sanità' riguardanti Firenze – a partire da quello dell'architetto Giuseppe Martelli (1842-'43) e del medico Pietro Betti (1848-1861) – si incentrino su Santa Maria Nuova e Bonifazio accumulati dal loro essere così obsoleti da presupporre una loro completa dismissione e riorganizzazione. In effetti, tornando al

tema manicomiale, in questo momento, in Europa ma anche in Italia e nella stessa Toscana, stanno consolidandosi nuovi modelli di struttura da destinare al folle: cittadelle del tutto autosufficienti, separate dalla città ma non così tanto da restare escluse dalle possibilità di un interscambio di rapporti sociali ed economici.

Bonifazio, faticosamente, resterà in attività fino al 1887 quando la riorganizzazione urbana dell'isolato di sua pertinenza ne decreterà la dismissione. Al suo posto – con il breve intermezzo di Castelpulci – subentrerà il manicomio di San Salvi (1891) che risponderà a tutte quelle esigenze che ormai la disciplina pretende.

Se il modello architettonico di Bonifazio ha avuto, tutto sommato, breve storia, non così la sua organizzazione funzionale. Quel *Regolamento* del 1789 nel quale si definiscono tutte le regole, i servizi, le responsabilità di medici e personale di assistenza, di custodi e guardiani venendo a sancire la quotidianità del vivere dell'ammalato mentale, resterà indiscusso punto di riferimento anche nel secolo successivo come dimostrato dalle tante richieste di averne copia inoltrate da istituzioni similari.

Lo Spedale de' Pazzi di Fregonaja in Lucca: vicende storiche ed edilizie

di Franco Bellato



FRANCO BELLATO, già Vice Presidente della Fondazione Mario Tobino, Lucca.

Un'altra antica struttura che ha un posto di rilievo nella storia dell'assistenza psichiatrica, come spesso accade, si trova abbandonata quando potrebbe svolgere ancora operazioni di grande utilità sociale.

Parole chiave: manicomio, Illuminismo, cura, legge, delinquente

Ho letto con piacere su “Toscana Medica” n.7/2017, il lavoro dell'Arch. Esther Diana sull'architettura manicomiale in Toscana e la disamina storica ed edilizia relativa a Firenze, sulla Pia Casa di Santa Dorothea e la Pazzeria dell'Arcispedale di Santa Maria Nuova. Queste Istituzioni furono dovute a Casa Medici e ai Granduchi Asburgo Lorena succeduti dopo Anna Maria Luisa Medici, Elettrice Palatina, e grazie allo studio e al lavoro di illuminati medici fiorentini.

Un posto di rilievo merita la Repubblica di Lucca, aperta alle idee illuministe e razionaliste, che nel 1758 iniziò la pubblicazione, prima in Italia dell'*Encyclopédie ou dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers* par Denis Diderot et Jean d'Alembert, a cura del patrizio Ottaviano Diodati per i tipi di Vincenzo Giuntini,

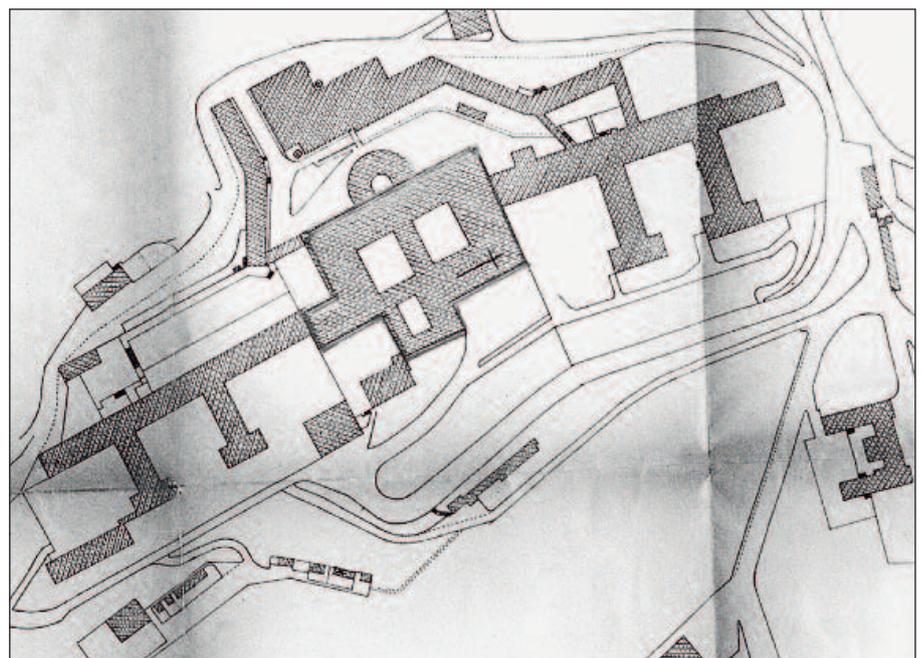
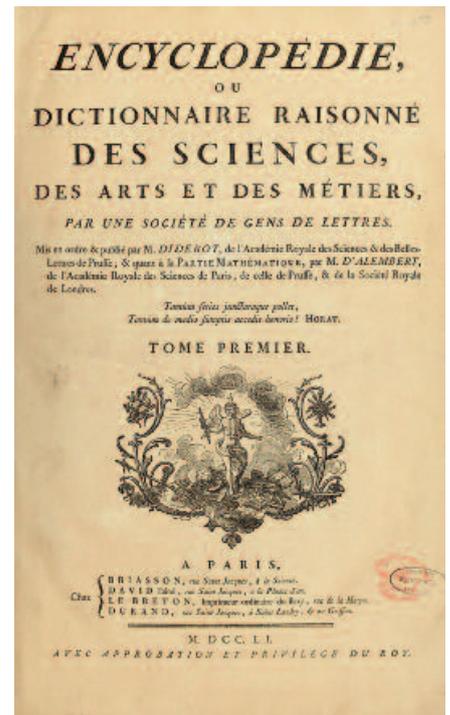


Figura 1 - Pianta dell'O.P.P. di Fregonaja, sec. XX.



Figura 2 - Chiostrino con puteale, sec. XV.

continuando la tradizione culturale manifestata nei secoli XVII e XVIII verso le idee riformiste e calviniste. I Consoli della Corte dei Mercanti, che aveva il patronato dello Spedale della Misericordia e di San Luca, nel 1757 fecero una relazione sullo stato indigente della istituzione sanitaria per il Consiglio Generale dello Stato e proposero di “ricorrere a Sua Santità per domandare che le rendite di qualche luogo pio venissero applicate allo Spedale”.

Nel 1769 il nobile Attilio Arnolfini, matematico, idraulico, uomo di governo non chiuso nel passato, ma aperto allo spirito illuministico, confermò al Consiglio Generale la relazione del 1757, chiedendo l'istituzione di un Albergo per i Pazzi, come aveva fatto Firenze con Santa Dorotea nel 1643 e nel 1688 con la Pazzeria di Santa Maria Nuova.

Il Consiglio Generale approvò con Riformazione Segreta del 5 maggio 1769 e deliberò che la “soppressione del Monastero di Fregonaja con le rendite incamerate potrebbe intendersi adatto al bisogno, con obbligo di ricevere e mantenere i Pazzi della città e dello Stato”. Papa Clemente XIV Ganganelli con le Bolle *Bonus ille Pastor* e *Alia pro parte dilectorum filiorum* del 1770, sopprime la Congregazione dei Canonici Regolari Lateranensi di S. Maria di Fregonaja e concesse in *enfiteusi perpetua* tutti i beni allo Spe-

dale di San Luca e della Misericordia. Fregonaja, frazione oggi Maggiano, era stata Casa Madre della Congregazione fondata nel 1406 ed ebbe da Papa Eugenio IV Condulmer la cura della Cattedrale di Roma, San Giovanni in Laterano, da cui il nome di Lateranensi del S.S. Salvatore.

I Consoli trasformarono dal 1772 al 1775 il Convento in Spedale per i Pazzi e Lorenzo Bartolini, Rettore dello Spedale di San Luca, mandò a Firenze alcuni serventi destinati alla custodia dei pazzi, per apprendere tutto ciò che era opportuno presso Santa Dorotea. Il medesimo Rettore sulle notizie avute dai serventi dettò il primo regolamento e lo fece scrivere nel *Libro dei Ricordi* di Fregonaja. Lo Spedale era costituito dagli edifici conventuali quattrocenteschi del Chiostro che fu diviso in due parti per la sezione Uomini e quella Donne, dal Chiostrino con puteale, dalla Chiesa di Santa Maria di Fregonaja e dai corpi di fabbrica adiacenti con giardino; al piano superiore Archivio, Biblioteca e Museo, al piano inferiore Segreteria e Direzione. Nell'atrio vi sono due lapidi: una ricorda i lavori di restauro che furono effettuati nei primi del Cinquecento dopo un secolo dalla apertura del Convento, l'altra fondante lo Spedale de' Pazzi mostra queste parole: *Locum hunc / Clemens XIV Pont. Max. / ut qui a mentis insania laborant / in eo reci-*

piantur et alantur / nosocomio Misericordiae / anno Salutis MDCCLXX: Senatu petente adiunxit / Laurentius Bartolinius patr. luc. / eiusdem nosocomii rector / hoc Pontificis et Senatus pietati / monumentum posuit. Nel Libro dei ricordi si legge: “il 20 aprile 1773 fu aperto lo Spedale con avergli mandato tutta la famiglia di servizio, il Custode e il Cerusico”.

Il giorno dopo furono trasferiti dalle carceri di Torre, che si trovavano nell'attuale piazza Napoleone I, 11 pazzi a Fregonaja dagli Esecutori di città, riconoscendo essere gli alienati degni di cura e non più di pene carcerarie. Il Custode e il Chirurgo infermiere, che era il responsabile sanitario, rispondevano al Rettore e al Medico dello Spedale della Misericordia e di San Luca.

L'Albergo dei pazzi nacque come specialità di San Luca e la Medicina entrò a Fregonaja, seguendo la patologia generale del tempo. La scienza settecentesca considerava le “nevrosi” parte della medicina generale: le manie e le melanconie ripetono a livello di funzioni cerebrali la stessa opposizione esistente fra le febbri (alterazioni di tutto l'organismo) e le flogosi (alterazioni locali di un organo). Lucca iniziò con grande significato e valore l'assistenza ai folli come Firenze dove, dopo Santa Dorotea e la Pazzeria una nuova struttura venne destinata a ricovero e cura dei pazzi, con ordinanza del 1785 del Granduca Pietro Leopoldo. Nel 1788 Vincenzo Chiarugi inaugurò lo Spedale di Bonifazio e fu Primo Infermiere e Medico curante. L'anno dopo scrisse il *Regolamento dei Regi Spedali di Santa Maria Nuova e di Bonifazio*, trattato teorico che dettava le linee – oggi diremmo guida – per la cura dei folli. Parigi nel 1793 apre con Philippe Pinel, incaricato dal Comitato di Salute Pubblica (Robespierre, Saint Just e Couthon), Bicêtre dopo averla trasformata da *maison de force* a Spedale per alienati. A Fregonaja si tenne un registro clinico, *il giornale dei pazzi*, dal 1773 al 1807 poi confluito nella Regia Direzione degli Ospedali ed Ospizi sotto il Principato di Elisa Bonaparte Baciocchi, sorella di Napoleone I. Il Buonaccorsi che fu il primo Direttore seguì i dettami di Philippe Pinel e del suo *Traitement moral*.

È importante in Toscana che vi siano rapporti, interventi, proposte affinché al pari di Firenze e altre strutture ex manicomiali possa essere valorizzato al meglio e non disperso e abbandonato un grande patrimonio

Fino al 1850 il registro era ben tenuto, poi è andato disperso, ma il Direttore Cappelli ne fece una trascrizione a repertorio nel 1883. A metà Ottocento il Direttore Neri, a causa del continuo incremento dei degenti, fece costruire le ali Est e Ovest che si collegavano con scale sul pendio della collina all'edificio storico conventuale. I padiglioni erano a pettine, secondo i criteri architettonici del tempo, in numero di due per ala. Questo alienista propose anche l'apertura di un reparto specialistico nell'Ospedale civile di Lucca, ma l'Amministrazione non accettò la proposta e Neri se ne andò a Siena. Sarebbe stata una realizzazione attualissima un secolo avanti circa l'Istituzione dei Servizi Psichiatri di Diagnosi e Cura. Con la Legge n. 36/1904 voluta da Giovanni Giolitti e il Regolamento attuativo del 1909, il Manicomio divenne come gli altri Ospedale-Paese, ospitò malati non solo della Provincia di Lucca ma anche di quelle limitrofe. Arrivò ad ac-

coliere oltre 2000 pazienti, assumendo per carenza di personale più il compito custodiale che quello sanitario sotto le due figure del Direttore e del Procuratore del Re. Tuttavia si applicava il no-restraint e per studi e apertura umana si segnalavano i medici: Vedrani, Paoli, Pfanner fino al Direttore Lippi-Francesconi fuggito nella Certosa di Farneta, poi catturato e ammazzato dai Nazifascisti a Massa per avere aiutato ebrei, partigiani, rifugiati politici e per curare i folli che per quella barbara ideologia dovevano essere eliminati. Mario Tobino, primario della Divisione Donne, resse l'Ospedale con Giovanni Giordano dal 1955 al 1958 quando arrivò il Direttore Gherarducci. Dette grande impulso al miglioramento edilizio e di servizi dell'ospedale, coinvolse i malati nel tessuto sociale, aprì al mondo esterno anche con esperienze mutate dalla Francia: Centro sociale, convegni di Psichiatria, Festival della canzone, la Chiesa officiata dai Cappuccini, aper-

ta alla popolazione dell'Oltreserchio, ecc. La Legge 431/1968, merito del Ministro della Sanità Luigi Mariotti, che introdusse con l'art. 4 la possibilità di ricovero volontario e non solo d'autorità con Ordinanza di Polizia, trovò Lucca preparata con una serie di Centri di Igiene Mentale attivi su tutto il territorio. Sotto la richiesta del referendum radicale per l'abolizione dei Manicomi, la Legge 180/1978, impropriamente definita Basaglia, relatore il collega On. Bruno Orsini, Sottosegretario alla Sanità, inserita nella Legge 833/1978, avviò l'ultima fase dell'O.P.P. di Fregionaja, chiuso nel 1999 dopo un periodo di abbandono con nocimento per i malati e le loro famiglie e perdita del patrimonio culturale per furti e saccheggi. Dopo la morte di Mario Tobino nel 1991, che tanto ha sofferto per la fase di passaggio, la Provincia di Lucca con due medici e la famiglia ha costituito insieme a USL e Comune di Viareggio la Fondazione per tutelare la figura e l'opera del grande psichiatra medico e scrittore e per promuovere approfondimenti psichiatrici, psicologici, storici ed iniziative tematiche di largo profilo. Dopo una fase brillante di avvio e di riconoscimenti sul piano internazionale, la Fondazione vive una fase statica minoritaria per problemi politici e tecnici. È necessario che gli edifici storici, vincolati dalla Soprintendenza, siano restaurati ed adibiti ad usi propri come è stato fatto per Casa Medici, Sede della Fondazione. Gli edifici nella valletta sotto la collina bene sono stati assegnati all'Università di Pisa per il Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche, altri per Hospice per malati terminali, altri per attività distrettuali. È importante in Toscana che vi siano rapporti, interventi, proposte affinché al pari di Firenze e altre strutture ex manicomiali possa essere valorizzato al meglio e non disperso e abbandonato un grande patrimonio.

Un appello a tutti i medici, tramite "Toscana Medica", a conoscere e promuovere, valorizzare e tutelare quanto sopra, parte della Storia della Medicina nella nostra Regione.

@ fec@outlook.it



Figura 3 - Chiosstro (sezione Donne), sec. XV.

Ciò che serve oggi alla psichiatria

di Ugo Catola

Pubblichiamo volentieri questa lettera. Sperando che altri psichiatri intervengano su un tema così delicato.



UGO CATOLA, specializzato in Neurologia, in Psichiatria, in Crim./Psych. for. 1984-86 Dir. Opg Montelupo; 1986-89 Vicedir. Opg Reggio Emilia; 1989-2012 Vicedir. Opg Montelupo. 2002 S. Ten. Med., 2006 Ten. Med., 2013 Cap. Med. Corpo militare Cri. 2 Giugno 1995 Cav. Merito della R. I. 1988-1996 Doc. Neuropsichiatria presso Scuole Inf. Prof.

L'autoreferenzialità, le lotte giacobine per liberare i pazienti dall'oppressione della psichiatria mistificatoria ed emarginante, la negazione della patologia mentale endogena, ridotta a disturbo psichico socio-genetico, hanno fatto il loro tempo e sono state spazzate via dalla realtà. La frase attribuita a Galileo dopo l'abiura è di grande attualità per tutti coloro che cercano di difendere contro ogni evidenza le sublimi verità sostenute dalla psichiatria basagliana, ormai assurta a credo ideologico.

A tal proposito dobbiamo sottolineare che la psichiatria non è mai stata al centro dell'universo, non è e non sarà mai a sé stante, ma fa parte di due sistemi: è una disciplina psico-biologica ed ha sempre rivestito un ruolo non secondario nel sistema di controllo sociale. Come scienza medica cerca di curare i pazienti. Come scienza sociale cerca di armonizzare gli interessi generali con le legittime aspettative dei pazienti, compito che diventa più difficile (ma non impossibile) quando un paziente psichico diventa autore di reato. Su questo punto abbiamo assistito ad uno spostamento dell'asse della psichiatria dalla difesa sociale a quello dell'interesse individuale del paziente, vero o presunto, cioè la fine della funzione custodiale della psichiatria che è iniziata con la legge 180 del '78 e si è conclusa, do-

po quasi un quarantennio con la recente chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari.

Fatte queste semplici considerazioni veniamo allo stato dell'arte.

La famigerata legge Basaglia ha spazzato via, più che i manicomi, il compito di controllo sociale della psichiatria (vedi al proposito l'abolizione del reato di omessa denuncia del malato di mente pericoloso, omessa custodia del malato di mente, artt. 715.717 c. p. e l'obbligo di ricovero per i pazienti pericolosi a sé e agli altri ovvero di pubblico scandalo, legge psichiatrica 1904-1909).

Fatto questo, rimaneva fino a poco fa la seconda linea difensiva: l'Ospedale psichiatrico giudiziario (O. p. g.), definito a ragione *il gendarme della 180*. In realtà questa linea difensiva presentava molte breccie aperte da leggi e sentenze successive agli anni settanta del novecento: molti pazienti autori di reato non entravano negli OO. pp. gg., perché giudicati non pericolosi a prescindere dalla gravità del reato commesso (vedi la non applicazione automatica del ricovero in Opg stabilita da una sentenza della corte costituzionale) e quelli che entravano spesso terminavano la loro degenza assai prima della scadenza edittale, stabilita dal giudice nella sentenza di proscioglimento (per esempio un pluriomicida prosciolti per vizio di mente ed internato per un periodo

minimo di anni dieci, poteva, a domanda, uscire anche dopo pochi mesi...), oppure la concessione di permessi e licenze facili anche contro il parere dei medici della struttura, durante i quali l'internato era libero di commettere altri delitti (vedi caso Panfilla, internato di Montelupo). Il resto l'ha fatto l'abbandono della struttura e la sua carente organizzazione interna, sia sanitaria che amministrativa.

Ma adesso è caduta anche questa striminzita foglia di fico e la psichiatria è nuda davanti alle sue responsabilità. Ora si tratta di ricostruire, sbarazzandosi di ogni preconetto e di ogni degenerazione ideologica, nell'esclusivo interesse dei pazienti e della società, entrambi bisognosi di tutela, ma sorge spontanea una domanda: *i picconatori, i demolitori, i novatori di tobiniana memoria, tuttora affetti da febbre ideologica e da impulsi iconoclastici, che hanno fatto carriera e occupano posti di responsabilità grazie proprio alle loro idee, sapranno costruire qualcosa di valido, oppure, affetti come sono dalla Sindrome del Cuculo, continueranno a far l'uovo in casa d'altri, utilizzando a tale scopo case di riposo, reparti di medicina, carceri, famiglie, comunità e quant'altro pur di non prendersi le responsabilità derivanti dalla diretta gestione dei pazienti?*

@ abhinavagupta@hotmail.it

Sesta Conferenza OMS su Ambiente e Salute: equità e condivisione

di Daniele Dionisio



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/>

...environmental degradation and pollution, climate change, exposure to harmful chemicals and the destabilization of ecosystems threaten the right to health, and disproportionately affect socially disadvantaged and vulnerable population groups, thereby exacerbating inequalities...

Sixth Ministerial Conference on Environment and Health,
Ostrava, Czech Republic, 15 June 2017

Il governo della Repubblica Ceca ha ospitato nella città di Ostrava dal 13 al 15 giugno 2017 la Sesta Conferenza Interministeriale su Ambiente e Salute della Regione Europea dell'OMS.

La Conferenza è stata organizzata dall'Ufficio Regionale OMS per l'Europa, in partenariato con l'United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) e l'United Nations Environment Programme (UNEP).

Le priorità e le sfide per la salute

Le motivazioni della Conferenza scendono dall'evidenza che circa un milione e mezzo di decessi ogni anno nella Regione Europea sono causati da rischi ambientali che potrebbero essere evitati e/o eliminati. È, pertanto, indilazionabile la necessità di intensificare il contrasto ai determinanti ambientali nocivi alla salute. Come è noto, essi includono l'inquinamento dell'aria, inadeguati servizi idrici e igienici, prodotti chimici pericolosi, rifiuti e siti contaminati, e scompensi climatici.

I vincoli di bilancio degli Stati Membri, le disuguaglianze socioeconomiche e di genere, la crescita delle patologie non trasmissibili, l'invecchiamento delle popolazioni, e un inaudito tasso di mi-

grazione fra e dentro i Paesi della Regione hanno esacerbato cumulativamente le criticità accennate. I complessi rapporti fra fattori ambientali, biologici, demografici, economici e sociali richiamano perciò all'urgenza di rafforzare la capacità di resistenza delle comunità verso le pressioni fisiche, naturali e sociali del XXI secolo. Nel corso della Conferenza i rappresentanti dei 53 Paesi del-

la Regione hanno articolato nuove risposte a queste molteplici sfide elaborando sull'evidenza che la salvaguardia dell'ambiente è essenziale alla sopravvivenza dell'umanità. In questo spirito, accenti forti sono stati assunti sulla valenza transfrontaliera delle sfide ambientali, sulla necessità di azioni mirate non solo a livello nazionale, ma pure in ambito subnazionale e urbano, sull'importanza di identificare e tutelare le fasce più vulnerabili, e sulla imprescindibilità di una 'governance' aperta alla partecipazione dei cittadini e degli operatori di settore.

Lavorare in partenariato verso obiettivi globali

La Conferenza ha abbracciato la missione di promuovere sinergie chiave per gli obiettivi di salute, benessere e ambiente inclusi nel Programma "Health



Better Health. Better Environment. Sustainable Choices.

Sixth Ministerial Conference on Environment and Health

13-15 June 2017
Ostrava, Czech Republic

2020” per l'Europa e nell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite (UN) per lo Sviluppo Sostenibile.

Focalizzando, infatti, sulla creazione di ambienti favorevoli e di comunità resilienti (fra i temi cardine di “Health 2020”), la Conferenza ha inteso assegnare alla strategia europea per la salute e l'ambiente il ruolo di piattaforma di implementazione, nella Regione Europea dell'OMS, per gli inerenti goals e targets compresi nell'Agenda UN 2030 per lo Sviluppo Sostenibile.

Dichiarazione ministeriale per un'Europa protesa al futuro

Al termine della Conferenza gli Stati Membri hanno condiviso e siglato una dichiarazione comprensiva di un piano d'azione per la sua implementazione e dell'impegno di misurare e riferire sui progressi specifici attraverso i ‘reporting’ nazionali previsti per la verifica dei Goals di Sviluppo Sostenibile (SDGs) dell'Agenda UN 2030.

In armonia con lo spirito e i contenuti della Conferenza, la Dichiarazione insiste sulla necessità che equità, inclusione sociale e uguaglianza di genere informino le politiche per l'ambiente e la

salute, sull'urgenza della transizione da energie fossili a rinnovabili, e sull'assoluta esigenza di tecnologie pulite e sicure, incluse soluzioni di ‘bassa emissione’ nei trasporti, nel contesto di un ridisegno coerente degli spazi e agglomerati urbani.

Particolare enfasi è posta dalla Dichiarazione su azioni chiave quali “*sine qua non*” per il conseguimento degli obiettivi:

- miglioramento della qualità dell'aria in linea con le linee guida OMS;
- accesso universale, equo e sostenibile ad acqua potabile e igiene personale e ambientale per tutti e in tutti gli ambienti;
- lotta agli effetti tossici dei prodotti chimici mediante sostituzione con alternative accettabili, con stretta attenzione alle fasce più giovani e indifese.
- sviluppo di programmi nazionali per l'eliminazione delle malattie legate all'asbesto;
- espansione di ambienti ‘tobacco smoke-free’, con particolare riguardo alla minore età;
- prevenzione ed eliminazione degli effetti nefasti dello smaltimento

dei rifiuti, e delle connesse disuguaglianze;

- applicazione in concreto dei principi e delle risoluzioni dell'Accordo sul Clima di Parigi del 2015;

- implementazione di coerenti ed efficaci politiche attraverso multipli livelli di ‘governance’, trasparenti assunzioni di responsabilità e migliori pratiche da parte delle leadership;

- perfezionata sostenibilità ambientale dei sistemi sanitari, inclusa la gestione dei rifiuti in termini di ridotta contaminazione esterna, oltre all'uso oculato e responsabile delle necessarie risorse e fonti energetiche.

Appropriatamente, il documento sostiene che le risoluzioni e azioni “ad hoc” non possono esimersi dall'adozione di mentalità e prassi cooperative e multi-partecipative tese a migliorare, su base intersettoriale, la coerenza, la trasparenza, la coordinazione e la volontà collaborativa dei decisori a tutti i livelli al fine di scongiurare il rischio di duplicazione e frammentazione delle iniziative.

📧 d.dionisio@tiscali.it

PER APPROFONDIRE

- WHO Regional Office for Europe

🔗 <http://www.euro.who.int/en/home>

- United Nations Economic Commission for Europe (UNECE)

🔗 <https://www.unece.org/info/ece-homepage.html>

- United Nations Environment Programme (UNEP)

🔗 <http://www.unep.org/about/>

- Health 2020

🔗 <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>

- United Nations 2030 Agenda

🔗 <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>

- Sixth Ministerial Conference on Environment and Health

🔗 <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2017/06/sixth-ministerial-conference-on-environment-and-health/read-more>

- Declaration of the Sixth Ministerial Conference on Environment and Health

🔗 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/341944/OstravaDeclaration_SIGNED.pdf

Dagli al Samaritano (anche l'Italia si è dotata di un suo muro contro i migranti)

“I paesi in via di sviluppo ospitano la maggior parte dei rifugiati di tutto il mondo. Vero o falso?”

di Gavino Maciocco

A questo quesito, contenuto in un ampio set di domande facente parte dell'esame di Igiene per gli studenti di Medicina dell'Università di Firenze, molti hanno risposto “falso”. Di più: questa è stata una delle domande con il più alto tasso di errori nella risposta. Naturalmente gli studenti

avevano potuto documentarsi al riguardo con il materiale didattico a disposizione (tra cui la slide pubblicata qui sotto): la stragrande maggioranza di coloro che scappano dalle loro terre chiedono e ottengono rifugio in paesi lontani dall'Europa e dagli USA. Ma per molti studenti la percezione è stata di-

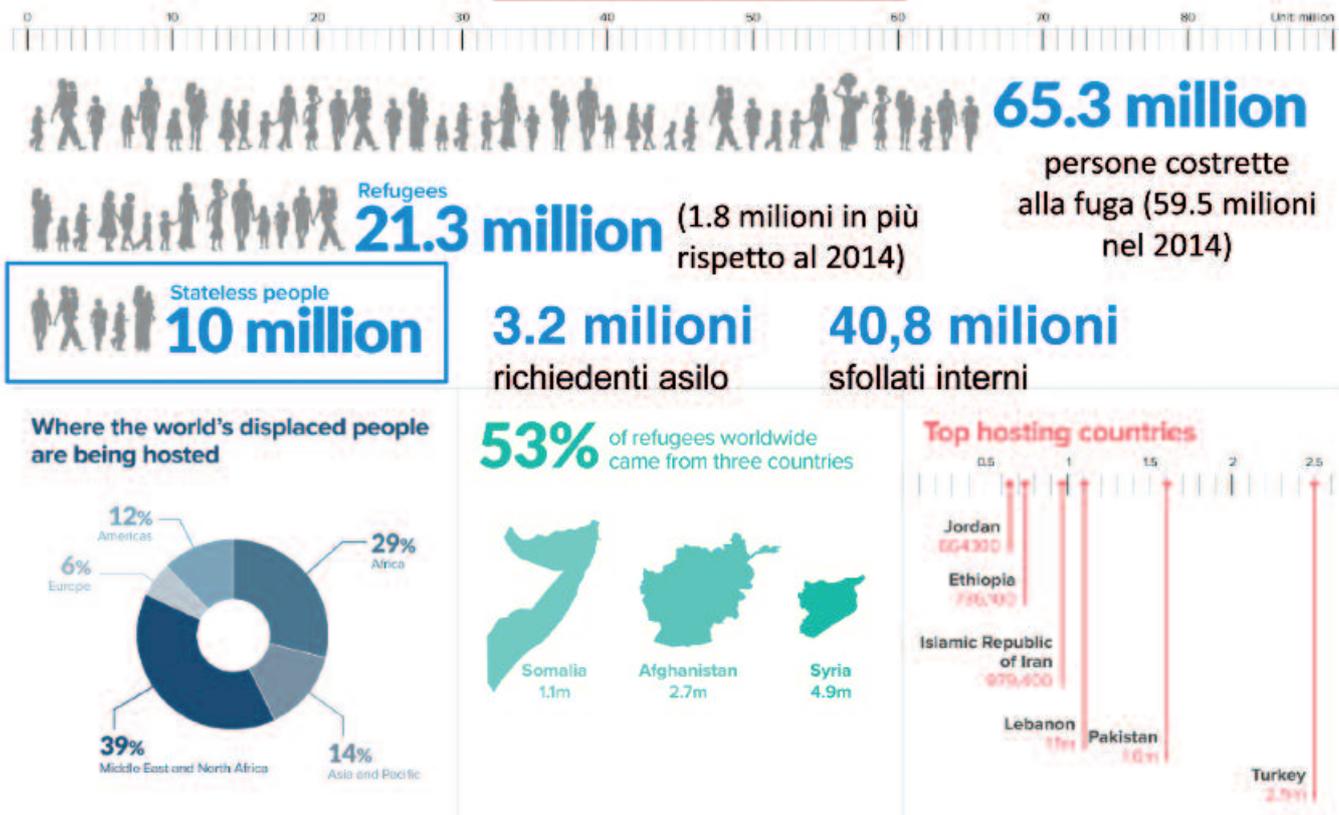


GAVINO MACIOCCO, *medico di sanità pubblica. Volontario civile in Africa, medico di famiglia, esperto di cooperazione sanitaria per il Ministero degli Esteri, dirigente di Asl. Attualmente insegna all'Università di Firenze, dove si occupa di cure primarie e di sistemi sanitari internazionali. Dal 2003 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

versa, indotta dalla martellante pressione mediatica che parla di “invasione dei migranti” e dell'Italia ridotta a “campo profughi dell'Europa”.

2015 UNHCR



Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati
(United Nations High Commissioner for Refugees)

La stessa slide mostra che più della metà dei richiedenti asilo nel mondo provengono da tre soli paesi: Siria, Afghanistan e Somalia. I dati si riferiscono al 2015 e vanno aggiornati perché nel frattempo il Sud Sudan, con 1 milione e 800 mila profughi, ha sostituito la Somalia in questa tragica classifica.

Il Sud Sudan è devastato da alcuni anni da una guerra interna¹ che oltre a produrre morte, fame e distruzioni ha costretto alla fuga dalle loro case milioni di persone, parte di queste si sono riversate fuori dai confini del paese, la maggior parte; un milione, in Uganda.

Si deve allo scrittore Khaled Hosseini – in un ampio reportage pubblicato su “Repubblica” lo scorso 23 luglio² – la descrizione di questo esodo, dell’organizzazione dei soccorsi da parte dell’Unhcr (l’organizzazione delle Nazioni Unite che si occupa dei rifugiati), del governo ugandese e delle comunità locali.

“Questo viaggio in Uganda – scrive Hosseini – è diverso dalle mie precedenti visite ai campi profughi di altri Paesi. La differenza che più salta all’occhio è l’assenza di recinzioni. Qui, grazie a una considerevole testimonianza di generosità e solidarietà, anche i privati cittadini e i proprietari terrieri, oltre che il governo, donano terre ai rifugiati. Osservando i volti stremati dei profughi

arrivati da Pajok, provo un barlume di speranza nel sapere che nel giro di qualche giorno sarà loro assegnato un lotto di terreno su cui poter costruire un’abitazione di emergenza e coltivare il necessario per emanciparsi almeno in parte dagli aiuti. I rifugiati che giungono in Uganda sono liberi di spostarsi, hanno accesso alle stesse cure sanitarie e allo stesso sistema scolastico dei residenti e possono lavorare e aprire delle attività. L’Uganda ha un passato doloroso, e sa bene che una guerra che si protrae nel tempo costringe i profughi a vivere in esilio per anni, spesso decenni. E ha imparato che l’integrazione dei rifugiati, che non vengono considerati esclusivamente alla stregua di un problema umanitario, rappresenta un vantaggio per tutti. Oltre ad essere progressista e compassionevole, la politica dell’Uganda è anche intelligente, perché contribuisce a migliorare la vita dei propri cittadini”.

“Tutti i profughi che ho incontrato – in Uganda, in Ciad, in Giordania, in Iraq e persino in Afghanistan, dove sono nato – hanno espresso il medesimo desiderio: quando potrò tornare a casa e aiutare la mia gente? Nulla può sostituire il profondo legame che ci lega al posto in cui siamo nati. Ma quando tornare nel proprio Paese non è possibile, il luogo in cui troviamo un senso

di appartenenza, dove le persone non dicono, guardandoci, che “non sei di qui”, diventa la nostra casa. Oggi nel mondo troppe voci dicono ai rifugiati che non sono voluti. Ripenso a un momento bellissimo che ogni giorno si ripete presso il centro di raccolta di Koluba, dove i rifugiati, dopo aver ricevuto un pasto caldo, vengono sottoposti a un controllo medico e ricevono un lotto di terra. Ogni mattina un rappresentante dell’ufficio del primo ministro ugandese prende in mano un microfono e si rivolge a loro con un sorriso schietto. «Siete arrivati qui per garantire la sicurezza dei vostri figli», dichiara. «Loro rappresentano la speranza e il futuro. È nostro desiderio che qui, nella vostra nuova casa, voi possiate realizzare i sogni e le aspirazioni dei vostri figli. Benvenuti in Uganda”.

C’è un abisso di civiltà, oltre che di umanità, tra le parole di benvenuto del funzionario ugandese rivolte ai profughi e l’ipocrito slogan “aiutarli a casa loro” tanto in voga tra i politici italiani. C’è un abisso di civiltà, oltre che di umanità, tra l’infessato e oscuro lavoro dell’Unhcr in Sud Sudan per garantire la sicurezza dei convogli dei profughi nell’attraversamento dei confini e l’attacco portato in Italia alle ONG, riuscendo a impedirne l’azione di soccorso ai migranti in mare.



Non potendo fermare le vittime prima che partano dai loro paesi, e non riuscendo a colpire i carnefici, si criminalizzano i soccorritori che salvano chi sta morendo in mare

“Un’irresponsabile campagna di ostilità – affermano i rappresentanti delle principali Ong³ –, opportunisticamente alimentata da tanti esponenti politici e opinionisti, dovrebbe trovare nelle istituzioni una ferma opposizione, non un inaccettabile avallo”. Infatti il governo italiano avalla. Forte di una maggioranza tripartisan e in assenza di un’opposizione, il governo può finalmente dotare anche l’Italia di un suo “muro” a protezione dai migranti, con due semplici mosse:

1. Tagliare le vele alle Ong, impedendogli di fare il loro mestiere, attraverso l’imposizione di un inaccettabile codice di comportamento.

2. Convincere i libici, a suon di dollari, a espandere le proprie acque territoriali a oltre un centinaio di miglia marine dalla costa (rispetto alle precedenti 12) limitando enormemente le possibilità d’intervento delle navi umanitarie. E non sono da escludere accordi

sottobanco con le milizie libiche per bloccare le partenze dei migranti, come ha riferito un reportage del “Corriere della Sera”⁴.

A seguito di ciò anche Ong, come Save the children, che avevano *obtor-to collo* accettato il codice, si ritirano, come già fatto da MSF, che aveva respinto il codice.

“Non potendo fermare le vittime prima che partano dai loro paesi, e non riuscendo a colpire i carnefici, si criminalizzano i soccorritori che salvano chi sta morendo in mare” (Ezio Mauro, “Repubblica”, 9 agosto 2017). “Che ‘Dagli al samaritano’ potesse diventare l’incitamento più diffuso nei media e in politica nel pieno dell’Occidente cristiano è davvero uno shock impreveduto (Marco Revelli, “Manifesto”, 5 agosto 2017).

Missione compiuta: gli sbarchi nei porti italiani ridotti quasi a zero, i soccorsi in mare idem. I morti nel Mediterraneo non si sa, perché uno degli

obiettivi della missione era di azzerare non solo i soccorritori, ma anche i testimoni dei naufragi. Una cosa è invece certa: decine di migliaia di persone in fuga da guerre, persecuzioni o – più semplicemente – dalla fame, provenienti da vari paesi africani e alla ricerca di un “asilo” e di una vita migliore, si ritrovano intrappolate in Libia senza vie di scampo.

“Dietro la riduzione dei salvataggi in mare, ottenuta con il sostegno alle autorità libiche nella loro decisione di limitare l’area di intervento delle navi impegnate nel soccorso umanitario, si consuma una gravissima e sistematica violazione dei diritti fondamentali delle persone: in mancanza di una via di accesso sicura e “legale” all’Europa, si nega il diritto d’asilo a quanti, costretti alla fuga dalla guerra e dalla fame, non sono messi in condizione di raggiungere i Paesi dove questo diritto possa essere esercitato; con il trattenimento nei centri di detenzione libici i migranti, scampati alle tragedie dei Paesi di provenienza, diventano vittime dei trattamenti inumani e degradanti che in questi luoghi abitualmente si praticano” (Mariarosaria Guglielmi, Segretario generale di Magistratura Democratica⁵).

gavino.maciocco@gmail.com

Note

¹ <http://www.saluteinternazionale.info/2017/07/lagonia-del-sud-sudan/>

² Hosseini K., *Sud Sudan. Io e la rifugiata Gladys in viaggio nella solidarietà*, “La Repubblica”, pp. 12-13, 23 luglio 2017. Vedi anche [https://](https://francescomacri.wordpress.com/2017/07/24/sud-sudan-io-e-la-rifugiata-gladys-in-viaggio-nella-solidarieta/)

francescomacri.wordpress.com/2017/07/24/sud-sudan-io-e-la-rifugiata-gladys-in-viaggio-nella-solidarieta/

³ http://www.huffingtonpost.it/2017/08/11/lettera-di-actionaid-amnesty-emergency-msf-oxfam-irrespon_a_23074354/?utm_hp_ref=it-homepage

⁴ <http://www.corriere.it/video-articoli/2017/09/08/migranti-scafisti-cosa-accade-davvero-libia/979f2c26-94a3-11e7-add3-f41914f12640.shtml>

⁵ <http://www.magistraturademocratica.it/mdem/articolo.php?id=2795&a=on>



CORSI E CONVEGNI

PATOLOGIA VULVO-PERINEALE... E NON SOLO!

Il corso di aggiornamento si terrà da venerdì **17 novembre** alle ore 13:45 a sabato **18 novembre 2017** alle ore 14.00 presso Villa Montalto di Firenze. Direttore del corso: Dr. Riccardo Rossi. Il corso è destinato ad un massimo di 120 partecipanti individuati in tutte le professioni, con maggiore attenzione alle discipline di: ginecologia, anatomia patologica, dermatologia, urologia, oncologia, ematologia, ostetricia, chirurgia plastica, chirurgia estetica, sessuologia, pediatria. **ECM richiesti**

Segr. Org.va tel. 055.7323160; info@cantiereventi.com - www.cantiereventi.com

LOCANDINA INFORMATIVA SUI CERTIFICATI DI MALATTIA TELEMATICI

Qualche mese fa, al termine di un lavoro congiunto di approfondimento, l'INPS di Firenze, l'Ordine dei Medici di Firenze e i Sindacati della Medicina Generale elaborarono una locandina informativa sui certificati di malattia telematici con lo scopo di informare i pazienti sulle regole di comportamento in caso di malattia ed evitare, così, i disagi riscontrati in sede di visite di controllo. L'iniziativa fiorentina è stata talmente utile e opportuna che adesso è stata fatta propria dall'INPS nazionale. La sede centrale ha infatti avviato una campagna informativa che coinvolge tutte le sedi INPS italiane, chiedendo l'impegno alla massima diffusione della locandina informativa presso tutti i luoghi di cura: studi dei medici di famiglia, strutture sanitarie pubbliche e private. Pubblichiamo di seguito il link per stampare la locandina:

 <http://www.ordine-medici-fiorenze.it/index.php/component/phocadownload/category/6-varie?download=322:locandina-certificati-di-malattia-telematici>

CORSO ECM SULLA DEONTOLOGIA PROFESSIONALE

Il **Codice di Deontologia Medica** è il caposaldo della professione medica. È attorno a questo caposaldo che ruota il nuovo corso gratuito di formazione a distanza pubblicato sulla piattaforma online della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici: "Il Codice di deontologia medica" (**12 crediti ECM, online fino al 15 giugno 2018, codice ECM 196733**). Il corso affronta molti aspetti dell'etica medica e della deontologia professionale, che sono aspetti tanto rilevanti quanto le aggiornate conoscenze tecnico-scientifiche. Nel corso vengono proposte diverse situazioni di largo impatto quotidiano, dal consenso informato ai certificati medici, dal passaggio di consegne al rapporto con i colleghi, dalla prevenzione al segreto professionale, alla pubblicità di uno studio medico. Per accedere al corso, se non lo si è già fatto prima, occorre autenticarsi alla pagina:

 <http://application.fnomceo.it/Fnomceo/public/registrazioneUtenteFadInMed.public>

RADIOPROTEZIONE IN ODONTOIATRIA

L'Ordine di Firenze e la Commissione Odontoiatri fiorentina hanno provveduto alla pre-iscrizione degli iscritti all'Albo degli Odontoiatri di Firenze alla piattaforma FORMAS per poter fruire del corso FAD "Radioprotezione in Odontoiatria ai sensi del D.Lgs. 187/2000", obbligatorio a norma di legge per i dentisti che, nella loro pratica professionale, si avvalgono della radiologia complementare. Il corso è gratuito, attribuisce 9 crediti ECM ed è disponibile al seguente indirizzo:  <http://fad2.formas.toscana.it/>. La pre-iscrizione al corso è stata fatta utilizzando l'indirizzo email conosciuto dall'Ordine.

LESIONI PERSONALI STRADALI E OBBLIGO DI REFERTO

A seguito dell'entrata in vigore della Legge n. 41 del 2016 sull'omicidio stradale, vi sono importanti ricadute sugli obblighi per i medici, in particolar modo nei casi di lesioni personali gravi o gravissime derivanti da sinistri stradali con prognosi superiori a 40 giorni. Per questo motivo la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha diramato una comunicazione dove ricorda i corretti comportamenti da tenere, sia da parte dei medici del Pronto Soccorso, sia da parte di tutti gli altri medici (di famiglia, specialisti, ecc.) che si trovino a formulare prognosi di malattia superiori a 40 giorni (anche per continuazioni) derivanti da sinistri stradali, sottolineando che la mancata segnalazione all'Autorità Giudiziaria comporta l'imputazione per il reato di omissione di referto o denuncia. Il testo integrale della comunicazione FNOMCeO.

 <http://www.ordine-medici-fiorenze.it/index.php/component/phocadownload/category/6-varie?download=325:lesioni-personali-stradali-e-obbligo-di-referto>.

Manfredo Fanfani

LA TAVOLA DELL'ULTIMA CENA

Dal linguaggio figurativo al valore mediatico dell'immagine

Quarta Parte

(Terza parte nel numero precedente)

Tommaso

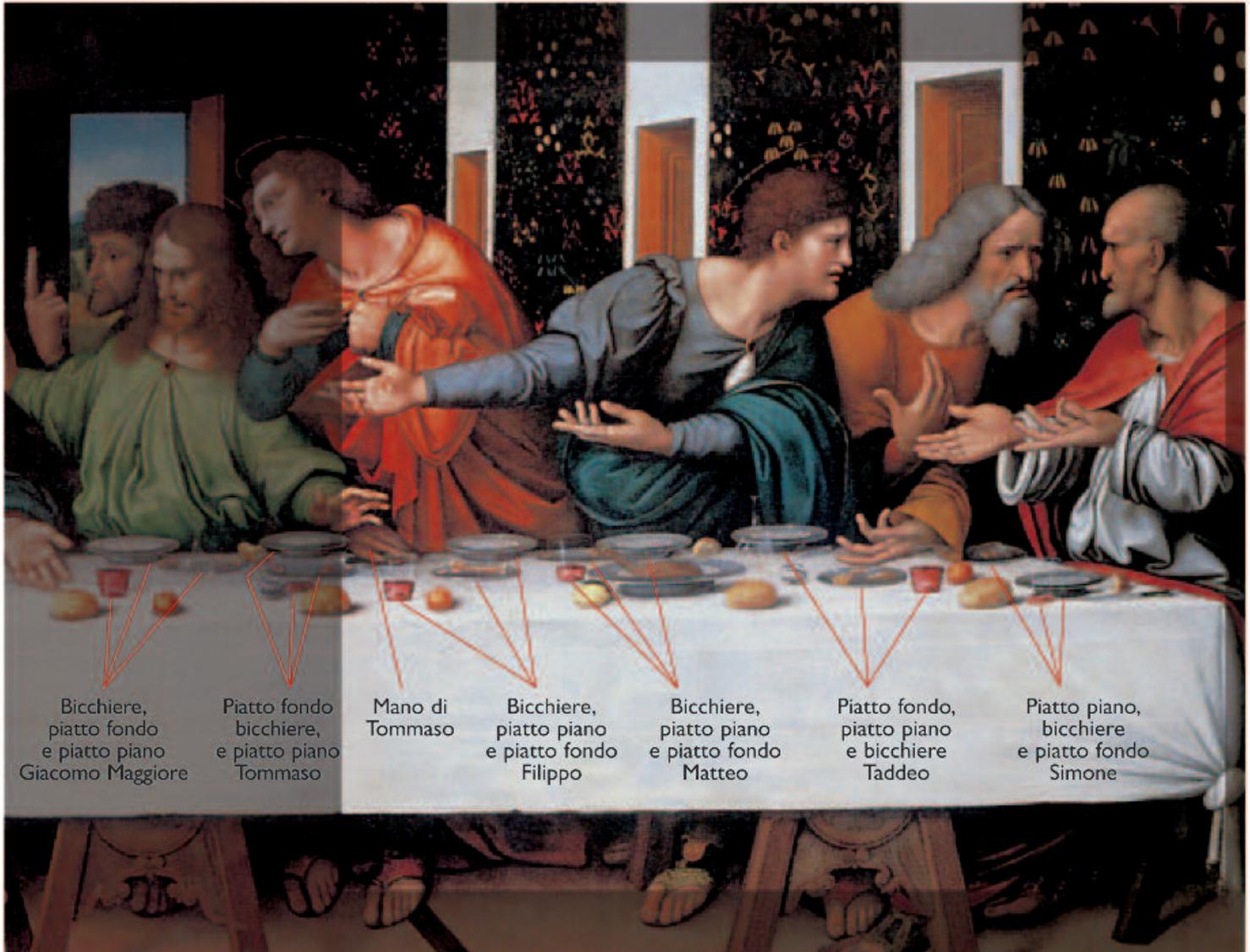
Giacomo
Maggiore

Filippo

Matteo

Taddeo

Simone



Bicchiere,
piatto fondo
e piatto piano
Giacomo Maggiore

Piatto fondo
bicchiere,
e piatto piano
Tommaso

Mano di
Tommaso

Bicchiere,
piatto piano
e piatto fondo
Filippo

Bicchiere,
piatto piano
e piatto fondo
Matteo

Piatto fondo,
piatto piano
e bicchiere
Taddeo

Piatto piano,
bicchiere
e piatto fondo
Simone

*Giovan Pietro Rissoli, detto Giampietrino,
l'Ultima Cena (particolare).*

Nella copia del Giampietrino appare evidente la distribuzione delle stoviglie, con qualche variante, e la furtiva mano di Tommaso che compare fra Giacomo Maggiore e Filippo nell'atto di impugnare un coltello.

(Continuazione)

Il linguaggio delle mani.

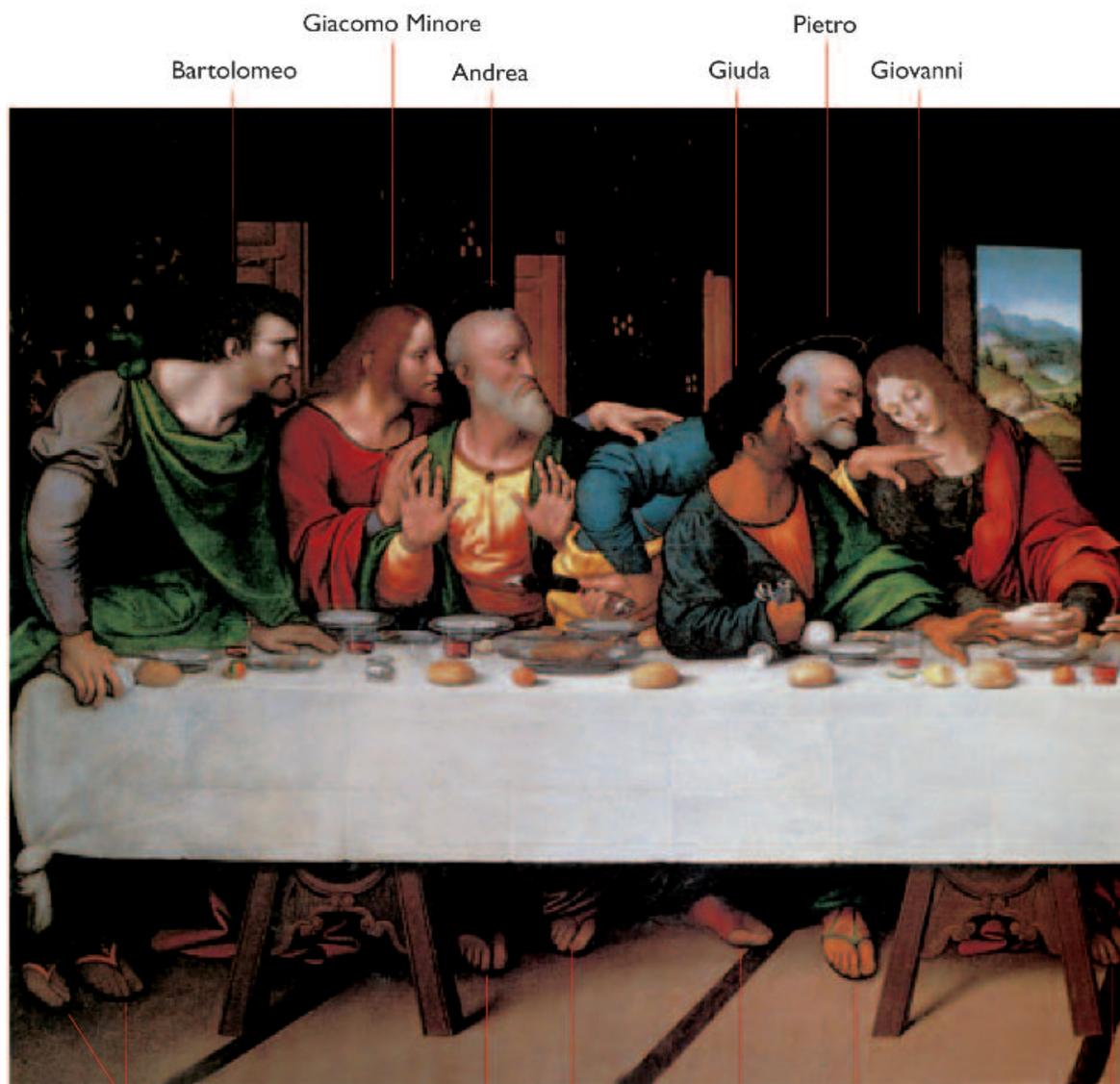
Giovan Pietro Rizzoli, detto Giampietrino, Ultima Cena (notizie dal 1495 al 1549 ca.), Royal Academy of Arts, Londra

Si tratta di una delle più fedeli copie del Cenacolo di Leonardo che consente uno studio accurato dei particolari. L'affresco di Leonardo privilegia il motivo del turbamento collettivo: nessuno pensa a mangiare; intensi sono i moti dell'animo all'annuncio del tradimento: "In verità, in verità vi dico: uno di voi mi tradirà" (Gv XIII, 21). Si tratta di una ultima cena senza traccia di "intinger di pane". Gesù non ha ancora compiuto il gesto rivelatore: "è colui per il quale intingerò un boccone e glielo darò" (Gv XIII, 26). La tensione emotiva echeggia lo spirito del vangelo di Luca: "allora essi cominciarono a domandarsi a vicenda chi di essi avrebbe fatto ciò" (Lc XXII, 23).

Colpisce l'espedito di cui Leonardo si è servito per animare la sua ultima cena: il parlare con la gestualità delle mani forma una "pittura polifonica" che dà voce alle immagini rafforzando i sentimenti. Gesù: con rassegnata dolcezza del volto, allarga le braccia; con una mano mostra il pane, con l'altra indica il vino; un preannuncio di ciò che avverrà di lì a poco con la Consacrazione eucaristica.

Gli occhi socchiusi e meditanti, le braccia abbandonate sul tavolo, la mano sinistra aperta con il palmo rivolto in alto: una chiara gestualità sulla accettazione ineluttabile della propria sorte: "Padre mio, se questo calice non può passare da me senza che io lo beva, sia fatta la Tua volontà" (Mt XXVI, 42). Ai due lati il turbamento degli apostoli, che diventa grido, paura, suono appassionato come in una musica, definita "figurazione delle cose invisibili" dallo stesso Leonardo, inventore di strumenti e ottimo musicista. Gli apostoli discutono in modo concitato assiepati a gruppi di tre, ma i vari gruppi sono messi in relazione attraverso una gestualità che avvolge il turbamento collettivo in una armoniosa coralità.

Sul lato destro di Gesù, **Pietro**, udite le parole del Signore, si lancia con impeto dietro le spalle di **Giuda**, afferra con la mano la spalla di **Giovanni**, l'indice teso indica Gesù; la bocca è socchiusa,



Piede sinistro e destro di Bartolomeo

Piede destro di Andrea

Piede destro di Giuda

Piede destro

Piede destro di Pietro

Piede sinistro di Pietro

sta bisbigliando: tu che sei vicino al Signore "Di, chi è colui a cui si riferisce?" (Gv XIII, 24).

Giovanni inclina il capo verso **Pietro** per meglio ascoltare, lo sguardo è rivolto in basso, le mani sono strette l'una all'altra, secondo la bella espressione di Leonardo "tesse le dita delle sue mani insieme".

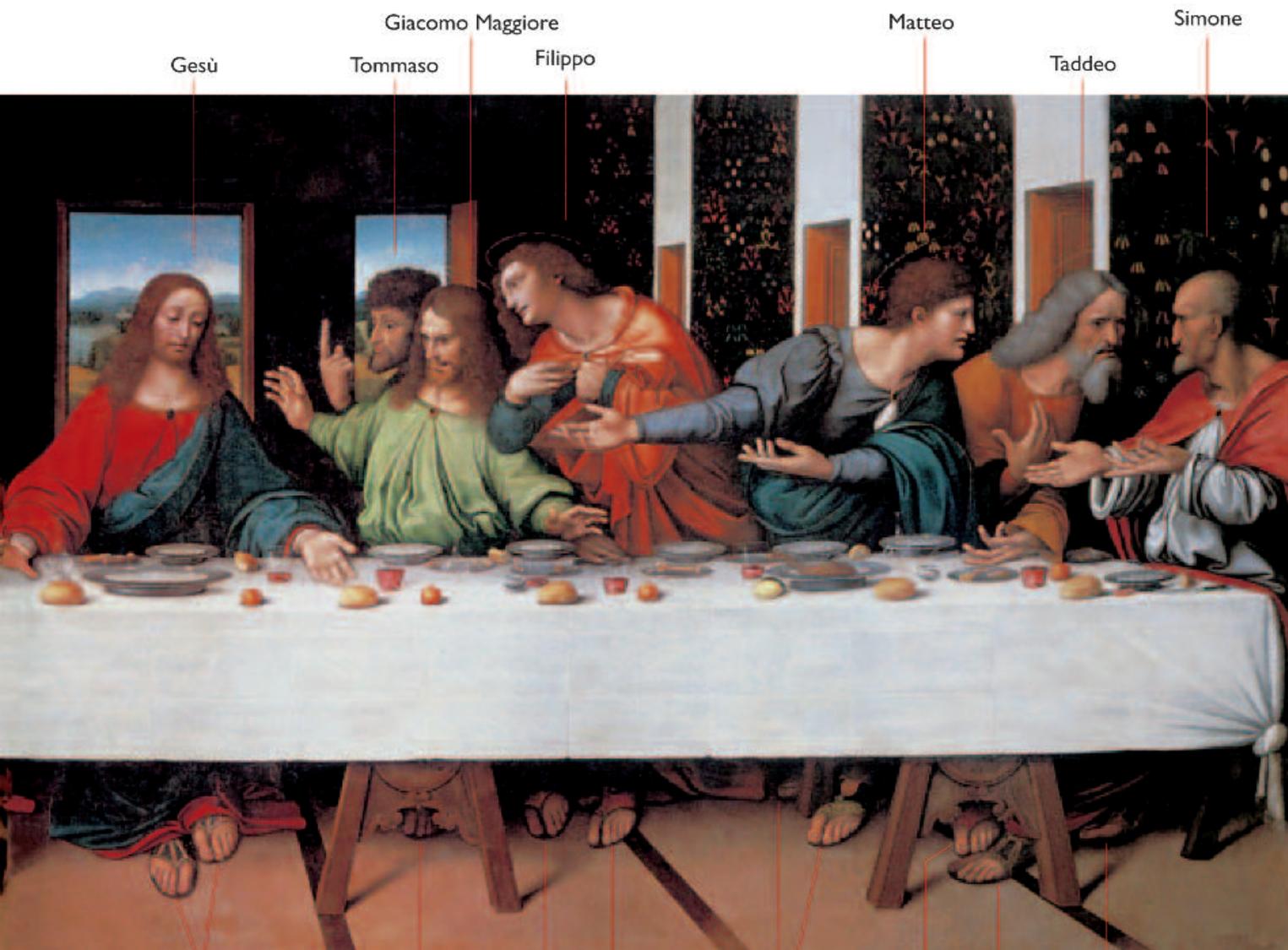
Un atteggiamento di chi attende un ascolto confidenziale. **Pietro** punta il manico di un grosso coltello contro la schiena di **Giuda** che, impaurito, arretra di scatto, rovescia la saliera spostando in avanti il suo piatto. **Andrea**, con lo sguardo attonito, le braccia sollevate e il palmo delle mani in avanti, le labbra rivolte in basso, esprime meraviglia, disgusto, costernazione.

Giacomo Minore stende la mano sinistra dietro le spalle di **Andrea**, con l'indice teso verso Gesù per sottolineare la domanda che **Pietro** ha rivolto a

Giovanni. La catena di braccia e di mani rafforza l'onda emotiva. A capo tavola **Bartolomeo**, spinto da uno sdegno incredulo, si alza di scatto puntellandosi con le mani sulla tavola. Il corpo è proteso in avanti, lo sguardo rivolto verso **Pietro** esprime la tensione di chi attende una risposta alla domanda rivolta a **Giovanni**: "Di, chi è colui a cui si riferisce?". Anche la gestualità degli apostoli alla sinistra del Signore esprime raccapriccio e tensione per l'annunciato tradimento.

Ognuno potrebbe essere il colpevole, ciascuno rivolge la stessa domanda: "sono forse io, Signore?" (Mt XXVI, 22). **Giacomo Maggiore** si piega all'indietro per lo spavento, le parole di Gesù lo hanno colpito, allarga le braccia, la testa è abbassata, le labbra dischiuse in un'esclamazione di sgomento. Dietro di lui **Tommaso**,

l'incredulo, indica il cielo con l'indice, un gesto che allude all'intervento del Padre; la mano sinistra è appoggiata sul tavolo nell'atto di afferrare un coltello. **Filippo**, alzatosi in piedi, si piega verso Gesù con le mani sul petto; il volto angelico esprime amarezza e devozione, quasi a dire: Signore non sono certo io il traditore, conosci la purezza dei miei sentimenti! L'ultimo gruppo di tre apostoli discute animatamente su quanto appena udito. **Matteo** si alza in piedi e rivolgendosi verso **Simone** tende di scatto le mani all'indietro indicando Gesù; una gestualità chiaramente allusiva: avete ascoltato cosa ci ha appena detto il Maestro? Questa gestualità ricollega i due gruppi e ricompone la coralità dell'insieme. Accanto a **Matteo** siede **Taddeo**: spinto verso sinistra è leggermente arretrato, il volto è teso, la mano sinistra



Gesù

Tommaso

Giacomo Maggiore

Filippo

Matteo

Taddeo

Simone

di Giovanni

Piede destro e sinistro di Gesù

Piede sinistro di Giacomo Maggiore

Piede sinistro di Filippo

Piede sinistro di Tommaso

Piede destro e sinistro di Matteo

Piede sinistro di Taddeo

Piede destro di Simone

Piede sinistro di Simone

appoggiata sul tavolo ripete la gestualità di Matteo nell'indicare il Signore; la mano destra è sollevata con le dita sul petto, come dicendo: certo che ho ascoltato cosa ha detto il Signore, pensate che sia io il traditore? **Simone** siede dignitosamente a capo tavola; il volto riflessivo e meravigliato, il movimento delle braccia e delle mani col palmo in alto esprimono incredulità e sorpresa.

Altre parti del corpo in sintonia con il linguaggio delle mani

La fedele copia ha conservato anche la preziosa memoria della parte inferiore del Cenacolo con la posizione dei piedi che arricchisce il linguaggio del corpo. Nel gruppo dei tre apostoli che comprende **Giacomo Maggiore**, **Tommaso** e **Filippo**, sono presenti tre piedi, tutti e tre con la configurazione del piede sinistro. Non dovrebbe esserci pertanto alcun dubbio che uno di questi piedi, quello centrale, appartenga a **Tommaso**; questa presenza è un'ulteriore conferma, insieme alle stoviglie personali e alla mano appoggiata sopra la tavola, che **Tommaso** era seduto al suo posto dal quale è stato estromesso dal

gesto impetuoso di **Giacomo Maggiore**. Anche i piedi degli altri tre apostoli alla sinistra di **Gesù** (**Matteo**, **Taddeo** e **Simone**) hanno tutti la configurazione del piede sinistro; di **Simone** e di **Matteo** si intravedono, in posizione arretrata, anche l'alluce e l'indice del piede destro, seminascosto dalle gambe del tavolo. Sul lato destro di **Gesù**: a capotavola i piedi di **Bartolomeo**; dalla loro configurazione è evidente che la gamba sinistra è accavallata sulla destra; per la precaria stabilità l'apostolo si sostiene sul tavolo con le mani. **Pietro** è proteso in avanti verso **Giovanni**, la posizione dei piedi segue la dinamica del movimento del corpo; il piede sinistro, con il calzare rosso, è appoggiato saldamente per terra e compare da sotto la veste scura di **Giuda**;

il piede destro, semicoperto dal mantello rosato dell'apostolo, è spostato all'indietro e appoggia sulle dita. Per correggere l'instabilità del corpo, **Pietro** si sostiene con la mano sinistra alla spalla di **Giovanni**. Accanto al piede destro di **Pietro** è evidente il piede destro di **Andrea**. Parzialmente coperto dalle gambe del tavolo e dalle pieghe della tonaca rossa, compare anche il piede destro di **Giovanni**. I piedi di **Giacomo Minore** sono nascosti dai cavalletti del tavolo e dalle ampie pieghe della veste rossa adagiata sul pavimento. Solo **Gesù** è rappresentato con ambedue i piedi compostamente appoggiati in terra, è evidente il contrasto con l'irrequietezza degli altri piedi, conseguente ai bruschi movimenti degli agitati commensali.

Emozioni a più voci. Nei quattro gruppi di tre apostoli si ripetono gli stessi stati d'animo: l'irruento, l'interrogativo, il riflessivo.

Leonardo da Vinci, *l'Ultima Cena* (particolari)

Bartolomeo Giacomo
Minore Andrea



Nel primo gruppo è Bartolomeo che compie un movimento irruento, si alza di scatto e si protende in avanti spingendo a lato Giacomo Minore che ha un atteggiamento interrogativo verso Pietro e Giovanni. Andrea, con le mani sollevate, riflette con sorpresa e disgusto.

Giuda Pietro Giovanni



Nel secondo gruppo è Pietro che con irruenza è proteso verso Giovanni. Giuda arretra impaurito e si sta interrogando: Rabbi, sono forse io il traditore? Giovanni "tesse le dita delle mani insieme" con atteggiamento riflessivo, è intento ad un paziente ascolto.

Tommaso Giacomo
Maggiore Filippo



Nel terzo gruppo è Giacomo Maggiore che con movimento irruento estromette Tommaso dal suo posto a tavola. Tommaso esprime riflessione e dubbio col dito indice alzato. Filippo si interroga sul traditore, con dolce atteggiamento respinge ogni sospetto appellandosi alla purezza del suo cuore.

Matteo Taddeo Simone



Nel quarto gruppo è Matteo che si è alzato di scatto, è proteso verso Simone. Il vicino Taddeo, spinto di lato, si sta interrogando: pensate che sia io il traditore? Simone è l'apostolo in atteggiamento riflessivo, visibilmente sorpreso dall'annuncio del tradimento.



DEDUCIBILITÀ DELLE SPESE DI FORMAZIONE

La recente **Legge 22 maggio 2017 n. 81**, recante misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale, ha approvato anche alcune misure sulla **deducibilità delle spese di formazione**. In particolare l'art. 9 della suddetta Legge ha modificato in parte l'art. 54 comma 5 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (DPR 917/1986) rendendo integralmente deducibili, entro il limite massimo annuo di 10.000 euro, le spese sostenute per l'iscrizione a master e a corsi di formazione o di aggiornamento professionale, nonché le spese di iscrizione a convegni e congressi, comprese quelle di viaggio e di soggiorno. **Per i medici e gli odontoiatri, vi rientrano quindi anche i costi per gli eventi ECM**. Tale attesa agevolazione fiscale è stata ottenuta grazie alla continua opera di sensibilizzazione svolta soprattutto dalla categoria odontoiatrica, sia a livello centrale che locale, nei confronti degli interlocutori politici.



OBBLIGO DEL DAE PER LE SOCIETÀ SPORTIVE

Dal **1° luglio 2017 tutte le società sportive dilettantistiche devono essere dotate di defibrillatore e di personale formato ad usarlo**. Lo ricorda il Ministero della Salute, dopo che l'obbligo introdotto dal Decreto Balduzzi del 2012 sia per le società sportive professionistiche che per quelle dilettantistiche era stato più volte per queste ultime prorogato. **Adesso la norma entra pienamente in vigore** e quindi non potranno essere svolte attività sportive se l'impianto dove si svolgono le attività non è dotato di defibrillatore oppure se manca personale abilitato ad usarlo. Fanno eccezione gli sport a basso rischio fisico come le bocce, il biliardo, la pesca, gli sport di tiro e quelli da tavolo.



CIRCOLARE FIMP NAZIONALE

Molti pediatri di famiglia si trovano di fronte a genitori che per i loro figli richiedono con determinazione una lunga lista di esami finalizzati alla verifica di pregresse malattie suscettibili di vaccinazione obbligatoria e/o di accertamenti che, a loro dire, dovrebbero provare la competenza immunitaria per tollerare le vaccinazioni. A volte si affidano a pesanti lettere raccomandate con minaccia di denuncia all'Ordine dei Medici o alla Magistratura. La Fimp ha già informato gli iscritti che a tali richieste il pediatra di libera scelta deve rispondere con determinazione come queste prescrizioni **NON SIANO DOVUTE**; salvo che in base alla conoscenza clinica dell'assistito ne condivide l'utilità, ma non necessariamente per tutta la lunga lista degli esami, che vengono richiesti. Devo anche informarvi che qualora qualcuno di voi decida di assecondare le richieste per quieto vivere o timore di imprevedibili conseguenze (sbagliando sul merito e abdicando al proprio ruolo di unico decisore sulle necessità assistenziali, se pur nell'ambito di un complesso rapporto relazionale con i propri assistiti), la prescrizione su ricettario regionale si presta a rivalsa sui costi imputabili al professionista da parte della Corte dei Conti, perché ritenuta impropria.

Appena ci saranno ulteriori notizie sarà mia cura informarvi ma nel frattempo vi raccomando di esercitare fermezza e consapevolezza nelle vostre decisioni, non facendovi intimorire o strumentalizzare di fronte ad una legge che vi tutela.

La Presidenza Nazionale Fimp



PREPARARSI PER MEDICINA GIÀ DAL LICEO

Cinquanta ore l'anno, tra teoria e "pratica", per capire sin dalla terza liceo scientifico se la scelta di fare il medico sia o meno quella giusta. È questo, in sintesi, il senso del progetto congiunto MIUR (Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca) – FNOMCeO (Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri), che prenderà il via quest'anno in trenta licei scientifici italiani. Il percorso sperimentale riprodurrà il modello adottato già da anni presso il liceo scientifico "Leonardo da Vinci" di Reggio Calabria, che sarà capofila del progetto. La sperimentazione sarà indirizzata agli studenti delle classi terze, avrà una durata triennale (per un totale di centocinquanta ore), con un monte ore annuale di cinquanta ore: venti tenute dai docenti di scienze, altre venti dai medici indicati dagli Ordini provinciali, dieci "sul campo", presso strutture sanitarie, ospedali, laboratori di analisi. Con cadenza bimestrale, è prevista la somministrazione di test a risposta multipla, per verificare le competenze acquisite ma anche per prepararsi ai futuri test di accesso.



PREPARAZIONI MAGISTRALI DIMAGRANTI

Sulla Gazzetta Ufficiale del 14 agosto 2017 è stato pubblicato il Decreto del Ministro della Salute del 27 luglio 2017 che dispone il divieto per i medici di prescrivere e per i farmacisti di eseguire preparazioni magistrali a scopo dimagrante contenenti efedrina o pseudoefedrina in quantitativi superiori a 2400 mg per ricetta.



VACCINAZIONI

Le vaccinazioni previste dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 sono gratuite in quanto inserite nel DPCM 12/01/2017 di aggiornamento dei LEA (livelli essenziali di assistenza). **Nel 2017**, le Regioni **solo su richiesta dei cittadini nati nel 1952**, offrono gratuitamente la vaccinazione anti-Herpes Zoster (Fuoco di Sant'Antonio) per la prevenzione della malattia e della nevralgia post-erpetica. A partire dal 2018, invece, i cittadini sessantacinquenni riceveranno la lettera di chiamata attiva per l'offerta di questa vaccinazione da parte delle ASL. La schedula vaccinale prevede la somministrazione di una sola dose.



DOTTORE, MA È VERO CHE...

Sarà questo il titolo di un nuovo sito internet che la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici metterà online. Il sito si propone di smascherare le "bufale" che riguardano la medicina e la sanità, che troppo spesso trovano proprio su internet una cassa di risonanza che ne amplifica gli effetti dannosi. Il sito si propone di utilizzare due "armi" per contrastare questa deriva: rigore scientifico e corretta informazione, allo scopo di migliorare la comprensione dei cittadini, rendendoli partecipi dei progressi della scienza e quindi in grado di distinguere tra vero e falso e tra fonti più o meno affidabili. Per far questo i medici devono recuperare un rapporto di dialogo e di ascolto coi pazienti, evitando atteggiamenti di ritrosia o superiorità. Solo così i dubbi, le paure e le perplessità della gente potranno essere affrontati e risolti.



ONERE PROBATORIO IN CASO DI DANNI

Chi porta in giudizio una struttura sanitaria per responsabilità contrattuale per inesatto adempimento della prestazione medica a cui è stato sottoposto, ha un preciso onere probatorio da rispettare. La Cassazione ha infatti ribadito che spetta al danneggiato "fornire la prova del contratto e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari", restando a carico della struttura la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile. La Suprema Corte quindi ha ribadito un importante principio di diritto: prima ("a monte") il danneggiato deve provare il nesso di causalità fra la patologia e l'intervento medico; poi, se questa prova esiste, sarà la struttura a dover provare ("a valle") che i sanitari hanno agito con diligenza e che l'evento sfavorevole era imprevedibile. Ma se manca la prova "a monte", non si può discutere di quella "a valle".



Manfredo Fanfani

LA TAVOLA DELL'ULTIMA CENA



Dalla tavola medievale
di Giotto e Duccio di Boninsegni,
al Cenacolo di Leonardo.

L'evoluzione degli usi conviviali.

*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