

# TOSCANA MEDICA

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

## INDICE

### **Editoriale**

*Pietro Claudio Dattolo, Simone Pancani* 2

### **Cambia tutto tranne la responsabilità del medico**

*Antonio Panti* 3

### **Colore (e arte) in ospedale**

*Alberto Dolara* 4

### **Curare il dolore del neonato: una sfida etica**

*Maria Serenella Pignotti, Marina Raspi* 6

### **Metodo Toscano Maxiemergenza (MTM): un nuovo modello formativo basato sull'esperienza sul campo**

*Piero Paolini* 9

### **Riabilitazione Neuroplastica per soggetti con morbo di Parkinson**

*Maurizio Bertoni* 10

### **L'infelicità dei medici**

*Andrea Vannucci* 13

### **Vita dell'Ordine**

16



Ordine provinciale  
dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
di Firenze

# 10

DICEMBRE 2022

# Idee e progetti per la “Toscana Medica” del futuro prossimo venturo

di Pietro Claudio Dattolo, Simone Pancani

L'anno appena trascorso è stato difficile e impegnativo sotto molti punti di vista e i medici ancora una volta hanno lavorato in mezzo a mille incertezze per garantire le migliori cure possibili a tutti i pazienti.

Bisogna riconoscere che mai come in questo periodo il futuro appare incerto e moltissime domande sembrano destinate a non ricevere mai risposte davvero soddisfacenti o magari auspicabilmente definitive.

Nei mesi passati l'Ordine è sempre stato, come si dice in gergo, “sul pezzo” e non ha mancato di fare sentire la propria voce a tutela degli iscritti e nell'interesse principale della salute collettiva.

Anche per il prossimo anno l'Ordine garantirà un impegno attivo e partecipato; ma tralasciando per un attimo le grandi questioni che agitano il nostro mondo, soffermiamoci un momento, in quest'ultimo editoriale, su “Toscana Medica”.

Come sapete il 2022 per la nostra Rivista è stato un anno di grande cambiamento con la migrazione quasi totale sul web, a eccezione di

un numero limitato di copie ancora stampate su carta.

Il passaggio *online* ha significato un lavoro lungo e complesso che francamente anche noi non credevamo così, diciamo, articolato, alla ricerca di un equilibrio quanto più preciso possibile tra le istanze della nuova dimensione e il retroterra ormai “storico” di una pubblicazione che i medici di Firenze e provincia conoscono e apprezzano dal 1983.

Il lavoro comunque iniziato già da diversi mesi non è ancora terminato e proseguirà anche durante il prossimo anno con la collaborazione di un nuovo editore, localmente molto ben inserito, che ci aiuterà a fare crescere ancora di più la Rivista. La carta sarà definitivamente abbandonata e stiamo pensando a un *format* agile e snello, facilmente intuitivo che possa essere ben apprezzato anche sui dispositivi mobili. Pubblicheremo a flusso continuo contributi di argomento sanitario e socio-politico-sanitario provenienti da Enti pubblici, Asl, Università e soggetti privati per permettere ai colleghi di mantenersi

aggiornati in un mondo in continuo e vorticoso cambiamento.

Ben volentieri accetteremo proposte e suggerimenti che nelle nostre intenzioni dovrebbero continuare a sostenere il “dibattito e la discussione” dei medici toscani, come sempre si è letto sul frontespizio della Rivista. Ovviamente non mancheranno i contributi scientifici che ogni mese racconteranno quello che i medici fanno nei loro ambiti di lavoro, per diffondere cultura e fornire informazioni attendibili a chi cerca risposte concrete a problemi della pratica clinica quotidiana.

Stiamo inoltre studiando come portare sempre più l'Ordine e la Rivista sui *social*, pensando magari alla realizzazione di piccole *clip* audiovisive da inviare sui pc o dispositivi mobili degli iscritti in presenza di argomenti di particolare importanza oppure alla creazione di un apposito canale *YouTube*.

Le idee sono tante e la voglia di realizzarle altrettanta: ogni idea è bene accetta, insieme a eventuali perplessità, dubbi o critiche di vario genere.

# Cambia tutto tranne la responsabilità del medico

di Antonio Panti

Viviamo un cambiamento d'epoca e tutto si trasforma, la società, i costumi, le ideologie; la tecnologia condiziona le nostre vite attraverso le applicazioni della scienza. Anche la medicina non si sottrae a questo mutamento: basta pensare agli effetti della cosiddetta Intelligenza Artificiale con cui si stanno innovando o inventando un'infinità di strumenti che condizioneranno l'agire del medico.

Sono già molteplici le applicazioni della telemedicina e, entro pochissimi anni, la professione sarà immersa in quest'ambito tecnologico con il rischio di stravolgere la "fisicità" della visita medica nella virtualità del rapporto con il paziente, un contatto sensorialmente limitato e poco produttore di empatia.

Indubbiamente ne sarà influenzata la metodologia con la quale finora il medico è giunto alla diagnosi, alla prognosi e alla terapia. Nello smartphone si confronteranno i dati biologici del paziente, la sua anamnesi e, perché no, la narrazione del suo vissuto con i risultati della letteratura e l'app proporrà la soluzione.

Sarà come seguire una linea guida? No. Non è la stessa cosa: la linea guida provoca un confronto mentale

con ampio spazio di libertà, l'app offre un risultato scritto, frutto dei *big data* immessi nello strumento, al quale non è facile opporsi. È assai probabile che il medico vi si affidi diminuendo il grado di libertà e l'autonomia della scelta.

Ma l'IA impara *deep learning* a partire dai dati immessi e sussistono già esempi di informazioni distorte che hanno condizionato gravi errori di valutazione: se gli ipertesi maschi, di solito ultra sessantenni, spesso sono calvi, potrebbe l'app dare consigli per la calvizie come terapia antiper-tensiva.

Ora trasportate questa maliziosa fantasia in tribunale durante una causa per colpa medica. Tutto si basa sulla responsabilità oggettiva e sulla ricerca della verità da parte di un magistrato assetato di certezze. L'incontro del diritto – ormai ingestibile per somma di leggi confuse e per la sempre più esile concatenazione dei fatti spacciata per causalità – con la medicina, scienza probabilistica, fa sì che, di fronte a una pretesa colpa professionale, il giudizio sia aleatorio se non casuale.

La medicina dominata dalle applicazioni dell'IA impone un drastico ripensamento sulla responsabilità:

occorre passare dalla cultura della sanzione a quella *no blame*. Se durante il percorso sanitario si è concretizzato un danno, una volta stabilito che non vi è responsabilità del danneggiato, si deve semplicemente procedere a risarcirlo.

Nella medicina moderna l'errore professionale va affrontato sul piano formativo e contrattuale, senza pudori né sanzioni penali, fatte salve le eventuali infrazioni deontologiche, e non mancano gli esempi in molti altri Paesi.

Limare il concetto di responsabilità potrebbe incidere sulla presunta assoluta libertà di scelta del medico. Ma una cultura della potenzialità euristica dell'errore, formazione *versus* sanzione, da spostare sul piano contrattuale, verso una giustizia riparativa e non vendicativa, risponderebbe a moderne istanze giuridiche e manterrebbe inalterata l'autonomia professionale.

Questo dovrebbe essere l'impegno degli Ordini e delle Associazioni mediche: aprire un confronto con le istituzioni politiche e con la magistratura per la soluzione di un problema che rischia di aumentare il tasso di iniquità nel sistema delle cure.

antonio.panti@tin.it

# Colore (e arte) in ospedale

di Alberto Dolara

Specialista in Cardiologia; già Direttore Unità Cardiovascolare, San Luca Ospedale Careggi

La necessità di alleviare le sofferenze dei pazienti in ospedale con le varie espressioni artistiche è documentata nell'antichità e ha trovato grande diffusione nel periodo rinascimentale nel nostro Paese. Fino alla metà del secolo scorso predominavano tuttavia gli ambienti spogli e il colore bianco come garanzia igienica contro le infezioni. Successivamente sono stati rivalutati gli effetti positivi del colore e dell'arte sul benessere dei pazienti e nella lotta contro le malattie. Nel nuovo millennio l'artista è un collaboratore indispensabile nella progettazione di nuovi ospedali e nell'abbellimento degli esistenti, in particolare per quelli dedicati all'infanzia.

**Parole chiave:** arte visiva, colore, ospedale, Rinascimento, pediatria

Il rapporto tra colore, arte e malattia trova le sue radici già nell'antica Grecia, ove gli ospedali – gli *asclepieia* – ospitavano teatro, pittura e scultura. Durante il Rinascimento gli artisti contribuirono alla costruzione e l'abbellimento di grandi istituzioni ospedaliere come Santa Maria Nuova a Firenze, città simbolo dell'epoca, Santa Maria della Scala a Siena, S. Carlo a Milano. Sempre a Firenze nei vari ambienti dell'Arcispedale vi erano quadri e opere di artisti illustri come Andrea del Castagno e Luca della Robbia, all'Ospedale degli Innocenti e al San Matteo adesso sede dell'Accademia delle Belle arti.

Nei secoli successivi le misure igieniche avevano messo in secondo piano l'importanza del colore e dell'arte in ospedale e nelle altre strutture destinate all'attività sanitaria. Il colore bianco in particolare era garanzia di ambienti idonei alla lotta contro lo sviluppo di malattie infettive.

Negli anni 50 del secolo scorso frequentavo le corsie del grande ospedale di Careggi e se uno studente/studentessa, iscritto/a oggi a medicina, avesse partecipato con me alla visita in corsia, magari in una lumi-

nosa giornata di primavera, probabilmente avrebbe avvertito la necessità di dotarsi di occhiali da sole per il colore bianco diffuso delle pareti tirate a calce, delle coperte e lenzuoli dei letti dei pazienti, dei camici dei medici e degli infermieri e ancora delle pareti dei corridoi di accesso, stanze di visita o di soggiorno, con qualche venatura di grigio. Per vedere qualcosa di colorato (e magari di artistico) avrebbe dovuto essere ammesso/a alla stanza del primario o del direttore di clinica.

Negli anni successivi l'introduzione degli antibiotici e di altre misure igieniche hanno reso meno evidente questa necessità e il rapporto positivo tra colore, arte e malattia, ampiamente rivalutato. Nella introduzione di un simposio internazionale, Arte e Ospedale, tenutosi a Firenze nel marzo 1998, organizzato dalla Fondazione Michelucci, illustre architetto fiorentino, e in collaborazione con gli Assessorati alla Cultura e alla Sanità della Regione Toscana. Angelo Passaleva, medico immunologo dell'Università di Firenze e Presidente del Consiglio Regionale della Toscana, affermava: "Colui che

è malato e che ha perso il bene della salute ha bisogno, più di ogni altro cittadino di trovare un ambiente confortevole; quel concetto di cui tanto si parla e che viene definito in Italia come umanizzazione dell'ospedale, ha delle basi molto profonde anche dal punto di vista biologico oltre che da quello psicologico". Gli atti del simposio, edizioni Alsaba Siena, pubblicati l'anno seguente, riportano illustrazioni di realizzazioni artistiche negli ospedali di tutto il mondo dai più piccoli e meno conosciuti come "Casa Doru" e "Casa Andreeia" a Bucarest, ai grandi complessi ospedalieri come la Charité in Germania, il *National Maternity Hospital* a Dublino, l'*Hospital Naval Central* di Buenos Aires, l'*Hospital sar Kubitseh* in Brasilia, il padiglione oncologico di Bochum in Germania, l'ospedale di Herlev a Copenhagen, definito l'ospedale più colorato del mondo. Sono descritte anche alcune esperienze artistiche pionieristiche realizzate nel nostro Paese nell'ospedale di Merano, nel centro di chirurgia ambulatoriale M. Bufalini di Firenze, all'ospedale di Carrara, nel Servizio di rianimazione di Civitanova Marche. Un capitolo speciale

è dedicato all'importanza dei tessuti stampati per l'abbellimento degli interni ospedalieri; interessante l'annotazione che la biancheria colorata non può essere lavata a temperature molto elevate decisive per l'eliminazione dei germi.

Anche nel grande ospedale di Careggi vi è stata la trasformazione degli ambienti con colori e opere d'arte. Ricordo una pionieristica mostra di quadri di autore alla fine degli anni '80 in una divisione di chirurgia generale e la scomparsa progressiva del predominio del colore bianco negli edifici costruiti successivamente. Anche nel reparto di cardiologia di S. Luca che dirigevo, inaugurato negli ultimi anni '90, con l'eccezione della camerette di degenza che avevano pareti a calce, le altre stanze avevano piacevoli colori ed erano arricchite con stampe artistiche di qualità. Preso dall'entusiasmo chiesi l'autorizzazione per eseguire un murales su una parete della stanza di attesa e... la parete rimase bianca! Vi era ancora una certa resistenza alle innovazioni artistiche e la quota del bilancio che la legge prevedeva per l'abbellimento era talora usata per ripianare i debiti dell'azienda ospedaliera!

Col nuovo millennio colore e ope-

re d'arte sono ormai diffusi negli ospedali di tutto il mondo. Gli studi pubblicati negli ultimi decenni hanno mostrato che questo determina maggior benessere nei pazienti e contribuisce alla lotta contro le malattie. La preferenza va a colori che sollecitano livelli elevati di piacere e bassi livelli di eccitazione come il blu e il verde e ai paesaggi naturali, mentre colori come il giallo e il rosso, come pure l'arte astratta, possono indurre eccitazione e ansia. Per questo l'opera degli artisti dovrebbe essere valutata in base all'impatto emozionale su pazienti e visitatori, come del resto avviene per l'arte negli spazi pubblici. Il loro contributo risulta comunque innegabile ed è particolarmente evidente negli ospedali pediatrici. Un esempio, è quanto è avvenuto per quello storico di Firenze, donato al Comune nel 1894 come atto di beneficenza verso i bambini poveri ammalati dal conte russo Giovanni Meyer (da qui il suo nome), in memoria della moglie deceduta prematuramente. Negli anni '60, come consulente cardiologo, mi recavo spesso al "vecchio" Meyer e mi colpiva sempre una grande scritta nera in corsivo su una parete bianca esterna dell'edificio, a firma di Cesare Cocchi, un pedia-

tra famoso per aver contribuito in modo decisivo alla cura dei pazienti affetti da meningite tubercolare, malattia allora mortale. Vi si leggeva *"...i bambini non devono soffrire, i bambini non devono morire..."*. Il messaggio era sicuramente potente, anche se risentiva del retaggio grafico delle scritte propagandistiche del "ventennio". Poteva essere considerata una manifestazione artistica, ma purtroppo rimaneva del tutto isolata. Se lo studente/studentessa citati in precedenza, entrassero oggi nel nuovo Meyer, trasferito a Careggi nel 2007, un gioiello per le soluzioni architettoniche inserite nell'ambiente, sarebbero avvolti dal colore e dalle realizzazioni artistiche che rendono "amichevoli!" anche le più complesse e sofisticate strumentazioni mediche. Colore e manifestazioni artistiche sono presenti ovunque negli ospedali pediatrici moderni, il dolore e la malattia sono avvertiti successivamente, ma attraverso il filtro potente dell'arte.

PS. Le considerazioni sull'azione positiva del colore e delle opere d'arte sulla salute dovrebbero essere tenute presenti anche in tutte le strutture sanitarie e non solo in quelle ospedaliere.

elisa.dolara@tin.it

# Curare il dolore del neonato: una sfida etica

di *Maria Serenella Pignotti, Marina Raspi*

*Dirigenti medici, AOU Meyer, Terapia del dolore e cure palliative pediatriche*

La tutela della salute necessita di valutazione bioetica perché connessa con i diritti fondamentali della persona da quello all'autodeterminazione, alla giustizia distributiva, al diritto a essere sempre trattati con dignità. L'ambito delle cure al neonato è peculiare rispetto ad altre età con la lotta al dolore che ne è forse l'aspetto più particolare.

**Parole chiave:** dolore, cure neonatali, neurosviluppo, prematurità

La Bioetica è la disciplina attraverso la quale la società si interroga sui valori morali messi alla prova dal progresso di scienza e tecnologia e, quindi, dai diversi modi con cui oggi si nasce, ci si cura e si muore. È una disciplina con intenti normativi che cerca risposte su "cosa sia giusto" in questioni morali legate alla vita. Non ha a che fare con ciò che è, ma con ciò che deve essere e consiste in un ragionamento sull'impatto sulla persona delle cure moderne, esplose con la tecnologia.

La riflessione bioetica cerca principi, norme, regole di condotta da prescriversi universalmente, indipendentemente da religione, cultura, situazione politica, sociale e da caratteristiche dell'individuo: sesso, età, etnia, razza, livello culturale, sociale.

Negli anni '60 la neonatologia nacque come specialità medica a ponte tra ostetricia e pediatria, tra cure intensive e cure ordinarie per abbracciare il neonato che, fino ad allora, giaceva in una sorta di terra di nessuno.

La terapia del dolore per il neonato non esisteva ed era opinione co-

mune che egli non provasse dolore o che, comunque, lo avrebbe rapidamente scordato mentre, grazie a queste esperienze di vita, sarebbe cresciuto e diventato più forte. Nelle incubatrici i neonati venivano legati durante interventi e procedure invasive come dialisi peritoneale, incannulamento di vasi, drenaggi toracici, e durante la ventilazione meccanica. Nel 1985, però, Anand e Hickey, in un articolo sul NEJM, dimostrarono come le esperienze precoci di dolore rimangano nella memoria funzionale del sistema nervoso centrale condizionando, per tutta la vita, la risposta al dolore e allo stress. Iniziò da qui il cambiamento.

Fattori quali l'incapacità naturale a esprimersi col linguaggio, la capacità limitata degli adulti di riconoscere le risposte comportamentali al dolore, la tendenza ad attribuire questi segni ad altre cause, sono stati alla base di quella che fu una vera e propria sfida bioetica: il cambiamento di concezione sul dovere assistenziale di trattare il dolore nel neonato esattamente come in altre età della vita. I fattori storici e sociali che sono stati alla base della reticenza dei medici

sono vari e in massima parte legati a preconcetti e pregiudizi dovuti secolarmente alla cultura adulto-centrica:

- i neonati non sono pienamente "umani";
- non necessariamente il loro dolore deve essere alleviato;
- il diritto alla cura del dolore è un concetto nuovo anche per gli adulti;
- i rischi potenziali della analgesia sono più temibili rispetto ai benefici della terapia.

Intanto, il cammino sociale verso la conquista dei diritti civili determinava un mutamento della concezione dell'umanità del neonato, conquistando per lui un diverso posto nella società e riconoscendogli diritti prima negati. Tutto ciò, insieme alle nuove conoscenze sullo sviluppo e la maturazione del sistema nervoso centrale e sulla neurofisiologia del dolore ribaltò la concezione generale sulla necessità di cura del dolore. Nel frattempo le cure al neonato acquisivano nuovi capitoli con l'introduzione di tecniche di assistenza sempre più complesse, stressanti e dolorose, trattamenti prolungati e

fortemente impattanti sulla qualità della vita. Venivano pubblicati codici etici di comportamento per i medici, standard che imponevano l'obbligo morale alla cura del dolore e che testimoniano la nascita di una nuova sensibilità.

Tutt'ora, però, permangono differenze tra medici, reparti, ospedali, legate al fatto che, mentre la ricerca persegue evidenze scientifiche su un piano razionale, i clinici devono superare barriere morali, attitudinali, etiche che la scienza da sola non può cambiare. Continua, in questo senso, quella sfida bioetica iniziata decenni fa, partita dal lento ma efficace mutamento della concezione dello stato morale di neonato.

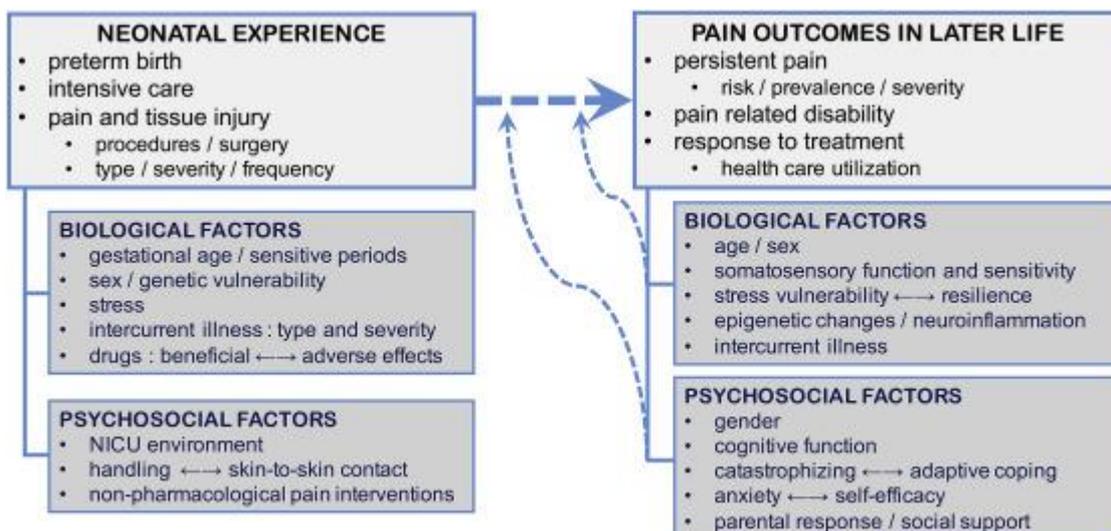
I 4 cardini morali di etica medica: autonomia, beneficenza, non maleficenza e giustizia sono principi universalmente validi che permettono di esprimere giudizi transculturali su fenomeni relativi a immoralità, credenze, fatti crudeli o altri fallimenti morali. Sono condivisi da tutte le persone morali, nella loro universalità e integrità ma le riflessioni a cui essi portano sono da considerarsi un "work in progress" e possono legittimamente variare da persona a persona, da tempo a tempo e da cultura a cultura senza che ne sia inficiato il profondo significato.

Il concetto di Autonomia dell'individuo si riferisce al diritto di essere protagonista delle scelte sulla propria vita ed è direttamente discendente dal concetto di persona morale: gli esseri umani sono dotati di autocoscienza e perciò sono in grado di autodeterminarsi in libertà. Alcuni possono, quindi, obiettare che i neonati non siano del tutto "umani" in senso etico, avendo abilità cognitive limitate, essendo persone "potenziali" prive, quindi, di autonomia. Altri pensano che il neonato sia pienamente persona morale, dotata di autonomia che, a causa delle limitate capacità cognitive, è esercitata dai genitori quando e se essi agiscono nel "suo miglior interesse".

I principi di beneficenza e non maleficenza fanno riferimento all'obbligo di fare del bene e di non fare del male, bilanciando i rischi tra le due cose. In realtà tutta l'attività del clinico è un continuo bilanciamento tra fare del bene senza produrre, o limitando, danno. Molti problemi etici sono legati al maggior o minor peso che si dà a una azione, al giudizio di vantaggio o svantaggio che viene attribuito. C'è conflitto etico quando fare il bene implica fare del male, e, ogni qualvolta non vi sia evidenza scientifica chiara, si porrà il dilemma etico. Nel caso del neona-

to i medici sono molto preoccupati per i rischi dell'analgesia (arresto del respiro, dipendenza) mentre lo sono molto meno per gli effetti avversi di altri farmaci (dopamina, antibiotici nefrotossici...), forse solo perché i danni iatrogeni da altri tipi di farmaci si manifestano in età successive (nefrotossicità da vancocina). Nell'uso di oppioidi le credenze, l'atteggiamento, le scarse conoscenze dei medici hanno più peso che non i principi di beneficenza e non maleficenza, infatti, se è vero che i neonati possono sviluppare tolleranza e dipendenza dopo circa una settimana di terapia, entrambe possono essere trattate e inoltre il neonato, a differenza dell'adulto, non svilupperà mai il vero problema del tossicodipendente cioè il comportamento di ricerca del farmaco. Nonostante queste osservazioni, le reticenze all'uso degli oppiacei sono elevate.

I medici che scelgono di usare gli oppioidi generalmente lo fanno per scelta compassionevole e per l'evidenza crescente dei danni da dolore non controllato. Ad esempio, è dimostrata una diminuzione dei giorni di intubazione, un aumento del peso postoperatorio, una dimissione precoce nei neonati trattati con infusione continua di oppioidi comparati con quelli con oppioidi



**Figura 1.** (da: Walker SM. Long term effect of neonatal pain. Semin Fetal Neonat Med 2019;24:101005).

"as needed" nel controllo del dolore postoperatorio.

Infine, il principio della giustizia distributiva statuisce un obbligo di imparzialità nella distribuzione delle risorse. Non curare un neonato con dolore quando un adulto o un bambino nella medesima situazione lo sarebbe, costituisce una violazione del principio di giustizia.

Nonostante questo postulato universale, studi dimostrano che solo il 3% degli anestesisti usa oppioidi nella 1° settimana di vita, il 44% dichiara di usarli sempre tra i 3 mesi e un anno di età del bambino. E, significativamente, la percentuale che non li usa nella 1° settimana, declina dal 48% nel 1988 al 2% nel 1995. Rimangono differenze significative nel trattamento del dolore da procedura in base al reparto di degenza. Altri studi comparano la prevenzione del

dolore tra adulti e bambini dimostrando un 75% degli adulti trattato con sedativo prima della chirurgia, contro meno del 20% dei bambini.

Infine, Beauchamp individuò altri principi bioetici nella relazione medico paziente: l'obbligo di fedeltà (*Fidelity*), sincerità (*Veracity*), riservatezza (*Confidentiality*) e tutela della Privacy. Bisogna qui chiarire che i genitori di un neonato malato si aspettano che medici e infermieri lo curino, lo guariscano, ne controllino il dolore, gli evitino stress. Se viene loro detto che il bambino non ha dolore o che la cura del dolore può essere dannosa, loro credono ai curanti. Se al dolore non viene accennato, essi presumono che questo sia curato e controllato. Non informarli circa i rischi potenziali del dolore, circa le misure che possono essere messe in atto a tutela del bambino

raffigura una violazione dei principi di fedeltà e sincerità. Per tutti questi motivi, trattare il dolore del neonato rappresenta una nuova era delle cure etiche.

*"Finché non esisterà un consenso sul fatto di come i danni del dolore neonatale non controllato superino i danni potenziali del trattamento, il sollievo del dolore per i neonati rimarrà controverso, inadeguato e fonte di disagio morale per i clinici che si occupano di neonati.*

*E, ancora più importante, i neonati subiranno i danni del dolore non controllato nello stesso setting dove genitori e famiglie presumono che venga, prioritariamente, alleviata la sofferenza."*

Linda Franck, 2001

m.pignotti@meyer.it

# Metodo Toscano Maxiemergenze (MTM): un nuovo modello formativo basato sull'esperienza sul campo

di *Piero Paolini*

*Direttore Struttura Complessa Centrale Operativa 118 Pistoia-Empoli; Direttore CROSS Pistoia; Direttore Area Emergenza Territoriale 118 Azienda USL Toscana Centro; Coordinatore del Coordinamento Regionale delle Centrali Operative 118 della Regione; Referente Sanitario per le Emergenze della Regione Toscana*

La Delibera di Giunta Regionale 1218/2021 e il successivo Regolamento 46/2021 in applicazione della L.R. 83/2019, ha rappresentato l'opportunità di adeguare a contesti più attuali la dotazione dei mezzi di soccorso e la formazione a tutto tondo dei soccorritori afferenti al mondo del volontariato. Proprio nell'ambito della formazione sono stati introdotti percorsi specifici nel contesto delle maxiemergenze e della pianificazione dei soccorsi per gli eventi a carattere straordinario con un livello base per tutti i soccorritori di livello avanzato e uno più "specialistico" per i formatori e per quelli che vorranno aggiungere ulteriori nozioni e partecipare alle attività del Modulo Sanitario Regionale. Per varare questi nuovi percorsi è stato costituito un gruppo di lavoro formato da professionisti sanitari (medici e infermieri indicati dal Coordinamento delle Centrali Operative 118) e da personale individuato dagli Enti Federativi Regionali di ANPAS e Misericordie e dal Comitato Regionale della CRI, nell'ottica della massima condivisione del prodotto finale per evitare che la formazione, anche in questo campo, fosse un elemento patrimonio di pochi e calato dall'alto. Altro elemento importante è stato quello di mettere a sistema, per quanto riguarda le Maxiemergenze, l'esperienza acquisita negli ultimi due anni, ma anche

in occasione di vere catastrofi che hanno colpito la nostra Regione (il deragliamento del treno presso la Stazione di Viareggio e la Costa Concordia all'Isola del Giglio) mentre, per la pianificazione dei soccorsi in caso di grandi eventi, l'esperienza maturata nell'organizzazione di alcune grandi manifestazioni quali, il Palio di Siena, il Carnevale di Viareggio, la Visita del Papa nel grossetano, la Giostra del Saracino, Lucca Comics, il Lucca Summer Festival e il Jova Beach di Viareggio, tanto per citare i più conosciuti, è stata fondamentale per la costruzione del percorso formativo anche sotto questo specifico aspetto. Certamente, l'attività svolta dal Coordinamento Regionale per le Maxiemergenze di Pistoia in collaborazione con le 6 Centrali Operative e il mondo del Volontariato durante la recente pandemia che è stata affrontata con risultati evidenti a tutti, ha contribuito a realizzare un prodotto molto pratico, aderente alla realtà, basato sull'esperienza vissuta e redatto da chi quella esperienza l'aveva gestita davvero. Anche l'attività svolta dalla CROSS è stata un valore aggiunto che ha arricchito di contenuti la proposta formativa anche con elementi innovativi e riconducibili solo a questa struttura. Alla fine, ne è nato un prodotto snello, molto pratico, che è stato sottoposto alla verifica di 36 formatori di ANPAS, CRI

e MISERICORDIE che lo hanno molto apprezzato ma, al contempo, anche arricchito con i loro suggerimenti, in una *full immersion* di confronto che si è tenuta presso il Polo Formativo della Centrale Operativa 118 di Pistoia-Empoli. La proposta formativa del Metodo Toscano Maxiemergenze (MTM) si basa su due livelli, uno di 6 ore che sarà somministrato durante il percorso di formazione per soccorritori di livello avanzato e uno più strutturato, di 16 ore, per formatori e per coloro che vorranno partecipare alle attività del modulo sanitario regionale. Naturalmente è stato prodotto un elaborato che prevede materiale formativo per i due livelli precedentemente esposti che permetterà di uniformare tutto il mondo del volontariato a questi nuovi standard garantendo così una operatività omogenea in tutta la Toscana nell'ambito del soccorso sanitario territoriale.

[piero.paolini@uslcentro.toscana.it](mailto:piero.paolini@uslcentro.toscana.it)



# Riabilitazione Neuroplastica per soggetti con morbo di Parkinson

## Le Neuroscienze ci aprono nuovi orizzonti

di *Maurizio Bertoni*

*Specialista Ortopedico; Direttore Training Lab; Presidente Associazione Un Gancio al Parkinson*

Il morbo di Parkinson è malattia altamente debilitante per i pazienti e ne può pregiudicare marcatamente la qualità di vita. Studi recenti mostrano sempre con maggior evidenza l'utilità dell'esercizio fisico nel migliorare i sintomi della malattia. La ricerca ha evidenziato inoltre che l'esercizio per essere efficace deve essere di alta intensità. Le recenti evidenze della neuroplasticità e della riabilitazione cognitiva stanno contribuendo alla produzione di protocolli di esercizi che privilegiano le attività neurocognitive e di attivazione visiomotoria. Questo approccio sta fornendo importanti dati sul miglioramento della qualità di vita di pazienti affetti da morbo di Parkinson.

---

**Parole chiave:** Parkinson, attività motoria, allenamento, boxe, neuroplasticità

Le recenti acquisizioni delle neuroscienze e i notevoli avanzamenti nella tecnologia medica stanno portando significativi miglioramenti nella conoscenza dell'attività motoria in generale e in particolare in quella della prevenzione degli infortuni e della riabilitazione, sia in soggetti che praticano attività sportiva a vari livelli sia per persone che svolgono attività normale.

Per quanto concerne le risultanze delle neuroscienze un significativo passo avanti è stata l'identificazione della neuroplasticità mostrata dal nostro Sistema Nervoso Centrale, ciò ha comportato l'evolversi dello studio riguardante le attività motorie e cognitive che possono migliorare e stimolare questa specifica qualità del SNC.

Tutto ciò combinato con la rapida e sempre crescente evoluzione della tecnologia in campo medico ha

portato a sempre più precisi protocolli di valutazione e studio del movimento sia in soggetti sani che in casi patologici.

Fra tutte le innovazioni strumentali di indagine certamente la Risonanza Magnetica Funzionale (fMRI) sta avendo un ruolo importante nello studio della funzionalità cerebrale per le varie aree motorie. A ciò si aggiunge l'uso ormai consolidato di altre strumentazioni di indagine e valutazione quali Accelerometri, Pedane di Forza, strumentazioni per la valutazione delle capacità visive e viso-motorie (*Sensory Station*).

Tutto ciò sta comportando un cambiamento nell'approccio riabilitativo e preventivo. Si parla oggi di allenamento e riabilitazione Neuroplastiche. Un campo questo che mira a studiare e selezionare attività motorie che specificatamente stimolino le capacità neuroplastiche

del soggetto, sportivo o non sportivo e anche soggetti con alterazioni cognitive o comunque di disfunzione di origine centrale.

In quest'ultima categoria rientrano certamente i pazienti affetti da morbo di Parkinson.

Presso il Centro Training Lab ([www.traininglabfirenze.it](http://www.traininglabfirenze.it)), con il supporto dell'Associazione no profit "Un gancio a Parkinson", ([www.ungancioalparkinson.org](http://www.ungancioalparkinson.org)) è da tempo attivato un programma per questi pazienti mediante allenamenti che si rifanno a quello della boxe. Allenamenti nei quali oltre l'attività motoria di base per migliorare equilibrio, coordinazione, elasticità e forza, vengono eseguiti esercizi cognitivi per stimolare appunto la neuroplasticità.

I protocolli si basano su studi recenti in particolare quelli del gruppo di Dustin Grooms, PhD, del *Musculoskeletal and Neurological Institute*

dell'Università dell'Ohio e di Greg Appelbaum, PhD del *Brain Stimulation Research Center* della Duke University.

Il concetto alla base di questo nuovo approccio della riabilitazione è che questa deve incorporare aspetti multimodali dell'apprendimento motorio e neurocognitivi.

Queste modalità prevedono vari e tipologie di intervento.

Quelle che vengono applicate a pazienti con Parkinson sono di quattro categorie con specifiche caratteristiche e finalità.

### Esercizi di Interferenza Contestuale (Contextual Interference)

Rispondere con un esercizio a uno stimolo visivo che richiede memoria di lavoro.

Il soggetto guarda un monitor su cui appaiono in modo random numeri pari o dispari e deve reagire con determinati movimenti. Oltre ai numeri possono apparire colori diversi ai quali devono corrispondere certi movimenti (Fig. 1). Si può rendere progressivamente più impegnativo il gesto abbinando numeri e colori.

Studi con fMRI hanno evidenziato che soggetti che eseguivano tale metodo mostravano maggior attività delle regioni sensomotorie e premotorie rispetto a soggetti che eseguivano esercizi di un solo tipo ripetuti varie volte.



**Figura 1.**  
Esercizi di interferenza contestuale.



**Figura 2.**  
Strobe glasses per esercizi a riponderazione sensoriale.

### Esercizi di Riponderazione Sensoriale (Sensory Reweighting)

Stimolare l'elaborazione propriocettiva, visiva e vestibolare per una consapevolezza spaziale.

In questa tipologia di esercizi vengono usati speciali occhiali stroboscopici che oscurando la vista per brevissimi attimi diminuiscono il *feedback* visivo.

La riponderazione sensoriale descrive come il sistema nervoso centrale integra stimoli sensoriali separati (ad esempio, visivi, vestibolare, propriocettivo) "dando loro peso" in base all'affidabilità, essenzialmente diminuendo il peso degli stimoli inaffidabili e quindi aumentando il peso di altri. Gli occhiali stroboscopici (Fig. 2) possono facilitare la riponderazione sensoriale consentendo una standardizzazione al decremento del *feedback* visivo che può essere aumentato progressivamente in difficoltà.

Questa modalità può migliorare l'elaborazione propriocettiva, diminuendo la preminenza del *feedback* visivo per il controllo motorio.

### Esercizi di Reazione imprevista (Unanticipated Reaction)

Rapidi movimenti di boxe reattivi a stimoli luminosi.

In questo tipo di esercizi viene applicato sul saccone, usato per portare i colpi con i guantoni, una serie di luci a colori diversi. Il paziente deve colpire il più rapidamente possibili le



**Figura 3.**  
Esercizi di reazione imprevista.

luci che si accendono, il che avviene a velocità di una certa intensità e che può essere aumentata dall'istruttore rendendo quindi più difficile l'esercizio che necessita pertanto di maggior attenzione e rapidità di movimento (Fig. 3).

L'esercizio può essere reso più complesso chiedendo al paziente di colpire solo un certo colore, ma fermarsi se appare un altro colore.

Questo esercizio stimola certamente l'attenzione visiva del soggetto e la sua reattività occhio-mano.

### Apprendimento differenziale (Differential Learning)

Modificare lo schema di movimento al variare dei parametri sensoriali o ambientali.

L'allenamento di boxe è particolarmente indicato per questa tipologia di esercizio. In special modo quella fase in cui il soggetto pratica con l'istruttore il quale, provvisto dei così detti "colpitori", invita il paziente a portare i colpi in modi differenti e il più velocemente possibili.

Le sequenze possono essere molto varie: due dritti – un gancio – un montante – un destro – due ganci sinistri, ecc.

C'è quindi una variazione continua e rapida dei movimenti che il paziente esegue (Fig. 4).

L'apprendimento differenziale si basa sulla teoria dei sistemi dinamici. Quando si utilizza l'apprendimento differenziale nella pratica di attività di movimento, i modelli di movimento stessi sono intenzio-



**Figura 4.**  
Esercizi di apprendimento differenziale.

nalmente variati durante la pratica. Questo principio teorico suggerisce che facendo eseguire al soggetto una varietà di schemi di movimento, un processo di apprendimento auto-organizzato si attiva, a differenze di quanto avviene per esercizi uguali e ripetuti di seguito.

La natura dei processi neurofisiologici sottostanti l'apprendimento differenziale rispetto alla pratica ripetitiva è stato di recente esaminato.

È stata osservata una maggiore attività *theta* in regioni parieto-occipitali controlaterali dopo l'apprendimento differenziale. Inoltre una maggiore attività *alfa* posteriore è stata registrata nel caso dell'apprendimento differenziale rispetto

all'esercizio ripetitivo (Gokeler, Grooms, 2019).

Si ritiene che l'apprendimento differenziale possa migliorare l'apprendimento motorio mediante una attivazione della memoria di lavoro (*working memory*).

Un primo studio, che sarà pubblicato a breve, su 15 pazienti ha evidenziato un miglioramento della reattività occhio-mano (*Reaction Time Test*).

Due studi su trenta pazienti ciascuno, usando diverse strumentazioni di valutazione, saranno avviati a breve. Si confida che i risultati possano confermare l'utilità di questo approccio neuroplastico alla riabilitazione in parkinsoniani.

[bertoni@traininglabfirenze.it](mailto:bertoni@traininglabfirenze.it)

# L'infelicità dei medici

di **Andrea Vannucci**

Professore a contratto di Programmazione, Organizzazione e Gestione delle aziende sanitarie, Università di Siena

*“Sempre più medici lasciano il SSN perché questa professione sta perdendo attrattività anche a causa dei carichi di lavoro, di un aumento del burnout e una retribuzione tra le più basse in Europa. Eppure, senza medici, senza professionisti sanitari non può esserci un efficiente Servizio sanitario nazionale. È questo l'invito che rivolgiamo al Governo: investiamo sui professionisti, mettiamo più risorse, diamo loro più peso nelle decisioni nella gestione della sanità. Solo così potremo conservare il nostro Servizio sanitario nazionale”.*

Questo il commento di Filippo Anelli presidente FNOMCEO alla fine della presentazione de [“La condizione dei medici a due anni dall'inizio della pandemia da COVID-19”](#) in occasione della recente Conferenza Nazionale sulla Questione medica.

Ma davvero di questo si tratta? O meglio è questo il perimetro della crisi? Certo che a leggere i risultati dell'indagine campionaria presentata in quella occasione ci sono riscontri forti: un terzo dei medici italiani, potendo, andrebbe subito in pensione. Si dichiarano “stressati” il 90% dei medici del territorio, il 72% dei medici ospedalieri, l'80% degli specialisti ambulatoriali, il 62% degli odontoiatri.

Anche la trasformazione digitale, con l'accesso a nuovi strumenti di comunicazione con i pazienti e con i colleghi, non sembra percepita come opportunità di cambiamento. Nonostante che i consulti da remoto siano stati offerti da oltre la metà dei medici di medicina generale, tuttavia il 70% di loro afferma di non gradire questa modalità perché i consulti *online* e telefonici hanno invaso la loro vita privata.

Infine, il dato che più sorprende: il 25% dei medici tra i 25 e 34 anni e il 31% di quelli tra i 35 e i 44 anni sognano di lasciare, o per lo meno allentare i tempi del lavoro a favore di altro: svaghi, sport, relazioni sociali e viaggi.

È in questo contesto che si manifesta il fenomeno della fuga dagli ospedali: dal 2019 al 2021 hanno abbandonato volontariamente l'ospedale circa 8.000 colleghi (dati ANAAO Assomed) perché il peggioramento delle condizioni di lavoro ha portato molti a voler fuggire dal SSN o addirittura a voler cambiare mestiere. Situazione analoga per i medici di famiglia che sempre più spesso ricorrono al pre-pensionamento per dedicarsi alla libera professione. Tanto che, tra pensionamenti e “rinunce”, in cinque anni, dal 2016 al 2021, i medici di famiglia sono passati da 44.436 a 40.769.

C'è poi un fenomeno del tutto nuovo, impensabile fino a pochi mesi fa, quello dei “gettonisti”. Una tendenza che potrebbe cambiare radicalmente la fisionomia degli ospedali italiani: tanti medici e infermieri che ogni giorno entrano negli ospedali italiani, ingaggiati da cooperative esterne su affidamento delle aziende sanitarie, per coprire i sempre più numerosi buchi d'organico. Chiamati a gettone, che vuol dire pagati per un singolo turno (di solito 12 ore, remunerato fino a 1.200 euro) in un campo sostanzialmente senza regole. E, soprattutto, senza alcun controllo.

Va detto che ci sono però anche dati in contrasto con questo stato di allarme. Secondo OECD ancora al 2020 il nostro paese è nella media europea del numero di medici che pratica-

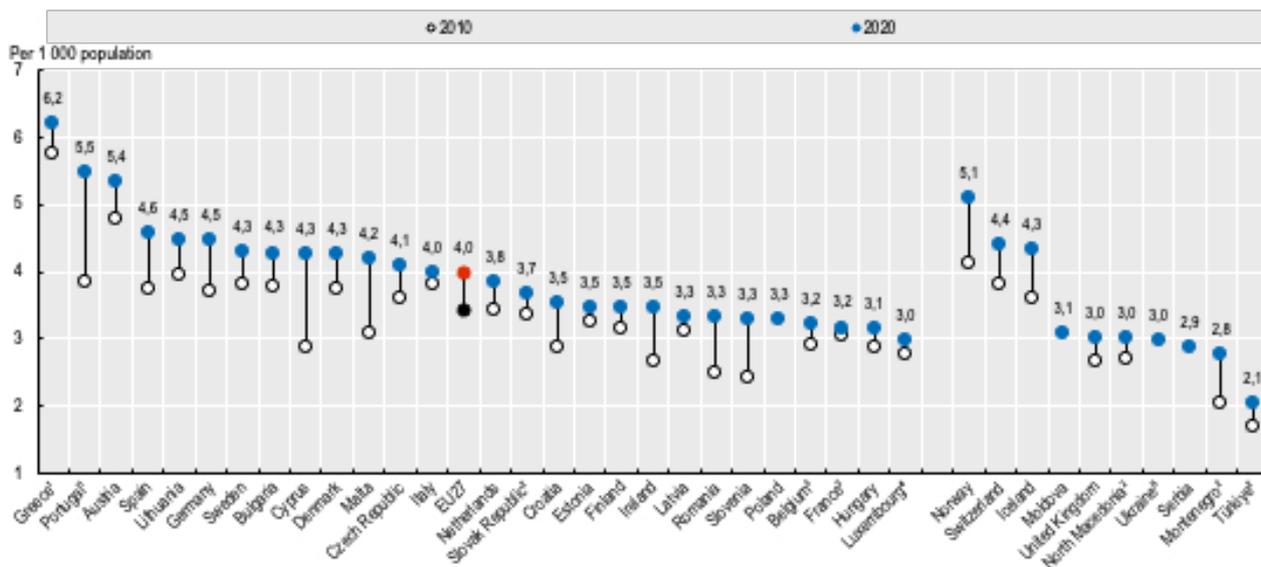
no attivamente la professione. Nel 2020 in Italia operavano 4 medici per 1.000 abitanti, contro 3,17 della Francia e i 3,03 del Regno Unito. La Spagna aveva un valore simile all'Italia (4,58), mentre in Germania si registravano 4,47 medici per 1.000 abitanti (Fig. 1).

In più va aggiunto che l'affermazione che i medici non guadagnano abbastanza è condivisibile in relazione all'impegno e ai rischi di tale professione ma tutto è relativo se, come sempre OECD riporta, gli specialisti italiani (per gli MMG non ci sono dati) guadagnano pur sempre 2,9 volte la retribuzione media dei salariati italiani.

Diverso il caso degli infermieri per il quale, all'opposto, in Italia si registra un tasso molto inferiore alla media europea (Fig. 2). Nel 2020 nel nostro paese operavano 6,2 infermieri per 1.000 abitanti, contro i 18 di Svizzera e Norvegia, gli 11 della Francia, i 13 della Germania e gli 8,2 del Regno Unito.

Per la Toscana, e anche qui tra percezione e realtà c'è qualcosa che non quadra, i MMG erano 2.622 nel 2019 e 2.653 nel 2021. (Ministero della Salute, NSIS). Sempre in Toscana il tasso di *turnover* del SSR nel periodo 2010-2019 è stato 105% per i medici e 95% per gli infermieri, meglio del dato nazionale: rispettivamente 90 e 95%. Nella nostra regione, almeno in termini quantitativi la situazione non dovrebbe quindi essere critica per i medici ma non è così che viene percepita. Questo significa che la ragione del diffuso malessere, che supera quanto avvertito e manifestato dai cittadini, ha anche altre ragioni.

Il nostro rapporto medici/abitanti potrebbe non essere la nostra prima

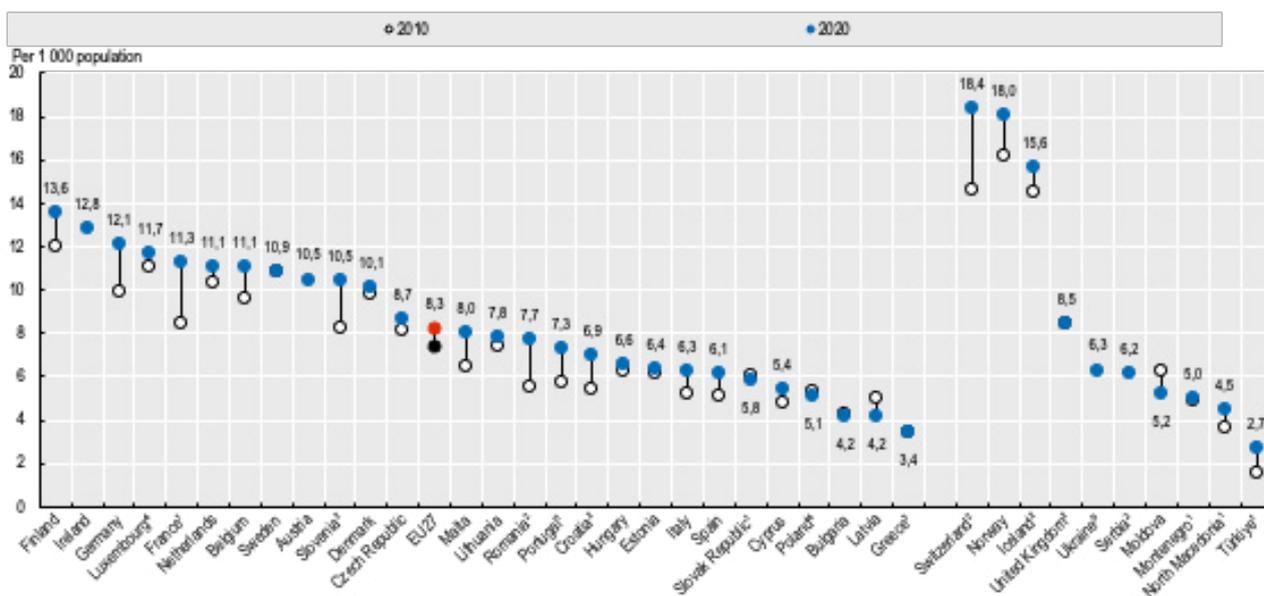


**Figura 1.** Medici che praticano la professione 2010-2020. Fonte: OECD Health Statistics 2022, Eurostat Database.

preoccupazione – eravamo sopra e ora siamo sostanzialmente nella media dei paesi OECD – se non che l'età media dei nostri medici è alta e il turnover diventerà insufficiente, almeno per i prossimi 10 anni. Per gli infermieri eravamo già messi male prima e ora siamo davvero in crisi e non è chiaro come e quando ne usciremo. Il combinato disposto delle due situazioni ci creerà problemi, ma va detto che ci sono anche

strumenti che possono aiutare, vedi transizione digitale, nuove organizzazioni dei processi di cura, *job sharing* intra- e interprofessionale. Infine la più grave delle criticità: i giovani medici e i loro orientamenti verso la professione e il SSN. I segnali sono molteplici e forti. A fronte di un consistente numero di colleghi con un'età media elevata, che costituiscono la maggioranza di chi sta praticando la professione, i medici più

giovani rappresentano una nuova realtà antropologica che si stenta a comprendere da parte dei colleghi più anziani, dei manager sanitari e delle istituzioni che guidano le politiche sanitarie: è come se avessero un problema a comprendere e interpretare la realtà contemporanea e ad accettare di far parte di sistemi complessi. La sfida della complessità, ce lo ha indicato con pregevole chiarezza



**Figura 2.** Infermieri che praticano la professione 2010-2020. Fonte: OECD Health Statistics 2022, Eurostat Database.

Egdar Morin, prevede di accettare il fatto che dobbiamo confrontarci con l'incertezza, il disordine, la relatività, le contraddizioni e la pluralità dei pensieri e delle azioni e che le conseguenze di esse non prevedono percorsi lineari di causa-effetto.

I medici più anziani manifestano disillusione e sconcerto, soprattutto per il modo con cui debbono lavorare e per il ruolo che potrebbero avere, ma non hanno, dentro le organizzazioni in cui operano, cioè le aziende sanitarie e ospedaliere. Nonostante questo si meravigliano se molti giovani colleghi non preferiscono un impiego stabile nel SSN oppure che un numero non trascurabile di loro lasci l'Italia per lavorare in altri paesi.

Perché se ne vanno è molto semplice da capire: cercano e trovano ambienti di lavoro e organizzazioni che li considerano, che dimostrano di apprezzare il potenziale di innovazione che sono in grado di apportare e le energie che hanno. Noi lo stiamo facendo? Nella maggioranza dei casi no. Ci limitiamo sostanzialmente a considerarli come pedine di sostituzione in contesti organizzativi invariati: uno vale uno, mentre loro sentono, e a ragione, che possono apportare un valore nuovo che solo capi più capaci e aziende migliori meritano di accogliere.

Questo riuscirebbe ad arginare e invertire queste tendenze e a rendere più appetibile la professione e la carriera medica in Italia? Sì, ma non solo.

Prima di tutto va ripensata la *vision*

delle aziende sanitarie: va bene che il *focus* sia sui pazienti ma anche sulla cura delle relazioni con e tra le proprie persone e sulla capacità di coltivarne i talenti. Il successo di un'organizzazione complessa, quale un'azienda sanitaria, si raggiunge con la coesione e il lavoro interconnesso di più persone. Non c'è una scelta giusta senza un processo decisionale di successo.

OECD ha evidenziato l'urgente necessità di investimenti intelligenti nei sistemi sanitari per proteggere la salute delle persone e sostenere gli operatori sanitari che lavorano in prima linea. I costi di impiego di questi necessari investimenti nella prevenzione, nella forza lavoro sanitaria e nella digitalizzazione dovrebbero ammontare in media a circa l'1,4% del PIL pre-pandemia di ogni paese. Una spesa mirata, ma che prevede un indispensabile condizione: deve essere accompagnata da efficaci interventi di prevenzione e da misure per ridurre gli sprechi di spesa, in modo che i sistemi sanitari rimangano fiscalmente sostenibili nel medio-lungo periodo.

Per quel che ci riguarda, possiamo mettere mano subito ad alcune azioni il cui ritardo provocherebbe soltanto danni e spese e non risparmi.

Decidiamo cosa possiamo fare come Stato ma anche come singola regione e se questo vuol dire promuovere processi di regionalismo differenziato, perché no? Tutto è meglio dell'immobilismo.

Possiamo assumere più personale

infermieristico, al fine di garantire un rapporto medici: infermieri di 1:3 come indicato dalle linee guida internazionali. Dobbiamo farlo, inutile quindi porsi la domanda.

Possiamo migliorare, se non da subito le retribuzioni, almeno le condizioni di lavoro del personale sanitario.

Possiamo migliorare la qualità dei manager della sanità con una formazione più accurata e comprovata e scelte libere da considerazioni che non facciano esclusivo riferimento alla loro capacità.

Possiamo modificare il quadro legislativo e contrattuale per favorire l'agilità del lavoro e la flessibilità dei teatri operativi e adottare meccanismi anche finanziari di riconoscimento della qualità e del merito. Avviene in centinaia di migliaia di organizzazioni nel mondo, perché noi no?

Possiamo infine proteggere i nostri professionisti: depenalizzare l'atto medico, varare una riforma in questo senso che vada ad arginare il fenomeno della medicina difensiva e permetta allo stesso tempo una vera tutela del professionista.

Ma ricordiamoci anche, proprio perché viviamo e operiamo in sistemi complessi, che niente nasce e si risolve al loro interno. Non c'è progresso senza felicità ma non si può essere felici se la distribuzione del sapere, del potere, delle opportunità e delle tutele non è equa. Una ricetta semplice ma apparentemente trascurata.

andrea.gg.vannucci@icloud.com

# L'Ordine a sostegno delle donne medico afgane

Non so come dire queste poche parole.

Non siamo in grado di farvi scudo, ma dobbiamo essere la vostra voce.

L'oppressione è tanta, da non riuscire a proferire parola.

Un governo che uccide il suo popolo, i suoi giovani, le sue donne.

Una collega iraniana è stata torturata e uccisa perché soccorreva i manifestanti feriti.

L'orrore ha ucciso una donna medico che attendeva al suo dovere e al suo, e nostro, codice deontologico: curare senza alcuna discriminazione religiosa, culturale, di razza, di genere.

"in quante case entrerò, entrerò per soccorrere i sofferenti, estranea a ogni intenzione ingiusta o nociva".

L'Ordine dei medici di Firenze apre le sue porte alle donne iraniane e alle Colleghe che ne avranno bisogno.

Non dimentichiamo, facce di una stessa medaglia, le donne afgane: tante donne medico ridotte al silenzio e impossibilitate a continuare il loro lavoro e le donne ucraine sotto le bombe e le donne offese in ogni angolo del mondo.

Perché le donne? Perché più fragili, no; perché più forti.

Responsabili di far intravedere un altro modo di affrontare e risolvere i problemi del mondo

Lucia Toscani

Coordinatrice Commissione Pari Opportunità

Ordine di Medici di Firenze

## Docenti cercasi per il progetto "Curvatura Biomedica"

Il progetto "Curvatura Biomedica" consiste in un ciclo di lezioni per gli studenti delle ultime classi del Liceo e sta avendo un grande successo in tutta Italia.

Il nostro Ordine è stato uno dei primi a raccogliere l'invito del MIUR e della FNOMCeO per la sua realizzazione e infatti da quattro anni sta collaborando con il Liceo Castelnuovo di Firenze e ha confermato la propria disponibilità anche per il prossimo triennio.

Molti colleghi hanno partecipato e partecipano al progetto venendo incontro alle molteplici richieste di collaborazione, ma è importante ampliare la platea dei medici che intendono manifestare la propria disponibilità.

I colleghi interessati a partecipare al progetto in qualità di docenti possono aderire [compilando il questionario](#), indicando le aree tematiche e/o la propria specializzazione.

La docenza è a titolo gratuito, ma il lavoro svolto è considerato utile ai fini ECM. La durata delle lezioni, che solitamente si svolgono nei mesi di novembre, gennaio, marzo e maggio di ogni anno, è di 1 ora e 15 minuti.

**Il Coordinatore del Progetto è il Consigliere Mauro Ucci.**

## In ricordo di Pasquale Mennonna

La scomparsa di Pasquale Mennonna colpisce profondamente la comunità medica fiorentina. Ma Pasquale non era soltanto un ottimo chirurgo, asceso alla popolarità grazie ad un intervento salvavita su uno dei più grandi calciatori della fiorentina Giancarlo Antognoni; non era soltanto un grande professionista, un insegnante, un ricercatore, era un uomo di grande sensibilità umana e apertura mentale. Pasquale era un medico nel vero senso della parola, attento a soccorrere le fragilità umane e nello stesso tempo vicino e partecipe della realtà sociale. Lo ricordiamo con affetto per il suo carattere esuberante ed aperto, le sue battute e la stessa presenza fisica. In questo triste momento siamo vicini alla sua famiglia e a tutti quelli che lo piangono con affetto.

## In ricordo di Enrico Rigoli

Il Presidente Piero Dattolo, insieme al Consiglio dell'Ordine, ricorda con affetto e commozione il dr Enrico Rigoli, già ortopedico presso l'Ospedale di Santa Maria Annunziata, recentemente scomparso e si unisce al cordoglio della famiglia.

**Direttore Responsabile**  
Pietro Claudio Dattolo

**Capo Redattore**  
Simone Pancani

**Segretaria di Redazione**  
Monica Marongiu

**Direzione e Redazione**  
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
Via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze  
tel. 055 0750612 - telefax 055 481045  
m.marongiu@omceofi.it  
www.ordine-medici-firenze.it

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

**Fondato da**  
Giovanni Turziani

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

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

**Responsabile Editoriale**  
Lucia Castelli: Tel. 050 3130224 • lcastelli@pacinieditore.it

**Redazione e Impaginazione**  
Margherita Cianchi: Tel. 050 3130231 • mcianchi@pacinieditore.it

Edizione digitale dicembre 2022

L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni.

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: m.marongiu@omceofi.it



OPEN ACCESS

La rivista è open access e divulgata sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). Il fascicolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>