

TOSCANA MEDICA

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

INDICE

Etica, telemedicina e innovazione tecnologica: adesso pensiamoci seriamente! <i>Pietro Claudio Dattolo</i>	2
La fiducia e la speranza <i>Antonio Panti</i>	3
Efficacia e sicurezza dell'aspirina in prevenzione primaria <i>Piercarlo Ballo</i>	4
L'esperienza USCA Firenze come modello per la riforma delle cure primarie, ripartiamo da ciò che ha funzionato <i>Ruggero Landi, Chiara Milani, Irene Pontalti</i>	9
PNRR: vanagloria o lungimiranza? <i>Valentina Galeotti</i>	12
Epidemia di scompensi adolescenziali nella pandemia da COVID-19 <i>Arcangela Loredana Cilibrizzi ed Elide Ceragioli</i>	15
La crisi della Medicina d'Urgenza è irreversibile? <i>a cura di Andrea Vannucci</i> <i>Ne parlano Simone Magazzini, Alessio Bertini, Alessandro Rosselli, Daniele Coen</i>	18
Albert Sabin e Jonas Salk protagonisti della vaccinazione antipolio <i>Alberto Dolara</i>	22
Vita dell'Ordine	24



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

5
GIUGNO 2022

Etica, telemedicina e innovazione tecnologica: adesso pensiamoci seriamente!

di *Pietro Claudio Dattolo*

Un tema cruciale per la diffusione della telemedicina in tutto il mondo è la questione etica.

Partiamo da dati di base: quasi tutti gli adulti usano internet, due terzi hanno lo smartphone e tre quarti cercano informazioni in rete su temi riguardanti la salute.

L'allungamento della vita media produce una domanda crescente di servizi sanitari con la disponibilità professionale dei medici in gran parte assorbita dalle esigenze di soggetti in maggioranza cronici. Inoltre i pazienti che richiedono continua assistenza sono in continuo aumento. Questa è una delle ragioni fondamentali della crisi della medicina moderna, dovuta essenzialmente ai suoi stessi successi.

Etica professionale e telemedicina, dunque e alcune domande a cui oggi rispondere: la relazione medico-paziente è indebolita? La privacy del paziente è a rischio? L'accesso universale ai nuovi servizi digitali è realmente facile? Disponiamo di

standard di valutazione dell'efficacia dei nuovi strumenti?

La relazione fiduciaria medico-paziente e la tutela della privacy hanno un rilievo preminente: l'erosione della fiducia porta infatti alla medicina difensiva e ai suoi disastri, mentre la privacy è terreno di confronto quotidiano tra i sistemi sanitari e i pazienti stessi.

Diverse ricerche dimostrano che il rapporto instauratosi tra medico e paziente continua a essere di importanza fondamentale e questo lo sappiamo bene fin dai tempi della medicina ippocratica. Quello che però deve fare riflettere è quanto emerge da molti report sul ruolo delle nuove tecnologie nella cura della salute: i cittadini non sottoposti ad alcuna terapia appaiono molto preoccupati della propria privacy, mentre coloro che si trovano sotto trattamento o in condizioni di cronicità hanno assai meno preoccupazioni di questo tipo. Quindi come ci muoviamo?

Da questo interrogativo derivano

direttamente le sfide bioetiche per il futuro della medicina a distanza e anche una domanda di eccezionale rilevanza: saremo in grado di utilizzare la tecnologia come una risorsa e non come un fine e l'uomo come un fine e non come una risorsa?

L'attualità dei nostri giorni impone risposte certe, articolate, condivise e, possibilmente, risolutive.

A chiusura del cerchio non dimentichiamo poi che la percezione dell'urgenza dei problemi etici dipende anche dalla condizione complessiva del soggetto e quindi dalla intensità della sua relazione con il proprio medico.

In altri termini, in un'epoca di risorse finanziarie sempre più limitate, le spinte di tipo economico (intese in senso produttivo di nuove tecnologie) e la necessità della riduzione dei costi verranno intese al servizio dell'uomo o quest'ultimo (e la sua salute) costituirà solo il pretesto per il soddisfacimento di bisogni a valenza prevalentemente economica?

La fiducia e la speranza

di Antonio Panti

Recentemente sono usciti due importanti documenti, uno dell'Istituto Superiore di Sanità sulla *Intelligenza artificiale come strumento di supporto alla diagnostica*, l'altro del Ministero stesso, presentato alla Conferenza Stato Regioni, sulle *Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare*.

Ormai, piaccia o no, la medicina digitale è in pieno sviluppo, in dirittura d'arrivo, e si aspettano solo i finanziamenti del PNRR e gli eventuali capitali delle grandi aziende private per cambiare radicalmente l'esercizio quotidiano della professione.

L'IA, sostiene l'ISS, "modificherà significativamente i percorsi diagnostici e terapeutici, le modalità decisionali del medico e il rapporto medico paziente" purché vi sia "una rigorosa validazione scientifica" e la soluzione dei problemi etici e legali; a tal fine l'ISS allega una serie di proposte operative.

Il Ministero affronta e definisce minuziosamente le questioni attuative della televisita, del teleconsulto medico, della teleconsulenza medico-sanitaria, della teleassistenza, del telemonitoraggio, del telecontrollo e della teleriabilitazione, prevedendo ruolo e compiti dei diversi professionisti impegnati, dal medico di medicina generale allo specialista,

all'infermiere, ai tecnici, nonché le modalità organizzative spettanti alle ASL e gli strumenti tecnologici.

Una rivoluzione reale che si inserisce in un quadro mondiale: esistono già dichiarazioni di organismi internazionali, direttive comunitarie e pubblicazioni scientifiche sulla metodologia e sulla prassi della medicina digitale, oltre che documenti di Bioetica. Si dovranno adeguare le norme del codice deontologico anche per garantire la trasparenza della raccolta e l'uso dei *big data*. Si tratta senza dubbio di un ingentissimo impegno di capitali e di profonde modificazioni strutturali che incideranno pesantemente sull'organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale.

Ciascuno può immaginare la giornata di lavoro di un medico tra qualche tempo, i giovani meglio dei colleghi anziani. In USA e in Inghilterra sono già operanti sistemi assistenziali in cui il paziente si rapporta mediante strumenti di controllo alla comparsa di sintomi con app che danno una prima risposta oppure attivano un infermiere che, ove il caso lo necessiti, si rivolge al medico.

Ma la giornata di lavoro, dalla tenuta dell'agenda, alla visita, al controllo dei dati, alla risposta ai quesiti dei pazienti, tutto si modificherà. Altresì è dimostrato che in molti casi le risposte dell'IA sono più precise

di quelle dei medici. Un avvenire né utopico né distopico ma da guardare con speranza se i medici sapranno mantenere il controllo e il dominio della tecnica e non farsene supini esecutori.

Il disagio dei medici di cui tanto si parla è dovuto a molteplici cause, i cambiamenti del paziente, della medicina, della sanità, il carico stupido della burocrazia, motivazioni concomitanti ma immerse ognuna di esse in un clima di mancanza di fiducia nel futuro, di deterioramento del capitale sociale, rappresentato da una categoria, i medici, che svolgono una professione altamente apprezzata e socialmente relevantissima.

Quando si perde la fiducia si innesca quel meccanismo di recriminazione di un passato esaltato nel ricordo che Baumann ha chiamato *retrotopia*. La tecnologia invece può risolvere molti problemi, chiarire i perimetri professionali rispetto al personale non medico, dare la soddisfazione di ulteriori traguardi clinici.

In tempi così grami bisogna avere ben chiaro che un'epoca è finita e che c'è tutto lo spazio per costruire un futuro migliore per la professione. È un messaggio per i giovani colleghi. Dipende dal loro atteggiamento accompagnare la protesta con la proposta.

antonio.panti@tin.it

Efficacia e sicurezza dell'aspirina in prevenzione primaria

di Piercarlo Ballo

SOC Cardiologia, Ospedale Santa Maria Annunziata, Bagno a Ripoli, Firenze

Il ruolo dell'aspirina in prevenzione primaria rappresenta a tutt'oggi un argomento controverso, dove i risultati dei *trials* hanno spesso fornito risultati discordanti e per il quale le attuali raccomandazioni delle varie società scientifiche presentano punti di discrepanza. In questa breve *review*, cogliendo l'occasione di nuove raccomandazioni appena pubblicate da parte della *US Preventive Services Task Force*, si ripercorre il difficile viaggio dell'aspirina lungo la strada della prevenzione primaria negli ultimi decenni.

Parole chiave: aspirina, prevenzione primaria, infarto miocardico, *stroke*, diabete mellito

In un recente articolo pubblicato su *JAMA*, una revisione sistematica commissionata dalla *US Preventive Services Task Force* (USPSTF) ha valutato l'efficacia dell'aspirina nel ridurre il rischio di eventi cardiovascolari in soggetti senza storia di malattia cardiovascolare. La revisione ha analizzato anche gli effetti dell'aspirina sull'incidenza e sulla mortalità del cancro del colon-retto (CRC), nonché il rischio emorragico associato all'utilizzo del farmaco.

Sono stati inclusi 11 studi clinici randomizzati controllati che hanno valutato, in un totale di 134.470 partecipanti, gli effetti prognostici del trattamento con aspirina a basse dosi (variabili negli studi da un minimo di 100 mg a giorni alterni a un massimo di 100 mg/die). I pazienti considerati nella revisione erano soggetti di età ≥ 40 anni, che non presentavano evidenza clinica di malattia cardiovascolare o aumentato rischio di sanguinamento. Gli *outcomes* primari di efficacia includevano eventi cardiovascolari non fatali (infarto miocardico e *stroke*), mortalità cardiovascolare e mortalità

per tutte le cause, incidenza di CRC e mortalità per CRC. L'*outcome* di sicurezza comprendeva sanguinamenti maggiori, definiti come emorragia extracranica, sanguinamento intestinale maggiore, emorragia intracranica o *stroke* emorragico.

L'età media dei pazienti negli 11 *trials* era 63 anni. In totale, le donne rappresentavano il 63% dei partecipanti. L'uso di aspirina a basse dosi è risultato associato a una riduzione del 10% nel rischio di eventi cardiovascolari maggiori [*odds ratio* 0,90 (0,85-0,95)]. In termini assoluti, l'effetto era relativamente modesto (*range* tra -2,5 e 0,1%). Non sono emersi effetti sulla mortalità cardiovascolare [*odds ratio* 0,95 (0,86-1,05)] o sulla mortalità per tutte le cause [*odds ratio* 0,98 (0,93-1,03)], valutate su periodi di *follow-up* compresi tra 3,6 e 10,1 anni. L'unico *trial* che ha evidenziato un effetto sulla mortalità è stato l'ASPREE (*ASpirin in Reducing Events in the Elderly*), condotto su pazienti anziani di età ≥ 70 anni. In questo studio la mortalità per tutte le cause è risultata del 15% più alta nel

gruppo aspirina rispetto al gruppo di controllo [5,86 vs 5,15%; *odds ratio* 1,15 (1,01-1,30)].

I dati su un possibile effetto dell'aspirina su incidenza e mortalità per CRC si sono rivelati meno robusti, sia per lo scarso numero di *trials* che si sono focalizzati su questi *outcomes*, sia per il numero relativamente basso di morti per CRC rilevato nei vari *trials*. Complessivamente, la maggioranza degli studi non ha osservato effetti sull'incidenza di CRC né sulla mortalità per CRC.

Infine, in tutti i *trials*, l'aspirina a basse dosi ha favorito gli eventi emorragici, con un incremento del rischio stimabile intorno al 44% per i sanguinamenti totali [*odds ratio* 1,44 (1,32-1,57)]. Ad eccezione dello *stroke* emorragico, l'aumento del rischio era presente in tutte le tipologie di evento (+58% per i sanguinamenti intestinali maggiori, +53% per le emorragie extracraniche e +31% per le emorragie intracraniche). La non significatività nel caso dello *stroke* emorragico era tuttavia influenzata dall'incidenza relativamente bassa di tale evento.

In conclusione, i dati di questa revisione sistematica indicano che la terapia con aspirina a basse dosi per la prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari può associarsi a una modesta riduzione nel rischio di eventi cardiovascolari, senza effetti sulla mortalità. Questo potenziale effetto benefico è tuttavia controbilanciato da un significativo aumento del rischio di eventi emorragici.

Aspirina in prevenzione primaria: le prime evidenze

A differenza del campo della prevenzione secondaria, dove l'utilità clinica dell'aspirina si è definita con relativa rapidità ed è ormai ampiamente consolidata, il ruolo dell'aspirina come antiaggregante in prevenzione primaria ha rappresentato negli ultimi decenni (e rappresenta tuttora) un argomento controverso, su cui esistono dati ed evidenze discordanti.

I primi *trials* randomizzati che hanno valutato l'effetto dell'aspirina nell'ambito della prevenzione primaria sono stati due studi condotti su medici sani. Nel *British Doctors' Study*, condotto negli anni '80 in Gran Bretagna su circa cinquemila medici maschi sani e pubblicato sul *British Medical Journal* nel 1988, la terapia con aspirina 500 mg/die si associava ad un *trend* verso la riduzione del rischio di infarto miocardico, ma il risultato non raggiungeva la significatività. Nel *Physicians' Health Study*, condotto negli USA su oltre ventiduemila giovani medici maschi sani e pubblicato sul *New England Journal of Medicine* l'anno successivo, il gruppo trattato con aspirina 325 mg/die mostrava una riduzione del 44% del rischio di infarto miocardico rispetto al gruppo trattato con placebo, senza effetti sul rischio di *stroke* ischemico o morte cardiovascolare. Il gruppo trattato presentava anche una maggiore incidenza di *stroke* emorragici, ma la differenza non era significativa. Risultati simili emergevano anche da un successivo studio

di coorte condotto su oltre ottantamila infermiere professionali americane senza storia di malattia cardiovascolare, dove le pazienti che assumevano aspirina mostravano un rischio di infarto miocardico inferiore del 25% rispetto a quelle che non la assumevano, nuovamente senza differenze nel rischio di *stroke* ischemico o morte cardiovascolare, con un *trend* non significativo verso una maggiore incidenza di emorragie subaracnoidee.

Sulla base di queste e altre evidenze, nel 1994 una *collaborative review* dell'*Antiplatelet Trialists' Collaboration* concludeva per una possibile utilità clinica dell'aspirina in prevenzione primaria, stimando il beneficio in una riduzione di circa un terzo nel rischio di infarto miocardico non fatale ma sottolineando che la terapia si associava ad un aumento, seppur non significativo, del rischio emorragico. Tra il 1996 e il 1997 due *statements*, rispettivamente dell'USPSTF e dell'*American Heart Association* (AHA), affermavano in modo concorde che, al momento, non vi erano sufficienti evidenze per formulare raccomandazioni e che, pertanto, l'eventuale utilizzo dell'aspirina in prevenzione primaria si doveva basare solo su valutazioni cliniche individuali.

Ulteriori studi sembravano tuttavia confermare un promettente ruolo dell'aspirina in prevenzione primaria. Nel 1998, il possibile effetto benefico in termini di riduzione del rischio di infarto miocardico veniva confermato dai *trials* randomizzati TPT (*Thrombosis Prevention Trial*) e HOT (*Hypertension Optimal Treatment*), condotti rispettivamente su pazienti ad alto rischio di eventi ischemici e su pazienti ipertesi. Nel 2000, una *review* sistematica dei *trials* disponibili concludeva nuovamente per una significativa efficacia dell'aspirina nel ridurre il rischio di infarto miocardico in prevenzione primaria, senza effetti sul rischio di *stroke* né sulla mortalità.

Il percorso dell'aspirina sulla stra-

da della prevenzione primaria era appena iniziato. Si sarebbe rivelato molto più complesso di quello che la maggioranza di questi studi iniziali poteva far prospettare.

I primi anni Duemila: focus sul diabete

Nel primo decennio degli anni Duemila, l'interesse sull'aspirina come antiaggregante in prevenzione primaria si focalizzò con particolare attenzione sui pazienti diabetici. Nel 2003, l'*American Diabetes Association* (ADA) raccomandava la terapia con aspirina 81-325 mg/die in tutti i pazienti diabetici ad alto rischio senza aumentato rischio di sanguinamento. Nella definizione di alto rischio ricadevano soggetti con storia di fumo, ipertensione, obesità, dislipidemia, familiarità per malattia coronarica, albuminuria ed età > 30 anni. La stessa posizione veniva confermata nel 2007 in un documento congiunto ADA/AHA, con una dose suggerita di 75-162 mg/die e con minime variazioni negli elementi ritenuti in grado di conferire un alto rischio (non più presente l'obesità, limite di età spostato a > 40 anni). Il documento riconosceva tuttavia che la raccomandazione si basava in massima parte su dati epidemiologici e sottolineava la sostanziale scarsità di *trials* randomizzati controllati che la supportassero. In effetti, fino a quel momento l'unico *trial* randomizzato controllato che aveva testato l'efficacia dell'aspirina come prevenzione primaria in pazienti diabetici era stato il *trial* ETDRS (*Early Treatment Diabetic Retinopathy Study*), condotto su 3.711 diabetici randomizzati a trattamento con aspirina 325 mg x 2/die o placebo e pubblicato su *JAMA* nel 1992. Lo studio aveva mostrato un *trend* verso la riduzione del rischio di infarto miocardico, peraltro senza alcun impatto sull'*endpoint* primario (costituito dalla mortalità per tutte le cause), ma il risultato non aveva raggiunto la significatività.

Nel 2008, due importanti *trials* randomizzati su pazienti diabetici hanno ridimensionato fortemente le aspettative sull'aspirina come strumento di prevenzione primaria nel diabete. Il primo di questi è stato lo studio JPAD (*Japanese Primary Prevention of Atherosclerosis with Aspirin for Diabetes*), in cui sono stati randomizzati più di 2.500 pazienti diabetici. Nonostante il gruppo trattato con aspirina (81-100 mg/die) abbia mostrato una riduzione del 20% nel rischio di eventi cardiovascolari, anche in questo caso il risultato non raggiungeva la significatività statistica. Anche l'*endpoint* composito di eventi emorragici non mostrava differenze significative. Il secondo è stato lo studio POPADAD (*Prevention Of Progression of Arterial Disease And Diabetes*), condotto su oltre 1.000 pazienti diabetici con indice cavaglia-braccio < 1. Ancora una volta, non si rilevavano differenze di *outcome* tra il gruppo trattato con aspirina e il gruppo placebo, né in termini di eventi ischemici, né in termini di sanguinamenti.

Nonostante queste nuove evidenze negative, nel 2010 un ulteriore documento congiunto tra ADA, AHA e *American College of Cardiology* (ACC) confermava le precedenti raccomandazioni del 2003 e del 2007 sull'uso dell'aspirina in prevenzione primaria nei pazienti diabetici ad alto rischio senza aumentato rischio di sanguinamento, specificando che l'alto rischio era definito da una probabilità $\geq 10\%$ di eventi cardiovascolari a 10 anni. Si sottolineava nuovamente l'importanza di fumo, ipertensione, dislipidemia, familiarità e albuminuria come fattori in grado di conferire un alto rischio, mentre il criterio legato all'età veniva ulteriormente spostato a > 50 anni per gli uomini e > 60 anni per le donne. La raccomandazione era in classe IIa per i diabetici ad alto rischio, mentre era in classe IIb per i pazienti diabetici a rischio intermedio (ad esempio anziani senza fattori di rischio, op-

pure maschi < 50 anni e femmine < 60 anni di età con fattori di rischio).

Oltre il diabete: il dibattito continua

Parallelamente ai *trials* sui pazienti diabetici, nei primi anni Duemila continuava anche il dibattito sull'utilità dell'aspirina in prevenzione primaria nella popolazione generale. Nel 2001 il *Primary Prevention Project* – un altro *trial* randomizzato controllato condotto su oltre 4.000 pazienti con fattori di rischio cardiovascolare – aveva mostrato un effetto benefico dell'aspirina (100 mg/die) su vari *endpoints* cardiovascolari inclusa la mortalità, rilevando tuttavia un notevole aumento (con un'incidenza più che triplicata) del rischio di sanguinamenti maggiori. L'AHA, nelle linee guida sulla prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari pubblicate nel 2002, raccomandava la terapia con aspirina 75-160 mg/die solo in pazienti ad alto rischio cardiovascolare e senza aumentato rischio di sanguinamento, sottolineando che in questi pazienti il beneficio atteso poteva superare gli svantaggi legati all'aumentato rischio emorragico. Nello stesso anno, la stessa posizione era sancita anche da una *statement* della USPSTF.

Non mancavano peraltro risultati discordanti. Nel 2005 il *trial* WHS (*Women's Health Study*) – un ampio *trial* condotto su circa 40.000 donne sane randomizzate a terapia con aspirina o placebo e seguite per un *follow-up* di 10 anni – non mostrava alcun effetto benefico dell'aspirina sul rischio di infarto miocardico. Contrariamente ai precedenti studi, il *trial* mostrava nel gruppo trattato con aspirina una riduzione del 24% nel rischio di *stroke*. Lo studio sottolineava inoltre anche un significativo aumento del 40% nel rischio di sanguinamenti gastrointestinali maggiori.

Nel 2009, le conclusioni di una meta-analisi dell'*Antithrombotic Trialists'*

Collaboration sui 6 maggiori *trials* randomizzati disponibili (i suddetti *British Doctors' Study*, *Physicians' Health Study*, TPT, HOT, *Primary Prevention Project* e WHS) indicavano che il beneficio netto della terapia con aspirina in prevenzione primaria era mal valutabile proprio perché ampiamente controbilanciato da un considerevole aumento degli eventi emorragici maggiori. Nello stesso anno, le nuove linee guida ACC/AHA sulla prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari riducevano la forza della raccomandazione rispetto al 2002, specificando che la terapia con aspirina 75-100 mg/die poteva essere considerata (classe IIb) in pazienti ad alto rischio cardiovascolare, di età 40-70 anni e senza aumentato rischio di sanguinamento. Sempre nel 2009, una nuova *statement* della USPSTF sottolineava nuovamente l'importanza di trattare con aspirina solo i pazienti in cui il beneficio atteso poteva superare gli svantaggi legati all'aumentato rischio emorragico.

L'ESC (European Society of Cardiology) prende posizione

Fino a quel momento l'ESC non aveva ancora affrontato l'argomento in maniera dettagliata, limitandosi a pochi interventi come quello nelle raccomandazioni sulla prevenzione della malattia coronarica pubblicate del 1998, dove si ricordava una possibile utilità della terapia con aspirina in pazienti ipertesi e in soggetti con rischio cardiovascolare "particolarmente alto". Ancora nel 2007, in un documento congiunto redatto dall'ESC e dall'*European Association for the Study of Diabetes* (EASD) su diabete, pre-diabete e malattie cardiovascolari, non si faceva cenno alla terapia con aspirina in prevenzione primaria per la prevenzione dell'infarto. Tuttavia, sulla scia delle nuove evidenze, nel 2012 l'ESC decise di prendere posizione sull'argomento, pubblicando linee guida sulla prevenzione cardiovascolare

**Figura 1.**

Il tortuoso percorso dell'aspirina lungo la strada della prevenzione primaria.

in collaborazione con la *European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* (EACPR). Due anni prima, peraltro, l'*Aspirin for Asymptomatic Atherosclerosis* (AAA) trial, un ulteriore studio randomizzato controllato condotto in Scozia su quasi 30.000 pazienti con ridotto indice caviglia-braccio – stavolta presi dalla popolazione generale – aveva confermato l'assenza di effetti benefici già emersi dal POPADAD sui pazienti diabetici.

In considerazione dei dati inconclusivi, le linee guida ESC/EACPR 2012 non raccomandavano la terapia con aspirina in prevenzione primaria, né nella popolazione generale né in soggetti diabetici (classe III), ipotizzando un possibile uso solo in pazienti ipertesi con disfunzione renale o ad alto rischio cardiovascolare (classe IIb). Raccomandazioni analoghe erano presenti anche nel successivo update delle linee guida ESC/EASD su diabete, pre-diabete e malattie cardiovascolari pubblicato nel 2013. In quest'ultimo documento, veniva assegnata una classe III alla terapia con aspirina in diabetici

a basso rischio e una classe IIb a quella in diabetici ad alto rischio. Dopo questa chiara presa di posizione, nel 2014 anche la *Food and Drug Administration* (FDA) si allineava alle conclusioni dell'ESC, con un parere dove si ricordava che i dati disponibili non supportavano l'utilizzo dell'aspirina in prevenzione primaria e che, anzi, la terapia comportava importanti rischi legati ad eventi emorragici gastrici e cerebrali.

Ulteriori trials e la posizione della USPSTF

Nello stesso anno, le posizioni scettiche dell'ESC e della FDA venivano rinforzate dai risultati del trial JPPP (*Japanese Primary Prevention Project*), condotto su quasi 15.000 pazienti ipertesi, dislipidemici o diabetici, in cui non si evidenziavano effetti benefici dell'aspirina (100 mg/die) su un endpoint primario composito che includeva infarto miocardico non fatale, *stroke* non fatale e morte cardiovascolare. Sebbene fosse presente, tra gli endpoints secondari, una riduzione del rischio di eventi non fatali,

questa era ampiamente bilanciata da un cospicuo aumento del rischio di *stroke* emorragico. Anche un successivo update dello studio JPAD, aggiornato con un follow-up di 10 anni, confermava i risultati negativi dello studio originario. Nonostante le posizioni di ESC e FDA e la sostanziale negatività dei risultati di questi ulteriori trials, in una nuova statement del 2016 la USPSTF raccomandava l'utilizzo di aspirina a basse dosi in prevenzione primaria in adulti di età 50-59 anni ad alto rischio cardiovascolare (probabilità $\geq 10\%$ di eventi cardiovascolari a 10 anni), senza aumento di rischio di sanguinamento, con aspettativa di vita di almeno 10 anni e in grado di assumere la terapia per almeno 10 anni. Una raccomandazione simile veniva data per i pazienti di età 60-69 anni, purché con attenta valutazione individuale del rischio-beneficio.

I trials del 2018: ASCEND, ARRIVE e ASPREE

Il 2018 è stato un anno fondamentale per il percorso dell'aspirina

nell'ambito della prevenzione primaria. Tre importanti *trials* randomizzati hanno aggiunto ulteriori e preziose informazioni:

- lo studio ASCEND (*A Study of Cardiovascular Events in Diabetes*) ha valutato l'efficacia di aspirina 100 mg/die in oltre 15.000 diabetici di età ≥ 40 anni, seguiti per un *follow-up* di 7,4 anni. Il braccio trattato mostrava una riduzione del 12% del rischio eventi cardiovascolari, a fronte di un aumento del 29% nel rischio di eventi emorragici maggiori;
- lo studio ARRIVE (*Aspirin to Reduce Risk of Initial Vascular Events*) ha testato l'efficacia di aspirina 100 mg/die in oltre dodicimila pazienti a moderato rischio cardiovascolare, di età ≥ 55 anni (uomini) o ≥ 60 anni (donne), seguiti per un *follow-up* mediano di 5 anni. Non sono stati osservati effetti benefici sul rischio di eventi cardiovascolari, mentre il rischio di emorragie gastrointestinali era aumentato di circa il doppio. I risultati di questo studio erano comunque inficiati da un numero di eventi cardiovascolari inferiore a quello atteso, tale da portare gli autori a modificare l'*endpoint* primario durante lo studio (incluso attacchi ischemici transitori e angina instabile);
- infine, anche lo studio ASPREE (*ASpirin in Reducing Events in the Elderly*), condotto sul quasi 20.000 pazienti di età ≥ 70 anni randomizzati ad aspirina 100 mg/die o placebo e seguiti per un *follow-up* di 4,7 anni, non ha evidenziato effetti sul rischio di eventi cardiovascolari, confermando invece ancora una volta un aumento del 38% nel rischio di eventi emorragici maggiori.

Le linee guida attuali

L'ESC ha pubblicato linee guida sulla prevenzione cardiovascolare nel 2016 e nel 2021, confermando una posizione molto cauta sul ruolo dell'aspirina in prevenzione

primaria. Secondo le ultime linee guida ESC del 2021, in particolare, la terapia con aspirina in prevenzione primaria può essere considerata in pazienti diabetici ad alto rischio (classe IIb), mentre non è raccomandata in pazienti con rischio cardiovascolare basso o intermedio, a causa dell'aumentato rischio di eventi emorragici (classe III). Viene inoltre sottolineato che, anche in casi particolari di pazienti non diabetici con rischio particolarmente elevato, non può escludersi che i potenziali benefici della terapia possano superare gli svantaggi derivanti dall'aumentato rischio emorragico.

Le ultime linee guida ACC/AHA sulla prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari, pubblicate nel 2019, hanno confermato in massima parte le posizioni già espresse in precedenza. La terapia con aspirina 75-100 mg/die può essere considerata in pazienti ad alto rischio cardiovascolare, di età 40-70 anni e senza aumentato rischio di sanguinamento (classe IIb). L'aspirina non è raccomandata in pazienti > 70 anni o in adulti di qualunque età che presentano aumentato rischio di sanguinamento (classe III).

Infine la USPSTF, basandosi sulla recente metanalisi pubblicata su *JAMA*, ha modificato le proprie raccomandazioni del 2016 restringendole ulteriormente. In questa nuova *statement*, la USPSTF raccomanda di valutare individualmente la possibilità di iniziare l'uso di aspirina a basse dosi in prevenzione primaria negli adulti di età 40-59 anni che hanno un elevato rischio cardiovascolare, sottolineando comunque che il beneficio netto atteso in questo gruppo è piccolo e che i pazienti che non sono ad aumentato rischio di sanguinamento e che sono disposti ad assumere quotidianamente la terapia hanno maggiori probabilità di trarne beneficio. Al contrario, l'USPSTF non raccomanda la terapia con aspirina in prevenzione primaria per gli adulti di età ≥ 60 anni.

Considerazioni conclusive

Nonostante le discrepanze tra le raccomandazioni delle attuali linee guida, è ragionevole osservare che un elemento comune su cui esse concordano, fondamentale per la decisione clinica, è la presenza di un alto rischio cardiovascolare, tale da far sì che i benefici attesi superino gli svantaggi legati all'aumentato rischio emorragico. C'è peraltro una sostanziale concordanza, particolarmente per le linee guida americane, nel definire come una probabilità $\geq 10\%$ di eventi cardiovascolari a 10 anni il livello di rischio adeguato per identificare i pazienti che possono giovare della terapia con aspirina in prevenzione primaria. Anche se la definizione di questo *cut-off* apre l'ulteriore problema di come tale rischio possa essere calcolato in maniera sufficientemente accurata – problema per il quale sono comunque ormai disponibili *scores* ampiamente validati – un'attenta valutazione clinica individuale con identificazione dei pazienti ad alto rischio sembra, allo stato dell'arte, l'approccio più razionale per la decisione di iniziare la terapia.

piercarlo.ballo@uslcentro.toscana.it

Take home message

Nonostante vi sia ancora un certo livello di incertezza dovuta ad evidenze discordanti, è verosimile ipotizzare che la terapia con aspirina in prevenzione primaria possa comportare una riduzione del rischio di eventi cardiovascolari, in particolare di infarto miocardico, senza significativi effetti sulla mortalità. L'entità di questo effetto sembra tuttavia piuttosto modesta ed è bilanciata da un aumento del rischio di eventi emorragici anche maggiori. Pertanto, la scelta di iniziare la terapia deve essere guidata da una valutazione clinica individuale. In particolare, la terapia può essere considerata in presenza di un rischio cardiovascolare sufficientemente alto da superare gli svantaggi derivanti dall'aumento del rischio emorragico.

L'esperienza USCA Firenze come modello per la riforma delle cure primarie, ripartiamo da ciò che ha funzionato

di *Ruggero Landi*¹, *Chiara Milani*², *Irene Pontalti*³

¹ Medico di medicina generale, referente medico USCA Firenze, AUSL Toscana Centro; ² Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze e AUSL Toscana Centro; ³ Medico di medicina generale, USCA Firenze, AUSL Toscana Centro

Son trascorsi più di due anni da quando il 1° aprile 2020 iniziava ufficialmente l'attività di USCA Firenze – le Unità Speciali di Continuità Assistenziale –, dando vita a un servizio che fino a quel momento non esisteva, e definendo, con non poche difficoltà, modalità nuove di lavoro. L'obiettivo del Decreto istitutivo era avere almeno 1 USCA ogni 50 mila abitanti. Firenze lo ha superato ampiamente. Si tratta di squadre costituite da un medico e un infermiere, con compiti di valutazione, presa in carico, *follow-up* e terapia di persone affette da COVID-19 o sospette. I numeri altissimi dell'attività sul territorio di Firenze si intrecciano alle storie di chi ha fatto parte delle squadre attive 12 ore al giorno, 7 giorni su 7.

“Lasciare la squadra? No. Se all'inizio è stato un salto nel vuoto, oggi i valori costruiti, l'espressione della professionalità, l'integrazione e il sempre presente bisogno di dare risposta al mondo COVID mi fanno restare pienamente convinto e attore di una scelta consapevole”, racconta Stefano, infermiere USCA.

Irene, medico di USCA e corsista in formazione in Medicina Generale, condivide: “Ricordo le ansie e le preoccupazioni per tutto quel che stava succedendo e a cui dovevamo far fronte, come cittadini prima e come operatori sanitari. Mi sento anche di condividere un'immagine. C'era un via vai di gente, piccoli gruppi che si stavano creando, medici e infermieri

e poi c'erano gli operai intorno a noi che spostavano mobili, computer, mentre noi stavamo lavorando. L'immagine ha dato l'idea che qualcosa si stava muovendo, si stava creando, qualcosa di nuovo sul territorio con una dinamicità a cui non si è abituati. Ero grata di esserne parte”. Gemma, un'infermiera, aggiunge ricordando quel primo momento: “Esser chiamati a creare le USCA è stato una scommessa non solo contro una pandemia globale ma anche contro noi stessi...”

Oggi, si continuano a non lasciare soli i malati. Il ricordo di Ruggero, medico in formazione in Medicina Generale e referente USCA, sintetizza questa vicinanza “Qualche tempo fa abbiamo seguito una signora anziana con una brutta polmonite; nel tentare di curarla, evitando il ricovero, abbiamo organizzato visite quotidiane per monitorare strettamente l'evoluzione della situazione clinica. In una delle ultime, mi ha accolto con un 'dottore mi ha salvato la vita'. Questi momenti ci danno la carica per andare avanti”.

Alcuni dati numerici rendono ragione del carico di attività del servizio. Le squadre USCA ogni giorno sul territorio di Firenze (con fino a 22 medici in turno in alcune fasi di picco emergenziale) hanno effettuato, in quasi 2 anni di lavoro, oltre 18.000 visite fra quelle a domicilio, negli alberghi sanitari e nelle RSA (circa 3.500), a cui si aggiungono più di 23.000 contatti telefonici.

7.500 i tamponi domiciliari. Con la formazione sanitaria specifica ricevuta, il personale medico e infermieristico ha potuto attuare a domicilio più di 950 ecografie e quasi 3.000 emogasanalisi e da circa un anno può utilizzare anche l'elettrocardiografo, servizi che in precedenza erano svolti solo in strutture sanitarie. Ancora a integrazione del servizio sono state garantite le sostituzioni di PEG, le gestioni medicazioni complesse e l'effettuazione delle radiografie domiciliari. L'attività di vaccinazione ha contato un totale di circa 13.000 vaccini effettuati. Era inizialmente svolta nelle strutture residenziali e di supporto nei presidi ospedalieri e territoriali e in seguito a domicilio, per i soggetti estremamente vulnerabili e anziani; si è poi rivolta alla popolazione a rischio di esclusione/marginalità in collaborazione con la Società della Salute, il coordinamento della marginalità del Comune di Firenze e le associazioni del territorio.

Un aspetto fondativo del servizio rimane l'entrare nelle case delle persone. Sono sconosciute, si trovano in situazione di grossa sofferenza e preoccupazione, ma entrare permette di avvicinarsi a loro. Capire il contesto in cui vivono, gli affetti, i sostegni che possono avere è parte del lavoro: alla visita e alla valutazione clinica si aggiungono una serie di elementi assistenziali e di cura dei dettagli, di attenzione alla persona. Il contatto fornisce sostegno, rega-

la tranquillità, alleggerisce il peso dell'incertezza, della solitudine. È fondamentale ricordare che tutto è poi condiviso con il medico di famiglia della persona, si definisce insieme cosa fare e in che modo.

Racconta ancora Ruggero: "Una volta, abbiamo visitato un paziente anziano che vive con la moglie, affetto da un brutto quadro di polmonite e sospetta embolia polmonare che ha richiesto un ricovero in urgenza. Contattate le due figlie per informarle della situazione siamo scesi in strada ad attendere l'arrivo dell'ambulanza. Ecco che ci ha inaspettatamente raggiunto l'intera famiglia – le figlie, con i mariti e i nipoti. Erano lì per incitare e accompagnare il loro caro, per fargli sentire l'affetto e l'amore in quel momento critico. Siamo stati testimoni dello sforzo e del coinvolgimento di un'intera famiglia. Dietro gli anziani c'è un mondo, sono un po' lo scrigno dei nostri ricordi".

Nei mesi successivi ai primi, USCA è diventata un servizio che coniuga la complessità organizzativa, di programmazione, al peso emotivo e fisico richiesti dalle molteplici linee di attività. Si sono aggiunte: la presenza nelle RSA in collaborazione con il GIROT (Gruppo rapido di Intervento Ospedale Territorio), l'attività presso un albergo protetto, oltre a quella negli alberghi sanitari, e presso un presidio di cure intermedie, l'attività di vaccinazione. La scelta lungimirante di mantenere un unico servizio centralizzato per tutto il Comune di Firenze (la Zona Distretto) ha permesso di ridurre i rischi di frammentazione, tanto dell'organizzazione, quanto del gruppo e delle pratiche di lavoro.

La multidisciplinarietà che caratterizza il modello fiorentino è uno degli elementi di forza del servizio, che si centra su una stretta relazione tra personale medico e servizio infermieristico aziendale parte dell'organico di USCA. Questa sinergia ha permesso di materializzare le visite congiunte al domicilio delle persone

e quella relazione stretta tra le due figure resa difficile sia dal percorso di formazione che dall'attuale organizzazione delle cure primarie.

Ci raccontano Gemma e Laura, infermiera e OSS USCA: "Le varie figure professionali si supportano, dandosi forza l'una con l'altra. Sempre in corsa contro il tempo, mentre percorriamo la strada, facciamo mentalmente la check list del necessario: 'ho preso tutto? borsa, visiere, camici, tamponi, ecografo, emogas?...'. Il nostro pensiero sono sempre le persone con un nome, un cognome e una famiglia". E ancora: "L'ambiente formato da giovani medici con tanta voglia di fare e l'inserimento di giovani infermieri hanno creato un ambiente costruttivo e stimolante".

Non è, tuttavia, solo tra medici e infermieri delle squadre la relazione multiprofessionale. L'aumento di complessità e i volumi di attività hanno portato ad arricchire USCA con altre figure.

I medici tracciatori, che hanno supportato il servizio nei momenti più critici, ricevevano le segnalazioni, programmando l'attività delle squadre, provvedendo al *follow-up* telefonico dei pazienti presi in carico.

Manuela è un giovane medico che ha svolto questa attività: "Mi è capitato di contattare quotidianamente una signora COVID positiva e affetta da un carcinoma al colon metastatico finché il peggioramento delle sue condizioni di salute ha richiesto il ricovero. Alla comunicazione, il marito mi ha chiesto se potesse continuare a essere contattato – non aveva problemi di salute, non era in isolamento, ma vedeva in noi un riferimento. Per molte famiglie, l'importanza del contatto telefonico non si esaurisce nel supporto medico, ma sconfina, inevitabilmente, in un supporto relazionale".

E poi ci sono il personale amministrativo e gli specializzandi in Igiene e Medicina Preventiva che hanno garantito la programmazione e l'attività della vaccinazione domiciliare, la quale ha richiesto un preciso lavoro

logistico e organizzativo. Si aggiungono anche gli assistenti sanitari e i tecnici della prevenzione.

Così, ogni mattina ci si trova tutti davanti alla lavagna della programmazione, suddivisa per giorni, per squadre e per quartiere della città, si danno le consegne e si inizia.

L'integrazione proposta e costruita giorno dopo giorno apre la strada anche alla stretta collaborazione tra medici di assistenza primaria, la nuova figura di infermiere di famiglia e di comunità (IFC), altre figure ausiliarie e figure specialistiche che dall'ospedale si spostano e svolgono attività nel territorio e al domicilio delle persone. Sono già presenti in USCA strette relazioni con queste figure, con il servizio di riabilitazione, con il servizio sociale e con il servizio di continuità ospedale territorio (ACOT). Non da ultimo, il supporto della Società della Salute e del coordinamento dei servizi sanitari territoriali ha permesso di definire bisogni e priorità e di sentirsi così sempre più parte di una rete di servizi.

Nello scenario di riforma delle cure primarie, alcuni elementi del disegno tracciato possono orientare il cambiamento. Tra essi, un'evoluzione del rapporto di fiducia del cittadino con il singolo medico di medicina generale, che lascia spazio a un rapporto verso un team multiprofessionale (attivo 7 giorni su 7 H24) il quale si occuperebbe di vari compiti – assistenza domiciliare e reperibilità telefonica, attività ambulatoriale, attività in corsia nelle cure intermedie – condividendo le problematiche del paziente come intero gruppo e utilizzando le competenze di ogni elemento al fine di fornire un'assistenza condivisa. In questa ottica la Casa della Salute/Comunità si pone quale nodo della rete di cure e contenitore funzionale, relazionale e organizzativo che può ospitare le innovazioni auspicate – a partire dalla costruzione di équipe multidisciplinari, dall'adozione di modelli assistenziali orien-

tati alla promozione della salute e alla prevenzione e dalla strutturazione di reti di servizi capaci di intervenire sui determinanti della salute.

Per concludere, USCA si è dimostrata elemento di sperimentazione, attraverso pratiche nuove di relazione

tra professionisti, discipline e servizi e di costruzione dell'immaginario da cui partire.

Si ringraziano tutti gli operatori e le operatrici del servizio USCA, in modo particolare per la gentile partecipazione e i contributi forniti: Stefano Guar-

nieri, Gemma Grossi, Laura Maggini, Rita Manuela Bruno. Si ringraziano inoltre Lorenzo Baggiani, Marco Nerattini, Silvia Senatori, Cinzia Beligni, Giovanna Mereu.

ruggero.landi@uslcentro.toscana.it

PNRR: vanagloria o lungimiranza?

di *Valentina Galeotti*

Formatrice, Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza OMCEOFI

L'innovazione che ci aspettiamo arrivi dall'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è elevata soprattutto in ambito sanitario. È sufficiente acquistare *device* di ultima generazione oppure occorre strutturare politiche trasversali per superare barriere culturali, anagrafiche e tecnologiche che ancora "intrappolano" la crescita del Paese? L'obiettivo non è solo raggiungere missioni, *target* o *milestones* ma attuare uno dei più massicci interventi di digitalizzazione del Paese, senza dimenticare Green Deal e parità di genere.

Parole chiave: PNRR, innovazione, telemedicina, politiche sanitarie, competenze digitali

La delibera n. 253 del 8 giugno 2022, siglata dal Direttore Generale della Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, ha individuato i componenti del gruppo per la valutazione delle proposte pervenute a seguito dell'avviso per la manifestazione d'interesse circa la presentazione di proposte di partnership pubblico privato andando a definire il futuro della telemedicina in Italia. È proprio grazie anche a questa delibera se sono stati raggiunti gli obiettivi previsti per il primo semestre 2022 previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Questo traguardo permetterà nei prossimi mesi di ricevere nelle casse del Governo italiano ulteriori 21 miliardi di euro, al netto del prefinanziamento già riscosso, come previsto dal Programma *Next Generation Eu*.

Il programma, ideato come contratto a *performance*, consente all'Italia di vedersi riconosciuti ben 191,5 miliardi di euro che verranno erogati se saranno raggiunti sia le *milestones* che i *target* identificati all'interno delle 6 Missioni definite nel Piano.

Il Piano è delineato all'interno di un paradigma ben definito che ha tre capisaldi:

- perseguire l'adesione alla strategia europea per la parità di genere;
- avvicinarsi quanto più possibile al raggiungimento degli obiettivi sostenibili definiti dalle Nazioni Unite;
- l'assunzione di responsabilità nello sviluppo di programmi che soggiacciono al principio del "non arrecare un danno significativo" (DNSH), basato su quanto specificato nella *Tassonomia per la finanza sostenibile* (Regolamento UE 2020/852) per il raggiungimento del Green Deal.

Ci sono diversi elementi positivi che emergono da una prima e sommaria riflessione sul quadro attuale.

Innanzitutto, su internet, oggi sono resi disponibili ai cittadini tutti i documenti necessari all'attuazione del Piano tanto da consentire di accedere finalmente alla "Casa di vetro pubblica" in un'ottica di trasparenza amministrativa; si favoriscono così forme diffuse di controllo sul perseguimento delle finalità istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, contribuendo al dibattito pubblico.

Inoltre, quello che emerge è un'efficiente ed efficace interazione tra i

poteri centrali e i poteri periferici, tra pubblico e privato, a cui probabilmente non si era mai assistito nella storia repubblicana.

Vengono resi evidenti, tangibili e misurabili gli obiettivi di politiche nazionali e territoriali di risanamento, riqualificazione, valorizzazione dei servizi pubblici e del territorio passando dalla cultura alla salute, dalle grandi città ai piccoli borghi e andando a porre l'attenzione pubblica su ambiti talvolta dimenticati da politiche miopi e poco lungimiranti di cui ancora oggi paghiamo le conseguenze.

Certo è che le 188 pagine del Contratto istituzionale di sviluppo per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalle Regioni e Province autonome (PP/AA) siglato tra il Ministero della Salute e la Regione Toscana non sono proprio accessibili a tutti.

È opportuno, infatti, inquadrare il presente ossia lo stato dell'arte per evitare di cadere nella trappola ideologica che spesso soggiace alla tradizione italiana di politici vanagloriosi. L'Italia è un Paese caratterizzato da un elevato invecchiamento della popolazione. Gran parte degli an-

ziani convive con una grave riduzione di autonomia sia nella cura della persona che nelle attività quotidiane della vita domestica necessitando di un supporto che per lo più è affidato alla famiglia o a terzi se il livello reddituale lo consente. Per definire adeguate politiche socio-sanitarie questi elementi sono imprescindibili.

Oltre alla situazione sanitaria in tema di digitalizzazione e innovazione, occorre fare i conti con il quadro culturale e tecnologico attualmente vigente. Come riferisce l'Istituto di statistica nel 2020 (<https://www.agendadigitale.eu/cittadinanza-digitale/digital-divide-quant-sono-in-italia-gli-esclusi-dal-digitale>), ben il 67,4% degli over 64 anni non sapeva usare internet e, secondo il *Digital Economy and Society Index 2021* (DESI), l'Italia si posiziona nella parte bassa del *ranking* per livello di digitalizzazione, ben lontana dai Paesi a lei simili per caratteristiche dimensionali e socio-economiche come Spagna, Francia e Germania.

Dal rapporto, inoltre, si evince che siamo terzultimi in Europa per popolazione con competenze digitali almeno di base, al 25esimo posto per l'utilizzo complessivo della banda larga fissa e all'ultimo posto per l'utilizzo della banda larga mobile.

Se da un lato si rileva che la disponibilità e la completezza dei servizi pubblici verso i cittadini e le imprese sono comparabili alle medie europee, dall'altro, l'Italia è terzultima per quota degli utenti internet che interagiscono online con la Pubblica Amministrazione (https://blog.osservatori.net/it_it/desi-indice-digitalizzazione-italia).

Ecco che, se si approfondisce l'analisi, emergono criticità trasversali che, se non risolte adeguatamente, potrebbero compromettere l'impatto del Piano e la sua efficacia anche se fossero raggiunti tutti i *target* e le *milestones* previste.

È necessario quindi, per una completa analisi, vagliare anche la condizione dei professionisti che andran-

no a operare con tecnologie nuove e allargare l'analisi del Piano alle altre missioni.

Risulterebbe infatti fuorviante e limitante pensare che, per esempio, la formazione per i funzionari dell'Inps non ricada sullo stesso capitale umano destinatario di innovazioni tecnologiche utili ai *caregiver* di anziani, magari con poca autonomia.

È inoltre impossibile non tenere conto del fatto che la popolazione sanitaria sta vivendo un importante *turn over* a seguito dei massicci pensionamenti soprattutto dei medici di famiglia, i quali non sono stati mai reintegrati lasciando così un vuoto nella medicina territoriale che, proprio in emergenza pandemica, ha dimostrato di rappresentare l'anello fragile; è stata ripensata anche con politiche d'emergenza che solo alla lunga potranno essere valutate.

Proprio la Missione 6 va quindi analizzata, interpretata e considerata come uno dei più trasversali e massicci interventi di digitalizzazione del Paese, piuttosto che legata solo all'ambito sanitario.

Analizzando per esempio lo strumento della telemedicina, il Piano prevede che entro il 2026 gli strumenti di telemedicina dovranno consentire di fornire assistenza ad almeno 800.000 persone di età maggiore di 65 anni in assistenza domiciliare attraverso l'implementazione di 600 centrali operative territoriali; per la Toscana sono stati previsti 12.611.917,93 euro che dovranno consentirle di implementare le centrali, interconnetterle a livello aziendale attraverso *device* dedicati.

Come si evince dai documenti ufficiali, "Un ruolo fondamentale, nel futuro assetto della sanità sarà rappresentato dal potenziamento della telemedicina, anche ai fini della garanzia di equità di accesso alla diagnosi e cura delle malattie. Le televisite già sperimentate in fase pandemica hanno consentito ai pazienti cronici di essere seguiti nel percorso di *follow-up*. La telemedicina dovrà essere sviluppata per garantire un

accesso facilitato e capillare anche alle prestazioni di diagnosi e cura".

Il funzionamento della telemedicina dipenderà dal personale formato adeguatamente all'utilizzo di tecnologie che in alcuni angoli del nostro Paese non sono mai state impiegate: magari saranno gli stessi operatori sanitari che fino a oggi ancora usavano agende cartacee per gli appuntamenti.

Il Garante della Protezione dei dati, proprio nel 2019, evidenziava come la perdita di dati, in forma sia cartacea che digitale, più onerosa fosse a carico dell'ambito sanitario e soprattutto dell'ambito pubblico ed ecco pertanto che la formazione del personale sanitario, la necessità di armonizzare le procedure e uniformare i responsabili dei trattamenti dei dati sono assolutamente prioritari.

L'accesso al fascicolo sanitario da parte dei medici di famiglia è ancora a macchia di leopardo e infatti, anche se i professionisti sono convenzionati con la stessa azienda e gli esami ematici svolti nello stesso ospedale, non è affatto così scontato che si vedano sul fascicolo se richiesti da due ambulatori diversi.

Un cittadino fidelizzato già all'uso di identità digitale e di app mal digerisce frammentarie e lacunose spiegazioni dell'inefficienza pubblica, del processo che sta dietro quell'inefficienza, del nome del responsabile dell'inefficienza.

Se la telemedicina funzionerà, dipenderà da cittadini digitali che aiuteranno anziani soli a utilizzare dispositivi digitali che prima non avevano.

Ma chi comprenderà gli strumenti? Chi fornirà loro le reti per accedere con gli strumenti? Chi li instruirà sulle procedure?

In Toscana il call center regionale deputato all'accesso al fascicolo elettronico nel 2017 ha registrato su un totale di oltre 17.700 ben 4.769 richieste di aiuto per la configurazione/installazione dei *driver* del lettore *smart card*; come è pensabile

strutturare un supporto più capillare alla platea che necessariamente crescerà?

Se la telemedicina funzionerà, sarà perché il gruppo formato da Prof.ssa Chiara Cacciavillani, Dr.ssa Maria Grazia Colombo, Dott. Elio Mendillo, Ing. Giulio Saccardi, Avv. Enrico Soprano, Prof.ssa Veronica Vecchi, Ing. Stefano Micocci, Ing. Gandolfo Miserendino e Ing. Emilio Carolla avrà scelto *bene*,

ossia per il bene dell'anziano solo, che vive nel borgo lontano dall'ospedale, che grazie alla telemedicina si sentirà curato a casa senza doversi spostare dal luogo familiare e senza sentirsi abbandonato dallo Stato a cui ha dato tanto, felice di accogliere i suoi dottori in casa: finalmente qualcuno è andato a trovarlo!

Ma la promozione della parità tra uomo e donna nel processo deci-

sionale come strategia europea che fine ha fatto visto che la valutazione della proposta sarà presa da 3 donne e ben 6 uomini?

Auspucando di raggiungere altri *target* e *milestones* mi auguro che si possa assistere anche al concretarsi del processo di parità di genere nel processo decisionale.

v.galeotti@omceofi.it

Epidemia di scompensi adolescenziali nella pandemia da COVID-19

Gli adolescenti con psicopatologia dell'area fiorentina Nord-Ovest e la necessità di potenziare le reti operative multiprofessionali

di Arcangela Loredana Cilibrizzi¹ ed Elide Ceragioli²

¹ Neuropsichiatra infantile e psicoterapeuta, master quadriennale in Psicoterapia Cognitivo-Evoluzionista, master in Terapia Cognitivo-Comportamentale per l'Età Evolutiva, Servizio di Salute Mentale Infanzia e Adolescenza dell'Azienda Usl Toscana Centro - percorso dedicato allo Scompenso Psicico in Adolescenza; ² Neuropsichiatra infantile e attuale direttrice dell'Unità Funzionale Firenze Nord-Ovest

L'adolescenza è crocevia dello sviluppo caratterizzato da importanti cambiamenti cerebrali. Nella seconda parte di questa pandemia, i servizi per l'infanzia hanno registrato un aumento dei casi di disagio adolescenziale. I territori di periferia pullulano di adolescenti. Proponiamo una fotografia del lavoro svolto dagli ambulatori dedicati allo scompenso psichico adolescenziale nell'area fiorentina Nord-Ovest.

Parole chiave: adolescenti, psicopatologia, reti operative

Come Daniel Siegel ci ricorda, l'adolescenza, oltre a essere una fase di grande instabilità, è anche e soprattutto un periodo di grandi opportunità. È soprattutto durante l'adolescenza che nascono le strategie nuove, quelle che ci permettono di evolvere come specie, perché ottimizzano la risposta alle darwiniane *mutatis mutandis* condizioni ambientali

Cosa succedeva prima della pandemia?

Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale, oggetto di accordo in conferenza Stato-Regioni (PANSM, 2013), individua l'area della salute mentale in infanzia e adolescenza come prioritaria e prevede tra i punti qualificanti l'intervento multidisciplinare d'équipe.

Il panorama nazionale relativamente all'organizzazione dei servizi rispetto

alla psicopatologia adolescenziale con carattere di acuzie appare molto scarno. Solo poche regioni su 20 hanno sviluppato delle linee di indirizzo operativo condivise.

La Toscana fa riferimento al DGR 9 novembre 2015, n.1063.

Le Linee regionali del 2015 definiscono tempi e modi auspicabili al fine di consentire che le situazioni di urgenza possano trasformarsi in occasioni di cambiamento capaci di ripristinare un equilibrio qualitativamente migliore ai fini evolutivi.

Stabiliscono che nelle Unità Funzionali di Salute Mentale Infanzia Adolescenza devono essere costituiti team composti dal neuropsichiatra infantile, dallo psicologo dell'età evolutiva, dall'educatore, dall'assistente sociale e dall'infermiere.

Nell'area fiorentina della Usl Toscana Centro è stato costruito un percorso

dedicato allo scompenso psichico in adolescenza all'interno del quale è stata coinvolta dal 2015 anche la zona Nord-Ovest.

Cosa è successo con la pandemia?

Secondo il report del dottor Paolo Stagi al Corso *Salute mentale negli adolescenti e nei giovani adulti durante e dopo l'emergenza sanitaria*, l'avvento della pandemia da COVID-19 ha determinato inizialmente una drastica riduzione dell'utilizzo dei servizi di salute Mentale Infanzia-Adolescenza. Questo effetto è derivato dalla sospensione di varie attività socio-sanitarie, come le attività ambulatoriali non dedicate all'urgenza, le attività riabilitative e i centri diurni.

La necessaria sospensione delle attività scolastiche e sportive ha am-

plificato enormemente l'isolamento sociale dei ragazzi già fragili, determinando un aumento del fenomeno di Hikikomori in cui l'investimento relazionale avviene tramite canali virtuali, con sovraesposizione ai social media.

Il servizio sanitario, d'altra parte, a causa di gravi criticità secondarie alla scarsa efficienza del sistema digitale dei servizi oltre che alla problematica legata alla protezione dei dati, non è riuscito a contattare sufficientemente la popolazione giovanile, che pure sarebbe stata accessibile tramite il digitale.

A questa iniziale contrazione degli accessi ha fatto necessariamente seguito, con le riaperture, un ritorno massiccio di situazioni in fase di gravità che si sono riversate sul territorio e sui reparti di Neuropsichiatria infantile.

Dall'ottobre 2020 a oggi, i servizi di salute mentale infantile hanno assistito a un aumento dei casi di scompenso adolescenziale, verosimilmente associabili al fatto che le misure di protezione e distanziamento messe in atto per combattere il virus hanno contemporaneamente inficiato il funzionamento dei sistemi di supporto ai ragazzi, in primis la scuola ma anche le reti sociali e la famiglia.

Dati relativi al 2020 presso uno degli ambulatori di Neuropsichiatria della zona Nord-Ovest

Nell'Area Fiorentina Nord-Ovest, uniformandoci al modello centralizzato, fin dal 2015 abbiamo identificato un ambulatorio dedicato a cadenza settimanale, con l'obiettivo di fornire una risposta anche se parziale alle situazioni di scompenso adolescenziale di tutta l'area Nord-Ovest. Nella fase di valutazione il team multidisciplinare (NPI, psicologo, educatore, infermiere) era in parte afferente all'UFSMIA Fi-Centro, mentre la presa in carico è stata interamente gestita sul nostro territorio.

Ai dati riferibili a questo ambulatorio, bisogna aggiungere quelli

raccolti dagli ambulatori ordinari di Neuropsichiatria e Psicologia.

Presso l'ambulatorio gestito dalla dottoressa Cilibrizzi, che comprende lo spazio zonale dedicato alle urgenze adolescenziali, il numero totale degli assistiti nell'anno 2020 è stato di 264. Il numero di adolescenti con psicopatologia è stato di 86, che corrisponde a circa un terzo dell'utenza complessiva (dati estrapolati da Caribel). Di questi, 62 sono giunti tramite l'ambulatorio dedicato agli scompensi (questo numero comprende sia i nuovi arrivi sia i ragazzi già in carico dei quali molti sono andati incontro a fasi di riesacerbazione sintomatologica).

Di seguito una rappresentazione sulla base della residenza (Fig. 1).

Il compito del neuropsichiatra, dopo la prima visita, è individuare il problema e dare inizio alla costruzione della rete di supporto intorno al nucleo familiare e all'ambiente scolastico che evidenziano il disagio.

Dei ragazzi seguiti nel periodo consi-

derato, meno di metà ha usufruito di una presa in carico congiunta neuropsichiatrica-psicologica del servizio pubblico (Fig. 2).

Il coinvolgimento del Servizio Sociale ha riguardato poco più di metà dell'utenza (Fig. 3).

Solo alcuni dei ragazzi seguiti hanno potuto usufruire di una terapia educativa domiciliare (Fig. 4).

La terapia educativa domiciliare è uno degli approcci non farmacologici più efficaci per il trattamento del disagio adolescenziale. Nella nostra zona può essere attivata dal neuropsichiatra, tramite una cooperativa, oppure dal Servizio Sociale.

L'educatore domiciliare entra nello spazio privato dell'adolescente e si pone al suo fianco al fine di sollevare il ragazzo dalla solitudine del "non senso" in cui è precipitato a causa della patologia. La terapia prevede la messa in atto di un piano cooperativo, un progetto che viene costruito a più mani (neuropsichiatra/psicologo, educatore, ragazzo)

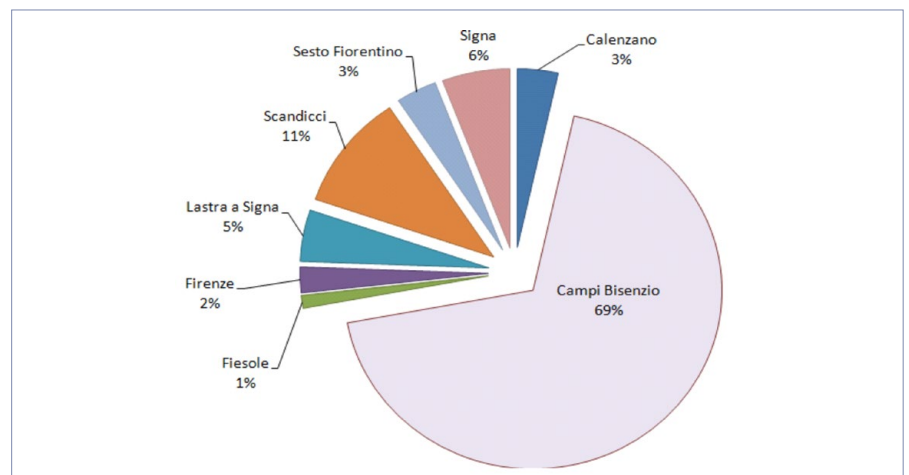


Figura 1. Provenienza dei pazienti.

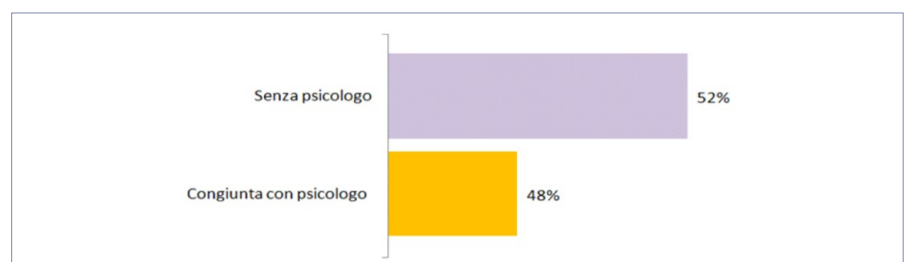


Figura 2. Le percentuali della presa in carico.

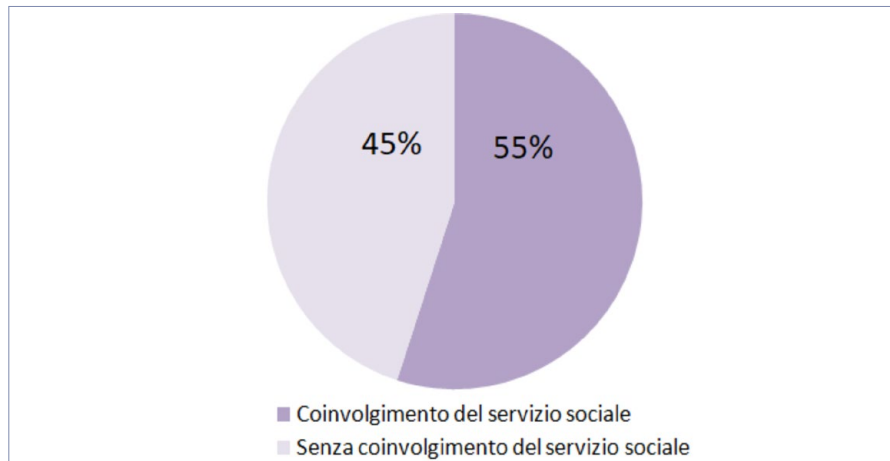


Figura 3.
Il coinvolgimento dei servizi sociali.

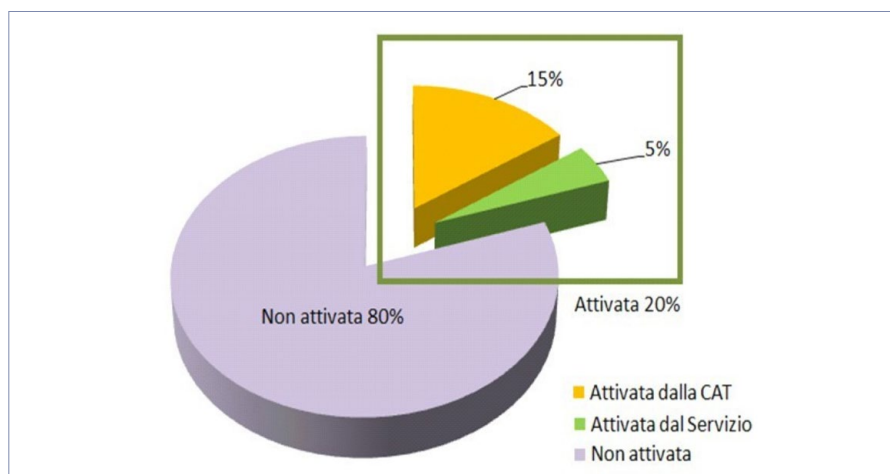


Figura 4.
La terapia educativa domiciliare.

e condiviso con la famiglia. La cooperazione è elemento essenziale della relazione terapeutica perché consente l'emergenza di assetti motivazionali contrari a quelli tipici dei vissuti ansioso-depressivi. La vergogna e la mancanza di speranza con le quali l'ansia e la depressione mettono sotto scacco i ragazzi vengono pian piano soppiantate dalla curiosità e dalla fiducia nel domani.

A una valutazione in itinere non strutturata, l'evoluzione dei casi per i quali è stato possibile attivare una

rete coordinata di servizi appare più favorevole rispetto a quella delle situazioni in cui non è stato possibile reclutare operatori dedicati. Questo dato necessita di misurazioni più precise che si avvalgano di strumenti validati.

Inoltre, la possibilità per gli operatori singoli di usufruire di spazi di intervisione in rete consente non solo di modulare lo stress emotivo che si associa alla gestione di situazioni psicopatologiche gravi, ma anche di produrre un pensiero condiviso con

maggiore riflessività e coerenza nelle strategie terapeutiche, che il paziente e la sua famiglia avvertono e dalle quali si sentono contenuti.

Considerazioni finali

La presenza di servizi dedicati nella zona fiorentina Nord-Ovest ha permesso di dare una risposta parziale al disagio manifestato dagli adolescenti durante la pandemia.

L'intervento educativo domiciliare si pone come intervento terapeutico non farmacologico d'elezione nella presa in carico dell'adolescente con psicopatologia.

È intuitivo che il potenziamento di risorse di rete dedicate possa consentire di prevenire l'evoluzione verso la psicopatologia cronica dell'adulto e restituire al nostro territorio nuove occasioni evolutive.

Alla luce di quanto evidenziato abbiamo valutato l'opportunità di riformulare il percorso dedicato agli adolescenti, perfezionando l'ambulatorio già esistente e potenziandolo con la presenza di altre due NPI (dottoressa Ermini e dottoressa Roberti) e con due psicologi. Appaiono promettenti gli incontri avuti con gli assessori dei comuni dell'Area Nord-Ovest che si sono dichiarati disponibili ad attivare risorse per gli adolescenti in difficoltà, potenziando progetti educativi e centri di socializzazione già esistenti e predisponendone di nuovi.

Il percorso dedicato è stato poi ulteriormente potenziato con tre neuropsichiatre e con un aumento considerevole delle ore di educativa domiciliare. È stato inoltre migliorato il lavoro di integrazione con il servizio sociale. Persiste una grande criticità rispetto alla risorsa di psicologia.

arcangelaloredana.cilibrizzi
@uslcentro.toscana.it

La crisi della Medicina d'Urgenza è irreversibile?

a cura di Andrea Vannucci

Ne parlano Simone Magazzini¹, Alessio Bertini², Alessandro Rosselli³, Daniele Coen⁴

¹ Direttore Medicina d'Urgenza, Ospedale S. Stefano, Prato; ² Direttore UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Ospedale Maggiore, AUSL Bologna; ³ Già direttore della Medicina d'Urgenza, Ospedale S. Maria Annunziata, Firenze; ⁴ Già Direttore Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso ASST Ospedale Niguarda, Milano

I reparti di Pronto Soccorso degli ospedali stanno attraversando un momento critico, sicuramente il più travagliato della loro storia recente. Il Pronto Soccorso è uno snodo su cui storicamente si scaricano tutte le tensioni del Servizio Sanitario Nazionale. Quando il sistema mostra, come adesso, segni d'affanno che mettono in pericolo la sua stessa sostenibilità è lì che medici e infermieri si trovano a dover risolvere, insieme a vere e gravi urgenze, una miriade di problemi clinici minori da nessun altro e in nessun altro luogo gestiti. La pressione cresce, le relazioni tra colleghi e con il pubblico diventano difficili, fino a sfociare in intollerabili episodi di rabbia e violenza che stanno facendo diventare il lavoro non solo più faticoso ma anche pericoloso. Per comprendere cosa succede, e cosa succederà domani, *Toscana Medica* ha posto a due colleghi che dirigono il Pronto Soccorso di due grandi ospedali, Alessio Bertini e Simone Magazzini, due domande: qual è oggi un buon motivo per continuare a lavorare in Pronto Soccorso e quale invece uno per smettere di farlo. Abbiamo poi chiesto un commento a due storici protagonisti della Medicina d'Emergenza e Urgenza (MEU), Alessandro Rosselli e Daniele Coen, con la speranza di fare qualcosa di utile e gradito ai lettori e magari di meno banale di quanto spesso si legge. Preparando questo contributo per *Toscana Medica*, ci è venuto in mente il titolo di un film recente, *Dont look*

up, la storia di un meteorite che sta per distruggere la terra nell'indifferenza generale di persone perse nelle piccole e grandi questioni di ogni giorno. Ci è sembrata la perfetta rappresentazione di ciò che sta accadendo. La crisi della Medicina d'Urgenza non è un effetto della pandemia, che ha fatto solo da acceleratore, origina da ben prima, ma nessuno ha voluto seriamente guardare. Da qui anche la solitudine di medici e infermieri che ogni giorno entrano in ospedale e "mandano avanti la baracca".

Un buon motivo per continuare a lavorare in Pronto Soccorso - Medicina d'Emergenza e Urgenza (MEU) secondo Simone Magazzini

Quando parliamo di Medicina d'Emergenza e Urgenza dobbiamo ricordare che stiamo parlando di quella che per molti anni è stata ritenuta una delle discipline più affascinanti e stimolanti dell'intero panorama medico-chirurgico. Proprio per questo nel 1999, uno come me, assunto a tempo indeterminato in Medicina Interna, fra l'altro quella del compianto professor Berni, una delle più prestigiose del panorama ospedaliero fiorentino dell'epoca, ha chiesto fin da subito di essere impiegato il più possibile, se non esclusivamente, in Pronto Soccorso. Ed eravamo in tanti all'epoca a considerare una parentesi necessaria ma non entusiasmante l'eventuale rotazione nel reparto di

degenza. Esattamente l'opposto di ciò che accade oggi.

In che cosa consisteva dunque tutto questo fascino? Facile dirlo: il medico d'Emergenza-Urgenza aveva, e dovrebbe avere, il compito del primo inquadramento e della stabilizzazione del paziente, per farlo doveva avere una preparazione ampia e approfondita, possedere abilità manuali, saper usare strumenti e apparecchiature, sviluppare capacità di relazione, partecipare e condurre il lavoro in team. Quando il quadro clinico si stabilizzava e la diagnosi era fatta, il medico di Pronto Soccorso aveva finito e orientava il percorso dei pazienti presso altre figure, all'interno dell'ospedale o sul territorio. Per questo i libri di Medicina d'Urgenza accanto ai normali paragrafi (etiologia, fisiopatologia, clinica, diagnosi), prevedono il paragrafo *Dispositions*, ossia a quale percorso si avvia il paziente dopo la stabilizzazione.

Nessuna disciplina è così centrale per l'ospedale e nessun turno di lavoro è così vario e stimolante per un medico come la Medicina d'Emergenza e Urgenza, se praticata in questa chiave.

Un buon motivo per smettere di lavorare in Pronto Soccorso - Medicina d'Emergenza e Urgenza (MEU) secondo Simone Magazzini

Nel corso degli anni, in maniera progressiva e inesorabile, alle funzioni dette sopra se ne sono aggiunte altre, che niente hanno a che fare con

la *mission* della Medicina d'Emergenza e Urgenza e che gradualmente l'hanno prevaricata e travolta. La prima è l'inappropriatezza di accesso. Al grido di "vai in Pronto Soccorso che una risposta te la danno comunque" negli anni abbiamo riempito le nostre strutture di pazienti che, non trovando risposte altrove, facevano di noi il surrogato del medico di medicina generale, del servizio di diagnostica strumentale programmata, dello specialista ambulatoriale.

L'altra è la parte ospedaliera, presso alcuni presidi ancora più pericolosa della prima, che si è determinata per una sempre più inadeguata capacità di accoglienza in reparto, che impone ai pazienti destinati al ricovero permanenze in barella di giorni e giorni in attesa di un posto letto. I cittadini sono così costretti a un bivacco a volte imbarazzante da giustificare e gli operatori a un lavoro di reparto da svolgere in un contesto totalmente inadeguato. La Medicina d'Urgenza in questa situazione è un'attività che ci capita di svolgere sempre più saltuariamente e in un contesto sempre più caotico. Sempre più colleghi si domandano: "vuoi fare l'internista in reparto, che della Medicina Interna è il luogo naturale, o in mezzo a un corridoio?"; è chiaro che i medici che ne hanno la possibilità scelgono il reparto. Allo stesso modo altri colleghi, se devono fare il medico di medicina generale in Pronto Soccorso con un orario distribuito sulle 24 ore 365 giorni all'anno e per circa la metà del compenso, scelgono di licenziarsi e andare a farlo regolarmente sul territorio. In sintesi un buon motivo per smettere di lavorare in Medicina d'Urgenza è scoprire di aver comunque quasi smesso di praticare la Medicina d'Urgenza nostro malgrado.

Un buon motivo per continuare a lavorare in Pronto Soccorso - Medicina d'Emergenza e Urgenza (MEU) secondo Alessio Bertini

Risolvere situazioni critiche facendo una brillante diagnosi o mettendo in

atto manovre salvavita sono la quintessenza dell'*ars medica* e rappresentano spesso il sogno che attira i giovani verso le sfide della Medicina d'Urgenza e del Pronto Soccorso. Altro elemento attrattivo è l'estrema variabilità delle condizioni che si incontrano in Pronto Soccorso, che spaziano dai malati critici alle situazioni più curiose e imprevedibili. L'adrenalina che si libera quando si capisce che la diagnosi fatta o una certa terapia salverà la vita del nostro paziente rappresenta il massimo della soddisfazione professionale. I medici d'Urgenza si trovano poi a contatto con le persone nei momenti più delicati delle loro vite e questo rappresenta un altro stimolo emotivo difficilmente realizzabile in altri contesti.

Risolvere un dolore acuto, fare una diagnosi salvavita, trattare un attacco d'asma o osservare i sintomi dell'ictus regredire dopo il trattamento trombolitico... non esiste altro *setting* ove tutte queste cose possono accadere, magari nella stessa giornata!

Ogni giorno si impara qualcosa... e si cresce nella consapevolezza (o presunzione) di poter/saper fare qualcosa per tutti... attraverso le procedure di cui si diventa esperti, molte delle quali sono "salvavita" o comunque in grado di ripristinare uno stato di benessere: terapia analgesica/sedoanalgesia, drenaggio pleurico, massaggio cardiaco, defibrillazione, cardioversione elettrica, lavanda gastrica, immobilizzazione di un arto, posizionamento di CVC, ecografia integrata di tutti i distretti, suture ecc.

Le aree subintensive della Medicina d'Urgenza offrono la possibilità di perfezionare le competenze e sviluppare al meglio quelle inerenti al paziente critico in modo da migliorare ulteriormente le fasi di riconoscimento e trattamento iniziale delle condizioni critiche.

Il numero di specialisti in Medicina d'Emergenza e Urgenza sta crescendo e nel giro di alcuni anni ne avremo uno sufficiente a creare un

ambiente favorevole allo sviluppo di questo professionista.

Un buon motivo per smettere di lavorare in Pronto Soccorso - Medicina d'Emergenza e Urgenza (MEU) secondo Alessio Bertini

Ti trovi a subire gran parte delle contraddizioni del sistema sanitario e comprendo quelli che fuggono.

Da cosa?

- *Boarding*: decine di pazienti (se va bene) che attendono per ore un posto letto e sottraggono risorse (umane e tempo di assistenza) agli altri utenti del Pronto Soccorso;
- utenti cui sono state fornite aspettative (tempi di attesa in rapporto al codice colore) che vengono disilluse e diventano insofferenti e ostili nei confronti dei professionisti;
- staff ridicoli che dovrebbero essere calcolati sugli accessi (ma sono per lo più inadeguati anche rispetto a questi) e quindi oltremodo impossibilitati a offrire servizi di qualità (DRG Toscana 806/2017);
- turni aggiuntivi... per garantire il servizio, senza alcuna possibilità di recuperarli perché i medici sono pochi e quindi... difficoltà/impossibilità a garantire le ferie.

Parallelamente esistono strutture – anche all'interno del sistema di emergenza, nella rete ospedaliera e in quella territoriale – in cui si consumano risorse che producono ben poca salute e servono solo a evitare insurrezioni politiche andando contro le leggi dello Stato (DM 70) sulla riorganizzazione dei servizi sanitari. Il coraggio d'intervenire su questo è sinora mancato ed è un ulteriore motivo di frustrazione per quella parte di sistema che non riesce a trovare risorse. Poi:

- strumenti informatici ancora in buona parte inadeguati a sostenere e supportare l'enorme carico burocratico (certificati di malattia, certificati di infortunio, reportistica per AG, tracciamento delle attività svolte, trasferimento delle informazioni ai reparti riceventi) che

spesso appesantisce e consuma il risicato tempo a disposizione dovuto alla gestione contemporanea di più pazienti;

- pazienti che dall'ospedale e dal territorio (in questo stranamente concordi) sono scaraventati in Pronto Soccorso per cose che là "non si possono fare" (reparti specialistici, ambulatori specialistici, strutture territoriali, lungodegenze, CIM ecc.) con il risultato di malati sballottati a destra e sinistra spesso senza alcun motivo consistente che sfogano in Pronto Soccorso tutta la loro frustrazione;
- mancato riconoscimento professionale del medico d'Urgenza che spesso non è ancora completamente accettato per quello che è (o dovrebbe essere) diventato dopo l'istituzione della scuola di specialità (2006). Cioè uno *specialista* a tutti gli effetti, di cui si fa fatica a riconoscere le competenze. Ma il cardiologo che ha detto? il chirurgo l'ha visto? sono venuto per andare dall'otorino... prima lo deve vedere l'anestesista... sono frasi ricorrenti in molti contesti che alimentano umiliazione e senso di frustrazione;
- frustrazione e demoralizzazione che nascono anche nei casi di contenzioso medico-legale: i periti nominati non sono quasi mai specialisti di Medicina d'Urgenza ma specialisti che spesso non hanno mai frequentato il Pronto Soccorso e giudicano gli eventi con la logica *ex-post* senza minimamente considerare (perché spesso non lo conoscono) il contesto in cui questi professionisti operano e hanno operato;
- turni alienanti che ostacolano le dinamiche familiari e il vivere civile. Quando gli altri fanno festa tu lavori e quando sei libero tu tutto il resto dei tuoi familiari e dei tuoi amici e dei tuoi parenti non c'è. Il numero di turni notturni, festivi e pomeriggi è di gran lunga superiore a quello degli altri medici ospedalieri perché il Pronto Soc-

corso non conosce soste mentre di notte, nei festivi e nei week-end si deve far carico di tutto ciò che è chiuso per concedere il meritato riposo al resto del mondo!

In cambio però... la paga oraria è la stessa, il monte ore è lo stesso, gli incentivi e le ferie sono gli stessi di tutto il resto del sistema sanitario.

E così molti lasciano...

Per fare qualcosa di più semplice...

Spesso uno di quei lavori che la domenica sei a casa...

E che poi non ti denunciano...

E magari decidi tu quando finire...

E sai quando farai le ferie...

E potrebbe essere anche che alla fine ti pagano anche di più!

Il commento di Alessandro Rosselli

"C'è grossa crisi", diceva come tormentone un divertente personaggio di Corrado Guzzanti in tv.

Assumendo panni seri, quelle parole si adattano bene alla situazione attuale della Medicina d'Emergenza e Urgenza. Non è questo lo spazio per una disamina dettagliata delle origini di tale crisi, ma le risposte dei colleghi Bertini e Magazzini alle domande poste da *Toscana Medica* ne riassumono bene e sinteticamente le cause.

D'altra parte, la situazione di crisi cui siamo arrivati era in parte prevedibile, forse era addirittura insita nelle modalità di nascita nel nostro Paese della specialità: l'impellente necessità di riduzione delle degenze ospedaliere e conseguente bisogno di operare un accurato filtro all'ingresso in ospedale, il rapido e impetuoso sviluppo dei Pronto Soccorso/ Dipartimenti d'Emergenza (in pochi anni abbiamo trasformato dei locali angusti di tipo ambulatoriale in vasti spazi tecnologicamente attrezzati), il reclutamento di professionisti che andavano a lavorare in Pronto Soccorso formati in altre specialità e spesso non convinti del tipo di lavoro che avrebbero dovuto svolgere. Certo c'era anche il fascino della nuova specialità generalista ben de-

scritto dai colleghi, ma presto l'entusiasmo collegato alla nuova impresa si stemperava di fronte ai problemi di una realtà che si manifestava sempre più pesante e difficile.

Davanti a me, che ho assistito, e in piccola parte contribuito, alla nascita e allo sviluppo della Medicina d'Emergenza e Urgenza, è sempre stato presente un aspetto fondamentale: la definizione di una nuova e specifica professionalità, in grado di riconoscere al lavoro di questi medici pari dignità rispetto a quello degli altri medici specialisti. Anche in questo senso si è svolta la battaglia per la specializzazione universitaria, condotta con convinzione in molti ospedali e università italiane, e che ha visto l'area fiorentina e toscana tra i principali protagonisti.

Da diversi anni si è verificato l'innesco negli organici di Medicina d'Emergenza e Urgenza dei giovani specialisti (ricordiamo comunque che, al momento, solo il 17% dei medici d'urgenza toscani hanno la specialità in Medicina d'Emergenza e Urgenza). Purtroppo anche loro sono alle prese con i problemi irrisolti della identità professionale nel mondo sanitario ospedaliero e cercano, magari nella sola pratica della Medicina d'Emergenza territoriale, un ruolo più definito e consono al tipo di specializzazione conseguita. Complessivamente siamo in un momento cruciale dello sviluppo della Medicina d'Emergenza e Urgenza. Alcune delle soluzioni che sono state recentemente adottate nella nostra Regione, quasi imposte dalla grave situazione di carenza di medici, segnano un passo indietro rispetto ai presupposti della nascita della moderna Medicina d'Emergenza e Urgenza. Pertanto, a mio parere, vanno gestite tenendo conto anche della salvaguardia della professionalità dei medici di Medicina d'Urgenza, che rischiano di ritornare a impersonificare una sorta di direttore del traffico all'ingresso in ospedale. Quello da cui – dagli anni '90 in poi – volevamo definitivamente al-

lontanarci. Corriamo il rischio, in particolare, di disorientare i giovani specialisti, che sono partiti, a differenza delle prime generazioni di medici di Pronto Soccorso, con motivazioni più solide e una preparazione *ad hoc*, e di non attrarre più i neo-laureati (fenomeno già iniziato). Un duro colpo alle speranze che tutto il sistema ha riposto nell'introduzione della specializzazione nell'ordinamento universitario. Allora, come in tutte le crisi, che rappresentano anche opportunità, bisognerebbe cercare di uscirne ridisegnando i presupposti organizzativo-funzionali e professionali della Medicina d'Emergenza e Urgenza. Forse è necessario più coraggio, come quello avuto all'inizio nel creare la nuova specialità, spesso in un clima, per tanti motivi, non favorevole. Sarà possibile pensare un'organizzazione più razionale ed efficiente, lasciando in azione solo moderni Dipartimenti d'Emergenza, dove lavorano i medici con la più alta qualificazione e motivazione possibili, distribuendo il resto delle urgenze fra punti di primo soccorso e una medicina territoriale realisticamente riqualificata per quanto riguarda la risposta alle acuzie e, in particolare, le riacutizzazioni delle cronicità? Quest'ultimo aspetto a una condizione: uscire dalla attesa miracolistica che le Case di Comunità o altre strutture organizzative del territorio possano modificare il ruolo irreversibile dei Pronto Soccorso nella società attuale. Si tratterebbe solo di coordinare i due sistemi ed evitare passaggi inutili tra l'uno e l'altro. Le operazioni sopradescritte richiedono inevitabilmente un ripristino della *mission* della Medicina d'Emergenza e Urgenza che invece, in parte con il contributo degli stessi medici, ha assunto negli anni compiti che *non* dovrebbero spettarle. In sintesi, è necessario porre fine ai particolarismi e tanto più ai campanilismi, fino a disegnare una rete moderna di Pronto Soccorso e Medicina d'Emergenza territoriale, integrata in un riorganizzato sistema di medicina

territoriale. Forse è ancora possibile, ma certo il tempo stringe e tra poco non si potrà più risalire la china sulla quale stiamo velocemente scivolando: la fuga dai Pronto Soccorso continuerà e ricorremo solo (per quanto tempo?) a soluzioni di mera sopravvivenza, con le ovvie ripercussioni sulla qualità assistenziale.

Il commento di Daniele Coen

E allora sì. Ci sono molte buone ragioni per restare a lavorare in Pronto Soccorso e almeno altrettante per desiderare di andarsene. Anzi, forse di più, se è vero che in Italia, dall'inizio dell'anno, quasi 100 medici abbandonano ogni mese i nostri Pronto Soccorso. Questi medici, spesso giovani, se ne vanno nonostante i Pronto Soccorso siano luoghi sempre più centrali nella vita degli ospedali e dell'intero Servizio Sanitario Nazionale. Se ne vanno anche se sono reparti dove si impara tantissimo e dove sarebbe utile che tutti i medici trascorressero obbligatoriamente un periodo di formazione. Se ne vanno, infine, anche se ogni giorno sono ripagati dalla grande soddisfazione di avere fatto qualcosa di utile per molti dei cittadini che affollano i reparti di Emergenza e Urgenza, in condizioni critiche o solo perché impossibilitati a trovare altrove una risposta ai loro problemi di salute.

Delle ragioni di questa fuga è stato detto tanto e bene. Molto più difficile è abbozzare delle risposte a questo complesso e drammatico problema.

Sinceramente non mi convince chi dice che basterà attendere qualche anno perché una nuova generazione di medici d'Urgenza giunga a ripopolare i Pronto Soccorso toscani e italiani. Non mi convince perché stiamo assistendo a un calo vertiginoso delle iscrizioni alla scuola di specializzazione in Medicina di Emergenza e Urgenza, ma ancora di più perché non possiamo pensare di imporre ai nuovi medici che arriveranno ritmi, qualità e rischi lavorativi come quelli che sono stati ben descritti

da Bertini e Magazzini. Non siamo infatti di fronte a una crisi momentanea, dovuta al Covid o a un'ondata di pensionamenti, ma ci troviamo invece a fronteggiare l'apice di una situazione di grave disagio di cui abbiamo visto i primi segni più di vent'anni fa. In questo periodo sono stati chiusi decine di migliaia di posti letto ospedalieri senza sviluppare in parallelo la capacità di cura e di accoglienza delle strutture territoriali. Si è gravemente ridotto l'organico medico e infermieristico, sono aumentate a dismisura le cause di risarcimento, i medici ospedalieri hanno progressivamente perso autonomia, ingabbiati dall'obbligo di raggiungere obiettivi fissati dai decisori politici che spesso non corrispondono ai bisogni di cura che percepiscono nei loro pazienti. In molte regioni italiane la crisi è stata inoltre accentuata dalla veloce crescita dell'offerta privata che da un lato offre ai cittadini risposte veloci (anche se non sempre di qualità) e dall'altro offre alla Sanità pubblica un alibi per non prendere decisioni politiche radicali, costose e controverse.

Su tutto questo è urgente intervenire se non vogliamo che la crisi dei nostri Pronto Soccorso diventi una crisi irreversibile. Bisogna ridare dignità e un adeguato compenso ai medici che lavorano in prima linea. Bisogna riordinare i concorsi e le carriere ospedaliere in modo da garantire l'elevata professionalità dei medici che lavorano in Urgenza senza però condannarli a passare trenta o quarant'anni della propria vita nella trincea del Pronto Soccorso. Bisogna ridare con urgenza alla medicina territoriale autonomia diagnostica, accessibilità durante tutto l'arco della giornata, capacità di seguire a domicilio o in strutture a bassa intensità i pazienti dimessi dall'ospedale dopo la fase acuta, che non sono ancora guariti o completamente autonomi. C'è molto da fare per la politica, e bisogna fare in fretta.

andrea.gg.vannucci@icloud.com

Albert Sabin e Jonas Salk protagonisti della vaccinazione antipolio

di Alberto Dolara

Specialistica in Cardiologia; già Direttore Unità Cardiovascolare, S. Luca Ospedale Careggi

L'epidemia di poliomielite, la terribile malattia virale che colpiva l'età infantile provocando morte o postumi paralitici molto gravi e che infuriava alla metà del secolo scorso, è stata completamente dominata dalla somministrazione dei vaccini messi a punto negli Stati Uniti da due scienziati, Albert Sabin e Jonas Salk, gli ultimi, dopo Pasteur e Jenner, a dare il nome al vaccino. Ambedue hanno rifiutato di brevettarlo per favorirne la diffusione. L'obiettivo si è riproposto durante la pandemia COVID-19 che ha visto protagonisti della produzione del vaccino grandi complessi industriali.

Parole chiave: virus, poliomielite, vaccino Sabin, vaccino Salk, brevetto

Ho avuto qualche perplessità a scrivere sull'argomento vaccinazione riguardante eventi del secolo scorso anche per l'esauriente serie di articoli sul COVID-19 pubblicati da *Toscana Medica* nei numeri speciali di aprile-luglio 2021. Il pericolo di una saturazione delle informazioni è sempre presente. Un passaggio all'indietro è tuttavia qualche volta utile per la "ripartenza" della squadra come avviene nel gioco del calcio, un paragone sportivo che può sostituire il classico *historia magistra vitae*. Nel 1958 avevo appena conseguito l'abilitazione professionale e aderii volentieri alla richiesta del mio condomino di vaccinare le sue bambine contro la poliomielite. La malattia infuriava nel mondo e in Italia in quell'anno ne erano stati segnalati 8mila casi. La popolazione non era preoccupata della pandemia influenzale, la cosiddetta "asiatica" iniziata l'anno precedente, ma era favorevole alla vaccinazione, allora non obbligatoria, contro questa terribile malattia che colpiva l'età infantile.

La poliomielite, in passato detta "paralisi infantile" o più comunemente "polio", è una malattia virale acuta, altamente contagiosa, con manifestazioni diverse, le più gravi di tipo neurologico irreversibile per l'attacco del virus (poliovirus) alle fibre nervose del midollo spinale. Se non moriva, il paziente poteva andare incontro a paralisi degli arti che ne condizionavano l'intera vita. L'esempio più conosciuto è quello del presidente degli Stati Uniti, Franklin Delano Roosevelt, costretto in una sedia a rotelle per la malattia contratta in età infantile. Durante la prima metà del XX secolo, i focolai in Europa, Nord America, Australia e Nuova Zelanda raggiunsero proporzioni pandemiche. Negli Stati Uniti, nel 1952 un'epidemia di polio fece registrare quasi 58.000 casi con 3.145 morti e 21.269 pazienti con gravi conseguenze; la malattia era considerata il problema più spaventoso in materia di salute pubblica nel dopoguerra. Due tipi di vaccino erano stati già messi a punto negli Stati Uniti da Albert Bruce Sabin e Jonas Edward Salk e sommi-

nistrati con grande successo in quel Paese all'inizio degli anni '50.

Albert Sabin nasce nel 1906 nel ghetto di Bialystok, in Polonia, la famiglia emigra negli Stati Uniti nel 1921; si laurea all'Università di Cincinnati e nel 1939 annuncia alla comunità scientifica la sua prima scoperta sul virus della poliomielite indicandone la sede prediletta nell'apparato intestinale. Partecipa al secondo conflitto mondiale e nel 1947, a Berlino, assiste a una terribile epidemia di polio. Nel dopoguerra grazie a un cospicuo finanziamento della *National Foundation for Infantile Paralysis* (NFIP), voluta direttamente da Roosevelt, riprende le ricerche con un colossale laboratorio, con 10.000 topi e 160 scimpanzé. Nel 1953 mette a punto un vaccino con il virus della polio vivo, ma "attenuato", iniziando a testarlo prima su se stesso, poi sui collaboratori e su giovani carcerati volontari. I primi bambini a essere vaccinati sono le due figlie, Amy (5 anni) e Deborah (7 anni), chiamate così in ricordo delle nipotine trucidate dalle SS In

Polonia. Presenta alla NFIP i risultati delle sue esperienze, ma le autorità sanitarie degli Stati Uniti si rivolgono al vaccino Salk per l'immunizzazione di massa. Con una mossa che fa scalpore (è piena guerra fredda) dona allora gratuitamente i suoi ceppi virali allo scienziato sovietico Cumakov, in modo da permettere lo sviluppo del suo vaccino nell'Unione Sovietica; dal 1959 al 1961 vengono vaccinati milioni di bambini nei paesi dell'Est, dell'Asia e dell'Europa. Il crescente successo di questo tipo di vaccino, la garantita assenza di pericoli e la più facile somministrazione, orale con una zolletta di zucchero, fanno sì che negli anni successivi venga adottato in tutto il mondo, compresi gli Stati Uniti. Sabin continua a vivere col suo stipendio universitario, non brevetta la sua invenzione rinunciando allo sfruttamento commerciale da parte delle industrie farmaceutiche per garantire col prezzo contenuto una più vasta diffusione della cura: "Tanti insistevano che brevettassi il vaccino, ma non ho voluto. È il mio regalo a tutti i bambini del mondo". Riceve numerose lauree *honoris causa* da parte delle università di tutto il mondo, in Italia il Premio Internazionale Feltrinelli dell'Accademia Nazionale dei Lincei nel 1964 e la Medaglia Nazionale per la Scienza nel 1970. Alcune scuole italiane portano il suo nome. Muore a Washington il 3 marzo 1993, all'età di 86 anni.

Jonas Salk è l'altro grande protagonista dell'epopea della vaccinazione antipolio. Nasce a New York il 28 ot-

tobre 1914; anche i suoi genitori provengono da famiglie di emigrati russi ebrei. Nel 1947 all'Università di Pittsburg, giovane e sconosciuto ricercatore, annuncia di aver messo a punto un vaccino contro la polio utilizzando virus uccisi. Nei sette anni successivi viene finanziato dalla NFIP un progetto di ricerca gigantesco e nel 1954 è varato ufficialmente il programma di vaccinazione di massa. Oltre 1.800.000 bambini in età scolare prendono parte all'esperimento. Quando l'anno successivo la notizia del successo del vaccino è resa pubblica, Salk è salutato come "l'uomo dei miracoli", e la giornata "divenne quasi un giorno di festa nazionale". Non mancano tuttavia strascichi polemici: nel 1955 alcuni bambini, appena vaccinati, vengono colpiti mortalmente dalla poliomielite: il metodo Salk non garantisce una protezione assoluta. Viene costituita una commissione parlamentare in cui è sentito lo stesso Sabin, il quale non nega mai i meriti scientifici del dottor Salk, che rispetta molto, ma critica il suo vaccino. La critica non è gradita a Salk che in seguito arriverà ad accusarlo di antipatriotismo. Anche Salk come Sabin non ha comunque alcun interesse al profitto personale. Quando in una intervista televisiva gli viene chiesto chi possieda il brevetto del vaccino, risponde: "La gente, suppongo. Non c'è brevetto. Si può brevettare il sole?" Negli anni successivi realizza il sogno di fondare un complesso di ricerca per lo studio dei fenomeni bio-

logici "dalla cellula alla società", il *Salk Institute for Biological Studies* inaugurato nel 1963 a La Jolla, in California. Trascorre gli ultimi anni ricercando un vaccino contro l'HIV. Muore il 23 giugno 1995, a ottant'anni, a La Jolla. Nel 1988 numerose organizzazioni mediche internazionali lanciarono una campagna per debellare la malattia su scala planetaria, come era successo per il vaiolo. Nel 2002 grazie ai programmi attuati dalla *World Health Organization*, dall'UNICEF e da molte altre organizzazioni erano stati vaccinati in 93 paesi più di 500 milioni di bambini. Nell'agosto 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha annunciato che la polio rimane endemica soltanto in Pakistan e Afghanistan. In Italia la vaccinazione antipolio è obbligatoria dal 1966 e dal 2002 prevede la somministrazione del vaccino, detto IPV (o Salk), associato a quelli contro difterite, tetano, pertosse, Hib ed epatite B nei primi anni di vita. Non si segnalano casi di malattia dal 1982. Dopo Pasteur e Jenner, quello contro la poliomielite è l'ultimo periodo nella gloriosa storia delle vaccinazioni che porta i nomi degli scopritori. Nella pandemia COVID-19 sono stati protagonisti grandi complessi industriali come Pfizer e AstraZeneca, ma Albert Sabin e Jonas Salk hanno lasciato un preciso messaggio: abbandonare i brevetti e mettere a disposizione dell'umanità intera l'accesso ai vaccini. Un obiettivo non facile a conseguire, ma ineludibile.

elisa.dolara@tin.it



Choosing Wisely: scegliere “saggiamente” in Pediatria

Il movimento *Choosing Wisely* – “scegliere saggiamente” – nato nel 2012 in Canada e negli Stati Uniti e poi diffuso in Europa è tuttora in crescita a livello internazionale. Tale campagna è rivolta sia ai medici che ai cittadini con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza delle scelte diagnostiche e terapeutiche e favorire il dialogo tra medici e pazienti.

Nella pratica medica, sia negli adulti che in Pediatria, vengono spesso intrapresi percorsi diagnostici complessi, non sempre appropriati e necessari, che possono condurre a scelte terapeutiche non efficaci, se non dannose per il paziente. Alla base di questa modalità, classificate come *overdiagnosis* o *overtreatment*, ci sono motivazioni non sempre “scientifiche” come l'abitudine, la paura di conseguenze legali o l'organizzazione dei medici e del sistema sanitario. La missione del movimento *Choosing Wisely* è quella di promuovere tra i medici la scelta clinica supportata dall'evidenza, in ambito sia diagnostico che terapeutico.

In Italia il progetto *Fare di più non significa fare meglio – Choosing Wisely Italy*, promosso da *Slow Medicine*, si basa sull'assunzione di responsabilità dei medici e degli altri professionisti sanitari nelle scelte di cura e sulla partecipazione dei pazienti e dei cittadini, e viene attuato attraverso:

- le raccomandazioni di Società Scientifiche e Associazioni Professionali italiane su esami diagnostici, trattamenti e procedure che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi a tutti i pazienti ai quali sono prescritti, ma possono, al contrario, esporli a rischi;
- il miglioramento del dialogo e della relazione dei medici e degli altri professionisti con pazienti, perché siano effettuate scelte informate e condivise, nell'ambito di un rapporto di fiducia;
- una diffusa informazione e formazione dei medici e degli altri professionisti sanitari;
- la messa a punto di materiale informativo per cittadini e pazienti;
- l'applicazione delle raccomandazioni, attraverso l'alleanza tra professionisti e pazienti.

Dal 2015 varie società scientifiche in ambito pediatrico hanno proposto le loro *Top 5 list*: ACP (Associazione Culturale Pediatri), SIMRI (Società Italiana per le Malattie Respiratorie Infantili), SIPPS (Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale), FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri). La SIP (Società Italiana di Pediatria) nel febbraio 2021 ha stipulato le cinque raccomandazioni sull'infezione da SARS-CoV-2 in età pediatrica-adolescenziale.

In Europa, dal 2018 si è costituito un gruppo di lavoro all'interno dell'*European Academy of Pediatrics* (EAP), formato da pediatri dei diversi paesi, con l'intento di portare avanti un confronto fra i diversi paesi europei e di stipulare una lista comune di raccomandazioni pediatriche.

Con l'obiettivo di far conoscere sempre più il movimento *Choosing Wisely* in ambito pediatrico e di creare un'occasione di discussione e di confronto fra pediatri generalisti, specialisti e pediatri di famiglia, è stato organizzato il primo Congresso italiano dal tema *Choosing Wisely: scegliere “saggiamente” in Pediatria*.

Il congresso **Choosing Wisely: scegliere “saggiamente” in Pediatria** si terrà il giorno **17 settembre 2022** presso Villa La Quiete a **Firenze** e sono invitati tutti i pediatri di famiglia, i pediatri ospedalieri e i neonatologi della Toscana.



VITA DELL'ORDINE

Ad aprire il congresso sarà la dottoressa Sandra Venero, che in prima persona ha contribuito a introdurre in Italia il movimento *Choosing Wisely*. Sarà poi discusso come il movimento *Choosing Wisely* dal mondo degli adulti può e deve essere applicato anche in Pediatria sia in ambito ospedaliero che nella Pediatria di famiglia. A seguire saranno affrontate altre tematiche fondamentali ma “nuove” in termini di *Choosing Wisely* nell’ambito della Pediatria specialistica in particolare in relazione alle malattie infettive, all’Immuno-allergologia, alla Reumatologia e alla Gastroenterologia. Infine, sarà dato spazio alla riflessione sull’utilizzo appropriato-inappropriato di indagini diagnostiche radiologiche da parte dei vari ambiti della Pediatria.

La giornata sarà pertanto l’occasione non solo per confrontarsi sulle principali *Top 5 lists* proposte dalle varie società scientifiche pediatriche, ma anche per affrontare nuove sfide con scelte sagge nelle varie discipline pediatriche in tema sia di metodiche diagnostiche che di trattamento.

Il congresso è gratuito e accreditato per gli ECM.

Segreteria scientifica:

Dottoressa Sandra Trapani, Dottoressa Alessandra Montemaggi, Dottoressa Donatella Lasagni, Professor Giuseppe Indolfi, Dottor Massimo Resti

Pediatria Medica, Dipartimento Specialistico Interdisciplinare, AOU Meyer



CHOOSING WISELY: SCEGLIERE "SAGGIAMENTE" IN PEDIATRIA

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA MEYER
VILLA LA QUIETE, VIA DI BOLDRONE 2, FIRENZE
17 SETTEMBRE 2022 - ORE 8:00-18:00

PAF 266/2022 - 8 ore

CREDITI ECM: in fase di accreditamento

Obiettivi Formativi Specifici: Conoscenza e acquisizione delle raccomandazioni in pediatria generale e specialistica

La partecipazione è gratuita previa iscrizione online che sarà disponibile dal mese di agosto

Per informazioni: ufficioformazione@meyer.it



Questionario
sulla messaggistica istantanea
nella professione medica