

TOSCANA MEDICA

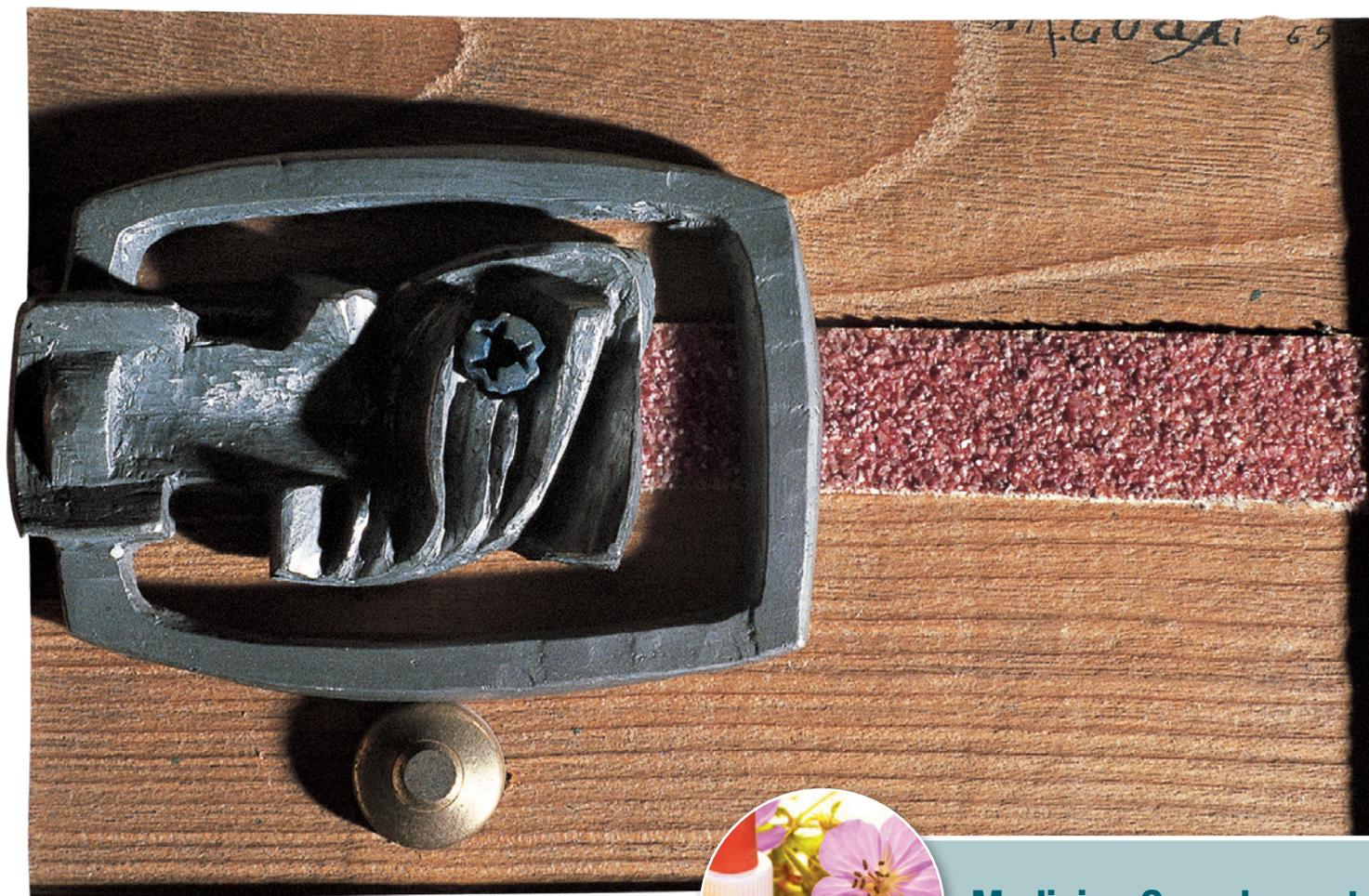
MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

Mensile - Anno XXXVII n.1 gennaio 2019 - Spedizione in Abbonamento Postale - ISSN 2611-9412 (print)

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

GENNAIO

1



Medicine Complementari

**Disturbi
dell'alimentazione**



Paleopatologia



Antibiotici



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE







Medicine Complementari

Disturbi
dell'alimentazione

Paleopatologia

Antibiotici

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

Anno XXXVII - n. 1 gennaio 2019

Direttore Responsabile
Teresita Mazzei

Capo Redattore
Simone Pancani

Segretaria di Redazione
Antonella Barresi

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

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

Editore

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

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

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

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

Stampa

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

Finito di stampare novembre 2018 presso le IGP - Pisa

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

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



Fondato da
Giovanni Turziani

In copertina
Marcello Guasti
Strutture
Legno e acciaio
cm 15x10
Firenze,
collezione privata



Teresita Mazzei



Simone Pancani



Antonella Barresi

EDITORIALE

- 4 Il passato e le cose da fare
T. Mazzei

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 5 La Biblioteca Biomedica dell'Università degli Studi di Firenze
D. Lippi

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 7 Organizzazione sanitaria delle Maxi Emergenze
in Regione Toscana
P. Paolini et al.
- 9 Il tentativo di uscire, in scienza e coscienza, dai molti rumors
che investono le medicine complementari
G. Brandi
- 10 Paleopatologia: una scienza che coniuga Medicina e Archeologia
V. Giuffra
- 13 Nuove frontiere della Formazione: il Coaching in Sanità
M. Montomoli et al.
- 16 Migliorare la sicurezza delle cure.
Appunti sul rischio clinico per operatori di prima linea (Parte 7ª)
G. Falsini et al.
- 20 Informazione e consapevolezza dei cittadini
nell'uso degli antibiotici
G. Paggi et al.
- 22 La Fondazione: "Istituto di Ricerca Virologica
Oretta Bartolomei Corsi"
A. Azzi et al.
- 24 IFBLS2018:
33° World Congress of Biomedical Laboratory Science
A. Marzo
- 26 I disturbi dell'alimentazione e il loro trattamento
presso l'AOU Careggi
E. Rossi et al.

CLIMA E SALUTE

- 29 Luce artificiale notturna, quali effetti sulla salute?
L. Massetti

12 - LETTI PER VOI

15 - RICORDO DI ISABELLA TOLLARO CASINI RAGGI

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Inviare gli articoli a: **a.barresi@omceofi.it**, con un abstract di 400 battute spazi inclusi e 5 parole chiave
- Lunghezza max articoli: 7.000 battute spazi inclusi (2-3 cartelle), più iconografia, max 3-4 immagini
- Lunghezza max Lettere al Direttore: 3.000 battute spazi inclusi
- Taglio divulgativo e non classicamente scientifico
- No Bibliografia ma solo un indirizzo e-mail a cui richiederla
- Non utilizzare acronimi
- Primo Autore: inviare una foto e un curriculum di 400 battute spazi inclusi da inserire nel testo e per motivi redazionali un numero telefonico e un indirizzo postale se non iscritto all'Ordine di Firenze
- Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di appartenenza

Il passato e le cose da fare

di *Teresita Mazzei*

Gennaio, tempo di bilancio. Dopo le Feste e la cesura dell'avvicendamento del nuovo anno, il ritorno alla *routine* di tutti i giorni sembra quasi imporre un giudizio su quello che hanno portato i dodici mesi da poco trascorsi e su quello che legittimamente ci possiamo aspettare dai dodici in arrivo.

Il 2018 è stato un anno importante per il nostro Ordine che, dopo una campagna elettorale molto vivace e un'elezione altamente partecipata, ha visto la nomina di un Consiglio e di una Presidenza che hanno da subito voluto dare un segnale di cambiamento nei confronti di un passato peraltro prestigioso e ricco di molte cose buone.

I buoni intendimenti descritti nei manifesti programmatici di tutte le liste in corsa nel novembre 2017 si riferivano alle numerosissime istanze che caratterizzano una professione così complessa e delicata come quella del medico.

In uno di questi, tra l'altro, si leggeva: "Se votati nel nuovo Consiglio, non vorremmo essere lasciati soli nell'attuazione dei nostri obiettivi ma ci impegniamo fin da ora ad aprire l'Ordine a numerose Commissioni e Gruppi di Lavoro orientati ad affrontare, studiare, discutere e possibilmente cercare di risolvere le molteplici tematiche professionali".

Questo intendimento si è concretizzato nella creazione nel corso dell'anno passato di 12 Commissioni al cui interno, seguendo le indicazioni di un Coordinatore e di un Referente del Consiglio, lavorano più di 100 Colleghi impegnati ad affrontare le mille tematiche dell'essere medici

oggi. Per avere un'idea di quanto sia ampio il ventaglio degli argomenti e grande la mole di contenuti, ecco l'elenco delle Commissioni: "Problematiche dell'età evolutiva", "Pari opportunità", "Medicina di genere", "Giovani medici", "Formazione ed ECM", "Medicine complementari", "Rapporti con le altre professioni sanitarie", "Rischio clinico e responsabilità professionale", "Bioetica", "Libera professione e sanità privata", "Salute e ambiente", "Rapporti ospedale-territorio".

Per ogni gruppo sono ovviamente a disposizione gli strumenti di divulgazione dell'Ordine ("Toscana Medica" e le "News" inviate ai Colleghi per mail) per garantire al massimo la circolazione delle idee e dei risultati. Altrettanto ovviamente ogni Collega interessato a uno specifico argomento può rivolgersi al Coordinatore o al Referente della specifica Commissione per fare domande e, auspicabilmente, trovare risposte (Vedi sul sito dell'Ordine, Pagina "L'Ordine", Organi Istituzionali)

L'Ordine si è poi aperto nel corso dei mesi in molte e diversificate maniere. Accanto alle attività per così dire "istituzionali" dei convegni e incontri di carattere tecnico (si è parlato ad esempio, tra l'altro, di violenza sui luoghi del lavoro, legge 219/17, pensioni e adempimenti del CTU), abbiamo accolto con tanto piacere le decine di ragazzi del "Progetto Alternanza Scuola-Lavoro" e per una volta, l'ultima domenica di Carnevale, abbiamo anche trasformato i locali di via Vanini in un luogo di svago e socializzazione per i Colleghi e i loro familiari.

Evidentemente l'impegno vuole e deve continuare anche in futuro. La Presidenza e il Consiglio sono sempre disponibili al confronto e alla discussione, nella convinzione che solo con il dialogo si possono affrontare al meglio i problemi cercando nel contempo le soluzioni migliori.

Nel 2019 si parlerà, tra l'altro, di violenza domestica, dell'attualità della legge 219, dei disturbi della colonna in età evolutiva, di fine vita, del gioco d'azzardo patologico, della medicina di genere e si continuerà a mantenere aperto il canale della comunicazione con gli Ordine degli Avvocati e dei Giornalisti, professionisti la cui attività spesso nel bene o nel male necessariamente si rapporta con moltissimi aspetti della nostra professione, come recentemente ha dimostrato la sciagurata vicenda di "Obiettivo Riscarcimento" con i suoi strascichi di polemica e veleni.

Coinvolgeremo le Associazioni dei malati per riannodare le corde di un dibattito che troppe volte è stato difficile e valorizzeremo la presenza del nostro Ordine all'interno della rinata Federazione Toscana degli Ordini dei Medici per tutelare l'importanza del nostro ruolo nelle strutture e nelle decisioni del governo della Regione.

In chiusura un appello. Non è necessario venire in via Vanini solo per chiedere informazioni, un certificato o il contrassegno per la macchina. Provate a passare e a fermarvi per vedere "chi c'è" e magari sarà possibile fare due chiacchiere con un Collega perso di vista da tempo e ritrovato lì per caso!

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

s.baglionio@omceofi.it

La Biblioteca Biomedica dell'Università degli Studi di Firenze

di Donatella Lippi



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

Quando si entra a Careggi, attraverso il Nuovo Ingresso, il primo edificio che si incontra sulla sinistra è quello che ospita la Biblioteca Biomedica: pochi camici bianchi, tanti studenti. La sempre maggiore disponibilità di risorse elettroniche, infatti, fa sì che l'accesso alle banche dati e alla documentazione avvenga *on line*, ma la Biblioteca resta un luogo fisico importante, per chi vuole consultare i manuali, per chi deve allenarsi alla ricerca, per chi ha bisogno di un punto di incontro e di confronto.

In questi ultimi anni, la Biblioteca si è dotata di numerosi servizi e rappresenta un interlocutore importante per chi studia e per chi lavora, in ambito sanitario, ma anche in ambito storico. Le radici della Biblioteca Biomedica dell'Università degli Studi di Firenze, infatti, sono molto antiche e la sua storia ha inizio nel 1679, quando tutti i volumi che erano conservati in locali diversi dell'Ospedale di Santa Maria Nuova vennero raccolti in un unico ambiente all'interno dell'ospedale.

Era a Santa Maria Nuova che si svolgeva, con diverse modalità nel corso del tempo, il percorso formativo per medici, chirurghi, farmacisti e ostetriche ed era a Santa Maria Nuova che doveva essere disponibile il materiale di studio.

In origine, quindi, la Biblioteca aveva la sua sede nel centro di Firenze, dove rimase anche quando, nel 1871, fu depositata presso l'Istituto di Studi Superiori Pratici e di Perfezionamento, il futuro Ateneo fiorentino, e fu trasferita nella chiesa del soppresso convento di Santa Maria degli Angeli.

Con la costruzione dell'Ospedale di Careggi, nei primi decenni del Novecento, la biblioteca lasciò il centro della città per collocarsi all'interno del policlinico, venendo a costituire il fondo dell'attuale Biblioteca Biomedica, oggi una delle cinque biblioteche d'area universitarie, ricca di volumi e manoscritti di straordinario interesse.

Nel corso dei secoli, infatti, la modesta raccolta iniziale dell'Ospedale di Santa Maria Nuova era diventata sempre più cospicua, grazie alle donazioni di libri e documenti, appartenuti a personaggi illustri: tra coloro che contribuirono alla crescita di questo patrimonio librario, Scipione Ammirato, Lorenzo Pucci e Vincenzo Viviani, ultimo discepolo di Galileo Galilei.

Questo primo nucleo, in realtà, era molto eterogeneo e comprendeva anche volumi e manoscritti riguardanti la teologia, la filosofia e le scienze giuridiche.

Per questo motivo, Antonio Cocchi (1695-1758), medico e naturalista, che ricoprì la carica di lettore di Anatomia nello Studio Fiorentino e fu anche antiquario granducale, incaricato di riordinare la Biblioteca di Antonio Magliabechi, esaminò i libri presenti nella biblioteca di Santa Maria Nuova (circa settemila pezzi) e, nel 1742, si fece promotore dello scambio dei volumi che non riguardavano la medicina, la chirurgia e le materie affini con i testi scientifici della biblioteca Magliabechiana, l'attuale Biblioteca Nazionale Centrale di Firenze.

Lo scambio avvenne nel 1783, con il

benepiacito del granduca Pietro Leopoldo, che già dal 1779 aveva deciso di dare un'impronta più specialistica a ogni biblioteca dello Stato.

Nel 1782, inoltre, fu nominato Commissario di Santa Maria Nuova Marco Covoni Girolami, che dette grande impulso alla biblioteca.

Nel Regolamento del Regio Arcispedale di Santa Maria Nuova, infatti, annunciava che "All'effetto che nulla manchi in S.M. Nuova al maggior profitto ed avanzamento degli studi relativi all'arte salutare, sarà quivi una Libreria corredata dei libri e memorie più interessanti una simile professione con persona illuminata e capace eletta



Aphorismi Hippocratis graece et latine una cum Galeni commentariis, Nicolao Leonicensi interprete, apud Guilieum Rouillium (Lugduni), 1549.



Antonmarchi Francesco [Paolo Mascagni, 1755-1815], *Planches anatomiques du corps humain exécutées d'après les dimensions naturelles...*, à Paris, c.te de Lasteyrie editeur, 1823-1826.

da S.A.R. per presiedere alla buona direzione della medesima, e di chi vuole ivi applicare agli studi suddetti”.

Nel XIX secolo, questo patrimonio venne ulteriormente implementato: i medici che insegnavano nella Scuola annessa all'ospedale, infatti, lasciarono in eredità alla Biblioteca ingenti quantità di libri, memorie e corrispondenza professionale.

Oltre al ricco fondo di opere a stam-

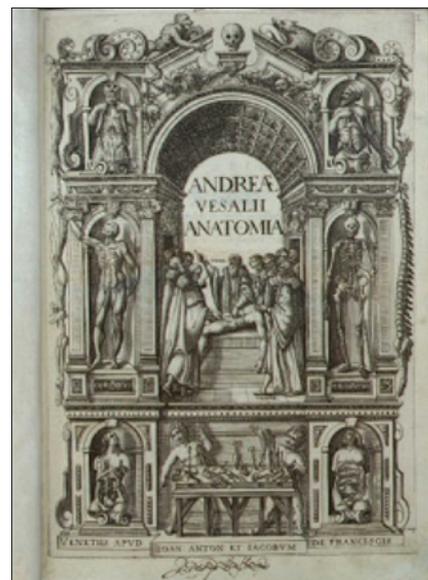
pa, la Biblioteca conserva oggi numerosi manoscritti, tra cui i registri del Collegio Medico di Firenze dal 1560 al 1867, contenenti i verbali delle assegnazioni delle “matricole”, necessarie a esercitare le professioni della medicina, della chirurgia, della farmacia e dell'ostetricia in Toscana. Nel suo patrimonio, sono conservati anche volumi manoscritti di disegni e acquerelli, incunaboli e più di seicento volumi del XVI secolo, alcuni noti anche agli storici dell'arte, come quelli con le incisioni di Albrecht Dürer o di Iacopo Ligozzi.

Tutta la storia della Medicina è raccolta negli scaffali della Biblioteca Biomedica, adeguatamente protetti e sapientemente valorizzati: Ippocrate, Galeno, Avicenna, Berengario da Carpi, Gabriele Falloppio, Marsilio Ficino, Vesalio...

Ci sono anche alcuni esemplari del Ricettario fiorentino, un codice farmaceutico, emesso dall'Istituzione competente, allo scopo di uniformare le prescrizioni, evitare gli abusi, arginare la ciarlataneria.

Sono più di quattromila i libri del Settecento, fra i quali, di grandissimo impatto visivo, le opere con immagini anatomiche in formato “atlantico”, che documentano la progressiva conoscenza del corpo, delle sue funzioni e delle sue alterazioni.

Numerosissimi sono infine i libri e gli opuscoli del XIX secolo, l'epoca



Andreae Vesalii anatomia: Addita nunc postremo etiam antiquorum anatome, Joan. Anton. et Jacobus de Franciscus, Venice, 1604.

delle donazioni quantitativamente più rilevanti.

In anni recenti, la fisionomia della Biblioteca è cambiata, modellando la sua immagine e i suoi servizi su un'utenza più ampia e diversificata, ma continua a essere centro di documentazione e formazione per i professionisti e, nello stesso tempo, luogo di conservazione e valorizzazione del patrimonio scientifico e artistico del passato.

donatella.lippi@unifi.it

<https://mostre.sba.unifi.it/tesori-inesplorati/it/6/il-corpo-umano-e-la-sua-cura>

CORSI E CONVEGNI

Università degli Studi di Firenze Anno Accademico 2018/19

Corso di perfezionamento universitario in Scienza dell'Alimentazione: nutrigenetica, nutrigenomica, nutraceutica ed epigenetica

Il corso è promosso dal Dipartimento di Scienze Biomediche Sperimentali e Cliniche.

Al termine del corso verrà rilasciato un diploma che conferirà **5 CFU** (Crediti Formativi Universitari); il corso rilascia anche 32 crediti ECM a coloro che, in possesso dei requisiti, ne faranno richiesta.

Per informazioni potete rivolgervi a: Luigia Pazzagli: luigia.pazzagli@unifi.it, Annalisa Olivotti: a.olivotti@libero.it, Ufficio perfezionamento: perfezionamento-bio@unifi.it.

Il corso si svolgerà presso le aule del Plesso didattico di Viale Morgagni, nei giorni 22 e 23 marzo e 5 e 6 aprile 2019.

Il **BANDO** e le modalità di iscrizione sono reperibili su: www.sc-saluteumana.unifi.it/p571.html.

Le **ISCRIZIONI TERMINERANNO** il 13 marzo 2019.

Organizzazione sanitaria delle Maxi Emergenze in Regione Toscana

di Piero Paolini, Alessio Lubrani



PIERO PAOLINI

Medico chirurgo, specializzato in Anestesia e Rianimazione. Dal 1987 al 1992 assistente e dal 1992 al 2004 aiuto di Anestesia e Rianimazione a Pistoia. Dal 2004 a oggi direttore CO 118. Dal 2004 al 2015 direttore DEU, successivamente direttore Area 118. Dal 2005 al 2012 vicedirettore sanitario USL 3 Pistoia e dal 2014 referente sanitario regionale Grandi Emergenze. Organizzatore di svariati congressi e autore di numerose pubblicazioni nel campo dell'emergenza

ALESSIO LUBRANI

Centrale Operativa 118 Pistoia Empoli, Coordinamento Regionale Maxi Emergenze

Normativa e operatività:
come è organizzata
e come funziona in Toscana
la gestione delle Maxi
Emergenze sanitarie.

Parole chiave:
protezione civile, Maxi Emergenze,
metodo SISMAX, volontariato,
Centrale CROSS

La Sanità toscana in protezione civile, definita anche “funzione sanità” o “funzione 2” secondo il metodo *Augustus*, ha subito negli ultimi anni una vera e propria rivoluzione, che prima ha interessato il contesto normativo e poi, conseguentemente, anche la quotidiana operatività.

Con un atto del giugno 2013 e uno successivo del settembre dello stesso anno, la Giunta Regionale ha istituito il Nucleo Operativo Sanitario Regionale per le Maxi Emergenze (NOSME), organo multidisciplinare con funzione di programmazione strategica, non operativa, sul livello regionale. Successivamente, nell'ottobre 2014, la Regione ha fondato il Gruppo Operativo di Coordinamento per le Maxi Emergenze con sede a Pistoia, come interfaccia tra NO-

SME e Aziende sanitarie e ospedaliere universitarie, individuando nel dettaglio le funzioni e assegnando fondi e personale dedicato.

Le funzioni del Gruppo sono molteplici.

In “regime ordinario” sono: la creazione di un modello unico per la gestione delle Maxi Emergenze sanitarie e la relativa formazione su scala regionale, l'acquisizione dei piani delle Aziende sanitarie regionali (come previsto da DGR 1390/2004), il censimento delle risorse regionali dedicate alle Maxi Emergenze sanitarie, la redazione di un piano regionale che integri i piani aziendali, l'integrazione del piano regionale e la protezione civile.

Le funzioni in “regime di emergenza” sono: l'interfaccia con i diversi livelli di protezione civile e unità di crisi (regionale, provinciale e nazionale), la gestione di eventi NBCRE, la gestione di eventi straordinari, l'attivazione dei posti medici avanzati di primo e secondo livello, l'attivazione dei punti di assistenza socio sanitari.

I fondi previsti dalla delibera di istituzione erano finalizzati alle opere necessarie alla realizzazione di una centrale operativa a valenza regionale, all'acquisto di due mezzi di trasporto (un fuoristrada e un veicolo commerciale leggero adibito a modulo di comunicazione e centrale operativa sul posto) e all'assunzione e al finanziamento nel primo anno di attività di 3 tecnici (afferenti al mondo del volontariato – Associazione Esculapio –) e 3 infermieri dedicati. Il Gruppo Operativo di Coordinamento Regionale

per le Maxi Emergenze ha sin da subito istituito un tavolo permanente, costituito da professionisti afferenti a tutte le Aziende sanitarie e ospedaliere universitarie della Toscana, oltre che dai rappresentanti regionali di ANPAS, Misericordie e Croce Rossa Italiana. Con cadenza mensile, il tavolo intercetta i bisogni sullo specifico tema dell'intera Regione promuovendo le attività previste dalla stessa delibera di istituzione. Sono stati creati tavoli di lavoro con i servizi veterinari, le psicologie cliniche, il soccorso alpino, lo *Swift Water Rescue Team Toscana*. È stato poi istituito e reso operativo un posto medico avanzato di secondo livello che grazie al contributo dell'Azienda Ospedaliera Meyer prevede al proprio interno un modulo specialistico a indirizzo pediatrico, unica esperienza attualmente esistente in Italia.

Inoltre sono in disponibilità alla struttura un punto di assistenza socio sanitaria (PASS) e un modulo chirurgico (UMMC) del Gruppo di Chirurgia di Urgenza di Pisa. Tutto questo è stato possibile solo



Figura 1 – Mezzi Coordinamento Regionale Maxi Emergenza.

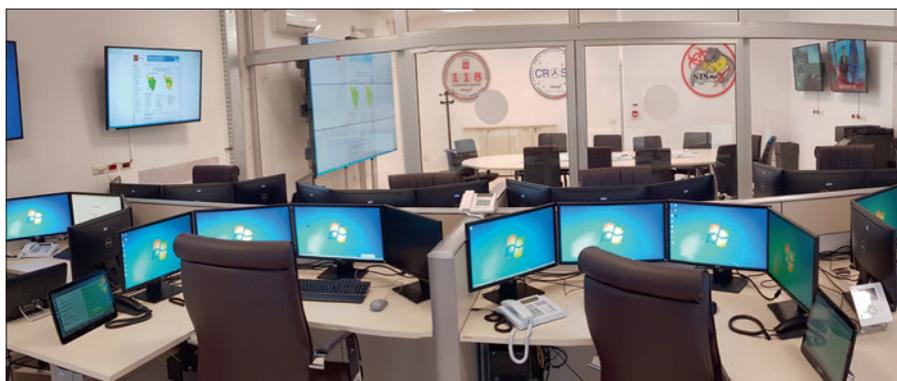


Figura 2 – Sala Operativa CROSS Pistoia.



Figura 3 – Sala Radio mobile Coordinamento Regionale Maxi Emergenza.

grazie alla disponibilità e alla sensibilità del mondo del volontariato (CRI, Misericordie e ANPAS), che ha messo a disposizione uomini e materiali utili alla realizzazione di quanto descritto. Infine il Gruppo e la Regione hanno identificato il così detto metodo SISMAX (www.sismax.it) come unico modello di gestione per la funzione Sanità toscana, prevedendo una formazione che è anche stata oggetto di delibera regionale e interessa il personale sanitario del 118, il Pronto Soccorso, le Unità sanitarie di crisi e il mondo del volontariato dell'intera Regione.

A livello italiano, il sostegno in ambito sanitario urgente alle Regioni colpite da emergenze di carattere nazionale si basa sostanzialmente su: Moduli Sanitari, Referente Sanitario Regionale Grandi Emergenze, CROSS (Centrale Operativa Remota per le Operazioni di Soccorso Sanitario), di cui alla direttiva del presidente del Consiglio dei ministri pubblicata in GU 194 del 20/08/2016.

In particolare la CROSS nasce dalla esigenza di coordinare, per conto del Dipartimento di Protezione Civile, i soccorsi sanitari urgenti su richiesta del Referente Sanitario della Regione colpita. Viene individuata dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome fra le Centrali Operative 118, appartenenti a 2 regioni diverse e non confinanti fra di loro, che sono in grado di garantire tale operatività almeno per 72 ore, oltre a quella derivante dalla normale attività quotidiana. In data 07/09/2016 la stessa Conferenza ha individuato le Centrali Operative 118 di Torino e Pistoia, che erano state precedentemente testate in apposite simulazioni di eventi catastrofici.

piero.paolini@uslcentro.toscana.it

Il tentativo di uscire, in scienza e coscienza, dai molti rumors che investono le medicine complementari

di Gemma Brandi



GEMMA BRANDI
Psichiatra psicoanalista, esperta di Salute
Mentale applicata al Diritto, coordinatrice
della Commissione per la Integrazione delle
Medicine Complementari dell'OMCeO Firenze,
coordinatrice di Diritti in movimento Toscana

Vengono presentati la composizione multidisciplinare e gli obiettivi della Commissione per l'Integrazione delle Medicine Complementari dell'OMCeO di Firenze [CIMC], nata per approfondire una questione dibattuta, spesso con superficialità e pregiudizio, sulla quale grande parte del mondo medico non ha basi per orientarsi e per orientare l'utenza in maniera attendibile, convinta e dunque convincente.

Parole chiave:
integrazione, approfondimento,
conoscenza, ricerca, formazione

La resistenza, anche del mondo medico, al libero esercizio di attività di diagnosi, prognosi e terapia che esulano, nella stragrande maggioranza dei casi, dagli insegnamenti universitari, ha assunto toni molto aspri, uscendo dall'alveo del sano dibattito scientifico. Per questo l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Firenze, attento ai problemi di salute della cittadinanza e alle prerogative degli iscritti, ha ritenuto di tentare una disamina accorta della materia, costruendo una Commissione per la Integrazione del-

le Medicine Complementari (CIMC) che sia rispettosa delle norme vigenti, a livello regionale e nazionale. L'auspicio è di diffondere nel mondo medico una conoscenza, che non pecchi di superficialità, delle disposizioni e degli indirizzi terapeutici, a vantaggio dei percorsi di cura possibili e magari ignorati, incoraggiando gli approfondimenti necessari.

Poiché lo scopo della CIMC è l'integrazione, di questa fanno parte, ovviamente, Collegi che esercitano le Medicine Complementari riconosciute, ma anche Collegi che utilizzano strumenti convenzionali di cura. Si tratta di medici che non sono rimasti sordi all'esistenza di indirizzi nuovi benché, talora, antichissimi, e non si oppongono quindi aprioristicamente a una ipotesi integrativa. Questa apertura a una conoscenza che non ceda al facile pregiudizio e sia rispettosa delle pratiche e delle teorie degli iscritti all'OMCeO è la cifra della CIMC.

L'elenco dei membri è il seguente: Gemma Brandi, Sonia Baccetti, Simonetta Bernardini, Antonio Calabrò, Margherita Ciabini, Franco Cracolici, Lorenzo Emmi, Fabio Firenzuo- li, Pierangelo Geppetti, Francesca Martella. Rocco Domenico Mediati, Gian-Aristide Norelli, Pietro Pasquet- ti, Eugenio Pecchioli, Jacopo Periti, Elio Rossi, Raoul Saggini, Anna Truci. La CIMC si muove sotto la supervisione consiliare di Teresita Mazzei, presidente dell'OMCeO Firenze.

Vale la pena aggiungere che esiste un'altra Commissione ordinistica, formata da esperti di chiara competenza nei diversi settori delle Medicine Complementari riconosciute a livello nazionale, cui è assegnato il compito di valutare i curricula dei medici che

intendono essere inseriti negli specifici elenchi, a partire da formazioni accreditate. Si tratta di un organismo previsto dall'Accordo Stato-Regioni n. 54/2013, dalla Comunicazione n. 9/2015 della FNOMCeO e dalla legge regionale 9/2007, aggiornata con legge regionale 58/2016. Ne sono membri Simonetta Bernardini per l'Omeopatia, Franco Cracolici per l'Agopuntura, Fabio Firenzuo- li per la Fitoterapia, Eugenio Pecchioli per l'Omotossicologia, Anna Truci per la Medicina Antroposofica.

Allo scopo di acquisire una conoscenza rassicurante del tema, *Toscana Medica* metterà a disposizione uno spazio nel quale saranno presentati i vari percorsi, vale a dire quanto c'è di teoria in ogni campo autorizzato normativamente. A introdurre le pubblicazioni provvederà, con un illuminante *excursus* storico sul diritto sanitario in materia, Sonia Baccetti, autorità riconosciuta nel settore, responsabile della Struttura di Riferimento Regionale per la Medicina Complementare e la Medicina Tradizionale Cinese, nonché del Centro Regionale per la Medicina Integrata. Si cercherà, inoltre, di sensibilizzare gli organi istituzionali, affinché siano attuate ricerche affidabili specie negli ambiti che subiscono insistenti accuse di esercizio inappropriato e spreco. E infine, si realizzeranno incontri formativi, in accordo con le diverse Società Mediche, tramite i quali presentare le possibilità di integrazione per patologie che risultano sensibili a una risposta convenzionale e complementare insieme.

reofolle@virgilio.it

Paleopatologia: una scienza che coniuga Medicina e Archeologia

di Valentina Giuffra



VALENTINA GIUFFRA
Direttore della Divisione di Paleopatologia presso l'Università degli Studi di Pisa, direttore del Museo di Anatomia Patologica, della Summer School in Osteoarchaeology and Paleopathology, della Field School Pozzeveri in Medieval Archaeology and Bioarchaeology e del corso di perfezionamento in Studio delle Mummie presso il medesimo Ateneo

La Paleopatologia rappresenta un fertile connubio tra Medicina e Archeologia; il suo scopo è quello di studiare le malattie che colpivano le popolazioni del passato attraverso l'analisi dei resti umani antichi. La Divisione di Paleopatologia dell'Università degli Studi di Pisa si occupa da anni del settore, con risultati rilevanti non solo per la conoscenza del passato, ma anche per la Medicina attuale.

Parole chiave:

Paleopatologia, Archeologia, scheletri, mummie, cancro

Esiste una scienza, ancora poco conosciuta, che coniuga la Medicina con una disciplina apparentemente lontana dai suoi interessi, l'Archeologia. Questa scienza, nata in tempi relativamente recenti, è la Paleopatologia. Il termine deriva dal greco *paleo*, *pathos* e *logos* e significa letteralmente "studio delle malattie antiche".

Dunque la Paleopatologia può essere definita come la disciplina che studia le malattie delle popolazioni del passato attraverso l'esame dei resti umani antichi, siano essi conservati a livello di scheletri che a livello di mummie. La Paleopatologia si di-

stingue dalla Storia della medicina per il tipo di approccio, che risulta in un certo senso opposto, ma complementare. Infatti mentre la Storia della medicina si basa prevalentemente su fonti di tipo storico-letterario, e quindi indirette, per ricostruire soprattutto la storia delle malattie e delle terapie, la Paleopatologia utilizza fonti dirette, in quanto studia più in particolare le malattie direttamente nei corpi umani del passato. I reperti scheletrici, che si recuperano frequentemente nel corso di scavi archeologici, e le mummie, reperti purtroppo molto più rari da rinvenire, rappresentano un preziosissimo archivio biologico in cui sono contenute informazioni altrimenti non reperibili sulle malattie che affliggevano i gruppi umani nel passato.

In questi ultimi anni la Paleopatologia è divenuta una disciplina autonoma, distinguendosi come una branca della Medicina, e ha acquisito un forte carattere di interdisciplinarietà, in quanto si avvale di contributi derivanti da diverse discipline, fra le quali la Storia, l'Archeologia, l'Antropologia fisica, l'Anatomia patologica, la Radiologia e la Biologia molecolare, per citarne solo alcune.

La finalità delle indagini paleopatologiche è quella di ricostruire le caratteristiche e l'incidenza delle diverse malattie nel passato, molte delle quali dovute alle abitudini e allo stile di vita delle antiche popolazioni; inoltre, lo studio dell'origine di alcune importanti malattie dell'epoca attuale, come il cancro e l'arteriosclerosi, e la ricostruzione delle prime vie di diffusione delle malattie infettive rivestono un interesse notevole anche per la medicina attuale.

Dagli inizi della disciplina, che si collocano tra la fine del XIX e la prima metà del XX secolo, sono stati com-

piuti enormi progressi, che uniscono il fascino del passato al rigore scientifico moderno.

La Paleopatologia ha infatti iniziato ad avvalersi delle più moderne tecnologie di indagine diagnostica utilizzate in Medicina applicandole ai reperti umani antichi. Oltre ai raggi X, che oggi rappresentano un metodo di indagine routinario e, tra l'altro, assolutamente non invasivo, la Paleopatologia fa attualmente ricorso a molte altre tecniche di avanguardia in Medicina. Per quanto riguarda la diagnostica per immagini, la tomografia computerizzata (TC) ha affiancato l'esame radiologico tradizionale, consentendo uno studio più dettagliato e approfondito delle mummie e ricostruzioni virtuali dei corpi antichi. La microscopia ottica può essere applicata allo studio di minuti campioni di tessuti antichi, grazie all'uso dello stereomicroscopio o del normale microscopio ottico, consentendo esami istologici, istochimici e immunostochimici. L'analisi degli isotopi stabili del carbonio e dell'azoto (^{13}C , ^{15}N), ha reso la Paleonutrizione una scienza di primo piano che permette di indagare le abitudini alimentari delle popolazioni antiche. Infine lo studio del DNA antico (aDNA) ha rivoluzionato la Paleogenetica e la conoscenza delle malattie infettive del passato, ponendosi come la tecnologia più promettente di risultati in un prossimo futuro.



Figura 1 – I sarcofagi contenenti i corpi dei sovrani e dei nobili aragonesi conservati nella basilica di San Domenico Maggiore a Napoli.

La Divisione di Paleopatologia dell'Università degli Studi di Pisa, afferente al Dipartimento di Ricerca Traslazionale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, si è specializzata da tempo in questo particolare settore, ottenendo risultati di grande rilevanza scientifica. Molto note sono le indagini condotte dal fondatore della disciplina a Pisa, il professor Gino Fornaciari, su importanti serie di mummie italiane rinascimentali e moderne come quelle dei sovrani e principi della corte aragonese di Napoli (Figura 1) e di personaggi illustri, tra cui Pandolfo III Malatesta, Cangrande della Scala, S. Antonio da Padova ecc. A partire dal 2002 il professor Fornaciari

ha diretto il *Progetto Medici*, che ha permesso la riesumazione e lo studio di importanti membri della famiglia dei Granduchi di Firenze.

Un esempio molto esplicativo delle ricerche condotte dalla Divisione di Paleopatologia e di come la conoscenza del passato possa contribuire alla comprensione della Medicina moderna sono le ricerche nell'ambito della Paleo-oncologia, che mira a indagare le testimonianze relative alla presenza dei tumori in passato. Le genti del passato si ammalavano di cancro? Il tumore è una patologia che affligge solo il mondo moderno? Sono domande che ormai da decenni la comunità scientifica si pone a causa del progressivo aumento di

incidenza di diverse neoplasie tra la popolazione attuale.

La Paleopatologia ha fornito una risposta chiara a questi interrogativi, attestando con numerosi casi che il cancro accompagna l'uomo fin dai tempi più antichi. Tuttavia esistono una serie di ragioni per cui i tumori maligni avevano un'incidenza molto inferiore rispetto ai tempi attuali, le più importanti delle quali erano l'assenza di molti fattori di rischio, quali il fumo da sigaretta e l'inquinamento e, soprattutto, la più breve aspettativa di vita delle popolazioni antiche: sappiamo infatti che la maggior parte dei tumori insorge in età avanzata, alla quale in passato si arrivava difficilmente. Uno studio che ha sorpreso i ricercatori della Divisione di Paleopatologia riguarda alcuni casi di cancro diagnosticati nelle mummie conservate nella sacrestia annessa alla chiesa di San Domenico Maggiore a Napoli.

Gli studiosi, analizzando con moderne tecniche istologiche, immunoistochimiche e molecolari questi corpi antichi, sono riusciti a identificare ben tre casi di neoplasia maligna in individui tra i 55 e i 70 anni: un carcinoma basocellulare (ovvero un tumore cutaneo) che ha colpito il volto del duca Ferdinando Orsini di Gravina (circa 1490-1549), un adenocarcinoma invasivo del retto nella mummia del re Ferrante I di Aragona (1424-94) e un adenocarcinoma del colon in fase iniziale di infiltrazione nella

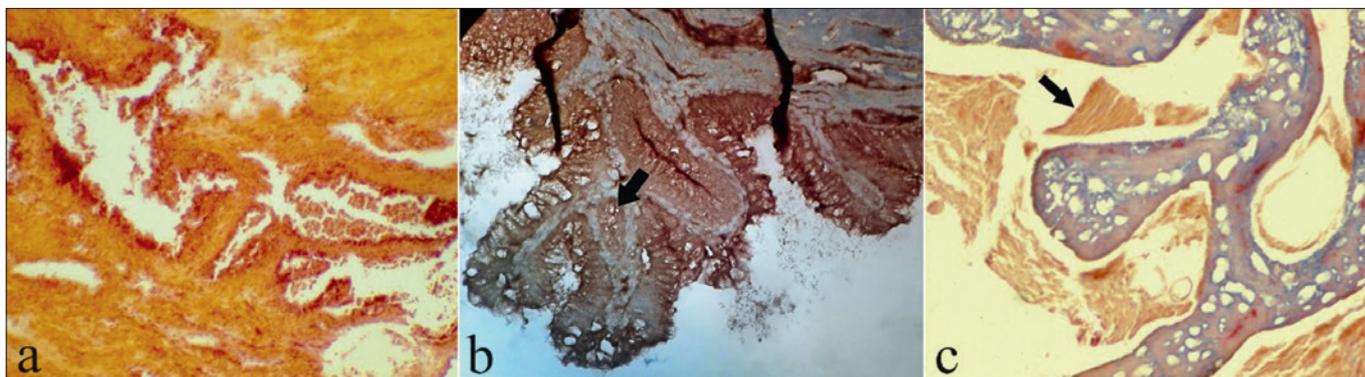


Figura 2 – I tumori dei tessuti mummificati dei membri della corte aragonese.

a) Adenocarcinoma rettale di Ferrante I infiltrante lo stroma fibroso (ematossilina-eosina, 100X). b) Adenocarcinoma polipoido del colon di Luigi Carafa con invasione del peduncolo, indicata dalla freccia (anti-Pan Citocheratina, Ventana®, 250X). c) Carcinoma basocellulare di Ferdinando Orsini con *pattern* solido destruente l'osso lamellare e con la tipica "palizzata" cellulare, indicata dalla freccia (Van Gieson, 120X).

mummia del principe Luigi Carafa di Stigliano (1511-76) (Figura 2).

Si è scoperto così che, se nel piccolo gruppo di undici mummie (dieci uomini e una donna) tre soggetti svilupparono un tumore maligno, esisteva una prevalenza di malattia neoplastica del 27%, un dato assai vicino al 31% riscontrato nei Paesi industrializzati moderni. Possiamo ipotizzare che nel passato il cancro sia stato una malattia relativamente frequente tra gli individui oltre i 55 anni, almeno per le classi élitarie del Rinascimento che vivevano più a lungo e che potevano permettersi abitudini alimentari e stili di vita non distanti dalle nostre. I sovrani e i nobili aragone-

si avevano infatti un'alimentazione particolarmente ricca di proteine animali, in particolare carne rossa, che oggi sappiamo essere un fattore di promozione del cancro del colon. Ciò conferma l'importanza dello stile di vita nell'insorgenza di queste patologie, che evidentemente colpivano anche in passato se lo stile e la speranza di vita erano simili a quelle attuali. La ricerca, pubblicata sulla prestigiosa rivista *Lancet Oncology*, contribuisce non solo alla conoscenza sulla presenza del cancro nel passato, ma anche alla comprensione dei meccanismi di carcinogenesi attuali. Tra le diverse attività, la Divisione di Paleopatologia, diretta ora dal-

la professoressa Valentina Giuffra, conduce un importante scavo archeologico nei pressi di un'abbazia camaldolese a Badia Pozzeveri, vicino ad Altopascio, e gestisce due *Summer Schools* che accolgono studenti da tutto il mondo per istruire i ragazzi nella metodologia della ricerca archeologica e nello studio antropologico e paleopatologico dei reperti umani antichi; inoltre ha attivato un Corso di Perfezionamento in Studio delle Mummie. Tutte le attività della Divisione sono reperibili sul sito internet www.paleopatologia.it.

valentina.giuffra@unipi.it

letti per voi

Il futuro del bambino vegetariano

di Angelo Vigliotti

Nicom Laboratoro Editoriale

Il dottor Angelo Vigliotti, pediatra e psicoterapeuta, ha pubblicato questo testo che parla del futuro del bambino che si alimenta con uno stile vegetariano.

Nel libro sono presentati non solo gli aspetti prettamente nutrizionali della scelta vegetariana, ma anche tutte le altre implicazioni (etica, salutistica, ambientale e filosofica). Si tenta di fare chiarezza, rivolgendosi sia ai genitori sia ai pediatri, molti dei quali sono ancora perplessi su queste scelte nutrizionali.

Il testo è diviso in tre parti. Alle radici del futuro del bambino vegetariano c'è il passato con i primi mille giorni di vita (prima parte) e un percorso evolutivo nelle tre fasi del ciclo di crescita infantile basato sulla consapevolezza interiore (seconda parte). La terza parte del libro contiene invece una sintesi dei grandi uomini (filosofi, scienziati, letterati, fisici, musicisti, religiosi, politici e altri) che hanno seguito con entusiasmo l'alimentazione vegetariana. Un capitolo è dedicato al medico pe-

diatra per invitarlo a non aver paura della scelta che può essere fatta da una coppia *veg* per il proprio bambino, anzi a darle una mano a far sì che il bambino possa crescere bene senza lasciare i genitori in mano ai vari guru presenti nei *mass media*. L'alimentazione vegetariana-vegana è accettata da tutte le grandi associazioni dietetiche internazionali, purché sia adeguatamente integrata e supplementata dai vari nutrienti essenziali. Al riguardo il libro è pieno di tabelle semplici e di facile consultazione, che accompagnano il cammino di crescita del bambino dando una mano al collega senza perdersi o disperdersi. È una guida molto aggiornata. Su queste basi l'autore sogna un bambino vegetariano che starà senz'altro meglio nel suo percorso di crescita a livello fisico, mentale ed etico, un bambino sicuramente più sereno, più soddisfatto e che coglierà attimi di felicità perché si affida anche all'intelligenza del cuore. E inoltre darà il suo personale contributo al benessere ecologico del pianeta, ricordando quanto la produzio-



ne di origine animale sia responsabile negli ultimi decenni del 65% della conversione di terreni, che il sistema alimentare contribuisce attualmente a un quarto di tutte le emissioni di gas serra (quelli derivanti dall'allevamento rappresentano il 14%) e che l'allevamento è uno dei settori che impiega e inquina più acqua.

Pier Luigi Tucci

Nuove frontiere della Formazione: il Coaching in Sanità

di Marcello Montomoli, Frédérique Lassueur



MARCELLO MONTOMOLI

Dirigente Medico presso UOC Centrale Operativa 118 Siena-Grosseto. Responsabile Formazione DEU Azienda USL Toscana Sud-Est. Specialista in Geriatria e in Scienza dell'Alimentazione. Membro della National Faculty SIMEU corsi BLS, ACLS, PALS, American Heart Association. Professore a contratto Scuole di Specializzazione in Medicina di Emergenza-Urgenza, Cardiologia e Anestesia e Rianimazione dell'Università di Siena. Ufficiale Medico della Riserva della Marina Militare Italiana; ha partecipato a operazioni nazionali e internazionali. Diplomato in Professional Coaching

FRÉDÉRIQUE LASSUEUR

Dirigente Medico DEU Azienda USL Toscana Sud-Est

Il *Coaching* è una delle metodologie più potenti ed efficaci per lo sviluppo del potenziale di singoli, gruppi o intere organizzazioni. Vi è un forte bisogno di una profonda azione rigeneratrice dei Sistemi Sanitari e in questa ottica due aspetti del *Coaching* spiccano: è fortemente centrato sullo sviluppo di piani di azione concreti e nei suoi fondamenti mette la persona al centro. Tutto ciò lo rende in grado di coniugare due punti di vista apparentemente disgiunti, se non talora in contrasto stridente: umanistico e manageriale. L'*evidence-based-coaching* ha le caratteristiche fondamentali per essere applicato su larga scala in vari ambiti della Sanità.

Parole chiave:

coaching, potenziale, *performance*, formazione, umanizzazione

Il Sistema sanitario è annoverato per sua natura fra i *sistemi complessi* ed è il crocevia di molte culture, *in primis*, ovviamente, la cultura sanitaria. In ottica sistemica la cultura sanitaria si incontra con la cultura organizzativa/amministrativa e, soprattutto, con la cultura delle persone che vi si affidano come pazienti. L'attuale epoca rende ancora più accentuata questa complessità: il concetto di salute è declinato su una dimensione bio-psico-sociale multifattoriale, non semplicemente come assenza di malattia; le informazioni viaggiano alla velocità dell'elettronica, riducendo, quando sono di buona qualità, l'asimmetria informativa fra utenti e operatori; i confini professionali e interprofessionali vengono ridefiniti; il lavoro si orienta sempre più verso la multiprofessionalità, l'interprofessionalità e il *teamwork*; la finitezza delle risorse rende il tema della appropriatezza clinica e organizzativa ineludibile.

In questo scenario è forte l'esigenza dei singoli, dei gruppi e delle intere organizzazioni di acquisire nuove competenze e nuovi modelli formativi su aree tradizionalmente non curate in modo specifico, al fine di sviluppare per intero il potenziale dei professionisti.

Il Coaching per lo sviluppo del potenziale verso l'eccellenza

Da oltre una ventina di anni, soprattutto nel mondo sportivo e del *business*, si sono sviluppati nuovi approcci per ottenere risultati nella complessità. Tra questi spicca il *Coaching*, che si va diffondendo sempre di più anche nelle organizzazioni sanitarie a elevata *performance*. L'Associazione Italiana Coach Professionisti lo definisce come segue: "Il *Coaching* è un

metodo di sviluppo delle potenzialità dei singoli, dei gruppi e delle organizzazioni che ha come fine ultimo l'alleanza con il proprio cliente nel percorso della sua autorealizzazione". Rossi e Pannitti, nel loro libro *L'essenza del Coaching*, lo definiscono così: "Il *Coaching* è un metodo di sviluppo di una persona, di un gruppo o di una organizzazione, che si svolge all'interno di una relazione facilitante, basato sull'individuazione e l'utilizzo delle potenzialità per il raggiungimento di obiettivi di miglioramento/cambiamento autodeterminati e realizzati attraverso un piano di azione". In questa sede facciamo riferimento all'*Evidence-Based Coaching*, un approccio scientifico multidisciplinare al tema dello sviluppo del potenziale che trae le proprie radici dalla *Filosofia socratica* (con la maieutica), dal *Coaching sportivo* (Timothy Gallwey della *Harvard University*), dal mondo della *consulenza aziendale* (con il testo di John Whitmore del 1992 *Coaching for Performance*), e soprattutto dagli studi della *Psicologia Posi-*

tiva (branca della Psicologia co-fondata da Martin Seligman, che studia in modo particolare la felicità umana e il benessere soggettivo).

Coaching umanistico e Sistema Sanitario

Il *Coaching* nella sua coniugazione più piena si basa su dei fondamentali che trovano un'importante applicazione e ben si adattano all'ambito sanitario: consapevolezza, autodeterminazione, responsabilità e ricerca della felicità e del benessere personale e organizzativo (*eudaimonia*).

La *consapevolezza*, che è in primo luogo dell'individuo nei confronti di se stesso (*conosci te stesso*: consapevolezza di sé, dei propri valori, delle proprie caratteristiche, dei propri obiettivi, delle proprie priorità ecc.), si estende all'esterno dell'individuo, agli altri (conoscenza e comprensione degli altri, anche come base per lo sviluppo di una relazione adulta, empatica e facilitante), per arrivare all'ambiente di lavoro, alla personale organizzazione ecc.

L'*autodeterminazione* parte dal rispetto dovuto alle persone e alla loro libertà di fare scelte consapevoli e libere. Per inciso, è anche uno dei determinanti della motivazione, che a sua volta ha strettissima connessione con la *performance*.

La *responsabilità* è un concetto ben presente nella componente professionale, ma che in una relazione di *Coaching* si estende al *coachee*, a evitare atteggiamenti passivi, disfunzionali, non improntati all'azione (tema importantissimo in molti interventi di prevenzione).

La *eudaimonia* è il fattore peculiare che determina la profondità dell'intervento di *Coaching* e la sua notevole potenza attivante. Finalmente, anche nel mondo del lavoro matura una sempre maggiore consapevolezza dell'importanza delle persone (le cosiddette "risorse umane") con l'enfasi attuale su tematiche di benessere organizzativo, prevenzione e gestione dello *stress* lavoro correlato e del *burn-out*. Anche nelle scienze organizzative la profondità delle relazioni nell'ambito di lavoro

è riconosciuta come un fattore non solo di salute ma anche di reale impatto sulla *performance* dell'organizzazione. Ancor più importante è il fatto che il *Coaching* si fonda su una relazione interpersonale di alta qualità. Questo aspetto, già da solo, sarebbe motivo cogente per introdurre le *skill* di *Coaching* fin dai primi anni di insegnamento alle professioni sanitarie. Non è pensabile tornare alla tanto invocata "umanizzazione delle cure" senza riportare al centro, anche dei sistemi formativi, i pilastri di una relazione efficace: *accoglienza* (empatica, non giudicante, non frettolosa, consapevole dell'altro e di se stessi), *ascolto attivo*, *alleanza*, *autenticità*. La relazione di *Coaching*, a differenza di altri modelli di relazione, è di tipo paritario. Negli approcci più moderni, che si allontanano sempre di più dal tradizionale modello medico paternalistico, il paziente e i suoi familiari sono considerati paritariamente componenti del *team* di assistenza e cura (una vera e propria rivoluzione nella relazione, nei linguaggi e nel modo di dare pratica attuazione agli interventi di prevenzione, diagnosi, terapia, assistenza, riabilitazione). Altro aspetto importante, anzi il più importante, è il passaggio all'azione che caratterizza l'attivazione attuata dai processi di *Coaching*, con conseguente perseguimento di obiettivi e risultati in termini di salute, benessere (personale, sociale e organizzativo) e di appropriato uso delle risorse. Possiamo affermare che il *Coaching* è in grado di coniugare due punti di vista apparentemente disgiunti, se non talora in contrasto stridente: umanistico e manageriale. I risultati ottenuti in vari ambiti da tale sinergia sono sicuramente uno dei motivi principali del successo di questo approccio.

Principali aree di applicazione del Coaching in Sanità

Possiamo distinguere schematicamente due macroaree di applicazioni del *Coaching* in ambito sanitario: quella delle applicazioni prettamente

sanitarie (*Health Coaching*) e quella delle applicazioni organizzative in senso lato. In modo più specifico si possono focalizzare alcuni ambiti di maggiore rilevanza:

- *applicazioni sui pazienti e i loro familiari*: sostanzialmente interventi di *Health Coaching* (soprattutto nella gestione di patologie croniche) e in particolare di *Life style Coaching* (nella creazione e nel mantenimento di condizioni ottimali sia in prevenzione primaria sia in prevenzione secondaria sia in prevenzione terziaria). Un crescente numero di ricerche ha confermato i benefici dell'attivazione del paziente, definita come aumento di conoscenze, capacità pratiche, senso di autoefficacia e motivazione a prendere decisioni efficaci e compiere azioni per mantenere o migliorare la propria salute. È noto che la conoscenza da sola non è in grado di innescare e mantenere il cambiamento evolutivo, ma quando a questa equazione si aggiungono la motivazione e il supporto, i risultati aumentano in modo evidente. Il *2010 World Economic Forum* (WEF) ha identificato otto ben noti elementi connessi allo stile di vita come principali contribuenti delle quindici più costose condizioni patologiche croniche. I comportamenti connessi a bassi livelli di salute sono: fumo, sedentarietà, scarsa qualità dell'alimentazione, eccessivo consumo di alcolici, scarsa adesione agli *standard* di cura, cattiva gestione dello *stress*, deprivazione di sonno, mancata adesione agli *screening* sanitari. Tutti questi comportamenti sono all'interno della sfera di controllo individuale e gli interventi di *Coaching* possono fornire strumenti efficaci per effettuare scelte consapevoli e razionali;
- *applicazioni in associazioni di pazienti*: sia per interventi di *Health Coaching* sia per interventi di *Coaching* Organizzativo;
- *applicazioni in singoli professionisti*: soprattutto nello sviluppo professionale, della progressione di

carriera, delle *skill* di *leadership*, della resilienza, della gestione della comunicazione, della gestione dei rapporti con *management* o direzioni ecc.;

- *applicazioni organizzative su gruppi o team professionali*: in questi casi il *group Coaching* e il *team Coaching* si configurano come interventi articolati rivolti sia al singolo sia ai componenti del gruppo, che integrano anche momenti di formazione e facilitazione;
- *applicazioni organizzative su gruppi di sanitari e non-sanitari in interazione*: l'intervento di *Coaching* è specificamente mirato alle interazioni fra due culture profondamente diverse come, ad esempio, quella professionale sanitaria e quella prettamente gestionale;
- *applicazioni organizzative sull'in-*

tera organizzazione sanitaria: una applicazione sistemica, diffusa nel mondo del *business*, ma che è ancora una eccezione nel *setting* sanitario.

In tutti questi ambiti una radice comune di applicazione del *Coaching* è sicuramente quella dello sviluppo della *leadership* diffusa. Come si può vedere, il potenziale di applicazione è straordinariamente ampio, non meraviglia pertanto il crescente interesse delle organizzazioni sanitarie nel dotarsi di strumenti e interventi di *Coaching*. Questo interesse è testimoniato anche dal progressivo incremento del numero di pubblicazioni scientifiche specifiche sul *Coaching* in ambito sanitario.

In conclusione sono proponibili alcune azioni principali di sviluppo:

- introdurre le *skill* di *Coaching* anche nei sistemi formativi sanitari;
- organizzare la dimensione spazio/tempo in modo da consentire realmente ai professionisti l'applicazione degli approcci *Health Coaching*, almeno negli ambiti in cui efficacia ed efficienza ne siano dimostrati;
- inserire il *Coaching* fra le metodologie di sviluppo del personale, dei gruppi e dell'intera organizzazione anche in Sanità;
- identificare pragmaticamente gli approcci, i professionisti accreditati, le aree e i *setting* più appropriati per l'applicazione del *Coaching* in Sanità.

Coaching is here to stay!

marcello.montomoli@uslsudest.toscana.it

Ricordo di Isabella Tollaro Casini Raggi



Il 25 novembre scorso ci ha lasciati la professoressa Isabella Tollaro Casini Raggi, riconosciuta maestra della Ortodonzia fiorentina, persona di grande intelligenza e umanità.

Nata a Firenze nel 1935, laureatasi in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Firenze nel 1960, specializzatasi nel 1963 in Odontoiatria e protesi dentaria, ha iniziato la sua carriera universitaria nel 1961 come assistente volontaria presso la cattedra di Clinica Odontoiatrica. Dal 1966 al 1984 è stata incaricata dell'insegnamento di Materiali in Odontostomatologia, Ortognatodonzia e Ortopedia dento-maxillo-facciale presso la Scuola di Specializzazione in Odontoiatria e Protesi Dentaria. Dal 1974 ha ricoperto l'insegnamento di Ortognatodonzia nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e successivamente nel Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria.

Professore associato nel 1982, ordinario dal 1987, dal 1999 al 2005 è stata direttrice del Dipartimento di Odontostomatologia. Dal 2008 è stata professore emerito dell'Università degli Studi di Firenze.

La sua produzione scientifica, assieme alla Scuola Ortodontica fiorentina da lei creata e diretta, è ancora un punto di riferimento per la diagnosi e la terapia delle malocclusioni.

Dal 1972 è stata responsabile del Servizio di Ortognatodonzia della Clinica Odontoiatrica dell'Università degli Studi di Firenze e dal 1974 al 2004 primario dell'Unità Operativa di Ortognatodonzia. Suo il merito di aver dato molta importanza alla valutazione clinica precoce del paziente in età evolutiva, ai fini di un moderno approccio di prevenzione e intercettazione delle disarmonie dento-scheletriche, del quale è stata antesignana e promotrice.

I suoi allievi la ricordano come una persona seria e leale, esigente e determinata, di grande abilità e di infinita dolcezza soprattutto verso i suoi pazienti più piccoli.

Luca Giachetti

Migliorare la sicurezza delle cure

Appunti sul rischio clinico per operatori di prima linea (Parte 7^a)

Come si effettua un *audit*

di Giovanni Falsini, Cinzia Sestini



GIOVANNI FALSINI

Cardiologo interventista presso la Azienda USL Toscana Sud-Est, Zona Operativa Arezzo. Dal 2006 si occupa di qualità, rischio clinico e accreditamento di cui è il referente per il Dipartimento Cardiovascolare e Neurologico della Azienda USL Toscana Sud-Est. Ha effettuato il IV Corso di Alta Formazione in Clinical Risk Management della Scuola Superiore Sant'Anna negli anni 2010-2011

CINZIA SESTINI

Rischio Clinico Azienda USL Toscana Sud-Est, Zona Operativa Arezzo

Illustriamo nell'articolo come si effettua un *audit* clinico, la ricerca delle criticità e delle azioni di miglioramento come finalità di questo. Il sistema necessita di un continuo impegno degli operatori della Sanità finalizzato alla creazione di un clima favorevole, presupposto essenziale su cui possa nascere e prosperare la cultura della sicurezza.

Parole chiave:

audit, rischio clinico, *incident reporting*, Protocollo di Londra

Il Ministero della Salute ha definito (2006) l'*audit* clinico come: "Metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di *best practice*, attuare le

opportunità di cambiamento individuato e il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte". Vengono descritte di seguito le modalità di realizzazione di un *audit*.

Preparazione dell'*audit*

Il ruolo del facilitatore è essenziale avendo l'onere di: 1) raccogliere la segnalazione, 2) approfondire l'analisi del caso attraverso la revisione della documentazione sanitaria e interrogando direttamente le persone coinvolte ed eventualmente il paziente, 3) valutare l'opportunità di realizzare un *audit* (questo inizia in realtà nella fase di analisi preliminare, ma anche in questa fase possono emergere elementi che non ne favoriscono la realizzazione), 4) raccogliere gli *standard* di riferimento della letteratura sulla problematica specifica, 5) preparare una lista dei problemi e dei fattori contribuenti, 6) organizzare l'evento, predisponendo un locale idoneo, in orario condiviso dai partecipanti, contattare direttamente i partecipanti (meglio se telefonicamente o di persona) spiegando le finalità dell'*audit*, non accusatorie ma di analisi delle criticità, con l'obiettivo di trovare le azioni di miglioramento.

Conduzione dell'*audit*

Il facilitatore ha il compito di condurre l'*audit* attraverso una metodologia precedentemente acquisita. *Il facilitatore deve definire in modo chiaro ai partecipanti le regole dell'audit*, e cioè:

- la *durata*: stabilire con precisione la durata e invitare i partecipanti a collaborare per il completamento dell'*audit* nell'orario prefissato;
- il *clima*: collaborativo evitando atteggiamenti accusatori;
- la *finalità*: identificare le criticità del caso in oggetto e trovare le azioni di miglioramento;
- la *riservatezza*: opportuno richiamare i partecipanti alla riservatezza (segreto professionale) relativamente ai fatti appresi durante l'*audit*;
- la *presentazione dei partecipanti*: è buona regola procedere alla presentazione di tutti i partecipanti;
- la *moderazione*: il facilitatore deve favorire l'intervento di tutti i partecipanti all'*audit*;
- la *chiusura*: definire e condividere le criticità riscontrate e le azioni di miglioramento programmate con le responsabilità e i tempi di attuazione;
- la *diffusione delle risultanze dell'audit*: compito del facilitatore è anche quello di comunicare successivamente a tutto il personale della UO l'esito dell'*audit* e le azioni decise. Possono essere scelti i metodi ritenuti più efficaci (*mail-*

- list, affissione in bacheca di una nota, effettuazione di un M&M);
- il *monitoraggio*: l'*audit* non termina con la chiusura dell'*audit* stesso ma solo dopo che sono state effettuate le azioni di miglioramento dichiarate. Compito del facilitatore è effettuare il monitoraggio delle azioni di miglioramento mediante una funzionalità specifica di sistema integrato gestione rischio clinico (sigrc).

Comunicazione

Gli eventi avversi che hanno prodotto danno al paziente devono essere comunicati al paziente e/o ai familiari secondo le modalità previste dalla buona pratica (Pratica per la Sicurezza del Paziente “la comunicazione difficile: come comunicare al paziente/familiari gli esiti di un evento avverso”). Per tale motivo i facilitatori di rischio clinico devono essere addestrati alla comunicazione in condizioni conflittuali o di grave stress. Dopo l’effettuazione dell’*audit* il paziente/familiari deve essere nuovamente informato delle risultanze di questo.

Gli strumenti del facilitatore per la conduzione dell’*audit*

Si tratta di un campo in evoluzione che risente dei progressi che sono stati fatti nei 10 anni di gestione del rischio clinico di pari passo con le innovazioni a livello internazionale in questo campo.

Inizialmente gli strumenti operativi che venivano insegnati nei corsi di formazione erano la *Failure Model Effect Analysis* (FMEA) e la *Root Causes Analysis* che poi hanno lasciato il passo all’analisi sistemica degli eventi secondo il Protocollo di Londra di Charles Vincent che è incorporata nel modello di gestione online (<https://sigrc.sanita.toscana.it>) dell’*audit*.

La FMEA

La *Failure Model Effect Analysis* è nata come strumento di analisi del lavoro e valutazione dell’affidabilità umana. Prevede uno schema che guida gli addetti alla sicurezza nell’analisi delle criticità presenti in un pro-

cesso di lavoro e nell’individuazione di possibili azioni di miglioramento per ridurre il rischio di incidenti. Progettualmente è uno strumento proattivo, mentre nell’analisi dell’*audit* viene impiegato in modo reattivo, a seguito dell’occorrenza dell’evento avverso.

Il facilitatore dovrebbe dotarsi di una griglia sul tipo di quella riportata in Tabella I.

Ci sono diverse difficoltà nell’uso di questa metodica. Il facilitatore deve essere specificatamente formato, la descrizione degli errori è complessa e infine, cosa importante, non considera i fattori contribuenti l’evento avverso, che invece sono il cardine del modello di Reason.

La Root causes analysis

Tale metodica impiega un diagramma di causa-effetto, utile per disegnare l’insieme dei fattori di un determinato fenomeno che si intende studiare. L’analisi parte dagli esiti e

risale alle cause, alla radice dell’evento. Concettualmente molto interessante, è tuttavia di uso difficile nell’ambito del rischio clinico e per tale motivo non ha avuto successo nella conduzione degli *audit*. Su tale modello però è stata costruita la più recente analisi sistemica degli eventi (*London Protocol*) (Figura 1).

Analisi sistemica degli eventi avversi (London Protocol)

Attualmente la procedura di applicazione dell’*audit* GRC è ispirata al Protocollo di Londra di cui condivide la cornice teorica per l’analisi degli eventi avversi. Rappresenta l’evoluzione finale dei vari modelli di gestione del rischio clinico in quanto prende ciò che di buono è stato proposto dai diversi modelli. Le innovazioni sostanziali sono rappresentate dalla scomparsa del termine “errore” che viene sostituito da quello di “problema assistenziale” e dalla focalizzazione delle criticità

Sequenza eventi	Fallimenti attivi	Fallimenti latenti	Procedure	Attrezzature	Training
Fase 1: descrizione	Errore tipo SKR	Quali	No/sì descrizione	No/sì descrizione	No/sì descrizione
Fase 2...	“	“	“	“	“

Tabella I – Griglia per l’analisi FMEA.

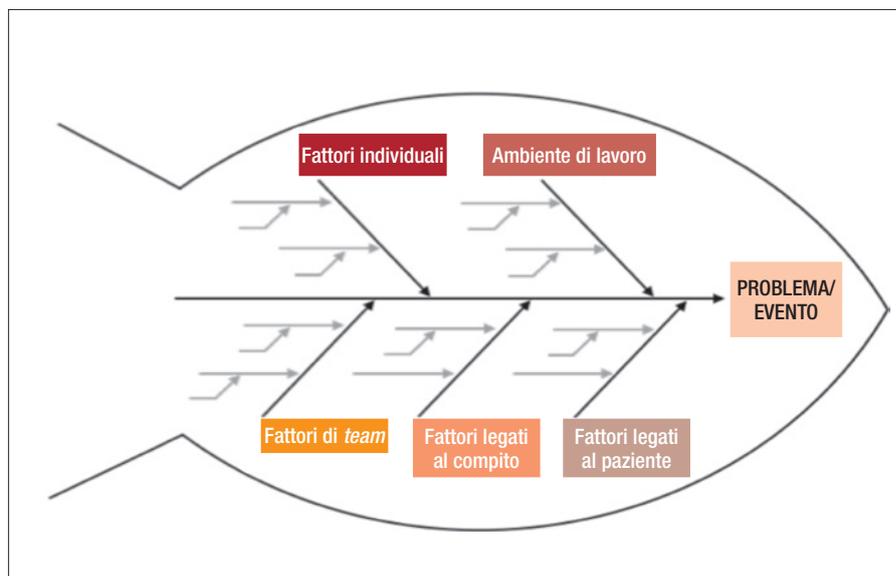


Figura 1 – Modello di *root causes analysis*. Diagramma a spina di pesce di Ishikawa applicato alla Sanità.

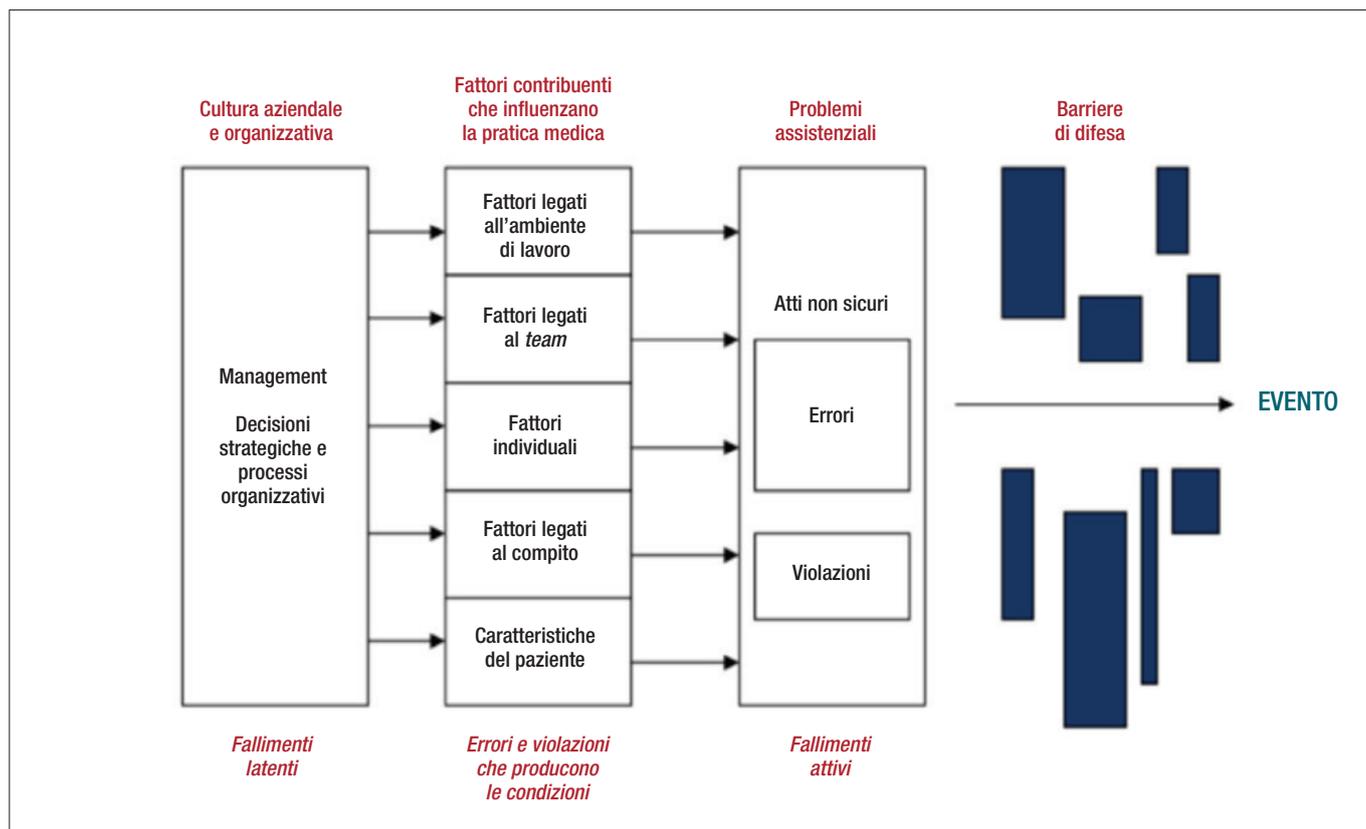


Figura 2 – Modello analisi sistemica degli eventi avversi di Charles Vincent (*London Protocol*).

sui fattori contribuenti ripresi dalla tassonomia ICPS (*International Classification Patient Safety - Who*). I fattori contribuenti rappresentano le criticità e le azioni di miglioramento saranno rivolte a neutralizzare questi. La filosofia che guida questa analisi, cioè identificare i fattori contribuenti piuttosto che definire in dettaglio la tipologia del fallimento attivo, risponde perfettamente al principio di Reason che non possiamo eliminare l'errore umano ma possiamo migliorare le condizioni di lavoro (Figura 2, Tabelle II, III).

È utile per il facilitatore prepararsi una griglia cronologica dell'evento secondo lo schema riportato in Tabella IV.

Registrazione dell'audit su <https://sigrc.sanita.toscana.it>

Le fasi dell'audit da registrare su sigrc (<https://sigrc.sanita.toscana.it>) seguono il protocollo di Londra, con l'unica piccola differenza che i problemi assistenziali sono compresi tra i fattori contribuenti legati al comportamento. I campi richie-

Fasi	Analisi dell'evento
1	Definire l'evento avverso
2	Definire perché le barriere di protezione hanno fallito
3	Definire il problema assistenziale (fallimenti attivi) che ha prodotto l'incidente
4	Definire i fattori contribuenti, che ci sono sempre, che hanno portato al fallimento attivo
5	Definire eventuali fallimenti latenti più a monte
6	Definire le criticità
7	Trovare le azioni di miglioramento

Tabella II – Riassunto delle fasi di analisi dell'evento durante l'audit.

sti sono quelli indicati nelle fasi dell'audit.

Azioni di miglioramento e indicatori

Le azioni di miglioramento scelte devono essere coerenti con le criticità individuate.

Inoltre è richiesto di definire gli indicatori per monitorare l'efficacia dell'azione di miglioramento.

Gli indicatori devono essere misurabili (per esempio riduzione in % dell'incidenza di un determinato evento in

un determinato periodo di tempo) o comunque verificabili (ad esempio se si sceglie come azione di miglioramento di effettuare un M&M, l'effettuazione di questo è verificabile).

Monitoraggio delle azioni di miglioramento

Alle scadenze temporali definite per l'azione di miglioramento il facilitatore deve effettuare il monitoraggio della effettiva attuazione dell'azione di miglioramento

Fattore	Fattore contribuente che può influenzare la pratica clinica
Caratteristiche del paziente	Condizioni (complessità e gravità), lingua e comunicazione, personalità e fattori sociali
Fattori legati al compito	Progettazione e chiarezza strutturale del compito Disponibilità e utilizzo di procedure Disponibilità e accuratezza dei risultati degli esami Supporto nel processo decisionale
Fattori individuali (legati all'individualità del personale)	Conoscenze e abilità Competenza Salute fisica e mentale
Fattori legati al <i>team</i> di lavoro	Comunicazione verbale Comunicazione scritta Supervisione e opportunità di aiuto Struttura del <i>team</i> (compatibilità, coerenza, leadership ecc.)
Fattori legati all'ambiente di lavoro	Dotazione di personale e <i>mix</i> delle competenze Carichi di lavoro e modalità di turnazione Progettazione, disponibilità e manutenzione delle attrezzature Supporto amministrativo e gestionale Ambiente fisico
Fattori gestionali e organizzativi	Risorse e vincoli finanziari Struttura organizzativa Politica, <i>standard</i> e obiettivi Cultura della sicurezza e priorità
Fattori legati al contesto istituzionale	Contesto economico e politica sanitaria Collegamenti con organizzazioni esterne

Tabella III – Fattori contribuenti all'evento avverso.

Tempo	Descrizione evento	Problema assistenziale (PA)	Fattori contribuenti	Raccomandazioni
Data ora	I fatti nei singoli passaggi	Secondo il modello SKR	Caratteristiche del paziente Fattori legati al compito Fattori individuali Fattori legati al <i>team</i> Fattori legati all'ambiente di lavoro	Congrue con i fattori contribuenti rilevati

Tabella IV – Descrizione schematica dei singoli passaggi che hanno portato all'evento avverso.

dichiarata e riportare la misura dell'indicatore precedentemente scelto sul modulo specifico online. Il monitoraggio delle azioni di miglioramento rappresenta attualmente una delle maggiori criticità del sistema perché non viene svolto in modo puntuale e corretto.

Commento

La realizzazione degli *audit* rappresenta una delle attività principali dei

facilitatori del rischio clinico nel processo di miglioramento continuo della qualità e gestione della sicurezza delle cure.

A oggi possiamo affermare che la Legge n. 24 dell'8 marzo 2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", fornisce un notevole supporto alla attività di ge-

stione del rischio in sanità, in particolare all'art. 16 "I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari.

L'articolo prosegue sul prossimo numero di Toscana Medica.

giofalsini@gmail.com

Informazione e consapevolezza dei cittadini nell'uso degli antibiotici

di Giovanna Paggi, Silvia Forni, Barbara Meoni, Fabrizio Gemmi, Marco Nocentini Mungai, Cristina Romeo, Alessio Poli, Sergio Zingoni

L'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana ha promosso, all'interno di un progetto di contrasto all'antibiotico-resistenza sul territorio, un'iniziativa con le associazioni di categoria dei farmacisti (Urtofar e Confservizi Cispel Toscana), per rilevare la conoscenza dei cittadini circa il corretto uso degli antibiotici prescritti dai medici di medicina generale.

Parole chiave:
antibiotico-resistenza, farmacisti di comunità, cittadini, medici di medicina generale, posologia

“Antibioticoresistenza, sconfiggiamola insieme”. Questo lo *slogan* di un progetto promosso dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS) insieme alle associazioni di categoria dei farmacisti (Confservizi Cispel Toscana e Urtofar) per un uso più attento e consapevole degli antibiotici. Hanno partecipato all'iniziativa 400 farmacie pubbliche e private, dislocate sull'intero territorio

toscano. L'indagine ha avuto lo scopo di rilevare il grado di conoscenza dei cittadini ai quali era stato prescritto un antibiotico in merito a due aspetti del passaggio delle informazioni tra medico e paziente: il dosaggio e la durata della terapia.

L'appropriatezza d'uso di un antibiotico si basa, infatti, non solo sulla scelta della molecola ma anche sul suo *impiego* corretto ed efficace. La prima dipende essenzialmente dalla decisione del prescrittore ed è frutto di un orientamento diagnostico e di una decisione clinica, mentre la corretta posologia richiede un passaggio di informazioni che devono essere comprese e applicate.

Nelle tre giornate prescelte il farmacista ha compilato un questionario rivolgendo alcune semplici domande ai cittadini che si presentavano con la prescrizione di un antibiotico.

Le informazioni rilevate sono state: fascia d'età di chi ha ricevuto le informazioni sulla prescrizione (< 40 anni; tra 40 e 70 anni; > 70 anni), conoscenza di quante volte (*dosaggio*) la persona avrebbe dovuto prendere l'antibiotico ogni giorno e conoscenza su per quanto tempo (*durata*) avrebbe dovuto continuare a prenderlo.

L'ARS ha affiancato questa indagine con un'infografica da affiggere nelle farmacie per incoraggiare cittadini, farmacisti e medici a combattere in squadra l'antibiotico-resistenza, prescrivendo e usando gli antibiotici in modo consapevole e prudente.

Com'è esemplificato nell'infografica, ognuno deve fare la sua parte in questa battaglia: il *medico*, prescrivere gli antibiotici solo in caso di infezioni



GIOVANNA PAGGI,
ARS Toscana

SILVIA FORNI, BARBARA MEONI,
FABRIZIO GEMMI
ARS Toscana

MARCO NOCENTINI MUNGAI,
CRISTINA ROMEO
Urtofar, Toscana

ALESSIO POLI, SERGIO ZINGONI
Confservizi Cispel Toscana

batteriche, spiegando bene dosaggio, durata ed eventuali possibili effetti indesiderati; il *farmacista*, distribuire gli antibiotici solo dietro prescrizione medica, accertandosi che il paziente sappia come prenderli; il *cittadino*, prendere gli antibiotici solo se prescritti dal medico (non in caso di *influenza* o tutte le volte che ha la febbre), seguendo dosaggio e durata indicati dal medico e segnalando eventuali reazioni avverse.

Sono stati somministrati 5.221 questionari. Il 46% della popolazione intervistata è stata compresa tra 40 e 70 anni, il 23% superiore a 70 anni, il 29% inferiore a 40 anni (Figura 1). L'82,9 degli intervistati conosceva la dose giornaliera (Figura 2), ma tale percentuale scendeva al 72,6 nella popolazione sopra 70 anni.

Il 72,8% degli intervistati conosceva per quanti giorni prendere l'antibiotico e anche in questo caso la loro percentuale scendeva notevolmente nella popolazione sopra 70 anni (Figura 3).

I risultati della valutazione contemporanea delle due risposte nelle tre fasce di età sono riportati nella Figura 4.

Conosceva sia dosaggio che durata della terapia antibiotica il 73,6% della popolazione intervistata, solo il dosaggio ma non la durata il 12%, la durata ma non il dosaggio il 4%.

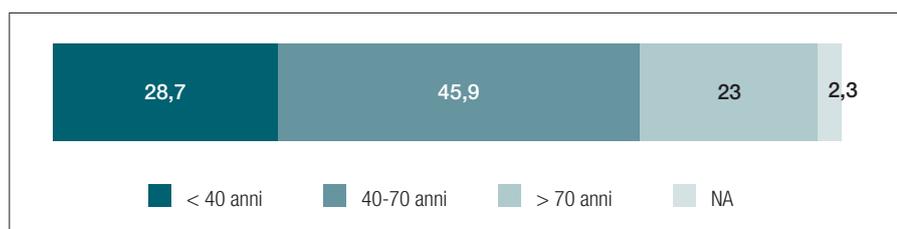


Figura 1 – Fascia di età di chi ha ricevuto le informazioni sulla prescrizione.

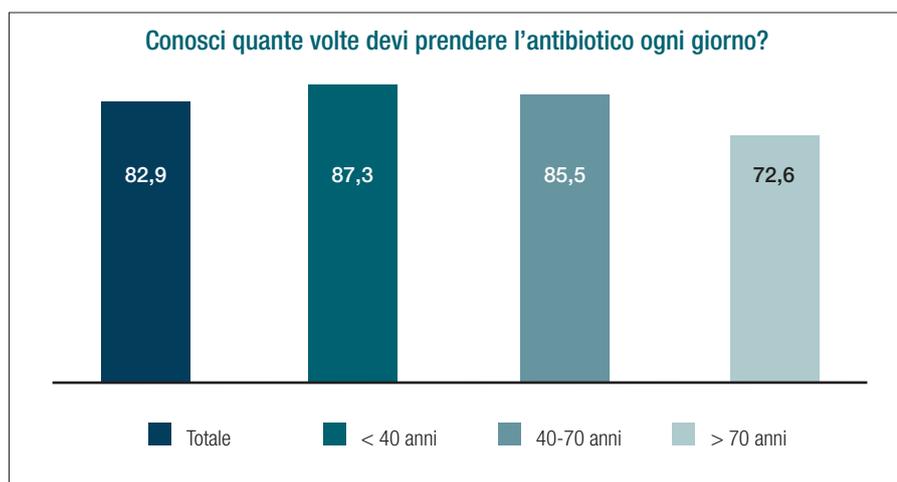


Figura 2 – Conoscenza del dosaggio dell'antibiotico prescritto.

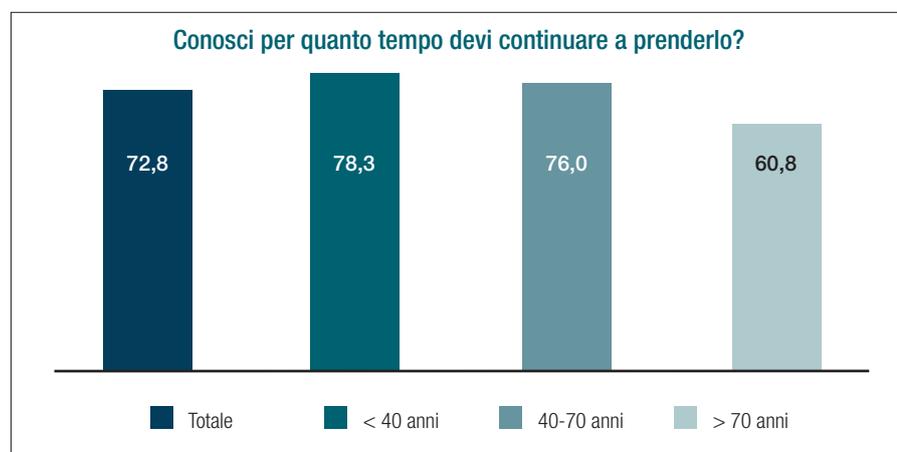


Figura 3 – Conoscenza della durata di assunzione dell'antibiotico prescritto.

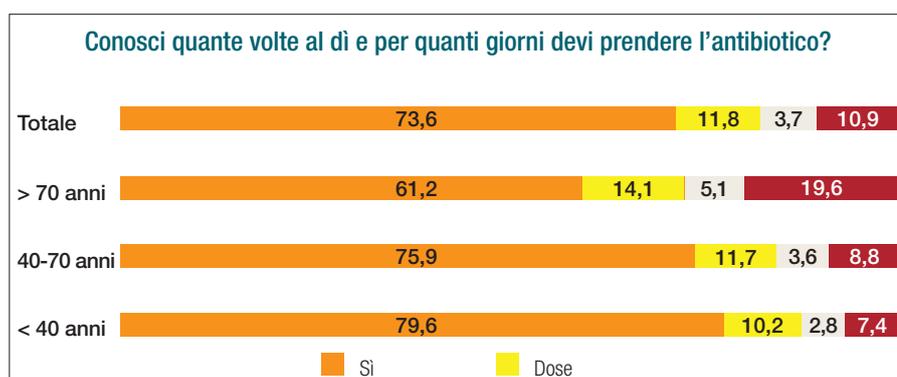


Figura 4 – Conoscenza del dosaggio e della durata di assunzione dell'antibiotico prescritto.

L'11% non sapeva niente. Desta particolare preoccupazione il dato che si riferisce alla fascia di età superiore a 70 anni. In questo caso solo il 61% era informato, mentre il 14% conosceva il dosaggio ma non la durata, il 5% la durata ma non il dosaggio e addirittura il 20% dichiarava di non avere nessuna informazione.

Appare chiaro che il ruolo del farmacista di comunità, come indicato sia nel documento dell'European Center Disease Control (ECDC) "Proposals for EU guidelines on the prudent use of antimicrobials in humans" pubblicato nel febbraio 2017 sia nel Piano Nazionale a Contrasto dell'Antibiotico Resistenza (PNCAR) emesso nel 2017 dal Ministero della Salute, può e deve assumere un ruolo di primaria importanza nello svolgimento di azioni a contrasto dell'antibiotico-resistenza dispensando solo in presenza di una prescrizione, assicurandosi che il cittadino o il suo caregiver abbiano compreso il dosaggio e la durata del trattamento così da incrementare l'aderenza e quindi il successo terapeutico, sensibilizzando il cittadino sull'importanza di non usare di propria iniziativa gli antibiotici rimasti in casa dopo trattamenti precedenti senza avere nuovamente consultato il proprio medico, notificando eventuali reazioni avverse dovute all'uso degli antibiotici.

L'indagine ha evidenziato che le informazioni sulle modalità di assunzione (dosaggio e durata) di una terapia antibiotica non sempre vengono fornite o recepite dai cittadini, in particolare dai più anziani.

Considerando che la conoscenza e l'applicazione delle indicazioni d'uso sono tra gli elementi più importanti per contrastare l'antibiotico-resistenza, occorre che sia il medico che il farmacista di comunità curino attentamente questi aspetti.

La Fondazione: “Istituto di Ricerca Virologica Oretta Bartolomei Corsi”

di Alberta Azzi, Stefano Cozzi



ALBERTA AZZI

Già prof.ssa di Microbiologia all'Università degli Studi di Firenze e presidente della Fondazione “Istituto di Ricerca Virologica Oretta Bartolomei Corsi”

STEFANO COZZI

Consigliere della Fondazione “Istituto di Ricerca Virologica Oretta Bartolomei Corsi” e direttore amministrativo

La Fondazione: “Istituto di Ricerca Virologica Oretta Bartolomei Corsi” oltre a finanziare da più di venticinque anni la ricerca virologica ha messo a disposizione studi medici multispecialistici per visite gratuite rivolte agli immigrati e alle persone bisognose. Si cercano medici per le seguenti branche: reumatologia, pediatria e otorinolaringoiatria, con ampliamento delle indagini strumentali, in particolare: ecografie addominali e osteoarticolari.

Parole chiave:

ricerca, migranti, marginalità, visite specialistiche, assistenza sanitaria, volontariato

Edison Giudice in ricordo della moglie, la prof.ssa Oretta Bartolomei Corsi, virologa dell'Università degli Studi di Firenze, scomparsa nel 1987. Da allora, oltre ad aver istituito borse di studio e premi di laurea, dal 1997 ha finanziato 26 importanti progetti di ricerca in ambito virologico. I progetti dal 1998 a oggi sono pubblicati sul sito della Fondazione www.fondazionebartolomeicorsi.it.

Alla Fondazione si deve un contributo di particolare importanza alla ricerca virologica, rappresentato dalla costituzione di un laboratorio di livello di sicurezza 3 per il contenimento del rischio biologico (*Biosafety level 3*, BSL3) la cui realizzazione fu deliberata nel 2004 per rispondere a una esigenza molto sentita nell'ambito della ricerca virologica e per colmare una carenza, allora esistente, di strutture adeguate non solo a livello regionale ma anche a livello nazionale. Il laboratorio, collocato presso l'allora Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Firenze (poi confluito nel Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, DMSC), dove erano disponibili gli spazi necessari, fu ultimato e divenne operativo nel 2007.

In questi anni, il laboratorio BSL3 è stato utilizzato da diversi gruppi di ricerca dell'area biomedica dell'Università degli Studi di Firenze per studi di carattere virologico e anche per altre ricerche che in alcune fasi di sviluppo avevano la necessità di avvalersi dell'uso di *virus* geneticamente modificati, quali soprattutto *retrovirus* ricombinanti, per introdurre particolari geni prescelti in cellule coltivate *in vitro*.

La disponibilità del laboratorio BSL3 si è rivelata fondamentale durante la pandemia di influenza del 2009, causata da un *virus* influenzale di tipo A(H1N1) proveniente dal suino. Infatti, all'inizio della pandemia i campioni respiratori dei pazienti con sospetta influenza, inviati per la diagnosi virologica al laboratorio di riferimento della Regione Toscana, potevano essere manipolati soltanto in laboratori BSL3. Nel laboratorio BSL3 finanziato dalla Fondazione è stato isolato e coltivato per la prima volta in Italia il *virus* responsabile della pandemia.

Nel 2012 il laboratorio fu ancora una volta essenziale per una nuova emergenza infettiva dovuta alla comparsa di un *virus* fino ad allora sconosciuto, responsabile di una grave infezione respiratoria, poi individuato come un nuovo *coronavirus*, il *coronavirus* MERS (causa cioè di *Middle East Respiratory Syndrome*). In questo laboratorio infatti fu diagnosticato il primo caso di importazione verificatosi in Italia.

L'uso del laboratorio ha reso possibile anche uno studio di farmaci antivirali finanziato dalla Regione Toscana. Oggi il laboratorio BSL3 consente di fare diagnosi, monitorare e studiare infezioni virali emergenti, favorite da cambiamenti climatici ed ecologici, quali quella da *virus Zika* di più recente individuazione, ma anche da *virus West Nile* e *Dengue*.

La Fondazione: “Istituto di Ricerca Virologica Oretta Bartolomei Corsi” è stata costituita alla fine degli anni Ottanta per volontà dell'avvocato

In linea con gli interessi e gli scopi della Fondazione, il laboratorio BSL3 svolge un ruolo e dà un contributo importante alla realizzazione del Progetto del DMSC - Dipartimento di eccellenza: Cooperazione Sanitaria Internazionale in ambito di salute dei migranti, delle minoranze etniche e delle Comunità d'accoglienza e di medicina del viaggiatore (*Travel Medicine*).

Negli ultimi anni, la Fondazione, sensibile anche a esigenze sanitarie e sociali sempre più pressanti, ha esteso la propria attività, affiancando alla ricerca virologica aspetti clinici di largo impatto sociale.

Nel 2014 la Fondazione ha realizzato degli studi medici specialistici, situati in via della Fornace 29/31 a Firenze, dotati di attrezzature moderne ed efficienti che sono stati messi a disposizione per visite gratuite collegate anche alla virologia e dedicate sia alle associazioni che si occupano di marginalità che alle persone che sempre più spesso si trovano in difficoltà economiche e che pur avendo necessità di una visita specialistica sono costrette a rinunciarvi.

Nel 2014 è stata stipulata una convenzione con l'Università degli Studi di Firenze nell'interesse del CESP (Centro Studio e Ricerca per le Problematiche della Disabilità) al fine di garantire l'accesso alle visite specialistiche in favore degli studenti iscritti all'Ateneo Fiorentino con disabilità e a quelli iscritti come fuori sede che versino in situazione di disagio economico. La presentazione dell'iniziativa è stata effettuata il 25 maggio 2016 presso la sede della Fondazione. Qui si è tenuto un *open day* alla presenza dell'incaricato del CESP, del presidente e di alcuni membri del Consiglio di Amministrazione della Fondazione e dei medici che visitano negli studi.

Oggi, dopo quattro anni di attività, il numero dei medici presenti negli studi è cresciuto e per alcune specialità vi sono più medici, il che consente di poter offrire assistenza e visite specialistiche in: Neurologia, Ginecologia, Oculistica, Dermatologia, Cardiologia, Ortopedia, Angio-

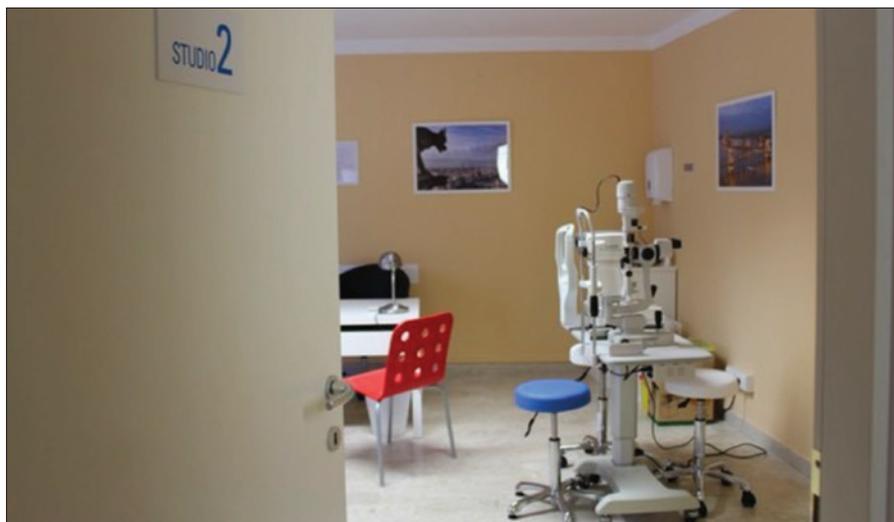


Figura 1 – Gli ambulatori della Fondazione.

logia, Endocrinologia, Infettivologia, Scienza della Nutrizione, Geriatria, Omeopatia, Terapia del Dolore, Chirurgia dell'Apparato Digerente, Psicologia e Psicoterapia, Pedagogia, Osteopatia e Fisioterapia.

Grazie alla sinergia creata con realtà fondamentali che operano sul territorio fiorentino quali: Caritas Diocesana di Firenze, Centro Niccolò Stenone, Comunità di Sant'Egidio, Associazione Angeli della Città, Associazione Nosotras, Rete di Solidarietà del Comune di Firenze, Quartiere 1, oggi sono molte le persone che beneficiano di visite gratuite rivolte a tutti gli esclusi da qualsiasi assistenza. Si tratta di persone con tesserino STP (Straniero Temporaneamente Presente) o ENI (Europeo non Iscritto), che necessitano di assistenza urgente, di italiani non più iscritti al SSN, in difficoltà economica per il pagamento del *ticket* o con difficoltà nell'accesso al sistema pubblico. L'iniziativa della Fondazione si è rivelata di grande importanza sia per il numero delle visite offerte che per la qualità dell'assistenza prestata.

L'importanza del progetto e la sua utilità sociale sono testimoniate dalle lettere delle varie associazioni che sono pubblicate sul sito della Fondazione alla voce "Studi Medici" ed è sottolineata dalla dott.ssa Irene Severi dell'Associazione Niccolò Stenone della Caritas Diocesana di Firenze, che nell'articolo pubblicato su *Tosca-*

na Medica nel mese di gennaio 2018 ha definito la collaborazione con gli studi medici messi a disposizione della Fondazione come "indispensabile". L'attività della Fondazione è servita anche a promuovere una maggior collaborazione fra le varie associazioni ed è stato così possibile far usufruire i siriani, giunti con i corridoi umanitari promossi dalla Comunità di Sant'Egidio, delle cure odontoiatriche offerte dal Centro Niccolò Stenone.

Ricordiamo che le visite vengono offerte a tutte le persone che si trovano in difficoltà economica. Accedere al servizio è molto semplice, è sufficiente che il paziente faccia inviare dal suo medico curante una *e-mail* all'indirizzo info@fondazionebartolomeicorsi.it con la richiesta di visita e poi telefoni al numero 055.65.87.516 per fissare l'appuntamento. Gli studi medici sono aperti dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 13 e dalle 14,30 alle 19,30 e su richiesta dei medici anche il sabato mattina.

Confidiamo che all'iniziativa possano partecipare altri specialisti nelle discipline che non sono state ancora inserite quali: Reumatologia, Pediatria e Otorinolaringoiatria, con ampliamento delle indagini strumentali, in particolare: ecografie addominali e osteoarticolari. I medici che fossero interessati possono telefonare al dott. Stefano Cozzi al 338.97.16.819.

info@fondazionebartolomeicorsi.it

IFBLS2018: 33° World Congress of Biomedical Laboratory Science

di Alba Marzo



ALBA MARZO
Direttore Attività Formative del CdL
Tecniche di Laboratorio Biomedico,
Scuola di Scienze della Salute Umana,
Università degli Studi di Firenze

Il presente e soprattutto il futuro delle Scienze Biomediche di Laboratorio. Se ne è parlato in un recente "World Congress" tenutosi a Firenze.

Parole chiave:

Scienze Biomediche di Laboratorio, Medicina di Laboratorio, IFBLS, ANTeL

Tra il 22 e il 26 settembre 2018 si è tenuto a Firenze, presso il Palazzo dei Congressi, il 33° World Congress of Biomedical Laboratory Science, organizzato dalla International Federation of Biomedical Laboratory Science e ospitato da ANTeL - Associazione Italiana Tecnici di Laboratorio Biomedico che è membro della Federazione.

IFBLS è una organizzazione non governativa, membro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, e rappresenta 34 associazioni membro provenienti da 32 paesi del mondo. Il Congresso, presieduto da Alba Marzo (membro uscente del Consiglio Direttivo della Federazione) e Fernando Capuano (*past-president* di ANTeL) ha visto la partecipazione di 560 professionisti del Laboratorio Biomedico provenienti da 52 paesi del mondo.

Durante il congresso si sono svolte 6 lezioni magistrali in plenaria, 22 sessioni scientifiche, 36 comunicazioni, 342 *posters*, 3 *workshops*, uno *Student Forum* articolato in 4 incontri.

Temi portanti delle sessioni plenarie sono stati il ruolo della formazione e del metodo scientifico nello sviluppo

delle Scienze Biomediche di Laboratorio, il *management* e la gestione dei processi del laboratorio clinico, il ruolo delle tecnologie sia nell'ambito analitico, come ad esempio nella biopsia liquida, sia nell'organizzazione dei laboratori in tutte le discipline della Medicina di Laboratorio.

Le nuove tecnologie stanno modificando notevolmente lo scenario e le competenze anche nell'ambito del laboratorio biomedico: l'approccio molecolare e quello morfologico diventano sempre più interdipendenti ai fini di una diagnosi e una cura sempre più predittive e personalizzate. Conseguenza di tale importante innovazione è l'attenzione a fasi dei processi di laboratorio che risultano ormai cruciali per la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate e per l'efficacia delle cure.

Specifiche sessioni scientifiche sono state infatti dedicate alla fase preanalitica, alla qualità delle prestazioni di laboratorio, al *management* del laboratorio e al ruolo dell'appropriatezza, all'applicazione dei processi di digitalizzazione e gestione dei *database* anche nella diagnostica di laboratorio.

La trasmissione delle immagini, la telepatologia, il *virtual slide system*, il confronto tra pari sono strumenti sempre più alla portata di tutti i laboratori e tali confronti permettono anche di migliorare la diagnostica basata sulla morfologia, di confrontare le diverse organizzazioni, i ruoli e le funzioni. La tecnologia quindi, oltre a diventare sempre più parte dell'attività professionale, risulta anche uno strumento fondamentale nella formazione di base e nel *Continuous Professional Development*.

Tra gli argomenti scientifici proposti, Biosicurezza, Microbioma, Cel-

lule staminali, Batteri MDR, *Virus* emergenti, Micobatteri, l'impatto della spettrometria di massa in tutta la diagnostica di laboratorio: si tratta di argomenti rilevanti per la attuale Medicina di Laboratori, sui quali si sono confrontati attivamente tanti professionisti.

I modelli di relazione tra i cittadini e i servizi di laboratorio sono vari e sempre più competitivi. Cresce anche il contributo della componente del laboratorio privato o convenzionato, specialmente in Italia, mentre in altri paesi, con una minore densità abitativa, il laboratorio si avvicina di più al cittadino attraverso il "laboratorio mobile".

Competenze sempre più adeguate alle nuove tecnologie, maggiore attenzione a intercettare i bisogni delle comunità, maggiore competitività nell'erogazione dei servizi, appropriatezza, sviluppo professionale sono le parole chiave del futuro dei laboratori clinici dei prossimi anni.

In quest'ottica anche il concetto di identità professionale si evolve e le nuove idee devono necessariamente essere condivise. Uno specifico simposio diretto dall'attuale presidente dell'ANTEl Alessia Cabrini e gli *workshops* interattivi organizzati dalla attuale *past-president* della Federazione Marie Nora Roald (Norvegia) e dalla neo eletta Ann Bernt (Svezia) vanno proprio in questa direzione in quanto mettono a comune le idee che le diverse rappresentanze professionali riconosciute hanno nel mondo.

La Federazione dedica molto spazio agli studenti e al ruolo della for-

mazione di base nella costruzione dell'identità professionale. Nell'ambito del Congresso 51 studenti provenienti da tutto il mondo hanno partecipato allo *Student Forum* confrontandosi sui contenuti delle sessioni scientifiche e degli *workshops* interattivi organizzati dalla Federazione arricchendo così la loro identità professionale e il loro senso di appartenenza. Una specifica sessione è stata dedicata all'utilizzo delle tecnologie, indispensabili se pur non esaustive, anche durante i processi di formazione di base nell'ambito delle Scienze Biomediche di Laboratorio. In Italia la regolamentazione della professione, il titolo di *Bachelor* che abilita all'esercizio della professione, il *core competence*, il *core curriculum* e il codice deontologico sono fattori che hanno permesso l'accettazione di ANTeL, l'associazione rappresentativa della professione del *Biomedical Laboratory Scientist* in Italia, come membro di IFBLS.

Tutto il percorso legislativo che si è sviluppato dagli anni 90 in Italia ha portato al riconoscimento di responsabilità e autonomia professionale trasformando quindi la figura da *Technician* a *Technologist* e infine a *Scientist*. Tale percorso legislativo

è stato recepito, anche se in modo non uniforme, dal Sistema Sanitario Nazionale. Conseguenza di tale percorso è il ruolo di responsabilità e autonomia in tutti i livelli organizzativi fino al ruolo direttivo.

In Italia i Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico, pur avendo una formazione di base competitiva rispetto agli altri paesi e orientata come nel resto del mondo su tutte le discipline della Medicina di Laboratorio, non sono abilitati a eseguire i prelievi, sebbene la più alta percentuale di "errore del laboratorio" provenga proprio da quella fase del processo il cui controllo è un fattore imprescindibile dalla qualità della prestazione erogata dal laboratorio.

L'Università e l'Assessorato al Diritto alla salute al *Welfare* e all'Integrazione Sociosanitaria e allo Sport, presenti alla cerimonia inaugurale, hanno sostenuto negli anni in vario modo questa evoluzione.

Nella realtà della nostra Regione, l'evoluzione tecnologica avvenuta è tuttora in corso nell'ambito dei vari ambiti migliorando la qualità delle prestazioni e rispondendo ai bisogni dei cittadini. Inoltre la Regione Toscana è stata tra le prime a riconoscere la valorizzazione della professione

e del suo ruolo all'interno del Sistema Sanitario Nazionale anche attraverso la loro partecipazione attiva ai tavoli istituzionali.

Anche il confronto con l'Università, in particolare con l'Università degli Studi di Firenze, ha fino a oggi contribuito allo sviluppo delle Scienze Biomediche di Laboratorio, soprattutto attraverso la formazione dei Corsi di Laurea triennali delle professioni sanitarie e in specifico del Tecnico di Laboratorio Biomedico e anche attraverso i processi di internazionalizzazione che li vede coinvolti.

Un ringraziamento particolare va a tutti i colleghi che in questi anni hanno creduto e si sono impegnati a vario titolo nello sviluppo professionale del Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico comprese le sezioni dei Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico di molte società scientifiche italiane della Medicina di Laboratorio che hanno contribuito con le loro specificità al valore scientifico del congresso attraverso specifiche co-sessioni costruite in collaborazione.

alba.marzo@unifi.it

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

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

Orario di apertura al pubblico

Mattina: dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 11,00 • Pomeriggio: lunedì e mercoledì dalle ore 15,30 alle ore 17,30

Rilascio certificati di iscrizione

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

Tassa annuale di iscrizione

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

Cambio di indirizzo

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

Commissione Odontoiatri: Il lunedì pomeriggio su appuntamento

Consulenze e informazioni: Consultazione Albi professionali sito Internet dell'Ordine

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

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

Newsletter: inviata per e-mail agli utenti registrati sul sito Internet dell'Ordine

Info: Via Giulio Cesare Vanini 15 - 50129 Firenze - Tel. 055 496 522 - Fax 055 481 045

Siti: www.ordine-medici-firenze.it - www.toscanamedica.org

I disturbi dell'alimentazione e il loro trattamento presso l'AOU Careggi

di Eleonora Rossi, Francesco Rotella, Giovanni Castellini, Valdo Ricca



ELEONORA ROSSI

Nata a Firenze il 10 maggio 1991, ha conseguito il diploma di maturità classica presso il Liceo Ginnasio "Dante" di Firenze nel 2010 e il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Firenze nel 2017. Dal luglio 2017 è iscritta all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze e dal dicembre 2017 è medico in formazione specialistica in Psichiatria presso l'Università degli Studi di Firenze

FRANCESCO ROTELLA, GIOVANNI CASTELLINI, VALDO RICCA
SOD Complessa Psichiatria, AOU Careggi; Dipartimento Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

I disturbi dell'alimentazione sono patologie psichiatriche gravi, che determinano elevati livelli di sofferenza nel paziente e nei suoi familiari, notevoli rischi di disabilità e, in una percentuale che varia dall'1 al 5%, la morte. Il decesso può avvenire per suicidio, per gravi complicanze mediche prevalentemente cardiache e renali, oppure per una gestione terapeutica non idonea. Spesso i pazienti non hanno una consapevolezza adeguata circa il loro disturbo e le sue possibili conseguenze; molti soggetti quindi non accettano di essere curati oppure interrompono i trattamenti in modo del tutto prematuro.

Parole chiave:

disturbi dell'alimentazione, anoressia nervosa, bulimia nervosa, *Binge Eating*, DSM-5

Cosa sono i disturbi dell'alimentazione

I principali disturbi dell'alimentazione descritti nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) sono l'anoressia nervosa (AN), la bulimia nervosa (BN) e il disturbo da *Binge Eating* (BED).

Questi disturbi sono accomunati da un nucleo psicopatologico centrale rappresentato da convinzioni distorte e valore esasperato attribuito al peso e alla forma corporea. Coloro che sono affetti da tali disturbi considerano il corpo e le sue caratteristiche come il parametro fondamentale per la stima di sé. Il comportamento alimentare patologico è la conseguenza dei tentativi di modificare il proprio corpo per raggiungere determinate caratteristiche di forma e peso. Il cibo è vissuto costantemente come un problema, attorno al quale ruota buona parte dell'esistenza. L'alimentazione è quindi non più determinata da esigenze nutrizionali e di gusto, ma sottoposta a regole più o meno rigide, finalizzate ad avere un controllo sul cibo stesso e, quindi e soprattutto, sul corpo.

Queste sindromi si differenziano tra loro in base a specifiche caratteristiche sintomatologiche e cliniche.

In particolare, nell'anoressia nervosa l'elemento centrale è la magrezza causata da un comportamento alimentare volontariamente finalizzato alla perdita di peso. Vi è, infatti, un'intensa paura di ingrassare che a sua volta è secondaria a un'alterazione dell'immagine corporea: il corpo è percepito come troppo grasso anche quando la condizione reale è di grave sottopeso. Nella bulimia nervosa, invece, la caratteristica fondamentale

è un comportamento alimentare in cui si alternano abbuffate e condotte compensatorie (vomito autoindotto, uso di lassativi o diuretici) messe in atto per evitare che l'ingestione di troppe calorie causi un aumento di peso. Vi è una stretta parentela psicopatologica tra l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa, testimoniata dalla frequente transizione nel tempo di una sindrome nell'altra. Infine, il disturbo da *Binge Eating* si caratterizza per la presenza di abbuffate in assenza di condotte compensatorie. Pertanto i pazienti affetti da questa patologia sono in genere sovrappeso oppure obesi.

Entità del problema

A differenza di quanto osservato fino a 20 anni fa, una attenzione esasperata sul corpo, la paura del grasso, il cibo considerato più come un problema che come un piacere sono fenomeni che oramai interessano ampie fasce della popolazione, sia femminile che maschile, e coinvolgono anche persone in età adulta o avanzata. A fronte di questi fenomeni, la diffusione dei disturbi dell'alimentazione propriamente detti è relativamente stabile, soprattutto

per quanto riguarda l'anorexia nervosa e la bulimia nervosa, mentre è presente un notevole aumento dei casi di soggetti affetti da disturbo da *Binge Eating*, patologia poco rappresentata in Italia fino a 20 anni fa circa. Il tasso di prevalenza dell'anorexia nervosa è stimato intorno allo 0,9%, quello della bulimia nervosa intorno all'1,5% e quello del disturbo da *Binge Eating* intorno al 3,5%. L'anorexia nervosa è dieci volte più frequente nelle donne rispetto agli uomini e la sua incidenza massima si registra nelle ragazze tra i 15 e i 19 anni. Per quanto riguarda la bulimia nervosa, le più colpite sono le donne tra i 20 e i 24 anni. Il disturbo da *Binge Eating*, invece, ha una prevalenza simile negli uomini e nelle donne e colpisce soprattutto la fascia di età tra i 30 e i 50 anni. La gravità di tali disturbi è dovuta non solo all'elevato grado di sofferenza che essi comportano, con rischio suicidiario particolarmente elevato, ma anche alle importanti comorbidità psichiatriche e alle complicanze mediche cui si associano. Tra le comorbidità psichiatriche vi sono in particolare disturbi dell'umo-

re, d'ansia, disturbo ossessivo compulsivo, abuso di sostanze, disturbo di personalità borderline, evitante o dipendente.

Le principali complicanze mediche sono invece riassunte nella Tabella I e sono determinate nell'anorexia nervosa in primo luogo dalla denutrizione, nella bulimia nervosa dalle abbuffate e dalle condotte compensatorie e nel disturbo da *Binge Eating* dalla condizione di grave sovrappeso/obesità.

Trattamento

Le linee guida NICE del 2017 per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione prevedono, considerando la complessità delle problematiche associate, un approccio multidisciplinare in cui vi sia la collaborazione tra figure professionali diverse: psichiatra, psicoterapeuta, nutrizionista e medico internista, al fine di poter combinare insieme diverse strategie di intervento, ovvero psicoterapia, farmacoterapia, *counseling* nutrizionale e gestione delle eventuali complicanze mediche.

La psicoterapia che ha dimostrato le maggiori evidenze di efficacia è quel-

la cognitivo-comportamentale (*Cognitive-Behavioral Therapy Enhanced*, CBT-E), il cui rationale si basa sul tentativo di modifica delle distorsioni cognitive del paziente tramite varie strategie terapeutiche, quali *problem solving* e ristrutturazione cognitiva, e l'utilizzo di tecniche comportamentali. Altre psicoterapie risultate efficaci e presenti nelle linee guida NICE-2017 sono elencate nella Tabella II.

La terapia farmacologica è ritenuta di seconda scelta o da effettuare comunque in aggiunta alla psicoterapia. La sua efficacia sembra infatti legata più agli effetti su alcuni sintomi associati al disturbo, quali quelli della serie depressiva, ansiosa o ossessiva, piuttosto che a una sostanziale modifica delle distorsioni cognitive che generano e mantengono nel tempo il disturbo stesso, favorendo una cronicizzazione più o meno marcata. I farmaci più utilizzati nel trattamento della bulimia nervosa e del disturbo da *Binge Eating* sono gli SSRI (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina), spesso in grado di ridurre i sintomi depressivi, ossessivi e ansiosi. Nell'ambito di tale classe di farmaci le molecole più utilizzate sono fluoxetina e sertralina. Inoltre è di uso relativamente frequente il topiramato, molecola in grado di ridurre l'impulsività e quindi la tendenza a perdere il controllo sul cibo. Nell'anorexia nervosa possono invece essere impiegati gli antipsicotici di seconda generazione, in grado talvolta di aiutare a modificare alcune

Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Binge Eating Disorder
Amenorrea Insufficienza cardiaca Insufficienza renale Osteoporosi Anemia e leucopenia Squilibri idroelettrolitici Ipotrofia muscolare	Squilibri idroelettrolitici Insufficienza renale Aritmie Prolasso rettale Erosione dello smalto dentale	Obesità Sindrome metabolica

Tabella I – Principali complicanze internistiche dei disturbi dell'alimentazione.

		Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Binge Eating Disorder
Adulti	1° Scelta	CBT-E individuale MANTRA SSCM	GSH basato sulla CBT-E	GSH basato sulla CBT-E
	2° Scelta	FPT	CBT-E individuale	CBT-E di gruppo o individuale
Bambini e adolescenti	1° Scelta	FT-AN	FT-BN	GSH basato sulla CBT-E
	2° Scelta	CBT-E individuale AFP-AN	CBT-E individuale	CBT-E di gruppo o individuale

CBT-E: terapia cognitivo-comportamentale migliorata; MANTRA: trattamento per anorexia nervosa secondo il metodo *Maudsley* per adulti; SSCM: *Specialist Supportive Clinical Management*; FPT: terapia psicodinamica focale; FT-AN: terapia familiare focalizzata per l'anorexia nervosa; AFP-AN: psicoterapia focalizzata per adolescenti per anorexia nervosa; GSH: autoaiuto guidato; FT-BN: terapia familiare focalizzata per la bulimia nervosa.

Tabella II – Principali trattamenti psicoterapici *evidence-based* per i disturbi dell'alimentazione.

Pazienti con:	Pazienti con:	Pazienti con:	Pazienti con:
<ul style="list-style-type: none"> – IMC > 14 – Condizione medica stabile – Assenza di ideazione suicidaria – Buona compliance – Assenza di comorbidità psichiatrica severa 	<ul style="list-style-type: none"> – IMC > 14 – Necessità di inquadramento diagnostico medico o condizione medica non stabile – Comorbidità psichiatrica severa – Scarsa compliance – Assenza di ideazione suicidaria – Condizione familiare gestibile 	<ul style="list-style-type: none"> – IMC < 14 – Scompenso cardiaco, epatico renale o elettrolitico 	<ul style="list-style-type: none"> – IMC qualsiasi – Ideazione suicidaria – Grave scompenso psicopatologico – Situazione familiare tale da richiedere allontanamento temporaneo
↓	↓	↓	↓
Gestione ambulatoriale	Ricovero in <i>day-hospital</i> psichiatrico	Ricovero in reparto di medicina interna	Ricovero in SPDC

IMC: indice di massa corporea, kg/m²; SPDC: servizio psichiatrico diagnosi e cura.

Tabella III – *Flow-chart* per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione presso la SOD di Psichiatria dell'AOUC.

distorsioni cognitive nonché i sintomi ossessivi e ansiosi.

Trattamento dei disturbi dell'alimentazione presso la SOD di Psichiatria dell'AOU Careggi

Da circa 25 anni la SOD di Psichiatria dell'AOU Careggi si occupa del trattamento di soggetti affetti da disturbi dell'alimentazione. In accordo con le più recenti linee guida internazionali, viene applicato un approccio di tipo multidisciplinare con un'intensità di cura che varia a seconda della gravità del quadro clinico presentato dai pazienti.

È possibile effettuare una prima visita psichiatrica presso gli ambulatori dedicati alla diagnosi e alla cura dei disturbi dell'alimentazione sia tramite richiesta del medico di medicina

generale sia per accesso diretto, previo appuntamento.

Nel corso della prima visita vengono effettuati un inquadramento psicopatologico iniziale e una visita medica. A seconda della gravità del quadro clinico viene quindi attivato il percorso di cura più adeguato secondo le modalità illustrate in Tabella III.

La gestione ambulatoriale prevede una serie di visite psichiatriche, accertamenti medici, visite dietistiche e cicli di colloqui psicoterapici a indirizzo cognitivo-comportamentale (CBT-E). Inoltre per i pazienti con storia di trauma possono essere effettuati cicli di psicoterapia EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*).

La gestione in regime di *day-hospital* prevede, in aggiunta, un monitoraggio quotidiano sia di tipo internistico

che psichiatrico e offre la possibilità di effettuare quotidianamente pasti assistiti.

Inoltre, viene data ai familiari di tutti i pazienti la possibilità di partecipare a incontri di gruppo nel corso dei quali è offerto un sostegno psicoeducativo finalizzato principalmente a informare correttamente i familiari sui disturbi dell'alimentazione, a coinvolgerli nel trattamento e a ridurre i vissuti di colpa o di rabbia. Secondo tale impostazione, i familiari sono considerati non come i responsabili della patologia ma come una risorsa fondamentale per poter raggiungere, attraverso la collaborazione con chi ha in cura il paziente, una remissione clinica possibilmente stabile nel tempo.

dr.eleonorarossi@gmail.com

Gli Autori dichiarano che nella loro attività professionale hanno ottenuto finanziamenti da parte di Enti Pubblici.

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)

Com'è noto, il Decreto Legge 185/2008, convertito in Legge 2/2009, stabilisce l'obbligo per i professionisti di dotarsi di casella di Posta Elettronica Certificata (PEC) e di comunicarne l'indirizzo all'Ordine professionale di appartenenza.

Per agevolare i propri iscritti a rispettare tale obbligo, da anni l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze mette a disposizione dei propri iscritti una Casella di posta Elettronica Certificata in maniera totalmente gratuita. Seguendo le istruzioni presenti al link: www.ordine-medici-firenze.it/index.php/pec-posta-certificata sarà possibile procedere all'attivazione della stessa in pochi minuti. Sebbene non siano previste esplicite sanzioni per il professionista che non attiva la PEC, è il caso di ricordare che il possesso della PEC è sempre più richiesto in diversi settori e per diverse funzioni (da ultimo per la gestione della fatturazione elettronica), per cui esserne sprovvisti può rendere impossibile il rispetto degli obblighi di legge.

Luce artificiale notturna, quali effetti sulla salute?

di Luciano Massetti



LUCIANO MASSETTI
Primo tecnologo dell'Istituto di Biometeorologia del Consiglio Nazionale delle Ricerche, svolge attività di ricerca sul clima e i suoi impatti sulla salute umana, sull'ambiente urbano e quello naturale

La luce artificiale che impieghiamo per rendere più sicure le nostre strade e le nostre attività notturne è in crescente aumento. La luce in eccesso comporta spreco di energia, impatti ambientali e sulla salute umana. Il nostro "orologio biologico" è sincronizzato sull'alternanza naturale di luce e buio e questo sincronismo può essere alterato dalla luce artificiale, a cui siamo sempre più frequentemente sottoposti all'esterno e nelle nostre abitazioni.

Parole chiave:

luce artificiale notturna, melatonina, inquinamento luminoso, salute

Il cielo notturno ricamato di stelle, che da sempre ha incantato e ispirato l'uomo, è ormai difficile da osservare nelle nostre città. A volte, addirittura, ci dimentichiamo che esiste. La luce artificiale che impieghiamo per rendere più sicure le nostre strade e le nostre attività notturne è in crescente aumento e, sovente, parte

di essa è dispersa nell'ambiente circostante, senza che ciò abbia alcuna utilità. L'eccesso d'illuminazione e la luce mal diretta comportano sprechi di energia e impatti ambientali, quali il degrado della qualità del cielo notturno, l'alterazione dell'equilibrio degli ecosistemi marini e terrestri, gli impatti sulla salute umana. Questi argomenti sono sempre più frequentemente oggetto di studio e discussione nell'ambito scientifico e non solo. Nel panorama di eventi collegati a questo argomento, si è svolto il simposio internazionale per la promozione e la protezione del cielo notturno, il 13 e 14 settembre 2018 sull'isola di Capraia (LI). L'evento è stato organizzato dall'Istituto di Biometeorologia del Consiglio Nazionale delle Ricerche, in collaborazione con l'Università degli Studi di Pisa e *Attivarti.org*, e con il patrocinio di Regione Toscana e il supporto del progetto europeo *Stars4all*. Al simposio hanno partecipato 35 studiosi e sono stati trattati vari aspetti collegati alla luce artificiale notturna; tra questi, particolare attenzione è stata dedicata all'importanza del cielo stellato notturno, una bellezza naturale da preservare e riscoprire nei luoghi lontani dalle città e nei parchi naturali, dove il buio dovrebbe essere percepito come un'opportunità, piuttosto che come una minaccia. Per l'uomo, la luce artificiale notturna ha una varietà di scopi: da quello di rendere le nostre città e i nostri spostamenti più sicuri a quello artistico di valorizzazione dei monumenti storici. Ciò tuttavia non dovrebbe tradursi in un eccesso di luce e in uno spreco di energia, poiché la luce artificiale altera il naturale ciclo giornaliero di luce e oscurità. È noto che il nostro "orologio biologico" regola

l'alternanza dei periodi di sonno e veglia, in parte sincronizzandosi con il ritmo naturale di luce e buio durante le ventiquattro ore del giorno. Questo sincronismo può subire delle alterazioni quando ci rechiamo in località con un fuso orario molto diverso, tanto che il nostro organismo ha bisogno di alcuni giorni di tempo prima di permetterci di riposare in modo efficace. Un altro fattore in grado di alterare questo sincronismo è la luce artificiale, a cui siamo sempre più frequentemente sottoposti nelle nostre case e negli ambienti esterni. La notte è sempre più illuminata dai lampioni delle strade e le nostre case da luci sempre più potenti. A questo si aggiunge l'illuminazione che proviene da tutti i dispositivi che utilizziamo quotidianamente: dai televisori ai *computer* e telefoni, fino ai dispositivi di lettura elettronica che con una frequenza in costante crescita sostituiscono i libri nell'accompagnarci al sonno. L'esposizione dei nostri occhi alla luce durante la notte riduce la produzione notturna di melatonina, creando problemi al nostro "orologio biologico". Tale riduzione aumenta con l'intensità della luce notturna, specialmente se si tratta di luce bianca. Persino bassi livelli di intensità di luce come quelli che possono filtrare dalle finestre sono in grado di inibire la produzione della melatonina. La prima vittima di tutto ciò è la qualità del nostro riposo. La luce artificiale notturna può stimolare uno stato di vigilanza prolungato e di conseguenza portare a un deterioramento della qualità del sonno,

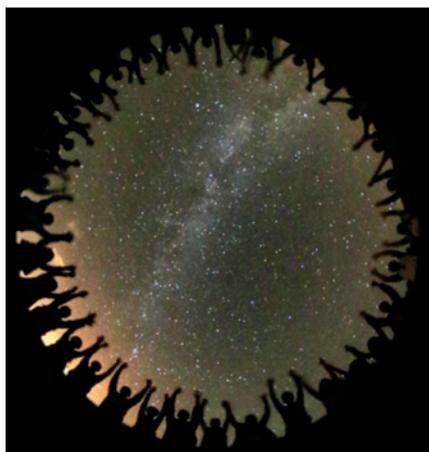


Figura 1 – Escursione notturna per misurare il buio dell'isola di Capraia con cittadini, turisti e scienziati durante il simposio per la promozione e protezione del cielo notturno (13 e 14 settembre 2018).

che è necessaria a farci recuperare le energie e svolgere le attività quotidiane al meglio. Questo effetto è così ben documentato dalla letteratura scientifica che è stato efficacemente divulgato anche in alcuni famosi fumetti e cartoni animati: Pico de' Pa-

peris che combatte contro l'insegna luminosa che inonda di luce la sua stanza o Lisa Simpson che convince il sindaco di Springfield a spegnere le luci della città per osservare una pioggia di meteoriti. L'alterazione dei processi metabolici può avere ulteriori conseguenze sulla salute umana, come un aumento dell'insorgenza di tumori al seno nelle donne che effettuano turni di lavoro notturni o un'incidenza sull'obesità. A questo proposito, uno studio effettuato su più di 100.000 donne in Gran Bretagna ha mostrato come alcuni indicatori di obesità quali l'indice di massa corporea (BMI) siano correlati al livello di illuminazione delle stanze in cui i soggetti dormivano. Questa relazione, inoltre, è risultata indipendente da altri fattori quali l'età dei soggetti esposti nonché il loro stato sociale, il consumo di *alcohol* e il fumo. La voce della scienza sta cominciando a farsi sentire anche in ambito legislativo, in merito alle normative legate all'illuminazione degli spazi

pubblici. Il termine "prevenzione dell'inquinamento luminoso" o altri equivalenti sono ormai presenti nelle leggi concernenti l'illuminazione pubblica a livello regionale, nazionale e internazionale. Tuttavia, molta strada deve essere ancora percorsa in questo ambito. Alcuni rilevanti aspetti, quali l'importanza di evitare che la luce si disperda dove non serve e quindi abbia inutili impatti sull'ambiente, risultano ampiamente recepiti dall'opinione pubblica. Al contrario, problematiche legate all'intensità e al colore della luce possono risultare più difficili da gestire in ambito normativo, poiché risultano temi sensibili, collegati alla percezione della sicurezza dei cittadini. Trovare il giusto equilibrio tra la percezione di sicurezza dei cittadini e la minimizzazione dell'impatto ambientale è senza dubbio la sfida presente e futura.

l.massetti@ibimet.cnr.it

CORSI E CONVEGNI

DISTURBI DELLA COLONNA VERTEBRALE NELL'ETÀ EVOLUTIVA

Sabato, 9 marzo 2019, orario 9-13
Sala D'Armi, Palazzo Vecchio, Firenze

n. 4 Crediti ECM per medici ed odontoiatri

PARTECIPERANNO

NICOLA ARMENTANO (Consigliere Speciale del Sindaco per l'Educazione e la Promozione della Salute, Comune di Firenze),
 CLAUDIO BACALONI (Vice Direttore Regionale Ufficio Scolastico Regionale Toscana MIUR),
 SIMONE CAVARI (Dirigente Scolastico Liceo Scientifico Gobetti Volta, Bagno a Ripoli),
 TERESITA MAZZEI (Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze),
 ROBERTA MICHELINI (Referente per lo sviluppo di comportamenti ispirati ad uno stile di vita sano per il Territorio di Firenze presso l'Ufficio Scolastico Regionale)

RELATORI

ALESSANDRO DEI (Coordinatore Indirizzo Sportivo Liceo Scientifico Gobetti Volta, Bagno a Ripoli), ALVARO CORIGLIANO (Responsabile U.O. Scoliosi e Patologie Vertebrali, IRCCS Fondazione Don Carlo Gnocchi Firenze), MASSIMO GULISANO (Presidente del Corso di Laurea in Scienze Motorie, Università degli Studi di Firenze)

L'iscrizione è gratuita e solo online per i primi 60 partecipanti

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

Segreteria Organizzativa: OMCeO Firenze: tel. 055.0750625, 612 • Comune di Firenze: tel. 0552616768





**PROF. MANFREDO
FANFANI**
RICERCHE CLINICHE

Piazza della Indipendenza 18/b - 50129 Firenze
Telefono 055 49701 - Fax 055 4970284
info@istitutofanfani.it - www.istitutofanfani.it