

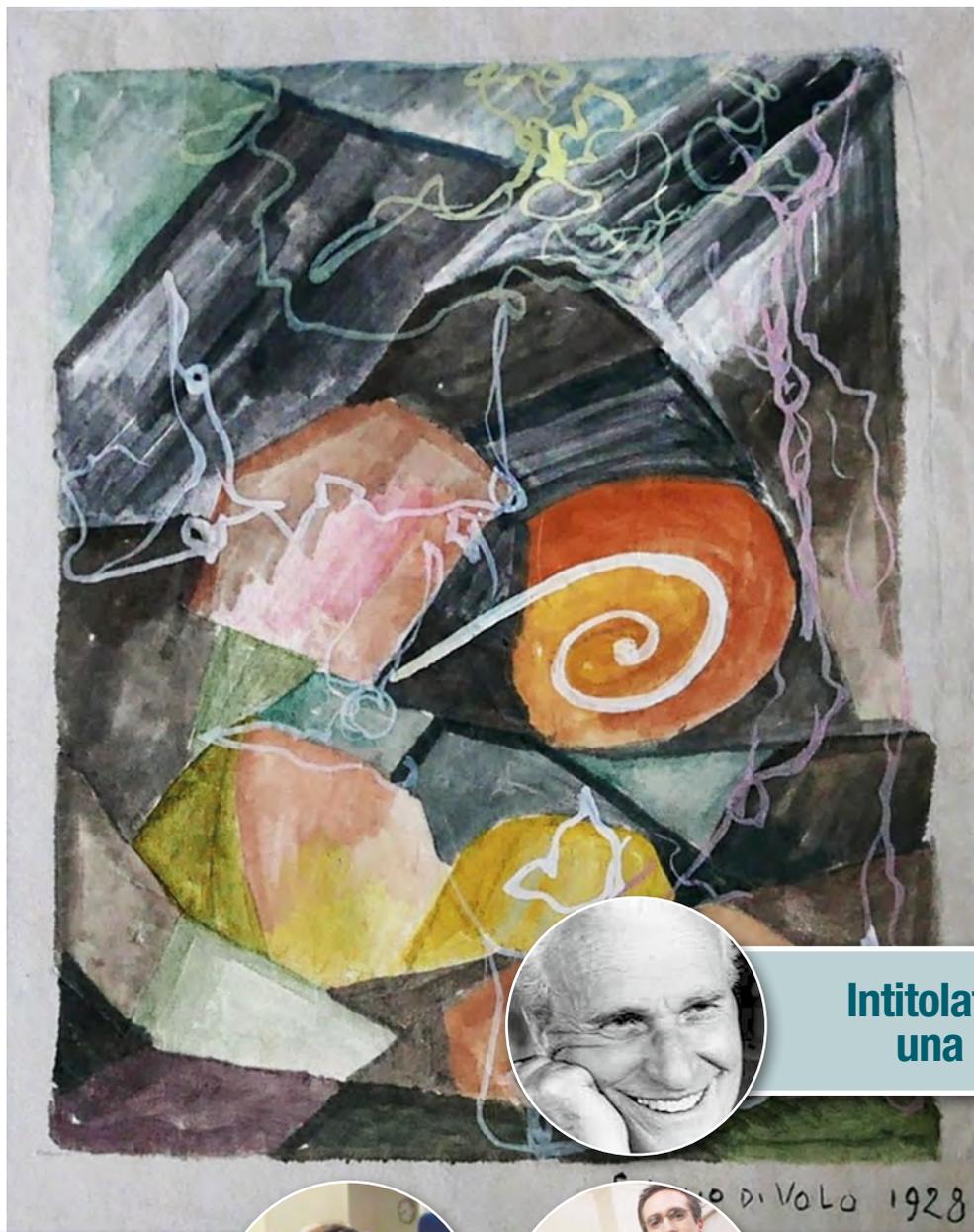
TOSCANA MEDICA

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

Mensile - Anno XXXVIII n. 1 gennaio 2020 - Spedizione in Abbonamento Postale - Stampe Periodiche in Regime Libero - FIRENZE n. MBPA/CN/FI/0002/2018 - Aut. Trib. Fi. n. 3138 del 26/05/1983

GENNAIO

1



**Intitolata a Luigi Tonelli
una piazza a Firenze**

**Parkinson
e "nobile arte"**



**L'importanza del giro
visita medico-infermiere**



**La situazione sanitaria
in Cina**



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE**





Anno XXXVIII - n. 1 gennaio 2020
ISSN 2611-9412 (print) – ISSN 2612-2901 (online)

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.pacinieditoremedicina.it

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

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

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

Stampa

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

Finito di stampare Gennaio 2020 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
Silvio di Volo
Era geologica
Tempera grassa
su carta velina
mm 115x145
anno 1928



Teresita Mazzei



Simone Pancani



Antonella Barresi

EDITORIALE

- 3 ECM: luci e ombre
T. Mazzei

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 La luce del *Paradiso* e la medicina della luce
D. Lippi

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 5 Continuità assistenziale: ultima sfida del Servizio Sanitario
Toscano
G. Landini
- 8 La via toscana alle Disposizioni Anticipate di Trattamento
A. Belardinelli
- 10 Il Direttore Sanitario nelle strutture private di ricovero e
ambulatoriali
A. Appicciafuoco e coll.
- 13 Il Morbo di Parkinson si può combattere. Con la boxe.
La Nobile Arte per un nobile gesto
M. Bertoni
- 15 La pianificazione condivisa delle cure nel paziente complesso:
un'esperienza narrativa
F. Ierardi e coll.
- 17 *CARPE DIEM*: la riscoperta del giro visita congiunto
medico-infermiere. Indicazioni da uno studio pilota
V. Verdiani e coll.
- 20 DONNA X DONNA. 10 bisogni femminili
e le risposte delle specialiste, chirurghe plastiche e senologhe
G. Lo Russo
- 23 Il gruppo come strumento di intervento nella psicologia
perinatale: l'esperienza del Consultorio della Piana di Lucca
P. Fistesmaire e coll.
- 26 Il regalo al medico
A. Dolara

LETTI PER VOI

- 7 L'età CONQUISTATA
E. e V. Boncinelli

RICORDO DI MARIO CIAMPOLINI

- 22 *M. Funis*

NOTIZIARIO

- 28 Intitolata a Luigi Tonelli una piazza a Firenze
- 29 La situazione sanitaria in Cina

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: 9.000 battute spazi inclusi, 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

ECM: luci e ombre?

di *Teresita Mazzei*

Riposti negli scatoloni gli addobbi e le luminarie che hanno abbellito le feste appena trascorse, in questo primo scorcio dell'anno vorrei spendere qualche parola per parlare di ECM, croce, delizia e talvolta oggetto oscuro per tanti Colleghi che improvvisamente hanno dovuto fronteggiarlo.

Partiamo allora dall'inizio. Come tutti sanno, o almeno dovrebbero sapere, il Codice di Deontologia Medica rappresenta il testo fondante della nostra professione nel quale sono raccolti in maniera ordinata gli obblighi ai quali tutti dobbiamo attenerci.

L'articolo 19 del Codice intitolato *Aggiornamento e formazione professionale permanente* recita testualmente: "il medico, nel corso di tutta la sua vita professionale, persegue l'aggiornamento costante e la formazione continua per lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze professionali tecniche e non tecniche, favorendone la diffusione ai discenti e ai collaboratori. Il medico assolve agli obblighi formativi. L'Ordine certifica agli iscritti ai propri Albi i crediti acquisiti nei percorsi formativi e ne valuta le eventuali inadempienze".

Anche se la semplice lettura di quest'articolo e un minimo di riflessione partecipata sul suo reale significato dovrebbero poter stimolare il "senso del dovere", per anni le istanze della formazione continua hanno goduto di scarsissima considerazione presso molti medici, complice anche un certo colpevole disinteresse degli organismi tecnico-politici deputati alla sua gestione.

Le cose sono improvvisamente cambiate quando qualche mese fa sui giornali è deflagrata la notizia delle preoccupanti vicende legali e assicurative che hanno coinvolto un collega citato in giudizio da un paziente per una presunta questione di mala diagnosi/mala terapia. Ebbene, la Compagnia assicuratrice del medico in questione aveva sollevato un gran numero di eccezioni al suo operato sottolineando tra l'altro che il suo non avere conseguito i necessari crediti formativi per il periodo

in oggetto avrebbe potuto anche invalidare la copertura assicurativa a suo tempo concordata.

Dunque ben si capisce come, in tempi di medicina sempre più difensiva e in presenza di richieste sempre più numerose di risarcimento per presunta colpa medica, la notizia sopra riportata abbia creato nei professionisti della salute una vera e propria psicosi e la ricerca spasmodica della quantificazione della propria situazione "creditizia", avvicinandosi a grandi passi la scadenza del 31 dicembre 2019, termine ultimo per regolarizzare il debito formativo relativo al triennio 2017-2020.

Alla luce di questo scenario complesso, il 5 dicembre l'Ordine aveva inviato a tutti gli iscritti una lettera nella quale ricordava la situazione normativa corrente e gli obblighi deontologici in oggetto, sottolineando l'importanza della imprescindibile scadenza di fine mese. Nei giorni successivi la situazione si è però incredibilmente modificata fino ad arrivare al 18 dicembre quando si è riunita a Roma la Commissione Nazionale per l'Educazione continua in Medicina al cui vertice siedono il Ministro della Salute Roberto Speranza (presidente) e il Presidente della FNOMCeO Filippo Anelli (vicepresidente).

In quella sede, tra gli altri argomenti all'ordine del giorno, è stata raggiunta la conclusione che il sistema ECM nazionale, a circa venti anni dalla sua istituzione, necessita di una profonda rivisitazione e di un capillare aggiornamento per continuare a rispondere in maniera efficace alle esigenze dei pazienti e alle nuove istanze del sistema sanitario, legate al progredire velocissimo di conoscenza e tecnologia. È stata pertanto decisa l'istituzione di un gruppo di lavoro che nel corso del 2020 dovrà occuparsi di rivedere criticamente e modificare questo importante e complicato percorso.

Al di là degli interventi di futura programmazione, quello che in maniera prioritaria riguarda adesso tutti i me-

dici si compendia in poche righe contenute in un documento della Commissione che recitano testualmente: "l'acquisizione dei crediti formativi relativi al triennio 2017-2019 è consentita fino al 31 dicembre 2020 per eventi con data fine evento al 31 dicembre 2020. Per coloro che si avvalgono della presente disposizione non si applicano le riduzioni previste dal manuale sulla formazione continua del professionista sanitario, par. 1.1., punti 1 e 2".

Molti colleghi potranno pertanto tirare un sospiro di sollievo, senza peraltro dimenticare che l'obbligo formativo, seppure posticipato nel tempo, rimane tuttavia valido e cogente.

Per il momento non si può però che rimanere ragionevolmente soddisfatti della situazione, anche perché finalmente si metterà mano alla revisione di un sistema che nel corso degli anni ha mostrato criticità e generato non poche perplessità: farraginoso, burocratizzato, fomentatore di troppi interessi economici, poco attento alla valorizzazione delle attività di ricerca, didattica e congressuali.

Il 2020 servirà dunque per individuare obiettivi, identificare aree di intervento e proporre concretamente correttivi e azioni di sviluppo.

L'impegno del nostro Ordine continuerà con l'organizzazione durante i prossimi mesi di moltissimi eventi formativi sui più svariati argomenti che permetteranno ai Colleghi di incrementare il proprio bagaglio formativo, con l'obiettivo che le scadenze di fine dicembre non rappresentino più un momento di angoscia e preoccupazione.

Mi sembra giusto in conclusione riportare e condividere una considerazione del presidente FNOMCeO a proposito della questione ECM secondo la quale appare assolutamente fondamentale "continuare l'azione culturale di promozione della professione medica quale garante dei diritti costituzionali e della sua determinante dimensione sociale".

Buon anno a tutti!

La luce del *Paradiso* e la medicina della luce

di Donatella Lippi



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

Dal buio dell'*Inferno*, alle sfumature acquerellate del *Purgatorio*, alla luce del *Paradiso*: la terza Cantica può essere considerata un lungo inno alla luce, in tutte le sue sfumature concrete, nella pregnanza delle sue accezioni metaforiche, nella declinazione lessicale più attenta e raffinata.

Il Dio della liturgia, *sol salutis*, che risplende sul fondo dorato della pittura e dei mosaici, illumina il *Paradiso*, concepibile proprio come la Cantica della luce, della gioia, della letizia. L'unico modo di cui Dante dispone per comunicare la sua straordinaria esperienza mistica e contemporaneamente per rappresentare ciò che in effetti non può essere rappresentato – il terzo regno – è, infatti, quello di utilizzare l'elemento luce, per dar forma alla sua poesia. E non a caso.

Nelle civiltà antiche, la luce solare rappresentava un elemento fondamentale dal punto di vista ambientale, influenzando in modo determinante anche in una prospettiva teologica. Secondo molte culture, l'irradiarsi della luce a partire da un punto primordiale genera l'estensione della materia: questo punto primordiale è posto in alto, è una fonte che diffonde da sopra e che "investe, penetra e risplende", perché in definitiva è il sole e/o proviene dal sole, perciò è un'influenza celeste. La luce è quindi qualcosa che appartiene alle alte sfere, è la manifestazione del divino, è insieme mezzo e sostanza di ciò che si rivela. Dar luce è sinonimo di rigenerazione, di possibilità di salvezza: in questa prospettiva, torna il *Fiat Lux* della Genesi, che utilizza l'elemento luce sia come illuminazione/ordine, risoluzione del caos primordiale, sia come illuminazione/emanazione, vibrazione della materia, produzione della luce-vita.

E non è un caso che da sempre la luce sia stata considerata una risorsa terapeutica, impiegata nel trattamento di diverse patologie. L'esposizione ai raggi solari era prescritta dalla medicina classica e già nel II secolo d.C. il me-

dico Sorano di Efeso (*Gyn.* 2, 16, 1-16) forniva una delle più antiche descrizioni del rachitismo, che Galeno imputava, indirettamente, alla mancata esposizione alla luce solare: l'aumento dell'urbanizzazione e l'abitudine di fasciare completamente i neonati, infatti, avevano privato del beneficio dei raggi solari. Nel corso del tempo, l'esposizione curativa alla luce solare fu compresa in un più ampio approccio naturalistico alla terapia, che poteva comprendere anche l'uso delle acque termali, di fanghi, di rimedi fitoterapici, per poi diffondersi largamente all'inizio del XIX e del XX secolo.

La storia di quella che venne chiamata Elioterapia, in una sua accezione moderna, risale al XIX secolo, quando iniziarono a circolare alcuni testi sull'efficacia dei bagni di mare e sull'importanza dell'esposizione solare: nel 1817, era stato tradotto e pubblicato a Pisa il *Trattato sopra i bagni di mare* dell'inglese Alexander Peter Buchan, che è considerato il primo del genere ad apparire in Italia. Il medico fiorentino Giuseppe Barellai costituì nel 1853, a Firenze, un Comitato per la realizzazione di un centro di cura per i bambini affetti da scrofola, concretizzatosi a Viareggio, nel cosiddetto Palazzo delle Muse, successivamente trasformato in colonia permanente. La luce solare era l'elemento-chiave per il trattamento della tubercolosi ossea e del rachitismo. La vocazione turistica della centrale piazza Mazzini, dove si trovava l'ospizio di Barellai, determinò l'accendersi di violente critiche verso il suo operato, e i destinatari delle sue cure, "sciancati" e "gobbini": Barellai raccolse lo scherno e definì "gobbinologia" la materia medica di cui si occupava e "gobbinologi" coloro che la studiavano e proponevano tali terapie. A queste colonie estive, negli anni del Ventennio fascista, venne affidato il compito di contribuire alla salute fisica e morale degli italiani, per poi lasciare spazio all'iniziativa privata e alle prime forme di turismo di massa.

Ma la luce solare poteva trovare anche altre applicazioni e, nel corso dell'Ottocento, mentre i medici igienisti facevano appello al binomio area-aria per la costruzione degli ospedali, la luce solare veniva analizzata e studiata in maniera approfondita. È in questo clima di sempre maggiore apertura verso l'uso dei raggi solari, che si colloca l'opera di N. Finsen, in Danimarca, che si servì della luce solare filtrata nel trattamento del *lupus vulgaris*, seguito da altri studiosi che dettero avvio all'uso di fonti di luce artificiali nel trattamento di patologie dermatologiche. Nel 1903, Finsen fu insignito del premio Nobel, avendo dimostrato i positivi effetti a lungo termine della fototerapia.

Nonostante le evidenze accumulate dai centri di ricerca in Europa, l'accettazione di queste terapie non sempre è stata lineare, tanto che, nel 1905, a Firenze, Celso Pellizzari, rievocando la storia dell'Istituto Fototerapico, esprimeva il proprio stupore per la realizzazione del progetto: "*Allorché nei primi dell'anno decorso manifestammo l'idea di creare in Firenze un Istituto Fototerapico, poco mancò che fossimo tacciati di sognatori...*". La Fotodinamica e la Fotochemioterapia sono conquiste recenti, che confermano la vastità delle applicazioni terapeutiche della luce. Dall'apprezzamento della luce nel lontano passato, alla medicina di oggi.

Dall'*Inferno*, "*luogo d'ogni luce muto*", attraverso il *Purgatorio*, il cammino di Dante si è configurato come un *iter* nel segno della luce, verso "*il ciel che più della sua Luce prende*" (*Par.* I, 4) e Dante così immaginerà la sede dell'Empireo, come la "*sfera suprema*" di luce (*Par.* XXIII, 208), luogo mistico e trascendente, immateriale e spirituale, un non luogo dove il Bene trionfa.

Per saperne di più: Dante Alighieri,
La Divina Commedia, con note storico-mediche di Donatella Lippi,
Fidenza: Mattioli 1885, 2009-2011

Continuità assistenziale: ultima sfida del Servizio Sanitario Toscano

di Giancarlo Landini



GIANCARLO LANDINI
Direttore Dipartimento Specialistiche
Mediche Azienda USL Toscana Centro.
Direttore della SOC di Medicina Interna
Ospedale Santa Maria Nuova di Firenze.
Presidente della Fondazione Santa Maria
Nuova ONLUS. Si è particolarmente
occupato di Patologia Vascolare
e dei rapporti Ospedale Territorio.
Coordina la Commissione Permanente
sulla Continuità Assistenziale dell'Organismo
Toscano per il Governo Clinico

La continuità assistenziale è una sfida per il Servizio Sanitario Regionale. Dopo tanti proclami è il momento di realizzarla. L'ospedale per intensità di cure si deve trasformare in ospedale per percorsi e processi. Vanno implementate connessioni strutturali fra ospedale e territorio, mentre il territorio deve poter risolvere in maniera autonoma una serie di problematiche sanitarie.

Parole chiave:

continuità assistenziale, ospedale per percorsi e processi, *équipe* uniche di cura, acuzie territoriali

La parola continuità assistenziale è stata molto abusata in questi anni. Si è verificata quasi un'assuefazione a questo termine. In particolare si è parlato sempre di continuità ospedale-territorio ma poco di continuità territorio-ospedale e si è fatto, dal punto di vista pratico, poco in tutti i sensi. Molto è stato legiferato e deliberato, anche con modelli avanzati, ma poi non si è controllata l'applicazione sul territorio e questo

ha provocato una forte disomogeneità. In effetti soluzioni sono state avanzate e realizzate ma in linea di massima in maniera parcellizzata nelle varie zone e USL. Con la creazione delle grandi USL la riforma della Sanità Regionale ha però dato una spinta a recuperare una certa omogeneità e con la nascita dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico (OTGC) si è pensato di cominciare a produrre delle linee di indirizzo regionale condivise. Linee che non devono essere esaustive ma che devono dare dei criteri generali poi applicabili con specifiche soluzioni locali. Il concetto generale è quello dell'"ospedale senza muri" come era già stato preconizzato nel 2013 dal BMJ. Oggi l'ospedale non è più la soluzione del problema sanitario ma è parte del problema da risolvere. Le circostanze che hanno reso l'ospedale il perno dell'assistenza sanitaria sono cambiate ma l'ospedale non è cambiato con loro. Il problema della continuità assistenziale è il problema della presenza di barriere fisiche e mentali che costringono medici e operatori sanitari a lavorare in silos di assistenza con difficoltà di comunicazione. Il tipo di ammalato oggi più frequente (complesso cronico riacutizzato) non può essere curato prevalentemente in ospedale. Le cure ospedaliere devono essere bilanciate da adeguate cure domiciliari e territoriali. L'obiettivo sarà quello di giungere progressivamente alle "*équipe* uniche di cura" fra ospedale e territorio, *équipe* cliniche multidisciplinari e multiprofessionali che rendano obsoleta la distinzione fra ospedale e territorio.

Ospedale per percorsi e processi

Bisogna rendere operativi in tutti gli ospedali toscani i letti di area senza un'assegnazione esclusiva a una specialistica ma totalmente flessibili di numero in base alle esigenze assistenziali, anche se geograficamente localizzati. Inoltre nel concetto della continuità assistenziale le varie specialità devono avere la possibilità di seguire gli ammalati in tutti i *setting* che vanno dalla subintensiva (che per definizione è multidisciplinare), alla degenza ordinaria ad alta intensità, ai servizi *outpatients* come il *Day Service*. Il malato, essendo complesso e non complicato, non può essere "spiegato" e quindi nemmeno "scomposto" nelle singole patologie con la difficoltà intrinseca di assegnazione a una specialistica. Nasce quindi il concetto di cogestione nel senso di superamento della consulenza con una reale presa in carico condivisa per la quale bisogna anche adeguare le competenze amministrative delle SDO. Abbiamo già esempi virtuosi con l'ortogeriatrics (in cui l'ammalato è assegnato contemporaneamente all'ortopedia e alla geriatria) e per i centri di terapia del piede diabetico con diabetologo *team leader* ma con un uguale condivisione di responsabilità del chirurgo vascolare e dell'internista. Questo modo di intendere la condivisione degli ammalati si applica alla chirurgia, che deve en-

trare nel meccanismo di cogestione con la medicina interna e la gastroenterologia in un sistema virtuoso in cui certi pazienti saranno cogestiti in area chirurgica e altri (più instabili e complessi) cogestiti in area medica (alta intensità o subintensiva). La cogestione dei pazienti chirurgici si deve svincolare dal rapporto esclusivo con l'anestesia e la rianimazione che rimane essenziale nel periodo perioperatorio ma che va integrata nel proseguire della degenza con la medicina interna e con le altre specialistiche di area competenti in quello specifico caso. La chirurgia deve avere anche accesso al *Day Service* multidisciplinare che è ben diverso (anche se con pratiche amministrative simili) dall'ambulatorio di preospedalizzazione chirurgica. Per quanto riguarda i percorsi interni ospedalieri fra specialistiche interdipartimentali, importante è stabilire i criteri di *handover* per i quali spetta un ruolo principale alle direzioni sanitarie di presidio che devono svolgere la funzione di facilitatori e controllori dell'adeguatezza dei percorsi di continuità assistenziale implementati e sostenuti dai dipartimenti ospedalieri. Una volta stabiliti a livello aziendale i percorsi da svolgere, va poi trovata nel singolo presidio l'applicazione locale. Questo tipo di strutturazione dell'assistenza deve portare al superamento dell'ospedale per intensità di cure in un ospedale per percorsi e processi che non si svolgono solo in ospedale ma si estendono senza soluzione di continuità anche nel territorio.

Équipe uniche di cura

Vanno costruite le condizioni per una reale continuità del processo assistenziale. Questo avviene creando dei veri e propri ponti sempre presenti fra ospedale e territorio, usati dalle *équipe* uniche di cura. Ci sono diverse esperienze in Toscana che possono essere messe a fattor comune e quindi integrate e diffuse:

- *Day Service* multidisciplinare dell'Azienda USL Toscana Centro;
- reti cliniche integrate e strutturate dell'Azienda USL Toscana Sud-Est;
- sistema di comunicazione diretta

CARED con i Medici di Medicina Generale da parte dei reparti specialistici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi.

Il *Day Service* deve avere una funzione multidisciplinare e multiprofessionale a gestione infermieristica. Anche qui la medicina interna fa da tessuto connettivo ma devono essere presenti tutte le specialistiche dell'ospedale. Il *Day Service* ha molte funzioni da valorizzare e sostenere:

- dimissione precoce in sicurezza dai reparti di degenza;
- alternativa al ricovero per il DEA nel paziente stabile;
- possibilità di utilizzo da parte del medico di medicina generale che può inviare il paziente al *Day Service* per una presa in carico temporanea o usufruire delle possibilità diagnostiche terapeutiche integrate continuando lui a gestire il paziente.

Questi tipi di percorsi devono avvenire in modo che ogni nodo del sistema faccia una parte significativa evitando duplicazioni e ripetizioni con connessione sicura fra le parti. Il contatto strutturato fra AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e specialistica ospedaliera può molte volte evitare il ricovero o comunque risolverlo con una visita ambulatoriale complessa o con un accesso al *Day Service* o con un ricovero programmato senza passare dal DEA e questo vale anche per le urgenze differibili. La rete clinica integrata e strutturata mette insieme le competenze simili in tutti gli ospedali ed è quindi una rete planare a cerchi concentrici degli ospedali che si connette attraverso i collegamenti con le AFT ai territori. In questa rete vanno comprese a pieno titolo anche le aziende ospedaliero-universitarie che fanno parte della rete sia come servizi specialistici di eccellenza sia come centri ospedalieri in rapporto diretto con il territorio. Un esempio è il progetto GIOTTO (Gestione Integrata Ospedale Territorio della Terapia Anticoagulante Orale), il quale mette insieme nell'Azienda USL Toscana Centro AFT, centri ospedalieri che gestiscono la terapia anticoagulante e

il centro di riferimento universitario con un programma informatico unico Parma GTS. Nell'ottica di rendere stabile l'incontro fra specialisti ospedalieri e AFT di riferimento è essenziale il collegamento informatico fra ospedale e medici di medicina generale. La dimissione dai reparti ospedalieri non comporta quasi mai la guarigione ma il passaggio a un altro *setting* di assistenza e quindi la connessione deve essere fluida e semplice. Il sistema delle dimissioni complesse è stato affrontato con la creazione delle ACOT (Agenzia Continuità Ospedale Territorio) ma queste agenzie hanno una funzionalità non uniforme e molte volte interagiscono con un approccio di tipo burocratico al problema ritardando invece che facilitando la dimissione. Una riforma delle ACOT è indispensabile con una reale presenza medico-infermieristica dell'agenzia nei reparti ospedalieri al fianco dei medici specialisti con *briefing* congiunti.

Rete territoriale efficace e robusta

La rete costituita dai singoli ambulatori delle AFT in connessione tra loro dovrebbe essere in grado di svolgere e implementare tutte le attività finalizzate all'assistenza dei pazienti sul territorio, in particolare:

- assistenza al cronico;
- acuzie e riacutizzazioni gestibili sul territorio ("acuzie territoriali");
- prevenzione.

La creazione dei Dipartimenti di Medicina Generale è stata un significativo passo avanti. Ma il sistema non può funzionare se non vi sarà una ripresa della sanità d'iniziativa con l'attivazione del nuovo modello regionale del malato complesso. Inoltre nelle AFT ci potranno essere dei medici di medicina generale con particolari competenze e funzioni specialistiche. In definitiva tutte le cure, sia ai pazienti cronici sia a quelli che presentano quadri definibili come acuzie territoriali, dovranno essere erogate in una rete assistenziale costituita dalle AFT/UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) in relazione con i servizi specialisti-

ci ospedalieri. Non esiste efficacia se non si potranno svolgere funzioni autonome ma queste avranno senso solo se saranno collegate con i servizi specialistici ospedalieri.

Le case della salute non possono più essere solo dei contenitori di studi medici ma devono cominciare a essere anche delle strutture che erogano servizi specialistici territoriali gestiti dai medici di medicina generale in rapporto con la specialistica ospedaliera. Inoltre sul territorio ci deve essere un CUP esperto che gestisca le visite specialistiche secondo priorità clinica e *fast track* di acces-

so. Senza dimenticare l'infermiere di famiglia che si affianca al medico nella gestione diretta di un gruppo di assistiti. Proprio con la finalità della continuità assistenziale ogni *équipe* di cura fra ospedale e territorio dovrà essere, oltre che multidisciplinare, anche multiprofessionale, con la figura infermieristica come raccordo e *case manager*. La rete territoriale comprenderà infine le cure intermedie e le cure palliative che non possono essere viste solo come uscita dall'ospedale ma devono essere a disposizione dei medici di medicina generale per la gestione territoriale

complessa degli assistiti senza dover transitare dal ricovero ospedaliero.

In conclusione è il momento di recuperare una visione sistemica del problema per un programma che veda la continuità assistenziale nel suo significato più ampio ma che poi si realizzi con contatti stretti locali in cui un ospedale per percorsi e processi si colleghi con *équipes* uniche di cura al territorio che ha una sua struttura efficace e robusta. La coscienza del problema è acquisita, avremo la forza pratica di risolverlo?

giancarlo.landini@uslcentro.toscana.it

letti per voi

a cura di Simone Pancani

L'età CONQUISTATA. Perché abbiamo guadagnato più di vent'anni di vita. E come viverli meglio

di Edoardo e Vieri Boncinelli

Edizioni Polistampa, Firenze

Viviamo più a lungo: questa realtà è sotto gli occhi di tutti, una realtà eccezionale che però non è oggetto delle nostre abituali riflessioni.

Edoardo e Vieri Boncinelli, rispettivamente genetista e medico sessuologo, ci invitano a prenderne atto e ci guidano nel non facile percorso della sua genesi evolutiva spiegando con parole semplici gli enormi progressi della medicina e della genetica nelle principali malattie che minacciano l'umanità: i tumori e le malattie degenerative.

Abbiamo guadagnato rispetto ai nostri antenati circa vent'anni di vita in più, "l'età conquistata" grazie alle migliorate norme igieniche, agli antibiotici ed ai vaccini, ad una alimentazione più adeguata e a una vita lavorativa meno logorante.

Questi anni conquistati hanno un senso solo però se si riesce a mantenere una buona qualità di vita. Gli autori ci suggeriscono con saggezza delle regole fondamentali per la salute del nostro corpo: evitare ogni genere di dipendenza (alcol, fumo, droghe), svolgere attività fisica regolare, mangiare in maniera equilibrata e fare prevenzione delle malattie. Non meno importante è la nostra mente: coltivare interessi, evitare lo stress, riposare bene, avere legami affettivi stabili, amicizie ed interazioni sociali. È molto importante anche il mantenimento dell'attività sessuale, oggi vista positivamente in tutte le stagioni della vita. L'insieme di queste regole porterà ad una vecchiaia ricca di valori ed opportunità e vissuta con equilibrio ed armonia.

Lo stile degli autori è agile ed accattivante, la lettura molto piacevole e ricca di stimoli.

Teresita Mazzei



La via toscana alle Disposizioni Anticipate di Trattamento

di Andrea Belardinelli



ANDREA BELARDINELLI

È Direttore del Settore Sanità Digitale e Innovazione della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale di Regione Toscana. È stato Coordinatore di Staff della Direzione Aziendale dell'AOU Careggi e Direttore di Area Innovazione, Controllo e Qualità e di Area Integrazione e Comunicazione (2013-2018). Direttore di Area Programmazione e Innovazione USL 6 Livorno (2010-2013). Responsabile delle UU.OO. Tecnologie e Procedure Informatiche e Sistema Informativo dell'Azienda Usl 8 di Arezzo (2006-2009). È laureato in Ingegneria Elettronica e specializzato in Informatica e Bioingegneria.

Regione Toscana è la prima in Italia ad aver normato con propri atti l'applicazione della Legge 219/2017 su consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento. Un lungo percorso che ha visto: approvare uno schema di regolamento regionale, attivare un percorso con l'Autorità garante per la protezione dei dati personali, sviluppare la banca dati regionale e dare indicazioni alle strutture sanitarie. Il Ministero della Salute ha costituito un gruppo di lavoro, a cui Regione Toscana partecipa attivamente, per definire i contenuti informativi della banca dati nazionale, le modalità di registrazione e di fruibilità delle DAT e le misure di sicurezza per la protezione dei dati personali.

Parole chiave:

consenso informato, Disposizioni Anticipate di Trattamento, fascicolo sanitario elettronico, misure di sicurezza, GDPR

La Legge 219 del 22/12/2017 *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento* entrata in vigore il 31/01/2018 tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere eseguito se privo del consenso informato dell'interessato, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge, come tutela del diritto di ognuno di essere informato sulle proprie condizioni di salute, sulla diagnosi, sulla prognosi, sui benefici, i rischi e sulle possibili alternative e conseguenze dell'eventuale rifiuto al trattamento sanitario proposto. Il consenso informato, acquisito in qualunque forma, così come il diritto dell'assistito di rifiutare in tutto, in parte o di rinunciare a essere informato e di designare un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

Riprendendo il comma 7 dell'articolo 4 della Legge, secondo la quale *“le Regioni che adottano modalità telematiche di gestione della cartella clinica o il fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio Sanitario Nazionale possono con proprio atto regolamentare la raccolta di copia delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)...”*, la Giunta Regionale della Toscana, da sempre attenta nel promuovere i diritti civili, con Delibera 352 del 03/04/2018, *Umanizzazione delle cure e autodeterminazione del cittadino: primi indirizzi per l'attuazione della Legge 219 del 22 dicembre 2017*, ha incaricato la Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale di fornire entro 30 giorni modalità operative alle Aziende Sa-

nitarie e di attivare un percorso con l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (GPDP), la raccolta e la registrazione delle DAT con l'indicazione del fiduciario, la raccolta del consenso informato, la pianificazione condivisa delle cure secondo gli artt. 1 e 5 della Legge 219/2017.

È così iniziato il lungo percorso per l'attuazione della Legge 219 in Regione Toscana.

L'istituzione della banca dati nazionale delle DAT, prevista dalla Legge di Bilancio 2018, presso il Ministero della Salute, è seguita da quest'ultimo per il tramite di un gruppo di lavoro nazionale, istituito con Decreto del 22/03/2018, che ha il compito di definire i contenuti informativi della banca dati, le modalità di registrazione e le misure di sicurezza dei dati personali. In tale gruppo il delegato della Toscana è stato nominato quale rappresentante del Coordinamento della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. Dopo numerosi incontri è stato deciso in data 22/06/2018 che il Ministero della Salute ponesse dei quesiti sulla banca dati nazionale al Consiglio di Stato, che in data 31/07/2018 ha espresso il proprio parere come segue: la banca

dati deve contenere copia delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, deve essere aperta anche a coloro che non sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, con contenuto non vincolante, deve consentire l'accesso da parte del medico e del fiduciario e la certezza della corretta formazione della volontà del paziente. La DAT può essere redatta in forma scritta su qualsiasi formato oppure attraverso videoregistrazione o altri dispositivi. Con Delibera 980 del 03/09/2018, *Indirizzi attuativi della legge 22 dicembre 2017 n. 219: le disposizioni anticipate di trattamento e la pianificazione condivisa delle cure*, la Giunta Regionale della Toscana ha preso atto del documento tecnico approvato dall'Organismo Toscano per il Governo Clinico. In attesa della realizzazione della banca dati nazionale, per colmare tale lacuna, la Giunta Regionale della Toscana con Delibera 1082 del 01/10/2018, *Disposizioni Anticipate di Trattamento di cui all'art. 4 della L. 219/2017. Regolamento di attuazione dell'art. 1, c. 1, della L.R. 13/2006 in materia di trattamento di dati sensibili e giudiziari. Approvazione ai fini dell'acquisizione del parere di cui all'art. 22 del D. Lgs. 196/2003*, ha approvato e trasmesso lo schema di regolamento regionale al Garante per la privacy per un parere vincolante. A inizio dicembre 2018, c'è stato un primo incontro con l'Autorità Garante per illustrare il regolamento di Regione Toscana. In seguito il regolamento è stato ripresentato al Garante il 13 febbraio 2019 per la condivisione finale di tutte le osservazioni e in data 10-04-2019, Regione Toscana ha inviato all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali il regolamento nella sua veste finale. Fin dai primi giorni dopo l'entrata in vigore della Legge, la Regione Toscana si è prefissata alcuni chiari obiettivi, quali l'attivazione di un gruppo di lavoro regionale dove fossero rappresentate tutte le categorie professionali, la redazione del regolamento di attuazione della Legge 219/2017 con il coinvolgimento del gruppo privacy regionale e dei responsabili protezio-

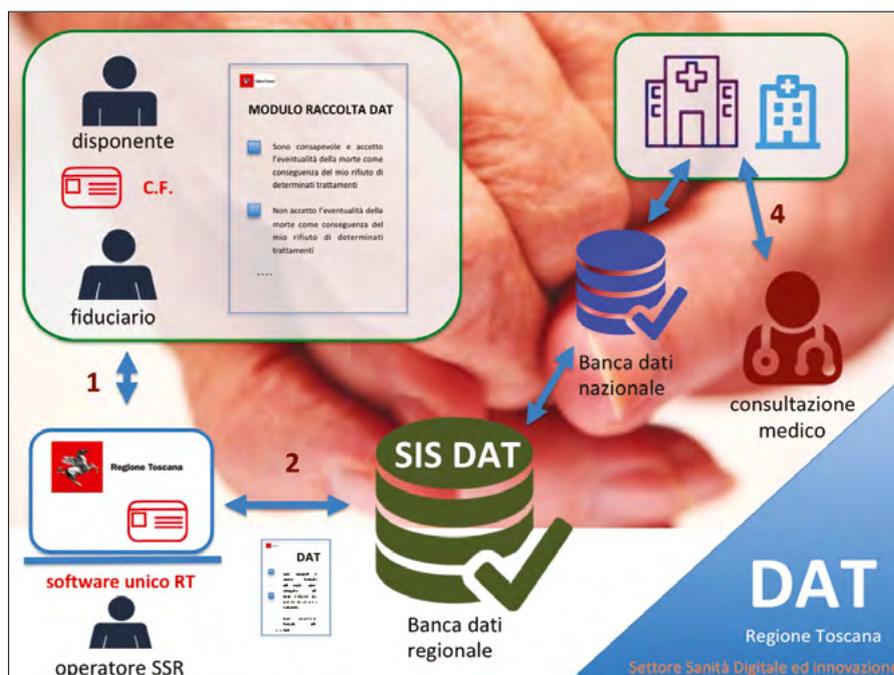


Figura 1 - Flusso DAT in Regione Toscana.

ne dati aziendali, la nomina dei referenti aziendali, la realizzazione della procedura web regionale con accesso tramite carta nazionale dei servizi, l'identificazione e l'abilitazione degli operatori di sportello, la costituzione della banca dati regionale, la formazione a distanza dei medici e degli operatori (FAD), l'individuazione delle modalità organizzative, l'allestimento di sportelli front office abilitati. La procedura di raccolta delle DAT presso le strutture sanitarie prevede che il cittadino sia identificato tramite codice fiscale e documento d'identità. Dopo la fase di protocollazione, la DAT viene scannerizzata con etichetta apposta sull'originale, vengono registrati nel software i dati del fiduciario e viene caricata sul sistema la copia scannerizzata. La procedura termina con la consegna della copia protocollata della DAT al cittadino e la conservazione del documento originale. L'intero progetto di Regione Toscana è in linea con quello nazionale, mentre solamente altre due Regioni (Puglia ed Emilia-Romagna) si sono attivate ma con visioni diverse. L'Assessorato Regionale alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna ha dato disponibilità all'inserimento delle Disposi-

zioni Anticipate di Trattamento nel fascicolo sanitario elettronico, così come il Consiglio Regionale della Puglia ha approvato a maggioranza la Legge 1 del 21/01/2019, *Disposizioni per l'attuazione della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento)*, stabilendo all'art. 3 la registrazione con apposito codice sul fascicolo sanitario elettronico. Tuttavia a oggi entrambi i percorsi non sono stati attivati. Considerato che il Decreto regolamentare del 10 dicembre 2019, che definisce i contenuti informativi della banca dati nazionale, è stato pubblicato proprio in questi giorni nella Gazzetta ufficiale n. 13 del 17 gennaio 2020, la Regione Toscana farà partire a breve la campagna d'informazione a tutti i cittadini toscani e la conseguente raccolta delle DAT nelle strutture sanitarie individuate. Hanno collaborato: la Dott.ssa Anna Salvini, Segreteria di Direzione Generale AUSL Toscana-Centro, Firenze; il Dott. Leonardo Pasquini, responsabile CUP call center AUSL Toscana-Centro, Firenze. andrea.belardinelli@regione.toscana.it

Il Direttore Sanitario nelle strutture private di ricovero e ambulatoriali

di Alberto Appicciafuoco, Maria Cristiana Ricci, Laura Ombroni

Gli autori analizzano i molteplici aspetti della complessa attività dei medici di Direzione Sanitaria nelle strutture private di ricovero e ambulatoriali alla luce della normativa regionale e nazionale e con riguardo anche all'ambito odontoiatrico.

Parole chiave:
Direttore Sanitario,
strutture private di ricovero,
legislazione, Regione Toscana

Premessa

Fin dalle origini della legislazione sanitaria italiana (la prima norma è l'art. 83 del Regolamento Generale Sanitario del 1901) per ottenere l'autorizzazione all'apertura di una struttura sanitaria (ambulatorio, laboratorio di analisi, casa di cura ecc.) è stata resa indispensabile la contestuale dichiarazione scritta di un medico di assunzione della responsabilità di Direttore Tecnico o Sanitario.

La stessa prescrizione è ripetuta in epoca più recente dall'art. 4 della legge 30 dicembre 1991 n. 412 che, nel prevedere che le Regioni possano stipulare convenzioni con istituzioni sanitarie private, stabilisce che

dette istituzioni sanitarie sono sottoposte al regime di autorizzazione e vigilanza di cui all'art. 43 della legge 833/1978 (legge istitutiva del SSN) e "devono avere un direttore sanitario o tecnico, che risponde personalmente dell'organizzazione tecnica e funzionale dei servizi e del possesso dei prescritti titoli professionali da parte del personale che ivi opera". L'evoluzione legislativa in materia ha poi demandato alle Regioni la disciplina dell'autorizzazione e della vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato.

In conclusione la struttura sanitaria privata si configura come impresa ai sensi degli artt. 2082 e segg. del Codice Civile, ed è quindi caratterizzata da un'imputabilità giuridica propria, con la conseguenza di una netta e chiara separazione tra una responsabilità imprenditoriale (che fa capo al Titolare della struttura), una responsabilità di tipo tecnico-organizzativo (che fa capo al Direttore Sanitario) e una responsabilità di tipo professionale, che fa capo all'esecutore della prestazione (il medico o l'odontoiatra).

Requisiti del Direttore Sanitario

Nella Regione Toscana la materia è disciplinata dalla legge regionale n. 51 del 05/08/2009 e s.m.i.

In particolare l'art. 11 di tale legge prevede che il Direttore Sanitario debba essere un medico in possesso della specializzazione in una delle discipline dell'area di sanità pubblica o equipollente, oppure aver svolto per almeno 5 anni attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie pubbliche o private.

Per sapere quali sono le specializzazioni afferenti all'area di sanità pubblica, bisogna fare riferimento al



ALBERTO APPICCIAFUOCO
Specializzato in Medicina Legale e delle Assicurazioni nel 1982, in Igiene e Medicina Preventiva nel 1986, in Direzione Sanitaria nel 1989, Direttore Sanitario della Struttura Privata Centro Oculistico Esente da gennaio 2018, Consigliere dell'OMCeO di Firenze per il triennio 2018-2020, Vicepresidente organizzativo ANMDO Nazionale 2015-2020

MARIA CRISTIANA RICCI
Laurea in Medicina e Chirurgia nel 1994 e specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva nel 1999 presso l'Università degli Studi di Firenze, Direttore Sanitario Casa di Cura Villa delle Terme Presidio Falciani e Marconi Villa delle Terme SpA - Società del Gruppo Korian

LAURA OMBRONI
Direttore Sanitario di Valdisieve Hospital, componente del Gruppo Tecnico Regionale dei Verificatori, coordinatore dei direttori sanitari Aiop, master di secondo livello in direzione medica di presidio ospedaliero, da sempre interessata e coinvolta nei temi della organizzazione gestione e valutazione dell'attività ospedaliera

decreto ministeriale del 30/01/1998 sulle equipollenze, che elenca le discipline di: Igiene, Medicina del Lavoro, Organizzazione dei Servizi Sanitari di base, Direzione Medica di presidio ospedaliero, Epidemiologia. Il medesimo articolo della legge regionale, tuttavia, prevede alcune eccezioni: ad esempio nelle strutture sanitarie monospecialistiche (ossia autorizzate per una sola branca specialistica), le funzioni di Direttore Sanitario possono essere svolte anche da un medico in possesso della specializzazione nella disciplina cui afferiscono le prestazioni svolte. È prevista un'eccezione anche per le strutture odontoiatriche, di cui si tratterà in seguito.

Compiti del Direttore Sanitario

Sempre l'art. 11 della legge regionale n. 51/2009 dispone che il Direttore

Sanitario “cura l’organizzazione tecnico-sanitaria della struttura sotto il profilo igienico-sanitario e organizzativo”. Il successivo regolamento di attuazione adottato dalla Giunta Regionale Toscana (DPGR n. 79/R del 17/11/2016) entra più nel dettaglio e all’art. 8 prevede gli specifici compiti del Direttore Sanitario, distinguendo fra le strutture di ricovero e quelle ambulatoriali.

Per le strutture di ricovero pubbliche e private, prevede che “il direttore sanitario svolge compiti e funzioni di direzione medica del presidio ospedaliero, in particolare: sviluppo e controllo della logistica degli ambienti sanitari; tutela dell’igiene degli ambienti; coordinamento e controllo della gestione dei rifiuti ospedalieri; gestione dei provvedimenti da applicare in caso di malattie infettive diffuse; controllo delle infezioni ospedaliere; organizzazione dei turni di guardia e di reperibilità; organizzazione e controllo dei servizi alberghieri e della ristorazione ospedaliere; gestione della documentazione clinica in relazione all’accettazione amministrativa dei pazienti ricoverati; corretta conservazione della documentazione e consegna all’utente in caso di richiesta; supporto al monitoraggio dei flussi informativi nonché al controllo e monitoraggio della correttezza dei dati, del rispetto dei tempi di trasmissione e della loro completezza; verifica e analisi orientata al miglioramento della documentazione clinica; completezza delle informazioni di carattere sanitario fornite all’utenza; adempimenti in materia di farmacovigilanza e attività relative alla polizia mortuaria previste dalle norme vigenti”.

Per le strutture ambulatoriali, prevede che “il direttore sanitario favorisce l’integrazione operativa a garanzia della qualità e sicurezza delle cure mediante il coordinamento e il monitoraggio delle attività e delle funzioni trasversali di supporto, compresa la corretta conservazione della documentazione e consegna all’utente in caso di richiesta; il supporto al monitoraggio dei flussi informativi nonché al controllo e monitoraggio della correttezza dei dati,

del rispetto dei tempi di trasmissione e della loro completezza; la verifica e l’analisi orientata al miglioramento della documentazione clinica; la completezza delle informazioni di carattere sanitario fornite all’utenza.

Cura la redazione e l’applicazione del regolamento interno sul funzionamento della struttura e vigila sulla conduzione igienico-sanitaria.

Fornisce disposizioni per la prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza e controlla l’applicazione delle procedure redatte per le attività di sterilizzazione e disinfezione e lo smaltimento dei rifiuti sanitari.

È garante del rilascio agli aventi diritto delle attestazioni o certificazioni sanitarie previste, riguardanti le prestazioni eseguite dalla struttura”.

Responsabilità del Direttore Sanitario in materia di pubblicità sanitaria

Il Direttore Sanitario assume le responsabilità che gli provengono dall’appartenenza all’ordinamento professionale e su tutto ciò che abbia rilevanza deontologica e riflessi sul decoro e la dignità professionale, compresa la pubblicità sanitaria.

In tale ambito, ferme restando le norme di liberalizzazione introdotte dall’art. 2 del decreto legge n. 223 del 04/07/2006 (cosiddetto “Decreto Bersani”) convertito in legge n. 248 del 04/08/2006 e dal DPR n. 137 del 07/08/2012, è comunque necessario che la pubblicità informativa sia funzionale all’oggetto, veritiera e corretta, senza violare l’obbligo del segreto professionale e senza essere equivoca, ingannevole o denigratoria.

In proposito, l’art. 69 del Codice di Deontologia Medica attribuisce al Direttore Sanitario la responsabilità sulla correttezza del materiale informativo della struttura, che deve riportare il suo nominativo, come confermato e ribadito dal Consiglio di Stato con la sentenza n. 3467/2018.

Inoltre la recente legge n. 145 del 30/12/2018 all’art. 1 comma 525 rafforza i vincoli informativi, prevedendo che le comunicazioni pubblicitarie debbano contenere esclusivamente gli elementi funzionali a garantire la sicurezza dei trattamenti sanitari, esclu-

dendo qualsiasi elemento di carattere promozionale o suggestivo.

In caso di violazione la legge prevede sanzioni disciplinari da parte degli Ordini (nei confronti del Direttore Sanitario) e da parte dell’AGCOM (autorità per le garanzie nelle comunicazioni) nei confronti della struttura.

Impegno orario del Direttore Sanitario

L’impegno orario del Direttore Sanitario è disciplinato dall’art. 9 del Regolamento della Regione Toscana 79/R/2016, il quale prevede che per lo svolgimento delle funzioni di Direttore Sanitario o Tecnico sia garantito un orario congruo rispetto alle specifiche tipologie e attività.

Per le strutture private che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo nonché diurno per acuti e le strutture residenziali per la continuità ospedale territorio, la presenza del Direttore Medico è garantita dal lunedì al venerdì con il seguente impegno orario settimanale:

- posti letto fino a 50: almeno 18 ore;
- posti letto compresi tra 51 e 100: almeno 28 ore;
- oltre 100 posti letto: tempo pieno.

Per le strutture residenziali in fase post-acuta di riabilitazione funzionale, le strutture residenziali psichiatriche e le strutture terapeutiche per persone con disturbi da uso di sostanze e da gioco d’azzardo, la presenza del Direttore Tecnico è soggetta ai seguenti vincoli orari:

- 12 ore settimanali per le strutture residenziali con numero di posti letto fino a 60, eccetto le strutture terapeutiche per persone con disturbi da uso di sostanze e da gioco d’azzardo che svolgono esclusivamente attività semiresidenziale e quelle residenziali con un numero di posti letto inferiore a 30 ove non sono previsti vincoli orari di presenza, fatta salva la necessità di assicurare il buon funzionamento della struttura;
- 18 ore settimanali per le strutture residenziali con numero di posti letto compreso fra 61 e 100.

La presenza del Direttore Sanitario o Tecnico presso le strutture sanitarie private ambulatoriali è garantita in

base al volume dell'attività svolta e comunque per almeno il 25% delle ore di attività assicurate complessivamente dalla struttura. La funzione del Direttore Sanitario o Tecnico è comunque assicurata per tutto l'arco della settimana, anche attraverso la contattabilità, al fine di garantire il tempestivo intervento decisionale in caso di necessità. La normativa della Regione Toscana non prevede un limite allo svolgimento delle funzioni di direzione sanitaria presso più strutture, fermo restando che comunque deve essere garantito il rispetto dell'orario minimo di cui sopra presso ciascuna struttura. Tutto ciò trova però un limite per le strutture odontoiatriche, di cui si tratterà in seguito.

Incompatibilità

L'art. 9 del Regolamento Regionale n. 79/R/2016 al comma 4 stabilisce che la funzione di Direttore è incompatibile con la qualifica di proprietario, comproprietario, socio o azionista della società che gestisce la struttura sanitaria. Tuttavia, il successivo comma 5 stabilisce che tale incompatibilità non opera per le strutture ambulatoriali monospecialistiche, per le quali è quindi consentito al proprietario della struttura di assumere anche la direzione sanitaria, se in possesso dei requisiti.

Inoltre, è evidente che il medico titolare di eventuali altri rapporti di lavoro, pubblici o privati, in regime di dipendenza o di convenzione, dovrà valutare la sussistenza di cause di incompatibilità con la funzione di Direttore Sanitario, sulla base del proprio contratto di lavoro.

Compenso

A seguito dell'abolizione del Tariffario, disposta dal decreto legge 223/2006, il

compenso del Direttore Sanitario non è codificato per cui vale la regola della libera contrattazione fra le parti, come in ogni ambito libero-professionale.

In ogni caso resta cogente il principio contenuto nell'art. 54 del Codice di Deontologia Medica, secondo il quale l'onorario deve essere commisurato alla difficoltà e alla complessità dell'opera professionale.

Inoltre, sempre l'art. 54 del Codice ricorda l'obbligo legale e deontologico di avere un'adeguata copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi connessa all'attività professionale. Per le strutture private di ricovero, un parametro di riferimento può essere rappresentato dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro Aiop.

Particolarità per il settore odontoiatrico

L'art. 11 della legge regionale n. 51/2009 prevede che nelle strutture monospecialistiche odontoiatriche le funzioni del Direttore Sanitario possano essere svolte anche da un laureato in Odontoiatria (ovviamente iscritto all'Albo degli Odontoiatri). Tuttavia la legge n. 124 del 29/08/2017 ha previsto l'obbligo per le strutture odontoiatriche private di dotarsi di un Direttore Sanitario iscritto all'Albo degli Odontoiatri, facendo diventare obbligatorio ciò che la Regione Toscana aveva previsto come possibilità, aggiungendo inoltre che è possibile svolgere questo incarico in una sola struttura.

Inoltre, la medesima legge stabilisce che nelle strutture polispecialistiche presso le quali è esercitata anche l'Odontoiatria, ove il Direttore Sanitario della struttura non abbia i requisiti richiesti per l'esercizio dell'attività

odontoiatrica (ad esempio sia un medico specialista in Igiene), deve essere nominato un responsabile per i servizi odontoiatrici iscritto all'Albo degli Odontoiatri.

Rapporti con l'Ordine Professionale

L'articolo 69 del Codice di Deontologia Medica prescrive al Direttore Sanitario l'onere di comunicare "tempestivamente all'Ordine di appartenenza il proprio incarico nonché l'eventuale rinuncia". Inoltre, il comma 536 dell'art. 1 della legge 145/2018 dispone che tutte le strutture sanitarie private siano tenute a dotarsi di un Direttore Sanitario iscritto all'Albo dell'Ordine territorialmente competente per il luogo nel quale le strutture abbiano la loro sede operativa. In buona sostanza, quindi, il Direttore Sanitario deve essere iscritto all'Ordine della Provincia in cui ha la sede operativa la struttura presso la quale svolge la sua attività.

Caso particolare delle Società tra Professionisti

Nelle Società tra Professionisti non è richiesta la presenza della direzione sanitaria in quanto sono gli stessi professionisti titolari i responsabili, così come avviene per gli studi associati, in cui il socio professionista è sia il responsabile dell'attività che l'esecutore della prestazione. Eventuali soci di capitale non professionisti sono per legge minoritari e quindi non possono interferire sullo svolgimento dell'attività professionale.

cristiana.ricci@korian.it

SITO INTERNET DEDICATO A TOSCANA MEDICA

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

Info: a.barresi@omceofi.it

Il Morbo di Parkinson si può combattere. Con la boxe

La Nobile Arte per un nobile gesto

di Maurizio Bertoni



MAURIZIO BERTONI

Specialista in Ortopedia e Traumatologia. Ha lavorato c/o IOT, Clinica Donatello, Clinica Villa Nova. Campi di interesse chirurgico Spalla e Ginocchio. Formazione chirurgica c/o il Massachusetts General Hospital di Boston e la Columbia University di New York. Ampia casistica chirurgica. Ruolo di Adjunct Professor dell'Università di Pittsburgh dal 2014 al 2017. Fondatore e Direttore del Training Lab, Centro di Riabilitazione a Firenze affiliato con il Dipartimento di Fisiologia dell'Università degli Studi di Firenze. Il Centro ha scambi di terapisti e ricercatori con università degli Stati Uniti e della Germania. Membro dell'International Associate Faculty Sports Medicine Research Institute dell'Università del Kentucky. Presidente dell'Associazione A.P.S. "Un gancio al Parkinson"

Il Morbo di Parkinson è una malattia altamente debilitante per i pazienti, dei quali può pregiudicare marcatamente la qualità di vita. Studi recenti mostrano con sempre maggiore evidenza l'utilità dell'esercizio fisico nel migliorare i sintomi della malattia. La ricerca ha evidenziato inoltre che l'esercizio, per essere efficace, deve essere di alta intensità. L'allenamento di boxe si è dimostrato utile nel migliorare molti dei *deficit* che i pazienti con Parkinson mostrano. Studi pubblicati mostrano tali risultati. A breve partirà un programma di studio, primo del genere in Italia, su un numero consistente di pazienti per valutare l'efficacia della boxe sui loro sintomi.

Parole chiave:

Parkinson, attività fisica, allenamento, boxe, neuroplasticità

Nel 1719 un pugile inglese di nome James Figg aprì a Londra la prima palestra di boxe intesa in senso moderno. Chiamò l'attività della boxe la *Nobile Arte*. Nel 1817 il medico Inglese James Parkinson pubblicò il saggio sulla malattia che ha preso il suo nome. Oggi questi due campi, la Medicina e la Nobile Arte, si incontrano per cercare di migliorare la qualità di vita dei pazienti affetti da questa debilitante patologia.

La malattia di Parkinson è un disturbo neurodegenerativo progressivo caratterizzato da tremori, rigidità posturale, bradicinesia e instabilità posturale. Questi segni motori possono avere conseguenze dannose su equilibrio, mobilità e qualità di vita nei pazienti affetti dalla patologia.

Ci sono prove di evidenza scientifica che forme tradizionali di esercizio, come *stretching*, aerobica ed esercizi contro resistenza, arrecano benefici per la salute e la qualità di vita dei pazienti. In alternativa, anche esercizi non tradizionali hanno mostrato risultati promettenti. Esempi di tali attività sono il tango, il *tai chi*, il *taiji* e lo *qigong*. Questi programmi si sono dimostrati in grado di migliorare l'equilibrio, la mobilità, la resistenza all'andatura e anche di avere un effetto positivo dal punto di vista psicologico ed emozionale.

Una forma non tradizionale di esercizio recentemente attivato per i pazienti con Parkinson è l'allenamento del pugilato. L'allenamento della boxe tradizionale è progettato in modo che i pugili abbiano sufficiente resistenza per la durata di tutti i *round*, con abbastanza forza esplosiva per portate i colpi e muoversi rapidamente all'interno del *ring*.

In combinazione con il *fitness*, l'allenamento di pugilato comporta movimenti di tutto il corpo, con gesti veloci per portare i colpi con le braccia e il gioco di gambe in più direzioni. Il gesto di portare i colpi combina movimenti delle braccia ad alta velocità con rotazione del tronco e aggiustamenti posturali anticipatori. Pertanto l'allenamento di pugilato può essere un'alternativa efficace per migliorare le funzionalità motorie nei pazienti con Morbo di Parkinson. Studi recenti dimostrano che l'esercizio fisico deve essere di intensità elevata per avere effetti evidenti sulla malattia.

Uno studio dell'Università di Pittsburgh (M. Zigmond) prospetta l'ipotesi che l'esercizio fisico intenso abbia capacità di stimolare i neuroni devoluti alla produzione di Dopamina. In un certo senso un effetto sulla neuroplasticità cerebrale.

Infine, per quanto concerne la nostra proposta, uno studio dell'Università di Indianapolis ha evidenziato come un allenamento di boxe eseguito per due volte alla settimana per un periodo di tre mesi migliori la qualità di vita di pazienti affetti da Morbo di Parkinson

di lieve e medio grado, e come i risultati si mantengano per 6 mesi dopo l'interruzione del trattamento.

Si è di recentemente costituita una Associazione no profit, *Un gancio al Parkinson* (www.ungancioalparkinson.org), con lo scopo di migliorare la qualità di vita dei pazienti affetti dal morbo.

Al suo interno è presente un Comitato Scientifico Internazionale che ha lo scopo di fare ricerca clinica sul meccanismo secondo cui il movimento migliora i sintomi della malattia e di trovare sempre più aggiornate terapie per tale fine.

Il Centro di riferimento dell'Associazione è il *Training Lab* (www.traininglabfirenze.it) dove attualmente viene svolta questa attività.

Sono stati elaborati protocolli di lavoro per validare metodiche di intervento riproducibili e quantificabili.

Il protocollo prevede:

- **Valutazione iniziale.**

Le valutazioni sono di tre tipologie:

- *test up and go*;
- *test* di stabilità statica su pedana Kistler (Figura 1);
- *test* di reattività visio-motoria con strumentazione Senaptec (Figura 2);

- **Riscaldamento (10').**

In questa fase l'obiettivo è quello di preparare il paziente per la fase centrale della seduta. L'attività proposta si concentrerà quindi sull'aumentare gradualmente la temperatura corporea attraverso esercizi di deambulazione e di mobilità attiva, inoltre l'intensità ancora contenuta permette di inserire esercizi che richiamano i movimenti fondamentali. Allo stesso tempo è necessario iniziare ad attivare il paziente anche dal punto di vista cognitivo attraverso esercizi coordinativi sia a corpo libero che con piccoli attrezzi. Per collegare questa fase di attivazione con la successiva vengono utilizzati esercizi di reattività che prevedono l'utilizzo della tecnica di base della boxe, in modo da portare gradualmente il paziente dal movimento generale a quello più specifico. L'attrezzatura usata in tale fase è rappresentata da piccoli manubri, palle medicinali, Bosu, palline da tennis.

- **Fase di lavoro specifico (40').**

In questa fase vengono scelti esercizi boxe specifici in coppia con l'istruttore o al sacco. L'obiettivo è quello di proporre un lavoro intermittente in cui il paziente, pur alternando le pause e i recuperi, riesca a mantenere un'elevata intensità. Generalmente sono presenti due blocchi da 15' all'interno dei quali questa alternanza tra lavoro e recupero viene gestita con un rapporto 2:1. Gli esercizi che compongono ogni blocco sono scelti non solo in base all'intensità richiesta dalla seduta, ma anche agli obiettivi cognitivi su cui focalizzare il paziente. Quest'ultimo, infatti, potrà cimentarsi sia con un lavoro di programmazione motoria attraverso l'esecuzione di combinazioni di colpi predeterminate e di difficoltà crescente sia con attività che coinvolgono la coordinazione alternata dei segmenti corporei nello spazio o la ritmizzazione attraverso il lavoro al sacco o con l'istruttore che indossa i "colpitori" (Figura 3), oppure con esercizi che richiamano la capacità di reagire correttamente a stimoli di varia natura controllando la risposta motoria attraverso i meccanismi di *feedback*. Infine, se la seduta lo richiede, possono essere inseriti circuiti che permettono al paziente di cimentarsi con più compiti contemporaneamente.

- **Defaticamento (10').**

La fase finale della seduta ha come obiettivo di riportare il paziente a uno stato di calma diminuendo gradualmente l'attivazione sia nervosa che muscolare. L'intensità e la difficoltà degli esercizi si abbasserà gradualmente passando dal controllo dinamico a quello statico, infine si sposterà alla mobilità e alla flessibilità. Vista la natura di questa fase, è possibile anche concentrarsi sul controllo della muscolatura profonda dell'addome e del diaframma attraverso esercizi di respirazione e vocalizzazione.

Il programma prevede, per avere una certa efficacia, almeno 2 sedute settimanali, per 3 mesi. Certamente, dato il carattere progressivo della malattia, questo programma andrebbe conti-



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

nuato per periodi più lunghi o quantomeno ripetuto periodicamente.

In autunno è iniziato uno studio su 20 pazienti che saranno trattati con i protocolli di riferimento per un periodo di 3 mesi e sedute bisettimanali. Lo studio sarà sotto la supervisione di specialisti neurologi di due Ospedali di Firenze che fanno parte del Comitato Scientifico dell'Associazione.

Lo studio sarà finanziato interamente dall'Associazione, pertanto sarà totalmente gratuito per i pazienti. Si tratterà del primo studio in Italia su questa metodica.

bertoni@traininglabfirenze.it

La pianificazione condivisa delle cure nel paziente complesso: un'esperienza narrativa

di Francesca Ierardi, Claudia Gatteschi, Fabrizio Gemmi, Alfredo Zuppiroli

Parlare di pianificazione condivisa delle cure, anche in un'ottica di fine vita, significa affrontare il cambiamento culturale che investe il significato e l'agire umano nei confronti della salute e della malattia. Per approfondire questi temi l'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana ha condotto un'indagine qualitativa su un gruppo di 20 pazienti in cura presso la Casa della Salute di Empoli.

Parole chiave:

pianificazione condivisa delle cure, paziente complesso, fine vita, indagine qualitativa, DAT

Trattare i temi legati alla pianificazione condivisa delle cure, anche in ottica di fine vita, non può prescindere dalla constatazione che stiamo vivendo un cambiamento culturale che investe, spesso con tempistiche differenti, il significato e l'agire umano nei confronti della salute e della malattia, della vita e della morte.

La legge 219/2017, contenente *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, dà specifiche indicazioni sulla pianificazione condivisa delle cure, contribuendo a portare questa tematica all'attenzione del dibattito scientifico.

A livello ideologico e normativo, quindi, la società appare pronta ad abbandonare un modello di cura paternalistico, ma lo è anche nell'agire pratico?

Partendo da questo quesito, l'Osservatorio Qualità ed Equità dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana ha condotto un'indagine qualitativa su 20 pazienti con un quadro diagnostico complesso, in un'età compresa fra i 65 e gli 85 anni, in cura presso la Casa della Salute di Empoli.

La condivisione del piano terapeutico, in special modo per un malato complesso che deve convivere anche per molto tempo con una (multi) morbosità cronica, comporta favorire la responsabilizzazione e la consapevolezza del malato sulle cure che sta ricevendo al fine di favorire una sua aderenza al trattamento e una migliore convivenza con la patologia. Allo stesso tempo nella pianificazione della cura appare altrettanto importante prendere in considerazione la possibilità che il paziente non abbia il desiderio di essere coinvolto e informato circa il suo stato di salute, i suoi cambiamenti e i trattamenti ricevuti. Di fronte a tali complessi quadri di co-morbidità cronica e alle spinte culturali ed etiche che mettono in discussione i tradizionali modelli di cura e di relazione tra curante e curato, gli stessi professionisti posso-



FRANCESCA IERARDI

Laurea in Scienze Sociali e Master in Percorsi e Strumenti di Ricerca nelle Scienze Sociali; dal 2009 funzionario di ricerca presso l'Osservatorio Qualità ed Equità dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, esperienza pluriennale nella valutazione dei percorsi assistenziali mediante l'analisi di materiale narrativo raccolto da pazienti, caregiver e professionisti socio-sanitari

CLAUDIA GATTESCHI

Psicologo, Osservatorio Qualità ed Equità, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Firenze

FABRIZIO GEMMI

Coordinatore, Osservatorio Qualità ed Equità, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Firenze

ALFREDO ZUPPIROLI

Consulente esperto, Osservatorio Qualità ed Equità, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Firenze

no trovarsi di fronte alla necessità di riscoprire modalità e strumenti più flessibili e complessi di presa in cura. La realtà raccontata dagli intervistati rimanda a un'immagine frammentata del percorso di cura, privo di una cabina di regia, cioè di un professionista chiaramente individuato e dedicato per fare da collettore tra le scelte cliniche definite per singola specialità di organo.

Sulla difficoltà di realizzare un piano terapeutico condiviso molto incidono le caratteristiche sociali, culturali e individuali dei pazienti.

In questo studio ci troviamo di fronte a un gruppo di grandi anziani e un sistema di riferimento valoriale ancorato ad aspetti concreti, tangibili della vita, dove poco o nessuno spazio trovano i concetti più astratti collegati alla volontà personale e all'autorealizzazione sui temi della salute, della vita e della morte. Viene fatto sovente riferimento ai fondamenti religiosi che preservano la vita, accettando

tendenzialmente con passività lo scarso benessere e quasi valorizzando il sacrificio. L'atteggiamento verso la salute è, tranne in casi isolati, a favore della cura sempre e comunque, non è accettabile scegliere di non curarsi, anche se la coesistenza di molti farmaci è percepita come fonte di disagio nella gestione quotidiana e talvolta negli effetti sullo stato di salute. La vita e la morte, come vivere, curarsi e morire, sono rimandati a una volontà esterna a sé, che, se sul piano spirituale è rappresentata da Dio, sul piano terreno è demandata al medico. L'atteggiamento fra gli intervistati è quello di non mettere in discussione quanto espresso dal curante. Dalle interviste emerge la conoscenza delle prescrizioni fatte dal medico, ma non una vera e propria consapevolezza sul piano terapeutico. La relazione medico-paziente viene descritta non tanto nei termini di condivisione, quanto piuttosto in quelli di comunicazione delle cure. Con il medico vi è quindi un rapporto reverenziale, tale – possiamo pacificamente ipotizzare – sia per la posizione che gli viene riconosciuta in virtù del ruolo professionale e

delle funzioni di cura sia per lo *status* sociale e culturale del gruppo di intervistati. Da ciò si evince come la possibilità di essere coinvolti nelle decisioni che riguardano la propria salute sia difficilmente contemplata dai pazienti intervistati.

Per tutti questi motivi è stato difficile indagare quanto il piano terapeutico tenga conto di aspettative e volontà del paziente.

È risultato inoltre difficile in questo contesto riuscire ad aprire un varco di riflessione sul tema della morte o di come gli intervistati intendono vivere le cure durante la loro vita se non facendo un costante riferimento a una volontà esterna a sé (medico e/o Dio).

La pianificazione e la condivisione delle cure appaiono lontane per questo gruppo di pazienti. Da un lato, la pianificazione presuppone la capacità dell'individuo di riflettere sul significato della vita come fluire dei giorni non solo in chiave quantitativa, ma anche qualitativa, nonché la cognizione di poter esercitare una volontà consapevole e una scelta in questo fluire; dall'altro, la condivisione implica una mutua respon-

sabilità nella scelta e quindi per gli intervistati la capacità di assumersi gli oneri di un ruolo attivo, propositivo e partecipe nelle decisioni sulla propria salute.

Forzare questa realtà alla condivisione effettiva di un piano di cura comporterebbe una mancanza di rispetto dei loro desiderata, intrisi da un sistema di valori che rimanda le scelte a decisioni che altri prendono per loro.

Questo studio fa quindi pensare che il passaggio dalla norma all'azione nella realtà non può essere immediato, poiché alcuni gruppi di popolazione non sono ancora pronti a questo cambiamento, che sarebbe incomprensibile e potrebbe equivalere a una vera e propria destabilizzazione nel proprio vissuto. Una violenza paragonabile a quella che purtroppo si esercita quando con atteggiamento paternalisticamente reticente non si informano e non si coinvolgono pazienti con caratteristiche demografiche e socio-culturali ben diverse da quelle della popolazione oggetto della nostra ricerca.

francesca.ierardi@ars.toscana.it

MASTER DI PRIMO LIVELLO IN TECNICHE MOTORIE NELL'APPARATO LOCOMOTORE

Il Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università degli Studi di Firenze organizza un master di primo livello in tecniche motorie nell'apparato locomotore.

Le iscrizioni sono aperte fino al 13 marzo 2020.

Per iscrizioni: www.UNIFI.it/UPLOAD/SUB/Master/1920/M_Dr-1245_TEC_MOTORIE.PDF. [HTTPS://AMMISSIONI.UNIFI.IT/](https://AMMISSIONI.UNIFI.IT/)

Il Corso ha un primo indirizzo didattico/pratico rivolto ai medici e lauree sanitarie e un secondo indirizzo per le sole lauree di scienze motorie.

Si prevede per entrambi gli indirizzi un seminario al mese da giovedì a venerdì nei mesi APRILE-DICEMBRE 2020.

Coordinatore del corso: prof. Roberto CIVININI, Prima Clinica Ortopedica CTO FI.

Comitato Scientifico: prof. Pietro Pasquetti, Primario fisiatra, prof. Christian Carulli, prof. Massimo Gulisano, Università degli Studi di Firenze e Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi Firenze.

Per gli aspetti pratici/tirocini: dott. Paolo Forni, FKT Iginio Furlan SIOTEMA.

Obiettivo del corso: previa presentazione dei basilari aspetti clinici di importanti affezioni ortopediche è lo sviluppo di tematiche anche pratiche relative alla terapie manuali, con un particolare riferimento alle tecniche manuali osteopatiche.

Info sul bando UNIFI oppure scrivere a: pasquettip@aou-careggi.toscana.it

CARPE DIEM: la riscoperta del giro visita congiunto medico-infermiere

Indicazioni da uno studio pilota

di Valerio Verdiani, Beatrice Pisani, Luciana Cerratti, Romina Chechi

Negli ultimi anni, per vari motivi, ci si è progressivamente allontanati nella pratica clinica dal giro visita congiunto medico-infermiere. Dati della letteratura rilevano invece come esso sia elemento fondamentale per una migliore assistenza e cura dei malati ricoverati. L'infermiere è figura determinante nel giro visita purché ne sia parte attiva, con specifiche funzioni e con scambio di informazioni bi-direzionale medico-infermiere. Abbiamo eseguito uno studio pilota sulla base di tali considerazioni per verificare la fattibilità e le percezioni di soddisfazione ed efficacia di una più moderna interpretazione del giro visita congiunto.

Parole chiave:
giro visita, ospedalizzazione,
infermiere, intensità di cura,
assistenza

Introduzione

Il *giro visita* viene descritto come un processo clinico complesso o un periodo di comunicazione intra-ospedaliera formalizzata tra più figure professionali, durante il quale si opera una *review* della cura e un'assistenza (*care*) del paziente ricoverato.

L'interpretazione tradizionale del giro visita, come rilevato in studi internazionali, affidava al medico un ruolo primario mentre all'infermiere spettava un ruolo prevalentemente passivo. Questa modalità di procedura e gli importanti cambiamenti organizzativi ospedalieri degli ultimi anni hanno sempre più allontanato l'infermiere dal giro visita, tanto che in alcuni studi si è rilevata la sua presenza in non più del 30-50% dei casi. Herring *et al.* (2013), che hanno eseguito ricerche sull'argomento nel Regno Unito, sono giunti alla conclusione che *“la presenza di un infermiere è la chiave del processo denominato giro visita”*, e del resto è stato riportato che la mancata partecipazione degli infermieri al giro visita può portare a una peggiore *care* del paziente. Il *Royal College of Physicians* inglese e il *Royal College of Nursing* hanno stilato un documento comune incoraggiando a un nuovo approccio al giro visita come buona pratica clinica in grado di migliorare l'assistenza e la cura oltre che la sicurezza del paziente ricoverato.

Materiali e metodi

All'interno dell'Ospedale Misericordia di Grosseto, abbiamo identificato 2 *setting* di 24 posti letto ciascuno con pazienti assegnati alla



VALERIO VERDIANI

Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1987. Specialista in Medicina Interna, Cardiologia, Gastroenterologia. Ha lavorato per 7 anni nella Medicina-Pronto Soccorso dell'AOU Careggi di Firenze e per 13 anni nella Medicina Interna e d'Urgenza della stessa Azienda. Dal 2012 è Direttore della U.O. Medicina Interna di Grosseto

BEATRICE PISANI

Diplomata in Scienze Infermieristiche nel 1990. Master in Anestesia e Rianimazione nel 1998, Master in Coordinamento nel 2002. Ha lavorato come infermiere strumentista in sala operatoria di Chirurgia nel P.O. Misericordia di Grosseto fino al 2006. Dal 2007 infermiere coordinatore nei setting di Area Medica e dal 2011 Operation Manager in Area Medica nella stessa Azienda

LUCIANA CERRATTI

Laureata in Scienze Infermieristiche nel 1995. Master in Coordinamento nel 2008. Ha lavorato come infermiera dal 1996 al 1999 presso Ospedale di Biella, dal 1999 presso Ospedale di Grosseto nel reparto di Ortopedia e dal 2002 al 2015 presso Direzione infermieristica. Dall'ottobre 2015 infermiere coordinatore presso setting di Area Medica Ospedale di Grosseto

ROMINA CHECHI

Laureata in Scienze Infermieristiche nel 2005, facilitatore GRC dal 2013. Lavora come infermiera dal 2006 in setting di Area Medica Ospedale di Grosseto

U.O. Medicina Interna per avviare uno studio pilota sulla modalità di giro visita congiunto come suggerito dalle società scientifiche inglesi. I medici e gli infermieri, dopo un breve *briefing* nelle prime ore del mattino su eventuali problematiche urgenti, svolgevano separatamente alcune specifiche attività per poi incontrarsi a eseguire il giro visita congiunto.

Abbiamo ideato un acronimo (*CARPE DIEM*) (Tabella I) per identificare i punti in carico all'infermiere, che diventa quindi figura attiva del giro visita, con aspetti propositivi,

di informazione e comunicazione con il medico, mentre a quest'ultimo spettano la revisione della cartella clinica, la visita del paziente e le decisioni sull'*iter* diagnostico-terapeutico.

Ai pazienti dimessi veniva somministrato un semplice questionario (Tabella II) da riempire anonimamente che introducevano in un *box* apposito. Dopo 2 mesi di sperimentazione abbiamo somministrato un questionario ai medici e agli infermieri (Tabella III)

Risultati

I 73 pazienti che hanno risposto al questionario (Tabella II) hanno dato una risposta positiva (abbastanza o sì) nell'86%, 80%, 86% dei casi rispettivamente alla prima, seconda e terza domanda. Per quanto riguarda il questionario per infermieri e medici (Tabella III), hanno risposto "migliore" alla prima domanda il 73% degli infermieri e il 92% dei medici; "migliore" alla seconda domanda il 47% degli infermieri e il 69% dei medici; "migliore" alla terza domanda il 64% degli infermieri e il 62% dei medici. Alla quarta domanda hanno ravvisato una percezione di tempi morti o di perdita di tempo solo il 7% degli infermieri e l'8% dei medici. Alla richiesta di dare un giudizio complessivo sul giro visita congiunto seguendo la metodologia *Carpe Diem* una risposta positiva ("sufficiente" o "più che sufficiente") è stata data dal 73% degli infermieri e dal 92% dei medici (Figura 1).

Conclusioni

Rispetto all'assistenza operata separatamente da medici e infermieri o rispetto al giro visita tradizionale, il giro visita congiunto medico-infermiere strutturato secondo l'attribuzione di specifiche funzioni (*CARPE DIEM*) da esercitare in maniera attiva dall'infermiere e con comunicazione bi-direzionale al letto del paziente ha portato, secondo gli stessi operatori, una maggiore percezione di presa in carico del malato e maggiore soddisfazione

Catetere vescicale	Controllo e appropriatezza
Alimentazione	Update su come e quanto
Rischio cadute	Update con riguardo anche alla vigilanza
Parametri vitali	Update su PA, FC, FR, TC, Sat HbO2
Eliminazione	Update su alvo e diuresi
Dolore e decubiti	Controllo, update e prevenzione
Idratazione	Controllo e update entrate
Endovena	Update e controllo linee venose
Mobilizzazione	Update su quanto e come

Tabella I – *CARPE DIEM*: punti a carico dell'infermiere al letto del paziente durante il giro-visita congiunto.

Durante il giro visita del mattino	No	Poco	Abbastanza	Sì	Non saprei
Secondo lei, vi era collaborazione tra medico e infermiere?					
Ha avuto la sensazione di essere al centro delle loro attenzioni?					
Ritiene importante che il medico e l'infermiere siano entrambi presenti?					

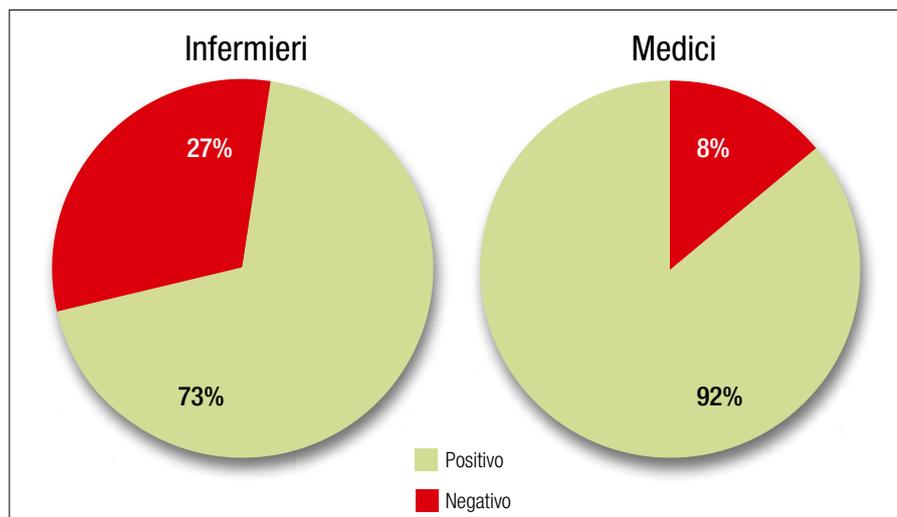
Tabella II – Questionario per i pazienti.

Rispetto al giro visita disgiunto, il Giro Visita congiunto medico-infermiere, adottando il metodo <i>CARPE DIEM</i> :			
	Peggior	Uguale	Migliore
Riguardo alla percezione di presa in carico del paziente			
Riguardo alla comunicazione e rapporto medico-infermiere			
Per quanto riguarda la soddisfazione professionale personale			
Per quanto riguarda la percezione di tempi morti o di perdita di tempo			
Che voto complessivo darebbe al giro visita secondo il metodo <i>CARPE DIEM</i> ?			
	Molto insufficiente		
	Insufficiente		
	Sufficiente		
	Più che sufficiente		

Tabella III – Questionario per medici e infermieri.

professionale, senza percezione di tempi morti o di perdita di tempo. Un miglioramento riguardo alla comunicazione e al rapporto inter-professionale è stato indicato dalla maggioranza dei medici e dal 50% degli infermieri. La stragrande maggioranza dei pazienti è apparsa soddisfatta indicando di aver avuto la sensazione di essere stata al centro delle attenzioni di medico e infermiere, di ritenere

importante la presenza di entrambi durante il giro visita del mattino, di avere percepito collaborazione tra i professionisti. Complessivamente gli operatori hanno dato in gran parte un giudizio positivo al giro visita congiunto così impostato, in misura maggiore i medici rispetto agli infermieri. I risultati dello studio confermano che il giro visita congiunto, in cui l'infermiere ne è parte attiva, ha diversi elementi



positivi e dovrebbe a nostro avviso essere incoraggiato al fine di un miglioramento della collaborazione medico-infermiere, della qualità delle prestazioni erogate e di quella percepita dal paziente.

Ringraziamenti

Un sentito ringraziamento alle coordinatrici, agli infermieri del setting K e del setting L e ai medici della U.O. Medicina Interna dell’Ospedale Misericordia di Grosseto per la collaborazione allo studio.

Figura 1 – Giudizio complessivo sul giro visita congiunto CARPE DIEM.

verdiani@fastwebnet.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)

Maggiori informazioni sul sito dell’Ordine

Cambio di indirizzo

Comunicare tempestivamente ogni variazione della residenza anagrafica o del domicilio, specificando chiaramente presso quale indirizzo si desidera ricevere la corrispondenza. *Modulistica sul sito dell’Ordine.*

Commissione Odontoiatri: Il lunedì pomeriggio su appuntamento

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

AMMI:- e-mail: ammifirenze2013@gmail.com – 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

DONNA X DONNA

10 bisogni femminili e le risposte delle specialiste, chirurghe plastiche e senologhe

di Giulia Lo Russo



GIULIA LO RUSSO
Ricercatrice Universitaria di Chirurgia
Plastica, Ricostruttiva ed Estetica,
Università degli Studi di Firenze.
Sods Chirurgia Plastica, CTO Firenze

Un gruppo di donne chirurghe plastiche e senologhe sostenute dalla SICPRE (Società Italiana di Chirurgia Plastica) e dalla onlus *Beautiful After Breast Cancer* si sono unite nel creare un manifesto d'informazione DONNA X DONNA in cui hanno risposto a 10 domande che le donne portatici di protesi, per motivi sia ricostruttivi che puramente estetici, hanno fatto e continuano a fare nella pratica clinica, soprattutto dopo l'esplosione, qualche tempo fa, dell'allarme *linfoma correlato alle protesi* macrotesturizzate, in particolare le Allergan, che sono state vietate in Francia e poi anche in Italia. È importante parlarne e spiegare bene al fine di ridimensionare questa paura, che effettivamente i giornali hanno contribuito a creare. Questo documento riesce a farlo.

Parole chiave:

protesi mammaria, linfoma, chirurgia plastica ricostruttiva, SICPRE

Cambiamo le priorità, partiamo dai dubbi e dalla paura delle donne di poter sviluppare un linfoma ALCL (anaplastico a grandi cellule) in prossimità dell'impianto mammario (protesi).

Abbiamo raccolto le singole richieste, le confidenze e i dubbi delle nostre pazienti e qui diamo voce ai 10 più sentiti quesiti femminili per rispondere in modo chiaro, corale e basato sulle evidenze scientifiche.

Vogliamo contribuire a un'informazione al femminile che supporti maggiormente le donne a fare scelte consapevoli e che le inviti a non trascurarsi e a monitorare la propria salute, sempre. Le donne rispondono alle donne, una a una.

1. *“Ho le protesi al seno, sono spaventata. Che rischio ho di contrarre il linfoma ALCL?”*

Si tratta di una malattia molto rara: in Italia il Ministero della Salute stima 2,8 casi su 100.000 pazienti e complessivamente oggi nel mondo sono stati diagnosticati 573 casi su circa 35 milioni di protesi mammarie impiantate; pertanto il rischio si rivela molto basso se paragonato al numero di protesi impiantate nel mondo nel corso degli ultimi decenni. Anche la recente conferenza mondiale sull'argomento (*1st World Consensus Conference on BIA-ALCL*, 6 ottobre 2019) ha confermato queste cifre. Si è evidenziata un'incidenza simile in Europa e negli Stati Uniti, una maggiore frequenza è stata riscontrata in Australia; a questo riguardo sono in corso ricerche sui diversi profili genetici dei soggetti coinvolti. Inoltre si tratta di una patologia linfoproliferativa con andamento clinico differente rispetto ai più comuni linfomi; la prognosi è generalmente favorevole



quando associata a una diagnosi precoce. Pertanto è utile e indispensabile sottoporsi ai controlli delle protesi mammarie ogni anno, così come già raccomandato dal chirurgo di riferimento. I controlli vanno mantenuti costanti negli anni, perché questa patologia compare più spesso a lunga distanza dall'intervento, anche dopo 7-8 anni, pertanto è importante non dimenticare mai di effettuare i controlli previsti per tutta la vita.

2. *“A causa della questione del linfoma ALCL mi sentirei più sicura levando le protesi, farei una cosa utile per evitare la malattia?”*

No. Non vi sono attualmente indicazioni a livello nazionale e internazionale a rimuovere le protesi in assenza di situazioni sospette come invece richiesto e attuato in occasione di altri tipo di protesi in passato (protesi PIP). Pertanto le protesi non vanno asportate di principio ma monitorate nel tempo. Questa forma di linfoma, oltre a essere rara, ha una prognosi favorevole quando è diagnosticata e prontamente trattata nelle prime fasi di sviluppo. Sono invece da considerare, piuttosto, i rischi connessi a un intervento chirurgico, evitabili dato che l'intervento non è necessario. Il consiglio è quello di sottoporsi con

regolarità a ecografie annuali e non trascurare segni o sintomi a livello mammario diversi dal solito.

3. “Ho le protesi mammarie, che indagini in più devo fare per consentire una diagnosi precoce in caso di insorgenza di questa patologia?”

È necessario effettuare un'ecografia mammaria all'anno per monitorare lo stato delle protesi con un radiologo dedicato alla senologia. La mammografia non fornisce indizi precisi su questa forma di patologia. L'ecografia, invece, è più specifica poiché può individuare un'eventuale raccolta fluida intorno alle protesi, che costituisce, se è di modesta entità, un fenomeno abbastanza frequente come reazione dell'organismo a un corpo estraneo e può essere presente fin dalle prime fasi postoperatorie. Se il fluido però compare a distanza di almeno un anno dall'operazione, è consistente e non è presente una condizione di infiammazione, è necessario provvedere all'aspirazione del liquido stesso, che va esaminato così come previsto dal percorso diagnostico e terapeutico dal Ministero della Salute. Va eseguita un'accurata analisi culturale e citologica, inclusa la ricerca delle cellule CD30 di cui tanto si parla nei *forum online*, oltre a quella di molti altri marcatori. È pertanto preferibile affidarsi ai centri di senologia detti anche *Breast Unit*.

4. “Ho una protesi mammaria e l'ecografia ha riscontrato la presenza di una ‘sottile falda fluida’ intorno alla protesi. Può essere il linfoma?”

Non basta e non deve essere la presenza di una sottile falda periprotetica ad allarmare. La falda può rappre-

sentare la conseguenza del comune processo infiammatorio intorno a un corpo estraneo. Si tratta di un reperto comune e la maggioranza dei “sieromi”, così si definiscono le falde liquide periprotetiche, anche imponenti e tardivi, non è correlata con questo tumore. La comparsa repentina e tardiva di asimmetria mammaria (differenza di volume tra le due mammelle) senza segni di infiammazione (febbre, rossore, tensione cutanea nella regione mammaria), nella maggior parte dei casi non è necessariamente espressione di questo tipo di patologia, ma, per sicurezza, si deve seguire un percorso diagnostico che preveda un'agoaspirazione per esame citologico e culturale del liquido.

5. “Ho le protesi al seno, questo linfoma dà sintomi a cui posso prestare attenzione io stessa oppure no?”

Questa patologia può essere inizialmente asintomatica, perciò è importante fare l'ecografia annualmente. Se però si evidenzia un aumento del volume del seno, una maggiore tensione e, soprattutto, un cambiamento del profilo mammario, l'indagine ecografica va ripetuta. Se risulta presente un sieroma consistente, è opportuno rivolgersi preferibilmente ai centri di senologia per impostare il percorso diagnostico previsto dal Ministero della Salute.

6. Se dalle indagini risulta molto probabile la diagnosi di linfoma, cosa si deve fare?

Se le indagini ecografiche, citologiche e di risonanza magnetica confermano la comparsa di questo tumore è necessario rivolgersi, qualora non fosse già stato fatto, alle *Breast Unit* per terminare lo studio preoperatorio secondo le indicazioni del percorso diagnostico e terapeutico del Ministero della Salute. Si procede poi alla rimozione delle protesi comprendendo anche la capsula periprotetica. Si può poi procedere all'effettuazione di una mastopessi senza l'uso di ulteriori protesi, oppure utilizzare l'impianto di grasso; è ancora controverso l'inserimento di protesi di tipo liscio.

7. “Ho le protesi di silicone del tipo ‘testurizzato’ di cui si parla a proposito di linfoma. Devo levarle? Vanno sostituite con quelle di tipo ‘liscio’?”

No, non è necessaria la rimozione e le nostre scelte chirurgiche non cambiano. C'è invece la necessità, come per tutte le pazienti con protesi mammarie, di effettuare annualmente l'ecografia mammaria, che va eseguita con un radiologo dedicato alla senologia. Nel caso in cui si presenti un sieroma consistente e a distanza di almeno un anno, ovviamente, sarà imperativo lo svolgimento del percorso appropriato, a partire dall'esame citologico del siero rivolgendosi preferibilmente a una *Breast Unit*.

8. Ho le protesi di silicone della stessa marca di quelle ritirate recentemente dal commercio in Italia. Devo levarle?

No, non è necessario eliminarle né sostituirle. In passato sono state richiamate le pazienti che avevano protesi di silicone di marca PIP per sostituirle, ma allora si trattava di dispositivi fallati durante la fabbricazione. Attualmente invece non c'è alcuna evidenza in relazione al linfoma che ci indichi la necessità di sostituzione o l'asportazione dei dispositivi protesici. Il linfoma è una malattia rara e la prognosi favorevole. Il nostro atteggiamento non cambia, non è indicata alcuna sostituzione ma semplicemente e prudenzialmente un monitoraggio clinico e con gli esami (sulla base di un'ecografia annuale effettuata da uno specialista dedicato alla senologia).

9. “Devo fare la mastectomia per tumore al seno e mi è stata proposta la ricostruzione con protesi. A che rischi vado incontro? Meglio rinunciare?”

A oggi non esiste alcuna evidenza che controindichi l'impiego delle protesi a scopo ricostruttivo. Noi non abbiamo cambiato il nostro atteggiamento terapeutico. Come da protocollo, non vanno trascurati i controlli clinici e strumentali annuali o più frequenti, se richiesto. Le pazienti oncologiche de-



vono essere seguite nei centri di riferimento con monitoraggi regolari.

10. "Pensavo di rifarmi il seno che non mi piace più. A questo punto è meglio rinunciare per prevenire il linfoma?"

Non bisogna rinunciare alle proprie esigenze poiché non ci sono evidenze che controindicano l'uso delle protesi

mammarie. Però è utile ricordare che spesso le donne che si sottopongono alla mastoplastica additiva si trascurano di più, e non si ripresentano ai controlli negli anni successivi. Questo non dovrebbe accadere di prassi perché non vi sono controindicazioni a eseguire i periodici esami di prevenzione anche alla luce di questo nuovo rischio. Il linfoma

è una patologia curabile se trattato nelle prime fasi di sviluppo. Perciò controlli rigorosi con lo specialista vanno eseguiti annualmente nel corso della vita.

Per maggiori informazioni si rimanda al sito del Ministero della Salute: www.salute.gov.it

giulialorusso70@gmail.com

In ricordo di Mario Ciampolini

Il professor Mario Ciampolini è spirato serenamente a Villa Gisella, circondato dai suoi cari, il 19 novembre scorso. La notizia della sua scomparsa ha lasciato nel dolore tutti quelli che, come me, lo hanno conosciuto e hanno potuto apprezzare le sue qualità di uomo e di medico. E per me, che ho avuto il privilegio di conoscerlo bene, di avere l'onore dell'amicizia, della frequentazione, dei bei viaggi insieme e di lavorare con gioia e profitto con lui, il compito di un ricordo per la comunità dei colleghi del nostro Ordine provinciale di Firenze.

Mario Ciampolini, nato a Pisa il 27 luglio 1933, ha diretto l'Unità di Gastroenterologia Pediatrica dell'Università degli Studi di Firenze per trentacinque anni, effettuando le prime diagnosi in Toscana di celiachia attraverso biopsie duodenali col metodo della capsula di Watson e ha fondato l'Associazione per la Malattia Celiaca in Toscana. Le sue indubbie capacità diagnostiche gli hanno sempre permesso di fare diagnosi non solo nei bambini, ma anche negli adulti.

Mario si è laureato in Medicina e Chirurgia nel 1958, ha prima lavorato per molti anni a Casellina come medico di base mutualista e poi, dal 1966, ha diretto l'Unità di Gastroenterologia nel dipartimento di Pediatria dell'Università degli Studi di Firenze, nell'ospedale Meyer. Dal 1983 è diventato professore di Pediatria e ha insegnato Gastroenterologia Pediatrica all'Università degli Studi di Firenze. Ha fatto le prime diagnosi di celiachia in Toscana nel 1978. Nel 2000 si è ritirato in pensione continuando interventi in numerosi congressi internazionali e producendo numerose pubblicazioni scientifiche.

Nel corso della propria carriera scientifica, dopo aver lavorato sulla diarrea infantile, ha progressivamente spostato la propria attenzione sugli effetti dell'introduzione calorica eccessiva su individui di tutte le età. Ha sviluppato un metodo originale per legare le sensazioni soggettive di fame alle misure oggettive del tasso glicemico, per aiutare ciascuno di noi a riconoscere correttamente cosa sia la vera "fame iniziale", un fattore essenziale per vivere una vita più sana. Ha dimostrato che limitare l'introduzione calorica non necessaria, o in altre parole effettuare i pasti solo quando la "fame iniziale" arriva, limita la crescita batterica nella mucosa intestinale, previene l'insulino-resistenza e l'infiammazione subclinica, il diabete alimentare, il sovrappeso e la malnutrizione, i disturbi funzionali (diarrea), la glicemia alta e bassa. La procedura ha consentito una normale crescita nei bambini e il mantenimento del peso corporeo nei soggetti magri.

Il professor Ciampolini era membro della Società Italiana per lo Studio della Pediatria, della Gastroenterologia pediatrica (SIGEP) e della Nutrizione Infantile, della Società per lo studio del comportamento ingestivo e dell'Associazione nordamericana per lo studio dell'obesità. È stato direttore della Società Italiana per lo Studio della Nutrizione Infantile. Nel 2000, ha fondato l'associazione no profit (ONLUS) Nutrizione e Prevenzione.

Ha pubblicato 130 articoli scientifici, di cui circa 50 sulla stampa internazionale. È stato consulente internazionale per *Appetite, Physiol & Behavior and Psychology Bulletin* e per *Medical Press*. Ha lavorato nel laboratorio di microbiologia al *Colindale Hospital* di Londra (1973) e alla *Cornell University* (NY, 1992). L'Università degli Studi di Firenze e Cornell (NY) hanno stipulato un accordo di collaborazione sul "Riconoscere la fame". Tre studenti sono venuti dal centro medico di Amsterdam per imparare il "riconoscimento della fame". Mario ha presentato i suoi risultati a Budapest (1974), Birmingham, Rimini e Vienna (1986), Buffalo NY (1988), Boston MA, Parigi e Bethesda MD (1989), Milano e Sacramento CA (1991), Princeton NJ (1992), Oxford (1993), Hamilton e Toronto (1994), Clearwater FL (1999), Filadelfia PA (2001), Santa Cruz CA (2002), Groningen (2003) dove ha presieduto la sessione dell'incontro annuale SSIB, Cincinnati OH (2004), Naples FL (2006), Parigi (2008). Nel 2008 ha partecipato presso l'Ordine di Firenze alla cerimonia delle "nozze d'oro" per i 50 anni dalla laurea.



Maurizio Funis

Il gruppo come strumento di intervento nella psicologia perinatale: l'esperienza del Consultorio della Piana di Lucca

di Patrizia Fistesmaire, Margherita Sergiampietri, Luigi Rossi



PATRIZIA FISTESMAIRE
Dirigente Psicologa, perfezionata in Psicologia perinatale e Responsabile di UF Consultoriale Zona Piana di Lucca, Azienda Usl Toscana Nord-Ovest

MARGHERITA SERGIAMPIETRI
Psicologa e Psicoterapeuta, Centro di Psicoterapia, Ctc Di.Re, Lucca

LUIGI ROSSI
Direttore di Zona Distretto Piana di Lucca

La nascita di un bambino inevitabilmente cambia prospettive e aspettative nei futuri genitori, che talvolta possono avere dei problemi a rapportarsi con la nuova condizione genitoriale. In questo direzione si sviluppa l'offerta del consultorio della Piana di Lucca.

Parole chiave:
psicologia perinatale, consultorio, gravidanza, genitorialità

Introduzione

In questi ultimi tre anni il Consultorio Piana di Lucca ha sviluppato la rete delle relazioni con il territorio ampliando l'offerta dei servizi attraverso collaborazioni significative. Il punto di forza, oggi, nasce proprio dal patto di alleanza con il territorio, dagli enti locali alle associazioni. Per questo si connota non solo come un luogo ma anche come uno spazio di transizione.

Organizzato in percorsi, dove la persona è al centro, il Consultorio sostiene la gravida con un'attenzione alla presa in carico a tutto tondo. Nel percorso nascita l'accompagnamento alla nascita si esprime in un'offerta integrata di contenitori di salute: dalla presa in carico ostetrica ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN), ai gruppi psicologici dal prima al dopo parto, ai percorsi di coppia, allo spazio papà fino ai percorsi di consultazione psicologica.

Il periodo della gravidanza è fondamentale per preparare la madre e il padre a sviluppare nel loro mondo mentale uno spazio adatto per riflettere sul bambino non ancora nato.

Nella società contemporanea, la nascita rappresenta un evento importante e di cambiamento sia per l'individuo sia per la coppia. Con l'arrivo di un figlio si riformulano nuovi assetti e adattamenti intervenendo sull'equilibrio preesistente, quando la coppia si trasforma in famiglia. Sorge la necessità di crescere e di sviluppare differenti dispositivi. Al contempo, diventare madre e padre significa trasformare la propria identità in modo sostanziale. Il cambiamento è profondo: dal modo di pensare e di immaginarsi al mondo delle relazioni e degli affetti.

In un momento di intensa trasformazione dei rapporti familiari e sociali, l'investimento di salute sul momento che precede la nascita di un figlio

rappresenta una scommessa di salute sul singolo, sulla famiglia, ma anche sulla collettività.

Il progetto

“Te lo dico di pancia” nasce dal desiderio di offrire supporto e contenimento ai processi psicologici che si attivano e si sviluppano dalla gravidanza alla maternità. Prepararsi ad accogliere un bambino e a sostenerlo nei primi passi della sua esistenza è molto importante per iniziare col giusto passo la vita da neo-genitori. Se è vero che madri non si nasce ma si diventa, è importante tenere conto del processo maturativo che durante la gravidanza raggiunge il culmine e che porta gradualmente la donna a poter diventare madre.

Per rispondere a questa esigenza il Consultorio Piana di Lucca si è attivato insieme al Comune di Lucca per rafforzare ulteriormente l'offerta di percorsi di accompagnamento alla nascita aderendo al Progetto *Lucca In - Interrelazioni in natura contro la povertà*.

All'interno del Consultorio è stata offerta la possibilità di creare gruppi di sostegno psicologico per le gravide prima e dopo il parto.

Il gruppo ha svolto una funzione di contenimento delle ansie e preoccupazioni rivolte alla maternità acco-

gliando più donne e rappresentando un punto di riferimento stabile e identificabile.

Dal 2018 a oggi sono stati attivati due gruppi di circa quindici donne ciascuno.

L'obiettivo era di configurarsi sia come un punto di riferimento per la presa in carico psicologica sia come un dispositivo di protezione per le situazioni di fragilità. Tutta l'*équipe* del Consultorio, gli operatori sanitari dei servizi dell'Ospedale e del Territorio, i Servizi Sociali, i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera scelta sono stati informati attraverso una comunicazione interna ed esterna rinnovata attraverso i media.

A tutte le donne è stata fornita una *brochure* del progetto consegnata dall'ostetrica insieme al libretto di gravidanza.

La caratteristica del gruppo è stata la flessibilità nell'accoglienza di nuovi ingressi pur mantenendo stabile il nucleo originario composto da cinque madri. Il primo gruppo si incontra ancora oggi con i bambini e accoglie ingressi transitori di neo madri nel periodo *post partum* che attraversano momenti di difficoltà.

L'esperienza delle donne nel gruppo

La presenza di future madri e di neo madri all'interno di un medesimo gruppo ha consentito di attivare un rispecchiamento importante.

Nel corso della gravidanza la donna, se sostenuta dal contesto di coppia e da quello ambientale, crea uno spazio fisico e mentale per il nascituro che contiene le rappresentazioni di sé come madre, del *partner* come padre e del futuro bambino.

Dall'analisi dei *verbatim* emerge da subito come il processo di "adattamento" alla maternità sia caratterizzato da sentimenti ed emozioni contrastanti. In gravidanza si registra una sorta di scollamento dalla vita ordinaria, i primi mesi spesso sono caratterizzati da malesseri fisici e da uno stato generale di sonnolenza, successivamente emergono episodi di veglia e *pavor* notturni: "*faccio sogni mostruosi, se li raccontassi fuori dal gruppo a persone non incinte mi*

sentirei una malata di mente" (Maria). Il cambiamento della fisicità, che spesso è fonte di angoscia, rende anche difficile riposare: "*ero abituata a dormire a pancia in giù e ora... non dormo più*" (Sara). Questo rappresenta il vissuto di inquietudine della gravida, che fatica mentre gli altri si attendono che lei si senta puramente felice. In contrapposizione le vite delle altre persone proseguono come sempre: "*sono alienata, non riesco a dormire la notte e il giorno, quando gli altri mi parlano non seguo le loro frasi. Solo a vederli parlare mi gira la testa*" (Elisa).

Emotivamente, complici anche gli ormoni, le reazioni agli eventi che accadono seguono binari differenti anche rispetto al vissuto precedente della donna: "*gli amici mi parlano del lavoro, delle loro cose..., ma io ora ho voglia di pensare a me. In questo momento riesco solo a pensare alla mia pancia, e venire al gruppo mi ha fatto sentire meno egoista, perché ho capito che è giusto abbia voglia di pensare a me e al mio piccolo*" (Serena). Ed ecco che ritagliarsi uno spazio di gruppo favorisce l'appartenenza a un nuovo *status*, dove l'egoismo significa il riconoscimento di una nuova condizione.

A livello psicologico la gravidanza rappresenta la creazione di una nuova vita e, in particolar modo per le primipare, di una nuova immagine di sé. Fin dal momento della scoperta dell'attesa, inizia un movimento psicologico che porterà alla nascita della propria idea di madre. È un percorso differente per ognuna, caratterizzato da grandi emozioni, dubbi, interrogativi: "*non mi sento mamma, perché non mi sento diversa da prima... quando accadrà sentirò di essere madre?*" (Laura), non di rado riemergono ricordi e dinamiche della propria infanzia, nel rapporto con i propri genitori: "*mi vengono in mente tanti ricordi di quando da piccola piangevo e l'unica cosa che mi calmava era l'odore della mia mamma... Se ci penso lo sento ancora...*" (Martina). Madri non si nasce al momento del concepimento, il modello di madre che si incarna è il risultato di un

lungo processo psicologico, potenzialmente inconscio, che ha radici nella propria infanzia, nell'esperienza di figli, nella cultura in cui siamo cresciuti e nella società in cui viviamo, oltre che nelle scelte consapevoli che facciamo. La gravidanza è il primo momento durante il quale si crea lo spazio in cui può emergere il materno inconscio e la donna fa i conti con la bambina che è stata. È un periodo di criticità emotiva che deve essere accolta e tutelata: "*mia mamma non mi guarda mai la pancia. Capisco che teme che dopo la trascurerò. Ha sempre tanto bisogno di sapere che la penso. Non vorrei essere così anch'io, ma parlando con voi ho realizzato che io sono consapevole che esiste questo rischio. Vorrà pur dire qualcosa!*" (Maria).

I cambiamenti nel gruppo

Il gruppo di condivisione è in questo senso una risorsa in più, la criticità emotiva non ha necessariamente esiti negativi, è una fragilità che deve essere accolta e elaborata. Quando Marshall (2005) parla di *baby blues* sottolinea in più occasioni il carattere transitorio del disturbo e l'utilità di creare reti di sostegno emotivo al fine di promuovere l'evoluzione positiva del malessere se non addirittura di prevenire la sua insorgenza.

Il percorso di "Te lo dico di pancia", attraverso gli incontri di condivisione, ce l'ha confermato: "*ogni volta che arrivo al gruppo mi sento sola e affaticata, quando esco mi sento fortunata e coccolata. Eppure semplicemente si fanno giusto due chiacchiere, buffo no?*" (Giovanna).

Ma proseguendo con gli incontri è emerso altro ancora: i momenti di condivisione sono risultati dei veri e propri attivatori di emozioni, di relazioni, di scambi di sguardi sulla vita, che stimolano benessere: "*quando sono a casa piango sempre, per tutto, senza motivo...vengo qui e rido per due ore... anche raccontando dei miei pianti!*" (Valeria). Si è creata una vera e propria comunità di mamme, in cui diventano possibili scambi di confidenze che prima non sembravano nemmeno pensa-

bili. Come afferma la psicologa, conduttrice dei gruppi: *“più volte, nei colloqui individuali, ho rassicurato donne preoccupate di sentirsi minacciate dalla condivisione della condiveisione, garantendo che nel gruppo potevano serenamente scegliere di non dare informazioni di sé che non volevano. E puntualmente mi sono ritrovata ad ascoltare le stesse, pochi minuti dopo, nel gruppo, raccontare i medesimi fatti, soddisfatte ed emozionate, mai dubbiose dell'accoglienza o intimorite dal giudizio”*.

Per mezzo del gruppo è stata addirittura pensabile una condivisione di latte. Nel corso di un incontro dopo la nascita del suo bambino, una mamma, che aveva scarsa produzione di latte ha lanciato l'idea di prendere il latte per il proprio piccolo da un'altra partecipante che parlava di fare la donazione: *“ci pensavo stamani, ci vorrebbe una mamma che conosco bene da cui prendere il latte-vero, vengo al gruppo e ti trovo – ride – non cre-*

devo nella mia vita avrei mai pensato una cosa simile, però al seno no, mi farebbe troppo strano – ridono” (Sara e Giulia).

La nascita del gruppo telefonico

Uno strumento nato dalla mente del gruppo è stato proprio una piattaforma telefonica condivisa. Dichiarata la psicologa che: *“il gruppo telefonico ha reso possibile scambiare informazioni e confrontarsi sui dubbi anche al di fuori degli incontri e riuscire in questo modo a mantenersi in contatto pure nel periodo in cui il percorso è stato interrotto per l'arrivo dei neonati. Il gruppo telefonico si è rivelato un ottimo strumento per stare vicine a tutte le neo mamme, comprese quelle che per vari motivi, fisiologici o organizzativi o altro, non riuscivano a partecipare fisicamente agli incontri. Attraverso la piattaforma rimangono nella comunità, possono chiedere ed esprimersi e il resto della comunità può sollecitarle,*

ascoltarle, sostenerle e a loro volta chiedere ed esprimere”.

Conclusioni

Questo ci mostra come il processo del percorso “Te lo dico di pancia” sia cresciuto, come le interazioni si siano trasformate in relazioni che mantengono la presenza dell'altro anche nell'assenza fisica e costruiscono quella rete sociale di supporto, obiettivo perseguito fin dalla progettazione del percorso.

La comunità di “Te lo dico di pancia” è cresciuta non solo in intensità di rapporti ma anche in numero.

Il percorso prosegue arricchito dalla presenza dei nuovi nati che via via si fanno sempre più partecipi ai colloqui, è incredibile vedere come con sempre maggior frequenza i neonati vengano consolati e trastullati dall'una o dall'altra mamma, a dimostrazione del fatto che si sta creando una famiglia allargata condivisa.

patrizia.fistesmaire@ushnordovest.toscana.it



Il regalo al medico

di Alberto Dolara



ALBERTO DOLARA

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

L'atto simbolico del regalo (dono) al medico, oggi oscurato da molteplici fattori negativi, può in realtà scaturire dalle nostre emozioni e dai nostri sentimenti verso chi con capacità professionali e amorevoli attenzioni ci prende in cura nell'incontro con la malattia. Lo regola il principio della reciprocità. Un gesto che fa uscire l'individuo da sé stesso, il "valore aggiunto" del dono è indipendente dal suo valore reale.

Parole chiave:

dono, regalo, medico, Kula, natale, Big Swap

In un tempo come quello odierno dominato da rapporti interpersonali molto estesi, ma troppo spesso virtuali e superficiali, l'atto del regalo (dono) ha ancora significato? Se riferito al medico al quale ci affidiamo per consigli e cure risulta oggi oscurato da molteplici fattori: l'impallidire della figura del dottore di famiglia come referente, la super specializzazione per cui il paziente si trova di fronte a una miriade di operatori sanitari, lo sviluppo di una medicina ipertecnologica e burocratizzata che pone in

secondo piano il contatto umano e ancora gli episodi di malasanaità enfatizzati dai media, i risultati talvolta contraddittori della scienza medica e la pressione economico-commerciale sull'attività sanitaria.

Nel nostro Paese vi sono anche motivazioni storiche; già nell'era mutualistica e successivamente con l'istituzione del servizio sanitario nazionale il paziente non paga direttamente al medico le prestazioni professionali, che sono finanziate indirettamente dallo stato, mediante le tasse. Il servizio sanitario nazionale viene considerato come un servizio "gratuito" allo stesso modo della scuola e dei servizi pubblici e non sono previsti regali per i ferrovieri o gli insegnanti. Tutto questo fornisce il substrato a una domanda lievemente provocatoria, ma ricorrente: "ma il medico non dovrebbe essere già gratificato dai risultati delle sue prestazioni senza bisogno di regali?".

L'economia e la logica non tengono tuttavia conto dell'arcipelago delle emozioni e dei sentimenti che sono dentro ognuno di noi nell'incontro con la malattia: timore, speranza, sollievo, gratitudine, vengono naturalmente proiettati verso le persone che con capacità professionali e amorevoli attenzioni ci prendono in cura. Da qui può anche scaturire l'atto del dono (regalo). Personalmente desidero ringraziare i pazienti che mi hanno gratificato e qualche volta commosso con i loro regali durante la mia lunga attività di medico. A mia volta, con vivo piacere, ho contraccambiato la professionalità e le attenzioni dei colleghi ai quali mi sono rivolto come paziente.

Regalo o dono? La parola *regalo*, di origine recente, proviene dalla lingua spagnola del XVI secolo, ed essendo correntemente usata per ogni evenienza, viene qualche volta riportata in vicende che hanno scar-

sa o nessuna attinenza con l'etica. Dono è una parola antica, di origine indoeuropea, evoca una qualche sacralità dell'atto, ha una filiazione in donazione, attività benefica e diffusa anche in medicina. Tuttavia, si tratti di regalo o dono, nell'accezione del termine è insito il principio della reciprocità, dell'interscambio senza il quale le conseguenze possono essere negative. Perché i Greci avrebbero dovuto lasciare in dono un cavallo di legno sulla deserta spiaggia di Troia? Il verso virgiliano "*Timeo danaos et dona ferentes*" trova del resto riscontro nel detto popolare odierno "nessuno regala niente per niente". Un invito alla prudenza, qualche volta utile nella vita pratica...

Mentre per il valore simbolico-religioso del dono è sufficiente ricordare i doni al Bambino riferiti dal Vangelo, meno conosciuti sono i significati economici e politici. Li ha illustrati Marino Niola, antropologo, in un articolo pubblicato su La Repubblica nel 2015, intitolato *Quando il dono diventò la base dell'economia*, con due esempi che provengono da attività umane molto diverse tra loro, la *Kula* degli abitanti delle isole Trobriand dell'oceano Pacifico e il *Big Swap* degli odierni cittadini degli Stati Uniti. La *Kula* è stata studiata da Bronislaw Malinowski, un giovane antropologo polacco che si trovava nel 1915 in Australia allo scoppio della I guerra mondiale. Come sudito dell'impero austroungarico, e

quindi cittadino di un paese nemico, gli sarebbe toccato l'internamento in un campo, ma riuscì a convincere le autorità australiane a confinarlo nell'arcipelago delle Trobriand, oggi isole Kiriwina, dal quale non c'era pericolo che fuggisse. Questo gli permise di proseguire le sue ricerche sugli usi e i costumi delle tribù di questi atolli corallini che si trovano nel Pacifico occidentale, tra la Nuova Guinea e le isole Salomone.

Malinowski fu attratto in particolare da un circuito di scambi, denominato appunto *Kula*: gli indigeni affrontavano traversate oceaniche lunghissime e piene di pericoli a bordo delle loro piroghe per portare agli abitanti di isole lontane doni consistenti in collane e braccialetti di conchiglia.

Una generosità incomprensibile e un coraggio ai limiti dell'incoscienza, visto che a viaggiare su quelle acque tempestose e infestate di squali era una bigiotteria senza valore. Questi ornamenti da poveri venivano poi a loro volta portati nell'isola più vicina da chi li aveva ricevuti, i quali a loro volta prendevano il mare per andare a farne omaggio agli abitanti di altre terre. Per molti economisti occidentali la *Kula*, descritta da Malinowski nel suo capolavoro *Gli argonauti del Pacifico occidentale*, pubblicato nel

1922, rimaneva un rompicapo, non riuscivano a trovare senso in un comportamento tanto irrazionale, senza che vi fosse un guadagno.

In realtà la ragione di quella fatica, apparentemente inutile, non stava nel valore d'uso degli oggetti, bensì nel loro valore di scambio. Che si fondava soprattutto sulle alleanze e *partnership* prodotte da quel circuito di reciprocità. Il dono insomma funzionava come un contratto sociale, facendo di tante popolazioni straniere, lontane e potenzialmente nemiche, un vero e proprio sistema. Una federazione che metteva in moto una rete di relazioni sovralocale. Dalla quale non si usciva mai. Infatti i Trobriandesi dicevano con orgoglio che "l'appartenenza al *Kula* è per sempre".

Marino Niola così conclude il suo articolo, commentando la girandola di doni e controdoni che caratterizzano il Natale e che gli americani chiamano *Big Swap*, il grande scambio. "Si tratta di un messaggio importante anche per quelli che *"nessuno ti regala niente per niente... Un circuito cerimoniale che tiene in equilibrio reciprocità e gratuità, generosità e socialità, obbligo e piacere.*

Col risultato di riaffermare il principio dell'utile, ma proiettandolo su un piano più generale, e soprattutto

meno egocentrico.

Perché quel che regaliamo oggi ci verrà restituito in qualche modo con gli interessi. E non necessariamente da chi ha ricevuto.

Come dire che il dono è la forma più sottilmente disinteressata del profitto, perché è l'origine stessa del legame sociale, il gesto primario, incondizionato e gratuito che fa uscire l'individuo da sé stesso e lo lega agli altri in una rete che assicura scambio protezione, solidarietà.

E di conseguenza anche guadagno. Non è un caso che le religioni nascano tutte da un dono fatto al dio. E che il dio ricambia. Ecco perché, perfino il nostro Natale consumistico, continua ad essere animato da quell'energia collettiva messa in moto dallo spirito del dono. Che anche se per pochi giorni all'anno, fa di quelle isole che noi siamo un solo arcipelago".

Sono affermazioni del tutto condivisibili, anche per quanto riguarda il regalo al medico e non credo sia necessario entrare in merito al valore del regalo.

Qualunque sia il suo "valore aggiunto", risulta già ben dimostrato dalle popolazioni che, a torto, consideriamo primitive.

elisa.dolara@tin.it

I numeri del cancro in Italia e in Toscana di Emanuele Crocetti

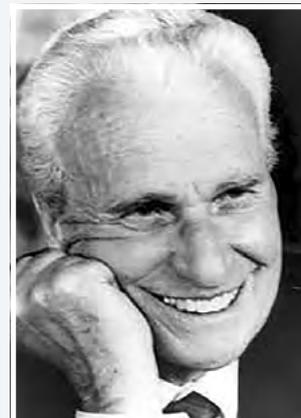
Nell'articolo di Emanuele Crocetti *I numeri del cancro in Italia e in Toscana nel 2019* pubblicato a p. 21 di *Toscana Medica* n. 10 dicembre 2019 è stata inserita una Tabella errata. Pubblichiamo quella corretta inviata dall'autore.

Tumore	Sesso	Casi incidenti		Decessi		Casi prevalenti		Sopravvivenza	
		Italia	Toscana	Italia	Toscana	Italia	Toscana	Italia	Toscana
Totale	U e D	371.000	24.900	179.502	12.179	3.460.025	190.562	54; 63	56; 65
Stomaco	U e D	14.300	1.250	9281	763	81.384		32	32
Mammella	D	53.000	3.500	12.616	732	815.002	41.567	87	88
Colonretto	U e D	49.000	3.600	19.575	1.233	481.719	31.644	65	68
Prostata	U	37.000	2.900	7.540	504	471.108	24.080	92	92
Polmone	U e D	42.500	2.650	33.838	2.405	106.915		16	16
Melanoma	U e D	12.300	1.100	2.028	146	160.544		87	88
Cervice	D	2.700	210	509	35	57.000		68	61
Vescica	U e D	29.700	2.250	6.230	470	277.212	12.951	79	

Tabella I – Dati Airtum sul numero di tumori in Toscana: stima casi incidenti (nel 2019) e prevalenti (2019 Italia e 2015 Toscana), decessi oncologici (Istat 2016) e sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi per il totale dei tumori e per alcune delle forme principali (casi incidenti 2005-2009).

INTITOLATA A LUIGI TONELLI UNA PIAZZA A FIRENZE VICINO ALL'OSPEDALE DI CAREGGI

Pubblichiamo l'intervento del figlio Francesco in occasione della cerimonia di intitolazione della piazza fiorentina al padre Luigi.



Luigi Tonelli nacque il 22 novembre 1914 a Reggio (RE) e trascorse l'infanzia e la giovinezza a Livorno, città che gli sarebbe rimasta nel cuore per il resto della vita.

Quei tempi trascorsi nuotando lungo gli scogli del Molo Novo, remando lungo i canali della Venezia o tirando di scherma nella palestra Fides sotto la rigida disciplina di Nedo Nadi gli servirono a forgiare non solo il fisico, paragonato da Luisa Adorno a quello di un eroe omerico, ma anche e soprattutto il carattere. Rimase in lui sempre pronto il gusto della sfida, la volontà tenace di raggiungere nuovi traguardi, la capacità di osare, il desiderio di primeggiare, una grande capacità di applicarsi e di lavorare tenacemente per raggiungere gli obiettivi desiderati.

Una cosa non faceva parte del suo carattere: la superbia. Era anzi schivo, portato alla modestia anche per un'innata timidezza, restio a gloriarsi, pronto invece a sminuire le proprie grandi capacità. Sempre vicino alle persone umili e semplici, portato ad ascoltarle e ad aiutarle disinteressatamente.

Assoluta la sua intransigenza di fronte ai doveri della professione intesa come disciplina clinica e ricerca della verità scientifica. Non apprezzava i furbi e gli sfaticati ma dall'alto di una cristallina onestà intellettuale, di una profonda umanità e di una giornaliera dedizione che non badava ai giorni festivi o alle ferie insegnava come spetti al chirurgo, oltre alla cura del malato, stabilire la verità scientifica, approfondire le conoscenze patologiche e migliorare anno per anno i risultati.

Certo aveva una fede assoluta nella potenza della Chirurgia ma sapeva bene quando osare e quando era inutile correre rischi perché la malattia, spesso quella del cancro, era troppo avanzata.

Queste doti lo hanno portato a una vita di sacrifici, difficile e lunga, sicuro tuttavia del risultato finale.

Cominciò la sua carriera di chirurgo tardi, dopo una lunga attività di anatomopatologo.

La sua passione per l'inquadramento patologico e l'approfondimento diagnostico non si interruppe negli anni del dopoguerra, durante i quali si dedicò a ulteriori lavori monografici, completi ed esaurienti, con disquisizioni critiche, scritte in un chiaro e perfetto italiano (quella stessa chiarezza che era a lui abituale facendo lezioni o conferenze), sui tumori della notocorda, gli igromi, la sindrome del lobo medio e quella sindrome da lui identificata e che negli attuali trattati chirurgici viene definita come "di Tonelli", *la sindrome del legamento triangolare del polmone*.

Accanto a queste ricerche più dottrinali e di inquadramento nosologico, non prive di spunti di grande modernità rappresentati dalla ricerca di spiegazioni anche molecolari allora possibili solo con le colorazioni dei preparati istologici, si inserivano lavori sperimentali di fisiopatologia e di farmacologia: la ricerca sugli effetti rigenerativi della mucosa gastrica dopo vagotomia, la dinamica renale nella coartazione aortica, le variazioni della colinesterasi sierica nel decorso postoperatorio, i limiti e la tolleranza di chiusura delle vene cave nell'ipotermia profonda.

La sua carriera chirurgica universitaria si svolse in varie città italiane: nel 1954 fu professore di Patologia Chirurgica e Propedeutica Clinica nell'Università di Perugia; nel 1961-63 professore di Clinica Chirurgica nell'Università degli Studi di Pisa e dal 1963 al 1991 professore di Patologia Chirurgica prima e di Clinica Chirurgica poi presso l'Università degli Studi di Firenze. Eseguì circa 70.000 interventi (più di 8.000 a Perugia, 4.000 a Pisa, 60.000 a Firenze) di Chirurgia Toracica, Addominale e Vascolare.

Ebbe numerosi allievi che hanno ricoperto cattedre universitarie e primariati: Giovanni Allegra, Domenico Bertini, Camillo Cortesini, Giorgio Bucciarelli, Francesco Andreoli, Clemente Crisci e Paolo Bechi che sono stati docenti di chirurgia nell'Università di Firenze, Luigi Cancellotti primario a Marsciano e Bernardo Torchiana primario a Prato.

Continuò fino agli ultimi giorni della sua vita, spensasi il 15 maggio 2006 all'età di 92 anni, a studiare e a stimolare alla ricerca chi gli stava vicino. Per lui era chiaro che il chirurgo ha un grande vantaggio sullo scienziato di base che lavora confinato nel laboratorio: quello di confrontarsi giornalmente con problemi clinici cui dare una soluzione ed è quindi estremamente stimolato nel proporre progetti o nuove soluzioni che debbano però passare dalla verifica in laboratorio o dalla sperimentazione nell'animale.

Quindi sono i chirurghi a coinvolgere i ricercatori puri e oggi è essenziale che nel bagaglio culturale del chirurgo vi siano conoscenze di biologia molecolare o di genetica grazie alle quali è possibile capirsi e lavorare insieme.

Alla cerimonia che si è svolta lo scorso 18 dicembre per intitolare una piazza posta vicino ai luoghi dove Luigi Tonelli lavorò si attengono le parole pronunciate all'inizio del '900 da un illustre clinico chirurgo, il professor Enrico Burci, nell'occasione dell'inaugurazione del busto di un altro grande chirurgo, Francesco Colzi: *"Per noi sarà come un nume tutelare. Alle schiere degli studenti che accederanno alla Clinica per apprendere la Chirurgia verrà additato sovente affinché dalla sua memoria possiate trarre ispirazione a buone e utili cose e agli esempi di virtù e di lavoro che Egli ha lasciato possiate per il bene vostro e della società uniformare la vostra condotta"*.

Sarebbe bene che gli studenti di Medicina tenessero sempre presente il grande insegnamento che le figure mediche del passato possono dare loro.

Pubblichiamo la nota del Ministero della Salute relativa alla recente situazione sanitaria in Cina

OGGETTO: Polmonite da nuovo coronavirus (2019 – nCoV) in Cina

Il 31 dicembre 2019 la Commissione Sanitaria Municipale di Wuhan (Cina) ha segnalato all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) un cluster di casi di polmonite a eziologia ignota nella città di Wuhan, nella provincia cinese di Hubei. La maggior parte dei casi aveva un legame epidemiologico con il mercato di Huanan Seafood, nel sud della Cina, un mercato all'ingrosso di frutti di mare e animali vivi.

I sintomi più comuni consistono in febbre, tosse secca, mal di gola, difficoltà respiratorie: gli esami radiologici del torace evidenziano lesioni infiltrative bilaterali diffuse. Le informazioni attualmente disponibili suggeriscono che il virus possa causare sia una forma lieve, simil-influenzale, che una forma più grave di malattia. Una forma inizialmente lieve può progredire in una forma grave, soprattutto in persone con condizioni cliniche croniche pre-esistenti, quali ipertensione, e altri problemi cardiovascolari, diabete, patologie epatiche e altre patologie respiratorie; anche le persone anziane potrebbero essere più suscettibili alle forme gravi.

Il 9 gennaio 2020, il CDC cinese ha riferito che è stato identificato un nuovo coronavirus (2019- nCoV) come agente causale ed è stata resa pubblica la sequenza genomica. Il nuovo coronavirus è strettamente correlato a quello della sindrome respiratoria acuta grave (SARS). I coronavirus sono una grande famiglia di virus respiratori che possono causare malattie che vanno dal comune raffreddore alla sindrome respiratoria mediorientale (MERS) e alla (SARS).

Al 21 gennaio 2020, sono stati rilevati casi con storia di viaggi a Wuhan in altre aree della Cina, come Pechino, Guangdong e Shanghai. Anche la Thailandia, il Giappone e la Corea del Sud hanno segnalato casi. L'OMS ha convocato una riunione per valutare se l'epidemia rappresenta una emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale.

Recentemente le autorità cinesi e l'OMS hanno confermato che è stata dimostrata trasmissione da persona a persona e si sono verificati casi fra il personale sanitario. Le autorità cinesi hanno informato l'OMS di aver applicato le seguenti misure di sanità pubblica: • sono stati identificati e sottoposti a follow up i contatti stretti, inclusi gli operatori sanitari; • la Commissione Sanitaria Municipale di Wuhan ha effettuato una ricerca attiva dei casi ed è stata completata l'indagine retrospettiva dell'attuale cluster di pazienti; • il mercato ittico all'ingrosso di Huanan è stato temporaneamente chiuso e sono state effettuate misure di sanificazione ambientale e di disinfezione; • sono state implementate attività di comunicazione del rischio per aumentare la consapevolezza e l'adozione di misure di auto-protezione.

L'OMS sta monitorando attentamente la situazione ed è regolarmente in contatto con le autorità nazionali cinesi per fornire il supporto necessario. È stata predisposta una guida tecnica sul nuovo coronavirus, che sarà aggiornata quando saranno disponibili ulteriori informazioni. Attualmente, sono ancora in corso le indagini per valutare l'intera portata dell'epidemia. La città di Wuhan è un importante snodo di trasporto nazionale e internazionale. Sono necessarie maggiori informazioni per comprendere meglio le modalità di trasmissione e le manifestazioni cliniche di questo nuovo virus. La fonte di questo nuovo virus non è ancora nota. Pertanto, sarebbe prudente ridurre il rischio generale di infezioni respiratorie acute durante i viaggi verso o dalle aree colpite (attualmente la città di Wuhan): • vaccinandosi contro l'influenza almeno 2 settimane prima della partenza; • valutando la possibilità di posticipare viaggi a Wuhan non strettamente necessari; • evitando il contatto diretto con persone che soffrono di infezioni respiratorie acute; • lavarsi spesso le mani, soprattutto dopo il contatto diretto con persone malate; • evitando di visitare mercati ittici o di animali vivi; • evitando il contatto diretto con animali da allevamento o selvatici vivi o morti; • i viaggiatori con sintomi di infezione respiratoria acuta dovrebbero rispettare l'igiene respiratoria: evitare contatti ravvicinati, coprire starnuti e colpi di tosse con un fazzoletto, preferibilmente, monouso e lavare le mani.

Attualmente il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC) stima che il rischio di introduzione dell'infezione in Europa, attraverso casi importati, sia moderato.

L'Italia (aeroporto di Roma Fiumicino) ha tre voli diretti con Wuhan, e numerosi voli non diretti, il cui traffico di passeggeri dovrebbe aumentare in occasione del capodanno cinese. Come previsto dal Regolamento Sanitario Internazionale (2005) (RSI), presso l'aeroporto di Fiumicino è in vigore una procedura sanitaria, gestita dall'USMAF SASN, per verificare l'eventuale presenza a bordo degli aeromobili provenienti da Wuhan di casi sospetti sintomatici ed il loro eventuale trasferimento in bio-contenimento all'Istituto Nazionale Malattie Infettive L. Spallanzani di Roma. Il 20 gennaio 2020 è stata rafforzata la sorveglianza dei passeggeri dei voli diretti da Wuhan (e di ogni altro volo con segnalati casi sospetti di 2019 nCoV) che dovranno transitare nel canale sanitario, attivando gli scanner termometrici. I casi eventualmente positivi saranno sottoposti agli ulteriori controlli del caso ed eventualmente a isolamento, con attivazione della sorveglianza per gli altri passeggeri a rischio.

La scrivente Direzione ha predisposto materiale informativo da affiggere negli aeroporti per informare i viaggiatori internazionali e pubblica gli aggiornamenti inerenti all'evento sulla pagina "Eventi epidemici all'estero" del portale del Ministero della Salute (www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=813&area=Malattie%20infettive&menu=emergenze).

In base al RSI, eventuali nuovi casi devono essere tempestivamente segnalati alle autorità sanitarie nazionali e all'OMS specificando anche le relative informazioni su esposizione e decorso clinico.

A tale fine, si forniscono di seguito i criteri e le modalità di segnalazione dei casi di infezione da nCoV, condivisi con il DMI dell'Istituto Superiore di Sanità.

Devono essere considerati casi sospetti di nCoV le persone che rispondono ai criteri indicati nella definizione di caso (**Allegato 1**).

I casi sospetti di nCoV vanno visitati in un'area separata dagli altri pazienti e ospedalizzati in isolamento in un reparto di malattie infettive, possibilmente in una stanza singola, facendo loro indossare una mascherina chirurgica, se riescono a tollerarla. Il numero di operatori sanitari, di familiari e di visitatori ad un caso sospetto deve essere ridotto, e deve essere registrato.

Il personale sanitario che accudisce tali casi dovrebbe, ove possibile, essere dedicato esclusivamente a questi pazienti per ridurre il rischio di trasmissione.

Per motivi precauzionali, si raccomanda che il personale sanitario, oltre ad adottare le misure standard di biosicurezza, applichi le precauzioni per prevenire la trasmissione per via aerea e per contatto. In particolare, dovrebbe indossare: mascherina e protezione facciale, camice impermeabile a maniche lunghe non sterile e guanti. Qualora siano necessarie procedure che possono generare aerosol, la mascherina dovrebbe essere di tipo FFP2.

Dovrebbero essere utilizzati strumenti mono-uso e strumentazioni portatili (es. raggi X) per evitare di muovere il paziente. Se è necessario trasportare il paziente fuori dalla stanza di isolamento, usare percorsi predeterminati per minimizzare la possibile esposizione di personale sanitario, altri pazienti e visitatori.

Qualora il paziente venga posto in isolamento domiciliare, sia il paziente che i familiari devono essere istruiti per applicare le precauzioni standard di biosicurezza, quelle per prevenire la trasmissione per aerosol e per contatto.

L'OMS raccomanda di utilizzare i seguenti disinfettanti: • alcol etilico 70% per gli strumenti; • acqua, detergente comune e sodio ipoclorito o altro disinfettante, per la pulizia degli ambienti e delle superfici.

Si raccomanda la raccolta di campioni clinici di secrezioni respiratorie dal paziente per effettuare i test diagnostici (**Allegato 2**).

Diagnostica di laboratorio

La diagnosi molecolare può essere effettuata dai laboratori dei principali ospedali e/o individuati dalle Regioni su campioni clinici respiratori secondo i protocolli specifici di Real Time PCR per 2019-nCoV indicati nel link: www.who.int/health-topics/coronavirus/laboratory-diagnosics-for-novel-coronavirus, e in corso di validazione presso i laboratori internazionali di riferimento.

Si raccomanda inoltre l'invio di campioni clinici, per la conferma di diagnosi e segnalazione all'OMS, al Laboratorio Nazionale di Riferimento dell'ISS (WHO National Influenza Centre/NIC- ISS, Istituto Superiore di Sanità, viale Regina Elena 299 – 00161 Roma; tel. 06 49906135, flu-lab@iss.it), previo accordo e secondo le modalità riportate in **Allegato 2**.

Segnalazione

Secondo quanto stabilito dal Regolamento Sanitario Internazionale, devono essere segnalati tutti i casi che corrispondono alla definizione di caso sopra riportata entro 24 ore dalla rilevazione.

I casi devono essere segnalati a questo Ministero, Direzione Generale della Prevenzione sanitaria, (Ufficio 5 – Prevenzione delle Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale) e all'Istituto Superiore di Sanità (Dipartimento di Malattie Infettive), tramite la loro registrazione sul sito web: www.iss.it/Site/FLUFF100/login.aspx e copia dell'apposita scheda dovrà essere inviata a malinf@sanita.it e a sorveglianza.influenza@iss.it.

Oltre alle informazioni contenute nella scheda di notifica, devono essere raccolte anche le seguenti informazioni, per permettere l'attivazione di tutte le misure di sanità pubblica, incluso il rintraccio dei contatti:

- data di partenza del caso sospetto da Wuhan o da altre zone infette secondo gli aggiornamenti epidemiologici più recenti; • volo di ritorno in Italia (o compagnia aerea e itinerario) e aeroporto arrivo; • contatto telefonico del paziente o del medico curante.

Informazioni sulle misure di prevenzione e controllo delle infezioni, gestione dei casi clinici ed altri aspetti correlati al nCoV sono disponibili sul sito dell'OMS al seguente link: www.who.int/health-topics/coronavirus

Il contenuto della presente circolare potrà essere aggiornato in base all'evoluzione della situazione epidemiologica e delle conoscenze scientifiche disponibili.

Allegato 1

Definizione di caso provvisoria per la segnalazione

1. Infezione respiratoria acuta grave (SARI) in una persona, con febbre e tosse che ha richiesto il ricovero in ospedale, senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica ¹ (i medici dovrebbero prestare attenzione anche alla possibilità di presentazioni atipiche in pazienti immunocompromessi).

E uno qualsiasi dei seguenti: • storia di viaggi a Wuhan, provincia di Hubei, Cina, nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia; oppure • la malattia si verifica in un operatore sanitario che ha lavorato in un ambiente dove si stanno curando pazienti con infezioni respiratorie acute gravi, senza considerare il luogo di residenza o la storia di viaggi.

2. Una persona che manifesta un decorso clinico insolito o inaspettato, soprattutto un deterioramento improvviso nonostante un trattamento adeguato, senza tener conto del luogo di residenza o storia di viaggio, anche se è stata identificata un'altra eziologia che spiega pienamente la situazione clinica.

3. Una persona con malattia respiratoria acuta di qualsiasi grado di gravità che, nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della malattia, presenta una delle seguenti esposizioni: • contatto stretto ² con un caso confermato sintomatico di infezione da nCoV; oppure • una struttura sanitaria in un paese in cui sono state segnalate infezioni nosocomiali da nCoV; oppure • ha visitato o ha lavorato in un mercato di animali vivi a Wuhan, Cina [contatto stretto con animali (se la fonte animale viene identificata) nei paesi in cui il nCoV è noto che circoli nelle popolazioni animali o dove si sono verificate infezioni umane per presunta trasmissione zoonotica]³

¹ I test dovrebbero essere conformi alle linee guida locali per la gestione delle polmoniti acquisite in comunità. Esempi di altre eziologie includono *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* tipo B, *Legionella pneumophila*, altre polmoniti batteriche primarie riconosciute, virus influenzali e virus sinciziali respiratori.

² Per "contatto stretto" si intende: • esposizione dovuta ad assistenza sanitaria, compresa assistenza diretta a pazienti affetti da nCoV, lavorare con operatori sanitari infettati da nCoV, visitare pazienti o permanere nello stesso ambiente di un paziente con nCoV; • lavorare a stretto contatto o condividere la stessa classe con un paziente con nCoV; • viaggiare con un paziente con nCoV, con qualsiasi mezzo di trasporto; • vivere nella stessa casa di un paziente con nCoV.

Il collegamento epidemiologico può essere avvenuto entro un periodo di 14 giorni prima o dopo la manifestazione della malattia nel caso in esame.

³ Da aggiungere una volta/se la fonte animale è identificata come fonte di infezione.

Allegato 2

Raccolta e invio di campioni biologici per la diagnosi di laboratorio

Raccolta e conservazione di campioni biologici da pazienti sintomatici

I campioni biologici raccomandati per la diagnosi di laboratorio per il nuovo coronavirus sono prelievi di:

- alte vie respiratorie (es. tamponi nasofaringeo e/o orofaringeo, aspirato nasofaringeo)
- basse vie respiratorie, se possibile (es. sputum, aspirato endotracheale, lavaggio bronco- alveolare)

Si evidenzia che il risultato negativo di un test condotto su un singolo campione, soprattutto se prelevato dalle alte vie respiratorie, non esclude l'infezione. Pertanto si raccomanda un campionamento ripetuto nel paziente e l'inclusione di campioni dalle basse vie respiratorie nei casi di infezione grave e progressiva.

I campioni devono essere immediatamente trasportati in laboratorio e impiegati nella diagnosi molecolare. Eventuale conservazione di questi o parti residue va effettuata secondo le modalità riportate in tabella 1.

Si raccomanda inoltre la raccolta e conservazione di campioni di siero in fase acuta e in fase convalescente per eventuali ulteriori indagini sierologiche.

La raccolta dei campioni biologici deve avvenire adottando precauzioni e dispositivi di protezione individuale utili a minimizzare la possibilità di esposizione a patogeni.

Tabella 1. Tipologia e conservazione dei campioni biologici

Tipologia del campione	Trasporto al laboratorio	Conservazione	Commenti
Tampone nasofaringeo e orofaringeo	4°C	≤5 giorni: +4°C >5 giorni: -70°C	I tamponi dovrebbero essere raccolti nella stessa provetta per aumentare la carica virale
Lavaggio bronco- alveolare	4°C	≤48 ore: +4°C >48 ore: -70°C	
Aspirato (endo)tracheale o nasofaringeo, lavaggio nasale	4°C	≤48 ore: +4°C >48 ore: -70°C	
Sputum	4°C	≤48 ore: +4°C >48 ore: -70°C	Il materiale deve essere dalle basse vie respiratorie
Tessuto da biopsia o autopsia	4°C	≤24 ore: +4°C >24 ore: -70°C	
Siero (2 campioni: acuto e convalescente, 2-4 settimane dopo la fase acuta)	4°C	≤5 giorni: +4°C >5 giorni: -70°C	
Sangue intero	4°C	≤5 giorni: +4°C >5 giorni: -70°C	
Urine	4°C	≤5 giorni: +4°C >5 giorni: -70°C	

Fonte: <https://www.who.int/health-topics/coronavirus/laboratory-diagnostics-for-novel-coronavirus>

È possibile scaricare la circolare completa tramite il link:

https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2020/01/Circolare_polmonite_nCoV_Cina_22_01_2020_finale.pdf



**PROF. MANFREDO
FANFANI**
RICERCHE CLINICHE

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