

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. 2 febbraio 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

FEBBRAIO **2**

a pagina 2
DOMENICA 29 MARZO ORE 10
ASSEMBLEA ANNUALE ORDINARIA
DI TUTTI GLI SCRITTI



La Misericordia di Firenze

Silvio di Volo 1988

Il paziente emancipato



**My personalized
Breast Screening**



**Stress termico
e infortuni sul lavoro**



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





**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Firenze**

Via Giulio Cesare Vanini, 15 – 50129 – Firenze
Tel. 055.496522 – Fax 055.481045
Email protocollo@omceofi.it - PEC segreteria.fi@pec.omceo.it
Sito web: www.omceofi.it

Firenze, 07/02/2020 - Prot. n. 1559

**AGLI ISCRITTI ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE
tramite pubblicazione su Toscana Medica**

Oggetto: Convocazione Assemblea Annuale Ordinaria.

A norma degli artt. 23 e seguenti del DPR 05/04/1950 n. 221, è indetta l'Assemblea Annuale Ordinaria degli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze per il giorno sabato 28 marzo 2020 alle ore 6 in prima convocazione e per il giorno

domenica 29 marzo 2020 alle ore 10

in seconda convocazione, presso la sede dell'Ordine in Via G.C. Vanini 15 a Firenze, per discutere il seguente O.d.G.:

1. Relazione del Tesoriere e del Collegio dei Revisori dei Conti;
2. Approvazione Bilancio Consuntivo 2019;
3. Approvazione Bilancio Preventivo 2020;
4. Relazione annuale del Presidente.

Durante lo svolgimento dell'Assemblea verranno conferite le onorificenze agli iscritti che hanno compiuto il 50° anniversario della laurea durante il 2019 e nei primi quattro mesi del 2020 (laureati nel 1969 e nei primi quattro mesi del 1970).

Si ricorda che è consentita la delega ad uno degli iscritti all'Ordine, ma che nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe. L'eventuale delega deve essere apposta in calce al presente avviso di convocazione.

Cordiali saluti

LA PRESIDENTE

(PROF.SSA TERESITA MAZZEI)

FIRMA SOSTITUITA CON INDICAZIONE A STAMPA
AI SENSI DELL'ART. 3 D.LGS. 39/1993

Il/La sottoscritto/a delega il/la collega Dott. a rappresentarlo/a a tutti gli effetti all'Assemblea di cui al presente avviso di convocazione accettando fin da ora il suo operato.

Firma



Anno XXXVIII - n. 2 febbraio 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-firenze.it

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

Editore

Pacini Editore Srl - via Gherardesca 1 - 56121 Pisa
www.pacinimedica.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 Febbraio 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 personali", Lei ha diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, di consultare, far modificare o cancellare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista. Tale Suo diritto potrà essere esercitato semplicemente scrivendo a:
a.barresi@omceofi.it

Fondato da
Giovanni Turziani

In copertina
Silvio di Volo
Figura in movimento
Tempera grassa
su carta velina
mm 145x175
anno 1928



Teresita Mazzei



Simone Pancani



Antonella Barresi

EDITORIALE

- 4 L'amore ai tempi di COVID-19
T. Mazzei

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 5 La *Venerabile Arciconfraternita della Misericordia di Firenze*:
storia di un impegno secolare
R. Beconcini
- 8 Il paziente emancipato
G. Collecchia
- 11 Persone con alcol-dipendenza in trattamento:
la specificità toscana
A. Allamani e coll.
- 14 Le Medicine Complementari e Alternative:
riflessioni medico-legali
G.A. Norelli
- 17 Pediatri per l'allattamento materno
M. Pierattelli e coll.
- 19 Lo *screening* mammografico basato sul rischio individuale
della donna: lo studio europeo *My Personalized Breast Screening*
(My-PeBS)
F. Battisti e coll.
- 22 L'ansia scolastica in età evolutiva. Come affrontarla
S. Masetti e coll.

RICERCA E CLINICA

- 23 Gli antipsicotici *Long-Acting* di seconda generazione nella
terapia della schizofrenia: dal problema dell'aderenza al vissuto
soggettivo del paziente
G. D'Anna e coll.

CLIMA E SALUTE

- 26 Stress termico e rischio di infortunio nei luoghi di lavoro:
frontiere di ricerca e intervento alla luce del cambiamento
climatico
A. Marinaccio e coll.

LETTI PER VOI

- 28 C'era una volta: UN MOSTRO!
D. Lippi

29,30 RICORDO DI GIANFRANCO SCARSELLI E DI MANFREDO FANFANI

31 NOTIZIARIO

10,25 CONVEGNI E CONGRESSI

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

L'amore ai tempi di COVID-19

di Teresita Mazzei

In un famosissimo romanzo Gabriel Garcia Marquez narra una struggente e complessa storia d'amore durata una vita tra un uomo e una donna che, insieme a mille personaggi di eccezionale spessore, si muovono lungo il corso degli anni sullo scenario variopinto del Caribe, in un tempo sospeso tra immaginazione e realtà. Sullo sfondo della vicenda, la malattia che tutto pervade e dà il nome al libro, *L'amore al tempo del colera*. Accostare il romanzo di Garcia Marquez a quello che sta succedendo in questi mesi di allarme Coronavirus può apparire forse scontato però mai come oggi il mondo intero sembra assomigliare sempre di più a una piccola Magondo, la città immaginaria, iconica e conclusa, di *Cento anni di solitudine*, capolavoro indiscusso dello scrittore colombiano.

Eppure oggi, con evidenza purtroppo conclamata, il concetto di globalizzazione si accompagna anche a quello di malattia contagiosa e diffusiva, riportando inevitabilmente alla mente le paure globali legate, solo poco tempo fa, alla SARS e all'Ebola oppure, qualche anno più indietro, alla piaga dell'AIDS.

Pertanto, se da un lato può far sorridere la corsa all'accaparramento delle mascherine protettive, dall'altro meraviglia e preoccupa l'annuncio della prospettata

interruzione della produzione da parte di grandi fabbriche un po' dappertutto a causa della difficoltà di approvvigionamento di materie prime legate al caos mondiale dei trasporti.

Se poi da un lato si iniziano a considerare quasi a stregua di untori le persone solo in base al loro Paese di nascita e si invocano misure più o meno fantasiose a limitazione del danno, allora non sembrano poi così lontani i tempi in cui la Peste nera o l'influenza "spagnola" decimavano intere popolazioni a fronte della sostanziale impotenza di medici e strutture sanitarie dell'epoca. Indubbiamente COVID-19 (nome dato dall'OMS al famigerato virus) ha finito per condizionare a livello mondiale abitudini e comportamenti, riuscendo a mettere in crisi sistemi economici ed equilibri politici internazionali, come per esempio, nel caso delle polemiche tra Italia e Cina sull'abolizione dei voli tra i due Paesi decisa unilateralmente dal nostro Governo.

In una situazione così complessa di caos veramente globale le notizie, vere e purtroppo anche false, corrono veloci, spesso senza nessun filtro e talvolta prive di qualsiasi validazione scientifica o almeno di un accenno di elementare buon senso.

Per evitare che l'incertezza, alimentata da chiunque si ritenga "esperto" al pari dei famosi tecnici

da bar che discettano altisonanti di calcio, è fondamentale che i medici continuino a rappresentare un argine autorevole di certezza e credibilità, a qualsiasi livello, dai consulenti del Ministero agli esperti dell'Istituto Superiore di Sanità o degli ospedali di alta specializzazione, da coloro che lavorano negli aeroporti e scali marittimi ai medici di famiglia e pediatri di base quotidianamente impegnati a risolvere dubbi e placare ansie di pazienti e genitori.

Pur nella gravità innegabile della situazione, COVID-19 ci sta tuttavia offrendo la possibilità di recuperare buona parte del significato profondo della professione medica, in molte occasioni messo in disparte e scarsamente considerato, per ribadire con forza l'importanza fondamentale del nostro ruolo a garanzia della salute di tutti.

A testimonianza concreta e oggettiva di queste considerazioni mi piace ricordare, in una personale e forse non condivisibile graduatoria, il gruppo di lavoro dello Spallanzani di Roma che ha isolato il virus, il collega cinese morto per la malattia di oggi che per primo, Cassandra inascoltata, aveva dato notizia del pericolo e Carlo Urbani stroncato dalla SARS che lui stesso aveva identificato e classificato.

Riteniamo opportuno ricordare a tutti i colleghi che il ruolo di Toscana Medica è quello di diffondere informazione e stimolare il dibattito tra professionisti.

Non si tratta di una Rivista con referaggio, ma vuole essere luogo di riflessioni utili alla cultura medica

La Venerabile Arciconfraternita della Misericordia di Firenze: storia di un impegno secolare

di Riccardo Beconcini

per lo staff dell'archivio della Misericordia di Firenze



RICCARDO BECONCINI

Iscritto alla Misericordia di Firenze dal marzo 1970. Nel luglio del 1993 è chiamato dal Corpo Generale ad assumere la carica di Capo di Guardia. In quegli anni ha ricoperto svariati incarichi: Economo, Responsabile automezzi e Cerimoniere. Dal 2016 è responsabile dell'Archivio Storico della Misericordia di Firenze, coadiuvato dalla dott.ssa Barbara Affolter e dalla dott.ssa Laura Rossi

La Confraternita della Misericordia di Firenze, fondata nel 1244, è la più antica istituzione operante nel sociale sul territorio. Sensibile ai bisogni delle persone in difficoltà, si impegna in opere di soccorso adattando l'offerta dei servizi alle esigenze del momento. Vicina agli abitanti più fragili, offre a chi si avvicina alla sua storia nuove chiavi di lettura spesso sorprendenti.

Parole chiave:
storia di Firenze, solidarietà, volontariato, peste, prima ambulanza

La Confraternita della Misericordia di Firenze è nata oltre sette secoli fa per rispondere, in assenza di uno stato sociale, ai molteplici bisogni di una società urbana in forte espansione.

Fu la presenza di fra Pietro da Verona, chiamato nel 1244 a Firenze per contrastare la dilagante eresia catara, a richiamare l'attenzione di molti cittadini. Gli appassionanti sermoni del predicatore domenicano e il suo costante richiamo alla testimonianza dettero vita a una serie di iniziative fra le quali la fondazione di compagnie della fede con particolare devozione per la Vergine Maria. In questo contesto si inserì anche la nascita della Confraternita di Santa Maria della Misericordia votata a operare verso i bisognosi opere di evangelica misericordia.

Le prime notizie circa una sede stabile della Confraternita fiorentina risalgono al 1321 quando, in seguito a una raccolta fondi, i membri del sodalizio riuscirono ad acquistare una porzione di una casa-torre di proprietà della famiglia Adimari situata nell'omonimo vicolo.

Nel 1329 la Compagnia, grazie a una provvisione del Comune di Firenze che le permise di eleggersi propri "capitani", divenne un'istituzione pubblicamente riconosciuta.

Dopo la peste del 1348, che vide il sodalizio in prima linea nell'opera di soccorso, i fratelli decisero di ingrandire la loro sede operativa dotandola di un oratorio con rispettiva loggia, elegantemente decorata e chiusa da inferriate in ferro (oggi Loggia del Bigallo) (Figura 1).

Negli anni Venti del Quattrocento una confraternita sorella della

Misericordia, la Compagnia del Bigallo, il cui compito consisteva nell'amministrare luoghi di spedalità in tutto il territorio, ebbe delle forti difficoltà economiche. Per evitare il suo fallimento il governo fiorentino decise di intervenire obbligando la Misericordia, la cui amministrazione era in regola, ad assorbire il Bigallo in crisi decretando, nel 1425, l'unione delle due società e provocando, in questo modo, forti scontenti in entrambe. Infatti, qualche decennio più tardi, un nutrito gruppo di fratelli decise di staccarsi dal forzato sodalizio Misericordia/Bigallo per dare vita nel 1490 a una Nuova Misericordia definendola, nell'incipit dei rinnovati statuti, "più chalda nell'opere della misericordia et charità che mai fussi" (Statuti 1490).

Staccarsi significò anche abbandonare la bella e centrale sede con rispettivo oratorio e loggia e cercare una nuova residenza, impresa di non facile realizzazione visto che i fratelli non vollero allontanarsi da piazza Duomo. Pressati dalla necessità, decisero di prendere "a pigione" un locale di proprietà dell'arte dei Corrazzai in piazza del Campanile, a pochi passi quindi dalla sede appena abbandonata, e trasferirono lì masserizie e oggetti di utilità immediata.

Nel 1498 una nuova ondata di pe-



Figura 1 – Ricostruzione prospettica di Massimo Tosi della prima sede della *Misericordia* secolo XVI.

ste si abbatté sulla città e il Comune chiese alla rinnovata Compagnia di collaborare nelle attività di soccorso alla popolazione. La *Nuova Misericordia* rispose prontamente e, oltre a prendersi carico della gestione dei lazzaretti ai bordi della città, provvide all'organizzazione di tutta un'altra serie di servizi quali la sorveglianza dei "casi sospetti", la sepoltura dei morti di "morbo", la costruzione di capanne di legno come strutture di "isolamento" e altro ancora.

Nel 1525 i fratelli della Compagnia lasciarono le stanze precedentemente locate, rivelatesi insufficienti anche per la mancanza di un posto dove poter dir Messa, e si trasferirono nella vicina chiesa parrocchiale di San Cristoforo degli Adimari loro concessa da papa Clemente

VII. Lì i fratelli rimasero fino al 1575, anno in cui il granduca Francesco I de' Medici, accogliendo una richiesta del neo-eletto provveditore Simone di Nunziato Santini, assegnò alla Compagnia alcuni locali in un palazzo di fronte al campanile di Giotto dove ancora oggi la *Misericordia* risiede (Figura 2).

Nella peste del 1630 i fratelli del sodalizio ripresero il loro servizio di trasporto di "sospetti" e contagiati nei lazzaretti e numerosissimi furono i decessi anche fra i fratelli stessi tanto che la *Misericordia*, per supplire alle gravi necessità del momento, fu costretta ad avvalersi – oltre che dei volontari – anche di un nutrito gruppo di "stipendiati" per portare a termine l'incarico ricevuto.

Nel 1785 il granduca di Toscana,

Pietro Leopoldo di Lorena, in una generale opera di riforma dell'apparato politico e sociale, decretò la soppressione di gran parte delle confraternite laicali operanti sul territorio ritenute ormai inutili, se non addirittura dannose per le casse dello Stato. Non così per la *Misericordia* che dal Governo continuava a essere considerata indispensabile interlocutrice nell'organizzazione dell'apparato socio sanitario della città.

Agli inizi dell'Ottocento, grazie a una generosa eredità, nacque un nuovo servizio per la città: quello delle "Mutature". Si trattava di una forma di assistenza domiciliare per la quale i fratelli – e oggi anche le sorelle – si recavano, e ancora si recano, presso la persona in difficoltà per soccorrerla fisicamente e psi-



Figura 2 – Sede della Misericordia oggi. Foto di Andrea Ristori.

cologicamente fra le proprie mura domestiche.

Un'altra grande novità venne introdotta agli inizi del Novecento. Fino ad allora il trasporto di pazienti o defunti era avvenuto con la "zana" (un cesto dotato di cinghie dorsali a mo' di zaino), poi con cataletti più o meno attrezzati trasportati "a mano" o "in spalla" oppure con carri, tirati in genere dai fratelli in servizio. Questi sistemi, già faticosi quando Firenze era ancora stretta nelle sue prime cerchie murarie, divennero insostenibili con il sostanziale allargamento urbano di Firenze capitale. Visto che il

provveditore dell'epoca, Antonino Ciardi Dupré, non volle introdurre l'uso di carri tirati da muli o cavalli, reputando tale servizio poco "dignitoso", lo scontento dilagò e le proteste furono all'ordine del giorno. Quando agli inizi del Novecento alla guida del Sodalizio venne eletto un nuovo provveditore, il nobile Niccolò Martelli, un uomo di vedute più moderne, si iniziò a pensare all'istituzione di un "auto-carro lettiga", vale a dire una macchina a motore – come solo poche si erano viste – guidata da uno *chauffeur* e dotata di barelle adibite al trasporto sanitario. Niccolò Martelli accol-

se con grande entusiasmo l'ardita proposta a una condizione: l'acquisto e l'allestimento del nuovo mezzo non dovevano gravare sulle casse della pia istituzione. Detto, fatto: i promotori dell'iniziativa si rivolsero con un *foundraising ante litteram* alla popolazione fiorentina e riuscirono a raccogliere la somma necessaria in pochissimo tempo. Una specifica *Commissione* si rivolse, quindi, alla Fiat per l'acquisto di uno *chassis* e alla ditta San Giorgio di Pistoia (poi Breda) per l'allestimento interno. In pochi mesi l'autocarro fu pronto e così anche la festa per presentarlo alla città che tanto generosamente aveva risposto all'appello. Infatti, l'11 maggio del 1911 macchina con *chauffeur*, corteo e autorità sfilarono per la città fino ad arrivare al Duomo dove ad attenderli c'era il vescovo per dare la sua benedizione. La tanto agognata macchina si rivelò ben presto fragilissima e dovette essere affiancata e poi sostituita da altre più potenti e forti. Tuttavia ebbe il pregio di aver dato vita a una nuova era, mai più interrotta, del servizio di trasporto motorizzato.

Anche durante le due guerre mondiali, come nella tragica alluvione del 1966, la *Misericordia* si prestò ai servizi di soccorso verso la popolazione in difficoltà.

Oggi la *Misericordia di Firenze* è una struttura moderna ed efficiente in grado di offrire risposte concrete ai più svariati bisogni dei cittadini. L'Aiuto Alimentare, la Protezione Civile, il Centro di Ascolto Anti-Ursura, la Fondazione San Sebastiano per persone affette da disabilità intellettiva, gli Ambulatori specialistici e di diagnostica strumentale, le Residenze per Anziani parlano di un impegno costante e attento alle moderne emergenze.

Con i suoi sette secoli di vita, la *Misericordia di Firenze* è senza dubbio uno dei sodalizi volontaristici operanti nel campo della solidarietà più longevi della nostra storia.

info@misericordia.firenze.it

Il paziente emancipato

di Giampaolo Collecchia



GIAMPAOLO COLLECCHIA
Medico di Medicina Generale, specialista in Medicina Interna, Massa (MS); Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale (CSeRMEG); membro del Comitato di Etica Clinica Toscana Nord-Ovest; docente e tutor di Medicina Generale; autore/coautore di numerose pubblicazioni e di 8 libri riguardanti la Medicina Generale, la Cardiologia Clinica e la Medicina Digitale; Editorial Reviewer del British Medical Journal

La cultura digitale attribuisce al paziente un ruolo sempre maggiore nella gestione della propria salute. Il rischio è che la vita stessa diventi di pertinenza della medicina, in quanto oggettivabile mediante tecnologie digitali sempre più avanzate e intrusive, e che queste finiscano per trasformare le persone in insiemi di dati, "datomi". Si devono pertanto sviluppare strategie e strumenti per una "vera" partecipazione alla cultura della salute/malattia, che non significhi sfruttamento delle persone trasformate in profilazioni di dati o gestione diretta da parte di cittadini "emancipati", ma esercizio concreto di ascolto e condivisione di valori, senso, interessi e obiettivi.

Parole chiave:
rivoluzione digitale, *empowerment*, genomica, *quantified self*

La rivoluzione digitale conferisce al paziente possibilità sempre maggiori verso la realizzazione dell'*empowerment*, inteso, nella definizione WONCA della Medicina Generale, come *responsabilizzazione del paziente nella gestione della propria salute*.

Secondo Eric Topol, cardiologo, genetista e influente ricercatore di medicina digitale a livello mondiale, saremmo addirittura alle soglie di una nuova figura, il paziente emancipato, in grado di gestire la propria salute in totale autonomia in quanto produttore e dunque proprietario dei dati che lo riguardano.

Gli strumenti principali della "emancipazione" sarebbero le profilazioni genomiche, facilmente disponibili *on line*, gli strumenti diagnostici, a portata di *smartphone*, i *wearable device* o dispositivi indossabili (DI), costituiti da uno o più biosensori, inseriti su capi di abbigliamento quali orologi (*smartwatch*), magliette, scarpe, pantaloni, cinture, fasce (*smart clothing*), occhiali (*smart glasses*), in grado di rilevare e misurare diversi parametri biologici (frequenza cardiaca, respiratoria, saturazione di ossigeno, temperatura corporea, pressione arteriosa, glucosio, sudore, respiro, onde cerebrali) e fornire informazioni sullo stile di vita (attività fisica, sonno, alimentazione, calorie consumate).

La medicalizzazione della vita

Le nuove tecnologie digitali, utili per studiare condizioni patologiche, stanno peraltro orientando sempre più la cultura medica anche verso la misurazione della salute e del benessere, realizzando una sorta di *data-driven world*. Gli obiettivi degli utilizzatori emancipati "sani" sono diversi: dalla semplice registrazione dei dati da parte di soggetti che già adottano

uno stile di vita salutare e vogliono semplicemente quantificare i loro progressi (numero di passi giornalieri, velocità di marcia massima, media e istantanea, tempo settimanale dedicato ad attività fisica moderata, *fitness* cardiorespiratorio), all'uso volto a migliorare il benessere psicologico ed emozionale, la socialità e la capacità relazionale, la produttività e le *performance* professionali. La concezione della vita come fenomeno misurabile ha determinato addirittura lo sviluppo di una rete globale di appassionati, nell'ambito di un ampio movimento culturale, chiamato *quantified self*, il cui slogan è: "*la conoscenza di sé attraverso i numeri*".

Il rovescio della medaglia è che la vita stessa rischia di diventare di pertinenza della medicina, in quanto oggettivabile in termini medici. La "sensorizzazione" è infatti ormai parte della vita quotidiana di molte persone, soprattutto peraltro di quelle che in realtà ne hanno meno bisogno: giovani, mediamente benestanti, tecnologicamente competenti e già fortemente orientati a utilizzare la tecnologia.

Uno dei pericoli di questa aumentata autonomia è peraltro quello descritto di seguito, uno scenario che potrebbe presentarsi in un futuro non remoto:

Nell' Hundred Person Wellness Project, 100 volontari sani sono stati seguiti intensivamente per 9 mesi mediante monitoraggio continuo del sonno, dell'attività fisica, della frequenza cardiaca, associato a una batteria di circa 100 test biochimici su sangue, saliva (genoma), urine, feci (microbioma) ogni 3 mesi. Lo studio, senza gruppo di controllo, ha evidenziato qualcosa di anomalo in quasi tutti i partecipanti, dalla riduzione dei livelli di vitamina D al pre-diabete. È seguita la proposta di una piattaforma a pagamento per effettuare gli stessi esami con la supervisione di un coach e la promozione di uno studio su larga scala, su 100.000 persone in buona salute.

L'utilizzo dei dispositivi di monitoraggio infatti è un problema non soltanto di efficacia/efficienza ma anche di cambiamento di paradigma culturale. Il rischio è che si stia realizzando una sorta di nuovo apparato sensoriale, una strumentazione pervasiva, in grado di registrare con occhi nuovi e ridefinire lo stesso concetto di identità corporea e di persona:

Secondo alcune visioni si sarebbe prossimi alla super-convergenza dei domini digitale e biologico. In pratica non esisterebbe più una distinzione netta tra il mondo dei bit e quello molecolare. Tutto consisterebbe di flussi di dati e il valore di ciascun fenomeno o ciascuna entità sarebbe dato dal suo contributo all'elaborazione degli stessi. Le leggi matematiche degli algoritmi biochimici e di quelli digitali di machine learning, in grado di interpretare i big data di ciascun individuo (genoma, sensori wireless, smartphone, cloud computing, cartelle elettroniche, flussi informativi), coinciderebbero in una sola teoria onnicomprensiva, in grado di unificare tutte le discipline scientifiche, dall'economia alla biologia... alla musicologia.

La conclusione distopica di questa hybris epistemologica, per la quale le scienze chimico-fisiche (hard) e quelle umane/sociali (soft) sarebbero state riunificate e ricondotte a leggi formulate matematicamente in termini quantitativi e computabili, riconducibili a un unico metodo scientifico, potrebbe essere quella di considerare una bolla finanziaria e un virus influenzale (e la quinta sinfonia di Beethoven) soltanto pattern di flusso di dati analizzabili usando gli stessi concetti di base e gli stessi strumenti.

In tale paradigma culturale, il medico potrebbe in futuro relazionarsi con un cittadino considerato un insieme di dati, un "datoma", un essere privo di diritti, digitalizzato e gestito da algoritmi, un prodotto della massa di informazioni strutturate, in un contesto relazionale disincarnato, centrato sui dati anziché sulle molteplici narrazioni della vita, che finirebbero dissolte in regolarità inflessibili e "appropriate".

La medicina, nata per rispondere alla sofferenza, finirebbe trasformata in un gestore di dati ma non di presa in carico dei bisogni, delle disabilità, dell'equità, della solidarietà.

H.G. Gadamer ha affermato che "la salute stessa è l'abilità di dimenticare di essere sani". Ciò sembra sempre meno realizzabile nell'era della medicalizzazione e del controllo continuo, nella quale gli individui sentono continuamente la necessità di verificare/confermare il proprio stato di salute/malattia.

Da questo punto di vista, lo specchio computazionale, prototipo di semeiotica digitale, si colloca esattamente nel *main stream* delle richieste delle persone, che sembrano sempre più necessitare di conferme esterne del proprio stato di salute, espropriate delle loro percezioni, come profetizzato da Illich nel 1976:

Il wise mirror (specchio saggio), progetto di ricerca condotto da centri di eccellenza (Istituto di Fisiologia Clinica, sedi di Pisa e di Milano, Centre de Recherche en Nutrition Humaine di Lione), consiste in un sistema di automonitoraggio, con l'aspetto di uno "specchio", in grado di aiutare le persone a migliorare il proprio stile di vita al fine di ridurre il rischio cardio-metabolico.

Mediante sensori viene ricostruito il volto in 3D mentre l'acquisizione di sequenze video consente la valutazione della frequenza cardiaca e la rilevazione di segni collegati a stati psicologici negativi, come stress, ansia e fatica, mentre immagini multispettrali valutano la perfusione cutanea e l'accumulo di colesterolo e di prodotti di glicazione nella pelle. Un dispositivo, chiamato Wize Sniffer, analizza inoltre la composizione dell'esalato per monitorare l'effetto di abitudini nocive, quali fumo e abuso di alcol. I descrittori ottenuti sono integrati in un "indice di benessere" la cui evoluzione temporale descrive lo stato dell'individuo.

Un sistema di coaching guiderà l'utente, mediante messaggi e suggerimenti, nel mantenimento di un corretto stile di vita riducendo le abitudini nocive. I pazienti saranno anche in grado di condividere, se lo desiderano, i propri dati, memorizzati in un diario, con il curante o altri professionisti sanitari. Nella fase finale del progetto, sarà effettuata una validazione del sistema rispetto alla riproducibilità delle misure, all'efficacia nel rilevare cambiamenti dei fattori di rischio cardio-metabolici analizzati, nonché all'accettabilità da parte degli utenti.

Conclusioni

I medici devono prepararsi a gestire la relazione con pazienti sempre più "emancipati", che sempre più spesso sottoporranno dati da loro stessi ottenuti, autonomamente, con il rischio

di essere travolti da un'enorme massa di informazioni e da nuove responsabilità, in un contesto di maggiore incertezza e confusione, ad esempio per l'uso di strumenti non validati o per le eccessive aspettative riposte dagli assistiti nella tecnologia. È pertanto auspicabile (indispensabile?) una collaborazione tra i clinici e gli sviluppatori per integrare le possibilità della tecnologia con l'esperienza

della pratica, in modo da rispondere ai veri bisogni delle persone e alle loro necessità di cura. Si tratta inoltre di sviluppare strategie e strumenti per una "vera" partecipazione alla cultura della salute/malattia, che non significa sfruttamento delle persone trasformate in profilazioni di dati o gestione diretta da parte dei cittadini, ma esercizio concreto di ascolto reciproco e condivisione.

Fondamentale è un approccio globale, incentrato sull'identificazione e condivisione di valori, senso, interessi, obiettivi, per una cultura medica nella quale il potere delle decisioni possa essere condiviso tra curanti e coloro che ne vivono in prima persona le conseguenze.

g.collec@vmail.it

CONVEGNI E CONGRESSI

ARTRITE REUMATOIDE E NON SOLO... IN RICORDO DEL PROF. LUPO ANDREOTTI A DIECI ANNI DALLA SUA SCOMPARSA

Sabato, 4 aprile 2020 - 8.45-13.45

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Via G.C. Vanini 15, Firenze

Evento n. 2603-290312 n. 5 - Crediti ECM

Evento accreditato per 90 Medici

Responsabile Scientifico: Daniele Cammelli

Partecipano:

FRANCESCO ANNUNZIATO, Presidente della Scuola di Scienze della Salute Umana
STEFANO BACALLI, già Dirigente Medico, Ospedale Santa Maria Nuova
MAURIZIO BENUCCI, Sezione di Reumatologia, Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio
ALESSANDRO BUSSOTTI, Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale, Az. USL Toscana Centro
DANIELE CAMMELLI, già Dirigente Medico, SOD Immuno-allergologia, Careggi
FRANCO DI GIOVINE, Senior Lecturer and Director Core Genomic Lab, University of Sheffield
ANTONINO DI GIROLAMO, già Resp. di Specialistica Ambulatoriale in Reumatologia, Az. USL Toscana Sud Est
CESARE FRANCOIS, già Responsabile Pronto Soccorso, Figline V.no
LUCIANO GABBANI, Vice Presidente OMCeO, Firenze
ALESSANDRO MANNONI, Direttore SOS Day Service, Osp. Palagi
TERESITA MAZZEI, Presidente OMCeO, Firenze
PIERO MORINO, Direttore UFC Coordinamento Cure Palliative, USL Toscana Centro
ANDREA SALVADORI, Medico di Medicina Generale, Vinci (FI)
MARZIO TADDEI, Medico di Medicina Generale, Firenze
GIUSEPPE VARCASIA, Responsabile UOSD di Reumatologia, Castrovillari (CS)

L'iscrizione è gratuita e solo online per i primi 90 medici previa registrazione al sito ordinistico:

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

Segreteria Organizzativa
OMCeO Firenze - tel. 055.0750625, 612

Persone con alcol-dipendenza in trattamento: la specificità toscana

di Allaman Allamani, Stefano Bravi, Fabio Voller



ALLAMAN ALLAMANI
Consulente dell'Agenzia Sanitaria di Sanità Toscana (ARS), già coordinatore del Centro Alcolologico dell'Azienda Sanitaria di Firenze

STEFANO BRAVI
Statistico presso l'ASL 4 di Prato alla "U.O. di Epidemiologia" dal 2001 al 2012. Dall'1/08/2012 Statistico presso l'Osservatorio di Epidemiologia Sociale dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

FABIO VOLLER
Coordinatore dell'Osservatorio di Epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS)

Nei servizi toscani per la dipendenza e l'abuso alcolico le persone trattate hanno sfavorevoli condizioni socio-economiche e lavorative e consistenti problemi psicologici e sanitari. Rispetto ai criteri del DSM IV i sintomi appaiono contenuti, con un profilo di dipendenza/abuso vicino a quello dei paesi mediterranei.

Parole chiave:
alcol-dipendenza, abuso alcolico, DSM IV, problemi psicosociali e sanitari, consumo dei servizi

Dati sull'alcol-dipendenza in Italia

In Italia la frequenza dell'alcol-dipendenza è 0,8-2% tra la popolazione generale e 0,5-6,5% tra gli assistiti dei medici di medicina generale, in quest'ultimo caso con differenze regionali, ad esempio tra Friuli-Venezia Giulia (FVG) (6,5%) e Toscana (1,8%). Gli alcolisti in cura presso i servizi pubblici dedicati italiani

erano 69.990 nel 2013, 72.784 nel 2014 e 71.219 nel 2016, lo 0,12% della popolazione generale (Ministero Salute, 2017).

Obiettivi e metodo dello studio

L'obiettivo dello studio era approfondire la conoscenza sull'alcol-dipendenza (AD), sull'abuso di alcolici (AbA) e sui correlati problemi socio-economici, comorbidità somatiche e mentali e consumo dei servizi sanitari delle persone di 18-64 anni trattate nei servizi alcolologici della Toscana. Lo studio era parte della ricerca *Alcohol dependence in primary & specialist care in Europe* coordinata nel 2013-2014 dalla *Technische Universität* di Dresda e a cui hanno partecipato le istituzioni di 8 Paesi europei, inclusa l'Italia con Toscana e FVG. I dati toscani sono stati rielaborati a cura dell'Agenzia Regionale di Sanità toscana.

Allo studio hanno aderito i professionisti di 5 servizi pubblici su 7 contattati (a Firenze il Servizio Alcolologico di Villa Basilewsky, la Tossicologia di Careggi, il SerT di Firenze-Centro; a Pisa e a Viareggio i rispettivi SerT) che hanno individuato 147 pazienti, intervistati tra novembre 2013 e febbraio 2014, di cui 1/4 provenienti dai gruppi di auto aiuto (Alcolisti Anonimi o Club di Alcolisti in Trattamento), pari al 2,75% dei 5.347 trattati nei servizi pubblici regionali nel 2014. Il campione dei soggetti, nessuno dei quali ha rifiutato l'intervista, è stato considerato sufficientemente rappresentativo della popolazione regionale dei trattati, anche se l'età media (49,6) era più avanzata e il rapporto

M/F (1,63) inferiore a quello della popolazione dei trattati nel 2014 (Ministero Salute, 2017).

Risultati

Il 47,9% delle persone proveniva dagli strati socio-economici svantaggiati, il 5,5% era sopra la media e la disoccupazione al 27,9%. Sono valori vicini a quelli europei, con soggetti trattati in condizione socio-economica svantaggiata al 44,3%, sopra la media al 5,4%, e disoccupati al 36%. Secondo il *test WHODAS* erano 2,8 i giorni in cui nelle ultime 4 settimane i soggetti svolgevano con difficoltà le usuali attività, valori più bassi della media europea (4,0 giorni).

I fumatori erano il 66,4% degli intervistati, rischio più che raddoppiato rispetto al 30,4% della popolazione regionale (ISTAT, 2015).

Gli intervistati riferivano *ipertensione arteriosa* nel 24% dei casi, oltre il doppio del 10,2% della media della popolazione regionale (ISTAT, 2015) e invece in linea con i dati europei (20,9%).

I *problemi epatici* riferiti erano inaspettatamente rilevanti (35,4%).

Anche i valori di *ansia* e *depressione* riferiti (58,9% e 58,6% rispettivamente) erano ben superiori a quelli comunemente riscontrabili negli ambulatori dei medici di medicina generale. Ma poiché il *test Kessler Psychological Distress Scale (K10)*, a cui sono stati sottoposti gli stessi soggetti, riduce al pur alto valore del 19,2% i valori di ansia e depressione grave delle ultime 4 settimane, si può concludere che tra i nostri pazienti vi è una propensione a lamentare disturbi maggiore di quanto non si diagnostichi; lo stesso si può ipotizzare per il caso dell'epatopatia (Figura 1).

Riguardo ai consumi alcolici, solo un terzo dei soggetti nei 12 mesi precedenti l'intervista (durante i quali in molti casi i soggetti erano già in trattamento) ha bevuto l'equivalente di almeno 10 grammi di alcol al dì, con una notevole quantità media per bevitore, 150 grammi di alcol assoluto, equivalenti a più di un litro e mezzo di vino al dì.

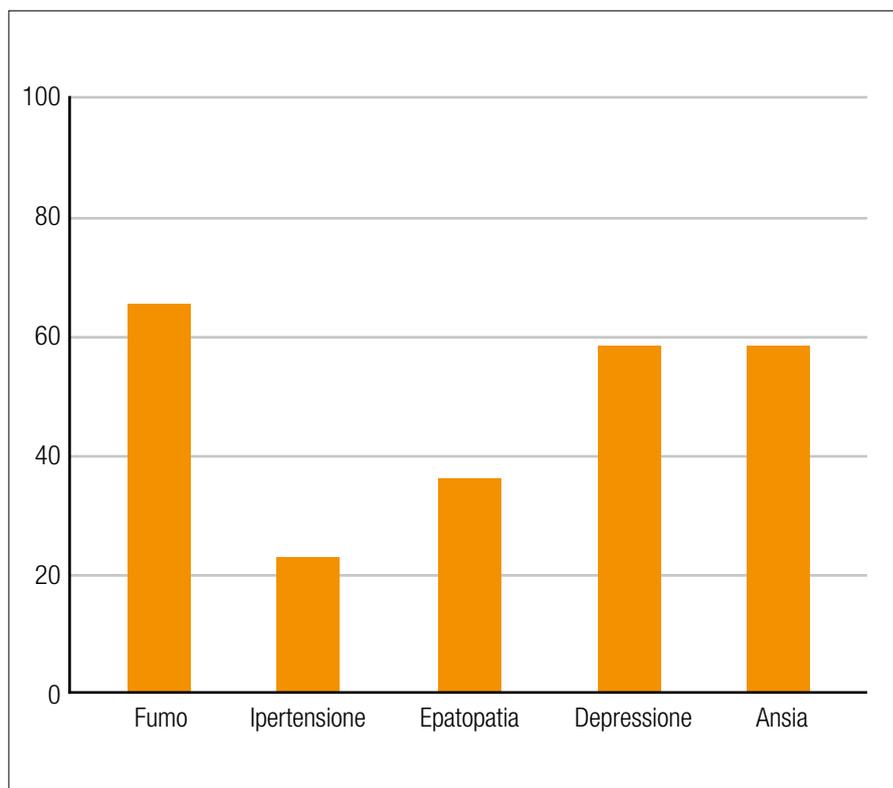


Figura 1 – Variabili sanitarie riferite da soggetti con alcol-dipendenza/abuso alcolico in trattamento nei Servizi Specialistici in Toscana (n = 147). Valori percentuali.

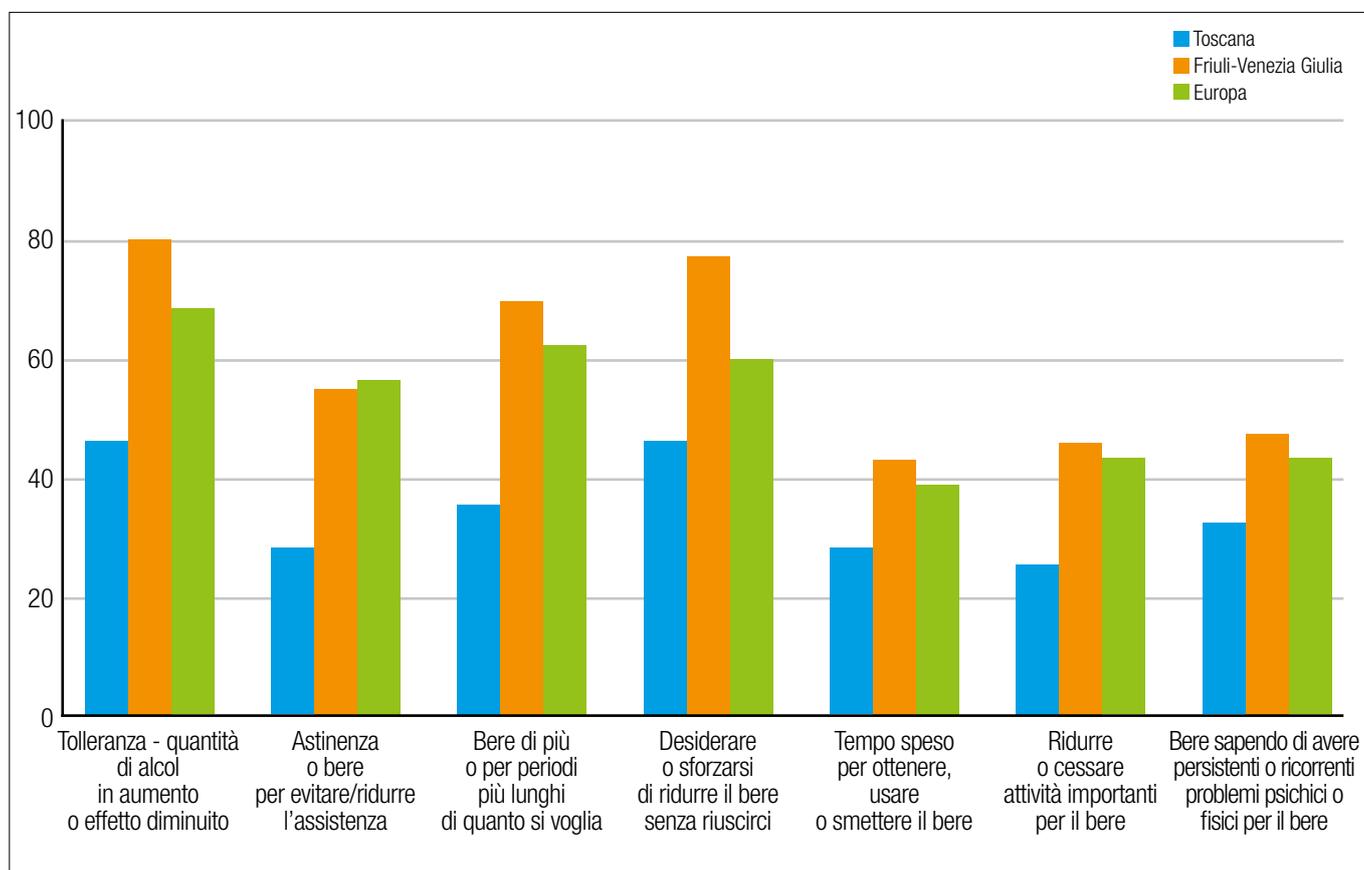


Figura 2 – Alcol-dipendenza (DSM IV): frequenza dei 7 criteri riferiti da soggetti trattati nei servizi per alcol-dipendenza/abuso alcolico in Toscana (n = 147), FVG (n = 129) e 8 Paesi europei (n = 1.767). Valori percentuali.

La Figura 2 descrive i sintomi identificativi dei *criteri diagnostici* del DSM IV per alcol-dipendenza, confrontando la Toscana, che rappresenta la modalità “mediterranea” del bere in Italia, con il FVG, che rappresenta la modalità “nordica” e con i dati europei. In ogni caso la frequenza dei sintomi è in Toscana significativamente inferiore (da 1,9 a 4,8 volte) rispetto a quella rilevata nel FVG. Nel caso di abuso di alcolici, il sintomo “problemi legali dovuti al bere” risulta addirittura 12 volte minore. Tutto ciò depone a favore di una minore gravità dei problemi alcol-correlati in Toscana rispetto al FVG.

Il 51,7% degli intervistati riferivano di aver avuto *contatti* (almeno 2) negli ultimi 6 mesi *col proprio medico di medicina generale*. Tali percentuali sono inferiori a quelle riportate in un altro studio toscano (94,6%) dal sia pur piccolo numero di assistiti ambulatoriali dei medici di medicina generale con diagnosi di alcol-dipendenza.

Ciò si spiegherebbe con la tendenza a evitare di esporsi col proprio medico di medicina generale da parte degli alcolisti, che preferiscono recarsi autonomamente ai servizi alcolici o ai gruppi di mutuo aiuto; mentre hanno una migliore relazione col curante quegli alcolisti che il medico di medicina generale riesce a individuare tra i propri assistiti.

A tal proposito si è auspicato che i medici di medicina generale diventino sempre più abili nell'identificare e trattare più precocemente chi ha problemi col bere tra i propri assistiti, anche se i programmi di “Identificazione Precoce” e “Intervento Breve” trovano difficile attuazione.

Il 21,9% degli intervistati ha avuto almeno 2 ricoveri negli ultimi 6 mesi, di fronte al 3,5% del tasso annuale di *ospedalizzazione* della popolazione generale italiana (standardizzato per età) nel 2014 (http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&p=dalministero%20&id=2193). Gli *accessi al Dipartimento Emergenza e Accettazione*

(DEA) (almeno 1 negli ultimi 6 mesi), presumibilmente in parte per patologie relative al bere, erano il 15,8%. Tale consumo di servizi appare più o meno simile a quello dei pazienti ambulatoriali dei medici di medicina generale (Figura 3).

I limiti dello studio riguardano la scelta opportunistica del campione, parzialmente rappresentativo di tutti i pazienti dei servizi alcolologici regionali, e la sua bassa numerosità. Gli intervistati sono stati contattati dietro richiesta dei loro curanti; tale distorsione selettiva può spiegare l'assenza di rifiuti. I dati si riferiscono a valori auto-risportati, dunque sono soggetti alle distorsioni percettive degli intervistati, come peraltro è comune nelle inchieste epidemiologiche. Infine, in linea con la ricerca europea, di cui questo studio è una gemmazione, sono state analizzate solo alcune tra le patologie correlate al bere.

Conclusioni

I risultati dello studio confermano che alcol-dipendenza e abuso di alcolici si associano a condizioni socio-economiche e lavorative e a consistenti problemi psicologici e sanitari.

In Toscana i sintomi che connotano l'alcol-dipendenza e l'abuso di alcolici appaiono meno gravi rispetto ad altre regioni italiane, quali il Friuli Venezia Giulia, e ai paesi europei, con un profilo di dipendenza/abuso vicino a quello dei paesi delle regioni mediterranee.

Un'osservazione che merita di essere approfondita è che i soggetti con alcol-dipendenza in trattamento specialistico e quelli che frequentano l'ambulatorio del proprio medico di medicina generale sembrano far parte di due gruppi distinti per scelta di trattamento.

allamana@gmail.com

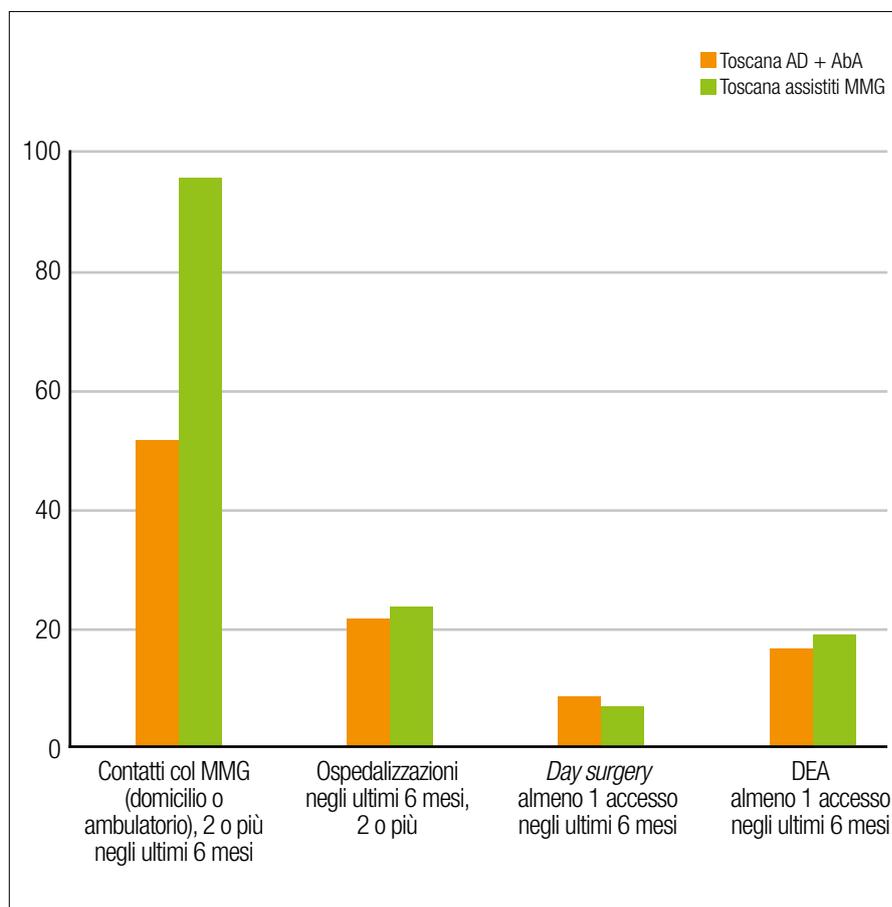


Figura 3 – Consumo dei servizi riferito da soggetti con alcol-dipendenza/ abuso alcolico (AD + AbA) in trattamento in Toscana (n = 147) e da soggetti con alcol-dipendenza tra gli assistiti dei MMG (n = 10). Valori percentuali.

Le Medicine Complementari e Alternative: riflessioni medico-legali

di Gian Aristide Norelli



GIAN ARISTIDE NORELLI
Professore Ordinario in *quiescenza*
di Medicina Legale, Università degli Studi
di Firenze. Già Direttore UOC Medicina
Legale, AUO Careggi

Le Medicine Complementari e Alternative in Toscana sono in parte ricomprese fra le prestazioni del SSR. Sul piano medico-legale tali attività assumono particolare rilievo per i problemi connessi alla responsabilità professionale, ma soprattutto per l'obbligo di fornire un'informazione adeguata per finalità di consenso libero e consapevole alla prestazione.

Parole chiave:

Medicine Complementari e Alternative, responsabilità professionale, informazione, consenso al trattamento, aggiornamento corso di studi

Anzitutto, per affrontare un tema, si deve muovere dalla sua definizione e per gli aspetti di cui ci si occupa conviene scegliere quello più tradizionale e divulgativo, che è quello di "Medicine Comple-

mentari e Alternative, MCA (nella letteratura scientifica CAM, *Complementary and Alternative Medicines*) (Raschetti R., *Enciclopedia della Scienza e della Tecnica*, Treccani 2007).

Sul piano tecnico-scientifico, anzitutto, bisogna interrogarsi sulla validità e sulla rispondenza scientifica dei diversi tipi di CAM all'interno dei differenti ambiti nosologici nei quali ne è indicato l'uso. La prova di tale scientificità è ormai numerosa e validata nella letteratura e anche nel riconoscimento che alle CAM conferisce il SSN, posto che sarebbe impensabile si ammettesse a livello pubblico la possibilità di accedere a trattamenti di cui non sia riconosciuta e approvata la validità. Sul problema della rispondenza scientifica, semmai, qualcosa può dirsi, tenuto conto del fatto che come per le leggi scientifiche di copertura, che hanno per decenni contrassegnato l'assetto giuridico e giudiziario della responsabilità professionale medica, si è dovuto ammettere che si trattava di un mero artificio giudiziario, indotto dall'encomiabile, ma vana, ricerca di una certezza che in Medicina non è possibile perseguire, altrettanto evidentemente occorre sostenere per le CAM.

Sulla lecita possibilità deontologico-giuridica di ricorrere alle CAM da parte dell'utente, non sembra potersi argomentare un dubbio. Le CAM sono entrate a pieno titolo a far parte delle prestazioni del SSR in Toscana, numerosi sono gli studi/ambulatori in cui con lecita validità si praticano,

addirittura sono noti l'esperienza e il crescente numero di prestazioni erogate dal presidio ospedaliero di Pitigliano; a dimostrazione, se ve ne fosse bisogno, che l'utilità e anzi l'opportunità di prevedere CAM all'interno della metodologia diagnostico-terapeutica di ogni Piano Regionale è o dovrebbe ritenersi un dato ormai assunto.

Che il loro impiego, d'altronde, debba riservarsi a professionisti medici e che solo al medico competa di formulare la diagnosi successivamente alla quale si può/deve procedere alla forma più consona di trattamento, è dato altrettanto noto e consolidato, per cui sembra inutile e anacronistico ulteriormente insistervi.

Indubbiamente non sembra poter essere contestato alcun tipo di illecito al medico che pratici le CAM nei settori in cui è competente e sulle prestazioni alle quali la letteratura in materia riconosce una concreta possibilità di ottenere risultati soddisfacenti, ovviamente ammesso che le pratici con il consenso dell'avente titolo e senza privare lo stesso di trattamenti eventualmente e dimostrativamente dotati di migliore rispondenza terapeutica. Ciò che conta, dunque, è che il trattamento, posta la diagnosi, sia correttamente indicato e la scelta libera e consapevole sia concordata con l'Assistito previa assunzione di un consenso informato che, giova ricordarlo (e finalmente), è per legge chiaramente reso obbligatorio e definito e ricom-

preso nel tempo di cura (Legge 22 dicembre 2017, n. 219).

Illuminante sul piano esemplificativo è l'emanazione delle linee guida del 2017 redatte dall'*American College of Physicians* (ACP) aventi a oggetto i "trattamenti non farmacologici per la lombalgia in fase acuta (< 4 settimane), subacuta (da 4 a 12 settimane) e cronica (> 12 settimane) gestita nel contesto delle cure primarie". Indirizzate ai medici di medicina generale, definiscono come "la terapia di prima linea dovrebbe prevedere le terapie non farmacologiche. Gli antinfiammatori non steroidei (FANS) e/o i miorilassanti dovrebbero essere utilizzati quando l'approccio non farmacologico è inefficace e viene scoraggiato in prima battuta l'uso di oppioidi".

Ciò che interessa, dunque, è che, prima di sottoporsi a CAM, l'assistito abbia un'ideale informazione sulle diverse, possibili, tipologie di trattamento al fine di potersi liberamente determinare a scegliere con consapevolezza. Il medico che adotta le CAM è perfettamente in grado di fornire un'informazione completa al proprio assistito; per formazione, infatti, conosce le basi della Medicina Tradizionale e gli approfondimenti che ha ulteriormente intrapreso lo rendono consapevole utilizzatore delle CAM. Semmai, deve guardarsi da erogare un'informazione non completamente esauriente per l'assistito perché portata da un eccessivo amore nei confronti delle CAM a formularla trascurandone il confronto con i trattamenti tradizionali.

Ma se indubbiamente tale modello di informazione compete al medico che pratica le CAM, identico principio vale anche per il medico che normalmente pratica trattamenti tradizionali, quando letteratura ed esperienza comprovino per le CAM una miglior valenza in termini di risultato per una determinata patologia o quantomeno, a parità di presupposti di risultato, le CAM risultino dotate di minor componente di rischio.

Il medico tradizionale, tuttavia, assai spesso ignora il valore e le caratteri-

stiche scientifiche delle CAM e addirittura, non infrequentemente, si dichiara aprioristicamente contrario a ogni loro utilizzazione.

Tale aspetto sembra rappresentare un elemento di peculiare valore ordinistico, nella misura in cui ci si viene a interrogare se l'Ordine Professionale, di cui è noto l'impegno istituzionale di aggiornamento in termini di formazione, controllo e verifica, non abbia come precipuo obbligo non solo quello di tutelare che le CAM siano praticate in modo conveniente e rispettoso degli obblighi deontologici della categoria medica, ma anche di diffondere la conoscenza di tipologie di trattamento che non hanno fino a ora fatto parte del comune corredo culturale del medico e che oggi, invece, prepotentemente si pongono all'attenzione del professionista come dovere inerente il primo aspetto del rapporto contrattuale e cioè l'acquisizione del consenso informato, libero e valido.

Delle linee guida sul dolore lombare già si è fatto cenno. I problemi inerenti le cefalee e il loro trattamento sono noti, per quanto riguarda le difficoltà di approccio e i possibili effetti collaterali della terapia tradizionale.

Sul piano strettamente medico-legale, dunque, *quid iuris?*² potrebbe dirsi, per esempio, in termini di ipotesi di responsabilità professionale, a fronte di un trattamento magari prolungato con analgesici produttivo di una gastrite, in soggetto che non sia stato prima sottoposto a un trattamento di CAM di cui sia noto l'effetto antidolorifico, in presenza di rischio assai minore di danno? La vera *alleanza terapeutica* con la persona assistita e il perseguimento della *sicurezza delle cure* si fonda anzitutto sulla scelta condivisa di trattamenti dotati del miglior valore nell'ambito del rapporto fra rischio e beneficio e non di aprioristiche (con il rischio che divengano apodittiche) prese di posizione.

Facendo anche riferimento alle recenti disposizioni in materia di informazione e consenso al trattamento sanitario che hanno, finalmente, vi-

sto nella legge sulle DAT un preciso inquadramento normativo di ciò che dovrebbe essere materia di informazione al fine di ottenere un valido consenso al trattamento, non vi è dubbio che, anche per tali aspetti, la persona assistita dovrebbe avere conoscenza delle possibilità che i diversi ambiti assistenziali prospettano, al fine di operare la sua libera scelta. Dall'informazione, in una parola, dovrebbe discendere una scelta libera e consapevole da parte dell'assistito e non certo una firma inutile a sottoscrivere un altrettanto inutile (anzi, disutile) atto.

È indubbio, dunque, che l'informazione sull'esistenza di trattamenti alternativi a quelli che si è in grado di prospettare rappresenta un obbligo per il medico e un interesse specifico per l'assistito. Un interesse che riguarda non, si badi, le tecniche specifiche o la storia che possano avere alle spalle, quanto piuttosto la pura e semplice possibilità di ottenere benefici da specifici trattamenti, secondo quello che è il dettato della conoscenza medica scientifica. È su questa base, si presume, che milioni di cittadini nel mondo ricorrono alle CAM e che ormai tali attività sono ricomprese fra le prestazioni assistenziali del SSN, posto che, diversamente, non si comprenderebbe come l'Assistenza pubblica, da un lato, potrebbe consentire il ricorso a pratiche non ritenute lecite o benefiche e come, dall'altro, il ricorso alle CAM abbia un dimostrato andamento di crescita esponenziale.

Alla luce di siffatte premesse, peraltro, occorre chiedersi come sia possibile che il medico fornisca informazioni su argomenti che non solo magari non condivide (il che potrebbe far ritenere che almeno li conosce), ma addirittura che completamente ignora e a cui si oppone esclusivamente per un malinteso senso fideistico. Il risultato, dunque, è che l'informazione è carente o lacunosa e di conseguenza il consenso non può ritenersi valido.

La responsabilità sanitaria per una struttura o per un medico che svol-

ga attività libero-professionale è di carattere contrattuale nei confronti dell'assistito, per cui, a fronte di ipotesi di contenzioso nel quale l'assistito medesimo contesti al medico di non essere stato compiutamente informato di trattamenti che avrebbe potuto prediligere, compete al medico o alla struttura, in caso di medico dipendente, fornire adeguata e comprovata dimostrazione di aver correttamente acquisito un valido consenso e di aver seguito una condotta impeccabile, essendo l'eventuale danno da imputare a circostanze diverse, non prevedibili né prevenibili e non ascrivibili alla condotta. E proprio non si riesce a comprendere come potrebbe il medico fornire dimostrazione convincente di aver offerto un'informazione adeguata su una materia di cui ignora,

anzi magari aprioristicamente rifiuta, anche i più semplici ed elementari presupposti.

Si perviene, allora, a quello che dovrebbe essere il percorso formativo del medico in un'accezione più moderna della professione, argomento di fronte al quale è evidente l'impegno che l'Ordine professionale dovrebbe assumere, da un lato, come garante della tutela dei propri iscritti in termini di aggiornamento e, dall'altro, come interessato suggeritore alle università di un modello didattico che contempra, all'interno dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria e Protesi Dentaria (quantomeno; per tacere di analoghe opportunità rivolta ai corsi di laurea per le professioni sanitarie non mediche) una base formativa inerente le CAM quale

strumento essenziale al medico per fornire poi un'informazione adeguata all'assistito, tale da renderlo libero di scegliere la tipologia del trattamento e di esprimere un valido consenso.

Solo così, finalmente, concetti antichi come "alleanza terapeutica" o "necessità di porre l'Assistito al centro del percorso assistenziale" potranno recuperare il loro profondo significato e il valore da cui devono essere connotati; e solo così si potrà veramente proporre una nuova e convergente sintesi fra le istituzioni che propugnano un raccordo inscindibile fra la corretta e completa formazione del medico e la sua altrettanto completa e corretta professionalità.

ganorelli@unifi.it

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

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

Orario di apertura al pubblico

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

Rilascio certificati di iscrizione

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

Tassa annuale di iscrizione

Bollettino postale, delega bancaria SEPA Core Direct Debit (ex RID). *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

Pediatri per l'allattamento materno

di Monica Pierattelli, Pier Luigi Tucci

Gli autori presentano una riflessione stimolante sull'allattamento materno, partendo da una sintesi dell'articolo sviluppato dal Comitato per l'Uguaglianza e l'Inclusione di genere e diversità presso l'università statunitense del Michigan.

Parole chiave:

allattamento materno, madri medico, *the Affordable Care Act*, uguaglianza e inclusione di genere

Come membro della commissione Pari Opportunità dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze mi è sembrato utile sottoporre a tutta la categoria di sanitari una sintesi dell'articolo sviluppato dal Comitato per l'Uguaglianza e l'Inclusione di genere e diversità presso l'università statunitense del Michigan, che invita alla riflessione come cittadine, donne medico e soprattutto come pediatre.

Pediatri che sostengono l'allattamento materno: cominciamo innanzitutto con il supporto alle nostre colleghe pediatre

Le donne medico hanno alcuni dei più alti tassi di inizio dell'allattamento al seno; tuttavia, i loro tassi di prosecuzione dell'allattamento a 12 mesi scendono sostanzialmente dal 97% al 34%.

Le principali barriere includono

la difficoltà a trovare il tempo e un luogo in cui estrarre il proprio latte durante il lavoro, le esigenze di conciliazione lavoro/famiglia e la percezione della mancanza di sostegno da parte del "datore di lavoro".

Meno di un terzo delle donne medico è in grado di raggiungere il proprio obiettivo personale di allattamento, oltre la metà afferma che avrebbe allattato più a lungo se il proprio "lavoro fosse stato più favorevole".

La difficoltà di trovare il tempo per spremere il latte sul posto di lavoro porta a saltare le "pause della poppata", il che può portare a un blocco dei dotti, favorire ingorgo e mastite e ridurre la produzione di latte fino all'esaurimento per *stress* e senso di inadeguatezza. Le donne medico avvertono un doppio carico di colpa se vogliono allattare. Le esigenze di cura del paziente e il non voler "deludere la squadra" rendono difficili le pause. Questo è particolarmente un problema per i settori in cui le madri medico sono coinvolte in sala operatoria e in compiti procedurali.

Una cultura lavorativa di supporto all'allattamento materno dovrebbe ridurre tutto questo e dare alle madri medico la possibilità di prendersi il tempo necessario per spremersi il latte.

The Affordable Care Act (una legge di riforma dell'assistenza sanitaria varata da Obama) impone che i datori di lavoro forniscano alle madri



MONICA PIERATELLI
Pediatra di famiglia, Firenze.
Componente Commissione Pari Opportunità,
Commissione Problematiche dell'Età
Evolutiva, Commissione Salute e Ambiente
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Firenze



PIER LUIGI TUCCI
Pediatra di famiglia, Firenze - SICuPP
Regione Toscana

medico che allattano "un ragionevole periodo di pausa e uno spazio privato per spremere il latte", tuttavia molti datori di lavoro, compresi i sistemi ospedalieri, non hanno esteso le loro politiche o implementato cultura per aumentare il supporto per i loro dipendenti.

I vantaggi di supportare le dottoresse che allattano si estendono oltre i benefici per i loro bambini e includono il benessere della donna medico. Ciò a sua volta si traduce in una migliore cura del paziente e contribuisce al *benessere generale* del luogo di lavoro. Le pediatre che hanno fornito con successo latte materno ai loro bambini hanno inoltre maggiori probabilità di sostenere l'allattamento prolungato nelle loro pazienti.

Ci sono anche benefici per il datore di lavoro. Le madri che si sento-

Pediatricians Advocating Breastfeeding: Let's Start with Supporting our Fellow Pediatricians First

Megan H. Pesch, MD, MS¹, Sarah Tomlinson, MD^{1,2}, Kanakadurga Singer, MD¹, and Heather L. Burrows, MD, PhD¹

<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.12.057>

no supportate nell'allattamento al seno hanno meno giorni di malattia (per la migliore salute personale ma anche per le ricadute positive per il bambino), più produttività e meno *burnout*.

Da non sottovalutare che questo onere viene inoltre pagato dalle tirocinanti in misura ancora maggiore. Le studentesse e le specializzande sono particolarmente vulnerabili dato che hanno meno controllo sui loro programmi di studio e lavoro, lavorano più ore e sono lontane dai loro bambini per periodi di tempo più lunghi. Diventa quindi necessario formalizzare una *policy* che renda l'allattamento prolungato fattibile, prevenendo:

- *un tempo dedicato per spremere il latte*: dovrebbero essere previste disposizioni per identificare del tempo per l'estrazione del latte;
- *un posto dedicato per l'estrazione del latte*: dovrebbero essere previste disposizioni per consentire alle donne che allattano l'accesso a un luogo privato, pulito (non il bagno!!!) per estrarre il latte;
- *un posto dedicato per conservare il latte*: il latte materno è considerato un prodotto alimentare; pertanto, le donne medico che allattano dovrebbero essere supportate nella conservazione del latte in aree in cui è possibile conservare anche il cibo dei dipendenti.

Commento

Questo documento parla da solo.

Da anni siamo impegnati come pediatri a proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento materno e tutte le Regioni italiane hanno investito risorse per questo obiettivo di salute, la Regione Toscana prima fra tante. Eppure questa indagine, unica nel suo genere e sviluppata in un'università statunitense, ci mostra che nelle sedi dove lavorano proprio le donne medico e soprattutto le pediatre è faticosissimo raggiungere quello che noi tutti chiediamo a gran voce: garantire, rendendolo facile, l'allattamento anche prolungato.

Infatti se l'obiettivo fondamentale è l'allattamento esclusivo per lo meno

per i primi 6 mesi di vita del bambino, sono sempre più numerose le dimostrazioni sostenute scientificamente che l'allattamento materno andrebbe prolungato anche durante l'introduzione degli alimenti complementari e proseguito fino a che madre e bambino (aggiungiamo anche il padre) lo desiderano. Anche oltre l'anno di vita. Questo è reso possibile solo mantenendo la produzione di latte anche dopo il sesto mese, ed estraendo il latte e conservandolo accuratamente durante il periodo lavorativo dopo il congedo di maternità, in maniera tale che possa essere somministrato al bambino anche in assenza della madre lavoratrice.

Se guardiamo la realtà italiana le cose non vanno certo meglio. Anche senza una ricerca ad hoc (sarebbe utile un questionario italiano per fotografare l'esistente) alcune testimonianze (che rimarranno anonime) pubblicate di seguito ci mostrano la nostra faccia della medaglia.

Quindi c'è ancora molta strada da fare. È necessario formalizzare una politica generale e una *policy* specifica per supportare le donne medico che vogliono proseguire l'allattamento, e così aggiungere un ulteriore tassello alla conquista della parità dei diritti di genere.

Testimonianze

1. "Col contratto libero professionale o l'incarico è un incubo. Notti e turni di 12 ore fino al 5° mese di gravidanza. Rientro dalla maternità ai 5 mesi compiuti del bambino per necessità di reparto, con un bambino allattato esclusivamente al seno e di nuovo vengo inclusa nei turni di 12 ore continuative. Allattavo il piccolo al seno alle 6 di mattina prima di andare a lavoro, lasciando per chi lo guardava durante la giornata le scorte di latte tirato il giorno prima. A lavoro l'unico posto a disposizione per tirarsi il latte era il bagno, dove dovevo tirarmi il latte in piedi. Se c'era un cesareo urgente mi bussavano alla porta e dovevo correre via, essendo l'unico medico di guardia, e lasciare lì il tiralatte col latte tirato. È stato molto

brutto, piangevo sempre ed è stata dura proseguire l'allattamento, che comunque per mia grande volontà ho portato avanti fino ai 16 mesi del bambino" (incarico libero professionale per Neonatologia in un ospedale periferico).

2. "Le dipendenti possono utilizzare un periodo di riduzione dell'orario giornaliero per allattamento (5 ore), ma non ne ho mai usufruito perché per noi medici, che siamo spesso da soli in turno o comunque a personale ridotto, è difficile, se non impossibile, lasciare il posto di lavoro allo scadere di 5 ore precise. Sono potuta rientrare che la bambina aveva 9 mesi, quindi la allattavo la mattina prima di andare al lavoro e poi quando tornavo a casa. Non mi sono mai tirata il latte in reparto, non ho trovato posto per farlo e che io sappia nessuna delle mie colleghe l'ha fatto. Sono riuscita in totale ad allattarla per 15 mesi (assunzione di ruolo in ospedale periferico)".
3. "Da specializzanda non hai diritto a un orario ridotto per l'allattamento e da quando torni al lavoro sei inclusa nei turni di guardia di 12 ore del fine settimana, mentre per le notti, per fortuna, si aspetta l'anno di vita compiuto del bambino. I giovani colleghi non fanno sconti sui cambi turno e a volte per "spezzare" le 12 ore ci siamo aiutate tra mamme. In ospedale esiste un posto dove tirarsi il latte (il *Lactarium*), ma è difficile giustificare di assentarsi dal reparto per andarci, dobbiamo precisare che non si tratta di una "pausa" e comunque dobbiamo terminare il giro visite oppure la riunione che c'è in quel momento. Io ho scelto di tornare al lavoro agli 8 mesi compiuti di vita del bambino. Difficile conciliare l'allattamento con gli orari da specializzanda (lavorando molte più ore di quelle stabilite da contratto), ma l'ho allattato fino a 20 mesi" (specializzanda in un ospedale di III livello).

monica.pierattelli@gmail.com

Lo *screening* mammografico basato sul rischio individuale della donna: lo studio europeo *My Personalized Breast Screening (My-PeBS)*

di Francesca Battisti, Paola Mantellini



FRANCESCA BATTISTI
Laureata in Medicina e Chirurgia (2008, Università degli Studi di Pisa), specializzata in Igiene e Medicina Preventiva nel 2014 presso l'Università degli Studi di Pisa, perfezionata in Programmazione, Organizzazione e Gestione delle Aziende e dei Servizi Sanitari c/o l'Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma. Dal 2014 ha svolto collaborazioni con la SS Epidemiologia dell'Ambiente e del Lavoro dell'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) di Firenze. Dal 2019 lavora presso la SC Screening e Prevenzione Secondaria di ISPRO

PAOLA MANTELLINI
SC Screening e Prevenzione Secondaria, Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO), Firenze; Responsabile della Sperimentazione Locale dello studio My-PeBS in ISPRO

L'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) parteciperà allo studio europeo randomizzato multicentrico *My Personalized Breast Screening*, finanziato nell'ambito del programma europeo *Horizon 2020*. L'obiettivo è valutare l'efficacia di uno *screening* mammografico personalizzato basato sulla stratificazione del rischio rispetto al protocollo di *screening* attualmente in uso basato unicamente sull'età.

Il tumore della mammella rappresenta la seconda causa di morte per tumore tra le donne nei Paesi occidentali. Si tratta di una patologia dal grande impatto al livello mondiale, con oltre 2 milioni di nuove diagnosi e oltre 600 mila decessi nel mondo stimati al 2018. In Italia, il carcinoma mammario continua a rappresentare la prima causa di morte per tumore nelle donne (nel 2016 sono stati registrati 12.564 decessi nelle donne, dati ISTAT). Fortunatamente, si osserva una continua tendenza alla diminuzione della mortalità dovuta a carcinoma mammario in Italia, (-0,8%/anno, dati AIRTUM), attribuibile a diversi fattori tra cui la maggiore diffusione dei programmi di *screening* mammografico (e la conseguente anticipazione diagnostica) e ai progressi terapeutici.

Lo *screening* mammografico è un intervento organizzato di sanità pubblica di comprovata efficacia, sottoposto a periodici e stringenti controlli di qualità della *performance*, che si è dimostrato in grado di ridurre significativamente la mortalità per carcinoma mammario. La Commissione Europea ne raccomanda l'implementazione in tutti i Paesi dell'Unione. In Italia, tale prestazione rientra tra i Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 12 gennaio 2017).

Tranne che per un piccolo sottogruppo di donne a rischio molto elevato di sviluppare il tumore al

seno, attualmente rimane l'età della donna il solo criterio di eleggibilità al programma di *screening*. La normativa nazionale italiana prevede infatti l'invito delle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni per l'effettuazione della mammografia a cadenza biennale. In alcune Regioni, tra cui la Toscana, è stato deciso di estendere il programma di *screening* mammografico, dunque il protocollo di invito delle donne attualmente in uso prevede l'invito annuale delle donne di età compresa tra i 45 e i 49 anni e l'invito biennale alle donne fino ai 74 anni di età, ai sensi della Del. GRT 875 del 2016.

Un protocollo così concepito, che cioè considera come unico indicatore di rischio l'età, ha dimostrato una riduzione di circa il 20% della mortalità specifica per tumore al seno, insieme alla riduzione della malattia in stadio avanzato nelle donne di età superiore ai 50 anni.

Parole chiave:
screening mammografico,
rischio individuale,
tumore mammario

Rimangono tuttavia alcuni limiti come la diagnosi di lesioni che si rivelano benigne (i falsi positivi) e la sovra-diagnosi e il sovra-trattamento ovvero la diagnosi e il trattamento di lesioni non clinicamente rilevanti (che cioè non sarebbero mai progredite anche in assenza di trattamento). Altre criticità sono rappresentate dai cancri di intervallo, neoplasie che insorgono nell'intervallo di tempo tra un episodio di *screening* negativo e il passaggio di *screening* successivo e dall'esposizione a radiazioni ionizzanti (ancorché a dosi molto basse) utilizzate per l'effettuazione della mammografia.

La possibilità di utilizzare modelli per l'identificazione di sottogruppi a maggior rischio di sviluppare il tumore alla mammella rappresenta un importante campo di studio, in quanto consentirebbe di prevedere protocolli di indagine più intensi per donne ad alto rischio e, per contro, meno intensi in donne a basso rischio, ottimizzando così il rapporto tra costi dello *screening* (intesi in senso lato come costi organizzativi, economici, sociali ma anche biologici in termine di esposizione alle radiazioni ionizzanti) e benefici (in termini di lesioni diagnosticate, ma anche di minor occorrenza di falsi positivi e sovra-diagnosi), nell'ottica della massimizzazione dell'appropriatezza sia clinica che organizzativa.

Attraverso l'utilizzo di modelli predittivi elaborati in letteratura, che tengono in considerazione alcuni fattori di rischio noti (età, storia familiare, ormonale e riproduttiva, densità mammaria, precedente

biopsia, polimorfismi genetici) è possibile stimare a livello individuale il rischio di insorgenza di carcinoma mammario. Proprio l'uso di una strategia di *screening* personalizzata, basata sul rischio individuale così calcolato, sarà oggetto di sperimentazione nell'ambito del programma europeo *Horizon 2020*. È di imminente inizio, infatti, un ambizioso progetto europeo dal titolo *My Personalized Breast Screening* (MyPeBs), *trial* randomizzato multicentrico che sarà condotto in cinque Paesi (Italia, Francia, Belgio, Regno Unito, Israele) coinvolgendo un totale di 85.000 donne di età compresa tra i 40 e i 70 anni, reclutate in 852 centri partecipanti. In questo studio sarà confrontata una strategia di *screening* personalizzato sulla base del rischio individuale di ogni donna con lo *screening standard* attuale, che si basa solo sull'età come criterio di elezione per l'invito alla mammografia. Anche la Toscana vedrà la partecipazione di 5.000 donne di età compresa tra i 45 e i 70 anni, reclutate per l'area fiorentina nell'ambito del programma di *screening* mammografico gestito da ISPRO. Il protocollo dello studio, coordinato da Unicancer (Francia), è già stato approvato dal Comitato Etico centrale dal Comitato Etico locale. Le donne riceveranno oltre al tradizionale invito a eseguire la mammografia un invito alla partecipazione allo studio.

Chi accetterà di partecipare e avrà i requisiti per essere inserita nello studio risponderà a una serie di domande sulla propria storia clinica, su quella familiare e su alcuni aspetti di tipo psico-sociale. Le partecipan-

ti saranno suddivise, attraverso una randomizzazione, in due gruppi:

- il *braccio di controllo*, che farà la mammografia di *screening* e poi riceverà il percorso di *screening standard* (a cadenza biennale o annuale in funzione dell'età);
- il *braccio di intervento*, in cui le donne seguiranno un percorso di *screening* personalizzato: oltre a offrire la mammografia di *screening*, verrà chiesto loro di fornire un campione di saliva per valutare i polimorfismi genetici utili a definire il profilo di rischio. Dopo la processazione del campione salivare, i risultati di genotipizzazione saranno implementati nel calcolo del rischio integrando anche le altre informazioni anamnestiche raccolte. Le donne del braccio di intervento saranno quindi contattate, a distanza di circa 8-12 settimane dalla prima mammografia, per essere informate del proprio profilo di rischio e quindi del conseguente percorso di *screening* personalizzato, che potrà prevedere uno o più tipologie di esame (mammografia, ecografia, risonanza magnetica) con diversa periodicità in funzione del rischio individuale (basso rischio, mammografia dopo 4 anni; medio rischio, mammografia ogni 2 anni; alto rischio, mammografia annuale; rischio molto alto, mammografia e risonanza magnetica annuale). Alle donne con seno denso (valutato al momento della lettura della mammografia di arruolamento) verrà inoltre effettuata un'ecografia (Tabella I).

Una sintesi delle prime fasi del-

Rischio a 5 anni	Rischio basso	Rischio medio	Rischio alto	Rischio molto alto
Definizione come una percentuale (a 5 anni)	Rischio < 1%	$1 \leq \text{rischio} < 1,67\%$	$1,67\% \leq \text{rischio} < 6\%$	Rischio $\geq 6\%$
Mammografia	Dopo 4 anni	Ogni 2 anni	Ogni anno	Ogni anno
Esame aggiuntivo	-	Ecografia se alta densità mammaria	Ecografia se alta densità mammaria	RMI [^] ogni anno fino all'età di 60 anni

[^]: la Risonanza Magnetica Mammaria (RMI) è effettuata fino ai 60 anni di età uniformandosi alle Linee Guida NICE 2015 sull'alto rischio mammario che prevedono la sua esecuzione fino a quell'età nelle donne con seno molto denso.

Tabella I – Sintesi degli esami proposti alle donne arruolate nel braccio di intervento a seconda del profilo di rischio.

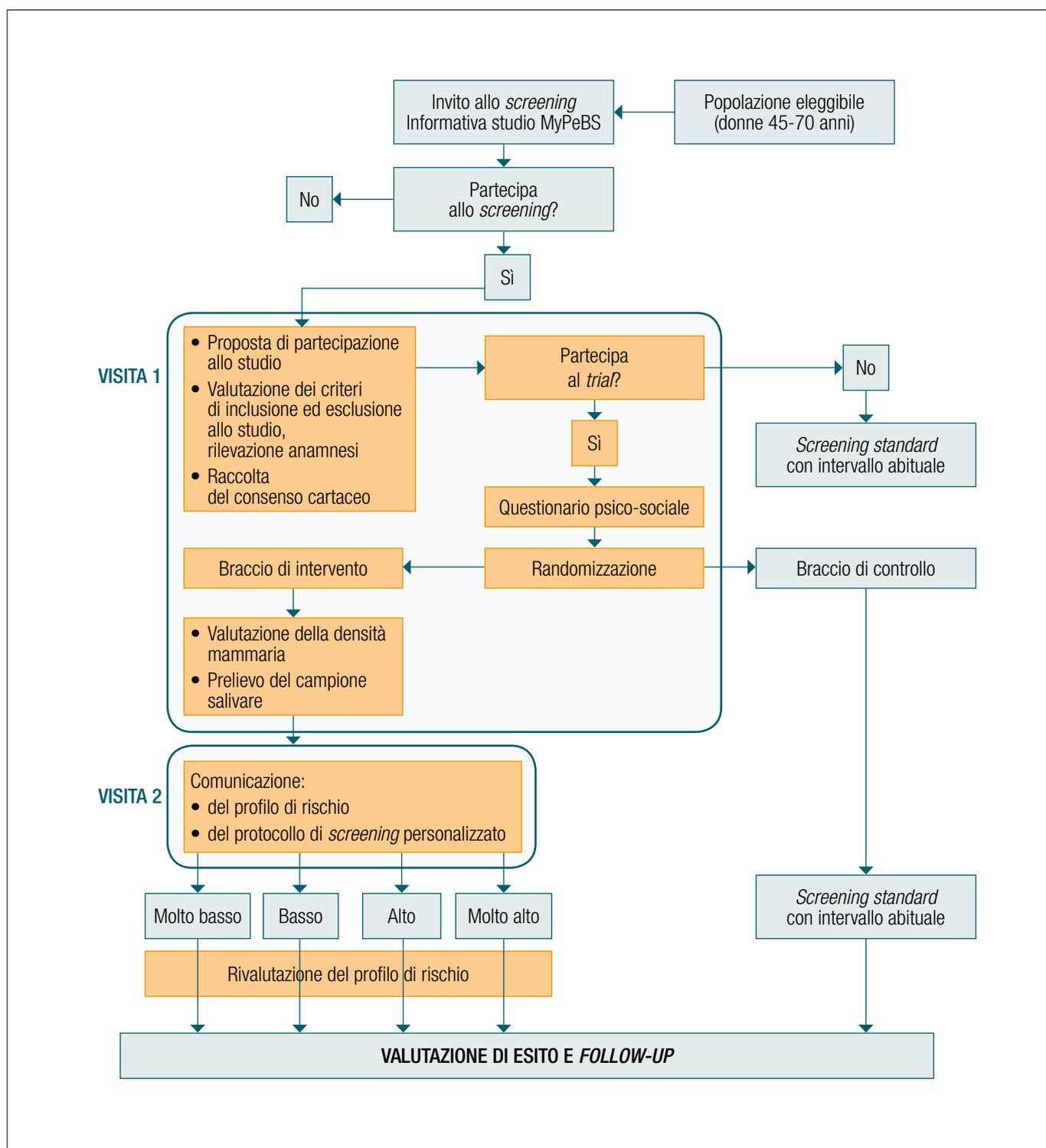


Figura 1 – Schema del progetto MyPeBS (centri italiani).

lo studio è riportata in Figura 1. La durata dello studio sarà di 4 anni, mentre gli esiti a lungo termine saranno valutati a distanza di 15 anni. I medici di famiglia, i ginecologi, gli oncologi, gli infermieri, i radiologi e i tecnici di radiologia avranno un ruolo importante nei confronti delle

pazienti, che potrebbero chiedere loro informazioni o consigli in merito a una possibile partecipazione allo studio. A questo proposito sono già disponibili materiali informativi costruiti ad hoc per lo studio. Ulteriori informazioni su My-PeBS

sono disponibili sul sito web <https://mypebs.eu/it> oppure sul sito www.ispro.toscana.it. Si ringraziano tutti gli operatori di ISPRO che stanno rendendo possibile la realizzazione di questo progetto. p.mantellini@ispro.toscana.it

L'ansia scolastica in età evolutiva

Come affrontarla

di Sabrina Masetti, Stefano Cosi



SABRINA MASETTI
Psichiatra psicoterapeuta, direttore scientifico
Centro Clinico La Mongolfiera, Firenze

STEFANO COSI
Psicologo psicoterapeuta, direttore Centro
Clinico La Mongolfiera, Firenze

La letteratura sul trattamento dell'ansia scolastica propone la terapia cognitivo-comportamentale in età evolutiva come trattamento d'elezione. Lo scopo è quello di insegnare a bambini e genitori strumenti terapeutici che, una volta appresi e utilizzati con regolarità, favoriscono il superamento del disagio ed evitano che si ripresenti in futuro.

Parole chiave:

ansia scolastica, età evolutiva, terapia cognitivo-comportamentale

La letteratura sul trattamento dell'ansia scolastica propone la terapia cognitivo-comportamentale in età evolutiva come trattamento d'elezione.

Durante la terapia sono di fondamentale importanza il supporto e la collaborazione attiva dei genitori, ma ovviamente il loro grado di coinvolgimento varia in base all'età del bambino o dei ragazzi.

Lo scopo è insegnare a bambini e genitori strumenti terapeutici che, una volta appresi e utilizzati con regolarità, favoriscono il superamento del disagio ed evitano che esso si ripresenti in futuro.

L'idea di base è che il lavoro con i bambini o i ragazzi non consiste unicamente nell'eliminare i loro pensieri disfunzionali, ma anche nel rafforzare le credenze funzionali, che difficilmente nascono in maniera spontanea specialmente nel caso di bambini inseriti in un sistema in cui altri adulti significativi, con i loro pensieri disfunzionali, hanno molta influenza.

Le principali tecniche utilizzate sono:

- La *psicoeducazione*, con l'obiettivo di aumentare il vocabolario emotivo del

bambino, condividendo con lui un numero più ampio di termini per definire le emozioni e introducendo il concetto di intensità e durata di un'emozione. Prerogativa fondamentale della terapia è imparare a saper riconoscere le emozioni e poi gestirle. L'intensità dell'emozione può essere misurata attraverso uno strumento chiamato "Termometro delle Emozioni", in cui si chiede ai bambini di raccontare qualche episodio in cui abbiano sperimentato emozioni con diversa intensità e insieme a loro si decide dove posizionarle nel termometro. Altro strumento utilizzato è il "Fiore delle Emozioni di Plutchik", in cui è ben visibile come emozioni diverse facciano parte della stessa categoria, cosicché il bambino comprende che le emozioni provate possono collocarsi lungo un *continuum* coerente. Questi strumenti permettono al terapeuta di rendere evidente al bambino che un'emozione vissuta come intensa molte volte non compare dal nulla, ma è preceduta da altri stati emotivi "consoni". Questo passaggio è cruciale per la terapia in quanto spesso il bambino, o la famiglia, fa riferimento a una grande rabbia o a una forte ansia come se questa fosse comparsa dal nulla.

- *L'individuazione e la modificazione dei pensieri disfunzionali attraverso il modello ABC*. Ai bambini o ai ragazzi viene insegnato a individuare i pensieri disfunzionali legati agli eventi temuti. Successivamente si insegnerà a valutare le situazioni con maggiore oggettività, in modo da poterle affrontare con pensieri più funzionali e realistici. Non sono le emozioni negative il problema, ma l'intensità delle stesse, e che queste estremizzazioni sono causate dai pensieri disfunzionali.
- *L'esposizione*. Questa tecnica consiste nel provare gradualmente ad affrontare le situazioni temute. L'esposizione alle situazioni temute permetterà al bambino o all'adolescente di verificare che

queste non comportano un reale pericolo, imparando inoltre che è possibile gestire l'ansia.

- *Il rinforzo*. Ogni comportamento avuto dal bambino a casa, a scuola o in terapia e che si avvicina all'obiettivo prefissato verrà premiato al fine di renderne più probabile la ricomparsa.
- *Il modellamento*. Si basa sull'utilizzo dell'adulto come modello funzionale di comportamento nell'affrontare le situazioni temute.
- *Le tecniche di rilassamento e di mindfulness*. Queste tecniche vengono utilizzate per ridurre lo *stress* del bambino e di conseguenza abbassare i suoi livelli di ansia. Secondo le preferenze e le caratteristiche dei singoli bambini o adolescenti, possono essere utilizzate diverse tecniche di rilassamento tra cui il rilassamento progressivo muscolare, la respirazione diaframmatica, la tecnica del respiro lento e il rilassamento per immagini.
- *La costruzione della resilienza*. Viene insegnato ai bambini e ai ragazzi che, pur non potendo controllare gli eventi, possono modificare l'impatto che essi hanno su di loro. L'utilizzo delle tecniche apprese durante la terapia permetterà di affrontare i momenti di difficoltà, superarli e trarne insegnamenti utili per il futuro.
- *Il parent training*. Il coinvolgimento dei genitori durante la terapia è di fondamentale importanza. Il terapeuta insegnerà loro come rispondere alle richieste e ai comportamenti dei bambini o dei ragazzi, in modo da non rinforzare le loro paure e di conseguenza il loro disturbo.

sabrina.masetti72@gmail.com

Gli antipsicotici *Long-Acting* di seconda generazione nella terapia della schizofrenia: dal problema dell'aderenza al vissuto soggettivo del paziente

di Giulio D'Anna, Lorenzo Tatini, Andrea Ballerini, Valdo Ricca

Gli antipsicotici *Long-Acting* di seconda generazione trovano crescente spazio nella terapia di mantenimento della schizofrenia. Oltre a superare il problema dell'aderenza alle cure, sembrano offrire vantaggi in termini di esperienza soggettiva, attitudine verso la terapia e qualità della vita. In una prospettiva orientata alla *recovery*, tali aspetti corroborano l'opportunità del loro utilizzo.

Parole chiave:
schizofrenia, antipsicotici,
compliance,
qualità della vita,
recovery

La schizofrenia è un disturbo psichiatrico grave a decorso cronico, caratterizzato da un significativo impatto sul funzionamento personale e sociale di 245.000 persone solo in Italia. L'andamento è spesso caratterizzato da acuzie con riesacerbazione di sintomi psicotici o positivi (deliri, allucinazioni, disorganizzazione comportamentale e dell'eloquio), cui si possono aggiungere significative oscillazioni del tono dell'umore. Le ricadute comportano un aggravamento della prognosi, con progressivo sviluppo di resistenza alla terapia, aumento dei livelli di disabilità e deterioramento cognitivo.

La terapia di mantenimento con farmaci antipsicotici risulta imprescindibile per ridurre la frequenza e la gravità delle ricadute, agendo soprattutto sui sintomi positivi. Decisamente minore e indiretta appare la capacità di incidere sui sintomi negativi, un insieme eterogeneo di manifestazioni cliniche che spaziano dal ritiro sociale all'appiattimento affettivo, verso cui appare maggiormente efficace un intervento di tipo multidimensionale.

In questo contesto, l'aderenza del paziente alle cure costituisce un fattore cardine: circa l'80% dei soggetti sperimenta almeno una ricaduta a seguito del primo episodio di malattia, e il rischio è cinque volte maggiore nei pazienti non trattati rispetto a quelli trattati. D'altra parte, ampi studi evidenziano come il 74% dei pazienti



GIULIO D'ANNA



LORENZO TATINI

Medici specializzandi in Psichiatria presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi. Si occupano di pazienti in terapia *long-acting* nell'attività clinica ambulatoriale. Inoltre collaborano allo studio osservazionale prospettico LAI-FE (*Long-Acting Injectable on Functioning and Experience*) in corso presso la S.O.D. di Psichiatria di Careggi

ANDREA BALLERINI
Dirigente Medico presso la S.O.D. di Psichiatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

VALDO RICCA
Professore Ordinario di Psichiatria. Direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria (Università degli Studi di Firenze). Direttore della S.O.D. complessa di Psichiatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

interrompa l'assunzione della terapia entro 18 mesi dalla presa in carico.

Al fine di garantire una piena aderenza al trattamento farmacologico, sin dagli anni Sessanta sono stati messi a punto preparati *depot*, somministrabili periodicamente per via intramuscolare, preferibili in pazienti scarsamente complianti. Si trattava di esteri di neurolettici tipici veicolati da un mezzo oleoso, come aloperidolo decanoato, e risultavano scarsamente tollerati.

Con l'introduzione nella pratica clinica degli antipsicotici di seconda generazione sono stati messi a punto preparati *Long-Acting Injectable* (LAI) di alcune di queste nuove mo-

lecole, mantenendone le principali proprietà terapeutiche e il profilo di effetti collaterali, ma con un migliore profilo di tollerabilità. Il vantaggio di una somministrazione mensile, o persino trimestrale, costituisce un'occasione di valutazione clinica regolare e supera il problema di distinguere uno scarso compenso psicopatologico dalla non aderenza. Negli anni l'utilizzo dei LAI è stato associato a minori tassi di ricaduta e di ricovero: questi presidi riducono infatti del 20-30% il rischio di ospedalizzazione rispetto agli antipsicotici orali, affermandosi insieme a Clozapina come la strategia farmacologica con maggiore capacità di prevenzione in tal senso. Grazie a tali dati di efficacia, lo spazio di impiego dei LAI è andato allargandosi, superando il ruolo di ultima linea per pazienti cronicizzati e scarsamente complianti attribuito ai vecchi *depot*. Il razionale è infatti quello di intercettare il quadro clinico in una fase precoce, evitando l'instaurarsi del tipico decorso cronico-ricidivante attraverso una presa in carico sistematica e un'aderenza certa alle cure. Anche per questo motivo, le più re-

centi linee guida ne estendono l'utilizzo a quei pazienti che manifestino una preferenza espressa per tale modalità di somministrazione.

Se questa evoluzione è confortante nella prospettiva di conseguire una remissione sintomatologica stabile, la quale riguarda a oggi solo il 36% dei pazienti affetti, ancora critici sono i dati sulla cosiddetta *recovery*, intesa come una remissione clinica stabile associata a soddisfacente recupero del funzionamento psicosociale e a un'adeguata qualità della vita: essa riguarda infatti appena il 13% dei soggetti trattati.

L'obiettivo della *recovery* sta generando un crescente interesse per il vissuto di questi pazienti, ed è ormai chiaro che il benessere soggettivo in corso di terapia antipsicotica è predittivo di aderenza alle cure stesse. Di contro, lo sviluppo di reazioni avverse soggettive e della cosiddetta "disforia indotta da neurolettici" risulta associato all'abbandono della terapia. Tali effetti collaterali sono conseguenza dello spiccato antagonismo dopaminergico di antipsicotici tipici come aloperidolo e i farmaci orali di secon-

da generazione presentano un ridotto rischio di incorrere in tali problematiche, in buona parte grazie al diverso meccanismo d'azione. I nuovi LAI sono candidati naturali alla conferma di tale dato, data la loro farmacocinetica priva di picchi plasmatici, contribuendo inoltre al superamento dello stigma associato all'assunzione quotidiana di una terapia per os.

Il progetto LAI-FE (*Long-Acting Injectable on Functioning and Experience*), in corso presso la S.O.D. di Psichiatria di Careggi, ha seguito nel tempo oltre cento soggetti in terapia con LAI, valutando con *test* psicometrici non solo le variazioni del quadro psicopatologico, ma anche e soprattutto il vissuto soggettivo dei pazienti in termini di qualità della vita, benessere percepito in corso di terapia antipsicotica e attitudine verso la cura. Uno studio prospettico di confronto tra terapia LAI e orale ha confermato il miglioramento di tali parametri nel braccio di pazienti trattati con *Long-Acting*.

Inoltre, un più ampio studio longitudinale a due anni ha mostrato che l'attitudine del paziente verso i LAI

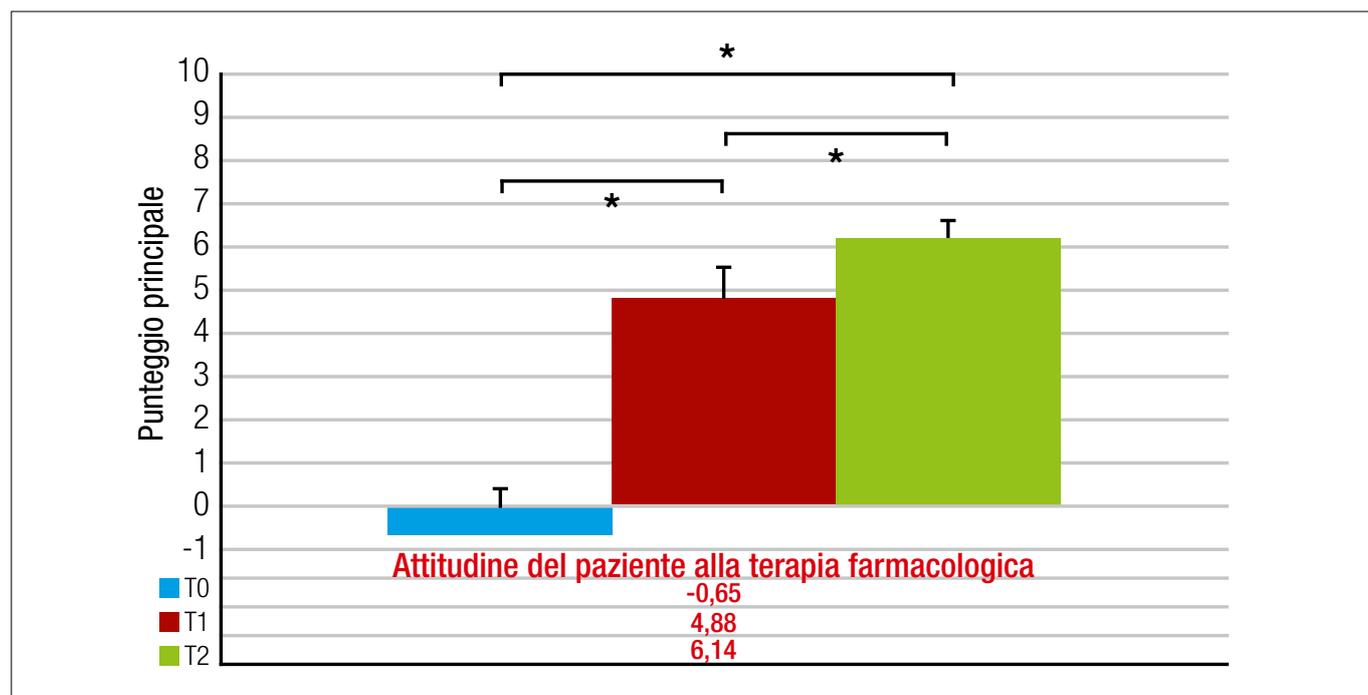


Figura 1 – Attitudine del paziente verso la terapia antipsicotica, misurata attraverso la *Drug Attitude Inventory* (DAI-10), al momento del passaggio da orale a LAI (T0), a un anno (T1) e a due anni (T2) dallo *switch*. La scala ha punteggio compreso tra -10 e +10. L'asterisco indica le variazioni statisticamente significative, sottolineando l'incremento anche nel secondo anno di terapia LAI. Campione di 43 pazienti.

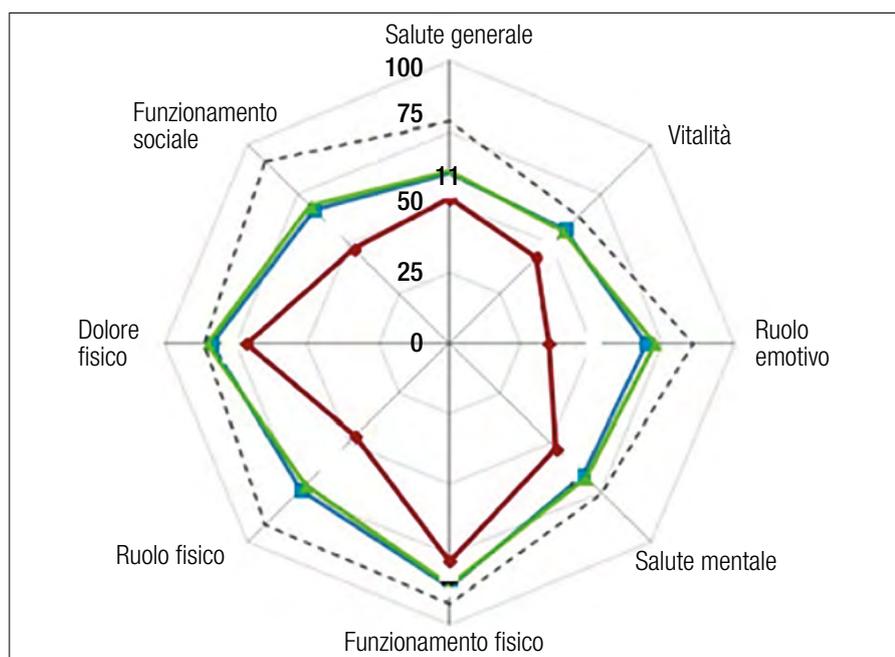


Figura 2 – Qualità della vita misurata dalla scala SF-36, valutata al momento del passaggio da orale a LAI (linea rossa), a un anno (linea verde) e a due anni (linea azzurra) dallo *switch*. La linea tratteggiata in nero indica i valori medi nella popolazione generale. Tutte le variazioni occorse nel primo anno sono statisticamente significative e risultano stabili a due anni. Campione di 43 pazienti.

migliora in modo progressivo e sostenuto nel tempo (Figura 1), in maniera in parte indipendente rispetto al quadro psicopatologico. Abbiamo osservato come la qualità della vita percepita dai pazienti si avvicini nel tempo a quella della popolazione generale (Figura 2). Ulteriori studi sono in corso per valutare eventuali variazioni nel tempo dei livelli di disabilità percepita dal paziente e riferita dal *caregiver* dopo il passaggio da terapia orale a *Long-Acting*.

Nel contesto della *patient-centered medicine*, il cui obiettivo ideale non può essere che la *recovery*, queste proprietà emergenti meritano di essere enfatizzate. Un'opzione farmacologica efficace e gradita al paziente può costituire il punto di partenza per un intervento multidimensionale e multidisciplinare, agevolando così un percorso cronico e di complessa gestione.

giulio.danna@unifi.it

CONVEGNI E CONGRESSI

LO SPECIALISTA ALLERGOLOGO E LE REAZIONI AVVERSE A FARMACI NELL'AZIENDA USL TOSCANA-CENTRO

Sabato, 14 marzo 2020 - 8.00-13.45

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Via G.C. Vanini 15, Firenze

Evento accreditato per 90 medici e odontoiatri (n. 5 crediti ECM n. 2603-287722)

Responsabile Scientifico: Donatella Macchia

Iscrizioni solo online previa registrazione al sito ordinistico:

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

Segreteria Organizzativa

e-mail: protocollo@omceofi.it

tel.: 055.0550750625; -612

Stress termico e rischio di infortunio nei luoghi di lavoro:

frontiere di ricerca e intervento alla luce del cambiamento climatico

di Alessandro Marinaccio, Michela Bonafede

Il tema dell'impatto del cambiamento climatico sulla salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro è di prima rilevanza per la ricerca epidemiologica e la sanità pubblica. La misura della relazione fra eventi climatici estremi e rischio di infortunio e l'identificazione delle specifiche categorie di lavoratori a rischio possono consentire di definire le misure di prevenzione dei rischi.

Parole chiave:
cambiamento climatico,
infortuni sul lavoro, epidemiologia,
prevenzione

La ricerca scientifica ha evidenziato come l'aumento dell'esposizione a temperature estreme sia causa di un significativo effetto sulla salute della popolazione, soprattutto per i soggetti più vulnerabili. L'associazione tra esposizione a temperature estreme,

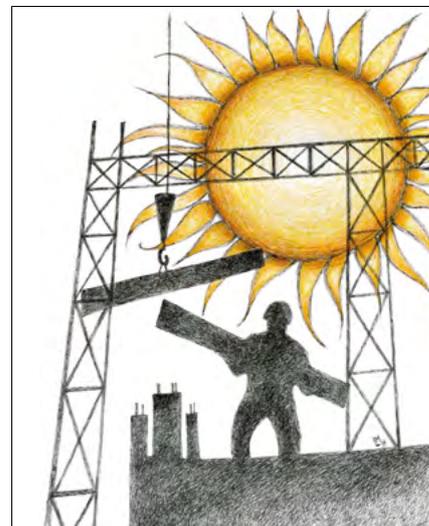
ondate di calore ed effetti sulla salute è stata ripetutamente studiata con strumenti di analisi epidemiologica e l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato in 250.000 decessi per anno l'impatto dei cambiamenti climatici per il periodo 2030-2050.

Meno esplorato è il tema della relazione fra il cambiamento climatico e la salute e la sicurezza dei lavoratori. L'argomento è complesso e coinvolge lo *stress* occupazionale dovuto a temperature estreme, l'esposizione alle radiazioni solari, l'interazione fra inquinamento ed esposizione a cancerogeni occupazionali e ad allergeni biologici. Negli ultimi decenni, le agenzie internazionali e gli enti pubblici di tutela della salute occupazionale hanno pubblicato documenti e linee guida che promuovono programmi e indicazioni operative per la prevenzione dei rischi connessi alle temperature estreme rivolti a lavoratori e datori di lavoro (CDC, 2008; NIOSH, 2016; UNDP, 2016, <http://www.salute.gov.it>). Gli effetti delle temperature estreme sulla salute dei lavoratori sono caratterizzati dall'aumento della fatica percepita e dalla riduzione delle capacità di reazione. L'associazione fra esposizione occupazionale a temperature estreme e rischio di infortunio sul lavoro è di particolare importanza considerando come molte attività lavorative si svolgano all'aperto e spesso lavorazioni complesse e pesanti siano programmate d'estate. Gli orari di lavoro spesso comprendono le ore più calde del-



ALESSANDRO MARINACCIO
INAIL, Dipartimento di Medicina,
Epidemiologia, Igiene del Lavoro e Ambientale.
Responsabile del Laboratorio di Epidemiologia,
Roma

MICHELA BONAFEDE
INAIL, Dipartimento di Medicina,
Epidemiologia, Igiene del Lavoro e Ambientale,
Roma



Cortesemente da Laura Medei, INAIL,
Dipartimento di Medicina, Epidemiologia,
Igiene del Lavoro e Ambientale.

la giornata a elevato rischio di *stress* termico (14:00 - 17:00) e molte attività professionali richiedono un intenso sforzo fisico. In situazioni in cui il carico termico totale supera la capacità del corpo di mantenere le normali funzioni corporee si verifica uno *stress* termico la cui intensità dipende anche dalla capacità di tolleranza al calore del lavoratore. Una recente *review* pubblicata dalla rivista *Lancet*, riprendendo un lavoro pubblicato da Kjellstrom e colleghi, stima in totale nel mondo 153 miliardi di ore di lavoro perse a causa dei cambiamenti climatici nel 2017, con un incremento di 62 miliardi rispetto al valore dell'anno 2000.

Recentemente, nell'ambito del progetto BEEP (<https://www.progettobeep.it/index.php>), sviluppato in collaborazione fra INAIL, Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio e CNR, è stata sviluppata un'analisi epidemiologica che, utilizzando la disponibilità di serie storiche di temperature a elevata risoluzione spaziale disponibili sul territorio nazionale, ha messo in relazione le temperature estreme (caldo e freddo) con gli incidenti sul lavoro registrati da INAIL in 8.090 comuni italiani nel periodo 2006-2010. Lo studio ha rilevato effetti significativi sul rischio di infortunio occupazionale sia per il caldo (RR = 1,17 95% CI: 1,14-1,21 per temperature superiori al 75° percentile) che per il freddo (RR = 1,23 95% CI: 1,17-1,30 per temperature inferiori al 25° percentile) (Figura 1), consentendo di stimare, per temperature inferiori e superiori alla soglia (25° percentile per il freddo e 75° percentile per il caldo), circa 5.200 incidenti sul lavoro all'anno associati alle temperature. Lo stesso lavoro evidenzia una variabilità dei rischi in relazione all'età (maggiori nei lavoratori giovani per il caldo e per i lavoratori meno giovani per il freddo), al genere (le donne sono più suscettibili alle basse temperature, gli uomini alle alte), alla dimensione aziendale (maggiore l'effetto del caldo sugli occupati nelle piccole imprese, maggiore l'effetto del freddo per le grandi aziende). I lavoratori nel settore dell'edilizia sono risultati essere i più suscettibili alle elevate temperature, mentre un maggior effetto del freddo è stato riscontrato negli occupati nei settori

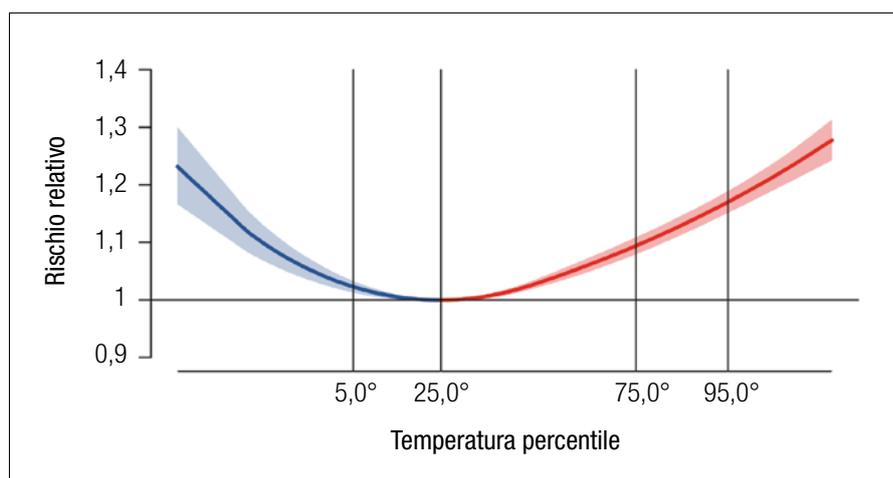


Figura 1 – Curva dose-risposta nell'analisi di associazione fra esposizione a temperature estreme e rischio di infortuni sul lavoro.

della pesca e dei trasporti. Relativamente alla gravità dell'infortunio nei periodi caldi è emerso un rischio di infortunio meno grave (< di 15 giorni di durata) rispetto al periodo freddo (> di 60 giorni di durata). I risultati dello studio, identificando specifiche categorie di lavoratori particolarmente esposti al rischio di infortunio correlato all'esposizione a temperature estreme, possono contribuire a definire specifiche misure di prevenzione e protezione a livello strutturale, comportamentale e organizzativo. Alla luce degli scenari di cambiamento climatico è necessario considerare la protezione dei lavoratori dai rischi di infortunio connessi alle temperature come una priorità. L'efficacia dei meccanismi di tutela può trarre beneficio dall'emersione di fattori di rischio misconosciuti o sottovalutati e per questo obiettivo la ricerca epidemiologica ha un ruolo fondamentale e può avvalersi della banca dati dell'istituto assicuratore per l'indivi-

duazione degli appropriati *outcome* di salute.

Tra le prospettive di ricerca future sarà rilevante implementare un sistema di allerta caldo attraverso previsioni personalizzate degli effetti della temperatura sui lavoratori in un modello meteorologico previsionale deterministico a elevata risoluzione spaziale e temporale, dettagliando le previsioni di rischio in funzione del tipo di attività fisica, dell'ambiente di lavoro, dei dispositivi di protezione individuali, delle criticità organizzative. È inoltre in programma la conduzione di uno studio epidemiologico nazionale per valutare la dimensione dei costi connessi agli infortuni e alla perdita di produttività nello specifico contesto italiano e per determinati settori occupazionali (costruzioni, agricoltura, trasporti, turismo e manifatturiero).

a.marinaccio@inail.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

C'era una volta: UN MOSTRO!

“C'era una volta: UN MOSTRO! Anzi, tanti mostri! Questa è una storia piennissima di mostri. Quelli bruttissimi, con il moccio che cola, le pustole, le unghiacce gialle e i peli dritti e duri.

Ma tu non hai paura, vero? Perché noi, i mostri, siamo abituati a combatterli e sconfiggerli. Li polverizziamo, li sminuzziamo, li trituriamo, li vaporizziamo. Li facciamo scomparire insomma. Per questo i mostri si stanno lamentando: perché non riescono più a fare il loro mestiere. Non ci credi? Vieni a vedere...”

Comincia così il divertente – ma serissimo – libro, scritto dall'Assessore al Diritto alla Salute, al welfare e all'integrazione socio-sanitaria e sport, Stefania Saccardi: *Storia di Etcìu* (Firenze: Giunti 2019). È la storia di un ragazzino, che ha i sintomi dell'influenza: l'unico modo che ha la mamma per vincere la sua resistenza a rimanere a letto è quello di spiegargli le ragioni di questo suo temporaneo allontanamento dagli altri bambini:

“– Lo capisco, ma non puoi. Tra l'altro, rischi di far ammalare anche gli altri bambini. Devi rimanere in casa e lasciare che i tuoi anticorpi, i soldatini che dentro di te combattono le malattie, sconfiggano il virus.

– Cos'è un virus, mamma?”

Inizia, in questo modo, una storia più che avvincente nel mondo della Medicina e della Sanità, “spiegata a mio figlio”, secondo un modello forse felicemente inaugurato dallo scrittore Tahar Ben Jelloun.

Lo scrittore franco-marocchino utilizzò la formula del dialogo con sua figlia di circa dieci anni per spiegare, attraverso le sue domande, il significato della parola “razzismo”.

Anche altri autori hanno seguito questo esempio, adottando la forma del colloquio domanda-risposta per veicolare concetti complicati, affrontare temi spinosi, rendere facile ciò che, al contrario, è tanto, tanto difficile.

Stefania Saccardi ha lo stesso obiettivo, ma sfugge all'impostazione didascalica: non vuole spiegare, ma vuole far comprendere. E, per ottenere questo risultato, abbandonando qualunque atteggiamento paternalistico, sceglie la lingua dei bambini.

In questo modo, raggiunge anche gli adulti. Non era facile sintetizzare e rendere comprensibile le attività erogate da un servizio sanitario che conta su oltre 50.000 persone tra medici, infermieri e tecnici, che lavorano quotidianamente nei 40 ospedali della Toscana, nelle strutture e nei servizi sanitari del territorio.

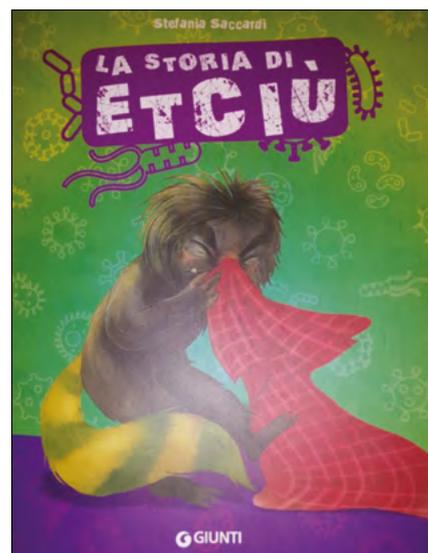
Non era facile trasmettere a un ipotetico interlocutore, abituato a godere dei benefici di questo sistema in maniera automatica, la lunga strada percorsa per raggiungere quei parametri di efficienza, appropriatezza, efficacia, equità che fanno parte del nostro mondo.

Stefania Saccardi ci è riuscita, “nonostante” il suo curriculum...

Avvocato, libera professionista, già vicepresidente di Avvocatura Indipendente, ha lavorato nell'ufficio stampa del Ministero dell'Interno e successivamente ha ricoperto il ruolo di capo della segreteria politica del sottosegretario al Ministero di Grazia e Giustizia, per poi essere eletta in Consiglio comunale di Firenze, ricoprendo il ruolo di vicesindaco e di assessore al welfare, alla cooperazione internazionale, allo sport e alla casa e di presidente della Società della Salute di Firenze. Dal 2013 al 2015 è stata vicepresidente della Regione Toscana per poi essere riconfermata nella decima legislatura, con il ruolo attuale.

Nel libro, che vive di uno stile ilare e giocoso, corredato da immagini azzeccatissime, viene ripercorsa la lunga battaglia contro le malattie che hanno colpito le società fino a tempi recenti, molte delle quali sono ancora una minaccia per la sopravvivenza individuale e collettiva.

“I bambini ormai non conoscono più il mio nome, io, il mostro dei mostri! Mi ha chiesto se fossi il mostro mangiacalzini o quello delle carie ai denti. Io, la PESTE! Io che un tempo seminavo il terrore tra tutti, bambini, adulti, mamme, nonni. Tutti mi temevano; per secoli ho distrutto ogni cosa che ho incontrato, villaggi interi, castelli, pianure con tante grandi città e piccoli paesi, contadini e re senza distinzione. Chi non riusciva a fuggire dalla città era condannato a una morte bruttissima, con bubboni schifosi, che diventavano tutti neri. E ora guarda come sono ri-



dotto. Nessuno mi riconosce per strada, nessuno ha più paura, nemmeno un piccolo brividino.”

Nel dialogo tra Peste e Tubercolosi, due dei personaggi del libro, si accende uno dei capitoli più drammatici della storia dell'umanità, quello della Peste Nera, che dal VII al XVIII secolo ha dominato la patocenosi del mondo occidentale.

Non solo: Vaiolo dai 5.000 occhi e Poliomielite, una “figurina piccola e spezzata, a righe sottili verdi e viola, con antenne a zig-zago che le spuntavano un po' ovunque dai lati”, insieme a tutti i personaggi del libro, sono i protagonisti di una vera e propria epopea, che prende il nome di Vaccinazione, di Igiene, di Sanità pubblica...

Come professore di Storia della Medicina ho la consapevolezza di come le prime pagine del *Decamerone* di Boccaccio valgano più di qualunque manuale; di come Mimì de *La Bohème* sia più incisiva di tante spiegazioni; di come *La mano del malato povero* di Pirandello apra uno spaccato sulla storia degli ospedali, difficilmente immaginabile attraverso compendi e prontuari... Merita dunque un ringraziamento questo impegno dell'assessore Saccardi, che ha saputo tessere un gradevole racconto, che è, allo stesso tempo, una sorta di memorandum per coloro che si sono aggiunti nella comodità dello stato sociale. Per parlare di temi tanto impegnativi, il modo più immediato era proprio quello di cambiare registro, perché “chiunque diventerà piccolo come questo bambino, sarà il più grande...” (Mt 18:4).

Donatella Lippi

Ricordo di Gianfranco Scarselli

Gianfranco Scarselli ci ha lasciato inaspettatamente lo scorso 10 febbraio.

Del professor Scarselli hanno già parlato il Rettore della nostra Università di Firenze, di cui Gianfranco era professore Emerito, e l'Assessore al diritto alla salute della Regione Toscana, Stefania Saccardi. La Saccardi ha scritto – crediamo a ragione – che “con Gianfranco Scarselli scompare uno dei più grandi ginecologi a livello internazionale”. Per noi invece, che eravamo Colleghi ma soprattutto amici, e che abbiamo avuto l'opportunità di conoscerlo bene condividendo con lui tanti momenti, poterne parlare ci consente di poterci avvicinare con profondo affetto all'amatissima moglie Lucia e alle figlie Benedetta e Valentina oltre che alle bellissime nipotine.



La personalità di Gianfranco era molto ricca e molto eclettica, riuscendo sempre a emergere e a porsi in molte situazioni al centro dell'attenzione, si potrebbe dire che era una persona che non passava inosservata.

Alcuni di noi, certamente i Colleghi, lo ricorderanno per la sua professionalità di medico e di docente appassionato. La sua curiosità nella ricerca lo ha portato in molti ambiti a essere un innovatore o un grande divulgatore: Gianfranco è stato fra i primissimi in Italia a introdurre un apparecchio, l'isteroscopio, che consentisse di vedere direttamente all'interno della cavità uterina; o a intuire la necessità che molti specialisti si mettessero insieme per curare meglio le donne affette da endometriosi, patologia complessa e di grande impatto sociale.

Molte altre persone lo ricorderanno per le sue doti umane, per la sua attenzione ad aiutare le donne in difficoltà e anche in questo campo ha creato con alcuni amici una fondazione (Foemina), volta al miglioramento delle cure per le donne o per i loro bambini. Basti ricordare la sua adesione al progetto “Ninna ho” per i neonati abbandonati. Ancora, il suo contributo è stato determinante fin dagli anni '70 a far nascere una nuova branca della Ginecologia, la Fisiopatologia della Riproduzione Umana, che si occupa della diagnosi e della terapia dell'infertilità di coppia. Molti di noi e molte coppie ricorderanno i suoi appassionati interventi nelle varie sedi per favorire lo sviluppo di questo nuovo settore della disciplina.

Altri amici ricorderanno Gianfranco per le sue capacità organizzative e di mediatore non solo in campo professionale ma anche in quello extraprofessionale, unendo semplicità e attenzione ai particolari.

Alcuni invece lo ricorderanno per la sua passione per il ballo. Per noi era cosa nota. Da sempre avevamo notato la sua capacità di muoversi ed estraniarsi dai problemi con la musica, ma è stato negli ultimi anni che questa passione, coltivata con continuità, gli ha consentito, anche in questo campo, di raggiungere obiettivi di vera eccellenza partecipando a molte gare e manifestazioni conquistando la vetta più alta del podio.

Molti, forse moltissimi, lo ricorderanno per il suo sorriso, per il suo attaccamento alla vita nella sua accezione più grande, più onesta, più bella e più pulita. Vedevo, seppure in modo consapevole, sempre il lato positivo del problema e questo gli dava un vantaggio enorme per poterlo risolvere al meglio.

Il prof. Gianfranco Scarselli ha rivestito cariche importanti in diverse Società Scientifiche nazionali e internazionali. È autore, infine, di oltre 600 pubblicazioni su importanti riviste nazionali e internazionali, è anche autore di numerosi libri che costituiscono un punto di riferimento per la cultura e la pratica ostetrico-ginecologica.

Una personalità così poliedrica e multiforme rimarrà inevitabilmente nei nostri cuori proprio perché ciascuno di noi ha condiviso con lui un aspetto particolare della sua vita, quello che gli era più congeniale e per questo rimarrà sempre viva la sua presenza seppure con aspetti diversi, ma non certamente meno intensi.

Ci piace ancora una volta ricordare il profondo attaccamento alla famiglia. Uno degli ultimi giorni della sua vita, dal letto di ospedale, ha inviato alla moglie Lucia una lettera struggente, in cui ha testimoniato quanto l'ha amata e quanto è stato bello avere avuto il Dono di trovarla, di poter condividere un lungo percorso di vita e costruire insieme a lei una splendida famiglia.

Gianfranco rimarrà per Lucia, Benedetta e Valentina uno splendido ricordo, un testamento di gioia di vivere, ottimismo, felicità, condivisione, amore, passione.

Ciao, Gianfranco, grazie per tutto quello che ci hai dato e forse con il tuo ricordo potrai ancora darci.

Ivo Noci, Gian Luigi Taddei

Ricordo di Manfredo Fanfani

Alla fine degli anni Sessanta era già accesissimo nel Paese il dibattito sul futuro Servizio Sanitario Nazionale.

Nel 1971 divenni segretario provinciale della FIMM, Federazione Italiana Medici Mutualisti, che comprendeva a quel tempo, all'epoca delle Casse Mutue, anche i medici convenzionati esterni, di cui Manfredo era il rappresentante locale e nazionale.

Ricordo che simpatizzammo subito, uniti fin da allora da una comune attenzione per i diritti civili e quindi all'uguale e universale tutela della salute di tutti gli esseri umani.

Mi colpì subito il suo naturale atteggiamento tollerante, laico e signorile; ne nacque un'amicizia vera, finita purtroppo questo febbraio con la sua scomparsa.

Manfredò, laureato a Firenze, aveva iniziato con un piccolo laboratorio di analisi in via della Pergola. Poi, negli anni, grazie alle sue indubbie capacità imprenditoriali e alla sua competenza professionale, era riuscito a costruire un grande complesso, celebre per la perfetta funzionalità, "l'Istituto Fanfani".

Chi a Firenze non lo conosce? Ricordo quante ore trascorse nel suo studio privato, reso celebre per aver fatto da set al film "Amici miei", immersi in piacevoli colloqui; mi spiegava cosa significasse per lui l'essere al servizio dei pazienti, come riuscisse a organizzare al meglio l'accoglienza e a garantire la serietà e la correttezza del lavoro fatto.

Manfredò ha sempre inteso il contributo del privato come interno alla programmazione del servizio pubblico e per questo si è sempre battuto.

Ma ciò che, a mio avviso, rendeva affascinante e stimolante il discorso reciproco era la sua passione per l'innovazione. Non c'era strumento nuovo che non volesse subito provare per offrire il meglio a chi si rivolgeva al suo Istituto.

Non l'ho mai sentito recriminare sul passato, eppure eravamo negli ultimi tempi della nostra frequentazione due anziani colleghi ugualmente curiosi del mondo.

Nel suo Istituto, in pratica una bella raccolta di pittura contemporanea in specie toscana, Manfredò curava l'aspetto esteriore convinto (e io sono sempre stato d'accordo) che la bellezza fosse parte integrante della terapia.

Chi non ha letto le sue brevi e incisive pubblicazioni storiche, iconograficamente perfette, e chi non ha apprezzato l'identico orgoglio con cui mostrava l'elogio scientifico del premio Nobel Dulbecco e la lettera di ringraziamento di La Pira, con la quale il Sindaco di Firenze esprimeva ammirazione per il clima di rispetto, di ospitalità e di serenità che Manfredò sapeva creare?

Il prof. Fanfani è stato per molti anni Consigliere dell'Ordine di Firenze, lo era già quando lo divenni anche io nel 1972, e mantenne questo incarico per molti dei trenta anni della mia Presidenza, offrendo sempre una collaborazione intelligente e attenta, portata a comporre i dissidi ma, nello stesso tempo, a mantenere fermissima l'adesione a valori fondanti del Codice Deontologico.

Il suo agire è sempre stato improntato alla difesa dell'autonomia e della libertà della professione, al rispetto della collegialità e alla consapevolezza del fortissimo ruolo sociale della medicina moderna.

La medicina fiorentina perde uno dei più illustri rappresentanti.

Un uomo dal carattere forte e sereno, che ha dato molto alla nostra città e alla professione.

Lo ricordiamo e lo piangiamo insieme a Stefania e Fabio e ci auguriamo che i giovani colleghi sappiano far tesoro del suo insegnamento.



Antonio Panti

RECITAL DEL 29 MARZO 2020 A FAVORE DELLA MISSIONE DI KISOGA (UGANDA) E DI AISLA (FI)

Il giorno **domenica 29 marzo 2020 alle ore 17:00 presso l'Auditorium al Duomo** di via Cerretani 54r, il gruppo musicale **ASIAM Connection Band**, composto da 6 medici fiorentini (Riccardo Gionata Gheri, endocrinologo, Giuseppe Mazza, medicina generale, Massimo Milli, cardiologo, Massimo Barattini, anestesista rianimatore, Marco Bartolini, radiologo, Andrea Giomi, cardiologo) affluenti all'associazione scientifica ASIAM (Associazione Scientifica Interdisciplinare Aggiornamento Medico) con l'apporto di Antonio Brunacci, tributarista, si è reso disponibile a titolo gratuito per un recital di canzoni pop & rock, per raccogliere fondi per la missione di **Kisoga** (Uganda) sostenuta dall'Associazione **"Gocce di Vita Onlus"** e di **AISLA - Sezione di Firenze** per aiutare i malati di SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica).

Per il ritiro dell'invito rivolgersi a: **Riccardo Gionata Gheri**, ASIAM Connection Band

E-mail: rg.gheri@gmail.com • Tel. 3926247662

IN TOSCANA LA MORTALITÀ PERINATALE EVITABILE NON FA PIÙ PAURA

Tre Regioni, Lombardia, Toscana e Sicilia, sono state esaminate per un periodo di tre anni per vedere quello che succedeva in termini di percentuali di mortalità perinatale. Il Progetto SPitOSS (*Italian Perinatal Surveillance System*), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, ha monitorato infatti i dati provenienti da 138 Unità di Ostetricia, Neonatologia o Terapia Intensiva neonatale per monitorare l'andamento della mortalità perinatale e identificarne i possibili fattori di rischio allo scopo di migliorare in termini complessivi la qualità dell'assistenza alla madre e al bambino. Di particolare soddisfazione i risultati della Toscana dove, nel periodo preso in esame le morti perinatali evitabili sono state pari a zero, in pratica significando che quelle effettivamente registrate non potevano assolutamente essere evitate.

In particolare nella nostra Regione dal 1° luglio 2017 al 30 giugno 2019 sono morti in utero o entro 7 giorni dal parto 2,9 bambini ogni mille gravidanze oltre la ventottesima settimana di gestazione, contro i 3,5 della Lombardia e i 4 della Sicilia.

L'Italia si colloca poi sostanzialmente allo stesso livello di Francia e Gran Bretagna per quanto riguarda il tasso di mortalità perinatale che oggi è in questi Paesi di circa 4 decessi ogni mille nati vivi.

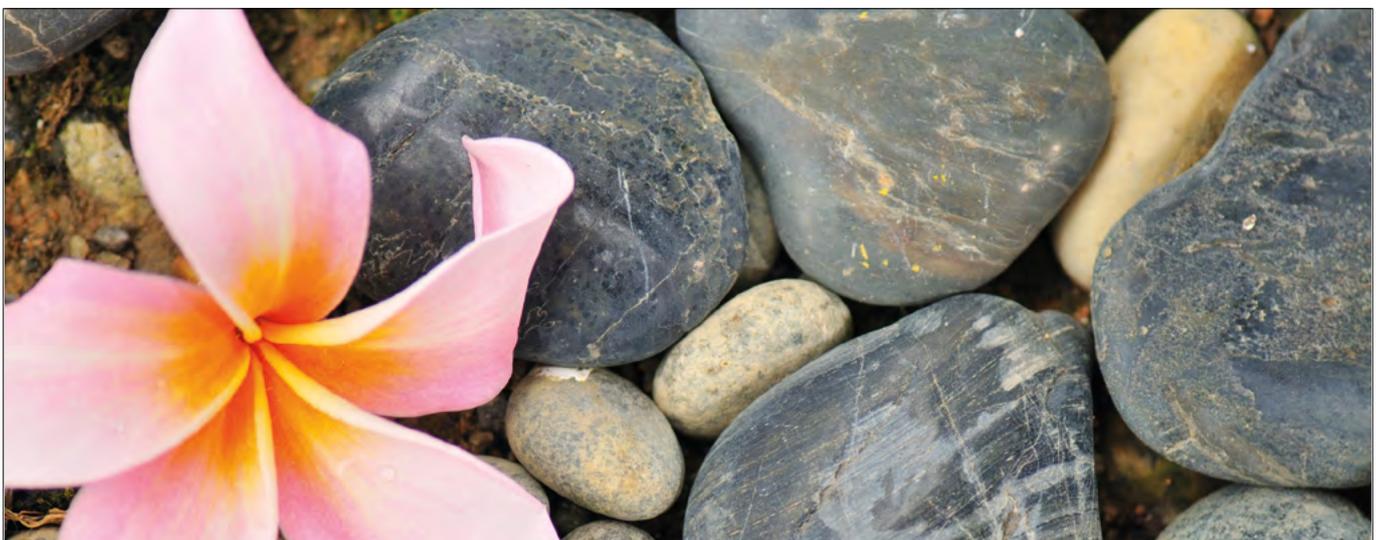
COME RICERCARE MEDICI E ODONTOIATRI

Sul sito della FNOMCeO è consultabile l'elenco di tutti i medici e gli odontoiatri iscritti agli Ordini italiani.

La ricerca può essere effettuata collegandosi all'indirizzo: <https://portale.fnomceo.it/cerca-prof/>

APERTO A FIRENZE UN AMBULATORIO DENTISTICO PER PERSONE IN DIFFICOLTÀ

La collaborazione tra Fondazione ANDI Onlus (Associazione Nazionale Dentisti Italiani), ANDI Firenze, Caritas ed Associazione Niccolò Stenone ha permesso di inaugurare a Firenze un ambulatorio che offrirà gratuitamente prestazioni odontoiatriche a migranti, senzatetto e, più in generale, a persone che per varie cause si trovano in situazioni di disagio e difficoltà. La struttura, di recente apertura, si trova in via del Leone al n. 35.





**PROF. MANFREDO
FANFANI**
RICERCHE CLINICHE

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