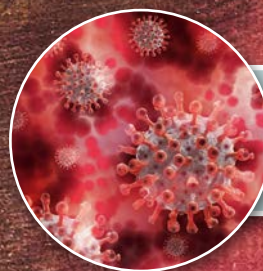


TOSCANA MEDICA

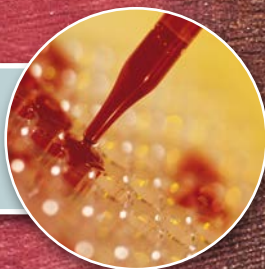
MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

Mensile - Anno XXXIX n. 2 febbraio 2021 - 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**



**Pandemia
e obblighi lavorativi**



**La diagnostica
ematologica
di laboratorio**



**Protesi di ginocchio
robotiche**



La sindrome *hikikomori*

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE







Anno XXXIX - n. 2 febbraio 2021
ISSN 2611-9412 (print) – ISSN 2612-2901 (online)

Direttore Responsabile
Pietro Claudio Dattolo

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 0750625
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.pacinieditore.it

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

Responsabile Editoriale: Lucia Castellani
Tel. 050 3130224 • lcastelli@pacineditore.it

Redazione e Impaginazione: Margherita Cianchi
Tel. 050 3130232 • mcianchi@pacineditore.it

Stampa

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

Finito di stampare febbraio 2021 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

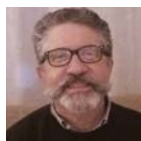


Fondato da
Giovanni Turziani

In copertina
Antonio Bueno
Spazio rosso
con figura
Olio su compensato,
cm 15x10
Collezione privata,
Firenze



Pietro Claudio Dattolo



Simone Pancani



Antonella Barresi

EDITORIALE

- 4 **La scelta: dall'etica dei tagli all'etica di evitare gli sprechi**
P.C. Dattolo

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 6 **"Un'oca per Ognissanti e un capretto per Pasqua":
i medici alla *Misericordia***
B.M. Affolter

LA MEDICINA LEGALE IN TEMPI DI PANDEMIA - a cura di M. Martelloni

- 8 **Gli obblighi del datore di lavoro in tema di pandemia da COVID-19**
M. Martelloni

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 11 **Violenza e Salute: Codice Rosa e ruolo del medico**
A. Citerinesi e coll.
- 13 **La sindrome *hikikomori***
S. Masetti e coll.
- 15 **Alimentazione e sport in età pre-puberale e post-puberale:
valutazione delle abitudini alimentari in diverse tipologie di sport**
L. Stefani e coll.
- 18 **L'innovazione tecnologica nella diagnostica ematologica
di laboratorio: dal microscopio ottico all'analizzatore di immagini**
F. Cesari e coll.

PILLOLE DI LEGGE - a cura di L. Bianchini

- 22 **Il rilascio di documentazione medica (cartelle cliniche) a richiesta
di congiunti del *de cuius*: rapporto tra il GDPR 679/2016
in materia di *privacy* e obbligo al segreto professionale**
L. Bianchini

RICERCA E CLINICA

- 25 **Protesi di ginocchio robotiche**
F. Matassi e coll.
- 28 **L'articolazione temporo-mandibolare: il percorso diagnostico
e terapeutico presso la Chirurgia Maxillo-Facciale di Careggi**
G. Spinelli e coll.

21 - 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



OPEN ACCESS

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

La scelta: dall'etica dei tagli all'etica di evitare gli sprechi

di Pietro Claudio Dattolo

Provate a chiedere ai vostri amici qual è l'aspettativa di vita della popolazione del mondo oggi... cinquant'anni, sessant'anni, settanta? Probabilmente saranno in pochi a darvi la risposta giusta: l'aspettativa di vita nel mondo è di settant'anni e questo significa che presto ci saranno moltissimi anziani da curare con spese che non saremo in grado di sostenere. Negli USA il 30% di quello che si spende per la salute è per gli ultimi sei mesi di vita. Sono soldi spesi bene? Probabilmente no.

“Vorremmo curare tutti. È ammirevole ma è sbagliato” scrive Oliver Smithies che nel 2007 ha ricevuto il premio Nobel per i suoi studi sulle cellule embrionali.

Americani ricchi e malati. È il paradosso degli USA, dove si spendono per la salute ogni anno 8.700 dollari a persona, più che in Australia, Canada, Francia, Italia, Regno Unito e Spagna. Ma negli Stati Uniti si vive meno che in Europa e quindi, verosimilmente, essere assicurati, colti, ricchi e avere grande attenzione allo stile di vita non conta più di tanto: si vive comunque di meno. Come si spiega? Semplice. Non c'è un Servizio Sanitario Nazionale e la medicina di base funziona poco e male.

La spesa per la salute dappertutto aumenta di anno in anno. Più farmaci e molto più innovativi, più tecnologia e sempre più sofisticata, possibilità di cura anche per chi ha un'età avanzata. Ma tutto questo costa. E allora vogliamo cure o buone cure?

Se si rimborsassero solo le buone cure – e non ciò che non serve o per cui non c'è evidenza di efficacia o che a parità di efficacia costa di più – realizzeremmo un buon taglio agli sprechi.

In Italia (e quindi anche in Toscana) il finanziamento degli ospedali per DRG è in vigore dal 1995.

L'intenzione era buona: cercare di utilizzare al meglio le risorse disponibili per la salute.

Ma l'ansia di ricorrere a DRG remunerativi porta certe volte a diagnosi di dimissione poco verosimili, quando addirittura non se ne fanno di “enfattizzate” per avere DRG più alti. E pensare che il sistema dei DRG è stato inventato negli USA con finalità del tutto diverse: classificare le malattie e capire il tipo di attività prevalente in un ospedale o in un altro. Da noi, salvo lodevoli eccezioni, infermieri e medici (al di là delle buone parole e dei convegni) non vengono giudicati come dovrebbe essere sui risultati delle loro cure, ma dal fatto che i conti tornino o meno nel loro specifico ambito di attività. È davvero un peccato. I costi sono e dovranno essere sempre di più parte integrante delle decisioni mediche, ma la buona medicina è fatta di conoscenze, verifica dei risultati, tensione all'eccellenza, ricerca scientifica: a guidare le scelte dei medici deve essere questo, e non se un certo intervento avrà o meno un buon DRG.

Il Sistema Sanitario Nazionale è stato inventato dagli inglesi ma con la legge 833 del 1978 lo abbiamo fatto nostro e quel giorno con quella legge l'Italia ha compiuto un atto di grande civiltà e si è portata ai vertici della classifica mondiale della buona sanità. A noi sembra normale che una persona, se è malata, possa avere un trapianto di cuore o di fegato e le cure più avanzate per il cancro senza spendere un euro.

In molte parti del mondo non è così e avere qualcuno malato in famiglia significa perdere tutto e indebitarsi. E nonostante gli sforzi di Hilary Clinton prima e di Obama poi è così anche negli USA.

Ancora oggi chi non è abbastanza ricco da pagarsi un'assicurazione pri-

vata e nemmeno così povero da ricevere aiuti dallo Stato non ha di che curarsi.

Ma Howard Brody, professore di medicina nel Texas, una ricetta ce l'ha. Sostiene infatti che quello che si spende in interventi che non portano alcun beneficio agli ammalati arriva al 30% del *budget* e che quindi “basterebbe evitare esami e interventi inutili per dare a tutti tutto quello che serve”. Anche negli USA. L'articolo è stato pubblicato sul *NEJM*: “Dall'etica dei tagli all'etica di evitare gli sprechi”. Ma i medici criticano: “Noi dobbiamo curare, non far quadrare i conti, se si spende troppo, pazienza”. “No – scrive Brody – questo ragionamento non sta in piedi, se per dare tutto a tutti dovessimo esaurire le risorse, non ci sarebbe più niente per nessuno”.

E poi quello che non serve può far male. Un esame del sangue fatto per niente genera altri esami, raggi, persino interventi chirurgici e tutto questo può portare a complicazioni che poi generano altri accertamenti e altre spese e così via. Ecco perché l'etica di evitare gli sprechi deve essere un imperativo morale per i medici (che certo non incrina il rapporto con l'ammalato, semmai lo esalta) e lo dovrebbe essere anche per i cittadini.

Non possiamo permetterci, in buona sostanza, interventi di nessun tipo per cui non ci sia in letteratura evidenza di efficacia. “*To reduce cost, the best approach is to spend more on some services and to reduce the need of others*” scriveva Michael Porter sul *NEJM*; insomma, per ridurre i costi certi servizi vanno ridotti e certi altri potenziati. L'etica di evitare gli sprechi è anche questa.

Molti dei nuovi farmaci antitumorali hanno costi elevati, anche 60.000 euro per ciclo di trattamento, ma i benefici sono quasi sempre modesti. Vanno prescritti sempre e comunque?

È meglio qualche settimana di vita in più fra grandi sofferenze o usare una piccola parte di quei soldi per garantire ad altri malati di essere assistiti convenientemente a casa propria? Domande laceranti e pesanti come pietre, ancora in attesa di risposte chiare e possibilmente definitive.

Molti dei concetti che ho espresso in queste colonne potranno sembrare eccessivi, a dire poco discutibili, provocatori, declinati sopra le righe di

atteggiamenti e comportamenti che fino a oggi hanno voluto dedicare ben poco spazio a questi temi, eppure si tratta semplicemente del nostro domani, del nostro essere medici in tempi di enormi difficoltà economiche ed altrettante enormi aspettative da parte della gente nei confronti del nostro operare. E tutto sarà ancora più difficile quando la pandemia con i suoi immensi costi sarà solo un ricordo e tutti dovremo confrontar-

ci con scelte di farmacoeconomia a qualsiasi livello di intervento, dal decisore pubblico al medico di famiglia che quotidianamente prescrive farmaci ed esami diagnostici.

Al di fuori di qualsiasi polemica strumentale e/o strumentalizzabile, semplicemente vorrei che all'interno dell'Ordine si aprissero discussioni e dibattiti sul nostro impegno futuro, produttivi di conclusioni esportabili anche a livello nazionale. Tutto qui.

lettere



**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, 08/02/2021 - Prot. n. 1441
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 27 marzo 2021 alle ore 6 in prima convocazione e per il giorno

domenica 28 marzo 2021 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 2020;
3. Approvazione Bilancio Preventivo 2021;
4. Relazione annuale del Presidente.

Si ricorda che è consentita la delega a 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.

Lo svolgimento dell'Assemblea, ivi compresa la consegna delle onorificenze per il 50° anniversario della Laurea, è subordinato alle norme anti-Covid al momento vigenti. Eventuali modifiche organizzative relative alla data, all'orario, al luogo e alle modalità di svolgimento saranno oggetto di pubblicazione sul sito istituzionale dell'Ordine, a valere a ogni effetto di legge.

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE
(DOTT. PIETRO CLAUDIO G. DATTOLO)
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

“Un’oca per Ognissanti e un capretto per Pasqua”: i medici alla *Misericordia*

di Barbara Maria Affolter

Sin dal suo nascere la *Misericordia* include nel suo *staff* formato prevalentemente da volontari anche una serie di professionisti di vari settori. Assieme a notai, camerlinghi, depositari, ma anche “servi” e “porta” nell’organico è prevista la figura del medico che, secondo i più antichi statuti, doveva essere “di buona dottrina” e disposto a dedicarsi sia ai “poveri miserabili” che agli ascritti bisognosi. In cambio gli spettava, oltre a un “congruo salario”, raddoppiato in “tempo di peste”, anche “un’oca per Ognissanti”, “una candela per la Candelaia” (2 febbraio) e un “capretto per la Pasqua di Resurrezione”.

A partire dal primo medico documentato, messer Agnolo Bonaiuti Berti del quartiere di Santa Maria Novella iscritti alla *Misericordia* nel 1361, o da ser Girolamo Buonagrazia, medico del morbo degli inizi del Cinquecento e autore di un *Manuale contro la peste*, sono infatti numerosissimi i professionisti che hanno operato su incarico dei capitani e che compaiono nelle carte dell’archivio storico dell’ente.

Alcuni risultano essere stati molto amati e stimati, altri mandati via prima del tempo o “allontanati” per non aver svolto a dovere i compiti a loro assegnati come nel caso del medico di Compagnia di metà Ottocento, il dottor Giuseppe Marabotti, licenziato per “mancato impegno” e per i suoi “modi aspri e inconvenienti”.

Nel Novecento ai “dottori di Compagnia” si aggiunsero anche i medici dell’ambulatorio. Nel 1926, infatti, all’allora provveditore Amilcare Caligo

venne proposto di subentrare alla gestione di un servizio di Guardia medica chirurgica permanente per immediate cure a chiunque ne avesse bisogno con sede in piazza Davanzati.

Si trattava di una sorta di presidio sanitario fondato nel 1890 con la partecipazione del dottor Alessandro Roster, ginecologo e ostetrico impegnato al sostegno della popolazione socialmente più svantaggiata, e passato poi, nel 1901, sotto la direzione di Piero Strozzi. Dopo un’accesa discussione i responsabili della *Misericordia* decisero di accettare la proposta e di dare vita a un vero e proprio ambulatorio medico-chirurgico affidato a specialisti delle più varie discipline.

L’ambulatorio, che in un primo momento trovò spazio al primo piano della sede storica, venne inaugurato nel settembre del 1927 sotto la guida del professor Teodoro Stori, direttore sanitario dell’ospedale Villa Basilewski e “amatissimo e stimatissimo dal popolo”. Grazie alla decisione da parte di tutti i componenti del neo-istituito ambulatorio di rinunciare al proprio compenso fu possibile alla *Misericordia* offrire i propri servizi sanitari gratuitamente a una serie di persone (ascritti, loro figli minorenni, poveri, mutilati di guerra, appartenenti agli ordini religiosi).

L’iniziativa ebbe immediato successo e già nel secondo anno di apertura vennero superate ampiamente le 17.000 visite. Crebbe anche la fiducia nello *staff* medico-infermieristico tanto da indurre i dirigenti della “Associazione fiorentina del calcio” a chiedere all’allora direttore sanitario, oltre all’“assistenza alle parti-



BARBARA MARIA AFFOLTER
Laureata in Archivistica all’Università degli Studi di Firenze, lavora da anni su incarico della Soprintendenza archivistica e bibliografica della Toscana; attualmente cura l’Archivio storico della Venerabile Arciconfraternita della Misericordia di Firenze

te di calcio domenicali” da parte di “fratelli volontari”, anche “l’ammissione all’ambulatorio dei giocatori che eventualmente necessitassero di cure mediche in seguito a incidenti di giuoco durante le partite e gli allenamenti”. La richiesta fu accolta e dette seguito a una lunga e proficua collaborazione tra la *Misericordia* e il mondo dello sport.

Nel 1937 gli spazi ambulatoriali risultarono ormai insufficienti alle richieste in incessante aumento. Fu deciso di acquistare uno stabile vicinissimo alla sede sito in corso Adimari e di trasformarlo in parte in *garage* con officina per le ambulanze e, al primo piano, in presidio sanitario formato da dieci stanze “adeguatamente areate e attrezzate con le più moderne apparecchiature”.

Quando, da lì a poco, Firenze dovette subire l’occupazione nazifascista l’impegno sanitario della millenaria Istituzione fu messo a dura prova. In mancanza di mezzi materiali e dei volontari più prestanti, richiamati alle armi, dovette far fronte con coraggio, tenacia, diplomazia e una buona dose di inventiva alle fortissime richieste di soccorso da parte della popolazione. Fu in quel frangente che alcuni fratelli, capeggiati e coordinati dal valorosissimo dottor Mario Danti, trasformarono ambulatorio e Compagnia in un presidio sanitario operativo ventiquattro ore al giorno sette giorni su sette.



Servizio di trasporto di defunto nell'agosto del 1944 con carro lettiga.

Particolarmente incisiva fu l'assistenza messa in campo nel periodo di emergenza seguito alla distruzione dei ponti e all'abbattimento del cuore medievale della città nell'agosto

del 1944. Incaricato dal Comitato Toscano di Liberazione Nazionale (CTLN) e in accordo con le forze partigiane, un eroico nucleo formato da "fratelli", dipendenti e medici af-

fiancati da membri della Croce Rossa Italiana spese le proprie forze per salvare vite, curare ferite e seppellire i tanti morti che l'orribile vicenda aveva provocato. In testa sempre il dottor Danti che non si stancò mai a soccorrere feriti, anche se nemici, a incoraggiare collaboratori e collaboratrici e a provvedere al reperimento non solo di medicinali e materiale sanitario, ma anche di generi alimentari divenuti, per una città sotto assedio, di primaria importanza. In ultimo va ricordato anche il suo impegno nell'organizzazione di una capillare campagna di vaccinazione antitifica grazie alla quale fu possibile scongiurare un'epidemia che oramai sembrava ineluttabile.

Anche nel 1966, subito dopo la devastante alluvione del fiume Arno, la *Misericordia* riuscì in pochissimo tempo a organizzare un efficace e apprezzatissimo servizio di vaccinazione antitetanica e antitifica al quale afflù un numero significativo di persone. Un'attività, quella delle campagne vaccinali, attuate e apprezzate anche nei nostri giorni...

baffolter@misericordia.firenze.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

Nella pagina del sito ordinistico "ORDINE" - "UFFICI: SEDE E CONTATTI" sono riportati orari di apertura e contatti

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

Gli obblighi del datore di lavoro in tema di pandemia da COVID-19

di Massimo Martelloni

La pandemia da COVID-19 ha posto in modo concreto il mondo del lavoro in sanità in un'inedita condizione di difficoltà dove sia il datore di lavoro sia i dipendenti sanitari del settore della sanità pubblico e privato si sono trovati a realizzare scelte irrinunciabili tanto per le condizioni di sicurezza del lavoro quanto per la tutela della salute degli assistiti. In questa pubblicazione vengono analizzati alcuni interventi ritenuti significativi ed effettuate alcune riflessioni generali ai fini del miglioramento ulteriore del quadro legislativo. Il datore di lavoro ha tra i suoi obblighi la tutela dei lavoratori in materia di rischio di natura biologica, categoria di rischi ai quali nel D.lgs. n. 81/2008 è dedicato un apposito Titolo, il decimo. Si tratta di un obbligo generale presente nel Codice Civile all'art. 2087 nel quale si dispone che *“l'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro”*.

La misura della prevenzione della contaminazione virale degli ambienti di lavoro è quindi un obbligo.

Il campo di applicazione del Titolo decimo prevede che le relative disposizioni *“si applicano a tutte le attività lavorative nelle quali vi è rischio di esposizione ad agenti biologici”*.

La Suprema Corte è intervenuta in materia e si è orientata in tema di obbligo di informazione dei lavoratori circa i rischi di insorgenza o di aggravamento di malattie comuni con la sentenza della Sezione Lavoro del 16 agosto 2019, n. 21428, in cui si è affermata l'*“impossibilità di ritenere che tra gli obblighi informativi di cui all'art. 4, lettera b, del DPR n. 303/1956 sia da ricomprendere il dovere di rendere edotti i lavoratori dei modi di prevenire anche i danni*

esulanti dai rischi connessi allo specifico obbligo di protezione e prevenzione previsto dalla norma (rischi derivanti dalle attività di cui all'art. 1 comma 1 che individua il campo di applicazione dello stesso decreto); negli stessi termini l'art. 18 D.lgs. 9.4.2008 n. 81 prescrive obblighi informativi connessi ai rischi delle attività svolte”.

L'ambiente di lavoro comporta un significativo e qualificato innalzamento o dei livelli di esposizione a un certo pericolo o della probabilità (o gravità del danno in caso) di concretizzazione di un certo rischio, il quale sarà quindi un rischio specifico di quella attività lavorativa.

L'attività lavorativa in tal senso, intesa sia come condizioni di lavoro che come contesto ambientale in cui viene a svolgersi la prestazione, è causata da un innalzamento del livello di esposizione al rischio rispetto a quello *“socialmente accettato”* nella comunità cui appartiene il lavoratore.

Riscontrare pertanto una inidoneità preventiva del proprio sistema di sicurezza rispetto al nuovo coronavirus deve comportare l'aggiornamento del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) che racchiude rischi e misure di prevenzione per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro, documento obbligatorio per tutte le aziende con almeno un dipendente, adottando le misure di prevenzione e protezione necessarie per garantire il controllo dell'esposizione a tale rischio.

L'approccio a questo problema da parte delle Regioni ha prodotto risposte differenziate.

La Regione Veneto, nella nota COVID-19, indicazioni per la tutela della salute negli ambienti di lavoro non sanitari del 2 marzo 2020, ha sostenuto che *“in tale scenario, in cui prevalgono esigenze di tutela della salute pubblica, non si ritiene giustificato l'aggiornamento del Documento di Valutazione*



MASSIMO MARTELLONI
Medico legale. Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

dei Rischi in relazione al rischio associato all'infezione da SARS-CoV-2, (se non in ambienti di lavoro sanitario o socio-sanitario, esclusi dal campo di applicazione del presente documento, o comunque qualora il rischio biologico sia un rischio di natura professionale, già presente nel contesto espositivo dell'azienda)”. Analogamente, nelle FAQ pubblicate dall'Agenzia Tutela della Salute Insubria si indica che il Documento di Valutazione dei Rischi deve essere aggiornato *“laddove vi sia un pericolo di contagio da COVID-19 aggiuntivo e differente da quello della popolazione in generale”*.

Dello stesso avviso è stata anche Asso-lombarda servizi, salute e sicurezza sul lavoro in merito a coronavirus e valutazione dei rischi.

Posizione diametralmente opposta è stata assunta dalla CGIL Lombardia, la quale ha affermato la sussistenza di un obbligo per tutti i datori di lavoro di aggiornare la valutazione dei rischi alla luce della nuova epidemia in atto. È da ricordare che già la Cassazione, Sezione Lavoro, il 23 maggio 2018, con sentenza n. 12808, aveva indicato in materia di stress lavoro-correlato che *“deve evidenziarsi il rilievo, in sede penale, dell'omessa o carente effettuazione della stessa valutazione del rischio in questione, che, lo si rammenti, determina l'insorgere di una responsabilità penale in capo al datore di lavoro che prescinde da qualsiasi eventuale conseguenza negativa che possa interessare i lavoratori ed è modellata come fattispecie di carattere omissivo”*.

Nella sentenza della Cassazione Penale, sez. IV, 9 novembre 2017, n. 52536, si richiama la posizione di

garanzia in capo al datore di lavoro per la protezione dai rischi del lavoratore. Tale posizione, in forza dell'art. 2087 c.c. 23, appartiene alle posizioni di controllo, essendo il titolare dell'Azienda tenuto a proteggere i lavoratori (e chiunque sia esposto agli effetti della attività lavorativa) da tutti i rischi scaturenti dall'attività di Azienda e soltanto da questi.

Allo scopo di uniformare i comportamenti è intervenuta la circolare del 3 febbraio 2020 del Ministero della Salute, avente ad oggetto "Indicazioni per gli operatori dei servizi/esercizi a contatto con il pubblico", ove si afferma che per prevenire il contagio nei luoghi di lavoro è sufficiente adottare le comuni misure preventive della diffusione delle malattie trasmesse per via respiratoria.

Successivamente è stato prodotto il *Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19 negli ambienti di lavoro* sottoscritto da Governo, organizzazioni datoriali e sindacali in data 14 marzo 2020 che richiama il DPCM dell'11 marzo 2020 in materia di contenimento della diffusione del virus.

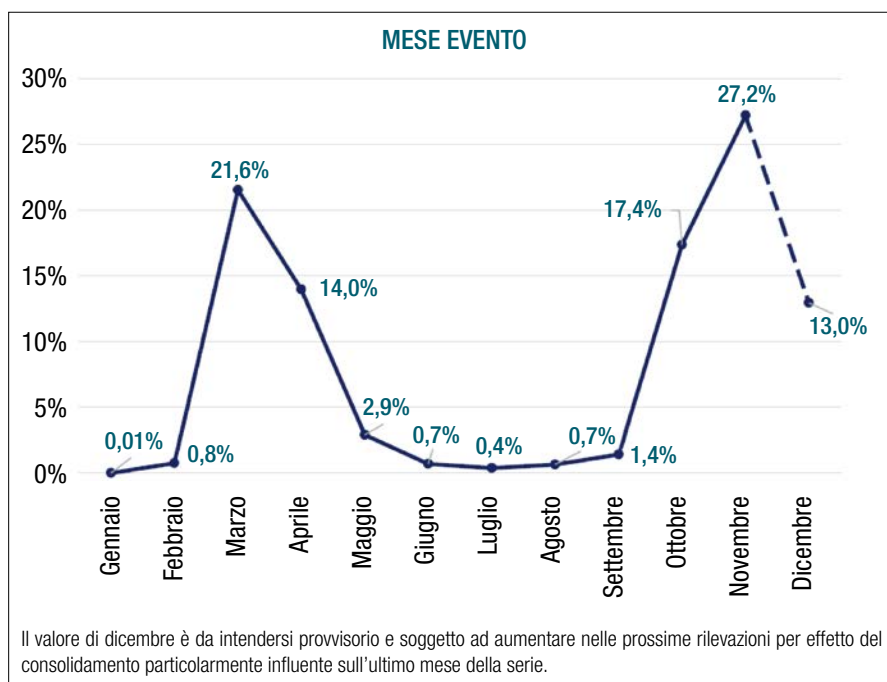
Le innovazioni introdotte dal *Protocollo*, buona prassi in linea con l'art. 2, lett. V, del D.lgs. n. 81/2008, riguardano l'informazione da erogare a vantaggio dei dipendenti, le modalità di controllo degli accessi, la pulizia dei locali aziendali, la gestione degli spazi comuni, l'organizzazione aziendale, la sorveglianza sanitaria, la cancellazione di trasferte e di eventi in presenza e la gestione di persone sintomatiche in azienda.

Il ricorso alla modalità di lavoro da remoto è una delle modalità preventive richiamate dal *Protocollo*.

Fra le misure raccomandate emerge in primo luogo la norma igienica consistente nel lavarsi frequentemente le mani. La circolare del Ministero della Salute del 22 febbraio 2020 ha poi raccomandato l'impiego di gel con una concentrazione di alcol del 60-85%.

Sono stati diffusi opuscoli informativi o affissi nei luoghi di lavoro per illustrare i comportamenti da tenere per

INAIL		SCHEDA NAZIONALE INFORTUNI COVID-19			
Denunce di infortunio da COVID-19 pervenute all'Inail					
(periodo accadimento gennaio - 31 dicembre 2020)					
Classe di età	Donne	Uomini	Totale	% sul totale	
fino a 34 anni	16.515	8.425	24.940	19,0%	
da 35 a 49 anni	34.926	13.509	48.435	37,0%	
da 50 a 64 anni	38.565	16.751	55.316	42,2%	
oltre i 64 anni	1.172	1.227	2.399	1,8%	
Totale	91.178	39.912	131.090	100,0%	

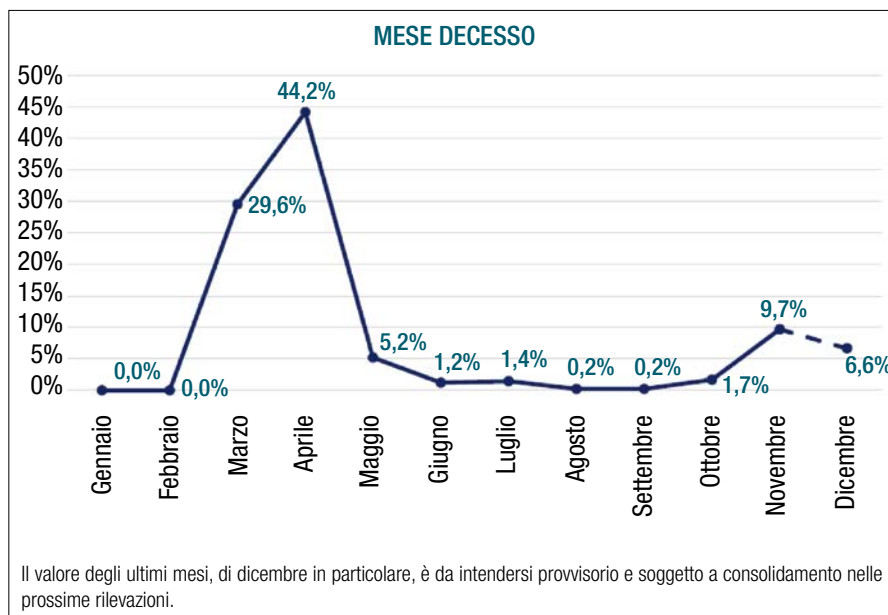
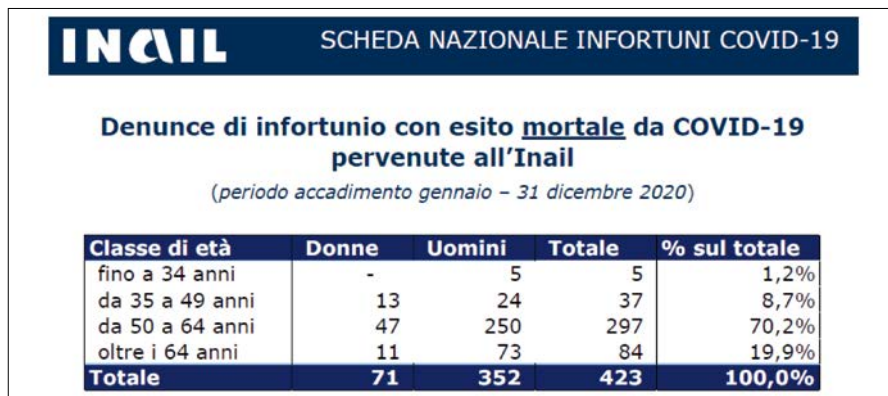


garantire una corretta igiene e un corretto distanziamento sociale, compresa la proibizione degli assembramenti. Nella circolare del 3 febbraio sono state date indicazioni su utilizzo di camici, guanti e respiratori facciali filtranti, mascherine chirurgiche, FFP2 e FFP3, necessarie, queste ultime, per le procedure di lavoro che generano aerosol.

Il legislatore ha comunque introdotto una norma generale importante convertendo il testo del Decreto legge 23 febbraio 2020, n. 6 in legge di conversione 5 marzo 2020, n. 13, recante "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19".

All'articolo 1, comma 2, lettera h, si disponeva l'"applicazione della misura della quarantena con sorveglianza attiva agli individui che hanno avuto contatti stretti con casi confermati di malattia infettiva diffusiva". Si affer-

mava in altre parole la predominanza del principio di esposizione al virus come motivazione per applicare la misura della quarantena con sorveglianza per i soggetti esposti a causa di contatti stretti con soggetti infettati confermati COVID-19 positivi. Tale norma faceva prevedere una necessaria applicazione anche in ambito lavorativo sanitario come norma di garanzia per impedire la diffusione della malattia infettiva pandemica sia a carico di altri lavoratori sia a carico dei pazienti assistiti entrambi COVID negativi. Il legislatore è invece intervenuto col Decreto legge 9 marzo 2020 n. 14, Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale in relazione all'emergenza COVID-19, e all'art. 7, comma 1, ha disposto in materia di "Sorveglianza sanitaria" che "la disposizione di cui all'articolo 1, comma 2, lettera h), del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, non si applica



agli operatori sanitari e a quelli dei servizi pubblici essenziali che vengono sottoposti a sorveglianza. I medesimi operatori sospendono l'attività nel caso di sintomatologia respiratoria o esito positivo per COVID-19". Il risultato di questa norma è stato quello di indebolire tutto il sistema di difesa delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, creando oltretutto una disparità di

trattamento con gli altri operatori del Sistema Sanitario Nazionale non sanitari e determinando, anche a fronte di esposizioni certe, anche extralavorative, che gli operatori sanitari, medici e non medici, comunque andassero a lavorare, diventando una fonte di infezione più probabile che non, fatto che può esporre lo Stato a numerose cause civili di risarcimento danni a terzi per

aver creato condizioni normative favorevoli alla diffusione della pandemia. Correggere questo quadro legislativo è quindi indispensabile.

A conferma intervengono i dati INAIL su infortuni da COVID-19. L'INAIL, infatti, a fronte di un importante intervento di tutela anti-infortunistica, ha affermato che il fenomeno dell'epidemia tra gli operatori sanitari, il quale sicuramente per questo ambito di rischio ha nel contesto lavorativo la fonte di maggiore pericolosità, ha fatto emergere con chiarezza come il rischio da infezione in occasione di lavoro sia concreto ed ha determinato, come confermato anche dalle ultime rilevazioni, numeri elevati di infezioni – pari a circa il 10% del totale dei casi – e numerosi decessi, fenomeno comune ad altri paesi colpiti dalla pandemia. Alla fine di dicembre 2020 il dato sugli operatori sanitari è di quasi 90mila operatori contagiati da inizio pandemia e di 274 medici deceduti. Gli ultimi dati fotografano il pesante tributo pagato dal personale delle strutture sanitarie nella lotta quotidiana al coronavirus. La Sorveglianza integrata COVID-19 a cura dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha reso noto che, su 2.019.660 casi di contagio da Sars-CoV-2 avvenuti in Italia dall'inizio della pandemia al 27 dicembre, 89.879 hanno riguardato infatti gli operatori sanitari. Negli ultimi 30 giorni del 2020, oltretutto, 413.381 sono stati i casi totali di positività diagnosticati nel nostro Paese, di cui 16.923 tra gli operatori sanitari.

massimomartelloni.prof.@gmail.com

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, 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 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 i benvenuti!

Info: a.barresi@omceofi.it

Violenza e Salute: Codice Rosa e ruolo del medico

di *Angela Citerinesi, Valeria Dubini*

In un *webinar* organizzato dall'Ordine i tanti aspetti della violenza sui soggetti fragili e le risposte della Rete territoriale del Codice Rosa.

Parole chiave:

Codice Rosa, violenza, soggetti fragili, depressione psichica, Rete territoriale

Il *webinar* organizzato dall'Ordine dei Medici su "Violenza e Salute: Codice Rosa e ruolo del medico", tenutosi lo scorso 31 ottobre, ha voluto affermare, all'interno della professione medica, vecchie e nuove conoscenze scientifiche e culturali che correlano le malattie ai fenomeni di abuso e violenza. Da una parte ha ricordato che il Codice Rosa è un modello del Sistema Sanitario Ospedaliero e Territoriale Toscano di risposta alle conseguenze acute che episodi di violenza di tutti i generi, ma soprattutto fisica e sessuale, procurano alle figure fragili, bambini, anziani, donne, uomini. Dall'altra, ha voluto promuovere tra i medici la conoscenza, sempre più validata da evidenze scientifiche, di come gli atti di violenza, sessuale, emozionale e fisica, procurino gravi danni alla salute della vittima.

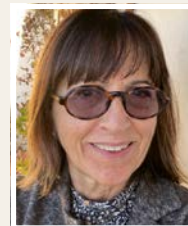
Le Colleghe che hanno proposto questo momento formativo hanno illustrato come si è sviluppata nel mondo sanitario la consapevolezza dell'associazione tra salute e violenza.

Vittoria Doretti ha parlato dei dieci anni di Codice Rosa e delle sue origi-

ni nella Struttura del Pronto Soccorso di Grosseto con il coinvolgimento della Procura e delle Forze dell'Ordine locali, modello che è stato poi attuato in tutte le Aziende Sanitarie Toscane e in alcune Nazionali. Ha inoltre riconosciuto ai Centri Antiviolenza un contributo fondamentale nella complessa rete di presa in carico della vittima, alla quale partecipano i Servizi Territoriali, il Servizio di Emergenza e Urgenza Sociale (SEUS), divenuto una buona pratica regionale dopo l'esperienza effettuata a Empoli, e l'*équipe* multiprofessionale territoriale. La rete nel suo insieme costituisce un supporto essenziale all'intervento iniziale dei sanitari e della Procura e accompagna le vittime a percorsi possibili cercando di non farle sentire sole.

Silvia Brunori ha mostrato i dati nazionali e locali sulla violenza di genere definita secondo i principi della Convenzione di Istanbul del 2011. In Toscana nel 2018 le donne che si sono rivolte ai Centri Antiviolenza sono state 3.539 e i femminicidi 113. *Metella Dei* ha sottolineato le evidenti correlazioni tra il fenomeno della violenza e l'ineguaglianza di fondo delle nostre società, tra uomini e donne, tra forti e deboli, purtroppo considerata una situazione di fatto. Ha inoltre evidenziato come scenari di guerra, percorsi migratori, disabilità intellettive espongano regolarmente le donne a fenomeni di violenza, sessuale e fisica. Stereotipi culturali, trascuratezza e abusi in una fase precoce della vita lasciano nella salute della vittima segni indelebili.

Angela Citerinesi si è soffermata sul ruolo dei medici e di tutti gli operatori della Sanità nel far emergere episodi di violenza dalla storia di chi lamenta patologie psichiche e fisi-



ANGELA CITERNESI

Commissione Pari Opportunità, Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze. Già Direttore di SC di Ostetricia e Ginecologia, Livorno

VALERIA DUBINI

Direttore Area Assistenza Sanitaria Territoriale e Continuità, Responsabile Aziendale della Rete Codice Rosa, Azienda Sanitaria USL-Centro

che. I dati a disposizione rivelano la stretta interconnessione di dolori cronici, depressione psichica e altre patologie psicologiche e somatiche con vissuti di abusi fisici, sessuali ed emozionali. Il medico può rappresentare una figura di fiducia e ottenere la confidenza della vittima anche quando questa manifesta poca consapevolezza e tanta vergogna del proprio vissuto.

Ornella Galeotti, magistrato, ha ricordato che l'operatore sanitario deve sempre mettere al centro della propria attenzione la cura della vittima, la cui *privacy* e la cui volontà devono essere rispettate. Quindi obbligo di referto nei casi procedibili d'ufficio ma senza tiranneggiare la vittima con adempimenti non capiti e non scelti.

Valeria Dubini ha parlato di barriere, culturali e personali, tra medici e vittime di violenza. Stereotipi e miti impediscono l'ascolto incondizionato della vittima, facilitano colpevolizzazioni e precludono percorsi di accompagnamento fuori dalla violenza. *Francesca Pampaloni*, ginecologa del CAV di Careggi, *Monica Pierattelli* e *Elisabetta Cappelli*, pediatre di libera scelta, hanno illustrato casi complessi di adulti e bambini incontrati nella loro pratica clinica e messo in luce gli elementi concreti di criticità esistenti in queste storie cliniche e le possibili soluzioni perseguibili. In ambito pe-

diatrico è stata sottolineata l'importanza della prevenzione delle conseguenze degli abusi, tra cui trascuratezza e violenza assistita, e l'importanza di riuscire a essere riferimento per la famiglia. Per il pediatra è altrettanto necessario non sentirsi isolato, con tutto il carico della problematica, ma poter contare su altre risorse, come il fronte giudiziario e l'assistenza territoriale. Infine *Rosa Barone* ha illustrato il percorso di presa in carico della vittima da parte della Rete Territoriale del Codice Rosa, raggiungibile su numero telefonico dedicato. Il medico, territoriale o ospedaliero, potrà contare su un *team* multidisciplinare che accompagnerà la vittima nel tempo. In conclusione, i medici, al pari degli

stessi pazienti, non hanno fino in fondo la consapevolezza delle malattie conseguenti agli abusi. Se è possibile addurre a condizioni di abuso passato e/o presente l'alta incidenza di alcune patologie tra le ragazze e le donne (dolori cronici, malattie psichiche...), la risoluzione della causa non è certo immediata e le conseguenze di lungo termine sul corpo e sulla mente della vittima non sono certo facili da risolvere, mentre una prevenzione dei danni con un intervento precoce sembrerebbe più efficace. Il medico, ogni operatore sanitario può formarsi e accrescere la propria sensibilità nel riconoscere azioni violente come causa della sofferenza della vittima che ha di fronte, ma certo non può aiutare la vit-

tima fino in fondo a uscire dalla condizione violenta se non sensibilizzandola sulla correlazione tra i suoi disturbi e l'abuso subito.

Per una presa in carico nel tempo, per le necessità complesse della vittima, il sanitario deve poter contare su altre figure, operatori sia delle istituzioni sia del privato sociale. In particolare, ogni volta in cui il medico è in grado di identificare la vittima, deve avere a disposizione servizi a cui rivolgersi o a cui far rivolgere la vittima. Nel riquadro sottostante sono elencati alcuni riferimenti telefonici su cui il medico e tutti i sanitari, nonché le vittime, possono contare.

aciternesi@gmail.com

MEDICI/ OPERATORI SANITARI	<p>337 1208439 Responsabile Codice Rosa AUSL-Centro</p> <p>335 7102348 Responsabile Rete Territoriale AUSL-Centro</p>
DONNE	<p>1522 Numero Nazionale Antiviolenza e Stalking</p> <p>https://www.regione.toscana.it/documents/10180/17345843/CARTOLINA%20centro%2010x15_WEB.pdf Numeri Centri Antiviolenza AUSL-Centro</p>

Da due anni siamo dominati dalla tragica esperienza del COVID, dalle drammatiche conseguenze della pandemia sul piano umano, economico e sociale.

I medici, i primi a combattere questa straordinaria battaglia, sono certamente interessati ad approfondirne tutti gli aspetti scientifici, mentre interessa a tutti conoscere la loro esperienza di questi terribili momenti.

Toscana Medica si vuole dedicare quest'anno all'uno e all'altro tema, cioè alla narrazione delle esperienze dei medici e alla riflessione scientifica e professionale sulla pandemia.

Ci aspettiamo quindi anche il breve racconto delle vostre esperienze di vita, corredato se possibile da materiale iconografico (vedi note editoriali sotto il sommario).

La sindrome *hikikomori*

di Sabrina Masetti, Stefano Cosi



SABRINA MASETTI

Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Firenze, 1997. Specializzazione in Psichiatria, Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università degli Studi di Firenze, 2001. Socio Ordinario della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva. Direttore scientifico Centro Clinico "La Mongolfiera", Firenze

STEFANO COSI

Psicologo psicoterapeuta, Direttore Centro Clinico "La Mongolfiera", Firenze

Con il termine *hikikomori* si tende a descrivere una particolare sindrome che colpisce giovani e giovanissimi. "Stare in disparte, isolarsi" è il significato della parola *hikikomori*, termine giapponese che deriva dal verbo *hiku* ("tirare indietro") e *komoru* ("ritirarsi"). Questo termine nasce per definire un fenomeno caratterizzato principalmente da ritiro sociale e volontaria reclusione dal mondo esterno. Il disturbo, descritto e osservato primariamente in Oriente, a oggi non è ancora una diagnosi ufficiale del DSM-5 anche se richiede l'intervento di uno psichiatra o altro specialista della salute mentale.

Parole chiave:

hikikomori, Giappone, psicoterapia, giovani, ritiro sociale

Con il termine *hikikomori* si definisce un fenomeno nato e sviluppatosi prevalentemente in Giappone, ma a oggi presente anche in Corea e Taiwan e in Europa, compresa

l'Italia. A coniare il termine fu lo psichiatra giapponese Saito Tamaki, che combinò le parole giapponesi *hiku* ("tirare") e *komoru* ("ritirarsi"), letteralmente "stare in disparte, isolarsi", quando all'inizio degli anni '80 segnalò un numero sempre maggiore di giovani i quali, apparentemente per una forma di apatia scolastica, interrompevano le relazioni sociali e si ritiravano nella propria stanza rimanendovi rinchiusi anche per lunghi periodi (auto-reclusione). Spesso chi è affetto da questa sindrome ha come unico collegamento con il mondo esterno *internet*. I livelli di gravità della patologia variano, fino ad arrivare a casi in cui i ragazzi non escono dalla loro camera neanche per mangiare. Si tratta di un fenomeno sociale molto preoccupante.

Nel nostro Paese, secondo *Hikikomori Italia*, alcune stime (non ufficiali) riportano almeno 100.000 casi. La maggior parte dei ragazzi ha tra i 15 e i 25 anni, ma non mancano casi più giovani o più adulti. Provengono da famiglie benestanti e spessissimo sono figli unici in quanto come tali subiscono maggiori aspettative genitoriali. In moltissimi casi si tratta di figli di genitori separati. Sono ragazzi molto intelligenti, con nessun problema a livello scolastico e poco in comune con i compagni di classe.

La sindrome *hikikomori* è diagnosticabile in presenza di manifestazioni di rifiuto verso la vita sociale e scolastica o lavorativa per un periodo di tempo prolungato di almeno 6 mesi e di una mancanza di relazioni intime ad eccezione di quelle con i familiari più stretti. I giovani *hikikomori* possono mostrare il loro disagio in vario modo: restare chiusi in casa tutto il giorno oppure uscire solo di notte o di prima mattina quando hanno la certezza di non incontrare conoscenti o ancora fingere di recarsi

a scuola o a lavoro e invece girovagare senza meta per tutto il giorno. Il fenomeno è stato spesso associato all'*internet addiction*, ma gli studi mostrano che solo nel 10% dei casi è stato riscontrato anche questo tipo di dipendenza. In realtà al momento è emersa solo una correlazione tra i comportamenti di ritiro sociale e alcuni sintomi dell'*internet addiction* (Wong, 2015), ma ancora non è stato condotto uno studio che permetta di stabilire una relazione causale tra i due fattori.

Il sesso maschile sembra più colpito da questa condizione rispetto a quello femminile, anche se si valuta che il numero di casi sia sottostimato. La letteratura (in larga parte giapponese) spiega come l'*identikit* di un soggetto con sindrome *hikikomori* sia quello di figlio unico, di genitori entrambi laureati, con la figura paterna quasi sempre assente (a lavoro per gran parte della giornata), che ricopre un ruolo dirigenziale e scatena nel giovane *hikikomori* il timore di non essere all'altezza, di non essere abbastanza bravo come i suoi compagni di scuola o di non essere sufficientemente adeguato per poter raggiungere lo stesso prestigio del padre, mentre la madre casalinga si occupa, come impone la cultura nipponica, della gestione dei figli e della

casa e risulta una figura fin troppo presente, iperprotettiva, unica deputata alla crescita e all'educazione dei figli, sui quali è facile proiettare ansie e attese (Moretti, 2010).

In alcuni casi il senso di inadeguatezza sfocia in reazioni di rabbia e violenza: buchi nei muri della stanza, azioni di violenza nei confronti dei familiari, in particolare verso la madre.

Il governo giapponese, vista la rilevanza sociale del fenomeno, ha individuato alcuni criteri diagnostici specifici per questo problema:

- ritiro completo dalla società per almeno sei mesi;
- presenza di rifiuto scolastico e/o lavorativo;
- al momento di insorgenza di *hikikomori* non erano stati diagnosticati schizofrenia, ritardo mentale o altre patologie psichiatriche rilevanti.

Tra i soggetti con ritiro oppure perdita di interesse rispetto alla scuola o al lavoro sono escluse le persone che continuano a mantenere relazioni sociali (*Ministry of Health, Labour and Welfare*, 2003).

L'isolamento sociale autoindotto in modo prolungato può essere accom-

pagnato dalla presenza di ulteriori sintomi: antropofobia (paura della gente e dei contatti sociali), automisofobia (paura di essere sporchi), agorafobia (paura di ambienti non familiari e di spazi aperti), manie di persecuzione, disturbi ossessivo-compulsivi, comportamenti regressivi, evitamento sociale, apatia, letargia, umore depresso, pensieri di morte e tentato suicidio, inversione del ritmo circadiano di sonno-veglia, *internet addiction disorder*, comportamenti violenti contro la famiglia, in particolare verso la madre.

Il Ministero della Salute Giapponese, in uno studio del 2003, afferma con chiarezza che l'*hikikomori* non deve essere considerato una patologia, nel senso che non deve essere confuso con altre malattie come la schizofrenia. Su questo tema, in un'intervista, Saito Tamaki sostiene che non si tratti di un disturbo psicotico o di schizofrenia: "Se si ha a che fare con un paziente schizofrenico, c'è un'effettiva incapacità comunicativa. Magari non si riesce a capire i suoi discorsi o le parole e può anche essere che il paziente senta delle voci o abbia delle allu-

cinazioni; i suoi processi cognitivi sono rovinati. Se invece si ha a che fare con degli *hikikomori*, non si riscontrano mai tali sintomi. Si tratta di persone molto intelligenti, che quando si rilassano sono assai comunicative e razionali. È questa la differenza principale".

Dunque, quando si parla di *hikikomori* ci si riferisce a un soggetto sano (senza un'ulteriore diagnosi antecedente all'isolamento) che decide volontariamente e in modo consapevole di vivere in uno stato di isolamento. Con questo non si vuole sostenere che tale scelta non rappresenti una situazione di disagio o di malessere, ma semplicemente che la condizione non è determinata da forze esterne o da altre patologie preesistenti.

In conclusione, ulteriori studi sono necessari per individuare criteri specifici per questa sindrome, a partire dai quali poter sviluppare terapie mirate in aiuto dei giovani e delle famiglie che si trovano in questa condizione, sempre più diffusa, di disagio.

centroclinicolamongolfiera@gmail.com

EMERGENZA COVID 19. 170 MEDICI HANNO DATO LA VITA. NON DIMENTICHIAMOLO

**IO MEDICO
GIURO**

CHE TI CURERÒ SENZA
ARRENDERMI MAI.

FNOMCeO
Federazione Nazionale
degli Ordini dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri

Alimentazione e sport in età pre-puberale e post-puberale: valutazione delle abitudini alimentari in diverse tipologie di sport

di Laura Stefani, Goffredo Orlandi, Samuele Inghima, Giovannino Polara, Francesco Sofi



LAURA STEFANI
Medicina dello Sport e dell'Esercizio, AOU Careggi, Firenze; Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze

GOFFREDO ORLANDI, SAMUELE INGHIMA, GIOVANNINO POLARA
SOD Medicina dello Sport e dell'Esercizio, AOU Careggi, Firenze

FRANCESCO SOFI
Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze; SOD Nutrizione Clinica, AOU Careggi, Firenze

Alimentazione e sport sono aspetti fortemente legati e indirizzati alla ricerca e ottimizzazione della *performance* dell'atleta. Scopo di questo studio è stato valutare le abitudini alimentari in un gruppo di sportivi di sesso maschile, suddivisi in due sottogruppi (età pre-puberale e post-puberale) con l'obiettivo di analizzare anche la correlazione tra alimentazione e *performance* sportiva.

Parole chiave:
alimentazione, sport, *performance* sportiva

Introduzione

Alimentazione e sport hanno rappresentato da tempo aspetti fortemente legati e indirizzati alla ricerca e ottimizzazione della *performance*

dell'atleta. La nutrizione costituisce il fondamento per la prestazione fisica fornendo il substrato energetico per il lavoro biologico-muscolare e le specie chimiche per l'estrazione e l'utilizzo del potenziale energetico contenuto negli alimenti. Una corretta alimentazione rappresenta la fonte degli elementi essenziali e dei costituenti di base per la conservazione della massa magra, la sintesi di nuovi tessuti, l'ottimizzazione della struttura scheletrica, nonché la riparazione delle cellule esistenti, la migliore efficienza nel trasporto e uso dell'ossigeno, il mantenimento dell'equilibrio idrosalino ideale e la regolarizzazione di tutti i processi metabolici.

Gli adattamenti cardiovascolari all'attività fisica regolarmente svolta presuppongono un adeguato apporto alimentare. Accanto alle modificazioni inevitabili della morfologia e funzione contrattile cardiaca e alla fisiologica risposta dell'apparato respiratorio a tali adattamenti, c'è necessità di un adeguato supporto energetico ai fini del miglioramento dell'efficienza.

Le richieste di una corretta alimentazione nello sportivo rispondono a diverse esigenze tra le quali:

1. sviluppo e accrescimento corporeo;
2. prevenzione di sovraccarichi e infortuni;
3. miglioramento delle *performance*;
4. benessere psico-fisico.

L'alimentazione in età adolescenziale è stata fino a ora poco studiata. Non

ci sono evidenze in letteratura di una costante attenzione a questo aspetto soprattutto all'interno di squadre o realtà sportive giovanili dove gli allenamenti sono invece orientati a una grande ricerca della *performance*. Scopo di questo studio è stato quello di valutare le abitudini alimentari in un gruppo di sportivi di sesso maschile, suddivisi in due sottogruppi (età pre-puberale e post-puberale) con l'obiettivo di analizzare anche la correlazione tra alimentazione e *performance* sportiva, focalizzandosi in particolare sull'idratazione e il pasto pre-gara, sul pasto successivo alla *performance* atletica e sull'eventuale educazione alimentare praticata dagli allenatori.

Materiali e metodi

È stata studiata una popolazione di 40 soggetti sani, di sesso maschile, afferenti alla SOD Medicina dello Sport e dell'Esercizio dell'AOU Careggi per la visita di idoneità sportiva, con età media di $13,5 \pm 4,5$, peso medio $50 \pm 13,2$ kg e *body index mass* (BMI) medio $21 \pm 3,5$ kg/m².

Tutti i soggetti sono stati sottoposti a:

- colloquio e indagine anamnestica;
- visita medica;
- misurazione dei parametri antro-

pometrici: peso, altezza, circonferenza vita e fianchi;

- spirometria;
 - esame completo delle urine;
 - elettrocardiogramma sotto sforzo;
 - misurazione della pressione arteriosa prima e dopo il *test* da sforzo.
- Sono stati considerati i seguenti parametri:
- peso (kg);
 - altezza (m);
 - BMI = peso (kg)/ altezza²(m²);
 - analisi della composizione corporea attraverso metodica bioimpedenziometrica (BIA);
 - circonferenza vita e fianchi;
 - elettrocardiogramma sotto sforzo: il *test* da sforzo (o *test* ergometrico) è stato eseguito con carichi incrementali di 25 W fino al raggiungimento della frequenza cardiaca (FC) massimale all'85% di quella predetta per età;
 - spirometria: sono stati misurati la Capacità Vitale (VC), la Capacità Vitale Forzata (FVC), il Volume Espiratorio Forzato (FEV) all'intervallo di 0,5, 1 (FEV1), 2 e 3 secondi, il Flusso Espiratorio Forzato al 25-75% (FEF 25-75) e la Massima Ventilazione Volontaria (MVV);
 - questionario sulle abitudini alimentari: sono state somministrate domande specifiche e incentrate su alimentazione e sport attraverso l'utilizzo di un questionario creato *ad hoc* che prevedeva 20 domande inerenti sport, alimentazione ed educazione alimentare. Le prime domande sono servite a diversificare i pazienti in base a età, sport praticato, numero di sedute e durata degli allenamenti settimanali. La seconda parte è stata volta ad analizzare la modalità di assunzione del pasto e l'idratazione post-gara con l'obiettivo di capire la percezione che avevano i giovani atleti sull'argomento e l'importanza attribuita a questi aspetti. Sono state indagate le abitudini alimentari di ogni singolo atleta, in particolare il rapporto con colazione, frequenza di consumo settimanale delle diverse tipologie di alimenti (cereali raffinati, legumi, verdure, frutta, carne, pesce), aggiunta di sale ai

cibi pronti e assunzione di integratori. L'ultimo aspetto analizzato ha riguardato l'educazione e i consigli alimentari ricevuti dall'allenatore e l'importanza attribuita (tramite scala lineare) all'alimentazione e all'incidenza che ha quest'ultima sulle *performance* sportive.

Risultati

In relazione alle conoscenze alimentari abbiamo potuto riscontrare come molto spesso il significato della parola "dieta" venga confuso e associato semplicemente a un meccanismo che porta alla perdita di peso. In realtà la definizione comprende una vasta gamma di comportamenti e buone abitudini che portano a uno stile di vita sano. Su 20 soggetti analizzati, il 35% ritiene che la dieta sia esclusivamente una manipolazione nutrizionale atta a far dimagrire, il 60% afferma di non conoscere il significato del termine dieta e solamente il restante 5% conosce il vero significato del termine.

Uno dei quesiti più peculiari presente nel questionario è stato quello relativo alle indicazioni alimentari ricevute dagli allenatori. I dati sono risultati poco confortanti, poiché

34 pazienti su 40 (85%) non ricevono nessun tipo di consiglio o indicazione nutrizionale utile ai fini sportivi. Seppur vi sia una parziale consapevolezza sull'importanza di questo aspetto, spesso esso viene ignorato o lasciato al caso. Infatti, nonostante le percentuali di allenatori che forniscono questo tipo di indicazioni siano molto basse, i ragazzi mostrano un reale interesse sull'argomento (Figura 1). Parte peculiare dello studio è stata quella di indagare le abitudini alimentari associate ad attività sportiva. Dai dati raccolti, il pasto pre-gara risulta essere poco considerato. Un buon carico di carboidrati complessi prima della gara (circa 3 ore prima) può reintegrare il notevole esaurimento del glicogeno epatico e muscolare dovuto al digiuno notturno. Più della metà dei soggetti presi in esame (n = 21) non consuma alimenti nelle ore precedenti la gara, mentre 15 soggetti consumano alimenti casualmente, a seconda della voglia o degli stimoli fisiologici. Esclusivamente 4 soggetti su 40 (10%) si preoccupano di questo aspetto (Figura 2). Nelle 24 ore precedenti la competizione bisognerebbe aumentare il consumo di liquidi, poiché l'idrata-

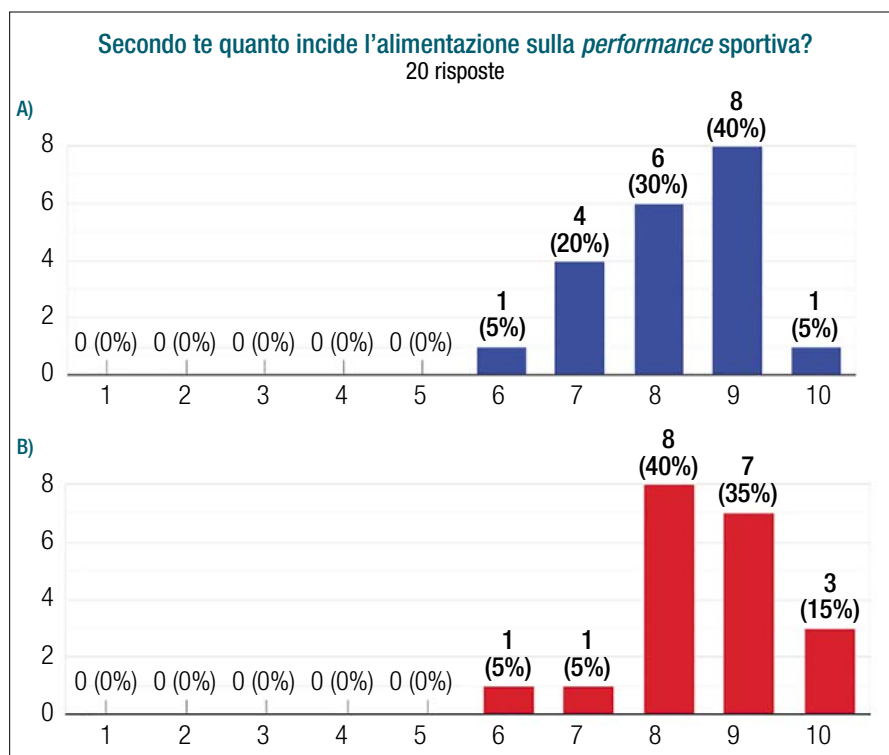


Figura 1 – Risultati del questionario su alimentazione e *performance* sportiva.

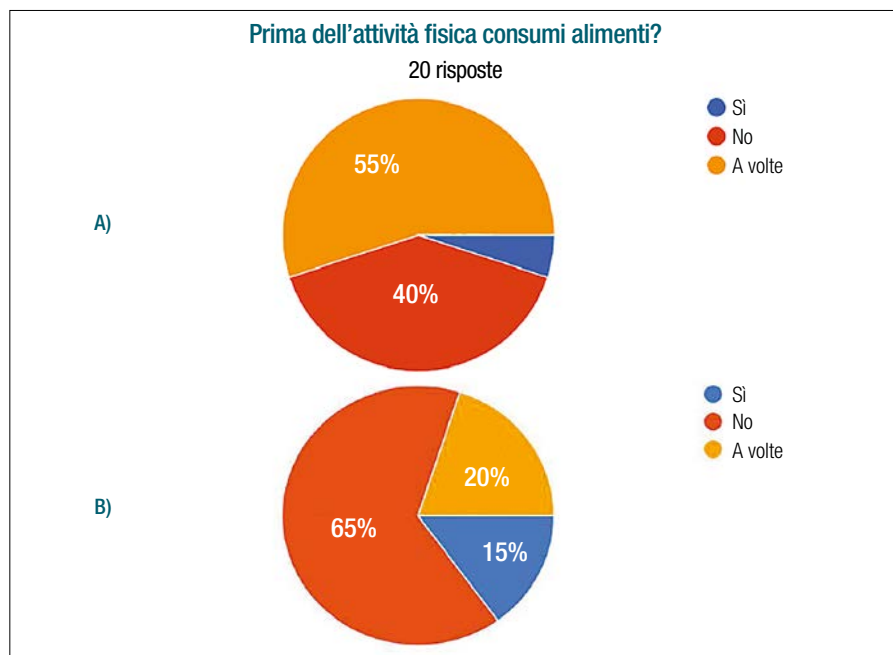


Figura 2 – Consumo di alimenti e attività fisica.

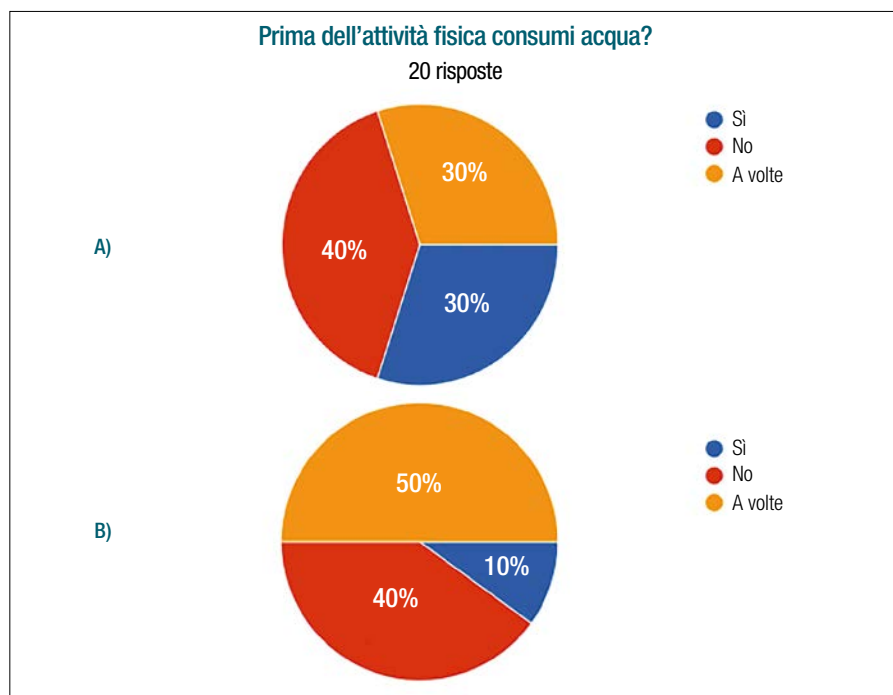


Figura 3 – Consumo di acqua e attività fisica.

zione contribuisce al miglioramento della prestazione atletica e alla completa sicurezza dell'atleta. In questo caso 16 pazienti su 40 affermano di non consumare acqua prima della gara, 16 la consumano saltuariamente, mentre solo 8 prestano attenzione a questo aspetto (Figura 3).

Dai questionari effettuati per valutare l'aderenza alla dieta mediterranea sono emerse delle abitudini alimentari scorrette e un parziale

disinteresse sull'alimentazione. Infatti, un'elevata percentuale di soggetti (19 su 40) ha affermato di saltare la colazione o di non farla mai. Inoltre, il consumo di frutta risulta in maniera adeguata, cioè 3 porzioni al giorno. Lo stesso comportamento è stato riscontrato per il consumo di verdura. Sono risultate basse anche le percentuali di consumo di legumi: 22 soggetti su 40 affermano di consumarli raramente o addirittura mai.

Si dimostra adeguato invece il consumo di pesce, che nelle due fasce di età risulta essere adeguato: 23 soggetti consumano il pesce 1-2 volte la settimana, 11 soggetti affermano di consumarlo 2 o più volte la settimana, mentre il rimanente 30% (6 soggetti su 40) lo consuma raramente. Un dato importante e significativo è emerso dal quesito sul consumo settimanale di carne rossa: il 70% dei soggetti (28 su 40) la consuma dalle 2 alle 5 volte la settimana.

Infine, il consumo di cereali raffinati è elevato: 38 soggetti su 40 affermano di consumarli tutti i giorni o quasi.

Conclusioni

Il livello di attenzione all'alimentazione come componente fondamentale per ottimizzare la prestazione atletica si è notevolmente innalzato negli ultimi anni, ma ha riguardato sempre più soggetti di età adulta, senza approfondire in senso scientifico la valutazione tra gli adolescenti. L'alimentazione invece dovrebbe essere considerata soprattutto in fasce di età giovanili dove a questo aspetto è attribuito un ruolo di tutela della salute oltre che di aumento della *performance*. Lo studio condotto su due fasce di età adolescenziali di sportivi ha dimostrato come le abitudini alimentari degli sportivi in esame non siano corrette e ci siano alla base molte lacune, tra le quali:

- assenza di un'efficiente educazione alimentare, evidenziata da una scarsa conoscenza del termine "dieta" e dei consigli nutrizionali da applicare in relazione alla prestazione sportiva;
- mancanza della prima colazione;
- inadeguato consumo di frutta, verdura e legumi;
- elevato consumo di carne rossa.

In relazione ai risultati ottenuti da questa preliminare e iniziale valutazione delle abitudini e conoscenze alimentari di un gruppo limitato di sportivi in età adolescenziale possiamo concludere che è necessario migliorare l'educazione alimentare in ambito didattico e sportivo, anche garantendo una maggiore formazione dei medici deputati alle visite d'idoneità sportive.

laura.stefani@unifi.it

L'innovazione tecnologica nella diagnostica ematologica di laboratorio: dal microscopio ottico all'analizzatore di immagini

di Francesca Cesari, Alessandro Bonari, Alessandra Mongia, Andrea Carbone, Eva Milletti, Angela Rogolino, Benedetta Salvadori, Alessandra Fanelli



FRANCESCA CESARI
Laureata in Scienze Biologiche presso l'Università degli Studi di Firenze, Facoltà di Scienze Matematiche, Fisiche e Naturali. Diploma di Specializzazione in Biochimica Clinica presso l'Università degli Studi di Firenze. Biologo dirigente presso il Laboratorio Generale della medesima Azienda, settore Corelab

ALESSANDRO BONARI, ALESSANDRA MONGIA, ANDREA CARBONE, EVA MILLETTI, ANGELA ROGOLINO, BENEDETTA SALVADORI, ALESSANDRA FANELLI
Laboratorio Generale AOU Careggi, Firenze

La tecnologia attuale riveste un ruolo di grande importanza nella diagnostica ematologica di laboratorio. Ancora oggi non si può tuttavia prescindere dall'operato di professionisti accuratamente formati.

Parole chiave:
esame morfologico, striscio di sangue periferico, analizzatore di immagini

L'esame morfologico cellulare dello striscio di sangue periferico rappresenta, ancora oggi, un'indagine diagnostica di fondamentale importanza in quanto:

- può permettere una diagnosi definitiva;
- è uno strumento importante per le diagnosi differenziali e per l'indicazione a eseguire ulteriori test;
- ha un ruolo cruciale nell'identificazione e nella caratterizzazione delle neoplasie ematologiche

Nonostante gli enormi avanzamenti tecnologici delle metodiche citofluorimetriche e di genetica molecolare avvenute negli ultimi anni,

tale importanza diagnostica è ribadita anche nell'ultima edizione della classificazione WHO delle patologie ematologiche. La morfologia è infatti lo specchio della funzionalità cellulare, evidenziandone maturità, immaturità, asincronia maturativa, reazione agli stimoli, attivazione, morte, e l'analisi morfologica si configura come il processo ricognitivo interpretativo che consente di prendere decisioni di differenziazione e di catalogazione delle cellule e, quindi, decisioni cliniche. Come evidenziato nel fondamentale lavoro di Barbara Bain, sono numerose le indicazioni cliniche che richiedono l'esame morfologico dello striscio di sangue periferico (Tabella I) così come sono numerose le osservazioni fortuite che hanno poi un'importanza diagnostica (Tabella II).

L'impressionante miglioramento delle tecniche di *imaging* digitale degli ultimi anni ha aperto la strada all'uso dell'analizzatore di immagini in sostituzione o complementare al classico microscopio ottico.

Tramite questo strumento, le immagini microscopiche delle cellule ematologiche sono fotografate utilizzando camere digitali a elevata risoluzione in grado di produrre immagini dettagliate di porzioni citologiche, che possono poi essere visionate utilizzando *monitor* a elevato ingrandimento. Il mercato offre diversi analizzatori di immagini ematologici approvati dall'FDA; dal 2011 nel La-

boratorio Generale dell'AOU Careggi è in uso il DM-96 CellaVision, da pochi mesi sostituito dalla sua evoluzione, il DI-60 CellaVision.

In un'interessante *review* sull'argomento, Kratz e collaboratori hanno messo ben in evidenza vantaggi e svantaggi di questo strumento.

L'analizzatore di immagini presenta **vantaggi analitici**, tra cui la standardizzazione della zona di analisi, il conteggio rapido e meno faticoso, la pre-classificazione dei globuli bianchi con possibilità di confronto con immagini di riferimento, la maggiore oggettività morfologica e la maggiore sensibilità nel riconoscimento delle cellule rare. In secondo luogo, ci sono innegabili **vantaggi legati alla connettività**: operatori diversi che si trovano a distanza possono visualizzare le stesse immagini, le immagini non sono soggette a deterioramento e sono facilmente archiviabili, si ha la totale tracciabilità del dato ematologico morfologico. Importante anche l'**impatto sull'attività didattico-formativa**: tramite l'uso di immagini digitali si può armonizzare la professionalità degli specialisti, facilitarne l'addestramento e la formazione continua (*E-learning*), viene stimo-

• Caratteristiche indicative di anemia, ittero inspiegabile o entrambi
• Caratteristiche indicative di anemia falciforme-dattilite o improvviso ingrossamento della milza e pallore in un bambino piccolo oppure, in un bambino più grande o in un adulto, dolore agli arti, dolore addominale o al torace
• Caratteristiche indicative di trombocitopenia (ad es. petecchie o ecchimosi anormali) o neutropenia (ad es. infezione inaspettata o grave)
• Caratteristiche indicative di un linfoma o di un altro disturbo linfoproliferativo: linfadenopatia, splenomegalia, ingrossamento del timo (una massa mediana alla radiologia) o altri organi linfoidi, lesioni cutanee indicative di infiltrazione, dolore osseo e sintomi sistemici come febbre, sudorazione, prurito e perdita di peso
• Caratteristiche suggestive di una malattia mieloproliferativa: splenomegalia, pletora, prurito o perdita di peso
• Sospetto di coagulazione intravascolare disseminata*
• Insufficienza renale acuta o di recente insorgenza o ingrossamento renale inspiegabile, in particolare in un bambino
• All'esame retinico, emorragie, essudati, segni di iperviscosità o atrofia ottica
• Sospetto di una malattia batterica o parassitaria che può essere diagnosticata da uno striscio di sangue
• Caratteristiche suggestive di cancro non ematopoietico disseminato: perdita di peso, malessere, dolore osseo
• Cattive condizioni di salute generali, spesso con malessere e febbre, che suggeriscono mononucleosi infettiva o altre infezioni virali o malattie infiammatorie o maligne

*Nella coagulazione intravascolare disseminata acuta, i frammenti di globuli rossi possono essere assenti.

Tabella I – Indicazioni cliniche per l'esame di uno striscio di sangue.

• Frammentazione dei globuli rossi
• Iposplenismo
• Crioglobulinemia (può indicare un'infezione da virus dell'epatite C o una neoplasia delle plasmacellule)
• Agglutinazione dei globuli rossi (può indicare agglutinine fredde, come infezione da micoplasmi, mononucleosi infettiva o disturbo linfoproliferativo)
• Caratteristiche displastiche tipiche dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana
• Presenza di blasti leucemici o linfomi o cellule di mieloma
• Malaria o altre infezioni parassitarie (di solito malaria ma occasionalmente babesiosi, leishmaniosi, tripanosomiasi africana, malattia di Chagas o filariosi)
• Infezione fungina (ad es. candidosi, istoplasmosi)
• Batteri (febbre ricorrente, ehrlichiosi, infezione da meningococco o pneumococco)

Tabella II – Osservazioni fortuite che possono essere di importanza diagnostica.

lata la ricerca scientifica mediante la creazione di *database* di immagini per studi mono o multicentrici, si migliora la qualità interna con la realizzazione di programmi di Verifica Esterna di Qualità. Ultimo impatto, non meno importante, è quello inerente l'accuratezza e la tempestività diagnostica con confronti su casistica clinico-patologica complessa e consulti a distanza (la cosiddetta *second opinion*). Ovviamente la visualizza-

zione ottimale richiede attrezzature di alta qualità, *hardware* e *software* standardizzati, utilizzatori con esperienza e competenza nella lettura dei vetrini al microscopio e confidenza con le prestazioni strumentali. Nella stessa *review* sono stati messi in evidenza anche i punti deboli di tale strumentazione, *in primis* i possibili errori nella preclassificazione delle cellule, soprattutto di quelle patologiche quali blasti, granulociti

immaturi, cellule displastiche, schistociti, eventuale presenza di parassiti intracellulari ecc.

Da qui risulta indispensabile che gli operatori che si avvicinano alla morfologia digitalizzata siano formati adeguatamente al riconoscimento di tali cellule e soprattutto mantengano tale formazione nel tempo, come miglioramento continuo della professionalità acquisita.

L'introduzione dell'analizzatore di immagini nell'ematologia di laboratorio ha radicalmente modificato il flusso del lavoro, soprattutto se l'analizzatore risulta incorporato nei sistemi di *total lab automation* come nel Laboratorio Generale dell'AOU Careggi.

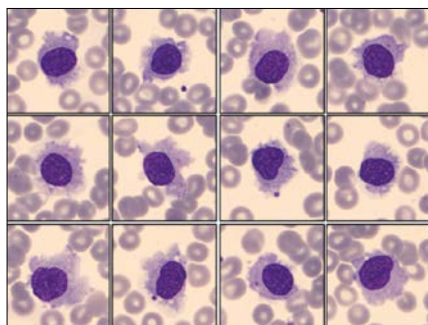
La decisione del professionista di laboratorio di inviare o meno il campione alla revisione microscopica viene presa in seguito a precise regole di validazione preimpostate sui *middleware* di ematologia a seconda delle caratteristiche del laboratorio, della casistica che vi affluisce e delle linee guida adottate.

Gli strisci di sangue periferico vengono effettuati automaticamente e in maniera standardizzata da appositi strumenti per striscio e colorazione regolati in base alla consistenza del campione.

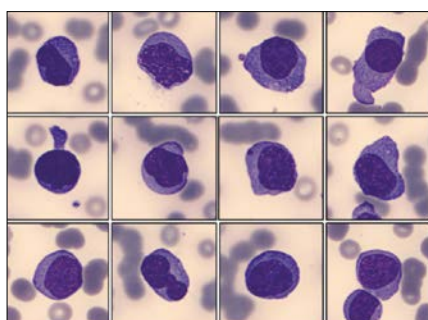
Gli strisci, dopo colorazione, vengono inviati all'analizzatore di immagini, dove la camera digitale genera immagini ad alta risoluzione dei globuli bianchi, dei globuli rossi e delle piastrine. Tramite una rete neurale che considera un enorme numero di caratteristiche citoplasmatiche e nucleari quali le dimensioni, la forma ecc., il *software* incorporato al sistema è in grado di distinguere le cellule e di operare una preclassificazione nelle varie sottopopolazioni leucocitarie.

Il numero delle cellule contate può essere definito dal professionista ma le linee guida internazionali raccomandano la lettura di almeno 200 cellule per vetrino.

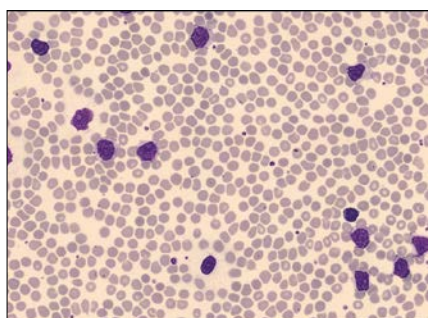
I risultati dell'analisi vengono presentati sia in numero assoluto che in percentuale e devono essere giudicati da un professionista di laboratorio esper-



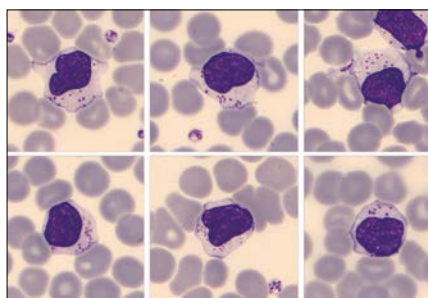
Linfociti con evidenti estroflessioni citoplasmatiche.



Plasmacellule aberranti.

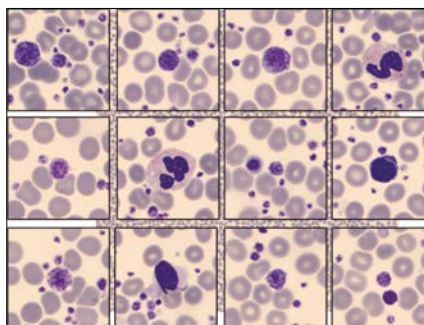


Leucemia linfatica cronica con ombre di Gumprecht.

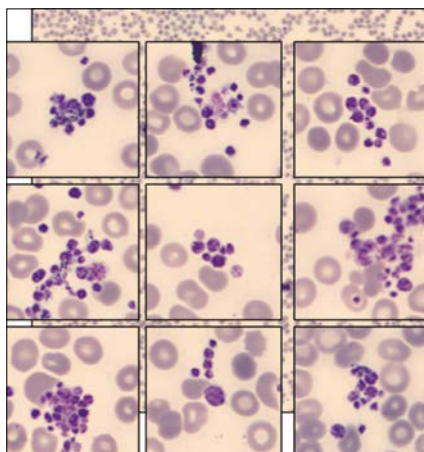


Grandi linfociti T con granulazioni (T-LGL).

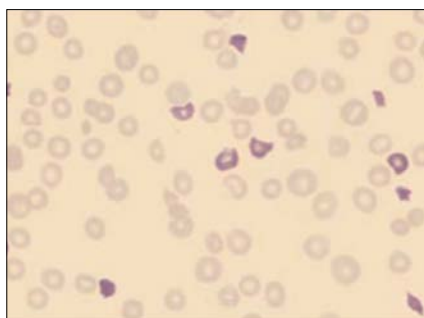
to per la conferma o la modifica della preclassificazione. I risultati validati dall'esperto vengono poi inviati al sistema informatico di laboratorio e da qui alla cartella clinica informatizzata. La corretta preclusterizzazione di specifici *subset* patologici è stata re-



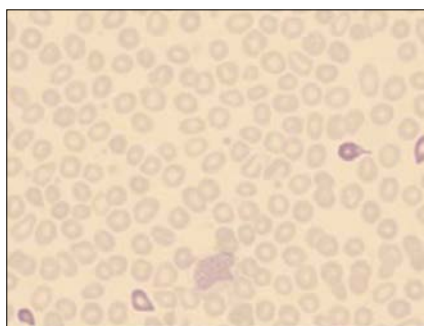
Trombocitosi con piastrine giganti.



Aggregazione piastrinica.

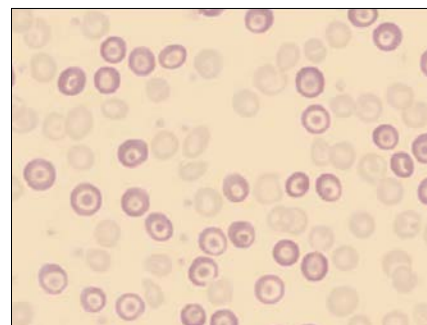


Schistociti.

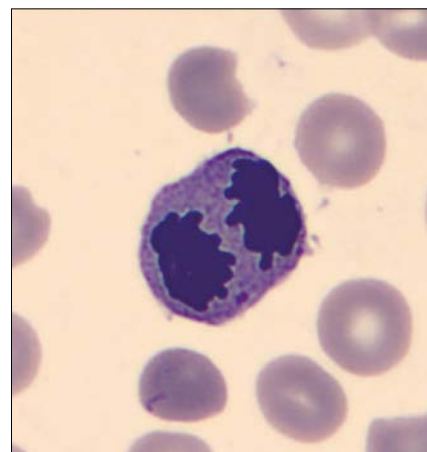


Globuli rossi a goccia (dacrocioti).

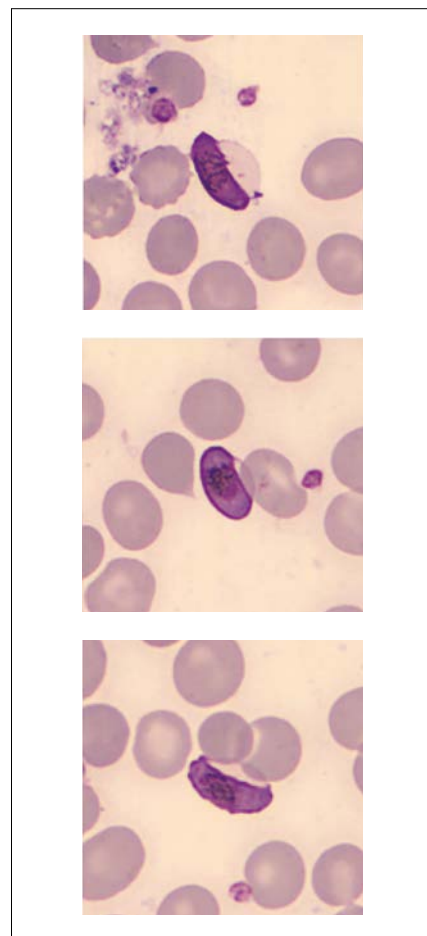
centemente implementata attraverso lo sviluppo di algoritmi in grado di aiutare il professionista di laboratorio nella corretta discriminazione fra linfociti normali e patologici.



Target cells.



Eritroblasto in divisione mitotica.



Malaria.

Passi in avanti sono stati fatti anche nel campo della morfologia digitale dei globuli rossi. Gli analizzatori di immagini di ultima generazione sono in grado di generare da 2.000 a 4.000 singole immagini di globuli rossi. Le cellule sono poi preclassificate sulla base di numerosi algoritmi morfologici in varie sottopopolazioni (schistociti, *target cells*, dacriociti ecc.) che come sempre richiedono la supervisione del professionista esperto per il giudizio definitivo.

Ancora più recentemente sono stati sviluppati *software* per l'identificazione nelle immagini digitali delle inclusioni cellulari. Tuttavia, queste applicazioni non sono ancora *FDA-approved*

e necessitano di ulteriori miglioramenti prima di poter essere utilizzate nella *routine* diagnostica.

Ultimo ma non meno importante è l'utilizzo dell'analizzatore di immagini nella valutazione morfologica degli elementi cellulari presenti nel *liquor* e nei liquidi cavitari (liquido pleurico, ascitico, pericardico ecc). Con i sistemi attualmente in uso, la preclassificazione delle cellule è buona nella maggior parte dei liquidi cavitari ma a tutt'oggi non è possibile identificare le cellule mesoteliali o le cellule neoplastiche.

In conclusione, nel contesto di una struttura assistenziale complessa e a elevata intensità di cura come

l'AOU Careggi dove mediamente, nell'ambito della diagnostica ematologica del Laboratorio Generale, si revisionano microscopicamente circa 6.000 strisci di sangue venoso periferico all'anno, l'adozione di un sistema come l'analizzatore di immagini ha sicuramente portato a una maggiore velocità di revisione, di sensibilità e di specificità nel riconoscimento e nella classificazione delle malattie ematologiche, ma non si può ancora prescindere dalla presenza di professionisti formati e competenti che risultano fondamentali nella qualità del referto diagnostico.

cesarif@aou-careggi.toscana.it

CONVEGNI E CONGRESSI

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze organizza un corso FAD

IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Il corso rimarrà aperto sul sito ordinistico dal 15 marzo al 15 maggio

5 crediti ECM

Per iscriversi e accedere al corso cliccare sul seguente link:

<https://fad.mcrconference.it/course/view.php?id=62>

Per qualunque necessità di helpdesk supporto tecnico si segnalano i seguenti recapiti:

Ufficio informatico MCR - Cesare Cerpi: 0554364475 - informatica@mcrconference.it

Ufficio Congressi MCR - Livia Ferrandina: 393 8228378 - lf@mcrconference.it

Per info e programma:

<https://www.ordine-medici-firenze.it/formazione/eventi/promossi-dall-ordine>

Segreteria ordinistica: 0550750625-612-628

Il rilascio di documentazione medica (cartelle cliniche) a richiesta di congiunti del *de cuius*: rapporto tra il GDPR 679/2016 in materia di *privacy* e obbligo al segreto professionale

di Leonardo Bianchini



LEONARDO BIANCHINI

Iscritto all'Albo degli Avvocati di Firenze e delle Giurisdizioni Superiori, opera nell'ambito del diritto civile e amministrativo. Nel civile presta assistenza e consulenza in tema di responsabilità nell'esercizio delle attività professionali del settore sanitario. Nel diritto amministrativo presta assistenza e consulenza nelle procedure di appalti, concorsi pubblici, responsabilità contabile

Pubblichiamo la risposta al quesito posto dall'Ordine di Firenze su una questione di rilevante importanza. Quesito: *“Quali siano i limiti e gli obblighi in capo a un medico di base a fronte nella richiesta formulata dai congiunti (nella fattispecie sorella) del de cuius (già proprio assistito) di ricevere copia delle cartelle cliniche e di tutta la documentazione medica riguardante il de cuius medesimo, assumendo la richiedente una propria necessità di azionare la miglior tutela in sede giudiziaria dei propri diritti successori”*.

La cartella clinica cartacea o informatica o il fascicolo sanitario rappresentano un **atto pubblico** in cui sono raccolte tutte le informazioni sulle condizioni di salute del paziente in cura.

La legislazione corrente prevede che il fascicolo sanitario, la cartella clinica o la documentazione sanitaria di un **paziente deceduto** possano essere richiesti dai **parenti** che ne esercitano il diritto riconosciuto.

Trattandosi quindi di documentazione assimilabile alla forma di *atto pubblico* la regola generale prevede che il sanitario o la struttura sanitaria non possa omettere un atto ufficiale, reso nei limiti e nelle modalità consentite, e rifiutare quindi la consegna della suddetta documentazione relativa al *de cuius* **senza giustificato motivo**.

L'obbligo riguarda quindi, oltre che

la struttura sanitaria (sia essa pubblica o privata), **anche il medico di base** poiché lo stesso, operando in regime di convenzione e quindi come incaricato di pubblico servizio, esegue una prestazione operando quale figura ausiliaria dell'ASL.

In tema di diritti di accesso alla cartella clinica del *de cuius*, quindi ai dati personali di persone decedute, il GDPR 679/2016 (art. 2-terdecies) prevede che gli stessi *“possono essere esercitati da chi ha un interesse proprio o agisce a tutela dell'interessato o per ragioni familiari meritevoli di protezione”*.

Si tratta più precisamente dei diritti volti a ottenere conferma dell'esistenza o meno di dati personali presso un qualsiasi soggetto, la loro comunicazione in forma intelligibile, l'indicazione della loro origine, delle finalità e modalità di trattamento, di ottenerne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione o la cancellazione e di opporsi al loro trattamento. Occorre quindi analizzare le categorie di persone alle quali la normativa richiamata consente l'accesso alla “banca dati” del *de cuius* rappresentate da:

a. *“chi ha un interesse proprio”*: si ritiene che rientrino in tale categoria sia i soggetti del tutto estranei all'interessato sia i soggetti che abbiano avuto con l'interessato un qualsiasi legame. L'aspetto

che occorre tenere in considerazione è la rilevanza dell'interesse di cui tali soggetti sono portatori, secondo il bilanciamento degli interessi/diritti meritevoli di tutela (il cosiddetto criterio del “pari rango”) sul quale sarà necessario approfondire in seguito ai fini della soluzione al quesito;

- b. *“chi agisce a tutela del defunto”*: si tratta dell'ipotesi di soggetti che intraprendano azioni dirette a tutela di diritti di natura personale, ma anche patrimoniale, facenti capo al *de cuius* (onorabilità del defunto, diritti d'autore, proprietà industriali riferite al medesimo ecc.);
- c. *“chi agisce per ragioni familiari meritevoli di protezione”*: rientrano in tale categoria, peraltro di difficile definizione, tutte le persone che agiscono per un interesse non tanto e non solo riconducibile a loro stesse o al defunto, ma comunque considerato degno di tutela dall'ordinamento giuridico nell'ambito familiare. Ad esempio, con riferimento a tale previsione è stata ritenuta degna di accoglimento la richiesta di un familiare finalizzata alla soluzione di una **controversia in ordine alla validità di un testamento olografo**.

Quanto previsto dalla normativa di riferimento del nuovo codice *pri-*

vacy di cui al richiamato GDPR 679/2016 (già per altro fatto proprio dal D.lgs 196/2003) deve essere connesso e analizzato alla luce della condotta a cui deve pertanto attenersi il destinatario di un'istanza di accesso con la quale un terzo chieda di conoscere dati sulla salute oppure di accedere a documenti che li contengono.

In particolare occorre stabilire se il diritto, addotto come motivazione dell'accesso, vada considerato di "pari rango" rispetto a quello della riservatezza della persona cui i dati si riferiscono.

Preliminarmente si deve subito sottolineare che non è sufficiente un generico riferimento al "diritto di azione e di difesa" ma occorre utilizzare come parametro di raffronto il diritto sostanziale sottostante che il terzo intende far valere sulla base dei dati o documenti che chiede di conoscere.

Tale sottostante diritto, come puntualmente precisato dal Codice, può essere ritenuto di "pari rango" rispetto a quello dell'interessato, giustificando in tal modo l'accesso o la comunicazione dei dati, solo se fa parte della categoria dei diritti della personalità o è compreso tra gli altri diritti o libertà fondamentali.

Il principio che si evince è pertanto quello di non ritenersi accoglibili le richieste di terzi per l'accesso o la comunicazione di dati relativi alla salute dell'interessato, anche se tali dati o i documenti siano utili per tutelare un diritto soggettivo o un interesse legittimo, sia pure rilevante, ma comunque *sub-valente* rispetto alla necessità di tutelare la riservatezza dell'interessato.

Nel caso di specie, però, il problema di una comparazione di interessi confliggenti non si pone in radice perché il diritto alla riservatezza, che appartiene alla categoria dei diritti della personalità, tradizionalmente configurati come inalienabili, intransmissibili e imprescrittibili, si estingue con la morte del titolare.

Stando così le cose, la questione non è se la richiedente (sorella del *de cuius*) sia o meno titolare di un diritto "di rango pari a quello

dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile" ovvero se sia o meno erede del soggetto cui si riferiscono i dati, ma se abbia *iure proprio* il diritto all'accesso ai dati contenuti nella cartella clinica.

Si tratta di un'ipotesi non disciplinata direttamente dalla legge sulla *privacy*, che pertanto va risolta alla stregua dei principi generali desumibili dall'ordinamento giuridico.

Ora, con riferimento ai diritti della personalità, se è vero che essi si estinguono con la morte del titolare, è altrettanto vero che varie norme riconoscono ai congiunti superstiti, indipendentemente dalla qualità ereditaria dei medesimi e senza che ciò comporti alcuna successione, poteri che si connotano per essere una proiezione *post mortem* della situazione giuridica di cui godeva l'interessato (v. il potere di proporre querela per l'offesa alla memoria del defunto, che l'art. 597 comma 3 del Codice Penale riconosce ai prossimi congiunti, il potere di consentire o meno alla pubblicazione del ritratto e della corrispondenza del defunto, la protezione del diritto d'autore ecc.).

Peraltro, anche nella disciplina in materia di protezione dei dati personali di cui al GDPR è rinvenibile un'apposita norma che, con riferimento all'informativa e al consenso al trattamento dei dati personali, stabilisce che questa possa avvenire successivamente all'intervento dell'operatore sanitario, in caso di "impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere dell'interessato, quando non è possibile acquisire il consenso da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato".

Se ai congiunti è quindi riconosciuto il legittimo titolo a interloquire in questioni così rilevanti concernenti la conservazione della salute, allorché il familiare ancora in vita sia nell'impossibilità di provvedervi personal-

mente, a maggior ragione essi devono ritenersi legittimati dopo la sua morte ad acquisire le informazioni di carattere sanitario e ciò sulla scorta del principio "superiore" (ad esempio legato alla necessità di acquisire quelle informazioni di carattere preliminare necessarie per chiarire eventuali dubbi circa l'efficienza del servizio prestato e l'efficacia e delle cure prestate al loro congiunto – cfr. in tal senso *Consiglio di Stato Sez. V - n. 8318 del 2007*).

Si tratta a questo punto di comprendere se il legame parentale invocato dalla richiedente (sorella del *de cuius*) possa titolarla a ricevere la documentazione posto che, da una certa parte della dottrina, si tende erroneamente a confondere lo status di *legittimario* dallo status di *legittimo*. I *legittimari* ai sensi dell'art. 536 del Codice Civile sono il coniuge, i figli (naturali o adottivi) e gli ascendenti (ad esempio i genitori). In caso di premorienza dei figli subentrano sempre nel medesimo status di legittimari i discendenti dei figli (per mezzo del cosiddetto istituto della rappresentazione ereditaria).

I *legittimi* sono invece quei soggetti indicati all'art. 565 del Codice Civile, ovvero (oltre che il coniuge, i discendenti, gli ascendenti) i collaterali, gli altri parenti e lo Stato (nell'ordine indicato).

Se nella categoria dei legittimari pertanto non rientra il grado di parentela assimilabile a "sorella del *de cuius*" (in quanto categoria di collaterale), sicuramente la richiedente rientra invece nella categoria dei legittimi.

La questione è risolvibile in senso "ampio" dovendosi pertanto ritenere, anche sulla scorta della giurisprudenza (v. *Consiglio di Stato Sez. V - n. 8318 del 2007*), che nella categoria dei titolari del diritto di accesso rientrano tutti i congiunti (quindi anche i legittimi e pertanto anche la "sorella del *de cuius*") in quanto portatori di una situazione giuridica positiva di cui godeva il *de cuius ante mortem* ma, soprattutto, poiché il diritto di accesso viene riconosciuto sempre dalla giurispru-

denza **indipendentemente** dalla qualifica dello status di eredi dei medesimi e senza che ciò comporti alcuna successione, di modo che, alla fine, il discrimine fra eredi legittimi e legittimari appare sostanzialmente irrilevante.

Un'ultima considerazione deve essere poi svolta in riferimento alla tutela del segreto professionale *ex art. 622 del Codice Penale* che notoriamente punisce colui che avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, **senza giusta causa**, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto.

Per inquadrare l'analisi di tale aspetto pare opportuno richiamare, nuovamente e con maggior fondatezza, la nozione di bilanciamento degli interessi di "pari rango".

Laddove si è parlato di diritti di "pari rango", con ciò intendendosi quelle situazioni giuridico-soggettive che poste a bilanciamento di un contraltare rappresentato da altra situazione giuridico-oggettiva debbono comunque considerarsi equamente o addirittura sub-valenti, si è

appunto, incidentalmente, trattato anche il bilanciamento tra il diritto di accesso ai dati clinici e, appunto, il **segreto professionale**.

Infatti se la norma penale prevede espressamente la scriminante (quale causa di non punibilità) della sanzione in presenza di una "giusta causa", è chiaro che sulla scorta di quanto sopra esposto il diritto di accesso rientra senza dubbio nel predetto concetto di "giusta causa", rendendolo pertanto di "pari rango" rispetto all'interesse giuridicamente protetto dalla norma sul segreto professionale.

Discende pertanto che la consegna della cartella clinica richiesta da soggetti legittimati e con le modalità descritte non può in alcun modo considerarsi una condotta integrante la violazione dell'art. 622 del Codice Penale proprio perché attuata quale bilanciamento di diritto di pari rango e costituente pertanto giusta causa.

Una nota formale può semmai essere sollevata rispetto all'istanza con la quale, nel caso di specie, la richiesta è stata formulata.

Invero nella lettera anonimizzata ricevuta in visione, in assenza di altra documentazione pervenutami, si legge testualmente che la richiedente effettua la richiesta quale "*sorella del de cuius*".

La rilevanza dello status parentale dichiarato dall'istante non è tuttavia accompagnata da un'autodichiarazione certificativa (resa ai sensi del DPR 445/2000) del grado di congiunta corredato da un documento di identità.

È da ritenersi pertanto legittimo rispondere alla suddetta istanza chiedendo un'integrazione della documentazione consistente, appunto:

1. nella autodichiarazione certificativa *ex DPR 445/2000* dello status di congiunta del defunto;
2. in una copia del documento di identità allegato alla suddetta autodichiarazione.

A esito del completamento della documentazione per come sopra indicato, il sanitario dovrà dar corso alla consegna della cartella clinica.

l.bianchini@lslex.com

EMERGENZA COVID 19. 170 MEDICI HANNO DATO LA VITA. NON DIMENTICHIAMOLO

IO MEDICO GIURO

CHE AVRÒ CURA DI TE, IN OGNI EMERGENZA.

FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Protesi di ginocchio robotiche

di Fabrizio Matassi, Matteo Innocenti, Giacomo Sani

La chirurgia protesica di ginocchio assistita da *robot* rappresenta un notevole avanzamento tecnologico che garantisce un miglioramento della procedura chirurgica. L'ausilio del *robot* consente al chirurgo di eseguire una pianificazione preoperatoria accurata, personalizzare la posizione della protesi in accordo con l'anatomia del paziente, eseguire i tagli ossei con un'accuratezza sub millimetrica e tutto questo per permettere il ripristino del movimento fisiologico dell'articolazione e incrementare i risultati dell'intervento chirurgico.

Parole chiave:

protesi di ginocchio, chirurgia robotica, protesi monocompartimentali, *robot*

Introduzione

L'osteoartrosi è un processo degenerativo irreversibile che interessa la cartilagine articolare determinando nel tempo dolore, perdita del movimento e della funzionalità articolare.

Il distretto corporeo maggiormente interessato è il ginocchio in quanto sottoposto a notevole carico e caratterizzato da molte strutture complesse che possono nel tempo deteriorarsi. I trattamenti conservativi fisioterapici, farmacologici o infiltrativi raccomandati nelle forme iniziali hanno lo scopo di ridurre il dolore e trattare lo stato infiammatorio senza tuttavia poter in alcun modo interferire sul decorso naturale del processo degenerativo. Infatti la cartilagine articolare è un tessuto con scarsissime proprietà rigenerative, quindi i trattamenti conservativi proposti non sono altro che meri sintomatici. È chiaro quindi che con la progressione dell'usura cartilaginea si rende inefficace qualsiasi trattamento conservativo e che quindi il trattamento definitivo è la sostituzione della cartilagine articolare usurata con una protesi.

Trattamento chirurgico

Il trattamento chirurgico dell'artrosi di ginocchio è indicato nelle forme in cui il trattamento conservativo e infiltrativo è fallito e siamo di fronte a un quadro radiografico "terminale" di usura cartilaginea con un contatto "osso su osso".

In base al livello e alla sede di usura è possibile eseguire alcuni differenti interventi chirurgici che prevedono la sostituzione protesica del ginocchio. Nelle forme più avanzate con grave usura dell'articolazione, compromissione dei legamenti articolari e grave deformità dell'arto inferiore è indicato eseguire un intervento di protesi totale che prevede la sostituzione di tutta l'articolazione del ginocchio (Figura 1).

Esistono tuttavia delle forme, non necessariamente meno lievi come sintomatologia dolorosa, in cui però solo una parte (compartimento) del ginocchio è usurata e per cui è possibile eseguire un intervento meno



FABRIZIO MATASSI

Dirigente Medico presso Centro Traumatologico Ortopedico (C.T.O.) di Firenze dove svolge attività chirurgica con particolare focus su Chirurgia Mini Invasiva di Ginocchio, Chirurgia Artroscopica, ricostruzioni dei legamenti del ginocchio, Chirurgia per Instabilità di Rotula, Chirurgia Protesica di Anca e di Ginocchio e Chirurgia Robotica

MATTEO INNOCENTI, GIACOMO SANI
Medici Chirurghi in formazione specialistica in Ortopedia e Traumatologia presso Scuola di Specializzazione Università degli Studi di Firenze

invasivo andando a sostituire soltanto la parte usurata con una protesi parziale o monocompartimentale (Figura 2).

Protesi totale di ginocchio

Nelle forme avanzate di artrosi con grave usura dei capi articolari e grave deformità degli arti inferiori risulta indicato un intervento di protesizzazione totale del ginocchio. Tale intervento prevede una sostituzione del compartimento mediale, di quel-



Figura 1 – A) Grave artrosi del ginocchio con usura diffusa della cartilagine articolare e grave deformità in varo; B) Sostituzione totale del ginocchio con protesi.

lo laterale e della parte anteriore del femore che si articola con la rotula. La protesi totale prevede inoltre la sostituzione dei legamenti centrali del ginocchio, il legamento crociato anteriore e posteriore. Questo intervento risulta risolutivo nelle forme più avanzate e terminali dell'artrosi quando il movimento articolare risulta gravemente compromesso.

Protesi parziale di ginocchio

Nel quadro delle forme precoci di artrosi può essere sufficiente protesizzare un compartimento dell'articolazione preservando tutte le altre strutture non interessate da patologia degenerativa. Questo tipo di intervento consiste in un puro rivestimento del ginocchio nella zona usurata preservando le restanti strutture ancora ben funzionanti. È possibile protesizzare in modo isolato il compartimento mediale, quello laterale oppure il compar-



Figura 2 – A) Artrosi isolata del compartimento mediale del ginocchio; B) Sostituzione parziale con impianto di protesi monocompartimentale interna.

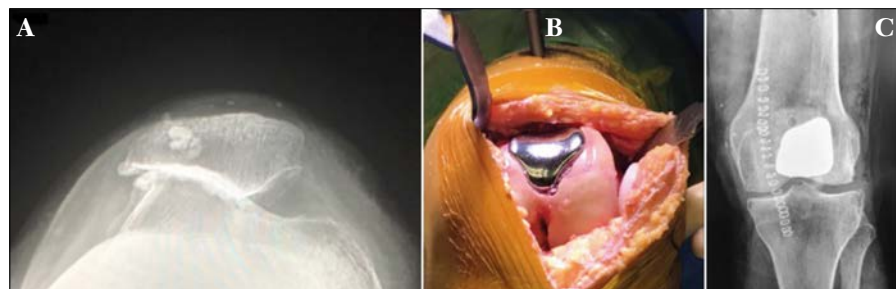


Figura 3 – A) Artrosi isolata della parte anteriore (femoro-rotulea) del ginocchio; B) Sostituzione parziale della troclea femorale che si articola con la rotula; C) Controllo radiografico a fine intervento.

timento anteriore femoro-rotuleo (Figura 3).

Il vantaggio di questa procedura è sicuramente legato alla mini invasività dell'intervento, con incisione cutanea notevolmente ridotta, minori resezioni ossee ma soprattutto mantenimento della normale biomeccanica articolare e quindi percezione del ginocchio come "naturale" anche dopo l'impianto della protesi. L'uso del braccio robotico guidato dal chirurgo per questo tipo di interventi risulta senza dubbio un ausilio ormai indispensabile per ottenere un posizionamento accurato dell'impianto nel rispetto dell'anatomia e quindi per garantirne il suo funzionamento.

Preparazione del paziente

Il paziente che deve sottoporsi ad intervento di protesi di ginocchio assistita da *robot* è indirizzato verso un percorso dedicato.

Verrà informato attraverso degli incontri sul percorso riabilitativo più idoneo da intraprendere per il recupero post intervento. Risulta inoltre cruciale eseguire una fisioterapia preoperatoria volta al rinforzo muscolare e al mantenimento dell'arco di movimento.

Il paziente dovrà eseguire un esame TC preoperatorio del ginocchio interessato, così da poter realizzare una ricostruzione tridimensionale dell'articolazione su cui eseguire la pianificazione dell'intervento. Infatti grazie all'aiuto di questa tecnologia è possibile pianificare la taglia di protesi più idonea per il paziente, per una posizione dell'impianto in perfetta armonia con l'anatomia

del ginocchio con una precisione sub-millimetrica (Figura 4).

Il valore aggiunto del robot

Grazie all'introduzione della tecnologia robotica gli interventi di protesizzazione del ginocchio sono al giorno d'oggi procedure estremamente accurate e precise.

Tramite specifici sensori impiantati sul femore e sulla tibia del paziente collegati a un *software* è possibile eseguire registrazioni e confrontare il modellino virtuale creato dalla macchina con quello reale mediante l'acquisizione di alcuni punti di repere.

Il *robot* consente inoltre di avere una rappresentazione dinamica del ginocchio, sia prima di iniziare le resezioni ossee sia una volta che le componenti protesiche sono state impiantate in modo da ripristinare il giusto asse dell'arto inferiore e la corretta tensione del legamento del ginocchio. Grazie a questo il posizionamento della protesi è ancora più accurato, potendo mantenere un movimento articolare pressoché identico a quello naturale.

Dopo aver eseguito le registrazioni richieste e aver pianificato il posizionamento delle componenti è possibile eseguire le resezioni ossee per permettere l'impianto della protesi. Il *robot*, infatti, grazie a un braccio, consente al chirurgo, tramite una fresa, di asportare la giusta quantità di osso per accogliere la protesi, con una precisione sub millimetrica (Figura 5).

Una volta eseguita la fresatura si procede a impiantare le componenti protesiche di prova. A questo punto viene eseguita una nuova valutazione dell'asse del ginocchio e del bilanciamento legamentoso.

A ottenimento di un risultato ottimale si procede alla cementazione delle componenti definitive e alla chiusura della ferita chirurgica.

Degenza e fisioterapia postoperatoria

Grazie alla mini invasività chirurgica consentita dall'utilizzo del *robot* le perdite ematiche sono ridotte al minimo e il ricorso alle trasfusioni

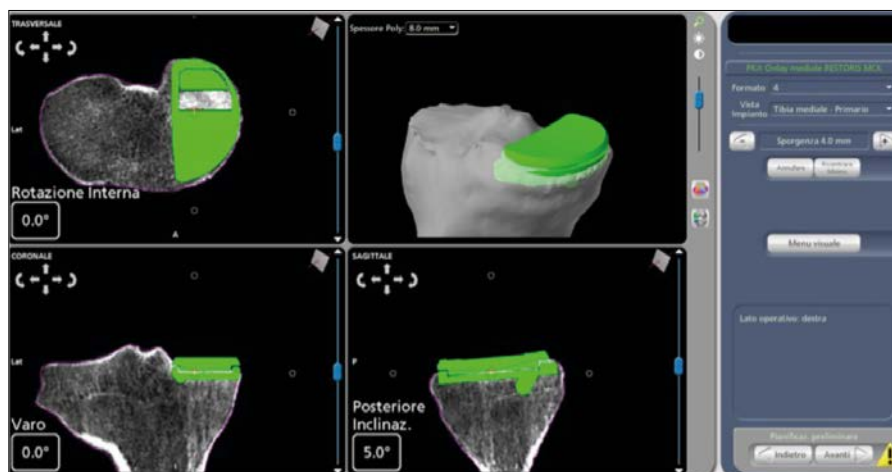


Figura 4 – Pianificazione preoperatoria del posizionamento della componente tibiale di una protesi monocompartimentale mediale di ginocchio.

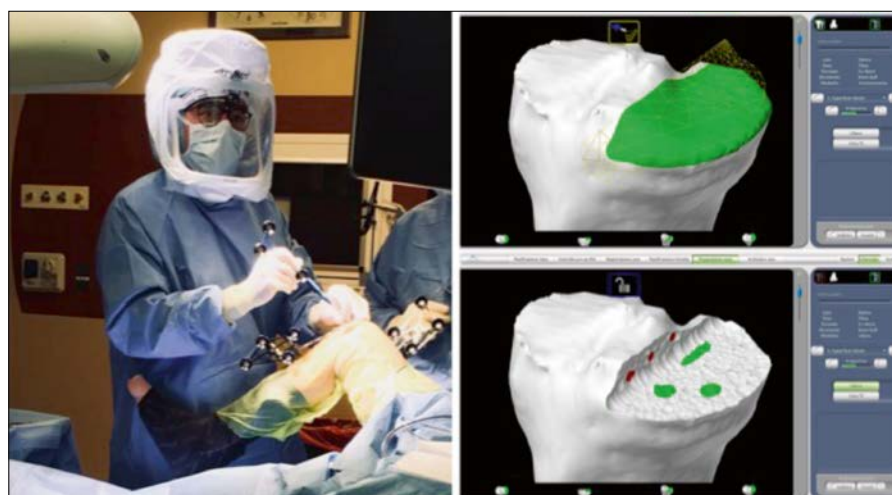


Figura 5 – Il chirurgo durante l'intervento si interfaccia con uno schermo che indica i gesti da compiere e la quantità di osso da rimuovere per permettere il posizionamento della protesi con una precisione sub millimetrica.

è pressoché azzerato. Anche il dolore postoperatorio è maggiormente tollerato rispetto alle tecniche *standard* e tale da consentire un recupero precoce della mobilità articolare. Dopo l'impianto di una protesi mono compartmentale si è in grado di deambulare con ausilio delle stampelle già dal giorno stesso dell'intervento.

La degenza postoperatoria è breve, in genere il paziente viene dimesso dopo 3-4 giorni dall'intervento. La fisioterapia viene iniziata in reparto di degenza e verrà continuata dopo la dimissione.

Conclusione

La chirurgia protesica *robot* assistita per le protesi di ginocchio sta prendendo sempre più campo.

Il chirurgo, infatti, è aiutato durante il gesto chirurgico, l'errore è limitato dall'ausilio del *robot* ed è possibile valutare l'allineamento dell'arto inferiore e la tensione dei legamenti prima dell'impianto della protesi definitiva.

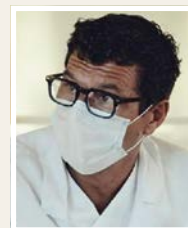
L'avvento della chirurgia robotica è un presupposto per il miglioramento della longevità degli impianti e una crescente soddisfazione dei pazienti.

fabriziomatassi@gmail.com



L'articolazione temporo-mandibolare: il percorso diagnostico e terapeutico presso la Chirurgia Maxillo-Facciale di Careggi

di Giuseppe Spinelli, Jacqueline Sotong, Marco Conti, Alberto Tagliaferri, Roberto de Luca, Margherita Dessy



GIUSEPPE SPINELLI
Direttore della SOD Chirurgia Maxillo-Facciale c/o CTO, Ospedale Careggi.
Consulente presso l'AOU "Meyer" di Firenze per la Chirurgia Cranio-Maxillo-Facciale per il paziente pediatrico a prevalente indirizzo oncologico, malformativo e traumatologico

JACQUELINE SOTONG, MARCO CONTI,
ALBERTO TAGLIAFERRI, ROBERTO DE LUCA,
MARGHERITA DESSY
SOD Chirurgia Maxillo-Facciale,
AOU Careggi, Firenze

I disturbi dell'articolazione temporo-mandibolare sono caratterizzati da dolore articolare e muscolare con limitazione funzionale. Le patologie che colpiscono l'articolazione temporo-mandibolare necessitano di un corretto orientamento terapeutico. Lo scopo di questo articolo è di declinare il percorso diagnostico-terapeutico presso l'AOU Careggi.

Parole chiave:
articolazione temporo-mandibolare, anchilosi, disordini temporo-mandibolari, artrocentesi, protesi articolare

L'articolazione temporo-mandibolare è responsabile dei movimenti di apertura, chiusura, retrusione, protrusione, lateralità della mandibola. È

formata dalla fossa glenoidea dell'osso temporale, il processo condilare della mandibola e il disco articolare.

I disturbi dell'articolazione temporo-mandibolare hanno un'eziologia multifattoriale e colpiscono circa il 10% della popolazione di cui il 5% necessita di trattamento combinato medico-chirurgico.

È importante, inoltre, tenere in considerazione che proprio per l'eziologia multifattoriale della patologia le disfunzioni temporo-mandibolari sono patologie muscolo-scheletriche caratterizzate da anomalie morfostrutturali e alterazioni funzionali dell'articolazione temporo-mandibolare, che frequentemente risultano associate a condizioni psichico-depressivo-sociale. Durante il triennio 2017-2019, presso l'AOU Careggi, sono stati trattati con procedure minimamente invasive o con chirurgia maggiore 71 pazienti affetti da patologie dell'articolazione temporo-mandibolare (7 maschi, 64 femmine, età media: 46 anni, range 14-85 anni). La procedura maggiormente eseguita è stata l'artrocentesi in 52 pazienti (73%), seguita dall'artroplastica in 15 pazienti (21%).

Il percorso del paziente affetto da una patologia dell'articolazione temporo-mandibolare è iniziato abitualmente presso il medico di medicina generale, l'odontoiatra, l'otorinolaringoiatra oppure il neurologo, i quali lo hanno riferito all'attenzione dei

medici della SOD di Chirurgia Maxillo-Facciale, AOU Careggi.

La visita presso il nostro ambulatorio consiste in un esame clinico comprendente una valutazione della morfologia del volto, della tensione dei muscoli coinvolti nella masticazione, dell'occlusione dentaria, della presenza o meno di dolore articolare, dell'escursione condilare, dei rumori articolari e dell'entità di apertura della rima orale. L'esame radiologico iniziale richiesto è l'*RX OPT* che ci permette di fare diagnosi differenziale con altre patologie del cavo orale. Solo successivamente, in base al sospetto clinico, può essere richiesta una risonanza magnetica delle articolazioni temporo-mandibolare a bocca aperta e bocca chiusa (valutazione della posizione dei dischi, processi flogistici, processi artrosici) oppure una tomografia computerizzata (degenerazioni artrosiche, alterazioni morfologiche condilari). L'indicazione al trattamento dipende dalla diagnosi.

Percorso terapeutico

Una volta posta la diagnosi e compresa l'eziologia della patologia articolare, il percorso terapeutico (Tabella I) consiste nel *trattamento farmacologico* (antinfiammatori, miorilassanti) e/o *conservativo* (fisioterapia, confezionamento di plac-

Trattamento	Tipologia	Indicazione
Farmacologico	Antinfiammatori, miorilassanti	Dolore, malattie infiammatorie, mialgie
Conservativo	Fisioterapia, placche occlusali, riabilitazione protesica	Dolore miofasciale, bruxismo, incoordinazione condilo-discale
Minimamente invasivo	Artrocentesi con infiltrazione di acido ialuronico o <i>platelet reach plasma</i>	Algia, artrosi
Chirurgia minimamente invasiva	Artroscopia	Artrosi, dislocazione discale
	Riposizionamento del disco articolare/ <i>discectomia</i>	Dislocazione discale
Chirurgia	Artroplastica	Algia, anchilosi
	Condilectomia	Algia, asimmetria mandibolare, neoformazioni condilari
	Protesi articolare	Algia, catastrofica alterazione articolare con struttura assente o alterata

Tabella I – Indicazione terapeutica della patologia articolare presso l'AOU Careggi.

che occlusali, riabilitazione impianto protesica).

In caso di fallimento dei pregressi trattamenti o in specifiche condizioni patologiche il paziente viene sottoposto a trattamenti minimamente invasivi o a trattamento invasivo.

Il *trattamento minimamente invasivo* che viene svolto presso l'AOU Careggi consiste nell'artrocentesi con infiltrazione di acido ialuronico (Figura 1) che è eseguito ambulatorialmente in anestesia locale oppure in sedoanalgesia inserendo 2 aghi 18G tramite i quali si esegue un lavaggio con soluzione fisiologica per rimuovere gli agenti causa dell'infiammazione. Dopo il lavaggio, vengono instillati circa 2 cc di acido ialuronico all'interno dell'articolazione. Questa procedura porta alla lisi delle aderenze interne all'articolazione, riducendo il dolore e migliorando la mobilità articolare.



Figura 1 – Artrocentesi.

L'artrocentesi può essere eseguita con infiltrazione di PRP (*Platelet Reach Plasma*) omologo o autologo; è eseguita portando all'interno della cavità articolare dei fattori di crescita che agiscono inducendo un ripristino tissutale del disco, della capsula e del cuscinetto retrodiscale.

Trattamenti chirurgici elettivi possono essere indicati in specifiche condizioni patologiche o in caso di una risposta non soddisfacente ai trattamenti ambulatoriali:

- l'*artroscopia*, tecnica chirurgica in cui ci si avvale dell'endoscopico per ottenere una migliore visibilità intra-articolare e così eseguire un lavaggio dello spazio articolare superiore e ottenere una lisi delle aderenze intra-capsulari;
- il *riposizionamento del disco articolare/discectomia*, che consiste nell'esposizione dell'articolazione dopo un'incisione cutanea preauricolare. Una volta esposto il disco articolare si procede a una sua eventuale escissione, al rimodellamento con ultrasuoni della testa condilare e alla successiva ricostruzione del disco con la fascia di muscolo temporale o innesto di tessuto adiposo.

In casi selezionati è riservata una terapia più invasiva:

- nei casi di anchilosi temporo-mandibolare, ovvero fusione ossea o osteofibrosa delle componenti articolari con conseguente grave limitazione funzionale, si procede a un'*asportazione del blocco an-*

chilotico attraverso un approccio preauricolare, in anestesia generale. Viene eseguita un'*artroplastica* (Figura 2) con o senza interposizione di fascia di muscolo temporale.



Figura 2 – Approccio preauricolare, interposizione di muscolo temporale dopo artroplastica.

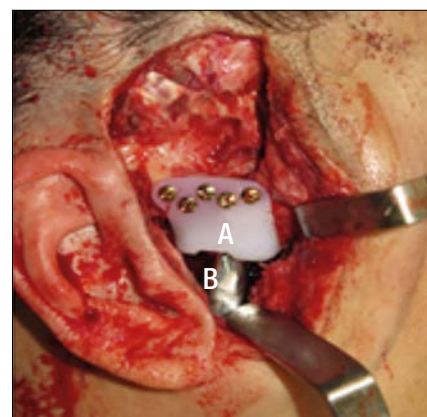


Figura 3 – Protesi articolare, componente fossa (A) e componente mandibolare (B).

Nei casi più avanzati viene eseguita una *ricostruzione articolare con protesi* (Figura 3). Dopo la chirurgia è fondamentale procedere precocemente con frequenti e ripetuti esercizi di fisioterapia al fine di evitare la formazione di aderenze.

In casi selezionati la protesi è prodotta su misura da un ingegnere biomedico il quale ricostruisce virtualmente l'anatomia del paziente elaborando i dati forniti dalla tomografia computerizzata e stampa tridimensionalmente questo progetto con materiali biocompatibili (metodica CAD/CAM).

Tra le malformazioni condilari possono verificarsi situazioni di alterata/eccessiva crescita condilare, il cui trattamento chirurgico consiste

in una *condilectomia*, cioè l'asportazione completa o parziale del condilo mandibolare. In pazienti con severa alterazione anatomica condilare, è indicata la *sostituzione articolare con protesi* la quale può essere anche combinata a *osteotomia dei mascellari* per correggere l'anatomia e l'occlusione dentaria, come avviene nei casi associati a malformazioni dento-facciali.

In presenza di sospetta neoplasia benigna (lenta crescita, tumefazione preauricolare, malocclusione) o *maligna* (rapida crescita, trisma, lesione nervi cranici, dolore), il paziente viene indirizzato all'ambulatorio oncologico che si svolge tutti i martedì mattina con indicazione a eseguire gli esami diagnostici (tomografia

computerizzata/risonanza magnetica) e la biopsia. La scelta della terapia chirurgica dipenderà dall'estensione della malattia e dall'istotipo della neoplasia.

Le patologie che coinvolgono l'articolazione temporo-mandibolare risultano di interesse specialistico e sono particolarmente complesse sia nella fase diagnostica che in quella di trattamento; per questo motivo necessitano di una presa in carico globale da parte del medico specialista in Chirurgia Maxillo-Facciale, al fine di assicurare una corretta diagnosi e la pianificazione di un trattamento personalizzato per il paziente.

info@giuseppespinnelli.it

OBBLIGO DI COMUNICARE LA PEC ALL'ORDINE

Con Decreto Legge n. 76 del 16/07/2020 è stato previsto che il professionista che non comunica al proprio Ordine di appartenenza il suo indirizzo PEC incorre nella sospensione dall'Albo fino a quando non provvede.

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha chiesto al Governo un'attenuazione di tale provvedimento sanzionatorio, considerandolo sproporzionato. Tuttavia, anche auspicando una revisione della norma, l'Ordine di Firenze SOLLECITA FIN DA ORA TUTTI I PROPRI ISCRITTI CHE ANCORA NON ABBIANO ATTIVATO UNA PEC A FARLO IL PRIMA POSSIBILE per evitare conseguenze pregiudizievoli.

Si ricorda che per attivare la PEC è possibile fruire A TITOLO GRATUITO del servizio messo a disposizione dall'Ordine in convenzione con la Società ARUBA SpA.

Le istruzioni per l'attivazione sono consultabili sul sito ordinistico <https://www.ordine-medici-fiorenze.it/professione/strumenti-operativi/pec>

Se il professionista attiva la PEC tramite la convenzione Ordine/Aruba non è necessario che comunichi niente all'Ordine: lo farà Aruba in automatico.

Se invece attiva la PEC con un altro gestore, il professionista deve comunicarlo all'Ordine via PEC a: segreteria.fi@pec.omceo.it oppure via e-mail ordinaria a: protocollo@omceofi.it





**PROF. MANFREDO
FANFANI**
RICERCHE CLINICHE

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