

# Toscana Medica

MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO PER I MEDICI TOSCANI  
A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE



## Osteoporosi e aderenza terapeutica

A. Becorpi, M.L. Brandi, S. Maffei,  
C. Marinai, T. Mazzei, M. Ucci

## Credi, ma verifica

A. Mugelli, A. Vannacci, R. Coppini, E. Cerbai

## Le vaccinazioni

P. Bonanni

## ECM

## Alcune cose importanti da sapere

G. Morrocchesi, V. Galeotti

# N° 4 APRILE 2015

# Dolci trionfi e finissime piegature

Sculture in zucchero e tovaglioli  
per le nozze fiorentine di Maria de' Medici



Fonderia del Giudice  
*Venere in piedi in atto di asciugarsi*  
(da Giambologna)  
gesso e zucchero



Fondato da  
**Giovanni Turziani**



In coperta  
M. Giegher,  
*Animali piegati con "spina pesce"*  
(in Trattato delle piegature,  
1629, tav. 5)

Anno XXXIII n. 4 - Aprile 2015

Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale

D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46)

art. 1, comma 1, DCB Firenze

Prezzo € 0,52

Abbonamento per il 2015 € 2,73



Antonio Panti

**Direttore Responsabile**  
Antonio Panti

**Redattore capo**  
Bruno Rimoldi

**Redattore**  
Simone Pancani

**Segretaria di redazione**  
Antonella Barresi



Bruno Rimoldi

**Direzione e Redazione**  
Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze  
tel. 055 496 522 - telefax 055 481 045  
http://www.ordine-medici-firenze.it  
e-mail: toscanamedita@ordine-medici-firenze.it



Simone Pancani

**Editore**  
Edizioni Tassinari  
viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze  
e-mail: pre.stampa@edizionitassinari.it



Antonella Barresi

**Pubblicità**  
Edizioni Tassinari  
tel. 055 570323 fax 055 582789  
e-mail: riccardo@edizionitassinari.it  
http://www.edizionitassinari.it

**Stampa**  
Tipografia il Bandino srl  
Via Meucci, 1 - Fraz. Ponte a Ema - Bagno a Ripoli (FI)

## COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- ◆ Inviare gli articoli a: [toscanamedica@ordine-medici-firenze.it](mailto:toscanamedica@ordine-medici-firenze.it).
- ◆ Lunghezza max articoli: 6 mila battute spazi inclusi (2-3 cartelle), compresa iconografia.
- ◆ Lunghezza max Lettere al Direttore: 3 mila battute spazi inclusi.
- ◆ Taglio divulgativo e non classicamente scientifico.
- ◆ No Bibliografia ma solo un indirizzo email a cui richiederla.
- ◆ Non utilizzare acronimi.
- ◆ **Primo autore: inviare una foto e un curriculum di 400 battute da inserire nel testo e per motivi redazionali un numero telefonico e un indirizzo postale.**
- ◆ Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di appartenenza.
- ◆ Criterio di pubblicazione: per data di ricevimento.

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, della legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", Lei ha il 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: Edizioni Tassinari, viale dei Mille 90, 50131 Firenze.

### LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 Spettacolo e magnificenza alla tavola del Granduca  
F. Napoli

### EDITORIALE

- 5 Il partito dei giovani  
A. Panti

### OPINIONI A CONFRONTO a cura di Simone Pancani

- 6 Osteoporosi e aderenza terapeutica  
A. Becorpi, M.L. Brandi, S. Maffei, C. Marinai, T. Mazzei, M. Ucci
- 12 Quando la burocrazia nuoce alla clinica  
A. Panti

### QUALITÀ E PROFESSIONE

- 13 Credi, ma verifica  
A. Mugelli, A. Vannacci, R. Coppini, E. Cerbai
- 18 Le vaccinazioni  
P. Bonanni
- 21 Il rapporto di sfiducia  
A. Panti
- 22 La medicina di genere  
T. Mazzei
- 23 Casa della Salute  
P. Salvadori
- 25 Linee Guida NICE 2014  
L. Santoiemma, L. Accettura, S. Giustini
- 26 L'alleanza tra professionisti e con gli assistiti  
quale possibilità di salvezza del SSN  
G. Becattini
- 37 Fine vita e morte in Terapia Intensiva  
L. Cecci, M. Bonizzoli, M.L. Migliaccio,  
L. Tadini Buoninsegni, M.C. Ferraro, A. Peris

### REGIONE TOSCANA

- 29 Dubbi sul Safe Sex? C'è la APP!  
S. Consigli, C. Toschi
- 31 Salute in carcere: l'esperienza di Massa  
F. Alberti, B. Bianchi
- 34 Protocollo d'intesa per l'integrità e la promozione di azioni di responsabilizzazione nei confronti del conflitto di interesse in Sanità e di contrasto dei comportamenti scorretti

### RICORDO

- 38 Un ricordo di Fabio Franchini  
C. Calzolari

### NOTIZIE DALL'ORDINE

- 39 ECM  
G. Morrocchesi, V. Galeotti

### RICERCA E CLINICA

- 41 Bere a rischio e dipendenza alcolica  
S. Innocenti, A. Allamani, A. Mustur, G. Fidanzini, M. Puliti
- 43 Riabilitazione in psichiatria e rischio clinico  
A. Bani

### LETTERE AL DIRETTORE

- 46 Cinquantenario di laurea 1964-2014  
C. Crisci
- 48 Quali sono i motivi dell'elevata mortalità per tumori del polmone negli edili di Cascina e Ponsacco?  
G. Barghini

### SANITÀ NEL MONDO

- 49 Diseguaglianze sociali nella mortalità in Italia  
G. Maciocco

### FRAMMENTI DI STORIA

- 51 Dottori di una volta e medici di oggi  
L'occhio perduto  
Un parto gemellare  
A. Fusi

### 52 VITA DELL'ORDINE a cura di Simone Pancani

### 59 NOTIZIARIO a cura di Bruno Rimoldi

### 22/27/57 CORSI E SEMINARI / CONVEGNI E CONGRESSI

### 21 BACHECA

### 63 CONVENZIONI



FEDERICO NAPOLI

## Spettacolo e magnificenza alla tavola del Granduca

Un matrimonio d'altri tempi. Nel 1600 a venticinque anni Maria de' Medici, orfana del padre Francesco I - la madre Giovanna d'Austria era morta nel 1578 - , nonostante per quel tempo considerata non più in età da marito, diventa un'importante pedina per il Granducato toscano. Lo zio e tutore, Ferdinando I, la concede in sposa al re di Francia, Enrico IV di Navarra, con una dote pari al debito che quest'ultimo ha contratto con Casa Medici e che non riesce a rendere. L'occasione si presta per uno sfarzoso periodo di feste, aperto il giorno del matrimonio (5 ottobre) e che ora diviene oggetto di una mostra intitolata "Dolci trionfi e finissime piegature", presentata presso la Sala di Bona della Galleria Palatina fino al 7 giugno.

Il matrimonio di Maria viene celebrato in Santa

Maria del Fiore per procura, essendo assente lo sposo (ci sarà una seconda celebrazione in terra di Francia): del fatto resta testimonianza nel quadro di Jacopo Chimenti conservato agli Uffizi, dopo l'acquisto avvenuto anni fa sul mercato antiquario. Ma l'avvenimento è testimoniato anche da Michelangelo Buonarroti il Giovane, nipote del celebre scultore, che ne redige un accurato resoconto. Da questo scritto gli allestitori di oggi hanno preso spunto per ricomporre nei particolari lo spettacolo del banchetto di nozze ordinato nel Salone dei Cinquecento, nell'ambito del quale il teatro, il potere e lo stupibile si fondono sotto l'accorta regia del "maestro di cerimonie" Bernardo Buontalenti. L'artista sfoggia tutta l'inventiva di cui è capace specialmente nella mensa principale, trasformando tante sculture già presenti in Firenze, magari provenienti dallo stesso collezionismo mediceo, in altrettanti capolavori di zucchero - Ercoli, amori, fontane -, con un processo di trasformazione d'uso che nel XVI secolo coincide con la cultura manierista, di cui si nutre la corte medicea, disseminando la mensa di perle che riflettono immagini e luci, moltiplicandole. Altre eccezionali forme accompagnano quel favoloso banchetto, quest'ultime realizzate con le ardite e complesse piegature dei tovaglioli in lino, mutati anch'essi in forme animali e animate. Né la tavola è la sola protagonista dell'avvenimento, ma anche una straordinaria credenza a forma di giglio di Francia ideata dal veronese Jacopo Ligozzi, che contiene centinaia di oggetti appartenenti al tesoro mediceo. Intorno, si muove un nugolo di collaboratori di corte, da Giambologna a Cigoli a Piero Tacca.

Insomma, è il trionfo della meraviglia come espressione del potere raffinato ed esclusivo, è l'indicazione del successo politico raggiunto da Casa Medici con questo matrimonio. Lo stesso spettacolo "Euridice" di Jacopo Peri allestito a Pitti il giorno dopo viene ancora oggi considerato nella sua particolarità, quale antesignano del melodramma. Pare un avvio straordinario beneaugurante per la vita di Maria in terra di Francia, invece sarà seguito da molte drammatiche ombre.

Oggi, nella ricostruzione del banchetto nuziale, il coordinatore Mauro Linari si è avvalso di una serie di collaboratori, quali la fonderia Del Giudice di Strada in Chianti, il molatore Locchi di Firenze, Joan Sallas per le straordinarie piegature dei tovaglioli, gli allievi di scenografia presso l'Accademia BB.AA.: ripetendo così la grande articolata corallità creativa e fattiva di quattrocento anni fa.

A metà tra teatro e filosofia, potere e conoscenza creativa, artigianato e arte culinaria e della tavola, la mostra "Dolci trionfi e finissime piegature" espone anche i conti relativi alle spese sostenute nel 1600 e certi bronzetti ispiratori; comunque, precede adeguatamente la Expo milanese dedicata al cibo, di prossima inaugurazione, nell'ambito della quale l'eccellenza toscana avrà un suo preciso e qualificato spazio. **TM**

**Dolci trionfi e finissime piegature**  
 Sculture in zucchero e tovaglioli  
 per le nozze fiorentine di Maria de' Medici  
 Galleria Palatina, Firenze  
 Fino al 7 giugno  
 orario martedì/domenica 8,15 - 18,50  
<http://dolcitrionfi.it/main/>

Giambologna  
 (Douai 1529,  
 Firenze 1608)  
*Venere in piedi in  
 atto di asciugarsi.*  
 Nono decennio  
 del XVI secolo,  
 Bronzo, Firenze,  
 Museo Nazionale  
 del Bargello



ANTONIO PANTI

# Il partito dei giovani

Non era mai successo, ma c'è sempre una prima volta. Che il medico, che ha studiato tanto, che esercita una professione così socialmente rilevante, un lavoro sicuro e ben retribuito, agognato dai genitori per i propri figli, potesse essere condannato al precariato era impensabile fino a pochi anni or sono. Ma sta succedendo e la situazione può peggiorare. La professione medica vive un lungo periodo di disagio per molti motivi discussi più volte in questa rivista. Una difficoltà che ha anche aspetti squisitamente professionali, ma che potrebbero essere affrontati se vi fosse un periodo di governabilità e se il Parlamento si degnasse di porvi attenzione, vincendo le opposizioni più o meno corporative di altre professioni (avvocati o magistrati), dell'università, degli stessi medici affetti da miopia categoriale. Oggi nella vita politica mancano sia riflessione che continuità e quindi è difficile ogni previsione. E i problemi sono enormi.

Possiamo elencarne i maggiori. Intanto la responsabilità medica di cui tutti si preoccupano ma che nessuno affronta di petto. Si deve superare il concetto di colpa e risarcire gli eventuali danni mediante una giustizia conciliativa che abbandoni l'inutile arroganza della sanzione. Poi vi è la grande sfida del rapporto con le altre professioni che non si risolve definendo in astratto l'atto medico bensì riconoscendo le autonome competenze di chi le possiede e esercitando una vera *leadership* dei percorsi assistenziali. E ancora vi è da riscrivere, lo sappiamo da cinquanta anni, la legge sulle professioni e poi permangono questioni etiche non risolte e che il nostro Paese elude per oltranzismo ideologico. E altro ancora. Ma la questione più importante è quella dell'accesso al lavoro che è connessa con la formazione. Su questa occorre meditare per non esporre i nostri giovani colleghi a situazioni di disoccupazione strisciante o di precariato.

La prima osservazione riguarda la mancanza di una seria e convincente programmazione della formazione in accordo col modello operativo del servizio sanitario. Gli accessi previsti alla facoltà sono troppi mentre quelli alle spe-

cializzazioni sono sbagliati perché tengono conto delle disponibilità universitarie e quindi, ad esempio, sopravvalutano alcune specialità mediche e sottovalutano quelle chirurgiche. I colleghi esclusi perché non hanno superato l'esame di ingresso oppure assegnati a qualche specializzazione con poco futuro si troveranno, se va bene, precari o sottoccupati.

È facile elencare i problemi sul tappeto, difficile capire perché non vi sia accordo sui rimedi anche tra i medici, come non si possa aprire un confronto chiaro con l'università, come non si affrontino le questioni formative insieme a quelle inerenti l'accesso alla professione e ai contratti e convenzioni, dal momento che le cose sono tra loro intrecciate e non si possono logicamente separare. Perché non si può realmente aprire il servizio sanitario alla formazione? Perché non si può assumere prima della specializzazione o della conclusione del tirocinio? Perché non si può programmare la formazione secondo le necessità del lavoro per non creare precari di ritorno? Perché non riequilibrare il fondo per la formazione con i finanziamenti per i rinnovi contrattuali per garantire una valida percentuale di assunzioni? E come evitare i devastanti interventi della magistratura che aumentano gli accessi creando altri possibili disoccupati? E perché non si riduce il numero dei posti a medicina per incrementare quelli nelle professioni sanitarie?

Questo non è il gioco dei perché ma il triste elenco delle "distrazioni" dei politici, dell'università e degli stessi medici nei confronti dei giovani. Che, oggi, dovrebbero muoversi assai più di quanto, invero timidamente, cominciano a fare. Non c'è da rottamare nessuno né da fondare il partito dei giovani, però un laboratorio di pensiero va creato per saper muovere da questo un movimento politico che costringa tutti ad assumersi le proprie responsabilità di fronte ai giovani colleghi. Il futuro lo si inventa ogni giorno col proprio agire, col proprio impegno e onestà intellettuale, tuttavia sulla base di ciò che trova. E ciò che appare ora a chi si affaccia alla medicina non è consolante.

TM

ANGELAMARIA BECORPI<sup>1</sup>, MARIA LUISA BRANDI<sup>2</sup>, SILVIA MAFFEI<sup>3</sup>,  
CLAUDIO MARINAI<sup>4</sup>, TERESITA MAZZEI<sup>5</sup>, MAURO UCCI<sup>6</sup>

# Osteoporosi e aderenza terapeutica

**TOSCANA MEDICA** – *Oggi tanto si parla di medicina di genere, intesa come il tentativo della medicina moderna di definire quanto più possibile le modalità di ricerca, cura ed assistenza a seconda del sesso dei pazienti. In questa ottica l'osteoporosi è una condizione a maggiore coinvolgimento femminile o maschile?*

**BRANDI** – L'osteoporosi colpisce entrambi i sessi, seppure con una netta prevalenza di quello femminile: in Italia si stimano oggi circa 3 milioni e mezzo di donne colpite, contro il milione e duecentomila uomini interessati. Una così grande differenza di numeri è dovuta in gran parte alla menopausa che mette le donne in una situazione di grave rischio a causa della perdita acuta di estrogeni che avviene anche nel maschio con l'invecchiamento ma in tempi molto più prolungati. Per questo motivo le donne nei primi anni dopo la menopausa presentano una significativa perdita di osso. A questo fattore se ne associano altri, sempre legati al sesso: muscoli ed articolazioni generalmente più robusti nell'uomo, diversa qualità dell'osso, differenti modalità di invecchiamento, diversa incidenza di fratture patologiche.

Quando invece si parla di osteoporosi secondaria le cifre sostanzialmente si equivalgono ed anche le fratture si presentano più o meno con la medesima incidenza nei due sessi. Un uomo che inizia a fratturarsi, ovviamente in assenza di eventi traumatici significativi, deve sempre essere studiato alla ricerca di cause ben precise quali ad esempio l'ipercalciuria primitiva, rara nelle donne e presente invece nel 30% degli osteoporotici maschi che si fratturano dopo i 50 anni di età.

**TOSCANA MEDICA** – *Approfondiamo la classificazione dell'osteoporosi.*

**BRANDI** – Come dicevo prima si parla di condizioni primitive e secondarie. Le prime, dette anche involutive, comprendono la forma postmenopausale da carenza estrogenica e quella senile legata per lo più alla riduzione dell'apporto di Calcio e di vitamina D.

Le osteoporosi secondarie sono numerosissime considerato che praticamente non esiste patologia cronica che prima o poi non vada ad influenzare anche il metabolismo dell'osso. Pensiamo, ad esempio, alle molteplici sindromi da malassorbimento, a certe malattie di interesse neurologico, alla patologia del muscolo e dell'osso stesso (ad oggi si conoscono ben 400 forme rare di displasia ossea), all'assunzione di farmaci come gli anticonvulsivanti, i cortisonici, gli inibitori della pompa protonica, l'eparina, alle condizioni endocrinologiche con eccessiva produzione di cortisolo.

**MAZZEI** – Prendendo spunto dalla mia esperienza vorrei aggiungere all'elenco dei farmaci ora ricordato dalla prof.ssa Brandi anche gli inibitori dell'aromatasi, impiegati sia nella terapia adiuvante del carcinoma della mammella che nelle fasi più avanzate di malattia. Le aromatasi sono enzimi deputati alla conversione degli ormoni androgeni (testosterone ed androstenedione) in estrogeni (estradiolo ed estrone). Nelle donne in post-menopausa il processo di aromatizzazione degli androgeni, prodotti principalmente dalle surreni, è considerato il principale promotore della sintesi estrogenica e di una conseguente spinta alla cancerogenesi per il tumore della mammella. Gli inibitori delle aromatasi di 3<sup>a</sup> generazione (anastrozolo, letrozolo ed exemestane) sono farmaci molto efficaci nel sopprimere la produzione estrogenica nelle pazienti con recettori positivi agli estrogeni, che costituiscono il 60-75% dell'intera popolazione di malate con tumore della mammella. Si tratta di farmaci che debbono essere somministrati a lungo, almeno in terapia adiuvante post-operatoria e spesso a vita nelle pazienti con malattia in fase avanzata. Uno degli effetti collaterali più importante di questi farmaci è una significativa e progressiva perdita di massa ossea che, se non contrastata, può portare a fratture osteoporotiche.

**BRANDI** – A quell'elenco vanno aggiunti anche gli uomini con cancro della prostata che assumono analoghi dell'LH-RH, finendo per svi-



Angelamaria Becorpi



Maria Luisa Brandi



Silvia Maffei

<sup>1</sup> Dirigente del Servizio Fisiopatologia della Menopausa-Menopausa Oncologica del Dipartimento Materno - Infantile dell'AOU Careggi, Firenze

<sup>2</sup> Ordinario di Endocrinologia dell'Università degli Studi di Firenze

<sup>3</sup> Dirigente UOC Endocrinologia Cardiovascolare Ginecologica ed Osteoporosi della Fondazione CNR-regione Toscana "G. Monasterio" di Pisa



Claudio Marinai



Teresita Mazzei



Mauro Ucci

luppate una sintomatologia ossea del tutto sovrapponevole a quella delle donne con neoplasia mammaria ricordate in precedenza.

Anche in campo regolatorio si sta rivelando una sempre maggiore consapevolezza nei confronti di queste tematiche ed a Careggi grande importanza viene, da qualche tempo, dedicata proprio alla medicina di genere. I pazienti sopra citati, uomini e donne, potranno pertanto accedere a percorsi diagnostico-terapeutici strutturati con lo scopo, tra l'altro, di prevenire l'evento fratturativo. Il cancro della prostata e quello della mammella presentano infatti uno spiccato tropismo per il tessuto osseo ed appare pertanto fondamentale chiarire il prima possibile di fronte ad una frattura in questi pazienti se abbiamo davanti una metastatizzazione ossea della neoplasia oppure un più o meno avanzato stato osteoporotico.

**BECORPI** – Lavorando in un Centro che segue pazienti per lo più in menopausa oncologica, devo dire che in questi soggetti gli effetti collaterali della terapia con inibitori dell'Aromatasi sono particolarmente evidenti e spesso mal tollerati e vanno talvolta ad incrementare i sintomi già presenti legati allo stato menopausale. Infatti in queste donne, spesso giovani, un aspetto estremamente importante è rappresentato proprio dall'aderenza alla terapia per le problematiche che essa spesso induce o esacerba tra le quali non bisogna dimenticare la sintomatologia vasomotoria, la distrofia vaginale ed i conseguenti sintomi genitourinari e della sfera sessuale, le algie diffuse e la necessità di controllo dell'ipercolesterolemia indotta dal trattamento stesso.

**MAFFEI** – Per quanto riguarda l'osteoporosi indotta dalla carenza ormonale in postmenopausa, nella mia esperienza clinica, sono molte le donne che, in assenza di fattori di rischio, non affrontando la terapia ormonale sostitutiva, arrivano alla nostra osservazione con osteoporosi prima di 60 anni. Di qui la necessità di sensibilizzare le donne a valutare questa patologia per tempo e a di intraprendere precocemente la terapia per l'osteoporosi.

**TOSCANA MEDICA** – *Osteoporosi e medicina generale. Dottor Ucci, prevenzione ed approccio diagnostico e terapeutico.*

**UCCI** – Dal punto di vista della medicina generale si può dire che l'osteoporosi è una condizione che richiede innanzi tutto conoscenza ed informazione. Faccio un esempio. Abbiamo sentito parlare di quanti farmaci possono avere effetto sull'osso; un medico di medicina gene-

rale che segue persone spesso con polipatologia può non sapere con esattezza quali farmaci questi pazienti stanno assumendo in un determinato momento, soprattutto quando siamo di fronte a trattamenti antineoplastici. Proprio con la prof.ssa Mazzei stiamo cercando di colmare questo gap che esiste tra il medico di medicina generale ed il chemioterapista, aumentando la comunicazione tra i vari professionisti che seguono il paziente e cercando di intervenire anche a livello regolatorio con il tentativo di modificare la nota AIFA 79 e con quello di eliminare i piani terapeutici. Questi strumenti, nati qualche anno fa con lo scopo lodevole di monitorare il consumo di determinati farmaci, sono infatti oggi diventati un vero problema sia per i medici che per i pazienti e noi vorremmo proprio che fossero aboliti.

Per rimanere nel campo dell'osteoporosi volevo poi ricordare che il medico di medicina generale, a parte prescrivere i farmaci, può anche incidere in maniera assai efficace nel consigliare gli stili di vita più corretti, invitando nello specifico i pazienti a perdere peso, a fare attività fisica, a mantenere un giusto tono muscolare.

Anche in questo campo quindi la medicina generale si deve fare trovare pronta a quella che sarà la vera emergenza sanitaria del prossimo futuro, vale a dire la sempre più impegnativa lotta alla cronicità.

**BRANDI** – Ad oggi appare difficile che il medico di base possa venire davvero compiutamente coinvolto nella gestione dell'osteoporosi, visto che molte delle più recenti opzioni terapeutiche non rientrano nelle sue potenzialità prescrittive: la terapia con denosumab, ad esempio, viene gestita in tutto il mondo dalla medicina generale meno che in Italia!

Ancora più recentemente ha fatto molto parlare di sé la questione dei possibili effetti avversi cardiovascolari dello stronzio ranelato ed anche in questo caso mi sembra ovvio che la valutazione del rischio connesso alla terapia debba essere lasciata al medico di medicina generale (che peraltro ad oggi non può prescrivere il farmaco) e non certo allo "specialista" dell'osteoporosi. Sarebbe un po' come se l'iperteso tutte le volte che si deve misurare la pressione andasse dal cardiologo!

**MARINAI** – Vorrei fare due osservazioni. La prima riguarda il fatto che ancora oggi in un'epoca sempre più tecnologica, il paziente rimane spesso l'unico portatore della "verità" in fatto di terapie ai vari medici che lo seguono: sarebbe pertanto auspicabile che la comunicazione tra medici si servisse anche di strumenti informatiz-

<sup>4</sup> Coordinatore Farmaceutica e Logistica Area Centro ESTAR Toscana

<sup>5</sup> Ordinario di Chemioterapia dell'Università degli Studi di Firenze

<sup>6</sup> Medico di medicina generale a Firenze

zati che permettano lo scambio reciproco e condiviso di informazioni.

La seconda osservazione si lega a quanto riferito in precedenza circa l'interazione tra gli inibitori di pompa protonica ed il metabolismo del calcio: sempre per rimanere in tema di cronicità come sfida futura da affrontare, è verosimile aspettarsi nei prossimi anni una vera e propria "epidemia" di osteoporosi considerando quanto sia diffuso il consumo di questi farmaci, in uso ormai da una decina di anni.

**UCCI** – La situazione è resa ancora più grave dal fatto che oggi gli inibitori di pompa protonica, così come del resto anche molti antiinfiammatori, possono essere dispensati senza ricetta medica, vanificando quindi qualsiasi tentativo di controllo da parte dei medici curanti a meno che, come diceva prima il dottor Marinai, non siano gli stessi pazienti a fornire una simile informazione.

**MAFFEI** – Alla luce delle evidenze scientifiche degli ultimi anni, ampliarei la "rete" del coinvolgimento in tema di osteoporosi a un livello di maggiore multidisciplinarietà. Ad esempio numerosi studi hanno dimostrato come l'osteoporosi coesista con alcune patologie cardiovascolari (valvulopatie, coronaropatie, ipertensione etc). Viene così a configurarsi l'ipotesi di sensibilizzare anche specialità sin ora "distanti" dal mondo dell'osteoporosi per l'identificazione e la cura dei pazienti affetti.

**TOSCANA MEDICA** – *In linea di principio sarebbe pertanto auspicabile una radicale modifica delle modalità amministrative della prescrizione dei farmaci?*

**UCCI** – Certamente sì, non per niente come

Fimmg stiamo lavorando ad un progetto sperimentale mirato all'eliminazione dei piani terapeutici.

**MARINAI** – Anche secondo me il piano terapeutico, nato più di venti anni fa a seguito di grosse problematiche allora esistenti riguardo il processo di immissione in commercio dei farmaci, fa parte di una cultura che oggi non ha più motivo di esistere, essendo infatti cambiate le attività regolatorie ed essendo diventati gli strumenti tecnologici di controllo affidabili.

**TOSCANA MEDICA** – *Nell'approccio diagnostico-terapeutico all'osteoporosi, quali sono il ruolo della MOC e quello dell'ultrasonografia del calcagno?*

**BRANDI** – La MOC, secondo le indicazioni dell'OMS, serve a valutare il grado di osteoporosi permettendo così di quantificare la gravità del quadro clinico. Fatta salva questa premessa, la MOC non appare invece di alcuna utilità quando si deve in qualche modo quantizzare il rischio che un paziente potrebbe avere di fratturarsi. Per fare questo esistono delle apposite Carte del rischio come per esempio quella in uso nel nostro Paese che si chiama FRAX, validata dagli specialisti però potenzialmente di impiego corrente da parte dei medici di medicina generale.

L'ultrasonografia dell'osso, metodica anche questa impiegata per valutarne la quantità a livello di un determinato distretto, presenta ad oggi la grossa limitazione di essere ancora molto "operatore-dipendente", trovando il suo impiego più corretto soprattutto nell'esecuzione dei grandi screening di massa. La stessa efficacia non viene invece garantita quando si debba monitorare nel tempo nel singolo paziente la quantità di osso in risposta alla terapia intrapresa.

Numero stimato di donne e uomini con osteoporosi (definita con T score  $\leq$  2.5 SD) in Italia per fascia di età, 2010.

Age (years)	Women	Men
50-54	128,709	49,800
55-59	180,960	63,245
60-64	274,703	105,386
65-69	338,148	110,260
70-74	463,419	109,356
75-79	552,375	110,828
80+	1.104,480	200,362
50+	3.042,794	749,237

Probabilmente in un prossimo futuro le cose dovrebbero diventare più chiare visto che il Ministero ha incaricato l'AGENAS di produrre le linee-guida nazionali per l'osteoporosi. Quelle infatti adesso disponibili anche nella nostra Regione sono state redatte da reumatologi e ginecologi e non sempre appaiono concordanti.

**TOSCANA MEDICA** – *Nella terapia dell'osteoporosi esistono delle novità che permettano una maggiore aderenza alla cura da parte dei pazienti?*

**BRANDI** – Il primo farmaco antifratturativo, l'alendronato, è stato immesso in commercio intorno alla metà degli anni Novanta del secolo scorso ed all'epoca veniva somministrato quotidianamente. Il suo principale effetto collaterale era rappresentato dall'interessamento irritativo del tratto gastroesofageo al quale si cercava di rimediare con gli inibitori di pompa protonica che però, in un circolo vizioso di difficile gestione, finivano per ridurre l'assorbimento sia del Calcio che dell'alendronato stesso.

Successivamente si iniziarono ad usare gli aminobifosfonati con cadenza settimanale e dopo ancora quelli per via iniettiva da assumere ad intervalli di tempo più o meno prolungati, fino anche di dodici mesi. In quest'ultimo caso il medico di medicina generale si sentiva ovviamente e giustamente escluso dalla gestione di questi pazienti, visto che lui doveva solamente inviarli a scadenze predeterminate in un Centro specialistico dove veniva eseguita una terapia

che, tra l'altro, nemmeno poteva prescrivere.

Il farmaco di più recente introduzione nella terapia dell'osteoporosi è il denosumab, un anticorpo monoclonale che in Italia è arrivato circa 5 anni fa e che è stato subito etichettato come farmaco "biologico" e quindi con obbligo di piano terapeutico, aggressiva farmacovigilanza e, ovviamente, impossibilità di essere prescritto dai medici di medicina generale. Il denosumab, molecola concepita di basso costo proprio per potere essere gestita dai medici di medicina generale come succede in Francia, Germania e Spagna, viene somministrato due volte l'anno in ambito specialistico, per lo più nel totale e comprensibile disinteresse dei medici di medicina generale.

Se gli aminobifosfonati ed il denosumab agiscono inibendo il riassorbimento del tessuto osseo un altro farmaco relativamente recente, il teriparatide, funziona invece stimolandone la formazione. Purtroppo l'industria produttrice ha deciso di immetterlo in commercio ad un prezzo molto alto, impedendo in questo modo ai clinici di utilizzarlo in una sequenza che preveda in prima battuta l'impiego di sostanze ad azione osteoformativa seguite da quelle ad azione antiassorbitiva. In questo modo si potrebbero evitare gli importanti effetti collaterali legati all'uso prolungato di farmaci quali gli aminobifosfonati.

**TOSCANA MEDICA** – *In linea di massima sembrerebbe garantire una maggiore aderenza alla terapia una somministrazione due volte all'anno di un farmaco rispetto ad ogni altra tempistica*

*Numero stimato di fratture incidenti in Italia, 2010.*

Fracture at the					
age (years)	hip	vertebra	forearm	other	fractures
<b>Women</b>					
50-74	12,298	18,582	32,856	44,355	108,091
75+	55,297	29,339	28,667	100,888	214,191
Total	67,595	47,921	61,523	145,243	322,282
<b>Men</b>					
50-74	6,345	11,053	6,721	40,133	64,252
75+	16,598	12,488	3,435	46,345	78,866
Total	22,944	23,540	10,156	86,478	143,118
<b>Men and Women</b>					
50-74	18,644	29,635	39,577	84,487	172,343
75+	71,895	41,827	32,102	147,234	293,057
Total	90,539	71,461	71,679	231,721	465,400

di somministrazione, anche se molte volte non è così nel senso che la "pasticca" di ogni giorno può diventare una abitudine ben consolidata. Però l'aderenza alla terapia dei pazienti con patologia cronica rappresenta ancora oggi un grosso problema.

**UCCI** – È stato dimostrato che circa il 30-40% dei pazienti non segue con regolarità una terapia cronica, per questo credo che riuscire a disporre di farmaci da assumere una o due volte l'anno possa rappresentare davvero un grande vantaggio.

**BECORPI** – La paziente che ho davanti è generalmente una donna nel periodo climaterico o in postmenopausa che presenta spesso una molteplicità di situazioni che ci impongono già un approccio farmacologico su più fronti o comunque di medicina integrata. Se guardiamo i dati derivanti dallo studio Epidemiologico Osservazionale del Progetto Menopausa Italia su oltre 300.000 donne afferenti agli ambulatori ginecologici sul territorio italiano, con età media 54 anni, vediamo una prevalenza di oltre il 50% per quanto riguarda la sintomatologia vasomotoria, oltre il 45% per i disturbi del sonno e così per il tono dell'umore, accanto a ripercussioni significative sulla sfera sessuale per sintomatologia vaginale in oltre il 25% delle pazienti. I dati evidenziano anche ipertensione nel 45% delle pazienti in menopausa ed ipercolesterolemia in più del 35%.

Di fronte alla paziente in menopausa indotta da analoghi del GnRH o da chemioterapia per carcinoma mammario o trattata con inibitori dell'aromatasi, potrò trovare una prevalenza maggiore di alcuni di questi aspetti (ad esempio distrofia vaginale nel 61,5% delle pazienti in postmenopausa avanzata con pregresso carcinoma mammario contro il 47% in donne sane anch'esse in postmenopausa avanzata) con più importanti implicazioni: sarà quindi fondamentale, in termini di aderenza alla terapia antiassorbimento osseo, in una donna che necessita di più trattamenti concomitanti, la semplicità di somministrazione.

**TOSCANA MEDICA** – *Però, a parte la tempistica di assunzione dei farmaci, l'aderenza alla terapia si basa anche su molti altri fattori, uno dei più importanti dei quali è probabilmente la buona qualità del rapporto medico-paziente.*

**BECORPI** – Indubbiamente una buona relazione medico-paziente è alla base dell'aderenza terapeutica, aderenza intesa come coinvolgimento attivo della paziente, mediante consenso e condivisione.

Sicuramente nel rapporto medico-paziente due fattori sono fondamentali ai fini dell'aderenza terapeutica: empatia e tempo dedicato alla paziente.

La possibilità di un mezzo di comunicazione facile, mediante la tecnologia, aiuta sicuramente

Numero di decessi in uomini e donne nel primo anno successivo a una frattura correlabili all'evento fratturativo stesso, 2010.

Fracture at the			
age (years)	hip	vertebra	other
<b>Women</b>			
50-74	165	247	24
75+	1,342	536	605
Total	1,507	784	628
<b>Men</b>			
50-74	173	286	37
75+	1,098	589	373
Total	1,271	875	411
<b>Men and Women</b>			
50-74	339	534	61
75+	2,440	1,125	978
Total	2,778	1,659	1,039

te in quest'ottica: questa è la nostra esperienza nell'ambito dell'attività dell'Ambulatorio per la Menopausa Oncologica del nostro Dipartimento attivo da circa 15 anni in cui mettiamo a disposizione, da alcuni anni, l'indirizzo di posta elettronica attraverso il quale le pazienti comunicano in modo semplice e con tempi di risposta abbastanza brevi, potendoci inoltre inviare referti di esami diagnostici, a integrazione del contatto telefonico.

Un altro aspetto dove la tecnologia può essere di grande supporto è rappresentato dalla trasmissione delle informazioni che talvolta può essere critica quando vi sia una gestione multidisciplinare della paziente.

Ad oggi, purtroppo, la maggior parte della trasmissione delle informazioni viene ancora portata avanti mediante lettere cartacee.

È fondamentale la trasmissione telematica dei dati ai fini del monitoraggio ed al fine di snellire la gestione quotidiana delle informazioni, indispensabili alla pratica clinica.

Fra l'altro credo che oggi la connessione in rete delle AFT (aggregazioni funzionali territoriali) sia in questo senso un vero passo avanti.

**BRANDI** – Parlando di aderenza alla terapie contro l'osteoporosi, uno dei nemici più temibili che dobbiamo fronteggiare è la disinformazione, spesso presente a livello di medicina generale per tutta la serie di motivi ricordati in precedenza. Obiettivamente poi per un paziente è più facile assumere un antidolorifico che gli migliora una situazione di disagio che preoccuparsi di prendere un farmaco contro l'osteoporosi che gli serve al limite per ridurre il rischio eventuale di un futuro e non certo l'evento fratturativo.

Non per niente nella popolazione di 5557 donne ultrasessantacinquenni fratturate di femore osservate a Careggi tra il 2006 ed il 2008, ben il 60% non aveva mai seguito alcuna terapia antifratturativa, contro solo il 4-5% che invece l'aveva assunta.

Nella mia realtà di lavoro, come dicevo prima, si stanno oggi creando dei percorsi strutturati che permettano di seguire al meglio i soggetti a rischio di frattura, controllando anche la loro aderenza alla terapia mediante periodici contatti telefonici.

**MAFFEI** – Sono d'accordo con le colleghe. La terapia dell'osteoporosi è cronica, spesso le pazienti non sono preparate a una terapia di lunga durata, perciò è molto importante spiegare bene e far capire il valore della terapia. La diminuzione del numero delle somministrazioni di farmaco viene recepito positivamente dalla paziente e favorisce l'aderenza alla terapia.

**TOSCANA MEDICA** – *Prof.ssa Mazzei come vanno le cose nel campo oncologico dove il vissuto emotivo assume un carattere certamente preponderante?*

**MAZZEI** – Una piccola premessa: è stato ormai da anni dimostrato che il rapporto tra medico e paziente è generalmente più positivo quando il primo è una donna. La donna medico ha maggiori capacità di ascolto ed è comune la sua propensione a fornire risposte al paziente. Questo aspetto è ancora più importante in Oncologia, dove l'empatia del curante diventa di fondamentale importanza nella gestione complessiva di malattie che dopo quelle cardiovascolari sono ad oggi le più diffuse al mondo.

**TOSCANA MEDICA** – *A fronte dei nuovi farmaci contro l'osteoporosi, le "vecchie" molecole hanno ancora oggi significato?*

**MARINAI** – Io credo che gli alendronati possano ancora essere utili soprattutto all'inizio della terapia, in quei pazienti che vedono dei risultati positivi ed in quelli che non accusano effetti collaterali significativi.

Secondo me un altro fattore importante che spesso riduce l'aderenza terapeutica nelle situazioni di cronicità è l'eccessiva burocratizzazione dell'accesso ai farmaci, fatta spesso di attese dal medico per le ricette, di piani terapeutici, di consultazioni specialistiche di non sempre facile attuazione, di frequenti soste in farmacia, con risultati che in soggetti meno consapevoli possono avere pesanti ripercussioni sulla continuità delle cure.

**TOSCANA MEDICA** – *In attesa delle linee-guida nazionali per l'osteoporosi come potrebbero medici di medicina generale e specialisti migliorare la propria comunicazione reciproca in tema di prevenzione e gestione terapeutica dell'osteoporosi?*

**BRANDI** – Parliamo di prevenzione. Primaria: intervento sugli stili di vita. Secondaria: identificazione dei soggetti a rischio (donne in menopausa e soggetti con osteoporosi secondaria). Terziaria: interventi da attuare nel soggetto già fratturato. Nel primo caso il medico di medicina generale può svolgere un ruolo insostituibile, soprattutto nel campo educativo, all'interno di percorsi condivisi con tutte le altre professionalità interessate.

Nel campo della prevenzione secondaria il medico di medicina generale dovrebbe essere messo nelle condizioni di utilizzare al meglio la Carta del rischio fratturativo, usandola nella po-

polazione ancora sana e non certo nelle persone che già hanno avuto una frattura.

La prevenzione terziaria si dovrebbe invece fare soprattutto a livello ospedaliero, sull'esempio di quanto stiamo cercando di fare a Firenze con la creazione di percorsi strutturati riservati ai pazienti già fratturati (la cosiddetta "Fracture Liaison").

**UCCI** – Concordo con la prof.ssa Brandi e tengo a precisare che molte delle iniziative e degli interventi ricordati potranno sempre di più venire utilmente realizzati nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e nelle Case della Salute, veri e propri esempi di sistematizzazione della medicina generale, non più indirizzata al singolo paziente ma alla comunità intera degli assistiti. **TM**

ANTONIO PANTI

## Quando la burocrazia nuoce alla clinica

Come tutti sanno l'osteoporosi è una diffusa condizione di rischio (si calcola in Italia 3 milioni e mezzo di donne e 1 milione e mezzo di uomini) che può evolversi e sviluppare in gravi manifestazioni patologiche quali le fratture ripetute. Ugualmente è noto che esiste una osteoporosi primitiva prevalentemente post-menopausale – ecco perché l'osteoporosi è più frequente nelle donne – e una secondaria a numerosissime condizioni morbose oppure quale evento avverso di numerose terapie in particolare oncologiche, tra cui la terapia con aromatasi nel tumore del seno.

Una condizione di rischio così diffusa vede il naturale impegno del medico di medicina generale, tanto più oggi all'interno di associazioni professionali, le A.F.T., più adatte alla gestione di registri terapeutici e di interventi collaborativi con infermieri e con gli specialisti. Il medico generale può intervenire precocemente favorendo idonei stili di vita e valutando meglio il complesso delle terapie cui il soggetto può essere sottoposto. Insomma l'osteoporosi rientra a pieno titolo nel modello di Medicina di Iniziativa e di assistenza alla cronicità. Tuttavia si ha l'impressione che finora non si siano raggiunti i risultati voluti. Ciò può dipendere da una mal definita utilizzazione della MOC, dalla scarsa diffusione della Carta di Rischio che, approvata a livello internazionale, non ha trovato molta fortuna tra i medici italiani e, infine, per la scarsa percezione del rischio da parte del paziente.

In effetti le terapie per l'osteoporosi non danno un effetto immediato (ad esempio la glicemia che si abbassa) ma prevengono eventi dannosi lontani e quindi l'adesione alla cura è minore. Vi sono ora farmaci più moderni in commercio, che consentono somministrazioni anche 2 volte al giorno, in modo che le più an-

tiche forme farmacologiche, pur tuttora valide, possono essere sostituite da queste di più facile somministrazione. Sono farmaci non particolarmente costosi che inibiscono l'assorbimento dell'osso mentre quelli che agiscono sulla formazione dell'osso sono assai più cari. Comunque resta il fatto che l'aderenza alla terapia non è brillante neppure nei pazienti in prevenzione secondaria cioè nei soggetti positivi alla Carta di Rischio, né in quella terziaria, nei soggetti già fratturati. Ovviamente l'aderenza alla cura dipende da altri fattori. Fondamentale tra questi il colloquio con il medico. Anche da questo punto di vista è essenziale il ruolo del medico di medicina generale. E allora i nostri esperti fanno notare alcuni fatti importanti. Il primo, la mancanza in Toscana di una Linea Guida per l'Osteoporosi o meglio di un Percorso Diagnostico Terapeutico che consenta la collaborazione tra medici generali e specialisti e riqualifichi il compito del medico di medicina generale. Il secondo, e più importante, sta nell'esclusione del medico di medicina generale dalla prescrizione di alcuni dei farmaci dell'osteoporosi. La necessità del piano terapeutico non è solo un intralcio burocratico ma una deresponsabilizzazione del medico generale. L'esistenza di banche dati, che permettono monitoraggi precisi di qualsiasi ciclo di terapia, rendono ormai ineludibile la modifica della nota 79, nel senso di consentire la prescrizione dei farmaci per l'osteoporosi ai medici di medicina generale. Solo la piena riassunzione da parte della medicina territoriale della leadership terapeutica di questi pazienti, in un percorso di completa sinergia con lo specialista, potrà migliorare la prevenzione e la cura di questa importante condizione patologica dagli altissimi costi umani e sociali. **TM**

*Si ringrazia **Amgen**  
per aver contribuito alla realizzazione della presente pubblicazione*



Alessandro Mugelli, Ordinario di Farmacologia, attualmente Direttore del Dipartimento Universitario di Neuroscienze, Psicologia, Area del Farmaco e Salute del Bambino (NeuroFarBa) dell'Università di Firenze, Presidente del Comitato Etico Pediatrico Regionale Toscano e Coordinatore dell'Ufficio di Presidenza del Comitato Etico Regionale Toscano, Direttore SOD Farmacologia AOU Careggi.

ALESSANDRO MUGELLI, ALFREDO VANNACCI<sup>1</sup>, RAFFAELE COPPINI<sup>1</sup>, ELISABETTA CERBAI<sup>1</sup>

# Credi, ma verifica

## Quanto sono attendibili e riproducibili i risultati delle attuali ricerche scientifiche?

“Credi, ma verifica” è il principio alla base del successo di tutta la scienza moderna: ogni risultato deve sempre essere soggetto ad attente e ripetute verifiche sperimentali. Su questo si basano gli enormi progressi che la scienza ha prodotto negli ultimi quattro secoli.

Purtroppo quando al puro interesse scientifico si sovrappongono interessi di tipo economico si può tendere a credere troppo e a verificare poco, con evidente svantaggio per la ricerca scientifica.

Il dibattito sulla riproducibilità della ricerca scientifica è sempre stato presente all'interno del mondo accademico, ma recentemente è uscito dai confini della comunità scientifica ed ha iniziato ad attrarre l'interesse del pubblico generale; in particolare l'attenzione si è focalizzata sulle ragioni per cui i risultati della ricerca biomedica non si traducono in effettivi miglioramenti della medicina. La necessità di una ricerca dai risultati credibili e verificabili è infatti particolarmente forte nell'area biomedica, nella quale, in linea teorica, ogni scoperta rilevante dovrebbe tradursi, prima o poi, in un miglioramento delle possibilità di cura dei pazienti. Ma la situazione è molto diversa e, come hanno dichiarato i vertici del National Institute of Health (NIH), gli scienziati troverebbero difficile replicare le osservazioni di almeno tre quarti di tutti gli studi effettuati in ambito biomedico.

Su questo tema, già 10 anni fa John Ioannidis, un epidemiologo greco, pubblicò un articolo su una rivista *open access* (e quindi disponibile gratuitamente a tutti) dal titolo significativo: “Perché la maggior parte degli studi pubblicati sono falsi” (*Why most published research finding are false*, <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0020124>), nel quale esaminava i fattori chiave che influenzano la probabilità che una affermazione scientifica non fosse vera e quindi potesse essere sconfessata da successivi studi. Nell'articolo Ioannidis analizza in modo critico il ruolo della statistica (per validare una data ipotesi, si valuta con quale probabilità i dati, che supportano l'ipotesi, possano essere semplicemente frutto del caso stabilendo convenzionalmente il livello della significatività statistica cioè il grado di errore accettabile) in questo

fenomeno focalizzandosi sull'impatto che una statistica inadeguata o una numerosità campionaria insufficiente avevano avuto negli studi clinici, negli studi epidemiologici tradizionali ma anche nei più moderni studi di associazione genetica. Lo stesso autore, oggi all'Università di Stanford, ha pubblicato alla fine di ottobre del 2014, sempre sulla stessa rivista, un articolo su come intervenire per incrementare il numero di lavori scientifici pubblicati che riportino risultati veri (*How to Make More Published Research True*, <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001747>).

Il suo articolo riporta dati impressionanti: dai pochi “*dilettanti*” (in italiano nel testo) del passato, la scienza è diventata oggi una attivissima industria globale che, nel solo periodo 1996-2011, ha prodotto oltre 25 milioni di pubblicazioni da parte di oltre 15 milioni di autori. Le scoperte vere e rapidamente applicabili sono ovviamente molto meno ed è stato calcolato che l'85% delle risorse impegnate nell'attività di ricerca siano di fatto andate sprecate. Sono state attivate molte iniziative, alcune di grande interesse, per affrontare questo problema nell'ambito della ricerca biomedica e degli studi clinici in particolare, per capire cioè le ragioni per cui, a fronte di enormi investimenti pubblici e privati, non siamo in grado di generare una ricerca che impatti positivamente sull'assistenza e sulle malattie. Nel 2010 la spesa totale, pubblica e privata, nel settore delle scienze della vita (in gran parte riferibile alla ricerca biomedica) è stata di 240 miliardi di dollari. Nonostante questo investimento abbia portato indubbi benefici sul sistema salute, si ritiene che i progressi avrebbero potuto essere molto più significativi se si fossero ridotti gli sprechi e la inefficienza con cui la ricerca biomedica viene scelta, disegnata, condotta, analizzata, gestita, regolata, disseminata e comunicata. È al di fuori degli scopi di questo articolo affrontare le molte e complesse problematiche che sono implicate in questi vari aspetti della ricerca biomedica (quella clinica in particolare) e che sono mirabilmente riassunte in un articolo pubblicato su *Lancet* nel gennaio 2014 ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62329-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62329-6)) in cui gli autori presentano una serie di 5 articoli pubblicati sulla prestigiosa rivista sul tema:



<sup>1</sup> Dipartimento di Neuroscienze, Psicologia, Area del Farmaco e Salute del Bambino, Sezione di Farmacologia e Tossicologia, Università degli Studi di Firenze

*"Research: increasing value, reducing waste"*. Gli articoli affrontano e suggeriscono, anche da un punto di vista metodologico, le modalità con cui si possono ridurre gli sprechi e l'inefficienza nella ricerca clinica.

Come dicevamo all'inizio, il problema della non riproducibilità dei dati riguarda anche la ricerca preclinica ed è da questo punto di vista, in quanto ricercatori preclinici, che vogliamo affrontare il problema. Differenze nelle specie animali utilizzate e variazioni nelle condizioni sperimentali sono state portate da sempre a giustificazione del fatto che i risultati di lavori analoghi fossero diversi o comunque non esattamente sovrapponibili, ma la discussione rimaneva molto spesso limitata agli specialisti di quello specifico campo di ricerca che cercavano altri modi per confermare le proprie osservazioni con l'obiettivo di arrivare alla verità.

L'impatto della non riproducibilità dei dati è emerso in tutta la sua importanza più recentemente quando è stato chiaro che i ricercatori industriali, soprattutto nel campo dell'oncologia, basavano lo sviluppo clinico di alcune molecole sui dati preclinici presenti in letteratura. In particolare, alcuni ricercatori della azienda biotecnologica Amgen in California, prima di impegnarsi nello sviluppo della ricerca clinica, decisero di verificare la riproducibilità di 53 studi che erano considerati pietre miliari nello specifico settore. Gli articoli erano pubblicati su riviste ad alto *impact factor* (21 su giornali con *IF* > 20), avevano generato numerose pubblicazioni secondarie e avevano un alto numero di citazioni. Gli esperimenti dei ricercatori Amgen, effettuati nell'arco di 10 anni, hanno però documentato la riproducibilità dei dati scientifici di solo 6 dei 53 studi (11%), un dato estremamente basso e preoccupante anche tenendo conto delle molteplici limitazioni e difficoltà della ricerca preclinica in onco-ematologia (CG Begley and LM Ellis, *Nature* 483(7391):531-3, 2012, <http://www.nature.com/nature/journal/v483/n7391/full/483531a.html>).



Ovviamente la complessità di questi studi e delle metodologie oggi utilizzate rende spesso difficile riprodurre singoli esperimenti in laboratori diversi, e pertanto la parola "riproducibilità" deve essere in qualche modo "contestualizzata" e non dobbiamo cadere nella semplificazione (che alcuni media hanno fatto) di dire che il 90% di tutta la scienza non è riproducibile. Non dobbiamo però nemmeno minimizzare il significato di questo e di altri analoghi risultati. Se ci domandiamo quali possono essere le ragioni che hanno portato alla pubblicazione di dati sbagliati o irriproducibili, dobbiamo essere consapevoli di come l'attuale sistema accademico e il sistema di "referaggio" basato sulla revisione tra pari (*peer-review*) tollerino, in alcuni casi, forse inconsapevolmente favorisca questo tipo di

pubblicazioni: per ottenere fondi, per avere un lavoro o un avanzamento nella propria carriera, i ricercatori devono avere un curriculum solido, con molte pubblicazioni, comprese alcune di cui devono essere primo autore, pubblicate in riviste ad elevato fattore di impatto. Gli editori delle riviste scientifiche, i revisori degli articoli, i comitati che assegnano i finanziamenti spesso sono attratti da dati scientifici semplici, chiari e il più possibile completi. Il lavoro deve riportare una sorta di storia perfetta che partendo dalla ipotesi iniziale presenti dei dati che permettano delle conclusioni coerenti. Ecco che allora può nascere la tentazione di selezionare i dati, anche "massaggiarli" un po' in modo che soddisfino adeguatamente l'ipotesi iniziale.

La conseguenza di questo sistema è che la riproducibilità degli studi è resa molto difficile: per i giovani ricercatori, la necessità di incrementare il punteggio dell'impatto e di non "provocare" le autorità scientifiche del settore, porta spesso a rifiutare di compiere studi confermativi. Per i ricercatori più "anziani", l'esecuzione di studi di conferma è spesso frutto di rivalità con colleghi, e pertanto è comunque macchiata dal rischio di commettere errori, essendo guidata principalmente da un senso di rivalsa. Proprio per quest'ultimo motivo non sono molti i ricercatori che rendono facile la replicazione dei propri dati, attraverso una completa descrizione dei metodi e degli esperimenti: solo il 45% dei ricercatori sarebbe infatti disposto a condividere i dati grezzi delle proprie ricerche.

Il sistema di *peer review* è ritenuto un sistema solido per passare al vaglio i risultati scientifici, che vengono scrutinati da esperti nel settore che dovrebbero essere mossi solo dall'*obbligo* professionale. I problemi intrinseci nel sistema di *peer review* sono però stati evidenziati da alcuni "esperimenti". John Bohannon, un biologo di Harvard, ha recentemente sottoposto un lavoro utilizzando un pseudonimo a 304 giornali scientifici contemporaneamente in cui si descriveva gli effetti di un nuovo composto ad azione antitumorale (ovviamente inventato). Ben 157 giornali, compresi giornali ad alto impatto, hanno accettato il lavoro per la pubblicazione. Per testare il sistema un editore del *BMJ* (Fiona Goodlee) inviò invece a 200 revisori del suo stesso giornale un lavoro fittizio con evidenti errori di disegno dello studio, di analisi e di interpretazione dei dati. Sebbene diversi errori siano stati rilevati dai revisori, nessuno di loro riuscì ad identificare contemporaneamente tutti gli errori. Raramente ad esempio i revisori ripetono l'analisi statistica ed è assai difficile quindi che riescano a identificare errori volontari o involontari.

Gli errori compiuti dagli scienziati sono molto spesso involontari. In alcuni casi tuttavia si può arrivare alla malafede e a situazioni vera-

mente imbarazzanti che mettono in pericolo la credibilità del sistema. Faremo un paio di esempi di pubblico dominio e che sono avvenuti fuori dal nostro paese, ma ovviamente questo non significa che noi ne siamo indenni.

Il primo caso è stato portato alla nostra attenzione da un docente del nostro Dipartimento, il Prof. Claudiu Supuran che è editore capo della rivista scientifica *The Journal of Enzyme Inhibition and Medicinal Chemistry*. La storia è riportata per intero su Nature del 27 Novembre del 2014 (<http://www.nature.com/news/publicising-the-peer-review-scam-1.16400>). In breve Claudiu Supuran aveva cominciato a sospettare di un autore sud coreano, Hyung-In Moon, perché le revisioni dei suoi lavori erano arrivate in tempi brevissimi, entro 24 ore. Sappiamo bene che spesso è difficile convincere uno scienziato molto occupato a rivedere un lavoro che non sia di suo particolare interesse. Il fatto era che Hyung-In Moon, cui il giornale aveva richiesto di indicare alcuni potenziali revisori esperti dell'argomento della sua ricerca, forniva a volte nomi di veri scienziati, a volte pseudonimi con indirizzi mail che riconducevano direttamente a lui o a qualche suo amico. In questo modo era praticamente lui stesso che valutava se i suoi lavori erano degni di essere pubblicati e lo faceva molto rapidamente. La confessione del ricercatore ha portato al ritiro (*retraction*) di ben 28 articoli pubblicati su varie riviste di quel gruppo editoriale. Ma il caso non è isolato e negli anni passati alcuni giornali, anche di gruppi editoriali importanti, sono stati costretti a ritirare più di 110 articoli a causa di imbrogli nel sistema di revisione.

Un altro caso ha coinvolto una tra le più importanti università americane, la Duke University, per il caso di un suo ricercatore, Anil Potti, accusato di frode scientifica. Il ricercatore (e il suo gruppo) è stato accusato di aver falsificato i dati relativi a delle analisi genetiche che avrebbero consentito una terapia personalizzata di pazienti con cancro; tale approccio veniva pubblicizzato anche in un video diretto ai pazienti della Duke University in cui il Dr Potti faceva riferimento alle sue ricerche. Ricerche pubblicate su prestigiose riviste scientifiche tra cui il *New England Journal of Medicine*, *JAMA*, *PNAS*, *Nature Medicine*, *Lancet Oncology* e altri. Questi lavori sono stati tutti ritirati (Figura 1), anche se paradossalmente alcuni continuano ad essere citati. Il caso ha avuto un grande risalto negli Stati Uniti dove è stato presentato anche nella popolarissima trasmissione "60 minutes" nel marzo 2012 (<https://www.youtube.com/watch?v=W5sZTNPMQRM>).

Il terzo caso che presentiamo è quello di un lavoro pubblicato nel 2012 su *Circulation (Cardiomyogenesis in the Aging and Failing Human Heart)* dal gruppo di Piero Anversa del Brigham

and Women's Hospital di Boston e ritrattato nell'aprile 2014. Lo studio portava dati che dimostravano come il cuore fosse in grado di autoripararsi ad una velocità (23% di cellule sostituite ogni anno dalle cellule staminali) molto superiore rispetto a quella riportata in precedenza da altri autori, che è invece molto bassa.

Il settore delle cellule staminali cardiache è stato oggetto di importanti tentativi di trasferire i dati dal laboratorio alla clinica con alcuni studi sull'uomo condotti da eminenti scienziati. Il caso ha avuto un grande impatto nella comunità scientifica dove le ricerche di Piero Anversa avevano sollevato grandi controversie anche nel passato ed è stato ripreso dai media. Una serie di articoli sono comparsi sul Boston Globe (<http://www.bostonglobe.com/news/science/2014/12/17/stem-cell-scientists-sues-harvard-for-misconduct-investigation/O6Vz5tYr8KfHm9foiUBSXM/story.html>) anche perché il laboratorio di Anversa aveva ricevuto importanti finanziamenti federali (6.9 milioni di dollari nel 2013). Anversa e una sua collaboratrice hanno citato in giudizio davanti alla corte federale l'ospedale e la Harvard Medical School ([http://c.o0bg.com/rw/Boston/2011-2020/2014/12/17/BostonGlobe.com/Metro/Graphics/stemsuit.pdf?p1=Article\\_Related\\_Box\\_Article](http://c.o0bg.com/rw/Boston/2011-2020/2014/12/17/BostonGlobe.com/Metro/Graphics/stemsuit.pdf?p1=Article_Related_Box_Article)). Vedremo come andrà a finire.

Non solo la ricerca preclinica è però oggetto di queste importanti problematiche. È informazione tristemente nota anche al grande pubblico quella che riguarda lo studio pubblicato dal dr Andrew Wakefield su *Lancet* nel 1998. Il lavoro riportava una casistica, successivamente rivelatasi manipolata, e per alcuni aspetti francamente falsa, nella quale Wakefield ipotizzava un legame tra esposizione al vaccino MMR (Morbilli, Parotite, Rosolia) e lo sviluppo di autismo in 12 bambini da lui apparentemente valutati. In breve, il lavoro è stato parzialmente ritirato nel 2004 a seguito della scoperta di irregolarità metodologiche, conflitto di interessi e dell'assenza di consenso informato, per essere poi completamente ritirato nel 2010, dopo l'espulsione di Wakefield dall'Ordine dei Medici e la dimostrazione che parti significative della ricerca erano state completamente falsificate. L'editor in chief di *The Lancet*, Richard Horton, ha affermato in proposito che il lavoro era da considerarsi "completamente falso" e che la rivista era stata "imbrogliata". Il problema principale però è che nel frattempo il lavoro di Wakefield era stato eretto a vessillo dai movimenti antivaccinali, causando negli anni una serie di problematiche prima di tipo amministrativo (incongrue richieste ai centri vaccinali), poi di tipo legale (cause inopportune vinte relative a richieste di risarcimento) ed infine di tipo sanitario (emergenza di nuovi focolai epidemici in aree prece-





Figura 1

dentemente coperte). Sembra incredibile, ma purtroppo gli echi di tale pubblicazione, basata su 12 casi presunti, senza alcuna valutazione statistica, senza gruppo di controllo e senza una metodologia attendibile, continuano ancora oggi a sentirsi, nonostante lo studio sia stato ritirato, Wakefield condannato e, cosa assai più importante, siano ormai ampiamente disponibili ricerche enormemente più attendibili che hanno riguardato prima gruppi di 500 bambini, poi di 10.000, poi di 500.000 ed infine di oltre 14 milioni di bambini, senza che alcuna relazione tra vaccino MMR e autismo sia mai stata rilevata in nessuno studio al mondo (Figura 2).

I casi che abbiamo descritto sono in gran parte avvenuti negli Stati Uniti e non è pertanto sorprendente che da lì stiano partendo iniziative tese a contrastare il fenomeno della non riproducibilità dei dati. I vertici dell'NIH hanno pubblicato le loro riflessioni sulla rivista *Nature* (FS Collins and LA Tabak: *NIH plans to enhance reproducibility*, *Nature*. 2014 January 30; 505(7485): 612–613 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4058759/>). La loro convinzione è che alla base della irriproducibilità dei dati non vi sia necessariamente un comportamento scorretto o fraudolento da parte dei ricercatori; infatti, nel 2011 l'Ufficio per l'Integrità della ricerca dell' US Department of Health and Human Services ha perseguito solo 12 casi riferibili a frode (<http://go.nature.com/t7ykcw>). Anche considerando che questi casi siano sottovalutati, è loro convinzione che il numero sia comunque trascurabile rispetto alle centinaia di migliaia di articoli pubblicati ed eseguiti in modo corretto ogni anno. I fattori che contribuiscono al problema della mancanza di riproducibilità sono secondo loro altri: lo scarso *training* dei ricercatori a progettare un adeguato disegno sperimentale e a eseguire una autonoma analisi statistica, l'enfasi su affermazioni provocatorie piuttosto che sui dettagli tecnici, il fatto che spesso le pubblicazioni non riportano informa-

zioni essenziali per riprodurre il protocollo sperimentale. Per continuare ad essere competitivi nel loro settore, i ricercatori tendono infatti a tenere nascoste quelle "ricette segrete" che permettono ai loro esperimenti di funzionare, ma che li rendono di fatto irripetibili, impedendo così il progresso scientifico basato sui loro dati. Da non trascurare infine il già citato fatto che è difficile pubblicare risultati negativi o anche solo confirmatori.

L'NIH ha per questa ragione recentemente messo in atto una serie di azioni per contrastare e invertire questa tendenza alla non riproducibilità del dato. Anche alcuni giornali scientifici, coscienti del problema, hanno intrapreso azioni in questo senso: PLoS One ha lanciato un programma (*Reproducibility Initiative*) attraverso il quale gli scienziati possono chiedere che il proprio lavoro sia validato da laboratori indipendenti, programma in parte finanziato da fondazioni senza scopo di lucro. *Nature* ha elaborato una *checklist* in 18 punti da soddisfare per favorire la riproducibilità; inoltre obbliga a depositare online tutti i dati originali su cui si basa lo studio, e di renderli disponibili a richiesta.

Ma quello che ci piace sottolineare è la chiamata che i vertici dell'NIH hanno fatto a tutti gli attori (università, industria, società scientifiche, case editrici ecc) a fare la loro parte assumendosi la responsabilità dei propri comportamenti. In quest'ottica, sembra molto appropriato il richiamo alle università (solo quelle statunitensi?) a riconsiderare i loro sistemi di incentivazione e progressione delle carriere. L'enfasi sull'incrementare il numero delle pubblicazioni, ha favorito infatti la rapida sottomissione dei dati ottenuti senza troppo preoccuparsi della loro replicabilità. Tale invito alle università è chiaro e forte e recita testualmente: *University promotion and tenure committees must resist the temptation to use arbitrary surrogates, such as the number of publications in journals with high impact factors, when evaluating an investigator's*

*scientific contributions and future potential.*

Le carriere dei ricercatori dovrebbero basarsi di più sul contributo che il candidato ha dato all'avanzamento delle conoscenze nell'ambito delle ricerche a cui ha partecipato e dovrebbe essere valutato il suo ruolo in quelle ricerche piuttosto che fare unicamente affidamento sugli indicatori bibliometrici, che potrebbero essere facilmente amplificati da comportamenti scorretti anche di difficile individuazione. Le agenzie finanzianti, pubbliche e private, dovrebbero incoraggiare la ripetizione degli studi finanziando progetti ben congegnati anche se non interamente innovativi. I giornali scientifici dovrebbero pubblicare anche gli studi con

risultati negativi, se svolti con cura e tecnicamente impeccabili. Gli scienziati stessi, infine, dovrebbero sviluppare un nuovo sistema di valori in cui nascondere i propri errori rappresenti solo un danno a se stessi e alla scienza, piuttosto che l'unico modo per proteggere la propria reputazione.

Tutto questo non appare certo facile, ma se vogliamo che la scienza rimanga capace di migliorare il mondo così come ha fatto negli ultimi quattro secoli della nostra storia, sarà un passaggio inevitabile e necessario. **TM**

Info: [alessandro.mugelli@unifi.it](mailto:alessandro.mugelli@unifi.it)

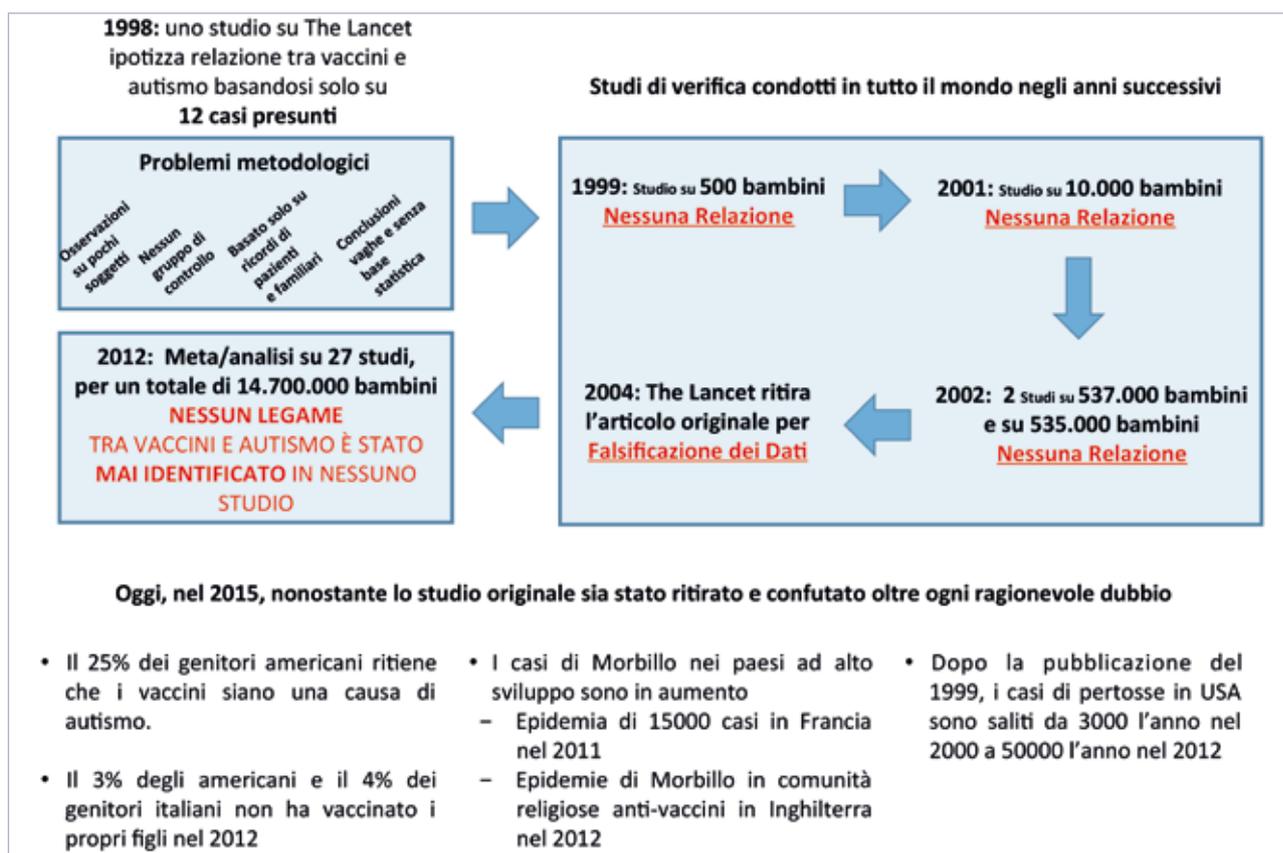


Figura 2

**QUEL CHE ACCADE IN ITALIA**

Il **13 febbraio** è stata pubblicata la sentenza di secondo grado sulla causa fra Ministero della Salute e i genitori di un bambino autistico di Rimini. In primo grado aveva suscitato grande scalpore la sentenza del giudice del lavoro che riteneva, in base alla perizia del perito del tribunale, vi fosse un rapporto causale fra vaccinazione MPR e autismo. Già subito dopo la sentenza il mondo scientifico nazionale aveva aspramente criticato sentenza e perizia, ora il pronunciamento dei giudici d'appello mette la parola fine alla vicenda con una motivazione che così recita "il ctu nominato nel giudizio di appello ha escluso che possa ritenersi esistente, sulla base di una buona evidenza medico-scientifica ... un collegamento causale tra la patologia sofferta dal minore e la vaccinazione...". Nelle motivazioni viene inoltre aspramente criticata la perizia di primo grado che così recitava "in assenza di altre condizioni preesistenti" esiste una "ragionevole probabilità scientifica" che l'autismo di V. possa essere stato "scatenato dalla somministrazione del vaccino MPR somministrato in una struttura sanitaria". Finalmente è stata ristabilita la verità ma quanti danni ha causato la sentenza di Rimini, quanti genitori non hanno sottoposto i propri figli alla vaccinazione MPR per il timore, ora ufficialmente rilevatosi infondato di gravi effetti collaterali? Ma non esistono sanzioni per quel magistrato e quel perito?

PAOLO BONANNI

# Le vaccinazioni

## Troppi successi per essere apprezzate?



Paolo Bonanni,  
Dipartimento di Scienze  
della Salute - Università  
degli Studi di Firenze

*“Le vaccinazioni sono la più grande scoperta medica mai effettuata dal genere umano”* (S. Plotkin). Nessuna misura, fatta eccezione per la fornitura di acqua potabile, neppure la scoperta e la diffusione degli antibiotici, ha avuto un impatto simile ai vaccini sulla sopravvivenza dell'uomo.

Quanti di noi sono convinti di questa affermazione? Oggi la ricerca del “naturale” a tutti i costi è diventata una moda. Ma ricordiamoci che nulla è più naturale della morte, e se volessimo essere davvero “naturali” (in un’accezione a mio modo di vedere miope del concetto) dovremmo tornare a vivere nelle caverne, non abitare in case riscaldate in inverno o condizionate in estate, bere l’acqua dei fiumi invece di quella “artificialmente” resa potabile, e mi fermo qui...

I vaccini sono spesso nel mirino di sospetti ingiustificati per un errore di prospettiva legato alla loro natura preventiva: si danno a soggetti sani, spesso bambini o adolescenti, che in quel momento sono in perfetta salute, per evitare in un futuro più o meno prossimo la possibile in-

sorgenza di malattie che comportano il rischio di forme gravi o complicate.

Da un po' di anni, tante di quelle malattie fanno meno paura, alcune non si vedono più, altre sono diventate rare e talora così insolite da diventare perfino difficili da diagnosticare. Così si concentra l'attenzione sul timore degli eventi avversi. Che esistono, per carità, ma sono quasi sempre assai modesti, la loro frequenza e serietà è molto meno preoccupante di quella di un qualsiasi anti-infiammatorio o anti-piretico (provare a confrontare i foglietti illustrativi per credere).

Ma la vera questione – torniamo indietro di qualche concetto – è: perché le malattie in questione sono scomparse o divenute molto rare? È proprio grazie alla diffusione dei programmi di vaccinazione universale e di massa che ciò è accaduto. Alla fine della seconda guerra mondiale, quando la vaccinazione anti-difterica – obbligatoria formalmente dal 1939 – iniziò ad essere praticata sistematicamente, nessun timore di effetti collaterali preoccupava i genitori, ben

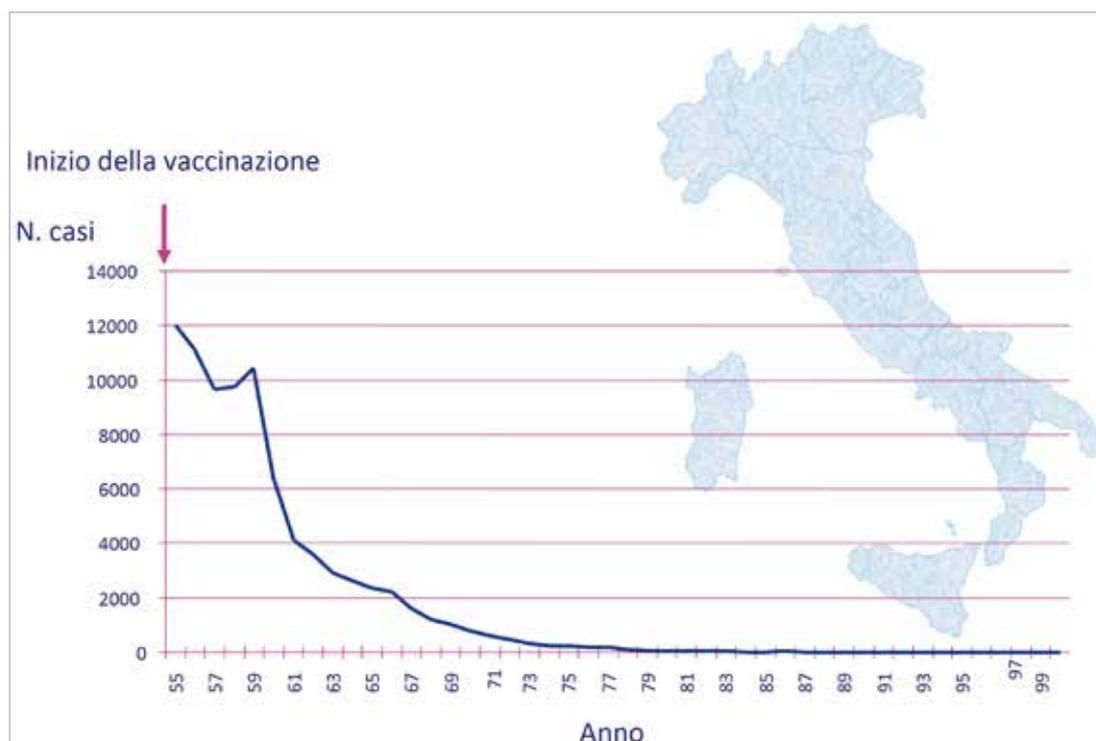


Figura 1 - Andamento della Difterite in Italia: 1955-2000

consapevoli del rischio di morte per i propri figli legato a tale patologia.

Così come sembrano di un altro mondo le immagini di genitori e bambini in file lunghe due o tre isolati, ad inizio degli Anni Sessanta, per ricevere le "gocce" del vaccino antipolio Sabin. Chi non conosceva un parente o un vicino paralizzato o addirittura finito nel polmone d'acciaio o morto a causa della malattia?

In America, nel 1955, quando era stata appena introdotta la vaccinazione Salk, neppure un episodio drammatico di effetti avversi gravi (proprio la paralisi che si voleva evitare) legato a un difetto nella inattivazione del virus durante il processo di produzione del vaccino (il cosiddetto "incidente Cutter", dal nome del produttore di quel lotto di vaccino), era riuscita a minare la fiducia nella vaccinazione, tanto diffusa era la consapevolezza della gravità della malattia: la copertura vaccinale non subì alcun contraccolpo.

Di fatto, abbiamo ormai numerosi esempi dell'eccezionale impatto delle vaccinazioni sulla salute della popolazione, ne esamineremo per brevità solo alcuni.

Oltre al drammatico calo delle due malattie già citate, difterite e poliomielite, l'una eliminata dall'Italia e dall'Europa intera, l'altra virtualmente scomparsa da molti anni nel nostro territorio (Figure 1 e 2), abbiamo anche i risultati che si stanno lentamente appalesando della strategia vincente dell'Italia contro l'epatite B, che pure è una malattia con gravi conseguenze legate alla cronicizzazione, motivo per il quale il pieno impatto della vaccinazione universale deve ancora

manifestarsi in tutte le sue conseguenze positive. Ma basti citare un dato: se negli Anni Ottanta la prevalenza di portatori di HBsAg era intorno al 3% mediamente in Italia, oggi è ormai circa 1%, (la prevalenza è 10 volte più alta nelle coorti non vaccinate rispetto a quelle vaccinate). Nei prossimi vent'anni ciò si tradurrà nel crollo delle cirrosi e degli epatocarcinomi correlati al virus dell'epatite B nella nostra popolazione.

Nel campo delle malattie batteriche invasive, la vaccinazione dell'infanzia ha determinato in tutti i Paesi in cui è stata introdotta un notevole abbattimento delle patologie legate ai sierotipi inclusi nei vaccini coniugati (*Haemophilus influenzae* tipo B, meningococco, pneumococco) non soltanto nei bambini direttamente protetti, ma anche, in modo inatteso e addirittura talora preponderante, anche nei non vaccinati di età più elevata (adolescenti e giovani adulti per meningococco C, adulti e soprattutto anziani per lo pneumococco) per l'impatto dei vaccini coniugati sullo stato di portatore naso-faringeo di tali patogeni (Figura 3). In altre parole, la vaccinazione pneumococcica coniugata, oltre ad avere ridotto meningiti e sepsi nel nipotino vaccinato, ha protetto notevolmente anche il non suscettibile della stessa patologia, che dal bambino poteva essere facilmente contagiato.

Un obiettivo ancora difficile da centrare è quello dell'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. Le coperture con vaccino MPR sono notevolmente aumentate negli ultimi 15 anni, e hanno portato a una rilevante riduzione dei casi. Tuttavia persistono sacche di suscettibili, soprattutto tra adolescenti ed adulti. C'è

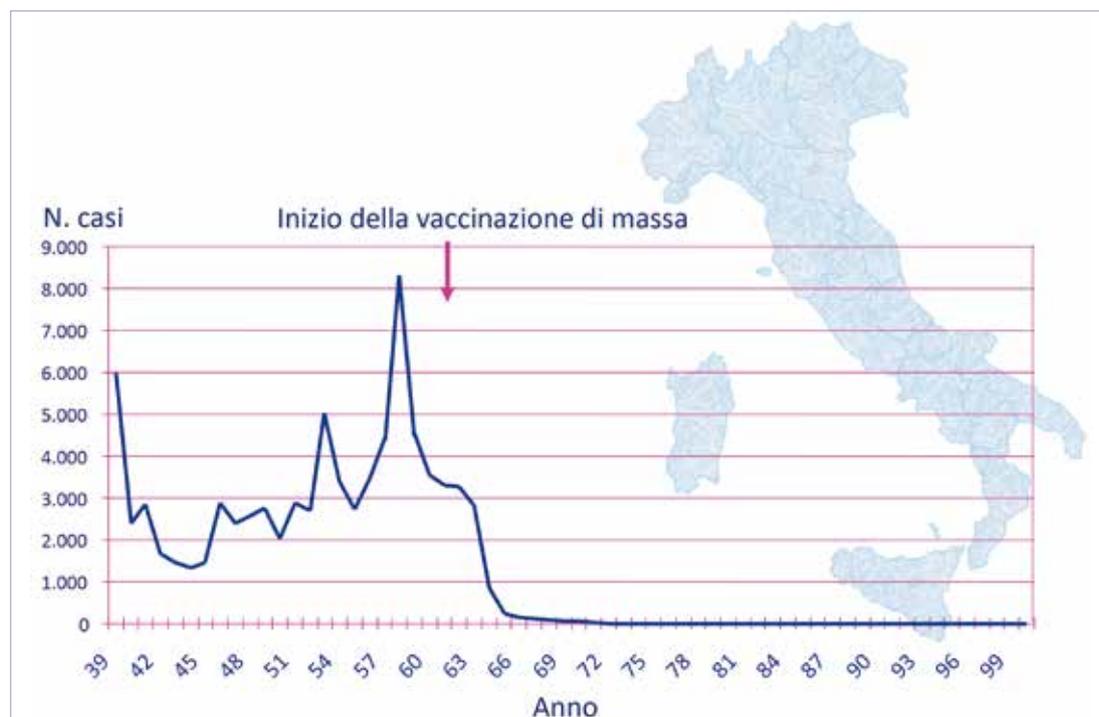


Figura 2 - Andamento della Poliomielite in Italia: 1939-2000

quindi necessità di offrire la vaccinazione anche a target non tradizionali, cogliendo ogni occasione opportuna (controlli periodici, visite per rinnovo patente, fase post-parto per le donne trovate suscettibili durante la gravidanza, ecc.) per proporre la vaccinazione a chi non sia già immune naturalmente o per pregressa immunizzazione.

Anche per la varicella, l'esperienza della Toscana e delle altre Regioni che già l'hanno introdotta da anni come intervento di routine nell'infanzia, dimostra un crollo di casi notificati

(Figura 4), ospedalizzazioni e costi correlati.

In conclusione, occorre sottolineare che in un contesto di crescenti difficoltà nella sostenibilità dei sistemi sanitari, l'investimento in prevenzione in generale, e nello specifico nelle vaccinazioni per tutte le età della vita (con una crescente attenzione per adulti ed anziani) diventa cruciale per garantire promozione della salute e allocazione razionale delle scarse risorse disponibili.

TM

Info: [paolo.bonanni@unifi.it](mailto:paolo.bonanni@unifi.it)

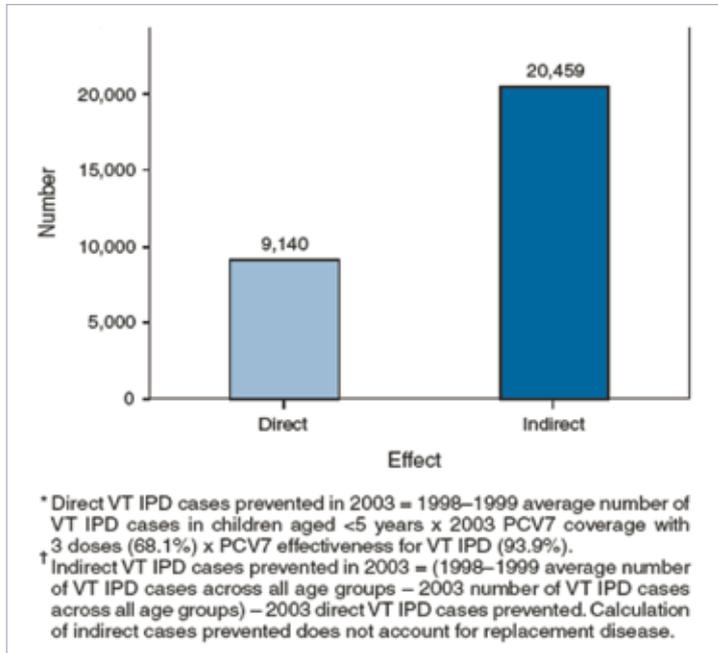


Figura 3 - Stima dell'impatto diretto e indiretto della vaccinazione anti-pneumococcica coniugata 7-valente negli USA, 2003: i casi di malattia invasiva pneumococcica prevenuti per effetto dell'immunità di greggio nei non vaccinati sono più del doppio dei casi prevenuti direttamente tra i bambini vaccinati

MMWR, 2005/54(36);893-897

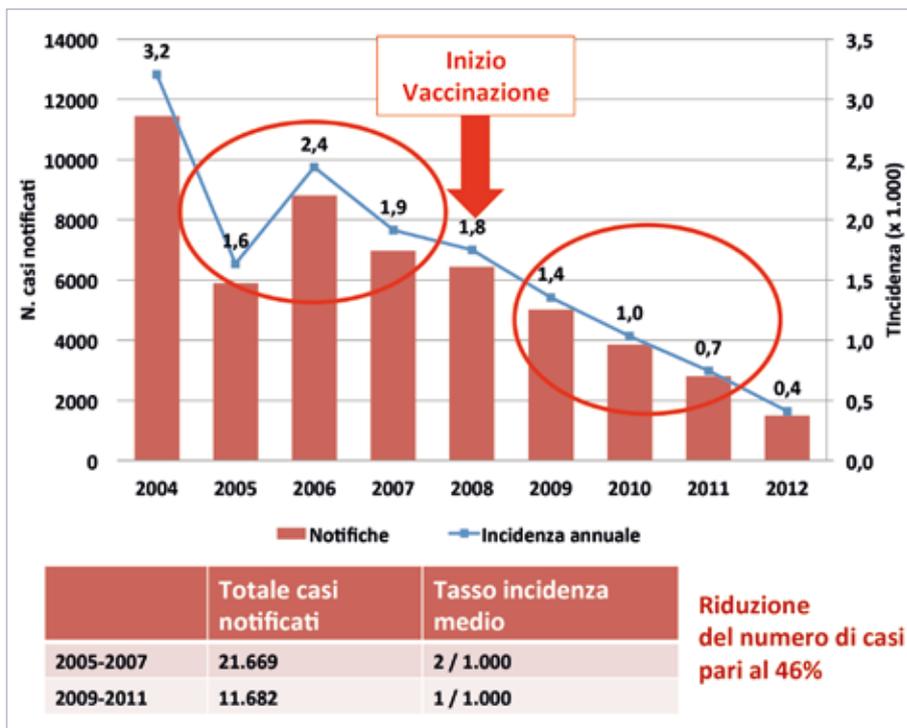


Figura 4 - Incidenza annuale dei casi di varicella per anno nella Regione TOSCANA (anni 2004-2012)



Antonio Panti, dal 1971 ha ricoperto diversi incarichi nella FIMMG, di cui è stato anche Segretario e Presidente Nazionale. Presidente dell'Ordine di Firenze dal 1988. Ha ricoperto cariche nazionali nella Federazione Naz.le degli Ordini, in particolare nella Commissione per le ultime stesure del Codice Deontologico. Membro di numerose Commissioni Ministeriali. Dal 1998 è Vicepresidente del Consiglio Sanitario Regionale.

ANTONIO PANTI

## Il rapporto di sfiducia

Ogni giorno si leggono querimonie giornalistiche sul deterioramento della relazione tra medico e paziente. Indubbiamente c'è qualcosa di vero e la figura del medico umanista, uomo colto e curioso, forse è un poco appannata. Ma è anche vero che i pazienti non sono più quelli di prima, sono portati a chiedere danni perché hanno molta fiducia nella tecnologia e altrettanta diffidenza verso il professionista che la utilizza. Inoltre tutti ripongono grandi attese nella giustizia, come nei film americani, mentre da noi scienza e diritto non si son ancora intese e medici e magistrati parlano linguaggi diversi. In giudizio assistiamo allo scontro delle diverse esposizioni dei fatti (Rashomon insegna) e non ascoltiamo le narrazioni del medico e del paziente e quella dei familiari e non si ragiona sul fatto che la medicina è cambiata; così diventa impossibile un'intesa che nasca dalla reciproca comprensione. La giustizia punitiva non serve in medicina che segue una logica affatto peculiare. In medicina funziona la correzione dell'errore e quindi la giustizia che ripara non quella che sanziona.

Nella medicina moderna si impara dagli errori il che significa che questi sono segnalati e discussi. La discussione tra i professionisti coinvolti nell'evento potrebbe servire da paradigma anche nel confronto quando esiste un danno. Il concetto giuridico di colpa professionale crea opposizione e non consente di costruire una soluzione che permetta alle parti di posizionarsi sempre all'interno dell'alleanza terapeutica. Se il medico è disposto a mettersi in gioco, la logica oppositiva dei fatti cede all'intreccio delle narrazioni. Si potrebbe, ad esempio, spiegare ai cittadini che non si può giudicare un evento in base al risultato. Uno dei problemi principali della diversa valutazione tra medico e paziente consiste nel cosiddetto "outcomes bias" cioè nel fatto che è naturale giudicare un evento a posteriori, per il risultato e non per le condizioni in cui la decisione è stata presa. Se a ciò si somma una reciproca diffidenza, la comprensione è difficile e il procedimento penale non la facilita perché anche questo è falsato: il danno esiste e si valuta questo non il ragionamento del medico. Ma una

buona decisione resta buona anche se l'esito non è quello atteso.

Insomma prima di piangere sulla crisi del rapporto di fiducia ci si dovrebbe chiedere quali credenze abbia il paziente sul sapere del medico e sulla medicina; le statistiche dimostrano che il paziente informato è il più rissoso forse perché confida meno nella scienza. E il malato vuole qualcosa oltre la tecnica mentre il medico ritiene che la sua scienza sia sufficiente, che supplisca alla necessità della relazione umana, e non è vero. Altresì come definire la responsabilità individuale nei sistemi complessi? E quanto valutare gli sforzi per la sicurezza del paziente? E l'impegno perché non accadano eventi avversi? E come far convivere giustizia e medicina cioè il mandato a punire con quello a prevenire? Privilegiare la prevenzione potrebbe essere una buona base di partenza.

Non c'è più ragione di mantenere la figura giuridica della colpa medica, una sorta di fallacia del diritto che provoca ingenti danni, la medicina difensiva, e non avvantaggia il cittadino, favorisce solo alcuni avvocati sul piano economico e alcuni magistrati che si sentono onnipotenti. Quando falliscono i tentativi conciliativi il giudice potrebbe essere coinvolto, mettendosi in gioco egli stesso, nell'incontro tra le parti che, più che tra opposte ragioni, dovrebbe essere il raffronto di due narrazioni, la fiducia perduta dal paziente e le difficoltà del medico al momento della decisione, mettendo nel conto della reciproca incomprendimento anche le reazioni emotive. Il diritto moderno deve prendere atto che il medico oggi è un ingranaggio all'interno di un'organizzazione complessissima. In conclusione la relazione tra medico e paziente è profondamente mutata ma, nello stesso tempo, sconta ancora il bisogno di aiuto e la disparità dei saperi. Dal rapporto di fiducia a quello di sfiducia il passo è breve, ma si deve evitare questo rischio periceroso per entrambi gli attori, il medico e il paziente; per il futuro della medicina occorre individuare soluzioni moderne e uscire da rigidità giuridiche che non fanno altro che difendere antichi privilegi. **TM**

### BACHECA

Si ricorda che numerosi annunci sono consultabili sul sito dell'Ordine: [www.ordine-medici-fiorenze.it](http://www.ordine-medici-fiorenze.it) pagina Servizi online - BACHECA già suddivisa nelle seguenti categorie: **Affitti, Cessione attività, Collaborazioni tra medici, Sostituti medici, Offerte lavoro, Offerte strumenti, Sostituzioni odontoiatri, Personale offresi, Personale non medico cercasi.** I colleghi hanno spontaneamente fornito i loro recapiti telefonici ed e-mail per questa pubblicazione.



TERESITA MAZZEI

# La medicina di genere

La medicina di genere è un'integrazione trasversale di specialità e competenze mediche che studia le differenze di genere sia sotto l'aspetto anatomico-fisiologico, che biologico funzionale, psicologico, sociale e culturale.

Negli ultimi anni, le conoscenze scientifiche sono aumentate in maniera esponenziale ed hanno fatto sì che emergessero non solo differenze epidemiologiche di incidenza delle varie patologie, ma anche della loro diagnostica, sintomatologia, storia naturale, risposte terapeutiche e tossiche ai farmaci ed esiti terapeutici diversi nella donna e nell'uomo.

Le donne vivono più a lungo degli uomini, ma sono più esposte alle malattie, passano la maggior parte della vita in condizioni peggiori degli uomini e generalmente assumono più farmaci. Secondo l'ultima indagine quinquennale ISTAT su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", le donne sono affette con maggior frequenza degli uomini da quasi tutte le patologie croniche: osteoarticolari, neurodegenerative, diabete, malattie cardiovascolari, osteoporosi, cefalea, malattie neoplastiche e varici. Diverso è il modo di reagire ai farmaci tra uomini e donne, ma finora i farmaci sono stati testati quasi esclusivamente sugli uomini, nonostante le donne presentino una maggiore incidenza di effetti avversi e di interazioni farmacologiche.

La medicina di genere è il tentativo di porre rimedio ad errori di fondo, approfondendo il concetto di diversità tra i sessi per poi applicarlo nelle varie branche della scienza medica. L'obiettivo finale è quello di garantire a ciascuno, uomo o donna che sia, la migliore diagnosi e il miglior trattamento possibile, sulla base delle evidenze scientifiche.

Pertanto la medicina di genere è ormai un'e-

sigenza del Servizio Sanitario e occorre quindi pensare ad alcuni aspetti organizzativi e di organizzazione dei servizi che tengano conto delle differenze di genere. A tal fine la Regione Toscana, prima in Italia, ha istituito all'interno del Consiglio Sanitario Regionale, organo del governo clinico, la "Commissione permanente per le problematiche della medicina di genere".

La Commissione è composta da trenta professionisti che operano a vario titolo nella sanità toscana e che già da tempo si occupano, nella loro specialistica, di problematiche legate alle differenze di genere, lavorando per gruppi tematici: dalla ricerca e sperimentazione farmacologica alle patologie cardiovascolari e dismetaboliche, dai determinanti di salute alla medicina preventiva, fino alla sicurezza sul lavoro, dalla identificazione di indicatori di equità di genere alla organizzazione dei servizi, fino alla progettazione architettonica delle strutture sanitarie. Tra i compiti della Commissione, oltre a quello di individuare quante e quali differenze di genere sono dovute a fattori intrinseci alla biologia e alla fisiopatologia della malattia e quante sono da ascrivere alla società e al sistema sanità, vi è quello di ricercare percorsi ottimali per sensibilizzare e formare gli operatori sanitari verso il determinante genere. Un ulteriore obiettivo è quello di sviluppare indagini e ricerche finalizzate ad evidenziare le differenze nei fattori di rischio, nella prevenzione e nella cura, farmacologica e non, di patologie emergenti tra la popolazione femminile per arrivare a Raccomandazioni o Linee-guida su prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione in un'ottica di genere.



Teresita Mazzei,  
Ordinario di  
Chemioterapia  
dell'Università  
degli Studi di Firenze

TM

## CONVEGNI E SEMINARI

### La pianificazione delle cure nella fase end-stage delle malattie croniche

Nella vita del paziente affetto da malattie croniche arriva una fase in cui le remissioni si fanno più rare e brevi ed aumentano il numero e la durata dei ricoveri. È la fase end stage delle grandi insufficienze d'organo. La sfida consiste nel coniugare la prospettiva delle cure tecnicamente efficaci sia con i valori del paziente e dei suoi cari, sia con i principi di giustizia sociale, legati alla disponibilità delle risorse. Il convegno, accreditato ECM, è organizzato dalla Regione Toscana e si terrà **giovedì 11 giugno 2015** a Villa La Quiete alle Montalve, in Via del Boldrone 2, a Firenze con orario 14.00-18.30. Relatori A. Amadei, A. Bussotti, S. Cressati, V. Giovannini, G. Gristina, G. Landini, M. Martelloni, P. Morino, A. Panti, P. Rossi Ferrini, C.R. Tomassini, L. Turco, A. Vallini, A. Veneziani e A. Zuppiroli. La partecipazione è gratuita previa iscrizione da effettuarsi sul sito: [www.formas.toscana.it](http://www.formas.toscana.it) (selezionando "formazione" ed in seguito "iscrizione ai corsi") entro il giorno 8 giugno 2015 ed è limitata ai primi 120 iscritti. Segr. Org.va CSR Regione Toscana, email: [csr@regione.toscana.it](mailto:csr@regione.toscana.it) referente Maria Bailo. Info: Formas tel. 055/7948619





Piero Salvadori, medico di comunità presso l'Azienda USL 11 di Empoli dove dirige dal 1999 la UOC Organizzazione Servizi Sanitari Territoriali. Specializzato in oncologia presso l'Università di Genova nel 1987, specializzato in igiene e sanità pubblica presso l'Università di Firenze nel 1991. Dirigente settore Servizi alla Persona sul Territorio, Regione Toscana 2012/13

PIERO SALVADORI

# Casa della Salute

## 3.000 accessi al mese al sito web dedicato

La Regione Toscana con la deliberazione n.117 del 16 febbraio 2015 ha approvato le linee di indirizzo per questo nuovo modello assistenziale. In tale atto si legge che *Le Case della Salute (CDS) sono ... collocate in sedi riconoscibili, con un'immagine forte, definita e chiaramente identificabile e rappresentano un'articolazione organizzativa nell'ambito dell'organizzazione della zona distretto*. La Casa della Salute costituisce una *unità strutturale di base per un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, in continuità con le AFT*.

La Casa della Salute è quindi quella struttura a vocazione preventivo-curativa per la cronicità che diviene complementare al Presidio Ospedaliero con vocazione più curativa per le sole acuzie (o la patologia riacutizzata) che, senza volerne sminuire assolutamente la funzione o significato, può essere definito la struttura (o la casa?) della malattia. In esso infatti si ha la presa in carico dell'evento acuto.

Quando si parla di riconoscibilità e immagine forte non si può che pensare ai meccanismi comunicativi con la popolazione servita ed anche con gli addetti ai lavori. È per questo che dal dicembre 2013, una parte del sito web aziendale della USL 11 di Empoli è stato dedicato alle

Case della Salute con un puro intento comunicativo e di riconoscibilità.

Le Case della Salute sono state collocate, anche visivamente, nella parte del sito web che sta tra i medici di medicina generale ed i Distretti Socio Sanitari. Ciò a significare proprio la giusta collocazione di questa struttura: essenziale la presenza della Medicina Generale, senza la quale non può esistere la Casa della Salute, ma altrettanto radicata nel territorio tra "sanitario" e "sociale" molto vicina ai tradizionali Distretti S.S. con i quali condivide appunto la conformazione strutturale collocata all'interno della Zona Distretto.

La Figura 1 mostra la parte del sito web della AUSL 11 ([www.usl11.toscana.it](http://www.usl11.toscana.it)) dedicata alla Casa della Salute [http://www.usl11.toscana.it/pagina\\_0.php?pag=casasalute|home&homepag=home1&homepos=104](http://www.usl11.toscana.it/pagina_0.php?pag=casasalute|home&homepag=home1&homepos=104).



### Le esigenze comunicative

Al fine di perseguire quanto citato nella deliberazione della Regione Toscana il sito web Casa della Salute è stato organizzato con una parte generale che descrive il modello ed una parte specifica per ciascuna Casa della Salute. In particolare ogni Casa della Salute oltre a recare la sua immagine esterna (riconoscibilità della



Figura 1 - Pagina del sito web della USL 11 Empoli, dedicata alla Casa della Salute.

struttura) contiene anche una foto dell'intero team assistenziale presente all'interno (riconoscibilità del personale che vi opera). Questo a significare che il cittadino che entra in questa struttura è automaticamente e prontamente preso in carico per i suoi bisogni di salute da tutte le figure professionali presenti all'interno: medico di medicina generale, infermiere, amministrativo, assistente sociale, medico specialista, operatore socio assistenziale ecc...

In più ovviamente, sempre nel sito dedicato, sono presenti orari di apertura, tipologia delle attività, telefoni ecc....

Nel frattempo accanto alla esigenza di comunicare si è verificata anche l'esigenza di confronto e scambio di informazioni. Sono stati inseriti link ad altri siti internazionali, nazionali e regionali, materiale relativo a indagini, risultati, delibere, regolamenti e accordi.

Poi è seguita anche una versione in lingua inglese per garantire la comunicabilità anche ai cittadini non italiani.

Tutto questo ha accresciuto nel tempo le visite e gli accessi a questo particolare sito web, che sono ora diventate quasi 3.000 al mese.

La Figura 2 mostra il trend temporale degli accessi al sito dedicato alle Case della Salute dalla data della sua apertura, il 1° dicembre 2013, al febbraio 2015.

La forte impennata nelle visualizzazioni della pagina dimostra l'interesse per questa nuova forma di modello assistenziale. Nei motori di ricerca (es.: Google) la pagina citata alla Figura 1 risulta essere una fra le più visualizzate nel suo settore. È la settima pagina nella classifica dell'intero sito AUSL 11.

La sua versione in lingua inglese fa sì che il 15% delle visualizzazioni sia extranazionale.

## Il futuro

Tutto quanto fin ora esposto dimostra l'estremo interesse per questa forma integrata e strutturata di assistenza territoriale. Dimostra anche la necessità di una comunicazione sempre più precisa puntuale e costante. È ovvio che la sola lingua inglese non sia sufficiente alla platea di immigrati presenti nelle nostre zone.

Sarebbe inoltre auspicabile la creazione di un **sito web regionale** che raccolga tutte le esistenti Case della Salute in Toscana e tutte quelle che si apriranno in ottemperanza alla Deliberazione citata.

In altri Paesi addirittura le strutture simili alle Case della Salute denominate Community Health Center sono tra loro collegate attraverso Twitter. Anche in Toscana si potrebbe sfruttare la rete dei Social Network per essere più vicini alla popolazione. In effetti è vero che la Casa della Salute è struttura di presa in carico della cronicità che è più tipica della terza età, che notoriamente ha meno dimestichezza con l'informatica. Ma è anche vero che, come prima detto, la Casa della Salute è struttura vocata alla Prevenzione e questa attività si effettua sui giovani e sull'età media. Il tutto per evitare, secondo i dettami del Chronic Care Model, che lo stato di malattia si sviluppi o si evolva negli stadi più impegnativi per il singolo e la collettività.

Infine sarebbe opportuno un coordinamento regionale se non addirittura nazionale delle Case della Salute al fine di rendere forte e condiviso questo modello, proprio come riportato nella delibera della Regione Toscana, citata all'inizio di questo articolo.

TM

Info: [p.salvadori@usl11.toscana.it](mailto:p.salvadori@usl11.toscana.it)

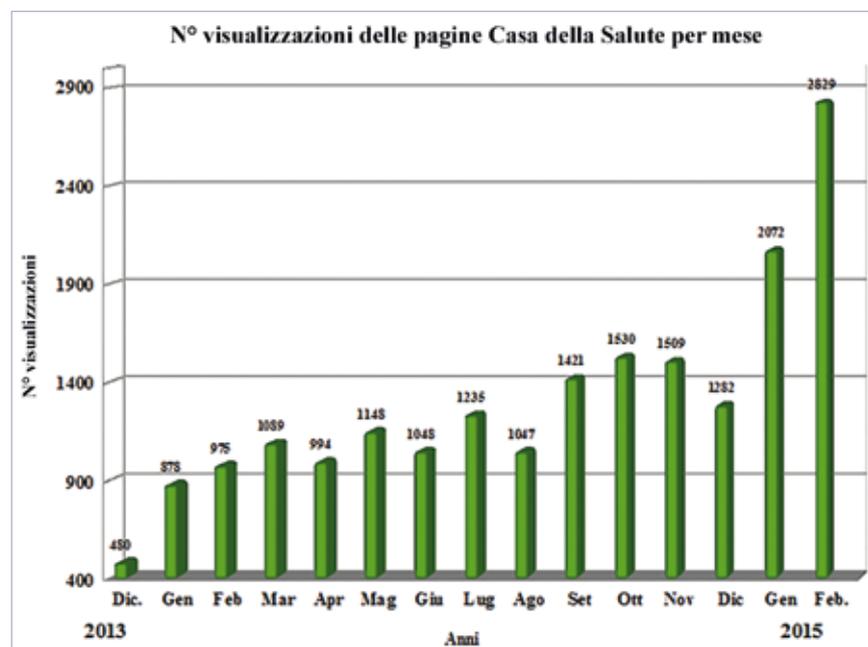


Figura 2 - Trend visualizzazioni della pagina AUSL 11 dedicata alle 7 Case della Salute attualmente operative.



Luigi Santoiemma, medico di medicina generale di Bari, Area Nazionale del Farmaco SIMG, Componente Commissione Appropriatezza prescrittiva Regione Puglia

LUIGI SANTOIEEMMA, LORA ACCETTURA<sup>1</sup>, SAFFI GIUSTINI<sup>2</sup>

# Linee Guida NICE 2014

## Denso affollamento in area RCV (ESC/EAS, AHA/ACC, Nota 13...)

VobisNewSMagazinEAnnoV-Febbraio2015

Recentemente è stato pubblicato l'aggiornamento delle Linee Guida (LLGG) NICE sulla valutazione del rischio e sulla prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari. Di seguito se ne propone una sintesi:

<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE (CV)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizzare il <b>QRISK2</b> per la valutazione del rischio cardiovascolare, tranne in pazienti con:               <ul style="list-style-type: none"> <li><b>DM 1</b></li> <li><b>eGFR &lt; 60 ml/ min /1,73 m<sup>2</sup> o albuminuria (o entrambi)</b></li> <li><b>pre-esistente malattia cardiovascolare</b></li> <li><b>ipercolesterolemia familiare o altre malattie ereditarie del metabolismo lipidico.</b></li> </ul> </li> </ul>
<b>VALUTAZIONE DELL'ASSETTO LIPIDICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valutare l'<b>assetto lipidico completo</b> (colesterolo totale, HDL e non HDL e trigliceridi) prima di iniziare la terapia ipolipemizzante:               <ul style="list-style-type: none"> <li><b>colesterolo totale &gt; 290 mg/dl + storia familiare</b> di malattia coronarica in età precoce: valutare per ipercolesterolemia familiare;</li> <li><b>colesterolo totale &gt; 350 mg/dl o colesterolo non-HDL &gt; 290 mg/dl:</b> invio a visita specialistica;</li> <li><b>trigliceridi &gt; 1770 mg/dl:</b> invio a visita specialistica</li> <li><b>trigliceridi tra 885 e 1770 mg/dl</b> → ripetere la misurazione a digiuno (dopo un intervallo di cinque giorni, ma entro due settimane). Consultare uno specialista, se la concentrazione rimane &gt; 885 mg/dl.</li> <li><b>trigliceridi tra 398 e 876 mg/dl</b> → possibile sottostima del rischio cardiovascolare</li> </ul> </li> <li>Escludere sempre possibili cause secondarie di dislipidemia (es. eccesso di alcol, diabete non controllato, ipotiroidismo, epatopatie e sindrome nefrosica) prima dell'invio allo specialista.</li> </ul>
<b>PREVENZIONE PRIMARIA DELLE MALATTIE CV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporre una <b>modifica dello stile di vita e della dieta.</b></li> <li>Se la modifica dello stile di vita è inefficace o inappropriata, avviare il trattamento con <b>statine.</b></li> <li>Iniziare trattamento con <b>atorvastatina 20 mg</b> in pazienti con:               <ul style="list-style-type: none"> <li><b>rischio CV del 10% o superiore entro 10 anni</b> (stimato con QRISK2);</li> <li><b>DM1</b> da oltre 10 anni, età &gt; 40 anni, con nefropatia nota o altri fattori di rischio CV;</li> <li><b>DM2</b>, con un rischio CV del 10% o superiore entro 10 anni (stimato con il QRISK2)</li> <li><b>malattia renale cronica:</b> aumentare il dosaggio, se non è raggiunta una riduzione &gt; 40% del colesterolo non HDL e eGFR è ≥ 30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>.</li> </ul> </li> </ul>
<b>PREVENZIONE SECONDARIA DELLE MALATTIE CV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Iniziare trattamento con atorvastatina 80 mg</li> <li>Usare dosaggio più basso in caso di contemporanea assunzione di farmaci interferenti (es. claritromicina, azolici sistemici e antimicotici) o elevato rischio di effetti collaterali (es. anziani con scarsa massa muscolare o malattia renale cronica) o preferenza del paziente.</li> <li>In corso di <b>malattia renale cronica</b> iniziare trattamento con <b>atorvastatina 20mg:</b> aumentare il dosaggio, se non è raggiunta una riduzione &gt; 40% del colesterolo non HDL e eGFR è ≥ 30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>.</li> </ul>
<b>PRIMA DI INIZIARE IL TRATTAMENTO CON STATINE...</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Condurre un attento <b>esame clinico</b> con valutazione di PA, BMI, abitudine tabagica e consumo di alcol</li> <li>Eseguire <b>esami ematochimici</b> di base (colesterolo totale, non-HDL e HDL e trigliceridi, emoglobina glicata, eGFR, transaminasi, TSH)</li> <li>Trattare eventuali comorbidity e cause secondarie di dislipidemia</li> </ul>
<b>FOLLOW UP DEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON STATINE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dosare il colesterolo totale, HDL e non HDL-colesterolo dopo 3 mesi dall'avvio della terapia con statina ad alta intensità. <b>Se non viene raggiunta una riduzione &gt; 40% del colesterolo non HDL, verificare l'aderenza e ottimizzare dieta e stile di vita.</b> Prendere in considerazione un aumento del dosaggio, se il paziente ha cominciato con meno di 80 mg di atorvastatina ed è ad alto rischio CV.</li> <li>Rivalutare almeno annualmente tutti i farmaci assunti.</li> </ul>

<sup>1</sup> Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, Bari

<sup>2</sup> Medico di medicina generale, Montale (PT)

<b>MONITORAGGIO DEGLI EFFETTI COLLATERALI DELLE STATINE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• All'inizio della terapia, se il paziente riferisce <b>dolori muscolari</b> persistenti, generalizzati e inspiegabili, misurare i livelli di <b>creatina chinasi (CPK)</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>– CPK &gt; 5 volte il limite superiore del valore normale → rimisurare entro 5-7 giorni. Se CPK ancora &gt; 5 volte il limite superiore della norma → non iniziare il trattamento;</li> <li>– CPK aumentato, ma &lt; 5 volte il limite superiore della norma → iniziare il trattamento con statine a un dosaggio inferiore.</li> </ul> </li> <li>• Se il paziente riferisce dolore o debolezza muscolare durante il trattamento, escludere altre possibili cause di dolore muscolare e aumento della CPK, se ha sempre ben tollerato la terapia.</li> <li>• Dosare le <b>transaminasi (AST e ALT)</b> prima di iniziare la terapia con una statina e dopo 3 e 12 mesi.</li> <li>• Se le transaminasi sono aumentate, ma &lt; 3 volte il limite superiore della norma, iniziare/proseguire il trattamento.</li> </ul>
<b>FIBRATI, ACIDO NICOTINICO, RESINE A SCAMBIO ANIONICO, OMEGA-3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non vi è alcuna evidenza di beneficio nella prevenzione del rischio CV.</li> </ul>

Info: [drsaffigiustini@gmail.com](mailto:drsaffigiustini@gmail.com)

GIOVANNI BECATTINI

# L'alleanza tra professionisti e con gli assistiti quale possibilità di salvezza del SSN

*Pubblichiamo volentieri il contributo di Giovanni Becattini, Dirigente infermieristico a Siena, che affronta un tema estremamente urgente per proseguire nella riorganizzazione del Servizio a vantaggio degli assistiti. È chiaro il ruolo del medico di leader del Percorso Assistenziale del paziente, ma è altrettanto chiaro che occorre trovare un equilibrio condiviso tra le diverse professionalità concorrenti.*

Nelle discussioni sul nostro sistema sanitario, due parole ricorrono sempre più spesso evidentemente non avendo ancora trovato univocità di significato o piena compiutezza: continuità ed interprofessionalità. Questo contributo, svolto grazie al confronto avuto con alcuni professionisti, vuole evidenziare spunti applicativi perché questi temi possano uscire dalla trattazione teorica e giungano ad una loro attuazione operativa.

La continuità assistenziale si può definire come una estensione, non interrotta nel tempo, degli obiettivi assistenziali attraverso una linearità di svolgimento degli interventi fra diversi livelli e ambiti di erogazione delle cure e dell'assistenza. La continuità assistenziale è quindi un processo dove, individuati i bisogni del paziente, viene prestata assistenza continuativa da un livello di cura ad un altro sia esso domicilio, ospedale o altra realtà. Ma il concetto, il bisogno, di continuità non si esaurisce con quella assistenziale, ne sottintende altri, pregnanti di significato ed importanza. La continuità delle informazioni, il loro trasferimento e la loro

condivisione, è presupposto imprescindibile per assicurare quella assistenziale. Realizzare un sistema informativo toscano realmente integrato, interoperabile, tra ospedale, territorio e tra i diversi professionisti, per assicurare continuità di informazione sui pazienti nel percorso assistenziale e liberare tempo agli operatori è strategico e prioritario e può migliorare esiti ed appropriatezza delle cure. L'aumento della diffusione delle malattie croniche, delle polipatologie, lo richiede e richiede di declinare il concetto di continuità a partire, dall'ambiente di vita delle persone, si dovrà parlare quindi di continuità territorio ospedale. È necessario che alla medicina individuale si accompagni la prospettiva delle comunità, sviluppando ulteriormente le logiche della sanità di iniziativa; devono essere rafforzate le strutture di interconnessione, a partire dalla centrale 116117 o comunque una centrale operativa della cronicità, arrivando a determinare, per un numero sempre più alto di persone, un progetto di presa in carico longitudinale, praticamente life long, costruito attraverso la corresponsabilità di tutte le professionalità



Giovanni Becattini, Infermiere, Dirigente Professioni Sanitarie dal 2010 nel Dipartimento Infermieristico Ostetrico dell'AUSL 7 di Siena; ha lavorato per oltre vent'anni in AOU Careggi come infermiere di Area Critica e poi con ruoli manageriali nel DEA collaborando strettamente con alcuni dei clinici di maggior rilievo di quell'azienda e della Toscana. Membro, tra gli altri, del Gruppo Regionale See & Treat.

coinvolte e con le quali è condiviso. Una progettualità di così lunga prospettiva non può che basarsi sulla centralità della persona nelle scelte che riguardano la sua salute; questa è ottenibile solo allineando l'elemento organizzativo, fatto di regolamenti ed organizzazioni del lavoro plurali, e quello valoriale, fatto di univocità di principi, alla base dei quali troveremo il rispetto delle scelte dell'assistito ed il lavoro perché se ne sviluppi l'autonomia e l'*empowerment* che sono obiettivi della continuità delle cure e presupposti per la sostenibilità del sistema sanitario pubblico. In questa partita è cruciale che i professionisti sanitari trovino una alleanza che muova dal riconoscimento reciproco della pari dignità ed ottenga la coevoluzione delle competenze, del sistema delle cure; solo questa alleanza, rivedendo le posizioni di potere, potrà ottenere la effettiva centralità della persona.

Un'alleanza tra professionisti perché una presa in carico *life long* non potrà riconoscere una sola ed unica responsabilità, ed allora la multidisciplinarietà che è una strategia irrinunciabile per la gestione di problemi di salute complessi, laddove ciascun professionista è incapace in maniera autonoma di fornire assistenza completa, *diventa irrinunciabile*. Nel nostro ambito l'interprofessionalità collaborativa, in particolare fra medici e infermieri, diventa quindi un obiettivo a cui tendere in quanto elemento distintivo e imprescindibile per una assistenza di qualità in termini di efficacia, efficienza ed appropriatezza. La capacità di collaborazione tra le diverse professionalità non prescinde dall'affermazione di titolarità dei medici sugli atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, ma altrettanto discende dal riconoscimento che la formazione universitaria e quella garantita dai percorsi formativi complementari dei professionisti sanitari, degli infermieri, offrono al sistema l'opportunità di ridisegnare i percorsi di cura ed assistenza prevedendo specifiche responsabilità delle fasi che li compongono. L'autonomia professionale e la gestione organizzativa autonoma degli infermieri e dei professionisti tecnico-sanitari portano nel sistema nuove competenze, la previsione della limitata disponibilità di determinati medici specialisti evidenziano una prospettiva di difficoltà; la revisione di regolamenti e prassi organizzative può assicurare al sistema stesso

maggior coerenza e sostenibilità. In quest'ottica, in ospedale, potremmo migliorare l'esperienza dei ricoverati procedendo "in avanzamento" rispetto ai ruoli del medico tutor e dell'infermiere di riferimento individuando: un infermiere *case manager* per la continuità assistenziale, un medico *care manager* che possa attivare i diversi specialisti al contributo sulla persona, e definisca, in modo proattivo, condividendo con il *case manager*, l'assistito ed i suoi riferimenti, la decisione di riaffidamento al territorio. Sarebbe importante, probabilmente, riprendere la riflessione su una applicazione "nostrana" del medico *hospitalist* arrivando fino a considerare, in un ipotetico ridisegno delle specialità o delle equipollenze, la necessità di un professionista che governi trasversalmente i percorsi ospedalieri, dell'emergenza e della continuità. Tale formazione, frutto dell'integrazione dei *curricula studiorum* del medico dell'emergenza e di quello di medicina interna, dovrebbe mettere nella stessa aula anche i medici di medicina generale determinando una permeabilità tra *setting* che possa dar risposta non solo alle necessità organizzative ma anche a quelle incombenti, derivate dall'invecchiamento dei professionisti e dalla richiesta loro longevità lavorativa.

Un nuovo equilibrio tra professioni e specialità deve generare anche le condizioni, regolamentari e logistiche, perché si ottenga l'osmosi, fra attività ospedaliere e territoriali, con interscambio di personale, portando gli specialisti nelle case delle persone. Ed infine, la tendenza alla riduzione dei ruoli di responsabilità organizzativa richiede di regolamentare e diffondere incarichi di responsabilità clinica ed operativa, utili a valorizzare specifiche competenze assistenziali, definiti nel tempo e fortemente collegati a risultati misurabili. Valorizzare le competenze, delle professioni sanitarie, delle specialità, nel ridisegno del sistema appare urgente se vuole essere governata e non subita negli anni a venire quando le richiamate tendenze si manifesteranno pienamente. In questo modo il sistema favorirebbe lo sviluppo di professionalità in logica di responsabilità, trasparenza e meritocrazia.

TM

**Bibliografia:** [g.becattini@usl7.toscana.it](mailto:g.becattini@usl7.toscana.it)

## CONVEGNI E SEMINARI

### Convegno Nazionale dei Sociologi della Salute

L'Associazione Italiana di Sociologia organizza un convegno dal titolo "La costruzione della salute nel welfare socio-sanitario. Nuovi scenari e pratiche sociologiche", che si terrà nei giorni **11-12 Giugno 2015** presso il Polo didattico delle Piagge, Via Matteotti 3, Pisa. Per ulteriori informazioni e per partecipare o inviare abstract: [www.sociologiadellasalute.org](http://www.sociologiadellasalute.org). Segr. Scientifica e Org.va: Silvia Cervia: 0502215343. Rocco di Santo: [segreteria@sociologiadellasalute.org](mailto:segreteria@sociologiadellasalute.org). Paolo Guzzo: [paolo\\_guzzo@libero.it](mailto:paolo_guzzo@libero.it).



Astrazeneca



# Un futuro che viene da lontano.

Da 70 anni siamo impegnati a migliorare la qualità della vita delle persone attraverso i nostri farmaci innovativi.

Un lungo percorso che ci permette di essere presenti in 100 paesi, come punto di riferimento unico per ricercatori, medici ed pazienti.

[www.astrazeneca.it](http://www.astrazeneca.it)



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

SERENA CONSIGLI<sup>1</sup>, CAMILLA TOSCHI<sup>2</sup>

# Dubbi sul Safe Sex? C'è la APP!

L'indagine dell'Osservatorio nazionale sulla salute dell'infanzia e dell'adolescenza del 2013 condotta in ambito scolastico tra i ragazzi di età compresa tra i 15 e i 25 anni ci segnala che il 73% dei giovani non conosce le 5 più famose malattie trasmesse sessualmente; il 33% non è capace di stimare il pericolo rappresentato da Hiv/Aids; solo il 29% dei ragazzi e il 35% delle ragazze usano il preservativo; il 19% dichiara di avere avuto il primo rapporto sessuale prima dei 14 anni.

Questi stessi dati sulla popolazione studentesca toscana in età compresa tra 14-19 anni tratti dall'indagine Edit di Agenzia Regionale della Sanità Toscana rilevavano che nel 2011 il 40% dei ragazzi sessualmente attivi non avevano usato il profilattico, il 25% aveva meno di 14 anni al primo rapporto e solo il 43% conosceva le corrette modalità di trasmissione di Hiv/Aids. Questi dati ci confermano l'importanza di intervenire con i giovani su queste tematiche.

L'uso del profilattico, come indicato dall'Oms, continua a essere una delle strategie principali di contrasto alle malattie trasmesse sessualmente tra cui l'Aids, e una maggiore informazione può favorire un'ulteriore riduzione dell'incidenza di queste malattie tra i giovani.

L'assessorato Diritto alla salute della Regione Toscana conferma l'importanza di continuare a realizzare azioni di promozione della salute nei giovani attraverso percorsi che tendono a responsabilizzarli, a favorire lo sviluppo della loro autostima e a metterli in grado di realizzare le loro potenzialità psicologiche e sociali fornendogli conoscenze e capacità necessarie per prendere decisioni consapevoli.

Sulla base di queste premesse la collaborazione tra il mondo della scuola e quello della salute è fondamentale per realizzare azioni dirette a fornire agli adolescenti gli strumenti più adatti per conoscere ed evitare i comportamenti a rischio che possono danneggiare la loro salute, ma soprattutto promuovere in loro la ricerca e la scoperta del valore positivo di una sessualità sana.

Per raggiungere tale scopo è importante utilizzare le metodologie della life-skills education (educazione delle abilità di vita) e della peer-education (educazione tra pari) cioè quelle capaci di sviluppare e potenziare nei giovani le competenze socioemotive e relazionali. Tali metodologie risultano tra le più efficaci, specie tra i ragazzi, perchè capaci di renderli protagonisti di azioni che li riguardano personalmente e con i loro coetanei. Orientare le abilità dei ragazzi verso un comportamento adattivo e positivo facilita la loro capacità di affrontare le richieste e le sfide della vita quotidiana.

Alla luce di quanto detto la Regione Toscana ha ritenuto importante realizzare uno strumento che contiene tutta una serie di informazioni sul tema, di facile consultazione per i giovani e utilizzabile

nell'ambito delle iniziative di peer education realizzate dalle Aziende sanitarie della Toscana, soprattutto in ambito scolastico, sul tema dell'affettività e della sessualità consapevole.

In collaborazione con Fondazione Sistema Toscana e l'Azienda Usl 4 di Prato è quindi nata una App intitolata.

I LOVE - SAFE SEX - Tutto quello che devi sapere sul sesso... e che non osi chiedere» (Figure 1-2-3).

Presentata ai ragazzi delle scuole superiori di Il grado della Provincia di Prato e agli operatori di promozione della salute delle Aziende sanitarie della Toscana il 28 novembre 2014 al Teatro Metastasio di Prato, la sua realizzazione è stata possibile grazie alla collaborazione di un gruppo di studenti delle scuole secondarie di Il grado di Prato: peer educator che promuovono insieme all'Azienda sanitaria interventi sul tema dell'affettività e della sessualità nelle scuole.

Il progetto è ambizioso e parte da una necessità: coinvolgere il maggior numero possibile di giovani dando libero accesso a quelle informazioni e curiosità di cui si parla poco e che possono invece fare davvero la differenza. Per questo Regione Toscana, che da anni investe sulla formazione dei propri cittadini in ambito di diritto alla salute, ha pensato di progettare una App rivolta ai giovanissimi, categoria inconsapevolmente ad alto rischio per quanto riguarda le malattie sessualmente trasmissibili, cercando di parlare la loro lingua e di utilizzare i loro canali di comunicazione. Fondamentale in questo il focus group con i ragazzi di Prato che hanno seguito l'ideazione e la sperimentazione della App con idee e suggerimenti sulla grafica e sui contenuti, in accordo con il gruppo di progetto.

I ragazzi del 2000 sono la generazione che apparentemente ha più facile accesso alle informazio-



Figura 1

<sup>1</sup> Regione Toscana, Settore Ricerca, Innovazione e Risorse umane

<sup>2</sup> Fondazione Sistema Toscana

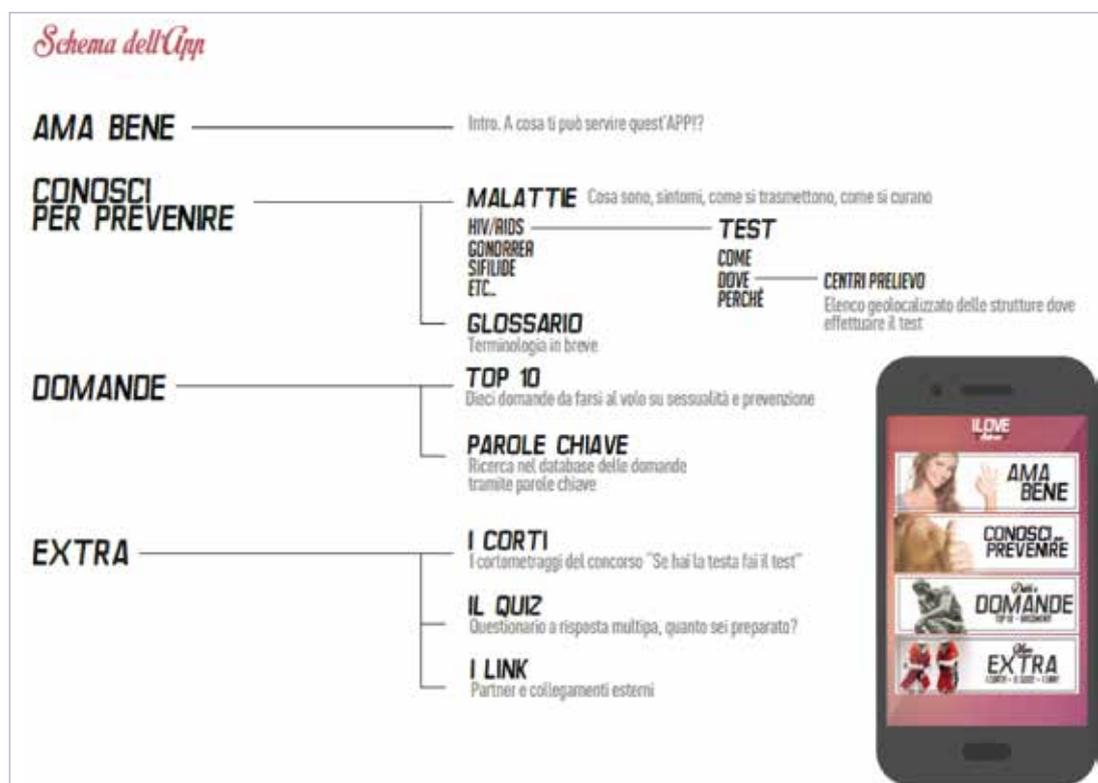


Figura 2

ni, nata nell'era digitale e padrona di tutti i device per navigare liberamente e senza l'imbarazzo di doversi rivolgere ai più grandi. I dati purtroppo ci dicono che la maggior parte di loro non fa sesso protetto e non conosce i rischi più banali di trasmissione di patologie per via sessuale. Qual è il problema quindi? Gli operatori ritengono che grande responsabilità abbiano la mancanza di informazione, la superficialità, o spesso, come raccontato dai ragazzi che hanno collaborato al progetto, l'imbarazzo a chiedere, unito alla paura di conoscere le risposte.

Nei mesi di progettazione siamo quindi partiti da questo presupposto e abbiamo deciso di concentrarci sulle informazioni base descrivendo nel dettaglio le patologie, favorendo il dialogo con gli specialisti cercando però di mantenere un tono diretto e non cattedratico.

Siamo quindi partiti dalla definizione di un glossario che descrive con parole semplici le patologie più comuni, indicando per ognuna: sintomatologia, modalità di trasmissione e relativa cura.

Un dizionario ragionato a disposizione di tutti che educi e aiuti chiunque sia in fase di prevenzione che di diagnosi. Ovviamente l'App non si vuole sostituire al contatto con il medico, ma vuole proprio convincere colui che la consulta a rivolgersi senza imbarazzo al personale specializzato.

Per questo la App mette a disposizione una mappa completa dei centri di assistenza e dei consultori a cui i ragazzi si possono rivolgere per ogni informazione, chiarimento o anche per fare il test anonimo per l'Hiv (fig.3). Per rendere la cosa ancora più immediata è stato attivato sulla App il servizio di geolocalizzazione per trovare e contattare velocemente il centro più vicino per fissare un appuntamento. Il gruppo di giovani che ha seguito

il progetto ha identificato la Top 10: le dieci domande a cui trovare subito una risposta che spaziano dall'uso corretto del preservativo ai dubbi sull'affettività e il rapporto con gli altri, fino alle differenze di genere e al test dell'Hiv. Le 10 domande trasmettono in poche parole l'Abc dell'educazione affettiva, il bignami della prevenzione, le pillole indispensabili per amare consapevolmente.

Nella sezione Extra gli utenti troveranno inoltre un test: 10 domande per valutare il proprio livello di preparazione, un modo divertente per coinvolgere i ragazzi facendoli imparare giocando. Nella stessa sezione sono anche scaricabili i cortometraggi realizzati negli ultimi anni in collaborazione con il Florence Queer Festival di Firenze che comunicano l'importanza della prevenzione contro l'Hiv.

L'App è scaricabile gratuitamente dai principali store per smartphone e tablet, sia per iOS che Android.



Figura 3



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

FRANCO ALBERTI<sup>1</sup>, BRUNO BIANCHI<sup>2</sup>

# Salute in carcere: l'esperienza di Massa

È affidata all'autonomia regionale l'attuazione del DPCM del primo aprile 2008 che trasferiva le competenze sanitarie in carcere dal Ministero della Giustizia a quello della Salute, ma ad oggi l'attuazione della riforma è ancora parziale e frammentaria.

Il Comitato Nazionale di Bioetica per la salute in carcere (Presidenza del Consiglio dei Ministri) nell'ottobre del 2013 ha pubblicato un rapporto sullo stato dell'arte in merito.

Partendo da una lettura delle criticità segnalate, all'interno dello stesso rapporto, è stato possibile stabilire le possibili azioni di miglioramento in termini di qualità della salute in carcere.

L'uguaglianza nel diritto alla salute fra detenuti e liberi non significa solo uguaglianza nell'offerta di servizi sanitari; una buona rete di servizi sanitari è uno strumento necessario, ma non sufficiente, per raggiungere l'uguaglianza dei livelli di salute: ai detenuti va offerta, infatti, l'opportunità nell'accesso al bene salute, tenendo conto delle notevoli differenze di partenza nei livelli di salute, nonché delle particolari condizioni di vita in regime di privazione della libertà, che di per se rappresentano un ostacolo al conseguimento degli obiettivi di salute. La mancanza di libertà è un grave vulnus al patrimonio salute.

La riforma della sanità penitenziaria è stata una innovazione importante perché ha aperto le porte del carcere ad una istituzione, quella sanitaria, il cui mandato primo e unico è la promozione della salute della persona e la sua tutela della salute come paziente

La conoscenza degli ostacoli che si frappongono fra salute in carcere e la loro comunicazione all'opinione pubblica rivestono una particolare importanza e costituiscono un requisito della trasparenza del carcere necessaria per rendere concretamente esigibili i diritti del detenuto.

In molti casi alcuni degli impedimenti hanno a che fare più con la logica e la routine dell'istituzione carceraria che con la sicurezza vera e propria

È stato così possibile identificare fra le criticità segnalate, due aspetti che potevano essere attuati in tempi brevi e senza alcun sconvolgimento dell'attuale organizzazione: la possibilità di effettuare la scelta del medico e l'apertura di uno sportello informativo sanitario.

Grazie all'impegno del responsabile del presidio sanitario del carcere massese Dott Franco Alberti e del referente per la salute in carcere dell'Azienda USL 1 dott Bruno Bianchi nonché alla fattiva collaborazione con la Direzione della Casa di Reclusione di Massa, dallo scorso primo di dicembre nel presidio sanitario distrettuale dell'Azienda USL 1 di Massa Carrara all'interno della Casa di Reclusione di Massa sono stati portati a compimento i due obiettivi prefissati. Queste due iniziative sono state oggetto, prima della loro attuazione, di un confronto con la popolazione ristretta nella Casa di Reclu-

sione. Le novità introdotte sono state condivise e valutate con gli stessi detenuti, durante incontri "ad hoc" dove sono stati raccolti suggerimenti, che li hanno visti particolarmente partecipi.

## 1. Scelta del medico

Nello scenario generale all'interno degli istituti penitenziari operano più medici, per cui la persona ristretta al momento del bisogno, urgente o meno, si rivolge al medico presente di turno. Questa organizzazione non permetteva una continuità della cura in quanto veniva lesa, come riferito dal Comitato Nazionale di Bioetica, il diritto alla continuità della cura; inoltre, mancava completamente quel rapporto medico/paziente raccomandato più volte dall'OMS anche in ambito detentivo.

In analogia a quanto succede per il cittadino libero, che può scegliere il medico di fiducia dall'elenco dei medici presenti che non hanno raggiunto il numero limite massimo degli assistiti, è possibile effettuare una prima e seconda scelta di un medico, in base alla disponibilità del medico stesso, fra gli otto medici operanti nel penitenziario di Massa.

Così, all'interno del carcere, anche il detenuto conosce anticipatamente giorni e orari stabiliti di ambulatorio al pari del cittadino libero.

A distanza di tre mesi, da una prima verifica effettuata, abbiamo potuto riscontrare che si è formato un rapporto di fiducia medico/paziente ottenendo una maggiore appropriatezza diagnostico terapeutica che ha portato non solo soddisfazione agli utenti ma anche un risparmio di tipo economico.

## 2. Sportello informativo sanitario

Il soggetto detenuto ha il diritto di accesso alla propria documentazione sanitaria in qualsiasi momento. Purtroppo, il vuoto informativo sanitario riguarda invece i parenti o gli altri soggetti aventi diritto. Non conoscere le condizioni di salute, in taluni casi, può portare a tristi risvolti.

Per ovviare a tale mancanza è stato istituito uno sportello informativo sanitario, attualmente funzionante due giorni al mese e su appuntamento, al quale possono rivolgersi i parenti o gli aventi diritto per notizie sanitarie, naturalmente a seguito di un consenso scritto da parte del diretto interessato. Il locale messo a disposizione dalla Direzione del Carcere si trova all'esterno del carcere stesso; le notizie al momento sono fornite direttamente dal responsabile sanitario del presidio, ma in un prossimo futuro saranno fornite dallo stesso medico di riferimento del paziente.

Queste due innovazioni, nella loro semplicità, contribuiranno ad incrementare una logica di continuo miglioramento della gestione della salute "dietro le sbarre", pur rappresentando solo l'inizio di una vera rivoluzione culturale da parte di tutti, in particolare dagli operatori sanitari e non che vi operano, consentiteci, con dedizione.

<sup>1</sup> Responsabile Presidio Distrettuale Azienda USL 1 Massa-Carrara "Istituto Penitenziario"

<sup>2</sup> Referente Salute in Carcere Azienda USL 1 Massa Carrara



**Regione Toscana**

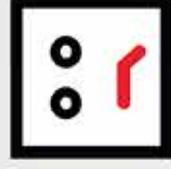


**Servizio  
Sanitario  
della  
Toscana**



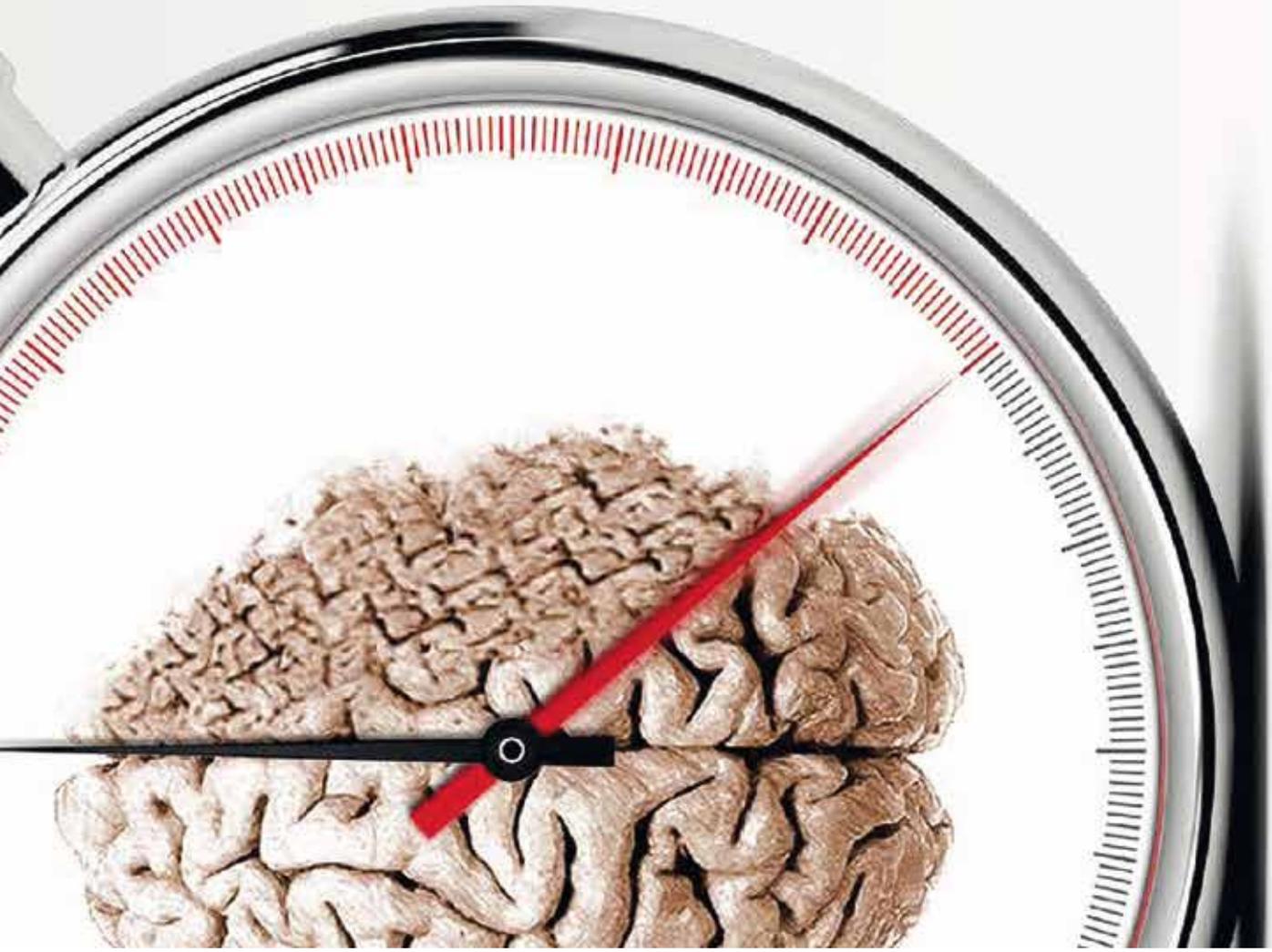
# ICTUS POCHI MINUTI VALGONO UNA VITA

**RICONOSCI SUBITO I SINTOMI  
E CHIAMA IMMEDIATAMENTE IL 118**



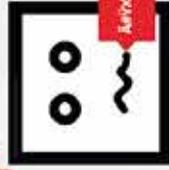
**BOCCA STORTA**

*Chiedere di sorridere:  
la bocca tira da un lato,  
è asimmetrica.*



#### **BRACCIO DEBOLE**

*Chiedere di alzare entrambe le braccia in avanti: una delle braccia cade giù.*



#### **DIFFICOLTÀ A PARLARE**

*Controllare se la persona non riesce a parlare e/o non capisce. Chiedere di ripetere una semplice frase ("Il cielo è blu"). Non riesce a farlo bene. Parla fargliando.*



#### **DIFFICOLTÀ NELLA VISTA**

*Verificare se la persona vede annebbiato, non vede metà degli oggetti, oppure vede doppio.*

*Oppure all'improvviso compare un forte mal di testa mai provato prima, accompagnato spesso da nausea, vomito, perdita di coscienza.*

Campagna informativa regionale in collaborazione con Alice Toscana Onlus - Associazione per la lotta all'ictus cerebrale.

[www.regione.toscana.it/ictus](http://www.regione.toscana.it/ictus)

# Protocollo d'intesa per l'integrità e la promozione di azioni di responsabilizzazione nei confronti del conflitto di interesse in Sanità e di contrasto dei comportamenti scorretti



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

*“I professionisti sanitari operano quotidianamente in un contesto nel quale gli interessi, economici e non solo, sono di enorme portata: ciò espone l'operato medico ad un rischio costante di conflitto di interesse e può essere causa di comportamenti eticamente e deontologicamente riprovevoli e, in alcuni casi, penalmente rilevanti. Ai fini di promuovere la responsabilizzazione nei confronti di questa problematica, di orientare i comportamenti dei professionisti verso le buone pratiche e la trasparenza dei rapporti e di vigilare su eventuali violazioni delle norme etiche e deontologiche, la Regione Toscana, la Federazione degli Ordine di Medici e degli Odontoiatri della Toscana e le Università di Firenze, Pisa e Siena hanno siglato lo scorso 9 marzo il Protocollo d'Intesa per l'Integrità (DGR n. 119 del 16 febbraio 2015). L'obiettivo principale di questo progetto è quello di costruire alleanze e sinergie tra le istituzioni affinché, nell'adempiere ai doveri di legge, si promuova una cultura professionale sempre più orientata ai principi di trasparenza e lealtà e si individuino strumenti e strategie utili alla prevenzione dei comportamenti scorretti”.*

## Omissis

### RICHIAMATI

Il Decreto Legislativo 24 aprile 2006 n. 219 *Attuazione della direttiva 2001/83/CE relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali ad uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE.*

Il Decreto Legislativo 8 giugno 2011, n. 231 *Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società, e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'art. 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300* che, pur non applicabile agli enti pubblici, definisce un modello per disciplinare la responsabilità degli enti per gli illeciti amministrativi dipendenti da reato.

Il Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, *Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, e, in particolare, il comma 2 dell'art 3 Principi generali, l'art. 4 Regali compensi e altre utilità, l'Art. 6 Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse, l'art. 7 Obbligo di astensione, l'Art. 8 Prevenzione della corruzione, l'Art 9 Trasparenza e tracciabilità, l'Art. 14 Contratti ed altri atti negoziali.*

La Legge 6 novembre 2012, n. 190 *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”.*

Deliberazione della Giunta regionale toscana, 18 luglio 2005, n. 733, *Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie sulle sponsorizzazioni delle attività formative.*

Il Codice di Deontologia Medica approvato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri in data 18 maggio 2014, che all'art. 30 *Conflitto di interessi* recita: *“Il medico evita qualsiasi condizione di conflitto di interessi nella quale il comportamento professionale risulti subordinato a indebiti vantaggi economici o di altra natura. Il medico dichiara le condizioni di conflitto di interessi riguardanti aspetti economici e di altra natura che possono manifestarsi nella ricerca scientifica, nella formazione e nell'aggiornamento professionale, nella prescrizione diagnostico-terapeutica, nella divulgazione scientifica, nei rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni, o con la Pubblica Amministrazione, attenendosi agli indirizzi applicativi allegati”.*

L'articolo 62 *Attività medico-legale* e gli indirizzi applicativi allegati all'art. 30 *Conflitto di interessi* e all'art. 47 *Sperimentazione scientifica* del Codice di Deontologia Medica.

Il documento del Comitato Nazionale per la Bioetica *Conflitti di interesse nella ricerca biomedica e nella pratica clinica*, approvato in data 8 giugno 2006.



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

La *Dichiarazione di Helsinki - Principi etici della ricerca medica che coinvolge soggetti umani*, dell'Associazione Medica Mondiale (Tokyo 1975 - ultima revisione Seul 2008).

### CONSIDERATI

Il *Regolamento per la disciplina dei conflitti di interesse all'interno dell'AlFA*, approvato con delibera n. 7 del 26 gennaio 2012.

Il *Codice Deontologico di Farmindustria*, approvato in data 22 febbraio 2012.

*The EMA Code of Conduct, Annex 1 EMEA Guidance on Conflicts of Interests*, approvato dall'European Medicines Agency il 18 agosto 2006.

*The EMA policy on handling of conflicts of interests of Scientific Committee members and experts European Medicines Agency*, approvato dall'European Medicines Agency il 13 ottobre 2010.

Le *Linee guida internazionali per la ricerca biomedica* del Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) (Levine 1993 - ultima revisione 2002).

### PREMESSO CHE

*"La medicina è una scienza polimorfa e complessa che intrattiene rapporti di vario tipo con la Società e con le istituzioni che questa produce"* (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2006) e che, allo stato attuale, tanto la ricerca biomedica quanto la pratica clinica, necessitano dell'impiego di ingenti capitali che incidono profondamente sulla spesa sociale.

L'attività medica è caratterizzata da incertezza, complessità, asimmetria di informazione a vari livelli e dalla difficoltà nel rendere completamente trasparenti le decisioni assunte: nell'esercizio della professione, inoltre, il medico è spesso sottoposto a pressioni, derivanti dall'assunto largamente condiviso nella società che per la salute delle persone *"fare di più è sempre meglio"* (più diagnostica, più prescrizioni, più interventi), nonché dalla medicalizzazione di tante sfere della vita personale, che induce la percezione di sempre nuovi bisogni ed incrementa così la richiesta di prestazioni sanitarie inappropriate.

La ricerca in ambito medico nonché la pratica clinica che si svolgono all'interno delle strutture sanitarie ed universitarie sono strettamente connesse con il mondo della produzione industriale.

La salute è costituzionalmente garantita nel nostro Paese quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, tuttavia sembra prevalere nel mercato globale una valutazione del bene salute quale bene economico.

Le scelte operate nell'ambito sanitario comportano inevitabilmente, al di là di ogni altra e diversa responsabilità legata all'agire professionale, una valenza economica che rischia di influenzare direttamente o indirettamente la quantità e la qualità delle conoscenze mediche, delle indagini diagnostiche e delle terapie offerte ai cittadini.

I medici operano in un mondo nel quale gli interessi economici sono di enorme portata esponendo l'intera categoria alla possibilità del conflitto di interessi, cioè ad una situazione che rischia di *"configurarsi come una condizione che potrebbe dar luogo o addirittura promuovere comportamenti eticamente riprovevoli"*, perché *"il giudizio professionale riguardante un interesse primario (la salute di un paziente o la veridicità dei risultati di una ricerca o l'oggettività della prestazione di una informazione) tende ad essere indebitamente influenzato da un interesse secondario (guadagno economico, vantaggio personale)"* (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2006).

All'interno delle Aziende sanitarie e delle Università sono operanti strumenti di gestione e di indirizzo-normative settoriali sul corretto comportamento dei pubblici dipendenti e del personale universitario, indirizzi ordinistici, nonché direttive di recepimento delle più generali norme nazionali - in grado di monitorare le prestazioni, fornire analisi e interpretazioni dei fenomeni ed indirizzare i comportamenti, anche prescrittivi, in applicazione delle norme vigenti della deontologia medica e nelle direzioni più appropriate e sostenibili per il sistema pubblico, mentre l'Ordine svolge la sua opera di informazione, formazione e disciplinare relativamente alle norme del Codice Deontologico.

È necessario ed urgente che le istituzioni collaborino e costruiscano alleanze affinché, nell'adempiere ai doveri imposti dalla normativa vigente e in particolare dalla legge n. 190/2012, siano diffusi e condivisi indirizzi che pragmaticamente siano in grado di orientare i comportamenti professionali verso le buone pratiche e la trasparenza dei rapporti, vigilando su eventuali infrazioni delle norme giuridiche e deontologiche e disincentivando le prassi che più espongono a rischi di conflitti di interesse per la tutela del bene del paziente e del pubblico interesse.

## **TUTTO CIÒ PREMESSO E CONSIDERATO, CON LA SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE PROTOCOLLO D'INTESA LE PARTI INTENDONO**

Nel quadro di riferimento costituito dalla normativa vigente e, in particolare dalla legge n. 190/2012, impegnarsi al fine di specificarne i dettami, valorizzandone il significato etico e deontologico, nella concretezza dei comportamenti quotidiani di assistenza e cura propri della professione medica.

Valorizzare la responsabilità che la Regione, le Aziende sanitarie, l'Ordine professionale e le Università devono assumere nel proporre, all'interno dei loro scopi primari e adempiendo ai vincoli di legge, un'etica condivisa, un modello organizzativo, prassi operative, azioni formative e un clima culturale adeguati ai principi qui sottoscritti, promuovendo azioni di informazione, prevenzione, monitoraggio e vigilanza in tema di conflitto di interesse nella pratica medica.

Promuovere la corresponsabilizzazione dei vertici delle organizzazioni nella tutela dell'etica e della deontologia dei dipendenti, auspicando che questo processo contribuisca ad inserire tale criterio anche nelle norme di accreditamento istituzionale, attraverso la realizzazione di un modello gestionale del rischio di conflitto di interessi in grado di configurarsi come una dimensione strutturata della qualità etica aziendale.

Fornire ai medici, e progressivamente anche alle altre professioni coinvolte nell'assistenza e nella filiera della selezione e dell'acquisto di beni servizi in ambito sanitario, un modello operativo di comportamento e di relazione tra gli operatori, i pazienti e gli enti e le aziende terze, quale strumento operativo largamente condiviso, consentendo ai cittadini, anche tramite le associazioni, di far proprio un tale processo di responsabilizzazione, quale misura di garanzia sulla eticità dei singoli e del sistema.

Isolare gli eventuali comportamenti scorretti, difendendo l'operato di tutti i medici la cui immagine è compromessa da quei casi di sospetta o comprovata illegittimità, di cui la stampa dà notizia, i quali, pur numericamente esigui, rischiano tuttavia di minare la fiducia che il cittadino ripone nei professionisti sanitari.

### **A TAL FINE LE PARTI CONVENGONO**

1. di impegnarsi a diffondere e a promuovere l'adesione ai principi e agli obiettivi enunciati nel presente Protocollo, per improntare ad

essi i comportamenti quotidiani individuali e d'azienda, le relazioni con e tra i medici, ospedalieri e universitari, le altre professioni coinvolte nell'assistenza e nella filiera della selezione e dell'acquisto di beni servizi, le relazioni con le associazioni, gli enti, le aziende e le società, sia pubbliche che private, nonché i rapporti con ciascun cittadino che entri in contatto con il servizio sanitario;

2. di individuare le modalità più opportune per il coinvolgimento dei medici convenzionati e libero professionisti nei contenuti del presente Protocollo;

3. di impegnarsi affinché, in collaborazione tra le Parti, siano realizzati progetti e resi disponibili ausili in grado di orientare pragmaticamente l'agire professionale quotidiano in qualsivoglia occasione di ricerca, insegnamento e cura, anche attraverso il coinvolgimento attivo dei cittadini nella più adeguata e idonea relazionalità, conformemente ai principi espressi e sottoscritti con il presente Protocollo;

4. di comunicare in modo chiaro e pervasivo a tutto il personale gli obiettivi delle modalità organizzative e delle azioni specifiche attuate per indurre e facilitare comportamenti conseguenti alla deontologia professionale e alla normativa vigente in tema di prevenzione della corruzione;

5. ferme restando le competenze istituzionali delle Parti firmatarie, di adoperarsi al fine di individuare, promuovere una rete regionale dei tutti i soggetti coinvolti nel raggiungimento degli obiettivi oggetto del presente Protocollo, nonché nell'adempimento dei requisiti della normativa vigente;

6. di creare le condizioni organizzative per l'istituzione dei flussi informativi utili al monitoraggio degli ambiti più esposti al conflitto di interesse, secondo i requisiti della normativa vigente e ferme restando le competenze istituzionali delle Parti firmatarie.

7. di sviluppare e migliorare con tempestività le azioni di vigilanza e di monitoraggio anche attraverso l'adozione di apposite linee di indirizzo predisposte da una apposita Commissione paritetica, d'intesa con le Parti firmatarie, con l'eventuale supporto della Commissione Regionale di Bioetica, e in recepimento di eventuali modifiche normative.

Il presente Protocollo, ha durata di tre anni, e potrà essere rinnovato con nuovo atto per eguale periodo.



A cura della  
Direzione Generale  
Diritti di cittadinanza  
e Coesione Sociale

LUCIA CECCI, MANUELA BONIZZOLI<sup>1</sup>, MARIA LUISA MIGLIACCIO<sup>1</sup>,  
LAURA TADINI BUONINSEGNÌ<sup>1</sup>, MARIA CRISTINA FERRARO<sup>1</sup>, ADRIANO PERIS<sup>1</sup>

Lucia Cecci, laureata in Psicologia Clinica presso l'Università degli Studi di Firenze, specializzata in Psicoterapia Sistemico-Relazionale. Collabora come psicologa al progetto "Strumenti per ottimizzare la sicurezza dei trapianti e il numero dei donatori nelle Rianimazioni italiane", presso la SODc Cure Intensive del Trauma e Supporti Extra-Corporei dell'AOU Careggi.

# Fine vita e morte in Terapia Intensiva

## Una ipotesi di intervento nella comunicazione con i familiari

Il periodo di fine vita (End of Life–EoL) di un paziente in Terapia Intensiva è un momento particolarmente stressante sia per la famiglia che per gli operatori ed è considerato come un'area su cui lavorare per migliorare la qualità della cura fornita nei reparti ad alta complessità assistenziale, soprattutto dove maggiore è il ricorso alle terapie di supporto d'organo. Per garantire il corretto svolgimento di alcuni processi nel corso dell'assistenza alle persone nella loro fase di fine vita è necessaria l'applicazione di alcuni suggerimenti: considerare il paziente e la famiglia il focus principale, ottimizzare i processi comunicativi con pazienti e familiari, promuovere il lavoro di équipe multidisciplinare, fornire supporto emotivo e pratico alle famiglie e al personale del reparto. La comunicazione con la famiglia è attualmente considerata una componente essenziale del trattamento che facilita il processo terapeutico e sembra avere effetti sugli *outcomes* a breve e lungo termine. Un capitolo che è parte integrante delle operazioni di fine vita e dell'intervento a supporto del lutto delle famiglie è quello della donazione degli organi. Nella circostanza in cui sussiste la diagnosi di morte con criteri neurologici è possibile formulare ai familiari la proposta di donazione e nel caso di "non opposizione" scritta (come stabilito dalla Legge 1 Aprile 1999 n. 91 e dal Decreto 8 Aprile 2000), proseguire nel percorso definito. La proposta di donazione deve essere fatta dopo la notizia della morte del paziente e le comunicazioni devono avvenire in momenti separati. I familiari devono comprendere il significato di morte encefalica ed emotivamente assorbire la notizia della perdita del proprio caro. Esistono situazioni in cui non è possibile instaurare una relazione efficace con i familiari, ma è necessario concentrare tutte le indicazioni e le buone pratiche in un tempo notevolmente ridotto. Caso emblematico in questo senso è quello della donazione di organi a cuore fermo (NHBD) ovvero quella condizione per cui un soggetto per il quale sia stata accertata la morte per arresto cardiaco irreversibile (art 1 e art 2 Legge 578 del 29/12/1993) risulti idoneo alla donazione. Anche in questo caso sarà quindi necessario acquisire la non opposizione

dei familiari ma al fine di preservare la validità degli organi il consenso deve essere ottenuto in tempi molto rapidi. A prescindere dalla possibilità o meno di donazione, la relazione d'aiuto rivolta al sistema familiare, unita all'efficienza e all'appropriatezza assistenziale e terapeutica, è l'elemento che caratterizza tutto il processo correlato al decesso di un paziente.

### Il contesto delle cure intensive

Comunicare in maniera efficace in un reparto di Terapia Intensiva è un'attività complessa; i clinici si trovano a dover affrontare difficili argomenti in condizioni che molto spesso hanno un elevato grado di incertezza. L'utilizzo di strumenti specifici può migliorare l'efficacia della comunicazione con i familiari; di particolare utilità si è rilevato l'approccio **Family Conference** ovvero l'impiego di incontri strutturati tra i membri della famiglia e i componenti dello staff caratterizzati da alcuni elementi essenziali.

**Setting.** Presenza di sala di attesa e di una stanza dedicata al colloquio.

**Tempo.** Un colloquio medico-familiari più breve di 10 minuti è un fattore associato a una peggiore comprensione dell'informazione e ad un incremento dell'incidenza di sintomi di Disturbo Post Traumatico da Stress.

**Équipe multidisciplinare.** Incontri condotti da équipe multidisciplinari hanno rilevato risultati positivi per quanto riguarda la comprensione e la capacità di contribuire ad un piano di cura integrato. Di particolare utilità sembra essere la presenza dell'infermiere.

**Strutturazione dell'incontro.** Preparazione dell'incontro attraverso l'aggiornamento dei dati clinici, la risoluzione preventiva di eventuali divergenze, l'individuazione dei membri della famiglia da coinvolgere. Per quanto riguarda il contenuto della comunicazione, l'elemento più importante è la coerenza dell'informazione fornita dai differenti curanti.

### Il contesto operativo

Le persone ricoverate in reparti dove è elevato il ricorso ai supporti di organi sono contraddistinte da condizioni cliniche di elevata criticità e sono sottoposte a trattamenti e procedure

<sup>1</sup> SODc Cure Intensive del Trauma e Supporti Extra-Corporei, AOU Careggi-Firenze

caratterizzate da altissima invasività capaci di condizionare sensibilmente la percezione della gravità della malattia. La morte può costituire un evento atteso e il carico psicologico sui familiari e sugli operatori aumenta quando coinvolge pazienti con situazioni critiche protratte nel tempo e in cui gli organi in condizioni di criticità vengono supportati per lunghi periodi di tempo. La pratica seguita all'interno della SOD Cure Intensive del Trauma e Supporti Extra Corporei prevede la preparazione dei familiari fin dall'ammissione del paziente, utilizzando colloqui strutturati sul modello *Family Conference*, nei quali vengono spiegati i possibili esiti positivi o negativi che il decorso potrebbe avere. Una volta che sia stata determinata e condivisa all'interno dell'équipe la prognosi negativa, viene organizzato tempestivamente un incontro con i familiari durante il quale vengono informati in maniera chiara e con linguaggio comprensibile della condizione clinica, si definiscono con precisione le fasi che prevedibilmente condurranno al decesso e contestualmente si danno motivate e concrete rassicurazioni sul "non abbandono" della persona e sul trattamento del dolore. La notificazione della morte è un rituale solenne di fondamentale importanza, che richiede sempre particolare attenzione da parte degli operatori. Esplicitare *breaking bad news* è uno dei compiti più difficili per i sanitari: è comune esperire sentimenti di inadeguatezza, timore di non saper gestire le reazioni dei familiari, paura di lasciar trapelare le proprie emozioni. È importante dare direttamente la notizia senza introduzioni, evitando eufemismi e utilizzando termini come "morte" o "morire", che difficilmente possono essere fraintesi. In una circostanza come quella del decesso di un congiunto in Terapia Intensiva i parenti, oltre alle comuni reazioni potrebbero vivere in maniera accentuata senso di disorientamento e confusione ed avere necessità di supporto sia emotivo che pratico. Il processo di

supporto ai familiari segue percorsi diversi in base alla sussistenza o meno di condizioni per la diagnosi di morte con criteri neurologici o cardiologici e quindi all'attivazione delle procedure operative, compresa la proposta di donazione. In ogni caso, compito dell'équipe è quello di accompagnare la famiglia in tutte le fasi associate al decesso del proprio congiunto, fino a quella finale del congedo, che assume un valore particolare per il processo di elaborazione del lutto. Infine vengono fornite informazioni utili rispetto ad elementi come il percorso della salma, l'organizzazione del rito funebre, l'eventuale riscontro diagnostico.

### Conclusioni

Il reparto continua dunque nell'obiettivo di voler praticare tutti gli aspetti della cura, come la politica di apertura delle visite, l'attenzione all'accoglienza e agli elementi relazionali, che pur non essendo strettamente medici, si sono rivelati parti importanti di un trattamento efficace. Dopo aver esaminato in passato aspetti specifici riguardanti il Disturbo Post Traumatico da Stress e gli effetti di un intervento precoce in Terapia Intensiva, si prosegue nel processo di apertura al panorama psicologico attraverso percorsi di approfondimento, di collaborazione e formazione nei vari ambiti di intervento, con la finalità di aggiungere questo contributo, basato su di un reale e concreto approccio multidisciplinare e integrato, alla pratica quotidiana dell'équipe. Il periodo di fine vita del paziente rappresenta certamente, sia nei casi in cui sia possibile parlare di donazione, sia in tutte le altre circostanze, un momento in cui è quanto mai auspicabile l'impegno di apertura e di interesse alla globalità dell'individuo e del sistema di cui fa parte.

TM

Info: [lucia\\_cecci@libero.it](mailto:lucia_cecci@libero.it)

## RICORDO

### Un ricordo di Fabio Franchini



Fabio Franchini è deceduto, era un professore associato in Pediatria e dal 1991 di Terapia Pediatrica Speciale. Allievo della Scuola del Prof. Cesare Cocchi, partito da una preparazione medico-pediatra tradizionale, è arrivato a considerare il bambino come persona adulta, avendo un'ottima capacità di parlare con i genitori per aiutare il paziente e la famiglia, prendendo in considerazione l'aspetto psicologico e terapeutico della malattia, focalizzando l'attenzione sulla tutela della sua salute. Numerosi sono stati gli studi sull'alimentazione del bambino e dell'adolescente, importanti e significativi quelli in relazione ai disturbi adolescenziali. Per sua iniziativa sono nati vari gruppi interdisciplinari con i gruppi di psicologi, sociologi, pedagogisti e con lo studio di medicina dell'età evolutiva nelle scuole e nei Comuni.

Aveva una formazione umanistica altra che scientifica. Ascoltava i suggerimenti di tutti e usufruiva della sua capacità introspettiva verso i soggetti da curare. È mancato un vero pediatra e personalmente ho perduto un grande amico.

Carlo Calzolari



Giovanni Morrocchesi, laureato in Giurisprudenza, svolge le funzioni di Dirigente amministrativo all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Firenze. È autore di diverse pubblicazioni di settore e partecipa a vari gruppi di lavoro tecnici presso la FNOMCeO.



Valentina Galeotti, responsabile dei servizi informatici ed ECM dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze

GIOVANNI MORROCCHESI, VALENTINA GALEOTTI

# ECM

## Alcune cose importanti da sapere

### ARCHIVIO DEL COGEAPS

Com'è noto, il COGEAPS è il Consorzio fra tutte le professioni sanitarie coinvolte nel sistema ECM (medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, infermieri, ecc.) che ha il compito istituzionale di gestire la banca-dati dei crediti ECM conseguiti dai professionisti sanitari italiani.

I Provider (cioè i soggetti accreditati dal Ministero o dalle Regioni ad erogare la formazione), una volta concluso l'evento formativo accreditato, sono obbligati (entro 90 giorni dalla fine dell'evento) a inviare al COGEAPS il flusso dei dati relativi ai partecipanti all'evento, in modo da alimentare la banca-dati del COGEAPS affinché sia costantemente aggiornata.

A volte si possono verificare disguidi nella trasmissione dei dati, per cui ogni medico e odontoiatra dovrebbe personalmente iscriversi nell'area riservata del sito del COGEAPS: [www.cogeaps.it](http://www.cogeaps.it) e controllare la propria situazione. Se il medico ravvisa che non sia presente la registrazione di un evento al quale ha partecipato e per il quale gli sono stati erogati i crediti ECM, può inoltrare al COGEAPS una autocertificazione, chiedendo l'inserimento dei dati dell'evento a cui ha partecipato e che non è presente in anagrafica. In proposito, sul sito internet dell'Ordine di Firenze [www.ordine-medici-firenze.it](http://www.ordine-medici-firenze.it) nella sezione "ECM" è presente una apposita modulistica.



### SPECIFICA ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Ogni medico dovrebbe inserire, nell'archivio dati del COGEAPS, alcune importanti informazioni che riguardano la sua attività lavorativa. Infatti la normativa sull'ECM prevede meccanismi specifici di conteggio dei crediti a seconda se il medico svolga attività come libero professionista o come dipendente di struttura pubblica o privata o come convenzionato con il SSN. Inoltre ogni medico dovrebbe specificare qual è la disciplina in cui concretamente opera, perché, anche in questo caso, ci possono essere ricadute diverse sul debito formativo a seconda della disciplina esercitata.

In conclusione, **dichiarare la propria concreta attività professionale consente di profilare meglio i dati del medico, adeguando il suo debito formativo alla sua specifica attività professionale.**



Tutti i medici e gli odontoiatri sono quindi invitati ad accedere alla propria area riservata del sito [www.cogeaps.it](http://www.cogeaps.it) e a fornire i dati richiesti.

### QUANTI CREDITI SERVONO?

Il sistema ECM è strutturato in trienni (adesso siamo nel 2014/2016) e l'obbligo formativo standard è pari a 150 crediti triennali, con alcune variabili. Innanzitutto i professionisti in regola con i crediti formativi nel triennio precedente (2011/2013) possono avvalersi di una riduzione fino a 45 crediti per il triennio corrente. Inoltre, per i soli liberi professionisti, è consentito conseguire i crediti in modo flessibile, senza un minimo annuo, purché al termine del triennio il debito formativo venga soddisfatto.

In conclusione, affinché ogni medico abbia esatta contezza del suo personale debito formativo, dovrebbe **consultare la propria posizione sul sito COGEAPS, profilare la propria concreta attività professionale, come detto sopra, integrare eventuali dati carenti e inserire eventuali motivi di esonero o esenzione (vedi oltre) e, una volta forniti tutti questi dati, verificare dal sito quant'è il suo debito formativo.** Alla fine del triennio, una volta raggiunto questo livello, il debito formativo potrà considerarsi soddisfatto e sarà possibile ottenere da parte dell'Ordine la certificazione di compiuto assolvimento dell'obbligo formativo.

### MEDICI DEL LAVORO

Il Decreto Legislativo 81/2008 prevede che i medici del lavoro devono essere in regola con il conseguimento dei crediti ECM ed inoltre devono aver maturato almeno il 70% dei crediti nella disciplina di Medicina del Lavoro e Sicurezza negli ambienti di lavoro.

Il Ministero della Salute, tramite il suo ufficio vigilante, procederà a collegarsi direttamente ai dati COGEAPS per verificare se i medici del lavoro presenti nell'elenco nazionale abbiano assolto correttamente ai loro doveri previsti dal Decreto 81.

**Pertanto i medici del lavoro sono caldamente invitati ad accedere alla propria area riservata sul sito [www.cogeaps.it](http://www.cogeaps.it) e a riscontrare che i dati ivi presenti siano completi. Nel caso in cui il medico dovesse riscontrare delle carenze, è molto opportuno che integri i dati mancanti tramite la procedura di autocertificazione descritta sopra.**

Tutto questo perché, se il Ministero della Salute, interrogando la banca-dati COGEAPS, dovesse riscontrare che il medico non è in regola con le prescrizioni del Decreto 81, potrebbe essere escluso dall'elenco nazionale dei medici compe-



tenti e, pertanto, potrebbe rischiare di perdere la possibilità di esercitare la medicina del lavoro.

### ESENZIONI ED ESONERI DALL'OBBLIGO ECM

La normativa ECM prevede ipotesi specifiche in cui il medico è esonerato o esentato dall'obbligo di conseguire crediti ECM.

Giustificano l'**esonero** le seguenti situazioni (che non sospendono l'attività medica):

- frequenza di un corso di specializzazione universitario, di un dottorato di ricerca, di un master universitario;
- frequenza del corso di formazione in medicina generale;
- frequenza dei corsi di specializzazione in psicoterapia promossi da Scuole private riconosciute dal MIUR;
- frequenza a corsi di formazione e aggiornamento in materia di AIDS.
- sono invece cause di **esonero** le seguenti situazioni che sospendono l'attività medica:
- ipotesi di congedo previste dalla Legge sulla tutela della maternità;
- aspettativa per gravi motivi familiari;
- richiamo alle armi;
- incarico di Direttore Sanitario o Direttore Generale in ASL o AOU;
- cariche pubbliche elettive;
- aspettativa per cooperazione sanitaria internazionale;
- permessi per gravi patologie;
- assenze per malattia.

In tutti questi casi, sia l'esonero che l'esenzione "vale" **4 crediti al mese** o frazioni superiori a 15 giorni.

In presenza di una delle situazioni sopra elencate, il medico è invitato ad inoltrare al COGEAPS, tramite l'autocertificazione sopra descritta, la **segnalazione del motivo che giustifica l'esonero o l'esenzione, precisando il periodo temporale, in modo che il COGEAPS possa ricalcolare il debito formativo tenendo conto dei periodi da scomputare dal conteggio** e ricordando che in presenza di più motivi di esonero o esenzione i periodi si possono cumulare ma non sovrapporre.

Ad esempio, può accadere che un medico nell'arco di un triennio non consegua alcun credito ECM perché iscritto ad una scuola di specializzazione universitaria. Ebbene questa è una situazione perfettamente legittima perché la frequenza della specializzazione esonera dall'obbligo ECM.

### OBBLIGATORIETA' DELL'ECM

Fatti salvi i casi di esonero o di esenzione sopra ricordati, ogni medico e odontoiatra iscritto all'Albo è tenuto ad essere in regola con i crediti ECM, indipendentemente dal settore di attività.

Tuttavia, allo stato attuale, non sono previste

sanzioni specifiche per il medico che non abbia conseguito il numero di crediti ECM necessario. Per cui c'è chi dice che l'obbligo ECM sia più morale che sostanziale.

Però bisogna prestare attenzione alle dinamiche del mondo del lavoro.

Per esempio, un medico che non fosse in regola con i crediti ECM avrebbe grosse difficoltà a lavorare, sia come dipendente che come libero professionista, presso strutture sanitarie private o per il volontariato sociale perché sempre più spesso tali strutture richiedono al medico di dimostrare la propria regolarità ECM. Oppure, recentemente, alcuni Enti Pubblici come l'INAIL, prima di conferire un incarico libero professionale ad un medico, pretendono che costui dimostri la propria regolarità ECM, altrimenti si perde il diritto all'incarico.

Infine non bisogna sottovalutare nemmeno il versante legale e assicurativo.

Nel caso in cui un medico cagioni un danno ad un paziente e sia chiamato a risarcirlo, l'eventuale irregolarità ECM potrebbe "pesare" in termini di quantificazione della colpa professionale, col rischio che l'assicurazione si "chiami fuori" proprio per questo motivo.

**In conclusione, al di là dell'esistenza o meno di specifiche sanzioni, ogni medico e odontoiatra dovrebbe mantenersi in regola con l'obbligo ECM, sia per non perdere occasioni di lavoro, sia per non subire contestazioni di tipo legale o assicurativo.**

### DOSSIER FORMATIVO

Sempre sul sito COGEAPS, ogni medico può volontariamente attivare il proprio Dossier Formativo, cioè dichiarare gli obiettivi formativi che si prefigge di raggiungere, che poi andrà riscontrato con gli eventi effettivamente frequentati.

Al termine del periodo di osservazione, sarà quindi possibile verificare da un lato i fabbisogni formativi attesi e dall'altro la formazione effettivamente ricevuta, in modo da fornire, in primo luogo ai medici ma anche ai soggetti organizzatori di eventi formativi e agli Enti regolatori, informazioni utili ad orientare l'offerta formativa.

L'attivazione del Dossier Formativo è attualmente in fase sperimentale e per questo è ad adesione volontaria. Tuttavia **per i medici che attivano il proprio Dossier entro il prossimo 30 giugno 2015, al termine del triennio verrà riconosciuto un "bonus" di 15 crediti ECM.**

Ci sono molti altri aspetti che sarebbe opportuno conoscere e che, per motivi di spazio, adesso non è possibile affrontare.

Ci impegniamo a farlo periodicamente, sempre su questa rivista.

TM

Info: [direzione@ordine-medici-firenze.it](mailto:direzione@ordine-medici-firenze.it)



Stefano Innocenti, medico di medicina generale, Asl 10 Fiesole, specialista in malattie dell'apparato digerente, esperto in problemi alcolologici.

STEFANO INNOCENTI, ALLAMAN ALLAMANI<sup>1</sup>, ANNA MUSTUR<sup>2</sup>, GIOVANNI FIDANZINI<sup>3</sup>, MAURIZIO PULITI<sup>2</sup>

# Bere a rischio e dipendenza alcolica

## Quali differenze?

### Bere a rischio e dipendenza alcolica

La distinzione tra bere a rischio e dipendenza alcolica, o alcolismo, è tutt'altro che scontata, ed ha tuttavia conseguenze per la pratica clinica.

Mentre è giusto aver presente che bere, nella nostra cultura in particolare il vino bevuto durante i pasti, è una condotta radicata nel tempo, fonte di piacere fisico (il gusto) e sociale (la dimensione conviviale), e che vi sono dimostrazioni dell'effetto biologico protettivo delle bevande alcoliche - soprattutto sulla coronaropatia ischemica per consumi moderati - , esiste anche il rischio che dal bere derivino problemi. Tuttavia non è ovvio formularne una definizione netta, data l'ampia variabilità individuale.

In linea generale, i danni *cronici* sono associati *al rischio dovuto al bere eccessivo* - secondo il consenso degli esperti, *oltre* tre-quattro bicchieri di vino da 100 millilitri (mezzo litro, cioè 30-40 grammi di alcol puro) in media al giorno per un uomo sano, e due-tre bicchieri da 100 ml per una donna sana (un quartino, ossia 20-30 grammi di alcol puro) al giorno. Considerando la birra, che solitamente ha una gradazione di quattro gradi, tre volte minore del vino che è invece intorno a 12 gradi, una lattina equivale a un bicchiere. Considerando i superalcolici, che spesso hanno una gradazione di 40 gradi, l'unità a cui far riferimento è un bicchierino da 30 millilitri (Figura 1).

Perché il rischio è maggiore per il genere femminile? A parità di quantità assunta, gli effetti sono maggiori per le donne data la loro maggiore adiposità e carenza dell'enzima gastrico alcol-deidrogenasi (ADH), il che le rende

no un po' meno capaci di smaltire l'alcol rispetto agli uomini.

I danni che possono derivare dal consumo eccessivo di bevande alcoliche protratto nel tempo sono soprattutto:

- cirrosi epatica;
- pancreatite;
- disordini mentali (specie depressione e ansia) e neurologici (p.e. polineuropatia periferica);
- patologie cardiovascolari (ipertensione arteriosa, aritmie, cardiomiopatia, ictus);
- neoplasie - specie del tratto digestivo e della mammella.

I danni *acuti* sono associati specialmente agli episodi di bere eccessivo irregolare, e sono costituiti da incidenti, atti di violenza e suicidi.

Inoltre, il bere viene considerato a rischio e quindi da proscrivere o da ridurre, prima di mettersi alla guida o di manipolare macchine che richiedano attenzione; durante la gravidanza, specie nei primi mesi; durante l'allattamento; quando si assumono psicofarmaci; durante le malattie; e prima dei 16 anni o con l'età avanzata.

Una volta informato con accuratezza dei danni o del rischio di danni da parte del proprio curante, il bevitore sarà in grado di ridurre o cessare il proprio bere.

L'*alcolista* appare più facilmente identificabile, seppur spesso cerchi di nascondersi. È una persona con una forte abitudine o con un compulsivo desiderio di bere, che non sa *né smettere né controllarsi*, anche se è a *conoscenza* delle conseguenze negative fisiche, psicologiche e sociali che ne conseguono. Sviluppa tolleranza ad assumere quantità sempre maggiori - seb-

<sup>1</sup> Psichiatra, già coordinatore del Centro Alcolologico della ASL di Firenze

<sup>2</sup> Medico di medicina generale ASL 10, Sesto Fiorentino. Animatore di Formazione Asl 10

<sup>3</sup> Medico di medicina generale ASL 10, Firenze. Animatore di Formazione Asl 10

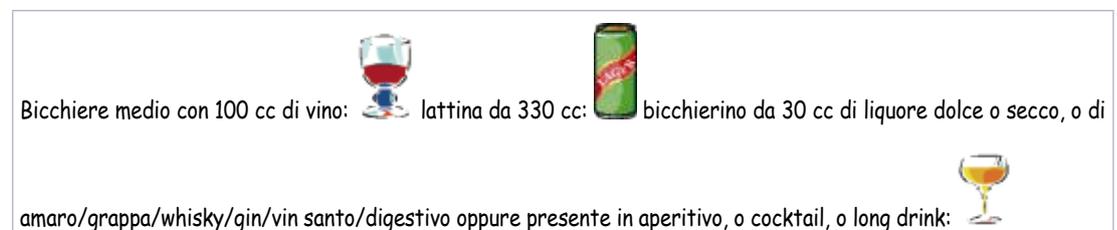


Figura 1

bene nel corso degli anni tale qualità si inverte fino al punto che pochi bicchieri già portano all'ubriachezza. Non è quindi la quantità, ma il modo d'uso, che di solito distingue l'alcolista dal bevitore a rischio, anche se i danni cronici possono essere simili. Sospendere il bere può determinare segni di astinenza nelle ore o giorni successivi. Tali criteri sono riportati, con qualche variante anche dal nuovo DSM 5 (NIH- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2013).

Anche se non pare comune che un alcolista si presenti come tale alla visita dal suo curante, quest'ultimo troverà utile inviarlo a un servizio alcolologico (di solito presso un SerT) oppure a un gruppo di auto-aiuto (Alcolisti Anonimi, Club Alcolisti) di cui abbia conoscenza.

### Il Medico di medicina generale di fronte al bere dei pazienti

Secondo diverse osservazioni compiute durante gli ultimi tre decenni, soprattutto in Toscana, i medici di medicina generale riescono ad identificare tra il 7% e l'11% di bevitori a rischio e lo 0,8% -1,9% di alcolisti tra i loro assistiti; tali percentuali, se pur sottostimano il fenomeno, non sono però molto distanti da quanto documentato dagli studi sulla popolazione generale, il che deprime per una relativa accuratezza diagnostica dei medici (vedi Tabella 1).

Le persone oggi in Italia appaiono sensibilmente più aperte che in passato, specie nelle aree urbanizzate, a parlare dei propri problemi, incluso quelli da alcol. Tuttavia discutere col medico del proprio bere può sempre rischiare di esser interpretato dall'assistito, ma anche dal curante, come un'inchiesta su una possibile condizione di alcolismo. Una o due domande su quanti bicchieri vengono bevuti al giorno, e un clima di non giudizio, possono aiutare la raccolta dell'informazione.

### Il bere dei giovani e degli immigrati

Oggi in media, e l'opinione degli adulti, tendono a confondere bere eccessivo e dipenden-

za alcolica, interpretando come alcolismo il bere dei giovani, che è legato ai momenti di aggregazione serale, presso bar e pub, dove pure sono evidenti gli episodi di ubriacatura. In effetti, secondo varie osservazioni, i modi del bere dei nostri giovani seguono spesso la tradizione del modello mediterraneo di moderazione e di socializzazione, e le sbronze sono sensibilmente minori che nel caso dei loro coetanei nordeuropei e nordamericani (tra cui l'ubriacatura, più frequente, rappresenta lo scopo trasgressivo del bere insieme). Anche il cosiddetto *binge drinking* (in altre parole le numerose bevute – cinque o oltre – durante un breve periodo) non raggiunge le vette tipiche di altri paesi, e negli ultimi anni mostra qualche diminuzione. Quanto detto non deve però esimere dal prestare attenzione agli incidenti stradali e alle violenze, che sono in parte esito di tali abusi alcolici.

I media si occupano anche molto degli immigrati che, dopo eccessive libagioni, provocano danni acuti anche gravi a sé e agli altri. Si tratta solitamente di persone che vengono da culture con limitata o assente tradizione del bere – nord Africa, Asia –, o dove il bere è vissuto come opportunità di trasgressione – certi paesi del sud America, e nord America, le quali trovano in Italia pochi controlli formali, che sono invece qui dati dai condivisi usi sociali. Per un certo numero di queste persone, bere diviene facilmente bere eccessivo e conduce all'ubriacatura.

Quanto detto raccomanda per chi si occupa di educazione e di prevenzione, di promuovere interventi corrispondenti, per esempio, la limitazione del bere alla guida e delle aperture protrette dei punti di vendita di bevande alcoliche. Queste azioni appaiono più efficaci se coinvolgono la comunità locale, e qui l'opinione e le indicazioni del medico di medicina generale possono trovare un ascolto rilevante presso la popolazione.

TM

**Bibliografia:** [allamana@gmail.com](mailto:allamana@gmail.com)

**Tabella 1** - Confronto tra i tassi di bevitori a rischio e di alcolisti identificati dai medici di medicina generale tra i propri assistiti, e quelli riferiti nelle indagini di popolazione generale

	Berardi, Bologna MMG=6 (1986)	Moiraghi Ruggenini, Piemonte MMG=1.568 (1988)	prog. Rifredi, Firenze MMG=28 -opinione (1994-5) *	studio Sesto FI N=2.263 (2001)**	Prog. PRISMA Firenze 1 MMG=25 pz= 2.869 (2005-07) ***	Prog Dresda Toscana MMG= 25 pz= 1.000 (2013) ****	Prog. Scandicci, Firenze pop.generale N=299 (2001) °	OPGA, Italia pop.generale N= 2.067 (2006) °°	ESEMeD, Italia pop.generale N= 4.712 (2001-03) °°°
<b>Bevitori a rischio</b>	8%	---	7%	---	10,8%	---	11,7%	---	---
Alcolisti		1,9%	0,8%	0,8% M 0,5% F	---	1,8%	---	1,9%	1,3%

\* Allamani e coll., 1998 \*\* Faravelli e coll., 2004 \*\*\* Azienda Sanitaria di Firenze, 2007 \*\*\*\* Rehm e coll., 2014

° Allamani et al., 2003 °° OPGA, 2007 °°° De Girolamo et al., 2006



Alessandro Bani, medico chirurgo, laureato e specializzato in Psichiatria presso l'Università di Pisa. Ha pubblicato oltre cento lavori scientifici ed è autore di libri scientifici tra i quali *La Paura*; *La Violenza*, *Il Suicidio*. Lavora presso Il Servizio Psichiatrico della ASL 12 di Viareggio.

ALESSANDRO BANI

# Riabilitazione in psichiatria e rischio clinico

Per parlare correttamente di riabilitazione in psichiatria è necessario iniziare da almeno due delle molteplici definizioni riportate in letteratura per poi poter utilizzare una terminologia condivisa tra studiosi e descrivere gli interventi dell'agire riabilitativo.

Per l'OMS la riabilitazione è quell'"insieme di interventi che mirano allo sviluppo di una persona al suo più alto potenziale sotto il profilo fisico, psicologico, sociale, occupazionale ed educativo, in relazione al suo deficit fisiologico o anatomico e all'ambiente". Secondo quanto proposto dal National Institute of Mental Health negli Stati Uniti, il termine *riabilitazione psicosociale* si riferisce a uno spettro di programmi per soggetti con disabilità psichiatriche gravi e di lunga durata. L'obiettivo è quello di migliorare la loro qualità della vita aiutandoli a funzionare il più attivamente e indipendentemente possibile nella società, e quindi *in modo circolare, di alleviare la sofferenza soggettiva*. L'OMS (1990) distingue inoltre il concetto di *menomazione*, da quello di *disabilità* e di *svantaggio* come segue:

- **Impairment:** menomazione o alterazione funzionale conseguente ad una malattia o a un trauma;
- **Disability:** disabilità, ossia conseguenza della menomazione in ordine alle capacità di un individuo a svolgere funzioni fisiche o mentali;
- **Handicap:** svantaggio sperimentato dall'individuo nell'ambiente come conseguenza della menomazione e della disabilità.

Per la maggioranza degli studiosi la riabilitazione è indirizzata a soggetti con psicopatologia grave e protratta nel tempo, quindi cronica, in particolare per quadri di psicosi e primi tra tutti la schizofrenia nelle sue varie forme cliniche, anche se attualmente la popolazione che accede ai percorsi riabilitativi comprende anche soggetti affetti da disturbo di personalità e soggetti con comorbidità tra vari disturbi.

Chi si occupa di riabilitazione di pazienti affetti da una patologia psichiatrica, per non cadere in generalizzazioni inconcludenti di progetti e pratiche, deve soffermarsi con attenzione sulla valutazione delle variabili mediche rappresentate dalla malattia/menomazione (diagnosi), dal suo decorso, dalle condizioni organiche, oltre che dalla organizzazione cognitiva del paziente. Accanto a questi aspetti, altrettanto importante è la vulnerabilità del soggetto, rappresentata dalla: a) *disabilità*, cioè dal grado di riduzione della capacità di far fronte alle richieste del proprio ruolo sociale secondaria alla menomazione; b) *difficoltà di coping*, ovvero la capacità di interagire nelle azioni quotidiane con gli altri; c) *famiglia*, considerata come l'alleato esterno più importante per proporre una modalità riabilitativa di supporto; d) il ruolo precedente del soggetto.

## I percorsi riabilitativi

Bypassando, quindi, le numerose definizioni e tentativi di concettualizzazione e modelli riabilitativi che si sono succeduti in questi anni nella Riabilitazione Psichiatrica (Mosher, Antony, Spivak, Ciompi, Liberman) parliamo specificatamente di **disabilità psichica** ed evidenziamo come, mentre nella *disabilità fisica*, la riduzione delle capacità è conseguente alla menomazione del soggetto, nella *disabilità psichica* non è sufficiente prendere in considerazione ciò che si riferisce all'individuo (la menomazione)<sup>1</sup>, ma è necessario considerare anche la risposta che l'ambiente circostante (la famiglia e la società) dà alla *disabilità* del soggetto.

La riabilitazione non può essere peraltro scissa dalle componenti rappresentate dalla più ampia procedura operativa di prevenzione. Gli interventi preventivi si situano a tre diversi livelli:

- **Prevenzione primaria**, che prevede gli interventi finalizzati ad eliminare le cause che possono indurre disturbi psichici.
- **Prevenzione secondaria**, che prevede

<sup>1</sup> Per i Disturbi dello spettro schizofrenico (DSM 5), le ipotesi attualmente più accreditate indicano un alterato schema del neurosviluppo a base della vulnerabilità strutturale del sistema nervoso centrale, con alterazione dei circuiti neuronali deputati alla percezione ed elaborazione delle informazioni. Dati morfologici hanno evidenziato l'allargamento dei ventricoli cerebrali, aumento del volume dei gangli della base, la riduzione del volume del lobo frontale, del lobo temporale, dell'ippocampo, dell'amigdala e del giro temporale superiore.

interventi finalizzati alla cura del disturbo psichico all'esordio migliorandone il decorso e riducendo il rischio di una riacutizzazione

**Prevenzione terziaria**, che prevede interventi, messi in atto dopo la fase acuta, finalizzati ad evitare la riduzione delle capacità globali del soggetto: **la riabilitazione** (in senso stretto).

### Obiettivi della riabilitazione psichiatrica

Possiamo schematizzare gli obiettivi della riabilitazione psichiatrica nei seguenti punti:

- 1) sostegno e supporto delle funzioni compromesse;
- 2) riacquisizione, per quanto possibile, delle capacità nelle aree in cui è presente una disabilità;
- 3) conseguimento dell'autonomia e delle capacità di espressione;
- 4) acquisizione di modelli di comportamento e di relazione reciprocamente tollerabili e condivisibili;
- 5) riduzione della vulnerabilità.

Particolarmente importante è il ruolo delle strutture e funzioni cognitive del soggetto, che meritano una considerazione specifica. A questo proposito numerosi studi hanno dimostrato che i soggetti affetti da psicosi croniche ed in particolare da schizofrenia presentano deficit neuropsicologici che impediscono loro una normale messa in atto di corrette abilità comunicative. La schizofrenia, già dai tempi di Kraepelin si caratterizzava non solo per deliri, allucinazioni e per la sintomatologia negativa ma anche per evidenti deficit cognitivi. I soggetti affetti da psicosi schizofrenica mancano di quella che viene definita competenza pragmatica, che presuppone l'integrità delle strutture e dei meccanismi dell'attività linguistica che è prerequisito di qualsiasi intervento finalizzato al reinserimento sociale.

L'utilizzo dei meccanismi espressivi e comunicativi meno complessi, permettono di sviluppare strategie alternative di addestramento, meno frustranti per il paziente sul piano operativo ed emotivo; è questo il significato e lo scopo che ha l'impiego di tecniche sotto citate.

Le risorse fondamentali di quella che attualmente è la riabilitazione psichiatrica, in Italia, sono da una parte le terapie farmacologiche, che hanno reso possibile sia l'intervento sulla sintomatologia psicotica acuta, sia il trattamento a lungo termine sia le proposte riabilitative, dall'altra le cure a livello "territoriale".

È possibile individuare in letteratura alcuni filoni di metodo più impiegati, rappresentati da:

**1) Approccio cognitivo comportamentale**, di derivazione anglosassone, che prevede percorsi strutturati secondo indirizzi ed ambiti ben precisi della disabilità (Modelli di Social Skills Training, Modello di Ciompi, Modello Psicoeducativo Familiare).

**2) Approccio espressivo ad orientamento psicodinamico**, che viene applicato diffusamente in Italia (Arteterapia; Danzaterapia; Musicoterapia; Teatroterapia).

**3) Approccio integrato**. Solitamente messo in atto dalla psichiatria territoriale e prevede una presa in carico protratta nel tempo, da parte della Unità Operativa Psichiatrica.

### Terapia farmacologica a lungo termine

Nelle prospettive riabilitative di primaria importanza è l'apporto dei trattamenti psicofarmacologici a lungo termine che prevedono l'utilizzo di molecole di antipsicotici tipici ed atipici. In questi ultimi anni, infatti, si è modificata la gerarchia degli obiettivi del trattamento delle psicosi croniche (target principale della riabilitazione), spostando gli *end point* dalla stabilizzazione clinica sul territorio al recupero delle funzioni ed alla reintegrazione al più alto livello di funzionamento possibile nella società.

Gli studiosi concordano nel fatto che si debba prevedere un trattamento complesso delle psicosi croniche a lunga durata; questa constatazione comporta la scelta di terapie farmacologiche con caratteri di efficacia rivolti sia al breve che al lungo periodo cercando di ridurre al massimo gli effetti collaterali quali l'acatisia, l'aumento di peso, le disfunzioni sessuali e una eccessiva sedazione che interferiscono sulla *compliance* del paziente. Nelle nostre considerazioni sulla riabilitazione, si ricorda che i trattamenti a lungo termine possono incidere su aree quali quella cognitiva e quella affettiva con risvolti negativi sul processo riabilitativo; risulta del resto evidente come la scelta di un intervento farmacologico adeguato e corretto possa invece influire positivamente riducendo le riacutizzazioni del quadro sintomatologico e migliorando i processi riabilitativi.

### Rischi di una errata riabilitazione

I rischi a carico dei pazienti di una "errata" riabilitazione sono innumerevoli; in questo contesto cercherò di esporre solo alcuni dei più frequenti. Oltre al problema di una corretta formulazione della diagnosi della patologia da trattare (questo vale non solo in campo riabilitativo ma anche nell'acuzie e in tutte le malattie di interesse della medicina), le problematiche possono essere raggruppate in: a) Rischi derivati dal personale inadeguato; b) Rischi derivati dai pazienti maltrattati; c) Rischi derivati dalla mancanza di obiettivi realistici. I primi sono rappresentati dalla insufficiente preparazione tecnica e professionale del personale che non ha appreso i principi e gli obiettivi della riabilitazione e che può scambiare il concetto di menomazione, handicap e disabilità. Il processo riabilitativo è spesso di lunga durata, spesso frustrante con regressioni e ricadute e l'operatore potrebbe non essere

preparato a difficoltà e fallimenti mancando di speranza di miglioramento e di voglia di andare avanti (*burn out*). Altro rischio è la "carezza" della supervisione: i supervisor sono essenziali quando vengono previsti i *case manager* perché il lavoro di queste figure dovrebbe essere monitorato e valutato da un supervisore all'altezza del compito. Nel secondo gruppo di rischi ritroviamo la proposta del progetto non adeguata alla sensibilità del paziente; non vengono rispettate le attitudini né la storia personale del soggetto stesso. Il rischio principale è quello di umiliare il paziente che non vede riconosciuta la propria identità di persona con un vissuto o con una cultura che potrebbe non prevedere, ad esempio, di calcare il palco di un teatro, utilizzare la tavolozza di colori o spazzare una biblioteca. Non rispettare l'unicità del paziente con i suoi limiti e con la sua psicopatologia e con la sua struttura cognitiva implica destrutturare una personalità. Un terzo gruppo di rischi comprende il mettere in pratica consigli, tecniche e proposte che perdono di vista l'obiettivo del progetto stesso o che si modellano (nel tempo) a seconda delle risorse economiche disponibili e/o ideologiche del personale disponibile.

## Conclusioni

Un progetto riabilitativo, quanto più possibile precoce, parte dalla valutazione della disabilità psichica e dalle potenzialità del soggetto, analizza gli aspetti patologici e le necessità, i bisogni e le istanze evolutive, considerando le risorse del contesto familiare e socio ambientale. La considerazione da fare, tuttavia, è quella che non si deve correre il rischio che i programmi sanitari e gli stessi proponenti subiscano le indicazioni dettate da contestuali necessità economiche o ideologiche nel proporre percorsi riabilitativi. D'altra parte questo campo, a lungo pervaso da improvvisazioni e pratiche scarsamente validate attualmente presenta evidenze di efficacia delle tecniche riabilitative impiegate, questo comporta non tanto cercare altre metodologie o strumenti che misurano e standardizzano l'efficacia, quanto la corretta applicazione e la auspicabile comunicazione tra gli operatori dei vari servizi ad oggi incomplete e che vedono uno scarso confronto sui risultati ottenuti. **TM**

Info: [banialex@virgilio.it](mailto:banialex@virgilio.it)

## ORDINE DI FIRENZE

### E-mail e PEC:

presidenza@ordine-medici-firenze.it - informazioni@ordine-medici-firenze.it  
 amministrazione@ordine-medici-firenze.it - toscanamedica@ordine-medici-firenze.it  
 relazioniesterne@ordine-medici-firenze.it  
 segreteria.fi@pec.omceo.it - presidenza.fi@pec.omceo.it - amministrazione.fi@pec.omceo.it

### Orario di apertura al pubblico:

MATTINA: dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 12,30  
 POMERIGGIO: lunedì e mercoledì dalle ore 15,30 alle ore 18,45

### Rilascio certificati di iscrizione:

UFFICI: in orario di apertura al pubblico - INTERNET: sul sito dell'Ordine - TELEFONO: 055 496 522

### Tassa annuale di iscrizione:

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

### Cambio di indirizzo:

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

### Commissione Odontoiatri:

il lunedì dalle ore 17 alle ore 18,45

### Consulenze e informazioni:

CONSULTAZIONE ALBI PROFESSIONALI sito Internet dell'Ordine  
 AMMI - e-mail: [ammifirenze@virgilio.it](mailto:ammifirenze@virgilio.it) - sito: [ammifirenze.altervista.org](http://ammifirenze.altervista.org)  
 FEDERSPEV - 1° mercoledì del mese dalle ore 10 alle ore 11,30

### Newsletter:

inviare 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**  
**Sito Internet: [www.ordine-medici-firenze.it](http://www.ordine-medici-firenze.it)**

Si avvisano i medici e gli odontoiatri iscritti all'Ordine di Firenze che i servizi **ENPAM** e **ONASO** sono svolti nei giorni di **mercoledì** dalle **ore 15.30** alle **ore 18** e di **giovedì** dalle **ore 9** alle **ore 12** previo appuntamento da richiedere al n. 055.496522 int. 1 o via e-mail: [informazioni@ordine-medici-firenze.it](mailto:informazioni@ordine-medici-firenze.it). Ciò consente una più razionale ed efficace trattazione delle pratiche amministrative ENPAM.



CLEMENTE CRISCI

# Cinquantennario di laurea 1964-2014

Clemente Crisci, Già  
Direttore Cattedra e  
Scuola di Specializzazione  
in Chirurgia Toracica,  
Università degli Studi di  
Firenze.

## Rievocazione del percorso formativo nel contesto storico degli anni 1958-1964

Era l'anno 1958, quando la canzone "Nel blu dipinto di blu" di Domenico Modugno vinceva il festival di San Remo, quando Jack Kilby (Texas Instruments) inventava il microchip, era l'anno nel quale veniva impiantato per la prima volta un pacemaker e nascevano Andrea Bocelli e Michael Jackson. Erano trascorsi soltanto 13 anni dalla fine della II guerra mondiale e questo fatto condizionava, anche se indirettamente, la vita di tutti i giorni che si svolgeva in modo più semplice, pratico ed essenziale rispetto ad ora: l'Italia era un "cantier aperto", gli italiani ricoprivano tutti i settori lavorativi dal più umile al più elevato, la famiglia ancora patriarcale e

formata da genitori e figli e nonni era davvero la base della società, il sabato sera al cinema, le serate a casa all'unica televisione di Stato in bianco e nero (non tutti possedevano un apparecchio televisivo ed allora si andava a casa dei parenti o dei vicini di casa ovviamente di quelli consenzienti). In questo contesto 120 ragazzi e ragazze, provenienti in larga parte dalla Toscana ma anche dal resto d'Italia, il 3 novembre del 1958 si trovarono insieme ed iniziarono il corso di laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze. La Facoltà di Medicina aveva sede principale a Careggi, ma alcune discipline erano svolte in altre sedi: fisica

*Figura 1 - Aula-anfiteatro di Anatomia all'ultima lezione di anatomia umana tenuta, alla fine del biennio 1958-60, dal direttore Prof. Ignazio Fazzari, il primo in alto con il camice bianco. In ordine decrescente verso il basso s'intravedono i Prof.ri Balboni, Colosi, Brizzi ed Orlandini.*

ad Arcetri, chimica in via Capponi, neurologia a San Salvi e anatomia patologica si era da poco trasferita dal centro a Careggi nel padiglione dell'anatomia umana. Le ragazze rappresentavano il 12-15% rispetto al totale degli iscritti (situazione radicalmente diversa da quella attuale che vede la presenza femminile nella Scuola Medica intorno al 60%). Era il periodo in cui esisteva quella sana goliardia che caratterizzava il mondo studentesco universitario. Il cappello goliardico rosso rappresentava un corredo indispensabile dello studente di medicina di allora, come risulta anche dalla Figura 1, nella quale giovani studenti sorridenti, alcuni dei quali con il berretto rosso a punta si stringono intorno al corpo docente di anatomia.

Questi studenti divenuti poi medici possono essere considerati depositari della memoria storica del cambiamento radicale del nostro "mondo" sanitario avvenuto tra la situazione degli anni '50-'60 e quella odierna.

L'**ASSISTENZA** era caratterizzata da due discipline dominanti in senso assoluto: la medicina generale e la chirurgia generale che assorbivano quasi tutti i settori e le varie specialità senza concedere singole autonomie. Nei reparti chirurgici si attuava tutta la chirurgia: addominale, toracica, urologica, ginecologica, endocrina, cardiaca (limitata soltanto in alcuni grandi centri) ed anche ortopedica. Ogni padiglione aveva la propria radiologia e il proprio piccolo

ed autonomo laboratorio di analisi. Si portava il paziente in sala operatoria con una certa facilità, erano sufficienti un Rx del torace, un ECG e qualche esame ematochimico (alcuni colleghi ricordano che talvolta gli elettroliti erano un optional). Le sale operatorie avevano due letti che erano utilizzati in contemporanea, così talvolta venivano effettuati interventi sull'addome (colon) e nel letto accanto interventi sul torace: pur avendo messo in disparte alcuni importanti principi di asepsi le complicanze infettive comparivano in una percentuale inferiore rispetto a quelle che oggi penseremmo di riscontrare. Il personale infermieristico, in gran parte femminile, era rappresentato da infermiere "caposala" (quasi tutte religiose), da una parte esigua di personale diplomato e da un gran numero di ausiliari abilitati all'assistenza con brevi corsi di formazione.

Anche l'**INSEGNAMENTO** aveva le sue peculiarità, tra le quali in sintesi estrema il prof Allara, severo e rigido che "imperversava" in Istologia; il prof. Antonio Costa con il suo eloquio forbito e ricco e che con la sua spiccata capacità didattica esigeva una preparazione esasperata della sua Anatomia Patologica portando ad essere ritenuto il suo esame come quello più arduo e difficile. L'università era dominata da un esiguo numero di professori ordinari che nella maggioranza dei casi avevano un'ottima preparazione scientifica e tecnica e che esercitavano un potere assoluto su tutto e tutti: era-



**Figura 2** - Immortala nell'Aula Magna della Presidenza di Facoltà, alla fine della riunione, i 18 colleghi ormai settantenni, alcuni in quiescenza, ma felici, sorridenti ed orgogliosi di essersi riuniti e di aver potuto ricordare, in una bella atmosfera di condivisione ed empatia, e così rivivere con gioia momenti della loro vita. specifici episodi, fatti e situazioni.

no i cosiddetti baroni. Il prof. Lunedei (direttore della Patologia medica), con la sua imponente mole, con la sua voce altisonante e con la sua simpatica cadenza emiliano-romagnola faceva lezioni-spettacolo nella biblioteca del piano alto della clinica medica, dalle 12 alle 14, 3 giorni alla settimana, martedì, giovedì e sabato. Egli trattava alcuni argomenti da lui ideati e del tutto originali come la Flogosi fronto-basilare e l'Adeno-mesenterite cronico-disreattiva. Egli tra l'altro aveva due peculiari caratteristiche 1) odiava il ruolo e l'attività dell'anatomia patologica (i reperti autoptici non avrebbero mai potuto evidenziare lesioni organiche connesse con le patologie da lui ideate) e 2) vietava in modo assoluto che si registrassero le sue lezioni. Così due studenti decisero di prendere manualmente gli appunti di tutte le sue lezioni e poi, utilizzando un ciclostile, realizzarono, ovviamente in materiale cartaceo, delle dispense estremamente utili sia agli studenti sia ai due "autori" per ricavarne un piccolo beneficio economico. *Insieme al soprascritto, l'altro studente-autore era Vincenzo Chiarugi che non è più tra noi. Questo mi*

*permette di rivolgere un affettuoso ricordo a Lui ed in contemporanea agli altri 15 Compagni che nel corso degli anni ci hanno lasciato: (Luciano Caramelli, Paolo Casetti, Cataldo Forleo, Sergio Gabrielli, Massimo Grani, Augusto Meneguzzer, Raffaello Meoni, Giuseppe Passetti, Riccardo Pratesi, Edo Righi, Oscar Ronchi, Sergio Sbraci, Mario Taddei, Nelly Ventura).*

Gli anni passano ed i Colleghi del suddetto corso si sono incamminati nelle più diverse discipline mediche ma hanno mantenuto un impegno, quello di ricordare e celebrare la ricorrenza della laurea nel corso del tempo. Così si sono ritrovati nel 1984 (ventennale), nel 2004 (quarantennale) e del tutto recentemente il 2 aprile del 2014 (il cinquantenario). Di ognuna di queste riunioni esistono documentazioni fotografiche\*, delle quali, per motivi di spazio di stampa, viene riportata soltanto l'ultima Figura 2.

TM

\* È possibile richiedere il testo di 6 pagine e tutte le foto a Clemente Crisci [cletigre@gmail.com](mailto:cletigre@gmail.com), [clemente.crisci@unifi.it](mailto:clemente.crisci@unifi.it) - Cell. 335 8146104.

GIUSEPPE BARGHINI

## Quali sono i motivi dell'elevata mortalità per tumori del polmone negli edili di Cascina e Ponsacco?

L'elevata mortalità per tumori del polmone nei lavoratori di molti comuni della Toscana documenta che la Regione Toscana non fa né prevenzione né educazione sanitaria.

La mortalità per tumori del polmone è elevata:

- 1) nei lavoratori agricoli della Toscana;
- 2) negli addetti alle lavorazioni del legno.

È poi molto elevata negli edili di Cascina e Ponsacco.

Questa situazione fa porre alcuni interrogativi:

a) questa elevata mortalità per tumori del polmone interessa solo i due comuni o anche altri comuni della provincia di Pisa?

b) Oppure interessa anche i lavoratori addetti all'edilizia di altre province?

c) Quali sono i materiali che producono questa elevata mortalità?

d) Situazioni analoghe si verificano anche in altri comuni ed interessano solo i maschi oppure interessano anche le femmine (ad esempio la mortalità per tumori del seno e dell'utero nelle donne della provincia di Massa Carrara è più elevata che in Italia).

Questa situazione impone al Ministro della Salute e al Presidente della Giunta Regionale di accertare quale sia l'andamento della mortalità per tumori ed altre cause.

Una serie di indagini che interessasse tutti i comuni di Italia e che può costare poco.

TM

Giuseppe Barghini,  
auxologo Marina di  
Carrara



Gavino Maciocco, medico di sanità pubblica. Ha fatto: il volontario civile in Africa, il medico di famiglia, l'esperto di cooperazione sanitaria per il Ministero degli Esteri, il dirigente di Asl. Attualmente insegna all'Università di Firenze, dove si occupa di cure primarie e di sistemi sanitari internazionali. Dal 2003 cura per Toscana medica la rubrica "Sanità nel mondo".

GAVINO MACIOCCO

# Diseguaglianze sociali nella mortalità in Italia



Il Libro Bianco sulle diseguaglianze di salute in Italia raccoglie le principali conoscenze scientifiche attualmente disponibili a livello nazionale e rivela il potenziale di salute che si può guadagnare controllando le diseguaglianze di salute. È stato stimato che l'eliminazione delle diseguaglianze associate al livello d'istruzione porterebbe, in Italia, a una riduzione di circa il 30% della mortalità generale maschile e quasi del 20% di quella femminile.

"In Italia si osservano diseguaglianze sociali nella salute a sfavore dei più svantaggiati che riguardano tutte le dimensioni di salute – l'incidenza (ammalarsi), la prevalenza (rimanere nello stato di malattia), la letalità (morire a causa della malattia) – e tutte le dimensioni della posizione sociale, sia quelle di carattere relazionale centrate sulla capacità di controllo delle risorse disponibili (classe sociale e credenziali educative), sia quelle di carattere distributivo delle risorse stesse, come reddito e beni posseduti.

Le disuguaglianze osservate riguardano sia indicatori obiettivi di morbosità, disabilità e mortalità sia indicatori di salute autoriferita i cui risultati vanno nella stessa direzione. Le disuguaglianze di salute sono sempre a vantaggio dei gruppi sociali più favoriti, con rare eccezioni che riguardano alcune malattie determinate da comportamenti tipici dei gruppi sociali più ricchi (ad esempio la posticipazione dell'età al primo figlio come fattore di rischio dei tumori femminili più frequenti nelle

donne in carriera; o l'accanimento igienico nell'età evolutiva, noto fattore di rischio del disturbo allergico che è più diffuso nei gruppi sociali più elevati). Perfino le malattie più influenzate da disturbi genetici potrebbero essere disugualmente distribuite a causa della minore probabilità di carriera sociale delle persone che ne sono vittime".

"Le disuguaglianze di salute in Italia sembrano variare di intensità nelle varie aree del Paese. Tutti gli indicatori di salute autoriferita (salute fisica, psichica, malattie croniche e disabilità) mostrano che le regioni del Mezzogiorno manifestano disuguaglianze sociali più pronunciate della media italiana, come se il contesto meridionale rendesse i poveri più vulnerabili all'effetto sulla salute della povertà individuale che nel resto del Paese, similmente a quanto osservato tra i Paesi dell'Europa centro orientale a confronto con quelli dell'Europa a 15. Questo riscontro di maggior vulnerabilità all'effetto della povertà sulla salute autoriferita potrebbe essere solo l'avanguardia di una tendenza che con la dovuta latenza potrebbe nel futuro interessare anche altri esiti obiettivi di salute come la mortalità. È dunque possibile che la combinazione della particolare concentrazione di povertà individuale nel Mezzogiorno, unitamente alla minore capacità di queste regioni di moderare le disuguaglianze sociali di salute, siano all'origine del nuovo divario tra Nord e Sud che si incomincia a manifestare nella maggior parte degli indicatori di salute a livello geografico".

Tra i vari temi affrontati nel Libro Bianco vi è l'analisi della mortalità, generale e per i principali gruppi di cause, in base alla posizione sociale individuale.

Lo studio è stato condotto su un campione di circa 130 mila individui, rappresentativo della popolazione italiana non istituzionalizzata, intervistato nel 1999-2000 e seguito per la mortalità fino al 2007<sup>1</sup>. L'analisi delle diseguaglianze di mortalità negli individui di età compresa tra 25 e 74 anni evidenziano un lieve gradiente geografico nella mortalità generale: sia tra gli uomini che tra le donne si osservano tassi di mortalità più elevati al Sud e più bassi al Centro. I rischi di mortalità per tutte le cause crescono regolarmente al decrescere del livello d'istruzione e risultano significativamente più elevati tra le persone con bassa istruzione, rispetto ai più istruiti, sia negli uomini che nelle donne: gli uomini con istruzione elementare presentano un rischio di morte dell'80% circa superiore a quello dei più istruiti; tra le donne tale eccesso è di minore entità ma superiore del 60% (Figura 1).

Tutto ciò si traduce in diseguaglianze nella

<sup>1</sup> Marinacci C et Al, Social inequalities in total and cause-specific mortality of a sample of the Italian population, from 1999 to 2007, European Journal of Public Health, 2013 Jan 8.

longevità tra gruppi di popolazione con differenti livelli di istruzione e anche di reddito, come dimostra la Figura 2, dove a Torino si registrano differenze nella speranza di vita alla nascita tra 10 gruppi di popolazione con differenti livelli di reddito familiare: 7,2 anni (negli uomini) e 4,1 anni (nelle donne) di differenza tra i più ricchi e i più poveri.

L'esame della mortalità per grandi gruppi di cause permette di dare conto delle patologie che contribuiscono in maggiore misura al gradiente sociale nella mortalità totale (Tabella 1). Tra gli uo-

mini gli eccessi mortalità si presentano maggiori per le malattie dell'apparato respiratorio. Sia gli uomini che le donne evidenziano un incremento regolare della mortalità per tutti i tumori al decrescere del livello d'istruzione: le donne con istruzione elementare presentano un rischio di morire pari a circa il doppio di quello delle più istruite; anche le donne con livello d'istruzione medio mostrano un rischio di decesso superiore a quello delle più avvantaggiate.

TM

Info: [gavino.maciocco@alice.it](mailto:gavino.maciocco@alice.it)

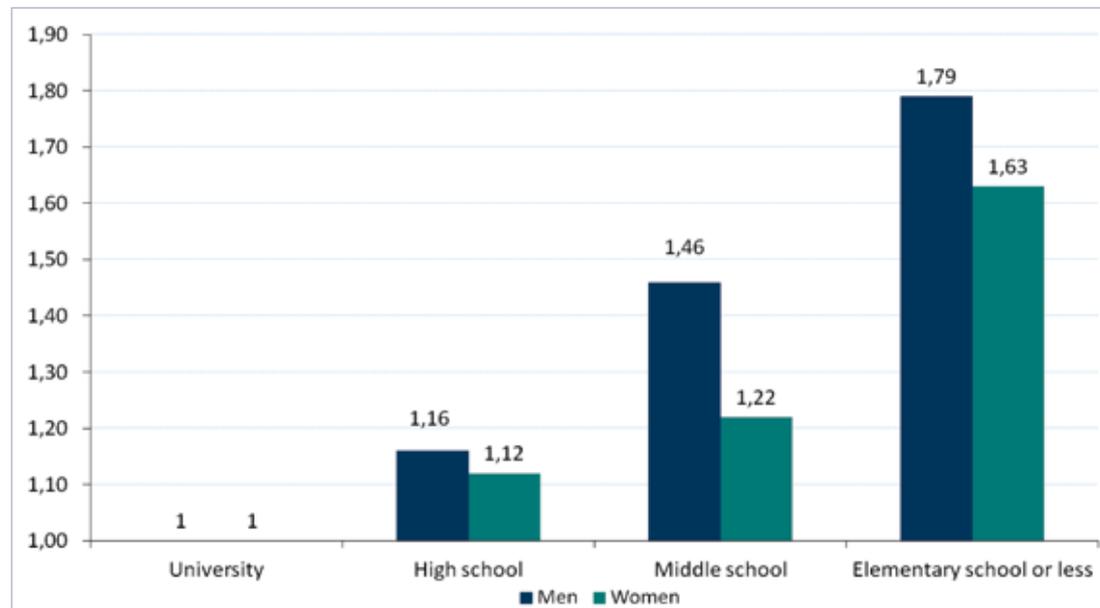


Figura 1 - Italia. Diseguaglianze nella mortalità, in relazione all'istruzione.

Fonte Marinacci et al., 2011

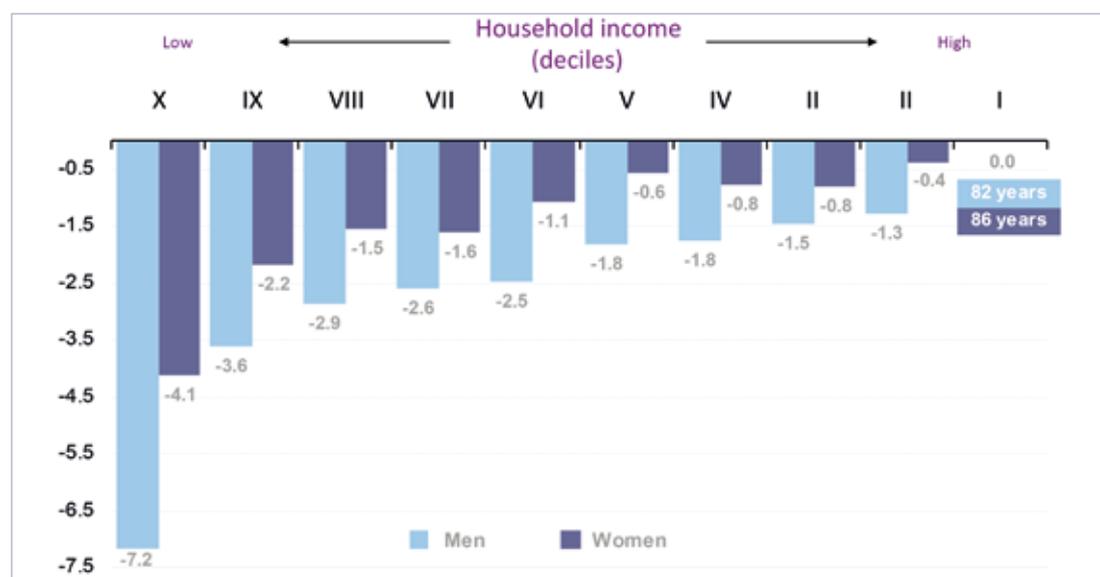


Figura 2 - Diseguaglianze nella speranza di vita alla nascita in relazione a differenti livelli di reddito, nella città di Torino, 2001-2011.

Fonte Marinacci et al., 2011.

Tabella 1 - Italia. Mortalità per gruppi di cause, Rischi Relativi (RR) per istruzione. Fonte: Marinacci e Maggini, 2014

Livello d'istruzione	Malattie Sistema Circolatorio		Tumori		Malattie Apparato Respiratorio	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Laurea	1	1	1	1	1	1
Diploma sup.	1,22	1,1	1,27	1,5	1,25	n.d.
Media inf.	1,7	1,08	1,51	1,64	1,98	1,76
Elementare o meno	1,82	1,63	1,8	1,99	3,35	1,9

ALDO FUSI

# Dottori di una volta e medici di oggi

Ho notato da un po' di tempo che più aumentano gli esami di tutti i tipi per i pazienti più diminuisce l'empatia tra medico e paziente. Parte fondamentale dell'incontro tra i due è l'ascolto. Esso serve al malato come atto liberatorio e consolatorio (Dante diceva: «avere amici al duol scema la pena»).

Serve al medico perché spesso dall'ascolto attento si capisce cosa ha veramente il malato e di che cosa ha paura. I dottori che mi hanno preceduto che non avevano alla portata tutti questi esami, si dedicavano molto all'ascolto.

Il medico di famiglia è colui che conosce vita, morte e miracoli di tutti i componenti del-

la famiglia. Il medico di fiducia è colui al quale si raccontano cose che non si raccontano al prete né all'avvocato.

Io sarei lieto se tutti i medici di famiglia fossero anche medici di fiducia. Essere considerati solo come uno che scrive le ricette è una delusione per entrambi ed è molto riduttivo. Fare il medico non è difficile, guardate quanti ce ne sono! Basta aver studiato, sedersi dietro una scrivania ed avere il cellulare. Se fosse difficile fare il medico ce ne sarebbero di meno, difficile è essere il medico non solo per gli altri ma anche per se stessi. **TM**

## L'occhio perduto

Alla periferia di Barberino verso la Cavallina c'è un podere chiamato Le Prata.

È una grande distesa d'erba medica che serve di foraggio per gli animali. Ci sono due fratelli, i Pulidori, di 45 e 50 anni, entrambi celibi.

Una mattina il più anziano dei due viene al mio ambulatorio ed ha un grande fazzoletto a quadri sulla testa e sul viso.

«Cosa è successo?» gli chiedo.

«Mentre davo il fieno alle mucche una di queste si è girata di colpo e mi ha colpito con il corno all'occhio destro».

Si toglie il fazzoletto e c'è una cavità sanguinolenta.

«Ma il dolore?» gli domando io.

E lui mi dice: «È stato un dolore tremendo ma ora mi fa meno male».

Gli faccio subito una iniezione di morfina. Dalla tasca della giacca in un altro fazzoletto c'è una poltiglia gelatinosa e sanguinolenta e c'è l'occhio.

Chiamo l'ambulanza e lo mando a Firenze alla clinica oculistica dove rimane dieci giorni. Quando ritorna gli hanno promesso che fra tre o quattro mesi gli metteranno una protesi.

Mentre scrivo queste righe penso a quanti miei colleghi hanno avuto, se non questi ricordi, alcuni molto simili.

Sono episodi che non si dimenticano! **TM**

## Un parto gemellare

Negli anni '66 e '80 la maggior parte delle donne partorivano a casa con l'aiuto della levatrice (mai nome fu così appropriato). Le levatrici poi diventarono ostetriche: anche questo nome viene da lontano dal verbo latino *obstare* che significa stare davanti. Trovatemi qualcuno che stia più davanti dell'ostetrica!

Un giorno del 1977 mi telefona appunto l'ostetrica Iolanda dicendomi: «Dottore venga subito in via S. Francesco perché una donna ha partorito una bambina piccolissima e probabilmente sta per farne una seconda». Mentre vado in via S. Francesco sono nate entrambe. Premature (siamo all'ottavo mese di gravidanza) e im-

mature: bisogna ricoverarle immediatamente al Meyer con l'ambulanza.

Arriva l'ambulanza con due autisti e due volontari; sale sull'ambulanza l'ostetrica e il babbo delle due bambine. Come le sistemiamo questi due piccoli esseri? Decidiamo di metterle ognuna in una scatola da scarpe coperte da un golf. Rimangono al Meyer per un mese e mezzo poi tornano a casa, crescono, si sono sposate, hanno due bambini ciascuna e gestiscono insieme un negozio qui in paese.

Non so se questa sia una cosa interessante, ma secondo me trovammo una soluzione miracolosa. **TM**

## Elezioni FNOMCeO

È Roberta Chersevani (Presidente dell'Ordine di Gorizia) il nuovo Presidente della FNOMCeO: a votarla, all'unanimità, sono stati i 17 componenti del Comitato Centrale. Alla Vicepresidenza è stato nominato Maurizio Scassola (Venezia), Segretario è stato confermato Luigi Conte (Udine). La carica di Tesoriere è stata attribuita a Raffaele Iandolo (Avellino). Alla presidenza della Commissione Albo Odontoiatri è stato confermato Giuseppe Renzo (Messina), a quella del Collegio dei Revisori dei Conti Salvatore Onorati (Foggia). Alla nuova Presidente, la prima della storia della FNOMCeO, gli auguri di Toscana Medica.

## Invito a partecipare ad una indagine nazionale sulla Pet Therapy

Il Centro di Referenza Nazionale per gli interventi Assistiti con gli Animali (CRN-IAA) dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, ha promosso, con il patrocinio della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, una indagine volta a raccogliere le opinioni dei medici, in particolare quelli di base, sulle applicazioni terapeutiche della Pet-Therapy e sugli effetti che essa ha sullo stato di salute del paziente. Il progetto, inserito in una più ampia indagine internazionale vuole

indagare, attraverso la compilazione di un questionario online la percezione degli intervistati in merito ai seguenti aspetti: il tipo di beneficio che ci si attende dall'impiego di animali; le categorie che possono beneficiare di attività di questo genere; il desiderio di approfondimento e l'utilità di questa co-terapia per la pratica clinica; il livello auto-percepito di conoscenza della pet-therapy; i rischi che, per contro potrebbero verificarsi dall'utilizzo di animali a scopo terapeutico, gli animali, che secondo i medici sono adatti per

essere coinvolti nelle attività sopra descritte. I dati ottenuti saranno utilizzati ai fini della programmazione delle attività formative e informative promosse dal Centro di Riferenza Nazionale.

**L'Ordine di Firenze invita tutti i colleghi ad esprimere le proprie opinioni attraverso la compilazione di un questionario (tempo 15 minuti)** attivo fino al 30 aprile p.v. sul sito della FNOMCeO: <http://www.fnomceo.it/fnomceo/showArticolo.2puntOT?id=128781>.



## Sportello di assistenza per il Processo Telematico

A seguito degli accordi intercorsi fra l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze e l'Ordine degli Avvocati di Firenze e nell'ambito della collaborazione con gli Uffici Giudiziari locali, si comunica che lo Sportello "Processo Civile Telematico-PCT" è a disposizione dei professionisti iscritti all'Ordine di Firenze per informazioni e chiarimenti sul Processo Telematico e sull'utilizzo degli strumenti per interagire

con il sistema informatico giudiziario. Lo Sportello è ubicato presso il Nuovo Palazzo di Giustizia - Blocco B - Piano 3 - Stanza 19 ed è aperto al pubblico nei seguenti orari: dal lunedì al giovedì dalle ore 9.30 alle ore 12.30. È a disposizione anche un servizio di assistenza telefonica al n. 334.7422069 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 10 alle ore 12 e dalle ore 14 alle ore 17. Infine è a disposizione la seguente email: [stenzapct.fi@gmail.com](mailto:stenzapct.fi@gmail.com).

Inoltre è stata attivata una convenzione per fornire ai medici che lo richiedono la firma digitale operativa anche nell'ambito del Processo Telematico. Per acquistare la firma digitale è necessario seguire le istruzioni pubblicate sul sito internet dell'Ordine (<http://www.ordine-medici-firenze.it/>) e prenotare un appuntamento allo Sportello PCT per il ritiro del dispositivo di firma.



## Fatturazione elettronica

Dal 6 giugno dell'anno scorso è diventata obbligatoria per le prestazioni nei confronti dei Ministeri, delle Agenzie Fiscali e degli Enti di Previdenza; dal 31 marzo è diventata obbligatoria anche per tutti gli altri Enti Pubblici. Stiamo parlando della Fattura Elettronica, cioè l'inoltro telematico della fattura per vendita di beni e prestazioni di servizi nei confronti della Pubblica Amministrazione. In pratica le ditte, le imprese ma anche i liberi professionisti che lavorano con la Pubblica Amministrazione non possono più inviare la classica fattura cartacea per la riscossione del dovuto, ma devono obbligatoriamente provvedere all'inoltro telematico. Questo "inoltro telematico" non è la semplice scansione e invio per email della fattura tradizionale: sarebbe troppo semplice! È invece un sistema informatico piuttosto comples-

so in cui i dati della fattura vengono inoltrati ad un sistema di interscambio gestito dall'Agenzia delle Entrate e da qui dirottati all'Ente Pubblico che deve provvedere al pagamento. La procedura interessa anche i medici e gli odontoiatri che svolgono prestazioni libero-professionali in favore di Enti Pubblici (ad esempio il Tribunale, l'INPS, l'INAIL, le ASL, gli Enti Locali, ecc.) e che adesso, per poter riscuotere il loro onorario, sono obbligati alla fatturazione elettronica. Per poter assolvere a questo obbligo, il medico può agire in tre modi: 1) acquistare un programma software di quelli in commercio che può gestire la procedura; 2) rivolgersi al proprio consulente fiscale di fiducia, in quanto i ragionieri, i commercialisti e i consulenti del lavoro possono svolgere il servizio in qualità di intermediari abilitati; 3) utilizzare il servizio gratuito messo a

disposizione dalla Regione Toscana sul sito <https://fert.regione.toscana.it> che consente l'inoltro telematico della fattura elettronica e che è a disposizione di tutti i professionisti titolari di Partita IVA che hanno necessità di emettere fattura nei confronti di un Ente Pubblico. Infine la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha intenzione di stipulare una convenzione con alcune software-house per offrire il servizio di fatturazione elettronica e di conservazione legale ai medici e agli odontoiatri italiani a costi competitivi in funzione della numerosità delle fatture. Maggiori informazioni su questa iniziativa saranno pubblicate non appena la Federazione Nazionale fornirà i dettagli. Tutto questo dovrebbe servire ad accelerare i tempi di pagamento delle Pubbliche Amministrazioni: speriamo che lo sforzo valga il risultato!



## Posta Elettronica Certificata (PEC) per i medici e gli odontoiatri iscritti all'Ordine di Firenze



**RINNOVO:** anche dopo i primi tre anni, il rinnovo di validità della casella PEC è offerto dall'Ordine e quindi gratuito per gli iscritti. La procedura di rinnovo:

In attuazione alla convenzione-quadro stipulata dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, l'Ordine di Firenze ha sottoscritto un accordo con la Società ARUBA Spa per la fornitura di una casella di Posta Elettronica Certificata (PEC) ai medici e agli odontoiatri iscritti all'Ordine di Firenze, che ne faranno richiesta. La casella PEC non sostituisce la tradizionale casella e-mail eventualmente già posseduta. Infatti i messaggi scambiati da una casella PEC ad un'altra casella PEC hanno valore legale analogo alla raccomandata con ricevuta di ritorno e quindi può essere utile per comunicazioni con le Pubbliche Amministrazioni dotate di PEC, con altri colleghi anch'essi dotati di PEC e con ogni altro soggetto pubblico o privato, comunque dotato di PEC. Viceversa la tradizionale casella e-mail può tranquillamente continuare ad essere utilizzata per tutti i messaggi ai quali non è necessario attribuire valore di lettera raccomandata. Per completezza di informazione è necessario ricordare che, una volta attivata la casella PEC, gli eventuali messaggi che verranno recapitati in quella casella, anche da parte dell'Ordine, saranno considerati legalmente ricevuti dal destinatario, anche se il messaggio non dovesse venir letto. Infatti, al pari della lettera raccomandata, il recapito di un messaggio nella casella PEC equivale alla firma sulla ricevuta di ritorno. Per questo motivo si raccomanda, una volta effettuata l'attivazione, di tenere costantemente sotto controllo la casella PEC. Per attivare

la casella PEC, è necessario andare sul sito internet [www.pec.it](http://www.pec.it), cliccare sulla casella "Convenzioni" e inserire il Codice Offerta OMCEO-FI-0036. È necessario inserire, inoltre, il codice fiscale e il nome e cognome e il sistema verificherà l'iscrizione all'Ordine. A questo proposito, si fa presente che il sistema si basa sull'archivio nazionale degli iscritti gestito dalla FNOMCEO, per cui potrebbe accadere che il sistema non riconosca qualche nominativo (soprattutto i nuovi iscritti all'Ordine) perché ancora non presente nell'archivio nazionale. In questo caso sarà necessario riprovare ad identificarsi nel sistema dopo qualche settimana, per il tempo necessario affinché il sistema prenda in carico i dati. I successivi passaggi serviranno per generare la documentazione che dovrà essere sottoscritta ed inviata nei modi che saranno indicati nel corso della procedura. Una volta completata la registrazione e inviati i documenti necessari, la casella PEC sarà attiva. Non sarà necessario comunicare all'Ordine l'avvenuta attivazione del servizio, in quanto sarà la stessa Società Aruba Spa a comunicarlo. A questo proposito si ricorda che la casella PEC deve necessariamente essere associata ad una persona fisica. Ne discende che, nel caso in cui di esercizio della professione in forme associative con altri colleghi, ogni professionista dovrà provvedere per sé e sarà responsabile unicamente della casella PEC intestata a suo nome. Il servizio, nella sua fase iniziale, è gratuito perché i relativi costi saranno a carico dell'Ordine per tre anni dalla data di attivazione. Il Consiglio Direttivo dell'Ordine ha deciso di assumersi questo onere a vantaggio di tutti gli iscritti interessati al servizio, per facilitare l'introduzione di questa

nuova opportunità di comunicazione con le ASL, le Pubbliche Amministrazioni e gli stessi colleghi. In ogni caso, se nel frattempo il professionista avesse già provveduto autonomamente ad attivare una casella PEC con un altro gestore, non è necessario procedere all'attivazione anche della casella offerta dall'Ordine, perché è sufficiente possederne una. In caso di necessità di assistenza tecnica, è possibile contattare il servizio di help desk della Società Aruba Spa al n. **0575/0504 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 20**. Non è opportuno contattare l'Ordine per eventuali problemi tecnici, in quanto gli uffici non sarebbero comunque in grado di intervenire, perché il servizio è gestito interamente dalla Società Aruba Spa. Infine si ricorda che, sebbene ogni professionista sia tenuto a dotarsi di una casella PEC, come previsto dalla legge, al momento non sono contemplate sanzioni in caso di non attivazione del servizio e non è previsto un termine perentorio per adempire.

### Caselle PEC degli uffici dell'Ordine

L'Ordine di Firenze ha attivato le seguenti caselle di Posta Elettronica Certificata (PEC) alle quali è possibile inviare messaggi provenienti da caselle PEC:

- [segreteria.fi@pec.omceo.it](mailto:segreteria.fi@pec.omceo.it): Ufficio gestione Albi professionali, certificati, ENPAM
- [presidenza.fi@pec.omceo.it](mailto:presidenza.fi@pec.omceo.it): Segreteria del Presidente e degli organi istituzionali
- [amministrazione.fi@pec.omceo.it](mailto:amministrazione.fi@pec.omceo.it): Ufficio amministrazione e riscossione quote di iscrizione

### Collaborazione tra A.M.M.I. e odontoiatri

La Commissione Odontoiatri dell'Ordine di Firenze, ha ricevuto un invito di collaborazione da parte dell'A.M.M.I. - Associazione Mogli Medici Italiani, nell'ottica di dare ulteriori servizi alle socie, ovvero la possibilità di ottenere eventuali agevolazioni da professionisti e attività commerciali e quindi anche sulle cure odontoiatriche. A tal fine la Commissione sottopone a tutta la categoria l'iniziativa auspicando un'attiva adesione a tale richiesta.

### Eventi organizzati dall'Ordine di Firenze

Dal mese di marzo, gli eventi formativi, informativi, di aggiornamento e di discussione organizzati dall'Ordine dei Medici di Firenze sono presentati sul sito dell'Ordine nella sezione "Eventi" del menù principale, sottocategoria "Promossi dall'Ordine". In tale

pagina è possibile iscriversi per la partecipazione all'evento e questa è l'unica modalità di iscrizione (<http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/eventi/promossi-dall-ordine>). Per ogni evento sarà indicato se rientra fra quelli accreditati ECM oppure se si tratta di

un incontro libero. Per motivi logistici e organizzativi, sarà sempre previsto un numero massimo di partecipanti e la precedenza sarà riservata agli iscritti all'Ordine di Firenze, in ordine cronologico di iscrizione.





## 50 anni di laurea

Domenica 22 Marzo con una simpatica cerimonia l'Ordine di Firenze ha consegnato una targa ricordo agli iscritti laureati nel 1964 dopo mezzo secolo di professione al servizio dei pazienti, della scienza e della società. Congratulazioni e auguri

## Le nostre speranze

Il 23 Marzo si è svolta la Cerimonia del Giuramento per i nuovi colleghi iscritti all'Ordine dal settembre 2014 (68 donne e 35 uomini).

A questi giovani, che continueranno senz'altro ad onorare la Medicina, un grande augurio per una vita serena e una professione colma di soddisfazioni.



## Giovani medici NEO-ISCRITTI: istruzioni per l'uso

*Sulla pagina dedicata alle FAQ - Domande Frequenti - del sito ordinistico di Firenze è pubblicato un articolo che contiene informazioni utili per i giovani che si iscrivono per la prima volta all'Ordine, e che qui riportiamo.*

*Si tratta di informazioni che cercano di rispondere ai tanti quesiti, piccoli e grandi, che hanno i giovani colleghi che si affacciano alla professione, con lo scopo di aiutare a comprendere i primi passi da compiere.*

**Dopo aver conseguito l'abilitazione professionale, è necessario iscriversi all'Albo?**

Sì. A norma dell'art. 2229 del Codice Civile e dell'art. 8 del DLCPS 13/09/1946 n. 233 per l'esercizio della professione di medico chirurgo e di odontoiatra è necessaria l'iscrizione al relativo Albo.

**Cosa si deve fare per ottenere l'iscrizione all'Albo?**

È necessario presentare la domanda di iscrizione all'Ordine della provincia in cui si ha la residenza. Per i medici e gli odontoiatri residenti nella provincia di Firenze è disponibile sul sito dell'Ordine Firenze, nella sezione "Modulistica" il fac-simile della domanda di iscrizione. Alla domanda, in bollo, vanno allegare le attestazioni del versamento della tassa di concessione governativa e della tassa di iscrizione all'Ordine, oltre alla fotocopia del codice fiscale e ad una fotografia formato tessera. Non è necessario presentare alcun documento o certificato, in quanto la domanda è presentata sotto forma di autocertificazione.

**Quando va presentata la domanda?**

Non vi è alcun termine predefinito, nel senso che il medico o l'odontoiatra, una volta superato l'esame di abilitazione, può in ogni momento presentare la domanda di iscrizione all'Albo. Ovviamente finché non si è iscritti all'Albo, non si può esercitare la professione. Per questo più si attende a presentare la domanda, più tardi si può iniziare ad esercitare.

**Come va presentata la domanda?**

Può essere presentata dal diretto interessato agli uffici dell'Ordine, oppure presentata da un terzo, purché accompagnata dalla fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del diretto interessato. Inoltre può essere spedita per posta o per posta elettronica certificata, sempre accompagnata dalla fotocopia di un documento di identità valido.

**Cambia qualcosa se la domanda**

**viene presentata allo sportello o inviata per posta o Pec?**

No, il mezzo di trasmissione della domanda è indifferente.

**Una volta presentata la domanda di iscrizione all'Albo, si può immediatamente cominciare ad esercitare?**

No. La domanda deve prima essere esaminata dal Consiglio Direttivo dell'Ordine, il quale, al termine dell'istruttoria, adotta una formale delibera di iscrizione all'Albo. È solo dalla data di questa delibera del Consiglio che il professionista è legalmente autorizzato ad esercitare la professione, non prima.

**La domanda di iscrizione all'Albo potrebbe non essere accolta dal Consiglio dell'Ordine?**

Sì, perché prima di deliberare formalmente l'iscrizione all'Albo è necessario verificare il possesso dei requisiti previsti dalla legge: residenza anagrafica, titolo di laurea, titolo di abilitazione, assenza di carichi penali pendenti e di condanne pregresse. La mancanza di qualcuno di questi requisiti può rendere inaccoglibile la domanda e, quindi, l'impossibilità di esercitare la professione.

**Nel caso in cui la domanda venga respinta, cosa può fare il richiedente?**

Può fare ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie, organismo di appello rispetto alle decisioni dell'Ordine, che ha sede presso il Ministero della Salute.

**Quanto tempo passa dal momento della presentazione della domanda di iscrizione e l'effettiva delibera del Consiglio di iscrizione all'Albo (o di rigetto della domanda)?**

Il Consiglio dell'Ordine deve deliberare circa l'accoglimento o meno delle domande di iscrizione entro tre mesi dalla data di presentazione delle stesse. Nel caso in cui la domanda di iscrizione fosse incompleta, il richiedente verrà avvisato di integrarla con i dati e/o documenti necessari e fino a che non sarà completa, il termine di tre mesi rimane sospeso.

**Come si fa a sapere a che punto è la pratica di iscrizione?**

In qualunque momento il richiedente può chiedere agli uffici dell'Ordine informazioni e notizie in merito allo stato della pratica. In ogni caso, una volta che il Consiglio dell'Ordine abbia deliberato formalmente l'iscrizione all'Albo, il professionista viene tempestivamente avvertito con apposita comunicazione.

**Quindi, dal giorno della delibe-**

**ra del Consiglio dell'Ordine si può cominciare ad esercitare la professione.**

Esattamente.

**L'iscrizione all'Albo dell'Ordine di Firenze legittima all'esercizio della professione in tutta Italia?**

Certamente. L'iscrizione ad un Ordine dei Medici di una qualunque provincia italiana legittima il professionista ad esercitare su tutto il territorio nazionale.

**Che cos'è il "giuramento professionale"?**

Il Codice di Deontologia Medica, all'art. 1, prevede che il medico e l'odontoiatra che si iscrive per la prima volta all'Ordine è tenuto a pronunciare il giuramento professionale. Si tratta di un atto simbolico, ma anche sostanziale, che impegna moralmente il giovane collega ad osservare i precetti etici e deontologici che sono alla base della professione.

**Quando va pronunciato il giuramento?**

Di norma i giovani colleghi vengono convocati per pronunciare il giuramento nella stessa data in cui il Consiglio si riunisce per la formale deliberazione circa l'iscrizione all'Albo. Per motivi organizzativi però può accadere che la cerimonia del giuramento sia tenuta in data diversa da quella dell'effettiva iscrizione all'Albo senza che ciò incida in alcun modo sulla legittimità all'esercizio professionale conseguente all'iscrizione all'Albo.

**È obbligatorio pronunciare il giuramento?**

Si tratta di un obbligo morale, non giuridico. Per cui ogni giovane collega dovrebbe sentirsi obbligato a pronunciare il giuramento, non perché glielo impone qualche legge o qualche autorità, ma perché convinto di manifestare, col giuramento, la sua appartenenza alla professione e ai suoi valori etici.

**Cosa succede se, per motivi inderogabili, non è possibile partecipare alla cerimonia del giuramento?**

Colui che non ha potuto, per motivi inderogabili, partecipare alla cerimonia, viene nuovamente convocato per la successiva cerimonia che verrà tenuta alla successiva occasione. Se il collega non si presenta nemmeno alla successiva convocazione, la sua assenza alla cerimonia del giuramento viene annotata nel fascicolo personale e può costituire elemento di valutazione dal punto di vista disciplinare.

**Colui che sia stato assente alla cerimonia del giuramento ed in attesa**

## di partecipare alla successiva cerimonia, può esercitare la professione?

Si perché la legittimazione ad esercitare nasce dalla delibera del Consiglio dell'Ordine di iscrizione all'Albo. La mancata partecipazione al giuramento non incide sulla legittimità ad esercitare, visto che il giuramento è un obbligo morale e non giuridico, come detto sopra.

## Una volta ottenuta l'iscrizione all'Albo, cosa deve fare il medico o l'odontoiatra?

Può iniziare ad esercitare la professione, previo assolvimento degli adempimenti fiscali e amministrativi del caso. Dal punto di vista fiscale, infatti, la legge prevede che il professionista deve chiedere all'Agenzia delle Entrate l'apertura della Partita Iva entro trenta giorni dall'effettivo inizio dell'attività libero professionale. Il possesso della Partita Iva è indispensabile per l'emissione delle fatture per prestazioni rese in regime libero-professionale. Viceversa l'apertura della Partita Iva non è necessaria per le attività di lavoro dipendente pubblico o privato o assimilati.

## Cosa si deve fare per poter fare sostituzioni ai medici di medicina generale o ai pediatri di libera scelta?

È necessario richiedere alla ASL l'attribuzione del codice regionale provvisorio. Per la ASL di Firenze, la richiesta del codice può essere inoltrata via email all'indirizzo: [codice.provisorio@asf.toscana.it](mailto:codice.provisorio@asf.toscana.it) indicando le proprie generalità: nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, comune di residenza, numero e data di iscrizione all'Albo dei Medici.

## A cosa serve questo codice provvisorio?

Serve per identificare che il medico sta svolgendo attività in sostituzione di un medico convenzionato di medicina generale o di pediatria. Ma serve anche per svolgere gli incarichi temporanei di Guardia Medica presso le ASL. In queste vesti, il medico sostituto o con incarico provvisorio è a tutti gli effetti un "medico pubblico", o meglio un "incaricato di pubblico servizio", con tutte le conseguenze legali del caso. Viceversa, se il medico esercita in regime di libera professione "pura", non deve utilizzare il codice provvisorio perché in questo caso sta esercitando nella veste di "medico privato", o libero professionista.

## Durante una sostituzione al medico di medicina generale, quali tipi di ricette e/o certificati è possibile rilasciare ai pazienti?

Il medico sostituto ha le stesse iden-

tiche potestà certificative e prescrittive del medico titolare. Per approfondire l'argomento dei certificati medici e della ricetta medica, si possono consultare le specifiche FAQ presenti in questa stessa sezione del sito.

## Come si può fare a trovare medici di famiglia che cercano sostituti o altre occasioni di lavoro?

Ovviamente trovare occasioni di lavoro non è semplice e comunque non esiste un canale unico. Una possibilità è offerta dal sito internet dell'Ordine che, nell'area "Servizi On-line", pubblica una "Bacheca Annunci" nella quale è possibile segnalare la propria disponibilità a svolgere attività di sostituzione ai medici di medicina generale. È un servizio che ha lo scopo di mettere in contatto i colleghi, in modo da costruire un rapporto diretto, senza intermediari, per facilitare anche le occasioni di lavoro.

## Come versa il medico e l'odontoiatra i contributi per la pensione?

I medici e gli odontoiatri, dal giorno della formale delibera di iscrizione all'Albo, sono automaticamente iscritti anche alla Cassa di Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri (ENPAM), organismo previdenziale di categoria. Il professionista, quindi, non deve chiedere una ulteriore iscrizione alla Cassa, in quanto ciò discende automaticamente dall'iscrizione all'Ordine. Nell'anno successivo a quello dell'iscrizione all'Ordine, il professionista riceverà dall'ENPAM la richiesta di contributi per il Fondo di Previdenza Generale "Quota A" che rappresenta il contributo previdenziale minimo dovuto da tutti gli iscritti agli Albi, indipendentemente dal tipo di lavoro svolto, e che si differenzia nel suo importo per fasce di età. Inoltre l'ENPAM richiede, nell'anno successivo a quello di riferimento, il versamento dei contributi proporzionali al reddito libero professionale per il Fondo di Previdenza Generale "Quota B". Tale contributo è commisurato in percentuale al reddito libero professionale prodotto nell'anno precedente e non riguarda solo i redditi derivanti da libera professione "pura", ma anche i redditi derivanti dalla professione intra-moenia, extra-moenia, prestazioni occasionali mediche e collaborazioni coordinate e continuative. Se il medico ottiene una convenzione con la ASL (medicina generale, pediatria o specialistica ambulatoriale), i contributi pensionistici ENPAM saranno detratti dalle competenze mensili e versati, a cura della ASL, all'ENPAM. Se invece il medico viene assunto come dipendente da un Ente Pubblico o di una struttura sanitaria privata, allora oltre a dover ver-

sare i contributi all'ENPAM, come sopra detto, subirà le trattenute in busta paga che il datore di lavoro verserà all'INPS.

## Questi contributi all'ENPAM sono deducibili fiscalmente?

Certamente, in quanto si tratta di contributi previdenziali obbligatori.

## Dove si possono trovare ulteriori informazioni sull'ENPAM?

Consultando il sito internet: [www.enpam.it](http://www.enpam.it).

## Ho sentito parlare dell'ONAOSI. Che cos'è?

La Fondazione ONAOSI è un istituto di assistenza per gli orfani dei sanitari italiani. È un'istituzione di antica data, sorta ai primi del '900 per assistere e sostenere gli orfani dei medici, dei veterinari e dei farmacisti, che si trovavano a vivere sprovvisti di mezzi. Oggi, più modernamente, si occupa di sostenere con varie modalità e iniziative le situazioni di difficoltà che possono intervenire nelle famiglie dei medici. L'adesione all'ONAOSI è automatica per i medici dipendenti pubblici (tant'è che costoro hanno una trattenuta in busta paga che il datore di lavoro versa all'ONAO-SI), mentre per i medici e gli odontoiatri liberi professionisti o convenzionati l'adesione è su base volontaria. L'Ordine consiglia caldamente ai giovani colleghi di consultare il sito [www.onaosi.it](http://www.onaosi.it) in modo da conoscere l'attività e gli scopi della Fondazione e di aderirvi perché con un modesto contributo si possono "assicurare" i propri familiari nella malaugurata ipotesi in cui venga a mancare il sostegno economico del medico "capofamiglia".

## È obbligatorio avere una casella di Posta Elettronica Certificata (PEC)?

La legge prevede che le imprese e i professionisti sono tenuti ad avere una casella PEC. Le imprese devono comunicarla alla Camera di Commercio, mentre i professionisti all'Ordine presso il quale sono iscritti. Tuttavia, mentre per le imprese sono previste esplicite sanzioni in caso di mancata attivazione della casella PEC, per i professionisti allo stato attuale non è prevista alcuna sanzione o alcun termine per adempiere. Ciononostante, considerato che la legge va rispettata anche se non sono previste sanzioni, per facilitare ai medici e agli odontoiatri il rispetto di questo obbligo, l'Ordine dei Medici di Firenze mette a disposizione in forma gratuita una casella di Posta Elettronica Certificata. Per approfondire, consultare la pagina dedicata alla PEC su questo sito. Infine c'è da tener presente che, col passare del tempo, sempre più Amministrazioni e Uffici interagiscono con i professionisti



tramite la PEC, per cui di fatto diventa necessario averla per non perdere opportunità professionali.

### **E per l'Educazione Continua in Medicina (ECM) come ci si deve comportare?**

È opportuno consultare l'apposita pagina di questo sito che viene aggiornata in presenza di novità sulla materia, sia a livello regionale che nazionale.

### **Parliamo di alcune cose molto pratiche: il medico ha diritto di circolare liberamente con la propria auto in deroga ai divieti di accesso o di sosta?**

Com'è ovvio, le regole previste dal Codice della Strada valgono per tutti gli automobilisti indistintamente. Tuttavia è anche vero che il medico ha spesso necessità di utilizzare la propria auto per effettuare visite domiciliari ai pazienti e questo può diventare problematico in città, come Firenze, in cui vigono forti restrizioni all'uso delle auto private. Per affrontare queste situazioni, il Comune di Firenze ha previsto la possibilità di rilasciare ai medici iscritti all'Ordine di Firenze un apposito contrassegno che autorizza il medico a sostare a titolo gratuito per un massimo di 2 ore negli spazi riservati ai residenti in ZTL (zona a traffico limitato) ed in ZCS (zona di controllo sosta) e gratuitamente negli spazi a sosta promiscua nelle ZCS per l'esclusivo fine di effettuazione di visite domiciliari. Si tratta, in ogni caso, di una autorizzazione alla sosta e non di una autorizzazione all'ingresso in ZTL tramite le porte telematiche ed è valida esclusivamente per il territorio del Comune di Firenze. La domanda per ottenere il contrassegno per la sosta va presentata agli uffici dell'Ordine. Per accedere alla ZTL tramite le porte telematiche, per esclusive finalità di visite domiciliari urgenti, come già detto il contrassegno non è sufficiente e vi è necessità di una apposita autorizzazione ad hoc, da parte della Polizia Municipale, da richiedere volta per volta. Per le modalità per richiedere i permessi giornalieri di accesso alla ZTL, consultare il sito della Polizia Municipale: [http://www.comune.fi.it/export/sites/retcevica/comune\\_firenze/sicurezza\\_emergenza/polizia\\_municipale/Servizi/permessi\\_ztl.html](http://www.comune.fi.it/export/sites/retcevica/comune_firenze/sicurezza_emergenza/polizia_municipale/Servizi/permessi_ztl.html).

### **Nel caso in cui il medico cambi la residenza cosa deve fare?**

Ogni Ordine dei Medici ha competenza di ambito provinciale, per cui se il medico trasferisce la sua residenza da un Comune all'altro della provincia di Firenze, deve semplicemente comunicare all'Ordine il nuovo indirizzo di residenza (modulo disponibile nella se-

zione di sito ordinistico "Modulistica") per l'aggiornamento dei dati. Se invece il medico trasferisce la sua residenza al di fuori della provincia di Firenze bisogna distinguere: se continua a lavorare nella provincia di Firenze può mantenere l'iscrizione all'Ordine di Firenze ma deve comunque comunicare all'Ordine l'indirizzo della nuova residenza e l'indirizzo del luogo di svolgimento dell'attività professionale. Se, invece, il medico non risiede più nella provincia di Firenze e nemmeno vi lavora, allora deve iscriversi all'Ordine dell'altra provincia dove ha la nuova residenza o il nuovo luogo di lavoro.

### **Per l'iscrizione all'Ordine è necessario pagare qualche tassa?**

Oltre alle tasse dovute al momento della presentazione della domanda di iscrizione (come detto sopra), il medico riceverà ogni anno, finché resta iscritto all'Ordine, la richiesta di pagamento della tassa annuale di iscrizione all'Ordine. Si tratta di una tassa obbligatoria e di importo uguale per tutti.

### **Come la si paga?**

Tramite bollettino postale, oppure tramite bonifico bancario, oppure tramite addebito su conto (SEPA - vedasi fac-simile nella pagina "Modulistica" del sito ordinistico) o ancora tramite carta di credito sul sito della società incaricata per la riscossione: [www.italriscossioni.it](http://www.italriscossioni.it). Per maggiori informazioni, consultare l'apposita pagina del sito dell'Ordine di Firenze "Quota annuale di iscrizione".

### **Cosa succede se non si paga la tassa di iscrizione all'Ordine?**

La legge prevede la cancellazione dall'Albo per morosità e quindi, di conseguenza, l'impossibilità ad esercitare la professione. Pertanto si raccomanda vivamente di essere puntuali nell'assolvimento di questo obbligo e di comunicare all'Ordine tempestivamente eventuali cambi di indirizzo, allo scopo di evitare il rischio di risultare irreperibili e, quindi, di essere cancellati dall'Albo per morosità.

### **La tassa di iscrizione all'Ordine è deducibile fiscalmente?**

A differenza dei contributi ENPAM, che sono contributi previdenziali e quindi deducibili fiscalmente, la tassa di iscrizione all'Ordine non ha finalità previdenziale e quindi non è un onere deducibile. Tuttavia i medici e gli odontoiatri che nella dichiarazione dei redditi compilano il quadro relativo ai redditi di lavoro autonomo possono inserire la tassa di iscrizione all'Ordine fra le spese per la produzione del reddito.

### **Nel caso in cui il medico o l'odon-**

### **toiatra consegua una specializzazione universitaria o un master universitario lo deve comunicare all'Ordine?**

Sì, deve informare l'Ordine allo scopo di aggiornare la sua posizione nell'Albo professionale. Può produrre una autocertificazione indicando l'esatta denominazione della specializzazione o master conseguito, l'Università presso la quale è stato conseguito, la data di conseguimento e il voto.

### **Sull'Albo professionale quali titoli possono comparire?**

Oltre al titolo di laurea e di abilitazione (com'è ovvio) possono essere pubblicati sull'Albo i titoli di specializzazione universitaria e i titoli di master universitari ai sensi del Decreto Ministeriale 509/1999. Ogni altro attestato di formazione o aggiornamento non può essere pubblicato sull'Albo, anche se ovviamente può entrare a far parte del curriculum professionale del medico.

### **Per aprire uno studio medico privato cosa si deve fare?**

Consultare l'apposita sezione di questo sito dedicata alle caratteristiche e requisiti dello studio medico, presente nelle FAQ.

### **È necessario stipulare una polizza di assicurazione a copertura dei rischi professionali?**

La legge prevede l'obbligo di avere una polizza di assicurazione a copertura dei rischi professionali per tutti gli operatori sanitari. Tuttavia tale obbligo non è sanzionato, nel senso che la mancanza della polizza non comporta di per sé una qualche forma di sanzione. In ogni caso avere una copertura per i rischi professionali è fortemente raccomandato perché in caso di controversie medico-paziente e soprattutto nella malaugurata ipotesi di condanna al risarcimento del danno, senza una copertura assicurativa il medico rischia di vedersi aggredire il proprio patrimonio personale.

### **A quale Compagnia Assicurativa ci si deve rivolgere?**

Attualmente non esiste, né a livello locale né a livello nazionale, una convenzione con una qualche Compagnia Assicurativa per la copertura dei rischi professionali dei medici e degli odontoiatri italiani. Per cui ogni singolo professionista potrà rivolgersi ad una qualunque società di assicurazioni. C'è però da dire che la tipologia della polizza e, soprattutto, il suo costo può variare anche di molto a seconda del tipo di attività lavorativa svolta dal medico, perché ci sono branche della medicina a più alto rischio di sinistro e altre con



tassi di rischio meno elevati. Per questo può essere opportuno rivolgersi ai sindacati medici di categoria o alle società medico-scientifiche di specialità perché potrebbero fornire suggerimenti e indicazioni commisurate alle specifiche necessità degli associati e a condizioni contrattuali vantaggiose.

### Come si viene informati sulle attività e iniziative dell'Ordine?

L'Ordine di Firenze spedisce a tutti i propri iscritti la rivista "Toscana Medica" che raccoglie molti contributi profes-

sionali, intellettuali ed operativi che possono essere di utilità per ogni medico e odontoiatra. La rivista è disponibile anche in formato PDF sul sito internet dell'Ordine. Inoltre l'Ordine di Firenze, a tutti i propri iscritti che si sono registrati sul sito, spedisce con cadenza quindicinale una newsletter che contiene una serie di notizie "flash" di quotidiana attualità che riguardano il panorama sanitario sia locale che nazionale. Per registrarsi: <http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/component/tsregio>

[tration/?view=registration](http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/component/tsregio). In aggiunta, è possibile scaricare, dall'apposita sezione del sito dell'Ordine, le applicazioni per smartphone e tablet, sia con sistema operativo Android che iOS. In ogni caso, il sito internet dell'Ordine è lo strumento principale di informazione e di comunicazione al quale tutti gli iscritti all'Ordine di Firenze sono invitati a registrarsi per usufruire di tutti i servizi messi a disposizione.



## Solidarietà e AMMI

L'A.M.M.I. (Associazione mogli di medici) informa che domenica 5 Ottobre 2014, con cerimonia religiosa, è stato esposto sull'altare maggiore della chiesa di Sant'Ambrogio, il Cristo di cartapesta, fortemente danneggiato, restaurato dalla nostra associazione e curato dal restauratore Guglielmo Colonna.

L'A.M.M.I. s'impegna nel campo sociale, culturale e della solidarietà,

operando in stretta collaborazione con la classe medica ed è attiva nell'educazione sanitaria e nella divulgazione della medicina preventiva. È in questa ottica che l'Associazione ha elargito e continua a farlo donazioni ad enti ed ospedali, partecipando sempre alle calamità che hanno colpito il nostro paese. Scopo fondamentale dell'associazione è infatti, quella di rapportarsi, in modo utile e con spirito di servizio, nei

confronti della comunità sia cittadina che nazionale.

Presto verrà consegnato all'Istituto Superiore "Sasseti-Peruzzi" un defibrillatore semi automatico e sarà organizzato un corso formativo - BLS-D - per il personale interno.

Tutti i progetti sono stati realizzati grazie al contributo delle socie, nei tanti appuntamenti di raccolta fondi organizzati dall'associazione.

### Le scadenze dei corsi Fad FNOMCeO ancora attivi

- **Il dolore:** riconoscimento, valutazione e gestione: solo nelle modalità on-line e residenziale a cura degli Ordini: valido fino al **21 giugno 2015**.
- **Governo clinico:** innovazioni, monitoraggio, performance cliniche, formazione (riedizione del precedente corso scaduto il 14 giugno 2014): nelle modalità on-line, residenziale a cura degli Ordini e via fax: valido fino al **14 luglio 2015**
- **Salute e ambiente:** aria, acqua e alimentazione: nelle modalità on-line e residenziale: valido fino al **17 ottobre 2015**.
- Programma nazionale valutazione esiti: come interpretare e usare i dati: nella modalità on-line: valido fino al **29 novembre 2015**.
- **Ebola:** nella modalità on-line: valido fino al **7 dicembre 2015**.

## CONVEGNI E SEMINARI

### La responsabilità civile e penale dei medici nella nuova organizzazione delle cure primarie

Il convegno si terrà **Venerdì 5 giugno 2015** con orario 14.00-18.00 presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze ed è organizzato in collaborazione con il Dip. di Scienze Giuridiche dell'Univ. di Firenze e dalla FIMMG, Toscana.

Nessuno dubita che i medici debbano rispondere delle proprie azioni od omissioni illecite, e che gli eventuali danni da essi provocati debbano essere risarciti. Tuttavia il complesso sistema giuridico italiano appare sotto diversi profili disallineato rispetto ai progressi della medicina e allo sviluppo dell'organizzazione sanitaria, tanto da provocare un malessere negli operatori sanitari, che porta alla cosiddetta medicina difensiva, all'appesantimento dei percorsi riparativi e giudiziari e, infine, a ritardi inammissibili nell'erogazione del risarcimento. Questa situazione, da anni all'attenzione del Parlamento che, ad oggi, ha prodotto ben poche soluzioni, è ulteriormente complicata dal problema dei medici di medicina generale sempre più frequentemente coinvolti nelle accuse, vere o presunte, di malasanità.

Tutto ciò si intreccia con l'evoluzione dei servizi territoriali che modifica l'antico rapporto duale tra medico e paziente, un'isola privata nel grande flusso della medicina, trasformandolo in una organizzazione complessa tra i diversi professionisti che costituiscono le associazioni funzionali territoriali. Come si modifica la responsabilità in questo nuovo contesto, in questa isola che si va adesso riempiendo di tanti altri soggetti coinvolti nel percorso assistenziale? È la domanda alla quale cerchiamo di dare un primo inquadramento ed una iniziale risposta in questo convegno.

Parteciperanno: **Luca Bisori** (Avvocato penalista, Firenze), **Vittorio Boscherini** (Segretario Regionale FIMMG Toscana), **Alessandro Crini** (Sostituto Procuratore presso la Procura Generale di Firenze), **Giovanni Comandè** (Ordinario di Diritto Privato Comparato, Scuola Superiore S. Anna di Pisa), **Raffaella Giardiello** (Direttore U.O.C. Affari Generali, AOU Careggi), **Massimo Martelloni** (Dirigente della Struttura Complessa di Medicina Legale, Asl 2 Lucca), **Antonio Panti** (Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze), **Antonio Vallini** (Associato di Diritto Penale, Dip. di Scienze Giuridiche, Univ. di Firenze). Ingresso libero. Posti disponibili 90. È possibile iscriversi esclusivamente tramite il sito ordinistico: <http://www.ordine-medici-firenze.it/index.php/eventi/promossi-dall-ordine>.



## Medici necroscopi: obbligo di certificato telematico

La Legge di Stabilità 2015, fra le altre cose, ha introdotto l'obbligo, per i medici necroscopi, di trasmettere la "comunicazione di constatazione del decesso" all'INPS in via telematica entro 48 ore dalla constatazione di morte. In realtà, non si tratta della "constatazione del decesso" ma più precisamente dell'"accertamento di morte" che il Regolamento di Polizia Mortuaria pone in capo al Medico Necroscopo nominato dalla ASL o dall'Ospedale e che il medico necroscopo deve effettuare fra le 15 e le 30 ore dal decesso. I medici che sono già in possesso del PIN INPS, sono già abilitati alla trasmis-

sione online: basta seguire le istruzioni pubblicate dall'INPS: [www.inps.it/portale/default.aspx?NewsID=2800&bi=33&link=Medici:%20accertamento%20decesso](http://www.inps.it/portale/default.aspx?NewsID=2800&bi=33&link=Medici:%20accertamento%20decesso). I medici necroscopi che, invece, non hanno ancora il PIN INPS, devono innanzitutto scaricare dal sito [www.inps.it](http://www.inps.it) il modulo per la richiesta del PIN, compilarlo e presentarlo personalmente ad una sede INPS, dove verrà contestualmente consegnato. Sarà obbligatorio essere già in possesso di una casella PEC. La legge prevede che il mancato invio della comunicazione telematica di constatazione di morte è punito con la sanzione pecu-

niaria da 100 a 300 euro. Si precisa che l'obbligo del certificato telematico non riguarda i medici di medicina generale o i medici della continuità assistenziale o i medici del 118: riguarda esclusivamente i medici necroscopi che sono gli unici a poter accertare lo stato di morte a norma del Regolamento di Polizia Mortuaria. Si precisa, inoltre, che questo certificato non va confuso con la scheda ISTAT che invece resta di competenza del medico che ha constatato il decesso per cui anche il medico dell'emergenza, della guardia medica, di famiglia, ecc.



## 43° Campionati Italiani Tennis Medici 2015

Si svolgeranno dal 13 al 20 giugno 2015 presso il prestigioso club tennistico di Albarella (Rovigo) ospitati dal Hotel Caponord \*\*\*\* (isola di Albarella).

Per tale evento sono previsti una infinità di tabelloni per tutte le età e tutti

i livelli di gioco (con gare di campionato, di contorno e tabelloni di consolazione). È inoltre occasione per una settimana di relax e mare con la famiglia e accompagnatori nella splendida cornice del Parco Naturale del Delta del Po.

Sarà un piacevole momento di incontro sportivo, conviviale e culturale fra colleghi. Per l'iscrizione, la prenotazione alberghiera e informazioni consultare il nostro sito web [www.amti.it](http://www.amti.it).



## Considerazioni e proposte operative contro il tabagismo

*Pubblichiamo le considerazioni conclusive e proposte operative emergenti dalla Tavola Rotonda svoltasi a conclusione del convegno sul tabagismo, organizzato lo scorso 2 febbraio dall'ISPO di Firenze, a cura degli organizzatori e dei moderatori del convegno: Mateo Ameglio (ASL 7 Siena), Laura Carozzi (AOU Pisana), Elisabetta Chellini (ISPO), Giuseppe Gorini (ISPO), Francesco Pistelli (AOU Pisana), Valentino Patussi (AOU Careggi).*

- La formazione di tutti gli operatori sanitari è una tappa essenziale per la diffusione di una cultura volta al controllo del tabagismo e finalizzata alla realizzazione degli impegni che anche l'Italia ha assunto sottoscrivendo la Framework Convention on Tobacco Control, sviluppata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come pietra miliare per la promozione della salute pubblica. La formazione a tutti i livelli, universitari e specialistici, utilizzando strumenti comunicativi innovativi, efficaci, facilmente reperibili e scientificamente validati, è il primo passo per l'acquisizione degli strumenti di intervento da applicare a livello primario o secondario.

- I nuovi modelli organizzativi delle cure primarie (le AFT) rappresentano una opportunità di azione che, anche

grazie alla possibilità di condividere risorse e conoscenze, si muove con una logica pro-attiva di medicina di iniziativa. All'interno delle AFT dovrebbero essere identificate le figure di riferimento per l'attività di controllo del tabagismo ed i percorsi di primo e di secondo livello per la disassuefazione dei fumatori, sfruttando le potenzialità di condivisione delle risorse e delle competenze.

- È necessario espandere a livello regionale le esperienze concrete di buone prassi e le alleanze tra settori diversi (come quella delineata con il Patto per la salute della ASL di Arezzo tra settore sanitario e società civile) finalizzate alla realizzazione di interventi trasversali sui fattori di rischio legati allo stile di vita (oltre al fumo, anche su alcool, nutrizione, attività fisica) sulla popolazione e sui singoli fumatori.

- È compito dei decisori, indirizzare e regolare gli interventi degli operatori sanitari all'interno delle strutture sanitarie dove essi operano, in una logica evidence-based. Il convincimento della razionalità della scienza va trasmesso e diffuso e questo è anche il compito delle Società Scientifiche. In questa logica si pone la proposta di diffondere ed utilizzare regolamenti come quello adottato dalla AOU Careggi sul divieto di alcol e fumo in ospedale, sia nelle aree indoor

sia nelle aree outdoor del perimetro sanitario: si tratta infatti per le Aziende del Sistema Sanitario Regionale, rispetto sia ai pazienti sia agli utenti, di assumere responsabilità e de-normalizzare abitudini con impatti importanti sulla salute.

È fondamentale un rinnovato, concreto impegno verso le politiche di controllo del tabagismo da parte della Regione Toscana, che recependo nel suo Piano Regionale di Prevenzione le indicazioni contenute nel Piano Nazionale della Prevenzione, ha a disposizione le innumerevoli esperienze di interventi di contrasto al tabagismo svolti negli ultimi anni in Toscana, le cui potenzialità sono state riportate nelle nuove Linee guida regionali. Si sottolinea in particolare, come illustrato durante il Convegno di cui la Tavola Rotonda ha rappresentato il momento di discussione finale, la necessità di sostenere:

- interventi di prevenzione tra i giovani;

- interventi dedicati a particolari tipi di popolazioni (donne, donne in gravidanza, fumatori con patologia fumo correlata nell'ambito dei vari momenti nel *chronic care model* - l'attività dei Centri Antifumo già esistenti sul territorio regionale, definendone e monitorando gli indicatori di risultato.

## La tragedia / il presidente dell'istituto superiore di sanità: "i genitori sono medici, dovevano immunizzarla" Bimba morta dopo il morbillo, polemica sui vaccini

Roma, la piccola aveva 4 anni: stroncata dalle complicazioni della malattia.

Ma la famiglia denuncia l'ospedale: curata male

ROMA. È morta di morbillo. A 4 anni. La piccola Giulia stava male dallo scorso autunno: era stata a lungo all'Ospedale Bambino Gesù, il pediatrico di Roma, c'era tornata tre settimane fa. La diagnosi era "epilessia", ma quelle crisi non si riuscivano a spiegare. I suoi genitori avevano chiesto un consulto al Meyer di Firenze e, ormai grave, alla fine avevano seguito Giulia fino alla terapia intensiva dell'Ospedale Gemelli, ancora a Roma. Lì è morta. Di morbillo, di un'encefalite causata dalle complicazioni della malattia messa sotto tutela in Italia da tredici anni. I genitori, due medici, un fisiatra e una neurologa, hanno sporto denuncia contro il Bambino Gesù e contro il Gemelli, dove pure la bimba è rimasta neppure dieci ore. Un sostituto procuratore ha aperto un fascicolo, ipotizzando - sulla testimonianza dei genitori - una serie di negligenze e quindi l'omicidio colposo. Ma i medici chiamati in causa questa volta non ci vogliono stare, e reagiscono alle accuse: «Quella bambina è morta di morbillo e quella bambina contro il morbillo non era vaccinata».

Lo hanno rivelato gli stessi genitori, medici loro volta. Il padre è il nipote di un fisiatra importante, Vincenzo Maria Saraceni, ordinario di Medicina all'Università La Sapienza. Nella famiglia di Giulia c'era stata una discussione sulla vaccinazione trivalente, l'Mpr che insieme all'antimorbillo inietta l'antidoto contro rosolia e parotite - si fa a un anno e si richiama ai cinque, ha un'efficacia del 99 per cento -. È prevalsa la linea della non vaccinazione. Lo scorso ottobre la bimba ha contratto l'infezione, che poi si è trasformata in una "panencefalite subacuta sclerosante" letale. Il professor Gualtiero Walter Ricciardi, ordinario di igiene al Gemelli, oggi presiede l'Istituto superiore di Sanità e sul caso ha parole dure: «È molto grave», dice, «che due medici non abbiano vaccinato la figlia. La complicazione del morbillo che ha causato il decesso della loro figlia è ormai una malattia rara. Non possiamo chiedere alla popolazione italiana di vaccinarsi, di non seguire tesi senza fondamento, e poi scoprire che neppure due medici lo fanno». Ancora Ricciardi: «La scorsa

settimana sono state pubblicate le prime spiegazioni genetiche e ambientali dell'autismo e mentre la scienza s'impegna a risolvere questioni enormi da noi tornano comportamenti anti-scientifici di massa. Venti giorni fa è ricomparsa, tre casi, una forma di meningite che pensavamo sconfitta, ora si sente questa tragedia. I medici che rimano contro la scienza e le sue evidenze dovrebbero essere allontanati dalla professione, come già succede all'estero». Il professor Vincenzo Maria Saraceni, zio della bimba, dice affranto: «Io suggerisco sempre la vaccinazione e così ho fatto con i miei figli. I genitori di Giulia hanno scelto diversamente, ma non possiamo essere severi con loro. Devo anche dire che al Bambino Gesù ho visto una grande dedizione del personale, accertamenti, indagini, terapie. La diagnosi era difficile, il caso era difficile».

Da "La Repubblica"  
(Federazione Regionale Toscana della  
FIMMG Notiziario di Firenze Medica  
Anno XIII - 2015 - n. 49  
del 12 marzo 2015.

## La generazione degli "iper-stressati". I giovani superano i Millennials

Gli adolescenti sono più stressati degli adulti. Lo conferma una ricerca condotta dall'American Psychological Association su 1.000 ragazzi americani per capire come valutano la loro risposta psicofisica durante anni delicati come quelli della crescita. A sorpresa, dopo aver fotografato la generazione dei *Millennials*, quella composta dai nati tra gli anni 80 e 2000 oggi trentenni, definita la più stressata di sempre, gli psicologi americani hanno constatato che le nuove leve non sono da meno. Il sondaggio condotto nell'e-

state del 2013 ha rivelato, infatti, che il passaggio del testimone tra generazioni di iper-stressati è assicurato. Le interviste online - come si conviene ad una generazione di nativi digitali - dimostrano che la percezione della propria stanchezza emotiva è superiore per i ragazzi. Gli adulti valutano il proprio grado di stress 5,1 su una scala da 1 a 10, i ragazzi 5,8. Il 31% dice di sentirsi oppresso dallo stress e per 1 ragazzo su 3 lo stress è la porta aperta sulla depressione. Insomma, un problema rilevante anche per la salute pubblica.

Non sembrano neanche del tutto sufficienti le spiegazioni che gli stessi psicologi forniscono al fenomeno: un uso eccessivo della tecnologia, che si chiama Web, Facebook o videogame, poca attività sportiva e poco riposo (7,4 ore in media rispetto alle 9-10 necessarie a quell'età secondo le linee guida internazionali). E se è vero che gli adulti passano lo stress ai propri figli, gli psicologi richiamano l'attenzione proprio dei genitori: "Aiutate i ragazzi in questo periodo della vita".

### Ordine di Prato: variazione orari e giorni di apertura al pubblico

A seguito di numerose richieste da parte degli iscritti, l'Ordine di Prato ha deciso di modificare gli orari di apertura al pubblico. Pertanto, a partire dal mese di **Maggio 2015**, gli orari di accesso saranno i seguenti:

- **Lunedì-Mercoledì-Venerdì** dalle ore 11 alle ore 14
- **Giovedì** dalle ore 11 alle ore 18

e in via sperimentale per la durata di tre mesi

- **Sabato** dalle ore 9 alle ore 11

IL PRESIDENTE  
dr. Francesco Sarubbi

# U.F. SALUTE MENTALE ADULTI ZONA FIRENZE

## Organizzazione Servizi Salute Mentale - Firenze

Responsabile: Dr. Sandro Domenichetti

Sede: Ospedale P. Palagi, Villa Margherita V.le Michelangelo 41 - Telefono 055 6937655 - Fax 055 6937657

E-mail: sandro.domenichetti@asf.toscana.it

### STRUTTURA OPERATIVA SEMPLICE SMA Q. 1-4

Responsabile: Dr.ssa Gemma Brandi  
Coord. Infermieri: Margherita Musso  
Sede: Centro di Salute Mentale,  
L.no Santa Rosa, 13 - 2° e 3° piano  
Tel. 055 6935505/587 (ex SOS SMA 1)  
Fax 055 6935588 (ex SOS SMA 1)  
Tel. 055 6935643 (ex SOS SMA 4)  
Fax 055 6935705 (ex SOS SMA 4)  
E-mail: gemma.brandi@asf.toscana.it

### ORARIO APERTURA CENTRO SALUTE MENTALE

Dal lunedì al venerdì: 7.00-19.00  
Sabato: 7.00-13.00

### CENTRI DIURNI

Centro Diurno **"Dino Campana"**  
Via XXVII Aprile 18  
Aperto 5 giorni/settimana dalle 8.00  
alle 16.00  
Centro Diurno **"Busillis"**  
Via Pisana 747  
Aperto 5 giorni/settimana dalle 8.30  
alle 16.30

### REPARTI OSPEDALIERI

SPDC c/o Ospedale S. Maria Nuova  
Piazza S. Maria Nuova 1  
Tel. 055 6938898/695,  
Fax 055 6938209  
Coord. Infermieri: Annalisa Piccinini  
Si ricoverano i pazienti residenti nei  
quartieri 1-2-3  
SPDC c/o Ospedale S. Giovanni di Dio  
(Torregalli) Via di Scandicci 3  
Tel. 055 6932420, Fax 055 6932421  
Coord. Infermieri: Luciana Del Guasta  
Si ricoverano i pazienti residenti nel  
quartiere 4

### RESIDENZE ASSISTITE

Comunità Terapeutica Psichiatrica  
Via Villari 12  
Aperta 12 mesi/anno per 7 giorni/set-  
timana  
Gruppo Appartamento **"Scarabeo"**  
Via degli Alfani 55  
Aperto 12 mesi/anno per 7 giorni/set-  
timana  
Struttura Residenziale **"Alice"**  
Via delle Casine 16  
Aperta 12 mesi/anno per 7 giorni/set-  
timana  
Struttura Residenziale Psichiatrica  
**"Bon Sai"**

Via di Soffiano 73/B  
Aperta 12 mesi/anno per 7 giorni/set-  
timana  
Struttura Residenziale Psichiatrica **"Le  
Querce"**  
Via di Ugnano 11  
Aperta 12 mesi/anno per 7 giorni/set-  
timana

### STRUTTURA OPERATIVA SEMPLICE SMA Q. 2

Responsabile: Dr. Giuseppe Sarao  
Coord. Infermieri: Annalisa Piccini  
Sede: Centro di Salute Mentale Villino  
Borghi Via L. il Magnifico 100  
Tel. 055 6934409 - Fax: 055 481435  
E-Mail: giuseppe.sarao@asf.toscana.it

### ORARIO APERTURA CENTRO SALUTE MENTALE

Dal lunedì al venerdì: 7.30 - 19.30 Sa-  
bato: 7.30 - 13.00

### CENTRO DIURNO

Centro Diurno **"Centostelle"**  
Via Pastrengo 17  
Aperto 5 giorni/settimana dalle 9.30  
alle 18.00  
Centro Diurno **"La Tinaia"**  
Via San Salvi 12  
Aperto 5 giorni/settimana

### RESIDENZE ASSISTITE

Residenza **"Iris" - "Garbasso"**  
Via Garbasso, 3  
Aperta 12 mesi/anno per 7 giorni/set-  
timana  
Residenza **"Emma"**  
Via Giambologna 22  
Aperta 12 mesi/anno per 7 giorni/set-  
timana

### STRUTTURA OPERATIVA SEMPLICE SMA Q. 3

Responsabile: Dr. Maurizio Miceli  
Coord. Infermieri: Patrizia Carulli  
Sede: Centro di Salute Mentale Viale  
Michelangelo 41  
Tel. 055 6937460 - Fax: 055 6937279  
E-mail: maurizio.miceli@asf.toscana.it

### ORARIO APERTURA CENTRO SALUTE MENTALE

Dal lunedì al venerdì: 7.30 - 19.30 Sa-

bato: 7.30 - 13.30

### CENTRO DIURNO

Centro Diurno **"Franca Chellini"**  
Viale Michelangelo 41  
Aperto 5 giorni/settimana dalle 8.00  
alle 17.00

### RESIDENZE ASSISTITE

Casa Famiglia **"Villino Schwaner"**  
Via Senese 76  
Aperta 12 mesi/anno per 7 giorni/set-  
timana  
Centro Terapia Intensiva **"La Terrazza"**  
Via Senese 208  
Aperta 12 mesi/anno per 7 giorni/set-  
timana

### STRUTTURA OPERATIVA SEMPLICE SMA Q. 5

Responsabile: Dr. Andrea Tanini  
Coord. Infermieri: Stefania Bianchini  
Sede: Centro di Salute Mentale Via P.  
Fanfani 17  
Tel. 055 6939358 - Fax: 055 6939373  
E-mail: andrea.tanini@asf.toscana.it

### ORARIO APERTURA CENTRO SALUTE MENTALE

Dal lunedì al venerdì: 8.00 - 20.00 Sa-  
bato: 8.00 - 14.00

### CENTRO DIURNO

Centro Diurno **"Fili e Colori"**  
Via E. il Navigatore 17  
Aperto 5 giorni/settimana dalle 8.00  
alle 17.00

### RESIDENZE ASSISTITE

Comunità Terapeutica **"Il Villino"**  
Via Ponte di Mezzo 18  
Aperta 12 mesi/anno per 7 giorni/set-  
timana  
Comunità Terapeutica **"Villino Torri-  
giani"**  
Via Toselli 168  
Aperta 12 mesi/anno per 7 giorni/set-  
timana

### REPARTO OSPEDALIERO

SPDC c/o Presidio **"Le Oblate"** - Ca-  
reggi Piazza di Careggi 1  
Tel. 055 6939813/37  
Fax 055 6939814  
Coord. Infermieri: Stefania Bianchini  
Si ricoverano i pazienti residenti nel  
quartiere 5

## Previdenza. Da Enpam arriva la busta arancione: il simulatore online per calcolare la pensione

Oltre 70mila medici di medicina generale, pediatri e convenzionati della continuità assistenziale e del 118 potranno avere un quadro pensionistico completo. Per loro sarà possibile visualizzare tutte le tre parti che compongono la pensione: quella del *Fondo di medicina generale*, quella legata al contributo minimo obbligatorio (*Quota A*) e quella maturata con l'eventuale attività libero professionale (*Quota B*). L'Enpam lancia la busta arancione.

I medici e gli odontoiatri possono sapere da oggi quanto prenderanno di pensione semplicemente entrando nella propria area riservata sul sito dell'ente di previdenza. L'iniziativa prende il nome dalla busta arancione che in Svezia viene inviata a tutti i lavoratori per tenerli informati su quanto stanno accumulando per la vita post-lavorativa.

Il simulatore permette di visualizzare tre diverse ipotesi. La prima è calcolata sulla media dei redditi percepiti

fino ad oggi. La seconda si basa sulla media contributiva degli ultimi tre o cinque anni. Nella terza ipotesi si prevede di continuare ad avere, da adesso all'età pensionabile, il reddito dell'ultimo anno. Finora le ipotesi di pensione erano disponibili sul sito internet dell'Enpam solo per la quota A e i redditi da libera professione. Nel 2014 sono state più di 300 mila le simulazioni evase online.

## Presunta correlazione vaccini-autismo

Finalmente una sentenza fondata sulla scienza: è quanto affermano la Società Italiana di Pediatria (SIP), la Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) e l'Associazione Culturale Pediatri (ACP) in merito alla decisione della Corte di Appello di Bologna che, ribaltando il giudizio di primo grado pronunciato dal Tribunale di Rimini, ha escluso l'esistenza di un nesso di causalità tra vaccino trivalente MPR (morbillo parotite e rosolia) e autismo, proprio sulla scorta dell'ampia letteratura scientifica esistente su questo tema.

Ma proprio sulla sentenza di primo grado hanno fatto leva le violente campagne antivaccinazione di questi anni tese a diffondere false credenze sui vaccini. "False credenze" spiega il Presidente della SIP Giovanni Corsello, "che, insieme alla mancata percezione dei rischi del morbillo, stanno portando ad un pericoloso calo della copertura

vaccinale. In Italia dall'inizio del 2014 sono stati segnalati 1.674 di morbillo, con un'incidenza pari a 2,8 casi per 100.000 abitanti. Il calo delle coperture vaccinali, oltre al rischio di possibili e gravi epidemie, ci allontana sempre di più dal raggiungimento dell'obiettivo di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, previsto dall'OMS per il 2015".

Proprio di recente l'OMS ha bacchettato anche l'Italia perché in ritardo sulla tabella di marcia stabilita per eliminare morbillo e rosolia. E sicuramente un clima di confusione sui reali benefici delle vaccinazioni, alimentato da campagne di antivaccinatori e da discutibili pronunce di alcune Procure della Repubblica, costituisce una deriva pericolosa e allontana dalla pratica vaccinale. "Il fatto che anche la magistratura, avvalendosi di consulenti tecnici d'ufficio competenti, certifichi

che non esiste un nesso di causalità tra vaccinazione MPR e autismo, non può che essere accolta con estremo favore" - commenta Giampietro Chiamenti, Presidente della FIMP.

Ormai troppo spesso assistiamo a genitori in preda a dubbi sulle vaccinazioni che costituiscono invece un fondamentale strumento di prevenzione.

Il risultato è un preoccupante calo delle vaccinazioni come quelle che riguardano il morbillo e la rosolia". SIP, FIMP e ACP ricordano che il morbillo, seppur non considerato pericoloso, rappresenta nel mondo una delle prime cause di mortalità per malattia infettiva tra i bambini. Nel 2013 vi sono stati 145.700 decessi (circa 400 al giorno e 16 ogni ora) per morbillo. La vaccinazione contro il morbillo ha favorito un calo del 75% dei decessi tra il 2000 e il 2013 in tutto il mondo (dati OMS), impedendo oltre 15 milioni di morti.

## Errore medico e responsabilità dell'infermiere

La Corte di Cassazione, sezione IV penale, con la sentenza n. 2192 del 16/01/2015 ha affrontato un caso di responsabilità sanitaria dove, oltre all'accertamento dell'errore medico, è emersa anche la responsabilità infermieristica. Il medico, infatti, aveva errato prescrivendo un antibiotico a cui il paziente era stato riconosciuto allergi-

co, ma anche l'infermiere coordinatore è stato ritenuto responsabile perché il suo ruolo, secondo la Cassazione, non è solo gestionale e organizzativo, ma anche clinico e avrebbe dovuto controllare l'anamnesi e accorgersi che l'allergia al farmaco era stata evidenziata in cartella. La tutela del paziente, quindi, incombe sia sul medico che sull'infermiere e

quest'ultimo, afferma la Corte, non deve agire in modo meccanicistico con azioni meramente esecutive, ma deve agire in maniera collaborativa con il personale medico, anche evidenziando criticità percepite o percepibili secondo "le regole imposte dall'arte infermieristica" e condividendo col medico le prescrizioni e le terapie.

### Variazione sede della FIMMG Provinciale di Firenze e Regionale Toscana

Si comunica che dal **1 Gennaio 2015** la FIMMG ha cambiato il proprio indirizzo e si è trasferita in Via Francesco Baracca 209 - 50127 Firenze.

I numeri di telefono 055-486391 e 055.496307 e fax: 055.470216 rimangono invariati, come rimane invariata la mail per comunicazioni: [firenze@fimmg.org](mailto:firenze@fimmg.org) (per la sede provinciale) e [toscana@fimmg.org](mailto:toscana@fimmg.org) (per la sede regionale).

**CONVENZIONI****PRIVATASSISTENZA - Assistenza domiciliare anziani, mlti e disabili**

PrivatAssistenza Firenze, è un Centro Servizi che eroga una serie di servizi assistenziali e infermieristici occasionali e continuativi personalizzati alle persone anziane, malati e disabili e/o temporaneamente non autosufficienti con personale qualificato e in grado di rispondere alle richieste 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno. Il servizio sono erogati esclusivamente da assistenti esperti, infermieri e fisioterapisti qualificati regolarmente coperti da polizza di responsabilità civile e deducibili o detraibili fiscalmente.

PrivatAssistenza Firenze riserva ai medici iscritti all'Ordine e ai propri familiari uno sconto dedicato del 10% sul primo accesso o la prima prestazione socio sanitaria erogata (ad esempio 1° notte di assistenza, 1° giornata di assistenza da 2 a 10 ore, 1° accesso fisioterapico, 1° prestazione infermieristica, podologica, logopedica o sanitaria in generale) e successivamente sarà applicato uno sconto del 5% su tutti i servizi ulteriormente richiesti.

Gli interventi dovranno essere richiesti telefonando al numero 055/570865 del centro PrivatAssistenza Firenze attivo tutto l'anno, 24 ore su 24 oppure recandosi direttamente presso il Centro in Via Nino Bixio 11. Info: tel. 055/570865. E-mail: firenzecampodimarte@privatassistenza.it - sito web: www.privatassistenza.it.

**Argenti Centostelle Gioielli**

(10% DI SCONTO SU TUTTI GLI ARTICOLI)

Vasto assortimento di articoli regalo e complementi per la casa, bomboniere, liste di nozze, gioielli. Via Centostelle 1/2 - Firenze - Tel. 055/6121260.

**Wall Street Institute Firenze**

"Il centro WALL STREET INSTITUTE riserva a tutti gli iscritti agli albo medici e odontoiatri di Firenze, nonché ai dipendenti degli Ordini dei Medici della Toscana, previa esibizione del tesserino di iscrizione, i seguenti vantaggi: sconto pari al valore della quota d'iscrizione e del materiale didattico (Euro 250,00) Esame Bulats (Business Language Testing Service) dell'University of Cambridge gratuito. I suddetti vantaggi SONO CUMULABILI con altre eventuali promozioni in corso del mese."

Wall Street Institute, Via C. Landino 10 - Firenze

Tel 055 50751 - fax 055 5075217 - tmkfi@libero.it - f.bordoni@wallstreet.it- www.wallstreet-firenze.it.

**Convenzione Klub**

Klub in merito ad una sua azione di promozione dell'attività fisica come strumento di prevenzione primaria, per far conoscere i propri percorsi ai medici iscritti all'Ordine e ai propri familiari ha studiato una convenzione specifica ed esclusiva:

- Sconto del 20% su abbonamenti NET PLUS: OPEN TIME E PART TIME

- Servizio KTS ovvero:

- 1 analisi della composizione corporea
- test di forza, test aerobico sul consumo di ossigeno
- scheda di allenamento personalizzata fatta da un personal trainer con l'innovativo sistema my Wellness Technogym che permette di visualizzare esercizi e risultati dei test, oltre a visualizzare e gestire il programma di allenamento direttamente sullo smartphone
- 1 trattamento presso la nostra estetica (massaggio/rituale di benvenuto)

Per informazioni: Dott.ssa Debora Ciampi convenzioni@klub.it.

**LEGENDA**

**SI RICORDA CHE È POSSIBILE ATTIVARE I LINK TRAMITE CODICE QR.**

**NELLA VERSIONE PDF, SCARICABILE DAL SITO DELL'ORDINE DI FIRENZE O DALL'APP: ATTIVARE I LINK DOVE SONO PRESENTI I SEGUENTI SIMBOLI**



**Codice QR** - Rimando Link esterno con cellulare



**URL** - Rimando Link esterno



**Sommarrio** - Rimando pagina interno



**E-mail** - Rimando programma e-mail

**EDIZIONI TASSINARI****STAMPA DA NOI IL TUO LIBRO**

**L'EDITORE DI TOSCANA MEDICA OFFRE PREZZI OTTIMI PER I MEDICI**

Inviare le caratteristiche, il numero di pagine e copie, riceverete il preventivo / Stampiamo anche ricettari, carta da lettere e biglietti da visita

**ULTIME NOVITA!**

**RILEGATURE  
ARTIGIANALI  
IN CARTONATO**

**STAMPA SU TESSUTO****NOVITÀ EDITORIALI****Trattato di podologia***Suddiviso in due volumi*

È un'opera originale che consente di cogliere, nella sua estensione, lo spazio affidato alla responsabilità del moderno Podologo garantendo, con una rigorosa competenza, la soluzione dei casi anche complessi.

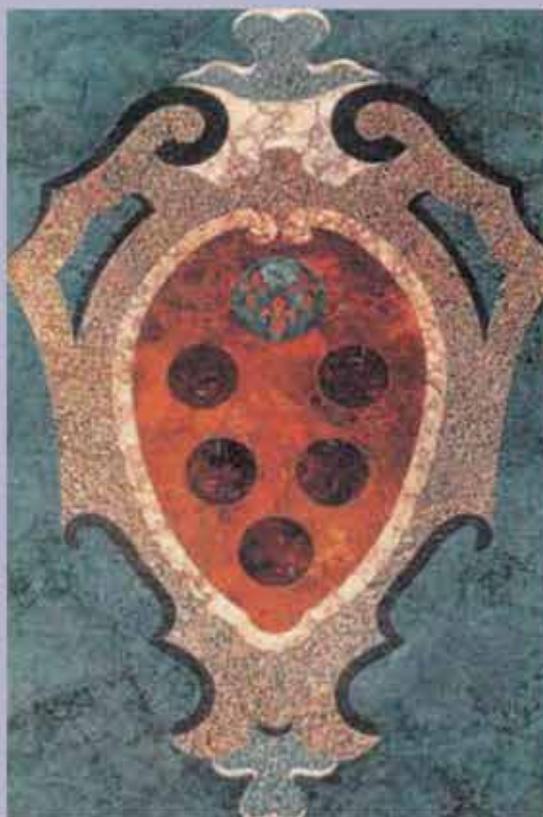
Toscana Medica **412015**

Viale dei Mille, 90 - 50131 Firenze - Tel. 055 570323 - Fax 055 582789

[www.edizionitassinari.it](http://www.edizionitassinari.it) - [pre.stampa@edizionitassinari.it](mailto:pre.stampa@edizionitassinari.it)

**Manfredo Fanfani**

## **UN RADIOLOGO IN CASA MEDICI**



**La malattia articolare  
della famiglia fu vera Gotta?**

---

*Realizzazione: Ricerche Cliniche Prof. Manfredo Fanfani  
Piazza della Indipendenza 18/b Firenze - Tel. 055 49701  
[www.istitutofanfani.it](http://www.istitutofanfani.it)*

*Una copia della pubblicazione può essere richiesta a [info@istitutofanfani.it](mailto:info@istitutofanfani.it)*