

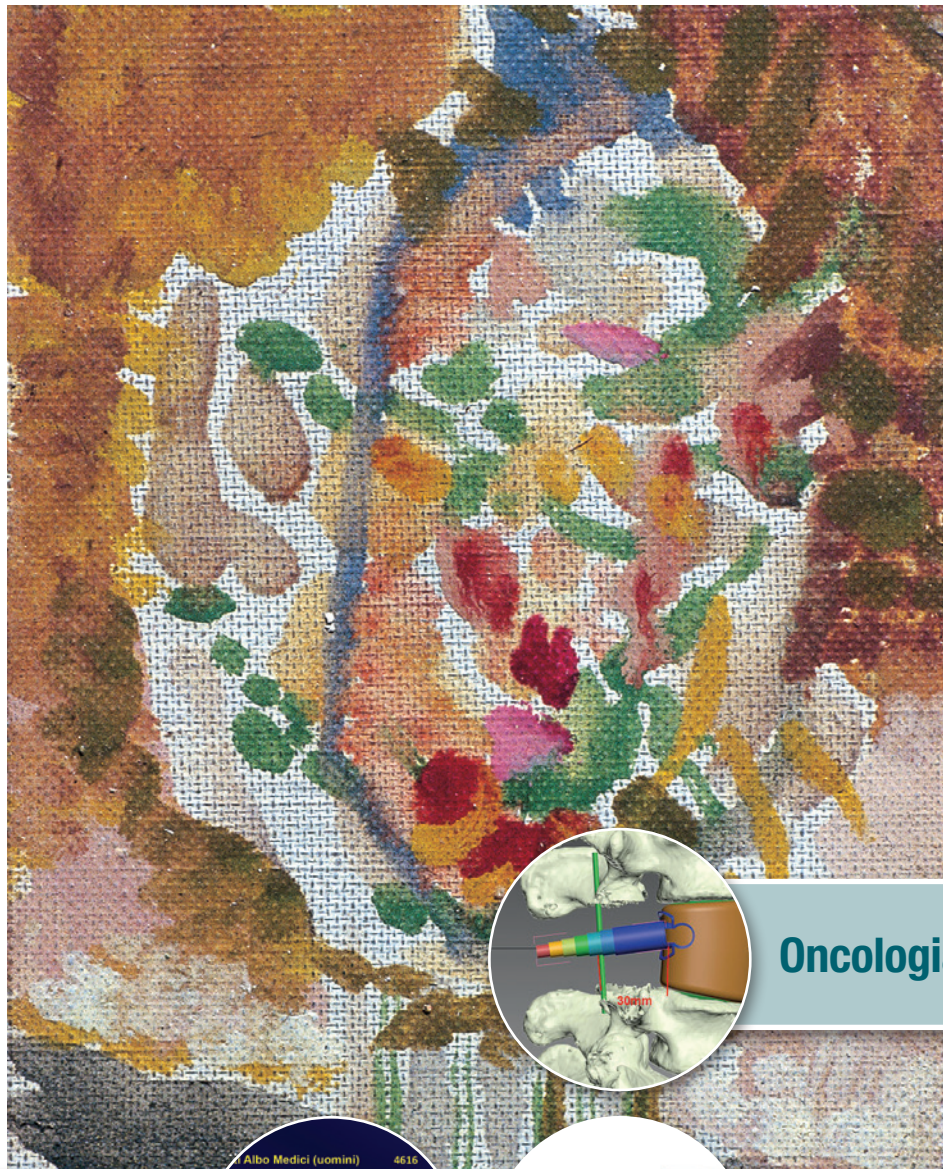
TOSCANA MEDICA

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

Mensile - Anno XXXVII n. 4 aprile 2019 - Spedizione in Abbonamento Postale - ISSN 2611-9412 (print) - ISSN 2612-2901 (online)

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

APRILE **4**



Oncologia ortopedica

**Cifre e dati
nell'attività dell'Ordine**

Albo Medici (uomini)	4618
Albi Medici (donne)	3730
Albi Odontoiatri (uomini)	880
Albi Odontoiatri (donne)	386
Totale donne	4009
Totale uomini	5069
Totale iscritti	9079

La "cecità" di genere



**Il Fondo librario di
Santa Maria Nuova**



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







Anno XXXVII - n. 4 aprile 2019

Direttore Responsabile
Teresita Mazzei

Capo Redattore
Simone Pancani

Segretaria di Redazione
Antonella Barresi

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

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

Editore

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

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

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

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

Stampa

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

Finito di stampare Aprile 2019 presso le IGP - Pisa

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

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

TOSCANA MEDICA

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

sommario

EDITORIALE

Fondato da
Giovanni Turziani

- 4 Il vecchio e il nuovo nel mondo che cambia
T. Mazzei

In copertina
Gastone Breddo
Fiori
Olio su compensato
cm 15x10
Collezione Privata,
Firenze

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 6 Ciarlatani e *quack doctors*
D. Lippi

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 8 La "cecità" di genere: una sindrome poco conosciuta
C. Baggione e coll.
- 10 Prevenzione e innovazione nel campo della chirurgia
oncologica ortopedica
G. Focardi Nicita
- 13 Focus sull'Omeopatia
E. Rossi e coll.
- 16 Le Nuove Dipendenze - *New Addictions*
S. Masetti e coll.

FRAMMENTI DI STORIA

- 18 I libri e i manoscritti dell'antico Ospedale di Santa Maria Nuova
L. Vannucci

CLIMA E SALUTE

- 21 Analisi delle differenze multiculturali nella percezione
del rischio caldo in lavoratori *outdoor*
A. Messeri e coll.

LETTERE AL DIRETTORE

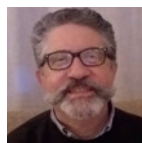
- 24 Il diritto alla salute delle persone con autismo impone
trattamenti di dimostrata efficacia
M. Lupi e coll.
- 26 Ancora sull'autismo
R. Vecchione e coll.

28 - VITA DELL'ORDINE

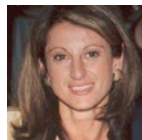
9, 17 - CONVEGNI ECM



Teresita Mazzei



Simone Pancani



Antonella Barresi

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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

Il vecchio e il nuovo nel mondo che cambia

di *Teresita Mazzei*

1968, cinquanta anni fa, una distanza siderale nell'oggi moderno dei giga e dei nanosecondi, delle scienze omiche e dell'iperconnessione globale.

Nel 1968, mentre il mondo cambiava faccia e si rivoluzionavano ideologie e comportamenti, anche a Firenze un gruppo di ragazzi e ragazze guadagnavano la tanto sospirata laurea in Medicina e Chirurgia e si accingevano (forse con minori difficoltà di adesso) a trovarsi un agognato lavoro. In poco tempo sono tutti diventati protagonisti, ognuno nel proprio campo, del progredire fantasmagorico delle conoscenze, assistendo loro malgrado anche alla progressiva crisi della professione medica in ogni suo aspetto, sociale, etico, morale, sindacale, deontologico.

31 marzo 2019. Molti dei giovani di

allora (il "vecchio" del titolo, citato senza sarcasmo o denigrazione quanto piuttosto in una visione classica che parla di saggezza ed esperienza) siedono nella Sala Riunioni dell'Ordine per ricevere l'applauso dei colleghi e la targa che testimonia il loro percorso di custodi della salute di tante persone.

Occasione di incontro per salutarsi ancora, magari ritrovarsi, ripensare ai mille episodi comuni vissuti sui banchi accademici e alle "guerre" con i docenti, confrontare senza malizia aspetto e prestanza fisica reciproca, ricordare con umano rimpianto e tenerezza i compagni perduti per strada.

La cerimonia dei cinquanta anni di laurea, sempre invariabilmente uguale e sempre suggestiva, credo rappre-

senti un momento di riflessione importante, quando il tempo costringe a confrontarsi con le antiche aspettative e a fronteggiare un presente che magari non si è rivelato poi così uguale a quello immaginato da giovani.

Tra cinquanta anni saranno a ritirare la famosa targa, chissà in quale sede di Ordine, i ragazzi e le ragazze (i "giovani", secondi protagonisti del binomio del titolo) che il giorno precedente, sabato 30 marzo, all'inizio della professione hanno giurato solennemente nel nome dell'antico Collega di Kos.

Probabilmente li aspetta un periodo non semplice e molte soddisfazioni purtroppo tarderanno a presentarsi, eppure spetta a loro continuare ad avere voglia di inseguire con curiosità e intelligenza i cambiamenti del-



Giuramento Professionale, Auditorium CTO Firenze 30 Marzo 2019. Da sinistra: Dario Nardella, sindaco del Comune di Firenze; Roberto Monaco, segretario FNOMCeO e presidente OMCeO Siena; Luigi Dei, magnifico rettore dell'Università degli Studi di Firenze; Teresita-Mazzei, presidente OMCeO Firenze; Stefania Saccardi, assessore al Diritto alla Salute, al Welfare e all'Integrazione socio-sanitaria della Regione Toscana; Alexander Peirano, presidente della Commissione Odontoiatrica OMCeO Firenze.



Assemblea Annuale, tenutasi in data 31.3.2019. Da sinistra: la presidente Teresita Mazzei, il vice presidente Luciano Gabbani e la tesoriere Maria Antonia Pata.

la nostra professione e della nostra Scienza, senza mai perdere di vista la vicinanza partecipata al malato e alla sua sofferenza. Questo l'augurio più bello che possiamo offrire ai giovani che stanno per incamminarsi sulla strada che abbiamo percorso prima di loro.

Queste considerazioni mi sono venute spontanee mentre come presidente dell'Ordine presiedevo la cerimonia annuale dell'assemblea degli iscritti e sono andate a mescolarsi con gli aspetti più freddamente amministrativi dell'attività ordinistica. Pertanto ho presentato ai colleghi i dati relativi all'attività dell'Ordine durante il 2018 che sono pubblicati in questo numero di "Toscana Medica".

Qualche dato particolarmente significativo. A Firenze gli iscritti sono oggi 9.078, 4.009 donne e 5.069 uomini. Più di un centinaio di colleghi è attivo nelle 11 Commissioni che, guidate da un coordinatore e un re-

ferente dell'Ordine, si occupano di molteplici attività regolate da un disciplinare appositamente individuato e messo in pratica.

Nel 2018 all'Ordine si è parlato tra l'altro di problemi quotidiani della professione, violenza sui luoghi di lavoro, legge 219/2017, pensioni, responsabilità sanitaria, adempimenti del consulente tecnico d'ufficio, parodontologia clinica e sono stati erogati ben 1.988 crediti formativi a 435 colleghi.

Nello scorso anno è stata inoltre "rifondata" la Federazione Toscana degli Ordini dei Medici, di cui sono stata nominata tesoriere, per affiancare come professionisti tecnici gli organi regionali della politica e sono state portate avanti le iniziative relative ai Progetti "Alternanza Scuola Lavoro" e "Percorso di Biologia con curvatura biomedica", destinati agli studenti delle scuole superiori.

Una struttura complessa come l'Ordine ha poi bisogno di strumenti per

poter lavorare al meglio adempiendo a tutte le funzioni demandate dalla legge.

Durante lo scorso anno ci siamo pertanto adoperati per i necessari adeguamenti alle politiche di *privacy*, anticorruzione e trasparenza oltre che per la regolamentazione di acquisti, forniture e incarichi professionali e per l'adeguamento delle dotazioni informatiche.

Ho infine doverosamente ricordato ai colleghi che dal 2004 non vengono modificate le quote di iscrizione e che tuttora l'Ordine provvede a fornire gratuitamente agli iscritti la casella personale di posta certificata. Molte anche le iniziative per l'anno in corso all'interno di quella che vorremmo continuare a considerare la casa di tutti i medici e odontoiatri della Provincia di Firenze, catalizzatore di incontro e confronto tra il "vecchio" e il "nuovo" di una professione affascinante in continua evoluzione in un mondo che cambia.

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

s.baglioni@omceofi.it

Ciarlatani e *quack doctors*

di Donatella Lippi



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

Verosimilmente, questo termine si riferisce agli abitanti di Cerreto, in Umbria, a cui, nel corso del Trecento, era stata attribuita la facoltà di postulare obblazioni in favore di alcuni ospedali. Intermediari sociali tra ricchi e poveri, si avvalevano della loro straordinaria capacità di eloquio, delle loro *ciarle*.

Dalla crisi di questi due lemmi, ha verosimilmente avuto origine la parola *ciarlatano*...

Da “empirici e ciarlatani”, Maria Teresa d’Austria invitava a diffidare il figlio Leopoldo, in una lettera del 5 agosto 1765, prima della sua partenza per Firenze, per diventare granduca di Toscana.

Consapevole del ruolo fondamentale del medico nella vita privata e pubblica del sovrano, l’imperatrice esortava il figlio a riconoscere l’autorità del protomedico, depositario del sapere accademico ufficiale.

Uno degli aspetti su cui si esercitò lo spirito riformatore di Maria Teresa aveva riguardato in particolare, infatti, la ristrutturazione degli studi universitari, con la conseguente revisione dei *curricula* e la creazione di nuove figure professionali.

In questo panorama più articolato rimanevano, però, zone d’ombra, saperi non accreditati, attività illecite, che sfuggivano al controllo dello Stato, empirici e ciarlatani, appunto, manipolatori di una pratica costruita sull’esperienza, forti di un successo basato sulla dabbennaggine altrui.

Ma anche maniscalchi, mammane, rizotomisti e venditori, non autorizzati, di semplici.

Per contenere gli abusi di un mestiere che metteva a rischio la salute

dei cittadini, già nel 1498 il Collegio dei Medici della Città di Firenze, su invito dei consoli dell’Arte, dava alle stampe il *Ricettario Fiorentino*, prima farmacopea ufficiale, emesso dall’Istituzione competente, finalizzata a regolamentare le disposizioni farmaceutiche, a cui tutti gli speciali dovevano attenersi per la composizione delle medicine e i medici nelle loro prescrizioni.

Da Clodio di Ancona, che Cicerone chiamava “*pharmacopola circumforaneus*”, a Cristoforo Contugi, l’Orvietano, ai medici alla moda, come Leonardo Fioravanti, tutta la storia della professione medica è attraversata dalla tensione alla creazione di una figura di professionista autorizzato e dai tentativi di eversione rispetto ai canali riconosciuti dalla normativa e dalla formazione.

Matricole, licenze, lauree non riuscivano ad arginare il dilagare degli impostori, che, come le meretrici, a quanto scrive Guido Aretino (X-XI sec. d.C.) nel suo *Liber mitis*, “non solo peccano per sé, ma fanno cadere anche gli altri nell’errore”.

Nel Medioevo e oltre, si chiamarono “libri di segreti” i ricettari “tecnici”, che documentavano i passaggi-chiave, i “segreti del mestiere”, preludi di sperimentazioni che sono diventate “scienza” solo nel momento in cui sono state condivise, testate, riprodotte.

Araldi, affissioni, gazzette: questi i mezzi per reclamizzare i rimedi.

E l’abilità nel coinvolgere il pubblico si giocava tra le pieghe della spettacolarità: il Tabarin, locale nato in Francia per le rappresentazioni teatrali di arte varia, deriva,

infatti, dal nome d’arte di Antoine Girard (1584-1633), artista di strada e comico, complice del ciarlatano Mondor, nel vendere i suoi presunti medicinali.

E così, il francese Cabotin, tra uno spettacolo e l’altro, smerciava polveri miracolose e toglieva denti...

Nonostante l’impegno medico-legale di Paolo Zacchia (1584-1659), che tra Cinque e Seicento aveva enumerato gli sbagli degli empirici, sostenendo come, prima di somministrare un rimedio, fosse necessario conoscere la malattia, ancora per Molière, fare il medico “è il miglior mestiere del mondo; perché, sia che si faccia bene



Figura 1 – Balanzone.

sia che si faccia male, si è sempre pagati in modo uguale. L'affare cattivo non ricade mai sulle nostre spalle, e tagliamo, a piacer nostro, nella stoffa che lavoriamo”.

Il colorato mondo dei ciarlatani ha continuato a camuffare le proprie sembianze sotto parrucche ricciolute, giacchette a campana con arzigogoli di passamanerie, calzoni di seta al ginocchio e scarpette con fibbia e gale, soggetto amato da Jan Steen e protagonista de *Il Malato immaginario*, metafora della condizione umana, sospesa tra l'eterna paura della morte, che altro non è che paura della vita.

“Colto e rispettabile pubblico, popolo infermiccio di Roma, ralleggratevi alfine, che il celebre, umilissimo Gambalunga è fra voi.

Eccolo quel vostro servo che avete tanto aspettato, quell'arcitanfano della medicina che coll'aiuto del cielo ha operato tante operazioni a profitto della povera umanità... ché io colla egregia virtù della mia meschina ignoranza... saprò rintuzzarvi addentro, e farò colla fama dei miei prodigi ammutolire qualunque rivale della mia conosciuta dottrina”.

Così scriveva nella sua cicalata Giuseppe Gioacchino Belli nel 1828. È questo ancora il *quack doctor* della satira di Hogarth, ma sono questi anche i Tofani e i Bennati, che abitano le pagine di Fucini, forniti di diplomi di laurea “ottenuti in tutte le Università del globo terraqueo e gli attestati di benemerenzia rilasciatigli da tutti i potentati e da tutte le celebrità dell'Europa, dell'Asia, dell'Africa,

dell'Oceania e di qualche altra parte del mondo non da tutti conosciuta”. Ormai, però, come sa bene Fucini, questi variopinti impostori hanno lasciato il posto a imbonitori “più nobili e dignitosi che tendono il loro salutare paretaio nelle grosse città”, promettendo salute e salvezza, come il dr. Siegfried Iseman, uno dei medici che dormono nel cimitero di *Spoon River*: aveva iniziato la professione convinto di portare “il credo cristiano nella pratica della medicina”, ma finì per inventare quell'elisir di giovinezza che lo “spedì nella prigione di Peoria, bollato come imbrogliatore e truffatore dall'integerrimo Giudice Federale!”.

donatella.lippi@unifi.it

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

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

Toscana Medica: a.barresi@omceofi.it

Orario di apertura al pubblico

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

Rilascio certificati di iscrizione

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

Tassa annuale di iscrizione

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

Cambio di indirizzo

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

Commissione Odontoiatri: Il lunedì pomeriggio su appuntamento

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

AMMI - e-mail: ammifirenze2013@gmail.com - sito: www.ammifirenze.altervista.org

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

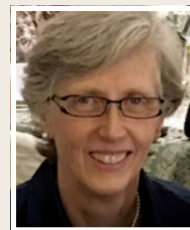
Newsletter: inviata per e-mail agli utenti registrati sul sito Internet dell'Ordine

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

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

La “cecità” di genere: una sindrome poco conosciuta

di *Cristiana Baggione, Francesca Bandinelli, Giancarlo Casolo, Valeria Dubini, Elisa Bissoni Fattori, Anita Labonia, Lara Lenzi, Maria Antonia Pata, Ida Rubino, Francesca Sani*



CRISTIANA BAGGIORE
Direttore SOC Diabetologia dell'Azienda
USL Toscana Centro, componente
Commissione Diabetologica dell'Organismo
Toscano per il Governo Clinico, componente
del Consiglio dell'Ordine dei Medici
e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

FRANCESCA BANDINELLI,
GIANCARLO CASOLO, VALERIA DUBINI,
ELISA BISSONI FATTORI, ANITA LABONIA,
LARA LENZI, MARIA ANTONIA PATA,
IDA RUBINO, FRANCESCA SANI
Componenti Commissione
“Medicina di Genere”, Ordine dei Medici
e degli Odontoiatri di Firenze

La “cecità di genere” nasce dall'assunto che al di là della sfera sessuale, l'uomo e la donna siano uguali. Essere uomo o donna condiziona l'insorgenza, il decorso e la sintomatologia delle malattie, influenzandone quindi la diagnostica, la cura e la riabilitazione. Oggi è necessario considerare oltre a quelle biologiche anche le differenze di genere, intese come il risultato di un percorso sociale e culturale che differenzia uomini e donne.

Parole chiave:
medicina di genere, equità
dell'assistenza, prospettiva di genere

Ippocrate diceva “... è più importante conoscere che tipo di persona abbia una malattia, piuttosto che sapere che malattia abbia una persona”. La medicina è orientata ancora a valutare e ragionare quasi esclusivamente in termini di differenze

biologiche fra individui, mentre oggi è diventata imprescindibile la necessità di considerare insieme a quelle biologiche anche le differenze di genere, intese come il risultato di un percorso sociale e culturale che differenzia uomini e donne. La “cecità di genere” nasce dall'assunto che al di là della sfera sessuale, l'uomo e la donna siano del tutto simili. La medicina di genere quindi va intesa non come “medicina delle donne”, ma in un'accezione più ampia che tenga conto dei vari fattori determinanti per la condizione e lo stato di salute di ciascun individuo con le sue peculiarità, oltre che biologiche, anche ambientali, culturali, sociali e relazionali.

L'essere uomo o donna condiziona sia l'insorgenza che il decorso e la sintomatologia delle malattie, influenzandone quindi la diagnostica, la cura e la riabilitazione.

La risposta farmacologica può essere molto diversa fra uomini e donne e il paradigma che vuole farmaci testati sull'uomo, studiati su maschi di circa 70 kg di peso, validi per tutta la popolazione, oggi appare come del tutto inadeguato.

La metabolizzazione dei farmaci segue dinamiche diverse nei maschi e nelle femmine e forse in taluni casi anche meccanismi d'azione diversi. Quindi protocolli diagnostici, costruiti essenzialmente sulla popolazione maschile, hanno determinato la sistematica sottovalutazione o interpretazione errata dei diversi sintomi nelle donne con conseguenti comportamenti clinici distorti, risposte terapeutiche inadeguate, reazioni avverse ai farmaci (superiori nelle donne del 50% rispetto agli

uomini e soprattutto nella popolazione anziana politrattata), maggiori tassi di mortalità, come nel caso delle patologie cardiache, in particolare dell'ischemia acuta.

Parlare di una “prospettiva di genere” in medicina, pertanto, non è una perifrasi per indicare l'attenzione alla salute delle donne, significa includere le relazioni di genere nel punto di vista da cui si osserva la scienza medica: anche gli uomini possono essere svantaggiati in termini di salute dai loro ruoli di genere. Per esempio, la salute emotiva degli uomini è scarsamente oggetto di ricerca e di pratica: particolarmente rilevante è l'esempio della depressione che è spesso causa di ideazione e comportamenti suicidari e il numero dei suicidi, nella maggior parte dei Paesi occidentali, compresa l'Italia, è maggiore tra gli uomini, forse anche a causa di una ridotta diagnosi di depressione negli uomini stessi.

L'obiettivo rimane quello di curare la persona al meglio, maschio o femmina che sia. Perché se è vero che la medicina di genere nasce dall'evidenza dell'esclusione delle donne dalla ricerca e dalla pratica clinica, “inforcare gli occhiali di genere” è

indispensabile se si vuole garantire l'equità nell'assistenza sanitaria. La medicina avanza e la politica tenta la risposta. Ed ecco il cosiddetto DL Lorenzin approvato il 22-12-2017 e pubblicato il 15 febbraio 2018 che inserisce nell'articolo 3 l'applicazione e la diffusione della medicina di genere nel Servizio Sanitario Nazionale. Le necessità impellenti sono: sperimentazione; formazione; ricerca e informazione per la salvaguardia della salute della donna in un'ottica di differenza di genere.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha inserito dal 2000 la medicina di genere nell'*Equity Act*, in cui si dice espressamente che il principio di equità implica non solo la parità di accesso alle cure di donne e uomini, ma anche l'adeguatezza e l'appropriatezza di cura secondo il proprio genere. In anni più recenti l'OMS ha stabilito il "genere" come

tema base della programmazione 2014-2019.

L'ISTAT segnala che l'8,3% delle donne denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini e la disabilità risulta nel 6,1% delle donne contro il 3,5% degli uomini. D'altronde in Italia il 70% delle persone con demenza è assistito a domicilio e per il 70% dei casi il *caregiver* è donna, quindi a maggior rischio per il proprio benessere psico-fisico. Anche le violenze contro le donne (10-14%) hanno una forte rilevanza sanitaria, per le conseguenze immediate delle lesioni fisiche ma anche per gli effetti secondari: depressione, ansia, disturbi dell'alimentazione, sessuali e ginecologici.

L'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro (*European Agency for Safety and Health at Work*, EU-OSHA) ha evidenziato nei suoi studi come lo *stress* lavoro-correla-

to sia una delle sfide principali con cui l'Europa deve confrontarsi e che le malattie lavoro-correlate sono diverse tra uomini e donne, prevalentemente a causa delle differenze di genere. Affinché la dimensione di genere diventi uno strumento di programmazione sanitaria e di pratica clinica, a garanzia di una medicina sempre più personalizzata basata sulla centralità del paziente, occorre ancora molta ricerca e appare evidente e incontrovertibile la necessità di promuovere la cultura e la conoscenza della medicina genere-specifica per limitare le disuguaglianze in ambito diagnostico-terapeutico e garantire il diritto alla salute, sancito dall'articolo 32 della nostra Costituzione.

Si ringrazia per la fattiva collaborazione la dott.ssa Lucrezia Catania.

cristianamaria.baggiore@uslcentro.toscana.it

CONVEGNI ECM

ISCRIZIONI SOLO ONLINE

www.ordine-medici-firenze.it/index.php/eventi/promossi-dall-ordine

4 Crediti ECM

L'ATTIVITÀ MOTORIA: È PER TUTTI?

Sabato, 11 Maggio 2019, 8.30-13.30

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Via G.C. Vanini 15, Firenze

—

4 Crediti ECM

LA NUOVA DIAGNOSTICA DEL CANCRO DELLA PROSTATA: CENTRALITÀ DELLA RISONANZA MAGNETICA

Giovedì, 16 Maggio 2019, 15.00-19.00

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Via G. C. Vanini 15, Firenze

Prevenzione e innovazione nel campo della chirurgia oncologica ortopedica

di Giovanna Focardi Nicita



Professor Rodolfo Capanna

Abbiamo intervistato
il professor Rodolfo Capanna,
Direttore dell'Unità Operativa
di Traumatologia e Ortopedia II
dell'Università degli Studi di Pisa.

Parole chiave:

oncologia ortopedica, tumori ossei,
stampa 3D, protesi 3D

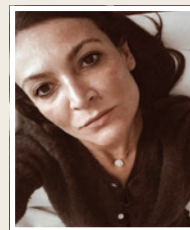
- *Lei dirige un centro di chirurgia oncologica ortopedica rinomato a livello internazionale. Quali sono le caratteristiche della sua specializzazione?*

La chirurgia oncologica ortopedica rappresenta l'1% della chirurgia oncologica totale. È una specialità di nicchia: in un ospedale periferico in un anno può capitare un paziente affetto da tumore osseo da sottoporre a un'operazione cui consegua una grossa perdita di sostanza e una grande

ricostruzione. Bisogna quindi lavorare nell'ambito di un reparto specializzato per acquisire, in almeno dieci anni, una buona esperienza di questi interventi complessi che richiedono una lunga curva di apprendimento, proprio per la loro rarità e unicità. Le difficoltà chirurgiche dipendono dal fatto che i tumori crescono in maniera diversa, non se ne trova uno uguale a un altro, inoltre oggi raramente

l'amputazione è definitiva, si cerca di ricostruire comunque un arto. Ne derivano fasi operatorie estremamente complesse, sia la demolizione che, per rispettare il fondamentale principio di radicalità oncologica, può essere atipica sotto il profilo anatomico, sia la ricostruzione dell'osso, delle articolazioni, dei muscoli, dei tendini, dei nervi per recuperare la funzione. I tumori ossei sono circa settanta e hanno aggressività e prognosi diverse mentre quelli delle parti molli sono quasi duecento: questo spiega anche le difficoltà dell'anatomo-patologo a inquadrarli. La nostra è inoltre una branca specialistica multidisciplinare: può richiedere il supporto della chirurgia generale, toracica, vascolare, della microchirurgia e di altre competenze che si trovano solo in grandi aziende come Careggi e Cisanello, dove ho organizzato un nuovo gruppo dedito a questo settore.

- *È nota la qualità dei vostri risultati clinici, ottenuti anche grazie a tecniche chirurgiche innovative da voi introdotte. Quali sono le*



GIOVANNA FOCARDI NICITA
Giornalista e fotografa freelance, collabora
con varie testate cartacee e online locali
e nazionali

RODOLFO CAPANNA
Direttore della SOD Complessa di Ortopedia
e Traumatologia Universitaria 2,
Centro di Chirurgia Ortopedica Oncologica
e Ricostruttiva. Direttore della Scuola
di Specializzazione in Ortopedia
e Traumatologia dell'Università degli Studi
di Pisa, Azienda Ospedaliero-Universitaria
Pisana. Professore ordinario di Ortopedia
e Traumatologia dell'Università degli Studi
di Pisa

possibilità della moderna chirurgia oncologica ortopedica?

La nostra *équipe*, insieme a quella di Firenze con cui ho lavorato vent'anni, ha ideato diversi interventi ricostruttivi ormai utilizzati in tutto il mondo. Uno consiste nell'associare la tecnica del trapianto massivo di un arto proveniente dalla banca dell'osso con la tecnica del perone vascolarizzato, che consente nel tempo una migliore rivitalizzazione ed evita che al paziente venga impiantata una protesi. In pratica, a un segmento osseo fornito dalla banca che mantiene l'intelaiatura minerale senza cellule vitali si associa l'inserimento di un sottile perone vascolarizzato che così, protetto da traumi e fratture finché non si fortifica, ha tempo di crescere e omogeneizzarsi con l'osso inerte. Per chiarezza, nella sostituzione di femori oppure omeri interi si possono impiegare trapianti massivi, compresa l'articolazione, di segmenti provenienti dalla banca dell'osso. È noto che nei donatori deceduti di organi, oltre a cuore, fegato, reni, utilizzati immediatamente, vengono prelevati segmenti di ossa, articolazioni e vasi, che vengono misurati, radiografati, catalogati e conservati a -80° per cinque anni nella banca per essere disponibili per pazienti sottoposti a grandi amputazioni. Un altro intervento da noi ideato è

sull'omero prossimale, sede colpita di frequente da tumori primitivi soprattutto nelle prime decadi di vita. In tali casi, la resezione dell'omero prossimale può essere risolta in pazienti al di sotto dei dodici anni con il trapianto vascularizzato microchirurgicamente di perone autoplastico, prelevato con l'epifisi prossimale in accrescimento. Il trasporto della cartilagine di accrescimento, che rimane vitale, consente di asportare l'omero prossimale e di eliminare problemi di dismetrie perché il trapianto cresce nel tempo. Sempre la microchirurgia ci ha permesso di eseguire altri interventi innovativi nel polso dei bambini: si può asportare il radio con l'articolazione sostituendolo col perone con la sua cartilagine di accrescimento per mantenere il movimento e la lunghezza dell'avambraccio. La microchirurgia permette di trasferire segmenti ossei vitali con il proprio peduncolo vascolare, ad esempio il perone al posto di una tibia o di un femore, dato che un piccolo osso ha una capacità di crescita e arriva a sostituirla uno molto più grande. La microchirurgia consente anche il trapianto di un muscolo che può riempire delle perdite di sostanza: la tecnica semplice prevede che si trapianti e rivascolarizzi. Oggi si possono ricostruire anche i nervi, così che il muscolo si re-innerva e continua a funzionare: un grande dorsale inserito al posto di un quadricipite consente che si fletta ed estenda il ginocchio. Infine c'è la protesica che offre ottime possibilità ricostruttive. Negli arti sia superiori che inferiori usiamo delle protesi modulari che vengono assemblate sul campo operatorio nella misura, grandezza e forma necessarie a seconda dei casi.

- *Recentemente, nella sua Unità Operativa è stato realizzato l'impianto di una vertebra in titanio stampata in 3D custom made. Ci può descrivere le ragioni di questa procedura e i costi necessari per attuarla?*

La tecnologia 3D, introdotta nella pratica clinica da pochi anni, permette di ricostruire in modo anatomicamente

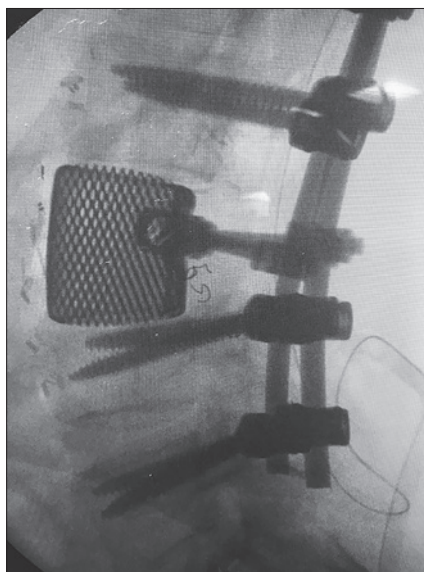


Figura 1 – La protesi vertebrale in titanio.

perfetto e con materiale robusto, ultra leggero e poroso il segmento osseo che si vuole sostituire (Figura 1). La TC tridimensionale permette infatti una precisa progettazione della protesi e la costruzione con la stampante 3D è perfetta. Il materiale ultraleggero non più liscio ma poroso, consente, oltre al fissaggio meccanico, un definitivo ancoraggio biologico, ottimale anche per le parti molli. Partendo da una TC 3D, con aggiunta di piccoli segmenti metallici, si stampa un pezzo poroso in titanio che è la copia esatta della parte da sostituire. Di struttura porosa sono anche i fittoni, le viti e gli steli da inserire e questo consente all'osso di crescere intorno alla protesi così da ottenere, oltre alla solita fissazione meccanica, una fissazione biologica, perché le strutture ossee incorporano la protesi e anche le parti molli si ancorano meglio. Le protesi 3D vengono usate soprattutto nei tumori di bacino, vertebre e scapola, ove non esistono protesi modulari (Figura 2). Oggi, dato che è in aumento la necessità di sostituire vecchie protesi d'anca che si sono usurate nel tempo, si usano anche per questa patologia benigna. Quanto ai costi, le protesi in 3D variano dagli 8.000 ai 12.000 euro. Anche se un po' alti, rimangono comunque nei parametri *standard*. La Regione indirà presto una gara per le ditte che producono le protesi *custom made* e i costi dovrebbero diminuire.

- *Ritiene che la tecnologia tridimensionale possa effettivamente migliorare l'esecuzione operatoria e che il metodo possa entrare nella routine chirurgica, almeno per gli interventi più complessi?*

Sì, per due motivi. È un impianto fatto su misura e quindi migliore di altri e, proprio perché *custom made*, permette una tecnica chirurgica perfetta. Il chirurgo, in base alla TC 3D, stabilisce le parti che asporterà e poi, con la tecnologia di stampa 3D, fa costruire il pezzo che le sostituirà precisamente. Nel pezzo sono progettati anche i punti di ancoraggio tradizionali meccanici con viti e, come detto, la struttura porosa ne consentirà l'integrazione nell'osso sano. La tecnologia 3D è molto sofisticata e permette di programmare pre-operatoriamente anche le cosiddette guide di taglio, dispositivi in plastica sterili che si adattano alle parti anatomiche, per lo più le ossa del bacino, che guidano con precise scanalature gli strumenti di taglio nelle zone da asportare. Questo per ottenere linee di sezione che combacino perfettamente con la protesi da inserire.

- *Un notevole progresso rispetto al passato.*

Anche prima della tecnologia 3D si realizzavano protesi in cromo-cobalto o in titanio fondendole su misura. Erano strutture lisce, monoblocco, da ancorare con viti, placche e ancoraggi meccanici che, nelle sollecitazioni della vita quotidiana del paziente, tendevano a cedere. Presentavano inoltre l'inconveniente di uno studio della forma meno accurato di quello odierno e un tempo di produzione di qualche mese. Dal momento in cui si visitava il paziente alla realizzazione della protesi passavano circa tre mesi, durante i quali il tumore cresceva. In sede operatoria quell'unica protesi non risultava più adeguata perché spesso la demolizione doveva essere più ampia del previsto. Per risolvere il problema, da diversi anni sono state introdotte, soprattutto per la sostituzione delle ossa degli arti, le protesi modulari. Queste si assemblano direttamente sul campo operatorio, perché le componenti in

confezione sterile di diverse misure, steli, cilindri e parti articolari si possono combinare fino ad adattarsi perfettamente all'anatomia del caso. Però nei tumori più rari, delle vertebre, del bacino, della scapola, le protesi modulari non sono disponibili e allora continuano a essere prodotte protesi su misura, con la tecnologia evoluta prima descritta.

• *Quali sono gli aspetti ancora critici della tecnologia 3D destinata alle applicazioni cliniche in ambito ortopedico?*

Nell'ambito dei tumori un problema è ancora il tempo di latenza tra la diagnosi e l'esecuzione dell'intervento. Il tempo di costruzione rispetto alle vecchie protesi è dimezzato, da tre mesi a un mese e mezzo circa, ma è ancora troppo lungo. Per evitare un'ulteriore crescita del tumore, quindi, alcuni interventi si realizzano in due tempi. In una prima fase si attua la resezione inserendo temporaneamente del cemento. Poi si esegue una nuova TC 3D che fornisce dettagli più specifici per la costruzione della protesi. In un secondo tempo si passa all'inserimento della protesi stessa. La stessa procedura in due tempi si può applicare nella patologia benigna delle revisioni protesiche. In questo ambito le criticità possono essere o un alto rischio infettivo o la difficoltà dello studio TC per gli artefatti dovuti al metallo della protesi. In futuro dovremmo ottimizzare i tempi di realizzazione delle protesi e dovremmo renderle modulari.

• *In generale, quali sono i tumori ossei che si possono affrontare chirurgicamente con i migliori risultati?*

Bisogna distinguere i risultati oncologici da quelli ricostruttivi. Oggi si tende a ricostruire il 90/95% dei casi senza ricorrere all'amputazione. In oncologia i risultati dipendono non solo dall'intervento sull'arto, ma anche da quanto la chemioterapia e tutte le terapie adiuvanti riescono a bloccare le cellule cancerose che sempre si trovano nell'organismo. Nell'osteosarcoma e nel sarcoma di Ewing abbiamo un 70% di guarigione, se non

sono metastatici all'esordio. Questa percentuale vale per le localizzazioni sugli arti, invece la pelvi o il rachide hanno una prognosi peggiore. Nel sarcoma delle parti molli, in cui la chemioterapia è poco efficace, a cinque anni è vivo senza segni di malattia il 70% dei pazienti. In questo caso si tratta di una media, perché i duecento tipi di tumori delle parti molli hanno prognosi diverse.

• *Quali sono i diversi ruoli della chemioterapia, della terapia immunitaria, della radioterapia e della chirurgia nel trattamento dei tumori ossei?*

La chemioterapia è fondamentale nell'osteosarcoma e nello Ewing mentre non dà risultati significativi nei sarcomi delle parti molli. La radioterapia si utilizza nei sarcomi delle parti molli che si trattano in maniera *standard* con intervento chirurgico e radioterapia, mentre si cerca di non impiegarla nei tumori ossei perché i danni funzionali e le complicazioni possono essere maggiori. Si associa al trattamento del sarcoma di Ewing se l'intervento chirurgico non è stato ottimale. Nei sarcomi delle parti molli, oltre alla chirurgia e alla radioterapia, si pensa di aggiungere ai protocolli futuri la terapia immunitaria, perché in questo tipo di tumori la chemioterapia incide solo nel 5% dei casi, dato statisticamente non significativo.

• *È possibile una profilassi dei tumori ossei e quali sono le modalità di una loro diagnosi precoce?*

Non c'è profilassi e non ci sono marcatori bio-umoral di questi tumori. Sarebbe molto importante diagnosticare precocemente i tumori sia dell'osso che delle parti molli perché la prognosi è legata alle dimensioni

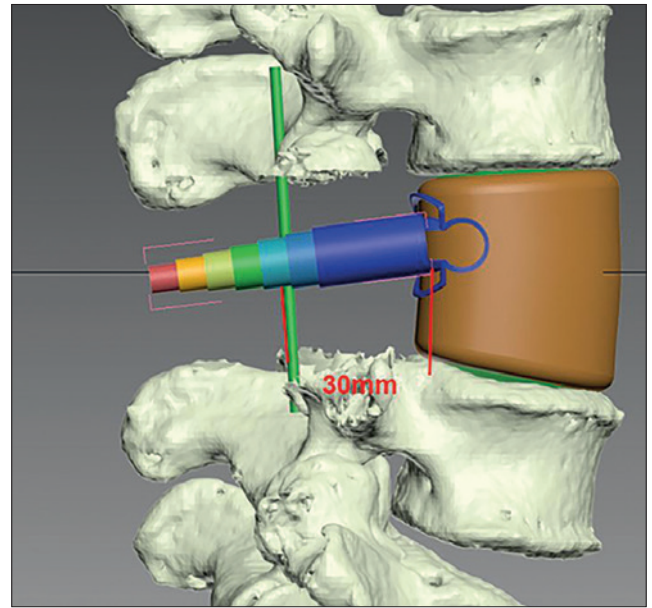


Figura 2 – La vertebra ricostruita.

del tumore. Per tutti i tipi di tumore la dimensione è il principale fattore di rischio di recidiva, che è minore se la massa è inferiore al centimetro. In realtà solo il 5% dei sarcomi delle parti molli che vediamo è al di sotto di cinque centimetri, alcuni superano i venti. Spesso sono erroneamente diagnosticati come ematomi o infezioni, molte volte vengono drenati. Così solo un terzo di quelli che vediamo risulta vergine, cioè non trattato, e un terzo arriva dopo un intervento errato perché spesso scambiato per un tumore benigno, ad esempio un lipoma. Può essere infatti ben marginato e avere una pseudo capsula che induce a enuclearlo. In questi casi, a causa delle cellule tumorali che vengono lasciate, dobbiamo re-intervenire per una radicalizzazione. Infine, un terzo dei sarcomi delle parti molli arriva già diffuso. Sarebbe auspicabile l'invio precoce: negli Stati Uniti si sostiene che una lesione profonda più di tre centimetri molto probabilmente è maligna. Di fronte a situazioni di questo tipo non basta la sola ecografia: deve essere fatta una risonanza magnetica inviando il paziente a un centro specializzato.

gfnicita@hotmail.com

Focus sull'Omeopatia

di Elio Rossi, Simonetta Bernardini

L'articolo sulla Omeopatia è il terzo nel piano di presentazione delle Medicine Complementari su Toscana Medica in programma nel 2019 e illustra un tema che più di altri ha subito attacchi troppo brutali e fideistici (ci credo/non ci credo) per dare prova di affidabilità scientifica. Qui vengono forniti i riferimenti tecnici che consentono di approfondire la materia prima di liquidarla come espressione di ciarlataneria medica.

Gemma Brandi

Coordinatrice della Commissione per la Integrazione delle Medicine Complementari dell'OMCeO di Firenze



ELIO ROSSI

Responsabile Ambulatorio di Omeopatia
ASL Toscana Nord-Ovest, Lucca - Struttura
di riferimento regionale per l'Omeopatia.
Coordinatore aziendale Medicine complementari



SIMONETTA BERNARDINI

Presidente Società Italiana di Omeopatia
e Medicina Integrata (SIOMI) e Responsabile
Scientifico Centro Ospedaliero di Medicina
Integrata dell'Ospedale di Pitigliano

Secondo dati OMS
l'Omeopatia è la medicina più
diffusa al mondo dopo
la biomedicina occidentale
e la medicina erboristica. Essa
si basa sul principio che
"il simile cura il simile" ovvero
il medicamento che causa
una serie di sintomi
in un soggetto sano aiuterà
il paziente a guarire se affetto
da una malattia che presenta
sintomi simili a quelli che
la sostanza è stata in grado
di produrre nello
sperimentatore. Non esistono
ancora dati certi che ne
comprovano il meccanismo
d'azione ma l'ormesi
e la farmacologia delle
microdosi sono le nuove
teorie sempre più accreditate
dal mondo scientifico.

Parole chiave:

Omeopatia, meccanismo d'azione,
prove di efficacia,
reazioni avverse, realtà toscana

Introduzione

L'Omeopatia è, con la Fitoterapia, la medicina più diffusa al mondo dopo la biomedicina. Ha un'ampia diffusione in Stati come l'India, dove ci sono circa 700 laboratori di produzione, 228 ospedali omeopatici e 5.770 ambulatori ed è stato stimato che vi siano 250.000 omeopati qualificati e almeno 400 milioni di pazienti. Secondo l'*European Committee for Homeopathy* (ECH) nell'Unione Europea circa 40.000 medici hanno seguito corsi di formazione in Omeopatia. Secondo i dati che l'ECH ha pubblicato nel 2012 un numero molto maggiore di medici di famiglia, circa il 40% di medici francesi e il 75% di quelli tedeschi, prescrive medicinali omeopatici regolarmente o occasionalmente, anche senza formazione specifica. In Svizzera l'Omeopatia è rimborsata dal Sistema Sanitario Nazionale. In Italia secondo i dati EURISPES del 2017 il 21,2% della popolazione fa uso di medicine non convenzionali e, tra queste, l'Omeopatia è la più

diffusa (76,1%). In Toscana circa un quarto dei bambini utilizza l'Omeopatia; un'indagine del Centro di Medicina Integrata dell'ospedale di Pitigliano ha dimostrato che, se resa disponibile alla popolazione attraverso il Servizio Sanitario Pubblico, ad avvalersene sono soprattutto le fasce più fragili della popolazione: anziani con malattie croniche.

Definizione e attività biologica

L'Omeopatia, scoperta e divulgata tra il Settecento e l'Ottocento dal medico tedesco Samuel Hahnemann, è un sistema medico fondato sulla somministrazione di piccole quantità di medicinali selezionati in base alla "Legge dei Simili": *Similia similibus curentur*. Essa si basa sul principio che "il simile cura il simile"; in altre parole il medicamento in grado di causare una serie di sintomi in un soggetto sano (*prover*) sensibile a quella data sostanza, aiuterà il paziente a guarire se affetto da una malattia che presenta sin-

tomi simili a quelli che la sostanza produce nello sperimentatore.

Questo fenomeno in farmacologia può essere considerato come *post-conditioning hormesis*. L'ormesi e la farmacologia delle microdosi sono due nuove teorie sempre più accreditate dal mondo scientifico grazie al fatto che diversi studi di Bell, ricercatrice dell'Università dell'Arizona (USA), e più di recente quelli del gruppo di ricerca di Bellare, *Indian Institute of Technology* (Mumbai), hanno dimostrato la presenza di nanoparticelle del principio attivo in tutte le diluizioni omeopatiche. Inoltre la tecnica dei *Dnamicroarray* ha dimostrato effetti specifici su numerosi geni cellulari dovuti all'azione di medicinali omeopatici in diluizioni estreme: sia con *Gelsemium sempervirens* sia con *Apis mellifica*.

Un altro peculiare principio è dato dal concetto di "individualizzazione terapeutica", ovvero prendere in considerazione la persona nel suo complesso e non solo la similitudine dei sintomi della patologia in atto.

EBM e omeopatia

Gli studi di Omeopatia inclusi nel database di CORE-Hom/HRI (*Clinical Outcome Research in Homeopathy*) fino al 2017 sono 1.015 e molti di questi sono stati oggetto dal 1991 di 7 *review* sistematiche e metanalisi positive per l'Omeopatia. Solo quella di Shang 2005 ha dato esiti negativi. Gli studi hanno riguardato diverse condizioni cliniche, in molte occasioni sono stati replicati e la maggioranza con risultati positivi per l'Omeopatia, ma la differenza del disegno sperimentale e di valutazione degli *outcome* non consente al momento di trarre conclusioni definitive.

Si può comunque dire che la medicina omeopatica ha dimostrato un effetto positivo attraverso studi controllati randomizzati e/o studi

osservazionali in più di 40 condizioni cliniche. I dati più recenti e significativi riguardano: diarrea infantile; sindrome da affaticamento cronico; depressione; affaticamento da esercizio sportivo; influenza; insonnia; dolore lombare; otite media; rinite allergica perenne; fascite plantare; edema post-operatorio; guarigione delle ferite chirurgiche; sanguinamento post-partum; allattamento; sindrome premestruale; psoriasi; radiodermite; malattie reumatiche; rinite allergica stagionale; dermatite seborroica; sepsi; sinusite; stomatite; secrezioni tracheali; infezioni vie aeree superiori; prurito uremico; vertigini; endometriosi; effetti da mastectomia; effetti da rinoplastica; infezioni acute recidivanti delle alte vie respiratorie; depressione; terapie di supporto nelle neoplasie; intestino irritabile; dentizione.

Infine specifici studi mostrano risultati positivi nella valutazione costi/benefici delle Medicine Complementari inclusa l'Omeopatia; il programma francese di ricerca EPI3 (8.559 pazienti), oggetto di 11 pubblicazioni *peer review* indicizzate, ha rilevato in alcuni disturbi (infezioni respiratorie, dolori muscoloscheletrici, disturbi del sonno, ansia e depressione) efficacia simile al trattamento convenzionale, ma con minori effetti avversi e consistenti riduzioni del consumo di farmaci (<http://database.omeopatia.alfatechint.com>).

Reazioni avverse e interazioni farmacologiche

In generale l'Omeopatia è considerata sicura: i medicinali omeopatici (preparati da sostanze naturali di origine vegetale, minerale e animale) non sono tossici e presentano effetti avversi minimi o inesistenti; inoltre per via della dose minima, sono adatti anche a donne in gravidanza, neonati e bambini. A essi

hanno l'opportunità di fare riferimento quei pazienti che non possono assumere farmaci di sintesi a causa dei loro effetti collaterali. Qualità e sicurezza sono garantite dalle istituzioni sanitarie nazionali con riferimento alla legislazione comunitaria e ai criteri della Farmacopea europea.

La realtà toscana

La formazione dei medici omeopatici è stata regolamentata in Toscana, insieme alle altre Medicine Complementari, con la LR 9/2007 e successivamente dall'Accordo Stato-Regioni del 2013, applicato con DGR 175/2015, che a differenza della legge regionale distingue fra Omeopatia, Antroposofia e Omotosicologia.

Dal 1998 sono stati istituiti ambulatori omeopatici presso diversi ospedali toscani e attualmente ne sono attivi 17: nella ASL Toscana Nord-Ovest a Lucca, struttura di riferimento regionale, Pisa e Pontedera, Campiglia; AOU Pisana; ASL Toscana Sud-Est, Siena e Arezzo, Grosseto e l'Ospedale di Medicina Integrata di Pitigliano; AOU Siena; ASL Toscana-Centro, Firenze. In altre situazioni l'Omeopatia è praticata in *intramoenia* nonché come una delle terapie complementari che compongono il *setting* di medicina integrata.

Conclusioni

L'esperienza ultra-ventennale di integrazione dell'Omeopatia nel SST ha consentito a migliaia di cittadini di accedere a prestazioni garantite da un profilo professionale definito per legge e di sviluppare un percorso di maggiore appropriatezza e scientificità nella pratica clinica di questa disciplina.

Bibliografia su richiesta:
e.rossi@mednat.it
bernardini@s-bernardini.it

CORPORA NON AGUNT NISI IN LOCO

Ebbene, niente più memorie dell'acqua, biofotoni o altri quanti d'energia!

L'Omeopatia cambia verso e va nella direzione della scienza convenzionale.

Almeno questa è successo a Firenze a casa della Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata (SIOMI) lo scorso 15 marzo 2019. Nell'ambito del VIII Convegno triennale dal titolo *L'omeopatia cambia verso...* si è svolto infatti il seminario internazionale *Advances in Homeopathy: a new scientific and social perspective*.

Il problema del meccanismo d'azione del medicinale omeopatico è di primaria importanza, ma fino a ora non pare aver appassionato molto i ricercatori internazionali, a dispetto delle accuse di implausibilità scientifica che sempre si sono levate nel mondo ortodosso.

Ma da oggi vi sono nuove certezze che, e finalmente, senza contraddire le leggi della chimica, della farmacologia e della tossicologia, danno all'Omeopatia un nuovo e benefico respiro.

È curioso che ad arrivarci siano stati tre accademici ortodossi: il prof. Andrea Dei, Dipartimento di Chimica e INSTM dell'Università degli Studi di Firenze, autore di ricerche sull'Omeopatia realizzate con la tecnica dei DNA *microarray*; il prof. Edward Calabrese, tossicologo dell'Università di Ahmerst, Massachusetts, massimo esperto al mondo dell'ormesi; e il prof. Jayesh Bellare, professore di Ingegneria Chimica all'ITT di Mumbai (India).

Gli studi di Jayesh Bellare hanno dimostrato in maniera incontrovertibile, attraverso il microscopio elettronico a trasmissione (TEM), la presenza di un rilevante numero di molecole di principio attivo in tutte le diluizioni omeopatiche dalla 6C alla 200C.

Tali molecole, che si mantengono in numero pressoché costante in tutte le successive diluizioni, vengono stabilizzate dai metasilicati provenienti dal vetro utilizzato per preparare le diluizioni stesse.

Questi aggregati costituiscono una riserva chimica di molecole, le quali poi possono interagire con i substrati biologici e dare effetto all'attività del medicinale omeopatico.

Certo, sono piccole dosi (nanomoli) ma sufficienti a dare una risposta terapeutica secondo i principi della farmacologia delle microdosi, una parte della farmacologia ortodossa sempre più in sviluppo negli ultimi anni. Inoltre, è stato sottolineato come i risultati osservati siano spiegabili con il meccanismo dell'ormesi (stimolazione a basse dosi), come ha ribadito Edward Calabrese, massimo esperto di questo sistema di interazione delle sostanze con gli organismi viventi. In pratica si tratta di un rovesciamento di azione tra una dose (grande) tossica e una dose (piccola) che ha invece un effetto protettivo o terapeutico.

Come l'Omeopatia, la quale si basa sulla somministrazione di dosi infinitesimali di sostanze, che ad alte dosi hanno proprio un'azione tossica sull'organismo (principio della similitudine omeopatica).

I principi della farmacologia delle microdosi e dell'ormesi furono annunciati già nel 2006 da Andrea Dei e adottati come modello operativo dalla Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata (SIOMI). In questo convegno sono stati mostrati ulteriori risultati a conferma di questa predizione: una lungimiranza che oggi ha ricevuto finalmente chiare conferme scientifiche.

Dunque non più memoria dell'acqua, che è in effetti un concetto scientificamente implausibile, ma molto più chiaramente normali interazioni chimiche tali e quali a quelle che avvengono nel nostro organismo coi farmaci comuni prescritti dalla medicina ortodossa per promuovere la nostra guarigione.

Così, il principio della chimica *corpora non agunt nisi in loco* è stato, alla fine, rispettato.

Simonetta Bernardini
bernardini@s-bernardini.it



Le Nuove Dipendenze - *New Addictions*

Sabrina Masetti, Stefano Cosi

Questo articolo indaga come, negli ultimi anni, la nozione di dipendenza, da un punto di vista clinico, includa anche quadri sintomatologici in cui l'oggetto stesso della dipendenza non è una sostanza chimica, ma sono comportamenti oppure attività più o meno accettati (in qualche caso addirittura promossi) dalla società moderna.

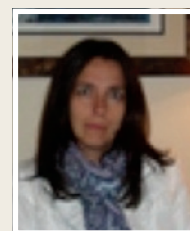
Parole chiave:
new addictions, dependence,
gioco d'azzardo patologico,
dipendenza da internet,
cyber addiction

Negli ultimi anni, la nozione di dipendenza, da un punto di vista clinico, include anche quadri sintomatologici in cui l'oggetto stesso della dipendenza non è una sostanza chimica, ma sono comportamenti oppure attività più o meno accettati (in qualche caso addirittura promossi) dalla società moderna. È necessario, per avere una visione più completa della situazione, riportare la distinzione che, nella lingua inglese, esiste tra i termini *dependence* e *addiction*: il primo indica la dipendenza fisica e chimica, il secondo prende in con-

siderazione come ogni aspetto della vita del soggetto risulti danneggiato dal fatto di avere una dipendenza. Dunque, proprio per il fatto di poter sviluppare una dipendenza nei confronti di un'attività, e non solo di una sostanza, è chiaro che in alcuni casi si possa parlare di *addiction* senza *dependence* e viceversa. Si può avere una relazione di tipo dipendente con un qualsiasi oggetto, senza che esso necessariamente agisca sull'organismo dal punto di vista chimico. D'altra parte si può anche avere dipendenza fisica in assenza di *addiction*: pensiamo a come la dipendenza dalla nicotina difficilmente porti ad azioni illegali o comportamenti antisociali. Recentemente si sono diffuse dipendenze da attività legali e diversi autori hanno coniato nuove definizioni, quali *technological addictions* e dipendenze da comportamenti; ciò di cui si abusa non è più una sostanza chimica, ma un comportamento o un'attività, pertanto si parla a questo proposito genericamente di "Nuove Dipendenze" o "*New Addictions*".

Alcuni autori sostengono che sia possibile distinguere le dipendenze sociali (ad esempio attività quali mangiare, giocare, lavorare) o legali (sostanze quali tabacco, caffè, alcol), da quelle antisociali o illegali (che invece fanno riferimento alle classiche dipendenze da sostanze come cocaina, oppiacei...). Nella prima categoria, le nuove forme di dipendenza senza droga sono agevolate dall'innovazione tecnologica e dalla nuova civiltà che, da una parte genera *stress*, vuoto e noia, e dall'altra stimola la tendenza all'immediata gratificazione, fornendo sempre gli strumenti appropriati.

Molti comportamenti problematici attuali si rifanno a consumi che non presentano caratteristiche di illega-



SABRINA MASETTI

Psichiatra, psicoterapeuta cognitivo comportamentale.

Specializzazione in Psichiatria, Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università degli Studi di Firenze, 2001.

Socio Ordinario della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva, Direttore Scientifico Centro Clinico La Mongolfiera, Firenze

STEFANO COSI

Psicologo psicoterapeuta, Direttore Centro Clinico La Mongolfiera, Firenze

lità o trasgressione, ma risiedono in stili di vita e aspetti del quotidiano: il modo di trascorrere il tempo libero, alcune forme ludiche, lo *shopping*, l'uso di strumenti utili e indispensabili come il *web*. Dunque queste dipendenze possono essere definite sociali per la loro vicinanza con abitudini perfettamente inserite nelle norme accettate. È necessario sottolineare che la novità implicata dal termine "Nuove Dipendenze", non sta prevalentemente nel carattere di disagio che queste implicano, quanto piuttosto nella loro diversità rispetto a quelle che hanno caratterizzato i decenni passati, eroina *in primis*.

Le Nuove Dipendenze si manifestano nell'urgente necessità di dover praticare un'attività, di dover mettere in atto un comportamento per trovare immediata soddisfazione a un bisogno. Per questo, anche se non vi è assunzione di sostanze chimiche, il quadro fenomenologico è molto simile e, anzi, sembra essere più subdolo. Infatti, se da una parte vengono realizzati comportamenti che producono le stesse conseguenze delle tossicodipendenze, ossia l'*escalation*, la tolleranza, l'astinenza, il *craving* (dimostrando come il meccanismo psicologico

delle dipendenze sia il medesimo), dall'altra, le dipendenze senza sostanze hanno a che fare con comportamenti, abitudini, usi del tutto legittimi e socialmente incentivati. Un aspetto rilevante è che appare difficile trovare elementi visibili di emarginazione e di rischio sociale nelle persone coinvolte in questo tipo di problemi. Le forme di dipendenza sociale si rivelano così a-sociali nelle conseguenze e nei costi dovuti alla progressiva chiusura individuale, alla ripetizione coatta dei comportamenti di *addiction*, alle conseguenze sul piano familiare e lavorativo.

Nell'ambito delle Nuove Dipendenze (o *dipendenze comportamentali*), la persona manifesta un'incontrollata necessità di dover compiere una specifica attività (come ad esempio scommettere o navigare in rete), per trovare immediata soddisfazione a un bisogno, che talvolta assume l'ac-

cezione di una necessità quasi fisiologica di mettere in atto il comportamento come per il tossicodipendente lo è assumere la sostanza.

Le Nuove Dipendenze sono:

- *Gioco d'azzardo patologico*. Eccessivo coinvolgimento nel gioco d'azzardo, ossia nel gioco basato non su abilità, ma su ricompensa e fortuna.
- *Dipendenza da internet e da tecnologie*. Eccessivo utilizzo di *internet*, del *computer*, del cellulare, fino all'esclusione dalla vita di altre tipologie di interazione.
- *Dipendenza da shopping*. Disfunzionale preoccupazione, impulso o comportamento di acquisto che è vissuto come intrusivo, irresistibile o privo di senso; risulta in acquisti frequenti, al di sopra delle proprie possibilità economiche.
- *Dipendenza da lavoro e da studio*. Compulsione lavorativa/di studio della persona con dedizione a essi

superiore alle otto ore al giorno, spesso nel *week-end* e in altri spazi liberi.

- *Dipendenze affettive*. Continua ricerca d'amore e la tendenza a dipendere da una determinata persona o impossibilità di fare a meno dell'"ebbrezza amorosa" e dello stato di innamoramento.
- *Dipendenze da cibo*. Problema cronico e tendente alla ricaduta causato da vari fattori che incoraggiano il *craving* per il cibo finalizzato a ottenere uno stato di grande piacere, energia o eccitazione.
- *Dipendenza da sesso*. Comprende anche la *cyber sex addiction*, cioè l'insieme delle attività che si possono sviluppare in rete e possono portare a un'eccitazione sessuale attraverso l'uso di materiale pornografico, incontri nelle *chat* erotiche e pratiche di sesso virtuale.

sabrina.masetti72@gmail.com

CONVEGNI ECM

ISCRIZIONI SOLO ONLINE

www.ordine-medici-firenze.it/index.php/eventi/promossi-dall-ordine

Crediti ECM richiesti

ONCOLOGIA INTEGRATA EVIDENZE ED ESPERENZE CLINICHE

Venerdì, 21 Giugno 2019, 9.00-18.00

Aula Magna Nuovo Ingresso Careggi

Via G. Caccini 2, Firenze

5 Crediti ECM richiesti

TUMORI MAXILLO FACCIALI IL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DELLA AOU CAREGGI

Sabato, 12 Ottobre 2019, 8.00-13.15

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Via G.C. Vanini 15, Firenze

I libri e i manoscritti dell'antico Ospedale di Santa Maria Nuova

di Laura Vannucci



LAURA VANNUCCI
Direttrice della Biblioteca Biomedica
dell'Università degli Studi di Firenze

Nelle molteplici opere di eccezionale valore contenute nel fondo antico dell'Ospedale fiorentino di Santa Maria Nuova, la storia e l'evoluzione della Sanità Toscana e non solo.

Parole chiave:

Ospedale di Santa Maria Nuova, Riforme Leopoldine, Biblioteca Biomedica, Ospedale di Careggi

La storia della biblioteca

Nel 1679, nell'Ospedale di Santa Maria Nuova, per volontà del suo direttore (allora chiamato "spedalingo") Michele Mariani, iniziarono a essere raccolti in un unico locale al piano nobile della struttura i libri sparsi nei vari reparti: nacque così una delle biblioteche di medicina più antiche e ricche d'Italia. Il ruolo di bibliotecario fu inizialmente di un religioso, poi dal 1731 fino a metà dell'Ottocento di un medico, successivamente di altre figure.

Col passar del tempo la modesta raccolta libraria iniziale della Biblioteca divenne sempre più cospicua grazie alle donazioni di libri e documenti appartenuti a personaggi come Scipione Ammirato, Vincenzo Viviani, Antonio Cocchi.

Per effetto delle riforme leopoldine del 1779, la Biblioteca si specializzò, trasferendo le opere non mediche a quella che sarebbe diventata l'attuale Biblioteca Nazionale Centrale di Firenze e ricevendone in cambio opere attinenti alla propria peculiare area disciplinare. Dal 1782, sotto la guida del Commissario Marco Girolamo Covoni, l'Ospedale investì anche nell'acquisizione di libri: allo sviluppo della collezione contribuirono Giovanni, Ottaviano e Luigi Targioni Tozzetti.

Nel 1806 la reggente Maria Luisa Bonaparte concesse alla Biblioteca il diritto alla copia d'obbligo delle opere di medicina stampate nello Stato Fiorentino, una scelta di politica culturale che giovò assai alla Biblioteca e agli studi nel settore. Oltre a ciò, nel XIX secolo la Biblioteca si accrebbe molto grazie ai medici dell'Ospedale, docenti nella Scuola annessa, e ai loro eredi, che vendettero o, più spesso, donarono ingenti quantità di libri, appunti di lezioni, minute di pubblicazioni, memorie e corrispondenza professionale.

Nel 1871 la Biblioteca, probabilmente sin dai primordi luogo non solo di studio, ma anche di scambio professionale, di trasmissione del sapere e generazione di nuove conoscenze, fu traslocata dal Commissario Augusto Michelacci in via Alfani, all'interno della chiesa del soppresso convento di Santa Maria degli Angeli, dove furono appesi i ritratti dei benefattori sopra gli scaffali dei libri donati.

Dal 1874 al 1887 la gestione della Biblioteca fu affidata a un "as-

sistente", l'avvocato Ottavio Andreucci, personaggio non da tutti amato nell'ambiente, ma che si impegnò molto per la conservazione, il riordinamento e l'aggiornamento delle raccolte.

Nel 1893, a causa di difficoltà economiche, l'Ospedale cedette la Biblioteca all'Istituto di Studi Superiori Pratici e di Perfezionamento, antenato dell'Università degli Studi di Firenze (che formalmente si costituì come tale solo nel 1924, sebbene a Firenze fossero già da tempo rilasciate alcune lauree, come appunto quella in Medicina).

Nel 1937 la Biblioteca seguì fisicamente la sorte delle strutture di clinica, didattica e ricerca in medicina nel loro trasferimento dagli spazi del centro di Firenze, divenuti ormai troppo angusti per il più grande e importante ospedale cittadino e per la Facoltà di Medicina e Chirurgia – erede della rinomata Scuola interna all'Ospedale –, fino agli ampi e moderni padiglioni costruiti ai piedi delle colline di Careggi.

Il pregiato fondo antico un tempo appartenuto all'Ospedale di Santa Maria Nuova è perciò attualmente conservato e consultabile insieme a quello universitario presso la Biblioteca Biomedica dell'Università degli Studi di Firenze, situata all'interno dell'area ospedaliera di Careggi.

Il fondo librario a stampa

Fra i gioielli più preziosi dell'intera collezione di libri a stampa vi sono dieci incunaboli, ovvero rari esemplari di libri stampati nel Quattrocento, ai primordi della storia

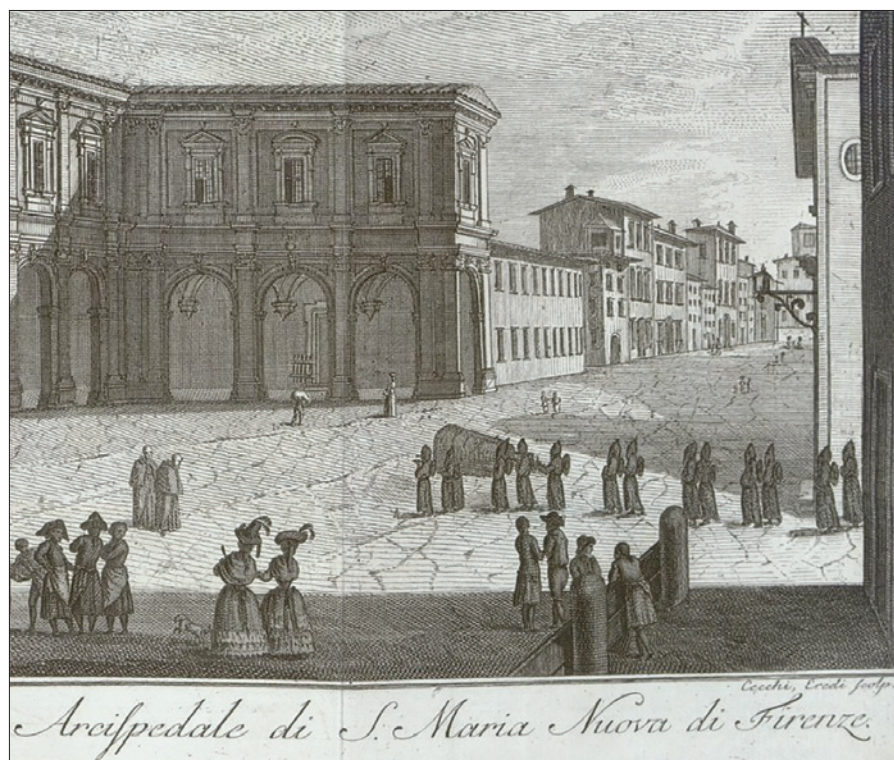


Figura 1 – *Regolamento dei Regi Spedali di Santa Maria Nuova e di Bonifazio*, Firenze, per Gaetano Cambiagi Stampatore Granducale, 1789 (Biblioteca Biomedica dell'Università degli Studi di Firenze).

della stampa, come il commento di Sillano Nigris, un medico italiano del XV secolo, al manuale di riferimento nel Medioevo del filosofo, chirurgo, farmacista e medico persiano del IX secolo Al-Razi (Rhazes), o come il *Liber de homine* di Girolamo Manfredi, un divulgativo “libro dei perché”, curioso e divertente per i consigli che dispensa sui mezzi e i modi dell'epoca di conservare la salute.

La collezione si compone anche di oltre seicento libri del Cinquecento, fra i quali alcuni esemplari ben noti agli storici dell'arte: quelli di Albrecht Dürer (pittore, incisore e matematico tedesco che realizzò molte illustrazioni xilografiche nei libri) e un volume di Giulio Casseri col frontespizio inciso di scheletri e animali tratto da un disegno dell'artista Iacopo Ligozzi. Sempre fra le cinquecentine, si trovano nell'antico fondo dell'Ospedale di Santa Maria Nuova numerose opere di Ippocrate, Galeno, Avicenna, Berengario da Carpi, Gabriele Falloppio, Marsilio Ficino, Vesalio; degni di menzione

sono inoltre alcuni esemplari – di edizioni successive alla prima – del *Ricettario Fiorentino*, un caposaldo nella storia della Sanità toscana e nazionale, in quanto considerato il primo codice comparso sul territorio nazionale, contenente prescrizioni (e relative pene in caso di mancata osservanza) sui semplici, sui composti e sulla bottega dello speziale, redatto da un collegio di esperti con un ruolo formalmente riconosciuto dallo Stato e da esso commissionato e proposto come una sorta di farmacopea ufficiale.

Anche fra i circa milletrecento volumi del Seicento si segnalano sorprendenti prodotti artistici, ma soprattutto oggetti di grande importanza bibliologica e bibliografica, come un esemplare della prima edizione de *Il Dialogo sopra i due massimi sistemi del mondo tolemaico e copernicano* di Galileo, con l'antiporta dell'incisore Stefano Della Bella, uno dei pochi libri scampati al rogo imposto dall'Inquisizione in seguito alla condanna per eresia subita dall'autore.

Sono più di quattromila i libri del Settecento e molte migliaia i volumi dell'Ottocento, fra i quali un centinaio di opere anatomiche in formato “atlantico”, corredate da immagini particolarmente suggestive.

Cospicua è poi la collezione di miscellanee e innumerevoli sono i periodici che testimoniano i progressi delle conoscenze in medicina, ma, eccezionalmente, persino la satira politica, come *Il Lampione*, che in un fascicolo del 1862 pubblica una vignetta raffigurante pazienti ospedalieri feriti e claudicanti, buttati fuori da Santa Maria Nuova in ciabatte e camicia a suon di bastonate da un ministro che minaccia la chiusura di alcune strutture sanitarie, così commentata: “È proibito ai poveri di ammalarsi!”.

I libri manoscritti

Nella Biblioteca dell'Ospedale, oltre ai libri pubblicati a stampa, erano confluiti anche alcuni volumi manoscritti di opere letterarie o scientifiche, alcune delle quali inedite, altre conosciute solo nelle loro versioni a stampa.

Fra questi si trova, per esempio, *Dell'utilità villerecce* di Pietro Crescenzi, che potrebbe essere la fonte manoscritta della prima edizione fiorentina a stampa nel 1478 di tale importantissima opera di agronomia. Degno di nota, fra i pezzi unici vergati a mano, è anche il *Viridarium*, in due volumi di grande formato, con più di mille fogli di disegni e acquerelli, realizzati nel 1731, raffiguranti piante medicinali presenti sul territorio italiano e spagnolo.

I fondi archivistici

Il complesso archivistico istituzionale più ragguardevole conservato in Biblioteca è quello dell'antico Collegio Medico di Firenze, corporazione nata in seno all'Arte dei Medici e degli Speziali. Dal XIII secolo e fino al XIX il Collegio ebbe attribuzioni in materia di sanità pubblica e di didattica; in particolare assegnava la licenza necessaria a esercitare ufficialmente le professioni di medico, chirurgo, farmacista e ostetrica in

Analisi delle differenze multiculturali nella percezione del rischio caldo in lavoratori *outdoor*

di Alessandro Messeri, Marco Morabito



ALESSANDRO MESSERI
Centro di Bioclimatologia, Università degli Studi di Firenze

MARCO MORABITO
Centro di Bioclimatologia, Università degli Studi di Firenze; Istituto di Biometeorologia, Consiglio Nazionale delle Ricerche Firenze

Il cambiamento climatico sta determinando un incremento delle ondate di calore con importanti effetti anche nel settore occupazionale. Le indagini sulla percezione del rischio caldo da parte dei lavoratori che operano in ambiente *outdoor* sono ancora piuttosto carenti.

I lavoratori migranti dichiarano di soffrire meno il caldo. Questo mette in luce la necessità di porre particolare attenzione agli aspetti culturali nel momento in cui vengono messe a punto strategie di mitigazione degli effetti del caldo in ambito lavorativo.

Introduzione

Gli effetti del cambiamento climatico stanno diventando sempre più evidenti, soprattutto nel bacino del Mediterraneo, con un aumento della frequenza e dell'intensità delle ondate di calore che oltretutto sono sempre più precoci, manifestando i primi effetti già nel periodo tardo primaverile. L'impatto delle intense condizioni di *stress* da caldo sulla salute umana, e in particolare sulle categorie maggiormente a rischio quali anziani, bambini e soggetti che soffrono di patologie pregresse, è oramai dimostrato dalla letteratura scientifica. I lavoratori, in particolare quelli impegnati in attività all'aperto, rientrano a pieno titolo tra le categorie maggiormente esposte per tutta una serie di cause legate all'intensa attività fisica svolta, all'impiego di indumenti di protezione individuale (DPI) che rendono difficoltosa la dispersione del calore da parte della superficie corporea e all'impossibilità di programmare le proprie attività in funzione delle condizioni microclimatiche presenti. In aggiunta, l'aumento dell'età media lavorativa sta determinando una sempre maggiore presenza di lavoratori ultra sessantenni per i quali il rischio risulta ulteriormente incrementato. A questo bisogna aggiungere l'aumento di lavoratori stranieri che per varie ragioni inerenti gli aspetti culturali (religione, stile di vita, comportamento, alimentazione, lingua) presentano una diversa percezione del rischio che li rende ancora più vulnerabili. Tuttavia, nonostante la crescente attenzione da parte dell'opinione pubblica e delle

imprese sui rischi legati al caldo per la salute e la sicurezza dei lavoratori, una variabile spesso poco analizzata è la percezione del rischio individuale, soprattutto tra diverse categorie di lavoratori (nativi e migranti).

Analisi della percezione del rischio caldo nei lavoratori dei settori agricolo e delle costruzioni

I settori agricolo e delle costruzioni rappresentano senza ombra di dubbio i settori occupazionali nei quali gli effetti delle elevate temperature sono maggiormente avvertiti dai lavoratori a causa della tipologia di sforzo fisico, spesso molto intenso, della diretta esposizione alla radiazione solare, dell'effetto aggravante dei dispositivi di protezione individuale di solito indossati e del frequente impiego di macchinari in grado di produrre ulteriormente calore in prossimità dell'operatore. Inoltre, è proprio in agricoltura e nel comparto edilizio che si registra la maggior presenza di lavoratori stranieri. L'Unione Europea è sempre più sensibile alla tutela della salute dei lavoratori, sia italiani che stranieri, dai rischi connessi al cambiamento climatico. In particolare, il Progetto Horizon 2020 *Integrated inter-sector framework to increase the thermal resilience of European workers in the context of global warming* (www.heat-shield.eu) ha come obiettivo quello di individuare soluzioni tecnologiche innovative, misure preventive e linee guida

Parole chiave:

migranti, *stress* da caldo, lavoratori, salute, percezione del rischio

comportamentali specifiche per i lavoratori e finalizzate alla tutela della loro salute dai rischi connessi alle elevate temperature. Nell'ambito di tale progetto, sono stati sviluppati casi-studio che, tra i numerosi obiettivi, hanno avuto anche quello di valutare possibili differenze multiculturali nella percezione termica soggettiva durante un'ondata di calore. In particolare sono state individuate tre aziende del Centro Italia:

- un'azienda vitivinicola del comune di Firenze;
- un'azienda florovivaistica del comune di Pistoia;
- un'azienda edilizia anch'essa del comune di Firenze.

All'interno di tali aziende sono stati effettuati dei monitoraggi ambientali e comportamentali in alcune giornate estive caratterizzate da differenti condizioni di criticità da caldo. Il monitoraggio ambientale è stato effettuato mediante l'installazione di una stazione meteorologica completa in ciascuna azienda, in grado di misurare in continuo per tutta l'estate i principali parametri microclimatici quali: temperatura dell'aria (°C), umidità dell'aria (%), pressione atmosferica (hPa), velocità

del vento (m/s), radiazione solare (W/m²) e temperatura globotermometrica (°C). Quest'ultima rappresenta un parametro molto importante nella determinazione della percezione dello stress da caldo anche se poco misurato in ambiente *outdoor* (le misurazioni si riferiscono in genere a giornate specifiche per scopi sperimentali). La temperatura globotermometrica viene determinata attraverso l'impiego di una sfera metallica nera opaca (con emittenza pari a 0,95) di assegnato diametro (convenzionalmente pari a 15 cm) all'interno della quale è posizionato un sensore di temperatura: la forma, la dimensione e l'emissività di tale sonda sono scelte in modo da simulare il corpo umano e i relativi scambi convettivi e radiativi con le superfici circostanti. Per quanto riguarda invece gli aspetti comportamentali dei lavoratori, questi sono stati valutati mediante la somministrazione di questionari specifici (Figura 1) in grado di valutare la percezione termica e il rischio di ogni singolo lavoratore oltre che il comportamento (alleggerimento del vestiario, pause, idratazione ecc.). In totale, nelle tre aziende, durante la stagione estiva 2017 (periodo maggio-settembre),

sono stati monitorati 104 lavoratori, dei quali 26 appartenenti al settore agricolo e 78 al settore edile.

Differenza di percezione del rischio da caldo tra lavoratori nativi e migranti

Per quanto riguarda il monitoraggio ambientale effettuato all'interno delle aziende, questo ha evidenziato una temperatura media durante l'orario lavorativo (8:00-17:00) compresa tra 14,5°C e 36,5°C con un valore medio delle massime prossimo a 32°C nel periodo compreso tra maggio e settembre. La temperatura globotermometrica, che ricordiamo prende in considerazione anche il contributo radiativo, ha raggiunto picchi massimi di 45 °C nel mese di agosto con una media di tutto il periodo prossima a 39 °C. Inoltre, dall'analisi dei dati si evidenziano 4 distinti picchi di caldo che corrispondono a ondate di calore che hanno interessato gran parte dell'Europa meridionale nel corso della stagione estiva 2017.

Il questionario è stato messo a punto utilizzando alcuni già utilizzati in studi internazionali in materia di percezione del rischio caldo ed è



Figura 1 – Somministrazione del questionario di percezione del rischio caldo in un'azienda vitivinicola toscana.

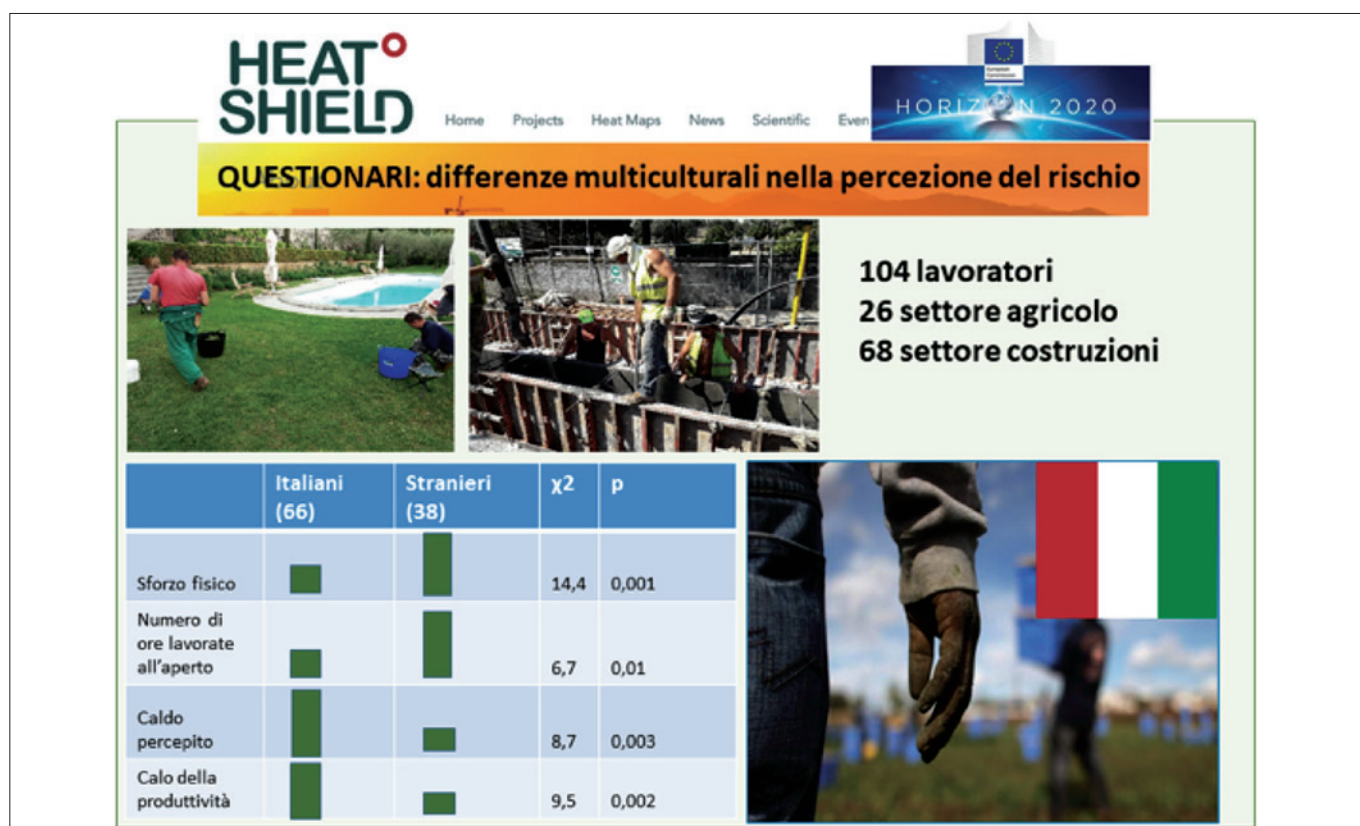


Figura 2 – Alcune risposte del questionario anonimo di percezione del rischio caldo.

stato rimodulato in maniera tale da far emergere differenti aspetti della percezione del caldo tra lavoratori nativi e stranieri. Il tempo stimato per la compilazione del questionario è stato di circa 10 minuti ed è stato strutturato in 3 parti:

1. inquadramento delle caratteristiche fisiologiche del soggetto (altezza, peso ed età) e del luogo di nascita, utili per il calcolo del tasso metabolico di ciascun lavoratore;
2. definizione delle caratteristiche principali della propria attività lavorativa (intensità dello sforzo, esperienza in ambito lavorativo, indumenti indossati ecc.);
3. percezione del caldo e del rischio a esso connesso.

Sui questionari raccolti è stata effettuata un'analisi statistica con *test* ANOVA al fine di verificare possibili differenze multiculturali relative alla percezione del rischio. Dei 104 lavoratori monitorati, 66 erano italiani mentre 38 stranieri e questi ultimi hanno riferito di svolgere un lavoro che richiede maggiore sforzo fisico rispetto ai lavoratori italiani ($F = 14,4$;

$p < 0,001$) e di lavorare mediamente più ore al giorno all'aperto durante l'estate ($F = 6,7$; $p = 0,010$) (Figura 2). Il caldo percepito durante l'attività lavorativa in presenza di un'ondata di calore è risultato maggiore nei lavoratori italiani ($F = 8,7$; $p = 0,003$) così come la percezione del calo della produttività ($F = 9,5$; $p = 0,002$). La maggior parte dei lavoratori, sia nativi che migranti, dichiara di essere soddisfatta delle strategie che il datore di lavoro adotta per informarli circa le potenziali condizioni di rischio connesse alle elevate temperature sul posto di lavoro.

Conclusioni

Gli effetti dei cambiamenti climatici sono sempre più evidenti in termini di incremento delle ondate di calore che si riflettono in temperature molto elevate anche e soprattutto sul posto di lavoro, con potenziali importanti effetti sulla salute e produttività dei lavoratori. La percezione del rischio tuttavia non è uguale per tutti i lavoratori; dall'analisi effettuata, infatti, i lavoratori italiani hanno di-

chiarato di soffrire maggiormente il caldo rispetto ai lavoratori migranti, a dispetto di un'attività fisica dichiarata comunque meno intensa. Tale risultato potrebbe trovare una parziale spiegazione con la maggiore precarietà contrattuale dei soggetti stranieri che risultano in qualche modo condizionati nella risposta. In generale appare sottostimata da parte dei lavoratori, sia italiani che stranieri, la percezione del rischio caldo per la propria salute mentre viene percepito dalla maggior parte dei soggetti un peggioramento delle proprie prestazioni lavorative in presenza di temperature elevate, maggiore nei soggetti nativi. In futuro appare quindi di fondamentale importanza sensibilizzare i lavoratori sulle potenziali condizioni di rischio legate al caldo e particolare attenzione dovrà essere rivolta ai lavoratori stranieri che, a causa di tutta una serie di aspetti culturali, quali il linguaggio, il comportamento e la religione, presentano una minore percezione del rischio.

alessandro.messeri@unifi.it

Il diritto alla salute delle persone con autismo impone trattamenti di dimostrata efficacia

di Marino Lupi, Donata Vivanti

La pubblicazione nel Gennaio 2018 su "Toscana Medica" di un articolo sull'impiego dell'ossigenoterapia iperbarica nei pazienti affetti da disturbi dello spettro autistico ha innescato un'accesa polemica "tra colleghi" contrari o favorevoli a questo tipo di approccio. "Toscana Medica", da sempre strumento di discussione e dibattito per tutti i medici ed odontoiatri della Provincia di Firenze è pertanto ben lieta di pubblicare i contributi più recenti dei professionisti che, con differenti convinzioni, si sono interessati alla questione.

Vogliamo parlare di un articolo sull'ossigenoterapia iperbarica pubblicato sulla rivista "Toscana Medica", mensile di informazione e dibattito per i medici toscani a cura dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Firenze, sul numero del gennaio 2018.

Dopo la pubblicazione di questo articolo la Sezione Regionale Toscana della Federazione Italiana Superamento Handicap (FISH) e Autismo Toscana Onlus hanno deciso di pubblicare questo commento per dissociarsi fermamente e ribadire pareri scientificamente provati.

Infatti, l'articolo pubblicato su "Toscana Medica", dal titolo *Ossigenoterapia iperbarica e autismo: risultati su 229 pazienti trattati*, a firma R. Vecchione, N. Picariello, M. Da Campo, M. Bigazzi, che riporta la presunta efficacia dell'ossigenoterapia iperbarica sull'autismo, è un articolo privo di evidenze scientifiche certe.

Si segnala che la fonte dell'articolo è l'*International Journal of Current Research*, pubblicato in India, che è un cosiddetto possibile o probabile *predatory journal*, cioè una rivista che si presta a pubblicare, dietro pagamento, qualunque articolo senza *peer review*, e i cui editori usano *impact factor* e comitati scientifici di dubbia credibilità.

La rivista non è menzionata su *Pubmed* ed è invece citata in tutte le liste di "giornali possibilmente o probabilmente predatori" (si veda

<https://ethicsblog.crb.uu.se/tag/predatory-journals>; <http://krd.serc.res.in/wp-content/uploads/2013/11/Predatory-Open-Access-Journals.pdf>, <https://beallist.weebly.com/standalone-journals.html>).

La FISH Toscana, la Sezione Regionale Toscana della FISH, la Federazione Italiana Superamento Handicap, insieme ad Autismo Toscana Onlus, alla luce della Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle persone con Disabilità (adottata nel 2006 dall'Assemblea delle Nazioni Unite, ratificata da parte dello Stato Italiano il 24 febbraio 2009) e della Convenzione sui Diritti del Fanciullo, ricordano inoltre che l'evidenza scientifica di efficacia dell'intervento nel promuovere l'inclusione e la partecipazione sociale delle persone con disabilità, incluse quelle con Disturbo dello Spettro Autistico, non può più essere considerata solo un'opzione quanto piuttosto un dovere a livello collettivo e individuale, in particolare nei confronti dei bambini con autismo, il cui maggior interesse deve essere oggetto di considerazione primaria.

Rammentano che, in particolare, la medicina iperbarica è conosciuta per la sua efficacia nel trattamento di alcune condizioni mediche ben definite, fra cui la malattia da decompressione, l'avvelenamento da monossido di carbonio, ferite di difficile trattamento e alcuni tipi di infezione, e che al di fuori di queste applicazioni, il suo uso è da ritenersi non appropriato.

Pertanto in un recente documento dal titolo *Ossigenoterapia iperbarica a bassa pressione nei Disturbi dello Spettro Autistico* (che riportiamo al termine del testo) il dott. Marco Armellini, direttore dell'Area Salute Mentale Infanzia e Adolescenza della AUSL Toscana Centro, ha voluto ricordare che il Consiglio dei Sanitari della Regione Toscana aveva già espresso nel 2010 (parere n. 31/2010) un parere nettamente negativo, sulla base di tutte le ricerche e gli studi al momento disponibili, riguardo all'ammissibilità dell'ossigenoterapia iperbarica per il trattamento dei disturbi autistici.

Questo parere negativo è stato successivamente confermato da tutte le Linee Guida Nazionali (Istituto Superiore di Sanità, Linea Guida 21 del 2011, aggiornata nel 2015) e Internazionali (Linee Guida Britanniche NICE, 2014; Linee Guida New Zealand 2016; SIGN 145, Linee Guida Scozzesi 2016).

Per la *Cochrane Collaboration* non solo non esistono evidenze di benefici dell'ossigenoterapia iperbarica nei Disturbi dello Spettro Autistico (no SOE), ma è raccomandabile anche non intraprendere ulteriori studi, perché gli effetti indesiderati non possono che sconsigliare la prosecuzione di ricerche sull'argomento (SOE negative).

A fronte dell'assenza di qualsiasi dimostrazione dei benefici, è infatti dimostrata la presenza di reazioni

avverse all'ossigenoterapia iperbarica nel 17% dei bambini e adolescenti sottoposti a questa forma di trattamento, tra cui barotrauma dell'orecchio medio, ipoglicemia, vertigini, ansia, dispnea e dolore toracico (che ovviamente devono essere accertati da soggetti indipendenti), oltre alla perdita di tempo prezioso, compiuta non indirizzando bambini e adolescenti verso trattamenti basati sull'evidenza scien-

tifica, in particolare per i Disturbi dello Spettro Autistico, coerentemente con le raccomandazioni della Linea Guida n. 21 *Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti*, promossa dall'Istituto Superiore di Sanità. A conclusione di queste considerazioni, il nostro commento è che non sembra aver mai fine lo sfruttamento delle speranze delle famiglie di bambini con autismo.

Non appena un "metodo" miracoloso perde credibilità, se ne trova un altro per alimentare il mercato delle illusioni, l'ultima delle quali si chiama ossigenoterapia iperbarica.

Marino Lupi¹, Donata Vivanti²

¹ Medico di Medicina Generale Fucecchio, Presidente Autismo Toscana Onlus

² Presidente FISH Toscana Onlus

marino.lupi58@gmail.com

OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA A BASSA PRESSIONE NEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

Data la mancanza di una terapia causale, i Disturbi dello Spettro Autistico rappresentano la condizione che più di ogni altra porta i familiari a cercare terapie complementari o comunque non basate sull'evidenza (Smith IM, MacDonald NE. *Countering evidence denial and the promotion of pseudoscience in autism spectrum disorder*. Autism Res 2017;10:1334-7).

L'uso dell'OTI nei DSAut, in realtà, appartiene più al campo dell'*evidence denial*, che a quello della mancanza di evidenza.

Riguardo a questa forma di trattamento il Consiglio dei Sanitari della Regione Toscana aveva già espresso nel 2010 (parere n. 31/2010) un parere nettamente negativo, sulla base di tutte le ricerche e gli studi al momento disponibili. Questo parere negativo è stato successivamente confermato da tutte le Linee Guida Nazionali (Istituto Superiore di Sanità, Linea Guida 21 del 2011, aggiornata nel 2015) e Internazionali (Linee Guida Britanniche NICE, 2014; Linee Guida New Zealand 2016; SIGN 145, Linee Guida Scozzesi 2016). La *National Autistic Society* afferma chiaramente, su queste solide basi, che, sebbene le Linee Guida affermino che secretina, OTI e chelanti non debbano mai essere usati, per alcun motivo, nei bambini e adolescenti: "la nostra posizione è che questo valga per tutte le età" (*position statement* della NAS, www.autism.org.uk/get-involved/media-centre/position-statements/interventions.aspx).

Per integrare questi riferimenti, abbiamo effettuato un'ulteriore ricerca, che ha confermato che non esiste alcuna dimostrazione che l'ossigenoterapia iperbarica provochi un qualsiasi beneficio nei Disturbi dello Spettro Autistico. In particolare, facciamo riferimento ai seguenti studi:

- Martin R, Srivastava T, Lee J, et al. *Using hyperbaric oxygen for autism treatment: a review and a discussion of literature*. Undersea Hyperb Med 2015;42:353-9;
- Goldfarb C, Genore L, Hunt C, et al. *Hyperbaric oxygen therapy for the treatment of children with Autism Spectrum Disorders: an evidence-based systematic review*. Research in Autism Spectrum Disorders 2016;29-30:1-7;
- Tao X, Hongju C, Rong I, Dzhi M. *Hyperbaric oxygen therapy for people with autism spectrum disorder (ASD)*. The Cochrane Library 2016. doi: 10.1002/14651858.CD010922.pub2.

Anche per il 2017 gli studi che sostengono di avere avuto risultati positivi sono di piccole dimensioni, senza controllo interno o esterno, senza una misurazione di esito a distanza e senza misure cliniche validate dal punto di vista psicometrico. Per non parlare poi dell'assenza di evidenza sulla stabilità dei presunti miglioramenti nel tempo e di giudizi clinici effettuati in cieco da investigatori indipendenti. Questi studi hanno quindi basi metodologiche estremamente deboli. Purtroppo ci sembra che gli studi portati da "Prosperius" non facciano eccezione. Pertanto nessuna evidenza si aggiunge che possa confutare le conclusioni di Tao *et al.* (2016) e per la *Cochrane Collaboration* non solo non esistono evidenze di benefici dell'OTI nei Disturbi dello Spettro Autistico (no SOE), ma è raccomandabile anche non intraprendere ulteriori studi, perché gli effetti indesiderati non possono che sconsigliare la prosecuzione di ricerche sull'argomento (SOE negative). A fronte dell'assenza di qualsiasi dimostrazione dei benefici, è infatti dimostrata la presenza di reazioni avverse all'OTI nel 17% dei bambini e adolescenti sottoposti a OTI, tra cui barotrauma dell'orecchio medio, ipoglicemia, vertigini, ansia, dispnea e dolore toracico (che ovviamente devono essere accertati da soggetti indipendenti).

Marco Armellini

Direttore dell'Area Salute Mentale Infanzia e Adolescenza della AUSL Toscana Centro

Ancora sull'autismo

Risposta all'articolo dei dott. Lupi e Vivanti
in merito alla pubblicazione: "Il diritto alla salute delle persone con
autismo impone trattamenti di dimostrata efficacia"

In riferimento alla lettera di Lupi, Visanti e Armellini nel quale si sconsiglia vivamente l'utilizzo della Ossigeno-terapia iperbarica (OTI) nei bambini/adolescenti nello Spettro autistico, vorremmo fare alcune precisazioni, poiché in tale articolo vi sono molte inesattezze ed accuse infondate.

Primo punto: gli **effetti collaterali** della OTI a bassa pressione sono quasi completamente diversi da quelli riscontrati durante i trattamenti ad alta pressione (nella nostra casistica - in linea con tutta la letteratura scientifica pubblicata - l'ipoglicemia, il dolore toracico, vertigini, ansia e dispnea da loro riportati nel 17% dei casi non sono stati da noi mai osservati: inoltre non è chiara la provenienza di tali dati. Nel nostro lavoro viene assolutamente rispettato il principio base della medicina: "primum non nocere". Nella nostra esperienza decennale durante la quale sono stati effettuati oltre 25000 trattamenti l'incidenza del barotrauma (unico effetto collaterale da noi osservato) è stata stimata in una minima percentuale (3%), in linea con le stime ufficiali. Si tratta sempre di **barotraumi di lievissima entità** grazie al fatto che non solo l'escursione pressoria è minima (1,5 ATA è come andare a soli 5 metri sott'acqua), ma dovuto anche ai lunghissimi tempi con i quali viene raggiunta tale profondità (7-8 minuti), nonché alla costante presenza di un medico specialista per impedire l'evento barotraumatico proprio sul nascere. Dunque, al di là degli eventuali benefici, che come ampiamente divulgato nei nostri scritti possono non

essere presenti in tutti i casi trattati (69% di maschi e il 61% di femmine migliorati) tutta la Letteratura è concorde sulla sicurezza dei trattamenti. Leggiamo inoltre circa la "presunta" efficacia dell'OTI in corso di autismo: faccio presente che i risultati riportati nella rivista *International Journal of Current Research* frutto della nostra ricerca, a cui ha collaborato un gruppo di professionisti a livello multidisciplinare, sono stati ottenuti dopo l'elaborazione di scale psicometriche standardizzate e i dati sono stati passati al vaglio statistico.

Secondo punto: allo stato attuale sono stati pubblicati centinaia di articoli che dimostrano, attraverso la neuroimaging, come circa l'80% dei bambini autistici abbiano alcune aree cerebrali situate nella sostanza grigia scarsamente ossigenate e un riconosciuto difetto di "connettività" a carico della sostanza bianca.

Sono dimostrati inoltre i problemi della neuroinfiammazione, degli elevati livelli di stress ossidativo e della disbiosi intestinale per non citarne altri ancora.

La terapia iperbarica è dimostrato avere effetti reossigenanti, antinfiammatori, antinfettivi, stimolanti le cellule staminali ed altri ancora, dunque esiste un sicuro razionale scientifico per tale applicazione e, se ben ricordiamo, in sede di Commissione Regionale, non vi erano state contestazioni su tale aspetto.

Ricordiamo inoltre che l'OTI è una terapia di provata efficacia, ufficializzata da decenni ed è addirittura convenzionata con il SSN per ben 17 patologie e non solo per quelle poche menzionate nell'articolo del dott. Lupi e coll.

Ne ricordiamo alcune importantissime:

- gangrena in tutte le sue forme;
- osteonecrosi asettica;
- osteomielite;
- fratture a rischio di non consolidamento;
- sordità improvvisa;
- sindrome di Ménière;
- piede diabetico;
- radionecrosi;
- piaghe torpide da insufficienza venosa e/o arteriosa.

Ci saremmo aspettati una eventuale discussione medico-scientifica su tali temi meritevoli di una valutazione a carattere multidisciplinare. Sembra al contrario che l'atteggiamento che traspare sia solo quello di sentenziare che il lavoro professionale svolto presso il nostro Centro si svolga solo nell'ottica di "alimentare il mercato delle illusioni, l'ultima delle quali l'ossigeno terapia iperbarica" come riportato nella frase finale dell'articolo.

La Letteratura Scientifica è purtroppo limitata e controversa: esistono solo 3 studi in doppio cieco di cui uno favorevole e due sfavorevoli e una serie di piccoli altri studi alcuni dei quali riportano effetti positivi (invito comunque a leggere anche le *Review* di Ganizhed (2012) e di Rosignol (2012). E' dunque ammissibile che almeno una sottopopolazione di tali bambini possa avere dei benefici, infatti tantissimi bambini hanno beneficiato degli effetti dell'OTI in Italia e nei Paesi esteri dovunque essa venga utilizzata a dispetto della esiguità degli effetti collaterali.

Infine sulla Rivista *International Journal of Current Research* vengono correntemente pubblicati migliaia di articoli di centri di ricerca inter-

nazionali, è una delle innumerevoli riviste che pubblica in *open access* e, al contrario di quanto da Voi affermato, è anche *Peer Reviewed*. Dubitiamo invece sull'autorevolezza dei siti che hanno catalogato la suddetta rivista come "predatrice": uno è un *blog* gestito da due professori filosofi associati presso un'università svedese (che peraltro segnalano questa rivista come "possibile" e non sicura rivista predatrice perché riscontrate solo 12 su 25 criticità), un altro ancora è un *blog* anonimo, il terzo infine non risulta raggiungibile da nessun motore di ricerca. Comunque, al di là della reputazione della rivista, i dati pubblicati in tale articolo, da non confondere con i dati pubblicati su Toscana Medica, sono stati passati al vaglio della informatica, hanno dato i risultati riportati, sono conservati nei nostri archivi e rappresentano semplicemente quella che è stata la nostra esperienza.

Le Linee Guida sulla base della revisione di tale letteratura non consigliano l'uso della OTI in corso di autismo. La Cochrane tuttavia conclude che non ci sono benefici sulla base dell'unico studio preso in considerazione, dopo averne scartato circa una ventina per vari motivi: francamente ci sembra un po' poco per concludere che l'OTI sia inefficace e addirittura pericolosa in corso di autismo. Un atteggiamento decisamente più cauto porterebbe a concludere che tale argomento necessita di ulteriori studi. In ogni caso ribadiamo che i dati riportati rappresentano la nostra modesta esperienza, sono in linea con i dati riportati in alcuni altri studi e non hanno la pretesa di ribaltare le conclusioni delle Linee Guida di nessun Paese del mondo.

Si sottolinea infine che le Linee Guida sono da considerare come delle raccomandazioni, dei suggerimenti e sono passibili di modifiche qualora si evidenzino novità.

Le Associazioni che tutelano le persone con spettro autistico e le loro famiglie dovrebbero mantenere un'apertura internazionale sui possibili trattamenti innovativi, dal momento che non esiste ancora alcuna

cura definitiva per tale patologia, come dichiarato nelle Linee Guida nazionali. Ci meravigliamo piuttosto di come prestigiose Associazioni siano costantemente negative verso la maggior parte di iniziative terapeutiche nuove che possano portare vantaggi ai bambini autistici: non è ammissibile che qualsiasi novità terapeutica sia considerata ogni qualvolta una "truffa a danno dei disabili". Dal momento che le nostre pubblicazioni sono prive di evidenze scientifiche e quindi per quello che vi riguarda non fanno testo, invitiamo gli Operatori Responsabili dei Servizi e delle Associazioni presso il nostro Centro per discutere i nostri dati e per parlare con le famiglie dei bambini che trattiamo. In pediatria ci insegnavano ad ascoltare sempre con la massima attenzione e a credere a quanto riportato dai genitori dei bambini: ecco perché teniamo in alta considerazione le mamme, che ci dicono che il loro bimbo sta migliorando!

Concludendo: gli sforzi compiuti per il trattamento di una patologia complessa come l'autismo necessitano dell'aiuto da parte di tutti, Associa-

zioni comprese; la demonizzazione indiscriminata non serve a niente, solo a rallentare il progresso scientifico. In considerazione delle stime attuali e della crescita epidemiologica allarmante dello spettro autistico è necessario avere a disposizione tutte le armi possibili.

Ammiriamo moltissimo le Associazioni, soprattutto nelle loro funzioni di vigilanza su possibili inganni a danno dei disabili, ma non è certo questo il nostro caso: anche noi siamo professionisti al servizio di questi bambini e delle loro famiglie e non siamo qui per alimentare alcun mercato delle illusioni.

Roberto Vecchione¹,
Nadia Picariello², Mario Bigazzi³

¹ Specialista in Pediatria.

Esperto iperbarico. Collabora col Centro Iperbarico Nautilus dell'Istituto Prosperius di Firenze dal 1990. Dal 2009 si occupa del trattamento di bambini nello spettro autistico

² Specialista in Psicopedagogia Relazionale, Firenze

³ Specialista in Endocrinologia, Firenze

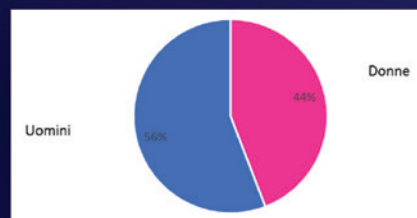
roberto_vecchione@libero.it



L'ATTIVITÀ DELL'ORDINE: DATI E CIFRE

ISCRITTI ALL'ORDINE DI FIRENZE

▪ Iscritti Albo Medici (uomini)	4616
▪ Iscritti Albo Medici (donne)	3730
▪ Iscritti Albo Odontoiatri (uomini)	880
▪ Iscritti Albo Odontoiatri (donne)	386
▪ Totali donne	4009
▪ Totali uomini	5069
▪ Totale iscritti	9078

COMMISSIONI INTERNE
triennio 2018-2020

- ✓ Problematiche dell'età evolutiva
- ✓ Pari Opportunità
- ✓ Medicina di Genere
- ✓ Giovani Medici
- ✓ Formazione ed ECM
- ✓ Medicine Complementari
- ✓ Rischio clinico e Responsabilità professionale
- ✓ Bioetica
- ✓ Libera professione e Sanità privata
- ✓ Salute e ambiente
- ✓ Rapporti Ospedale Territorio

Eventi 2018

- ✓ PROBLEMI QUOTIDIANI DELLA PROFESSIONE
- ✓ LA VIOLENZA SUL LUOGO DI LAVORO
- ✓ LA LEGGE 219/2017
- ✓ LA LEGGE GELLI-BIANCO
- ✓ PENSIONI. IERI, OGGI E DOMANI
- ✓ RESPONSABILITÀ SANITARIA: AZIONI CIVILI E CONSULENZA TECNICA NELLA L. 8 MARZO 2017, N. 24
- ✓ GLI ADEMPIMENTI DEL CONSULENTE TECNICO D'UFFICIO
- ✓ ROAD MAP IN PARADONTOLOGIA CLINICA

Abbiamo dato 1988 crediti a 435 colleghi

Eventi 2019

- ✓ LA LEGGE 219/2017 – EDIZIONE 1
- ✓ LA LEGGE 219/2017 EDIZIONE 2
- ✓ LA VIOLENZA DOMESTICA
- ✓ LA LEGGE 219/2017 EDIZIONE 3
- ✓ I DISTURBI DELLA COLONNA VERTEBRALE IN ETÀ EVOLUTIVA
- ✓ INNOVAZIONI IN ODONTOIATRIA CONSERVATIVA
- ✓ L'INTERDISCIPLINARIETÀ DEL TRATTAMENTO

Abbiamo dato 1871 crediti ECM a 445 colleghi

Eventi 2019

In programmazione

- ✓ NOVITÀ IN OSTETRICIA E IN GINECOLOGIA, 16 Aprile 2019
- ✓ L'ATTIVITÀ SPORTIVA È PER TUTTI? 11 Maggio 2019
- ✓ IMPLANTOLOGIA DIGITALE, 11 Maggio 2019
- ✓ LA NUOVA DIAGNOSTICA DEL CANCRO DI PROSTATA, 16 Maggio 2019
- ✓ IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO, 25 Maggio 2019
- ✓ ONCOLOGIA INTEGRATA, 26 Giugno 2019
- ✓ "LA CARTA DEGLI OPERATORI SANITARI" ALLA LUCE DEL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO, 21 Settembre 2019
- ✓ ODONTOIATRIA RIABILITATIVA DELLA TERZA E QUARTA ETÀ, 5 Ottobre 2019
- ✓ I TUMORI MAXILLO-FACCIALI, 12 Ottobre 2019
- ✓ INTEGRAZIONE TRA MEDICINE ALLOPATICHE E COMPLEMENTARI NELLA CURA DELLE CEFALEE, 18 Ottobre 2019
- ✓ MEDICINA DI GENERE PER OS, 9 Novembre 2019
- ✓ CODICE ROSA. STRUMENTI DI CONTRASTO ALLA VIOLENZA, 16 Novembre 2019
- ✓ MEMORIAL ROMANO GRANDINI, 7 Dicembre 2019
- ✓ GLI ADEMPIMENTI DEL CONSULENTE TECNICO DI UFFICIO, 9 Dicembre 2019

Federazione Toscana Regionale Ordini Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

ricostituita in data 20/04/2018



Presidente: dr. Lorenzo Droandi

Vice Presidente: dr. Umberto Quiriconi

Segretario: dr. Carlo Manfredi

Tesoriere: prof.ssa Teresita Mazzei

Vice Presidente CAO: dr. Massimo Bernini

PERCORSO DI BIOLOGIA CON CURVATURA BIOMEDICA

ANNO SCOLASTICO 2018-2019

Responsabile **dr. Mauro Ucci**

Liceo Scientifico Statale «Guido Castelnuovo» Firenze

Si ringraziano i Colleghi

PROF. EMILIANO ANTIGA, DR. ALESSIO BARTOLETTI, PROF. ALESSANDRO BARTOLONI, PROF. ALBERTO BOSI,
 PROF.SSA GIANNA CAMICIOTTOLI, DR. LORENZO CASATORI, DR.SSA ELISABETTA CENI, ROBERTA COLUCCI, PROF. LORENZO CORBETTA,
 DR. PIETRO DATTOLO, DR. AUGUSTO DELLE ROSE, DR.SSA MICHELA DI PIETRO, DR. GABRIELE DRAGONI, PROF. GIOVANNI FONTANA,
 PROF. GIORGIO GALANTI, PROF. ANDREA GALLI, DR. FRANCESCO GROSSI, PROF.SSA PAOLA GUGLIELMELLI, DR.SSA SOFYA KAVACHUK, DR.SSA MARIA
 LOREDANA IORNO, DR. GIANCARLO LANDINI, PROF. FEDERICO LAVORINI, DR. MARCO LE GRAZIE, DR.SSA LAVINIA QUINTARELLI, DR. ROBERTO MAGLIE, DR.
 TOMAMSO MELLO, DR. MASSIMO MILLI, DR. SIMONE PANCANI, PROF.SSA LAURA PAPI, DR. LUIGI PISANO, PROF. MASSIMO PISTOLESI, DR. RACHELE PUNTILI,
 PROF.SSA VALERIA SANTINI, PROF. MIRKO TAROCCHI, DR.SSA LUCIANA TRANE, PROF. ALESSANDRO MARIA VANNUCCHI, PROF. VIERI VANNUCCHI,
 DR. ALFREDO ZUPPIROLI

PERCORSO DI ALTERNANZA SCUOLA LAVORO

2017-2018 Docenti

CAMILLA ALDERIGHI,
 ALLAMAN ALLAMANI,
 VALERIA DUBINI,
 ALESSANDRO BUSSOTTI,
 TIZIANA FANUCCHI,
 MARCO GEDDES,
 DONATELLA LIPPI,
 GAVINO MACIOCCO,
 LUCA ORSONI,
 EUGENIO PACI,
 SIMONE PANCANI,
 ANTONIO PANTI,
 VALENTINO PATUSSI,
 ALEXANDER PEIRANO,
 FILIPPO PRATESI,
 RAFFAELE RASOINI,
 IRENA SEVERI,
 FRANCESCO SILENZI,
 GIORGIO TULLI,
 ALFREDO ZUPPIROLI

Responsabile Dottorressa Federica Zolfanelli

Istituto Paritario Piero Calamandrei
 Liceo Scientifico Statale Guido Castelnuovo
 Liceo Classico Statale Galileo
 Istituto Statale Leonardo da Vinci
 Liceo Statale Niccolò Machiavelli
 Istituto Russell Newton
 Istituto Santissima Annunziata

2017-2018 : 86 studenti

2018-2019 : 37 studenti

Enti collaboratori

Anelli Mancanti, AOU Careggi, AOU Meyer, Caritas, IFM, LILT, Misericordie della Toscana, SISM

2018-2019 Docenti

ALLAMAN ALLAMANI,
 ELISABETTA BERTOL,
 VALERIA DUBINI,
 TIZIANA FANUCCHI,
 FRANCESCA GALLI,
 GIORGIO GALANTI,
 DONATELLA LIPPI,
 LORENZO MANNINI,
 PAOLA MARINI,
 SIMONE PANCANI,
 ANTONIO PANTI,
 VALENTINO PATUSSI,
 ELISABETTA PERUZZI,
 RAFFAELE RASOINI,
 FRANCESCO SILENZI,
 GIULIO TOCCAFONDI,
 GIORGIO TULLI,
 FEDERICA ZOLFANELLI,
 ALFREDO ZUPPIROLI

Attività amministrative

- ✓ Adeguate Privacy
- ✓ Politiche anticorruzione
- ✓ Politiche trasparenza
- ✓ Regolamentazione acquisti, forniture e incarichi professionali
- ✓ Revisione e adeguamento servizi online





PROF. MANFREDO
FANFANI
RICERCHE CLINICHE

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