

TOSCANA MEDICA

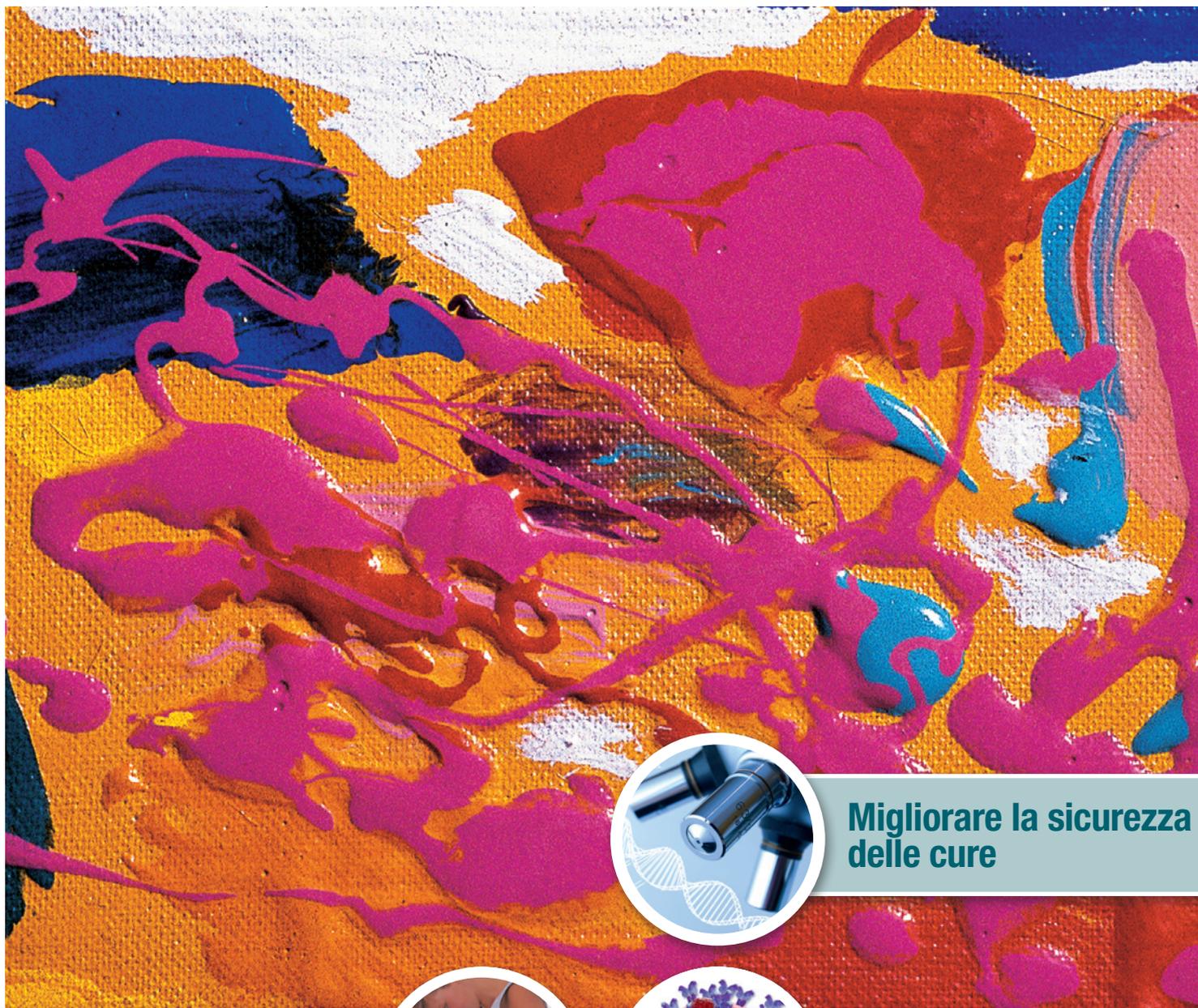
MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

Mensile - Anno XXXVI n.6 giugno 2018 - Spedizione in Abbonamento Postale -

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

GIUGNO 2018

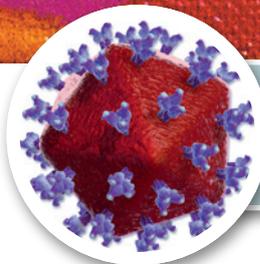
6



Migliorare la sicurezza delle cure



La gravidanza donata



Lotta all'infezione da HIV



Legge 219/2017

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE





MENARINI

group

Qualità del farmaco al primo posto.

www.menarini.it

Il Gruppo Menarini ha oltre 17.000 dipendenti, un fatturato di 3.6 Miliardi di Euro, 6 centri di Ricerca e Sviluppo e 16 stabilimenti produttivi in Italia e all'estero, dove sono prodotte e distribuite nei cinque continenti oltre 580 milioni di confezioni l'anno.

Con la sua produzione farmaceutica Menarini contribuisce, in modo continuo e con standard di qualità elevatissimi, alla salute dei pazienti di tutto il mondo.

MENARINI NEL MONDO

Albania	Corea del Sud	India	Niger	Slovenia
Algeria	Costa d'Avorio	Indonesia	Nigeria	Somalia
Angola	Costa Rica	Iraq	Norvegia	Spagna
Antille Curaçao	Croazia	Irlanda	Nuova Zelanda	Sri Lanka
Arabia Saudita	Danimarca	Italia	Oman	Stati Uniti
Argentina	Ecuador	Kazakistan	Paesi Bassi	d'America
Armenia	Egitto	Kenia	Pakistan	Sud Africa
Australia	El Salvador	Kirghizistan	Panama	Sudan
Austria	Emirati Arabi Uniti	Kosovo	Perù	Svezia
Azerbaijan	Estonia	Kuwait	Polonia	Svizzera
Bahrein	Etiopia	Lettonia	Portogallo	Tagikistan
Belgio	Filippine	Libano	Qatar	Tailandia
Benin	Finlandia	Liberia	Regno Unito	Taiwan
Bielorussia	Francia	Libia	Repubblica Ceca	Tanzania
Bosnia e	Gabon	Lituania	Repubblica	Togo
Erzegovina	Gambia	Lussemburgo	Dominicana	Tunisia
Brasile	Georgia	Macedonia	Repubblica	Turchia
Bulgaria	Germania	Malesia	Slovacca	Turkmenistan
Burkina Faso	Ghana	Malta	Romania	Ucraina
Camerun	Giordania	Marocco	Russia	Uganda
Cile	Grecia	Messico	Senegal	Ungheria
Cina	Guatemala	Moldavia	Serbia	Uzbekistan
Cipro	Guinea	Mongolia	Sierra Leone	Venezuela
Colombia	Honduras	Montenegro	Singapore	Vietnam
Congo	Hong Kong	Nicaragua	Siria	Yemen



Anno XXXVI - n. 6 giugno 2018

Direttore Responsabile
Teresita Mazzei

Capo Redattore
Simone Pancani

Segretaria di Redazione
Antonella Barresi

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

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

Editore

Pacini Editore Srl - via Gherardesca 1 - 56121 Pisa
www.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 • marcidiacono@pacineditore.it

Stampa

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

Finito di stampare luglio 2018 presso le IGP - Pisa

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

a.barresi@omceofi.it



Fondato da
Giovanni Turziani

In copertina
Piero Dorazio
Allegra
olio su cartone
cm 10x15
Firenze,
Collezione privata



Teresita Mazzei



Simone Pancani



Antonella Barresi

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 Cézanne e Jean Joseph Achille Empereire
D. Lippi

EDITORIALE

- 5 Le DAT e l'impegno dell'Ordine
T. Mazzei

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 6 All'Ordine un Convegno sulla Legge 219/2017
M. Martelloni et al.
- 7 Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento (Legge 219/2017): riflessioni di etica clinica
R. Cecioni
- 10 Migliorare la sicurezza delle cure. L'errore e i modelli di gestione (Parte 2ª)
C. Sestini et al.
- 14 Lotta all'infezione da HIV: il test precoce
C. Martinelli et al.
- 18 I fattori umani per la sicurezza delle cure: a Firenze due appuntamenti mondiali
G. Toccafondi et al.
- 20 La gravidanza donata: prima esperienza di un Centro di Procreazione Medicalmente Assistita pubblico in Italia
M.E. Coccia et al.

CLIMA E SALUTE

- 23 Sviluppo di un sistema di allerta da caldo personalizzato per i lavoratori
M. Morabito et al.

LETTERE AL DIRETTORE

- 26 La scelta dal basso in Sanità
F. Prattichizzo

13- CORSI E SEMINARI

27- NOTIZIARIO

30- CONVENZIONI - FONDAZIONE TEATRO MAGGIO MUSICALE FIORENTINO

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

Cézanne e Jean Joseph Achille Empereire

di Donatella Lippi



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

120 anni fa moriva ad Aix-en-Provence, suo paese natale, il pittore Jean Joseph Achille Empereire (1829-1898).

Fu autore di numerosi disegni a sanguigna e si caratterizzò per una propensione per le forme curve vicina alla pittura impressionista del suo compatriota, amico e concittadino Paul Cézanne, ma non ebbe altrettanta fortuna.

I due artisti si conobbero nella bottega parigina di Charles Suisse, agli inizi degli anni Sessanta del XIX secolo e, per almeno un decennio, intrattennero stretti rapporti di amicizia.

Proprio a Cézanne si deve il ritratto che ha strappato questo pittore all'oblio. Il dipinto potrebbe sembrare, a prima vista, una caricatura e più un atto di scherno che una celebrazione. In realtà, non è così. Il pittore è seduto su una poltrona dalla spalliera molto alta, coperta da una tappezzeria a fiori: il corpo, deforme, è avvolto in una veste da camera blu. Il volto, sproporzionato, dall'aria pensierosa, con baffi e pizzico; le gambe, esili e incerte, posano su un poggiatesta.

Sopra lo schienale della poltrona, contro lo sfondo uniforme e scuro della tela, una iscrizione dipinta in lettere Bodoni riporta la scritta: *Achille Empereire Peintre*.

Colpiscono la dolorosa malinconia, la tristezza e la compassione, che pervadono il ritratto.

Lungi dall'essere una caricatura, l'opera, un olio su tela, conservato a Parigi, al Musée d'Orsay, gioca sul suo formato monumentale (200 x 120 cm): la raffigurazione frontale del modello, il suo maestoso modo di sedere, la scritta ostentata fanno eco al

Napoleone Primo sul trono imperiale di Ingres, ribadito dal gioco di parole *Empereur* (trad.: "Imperatore")/*Empereire* (cognome dell'artista).

Cézanne ritrasse l'amico per come era, ma, nel collocarlo su un trono, gli conferiva quella gloria che lo sfortunato pittore non avrebbe avuto in vita: allo stesso tempo, superava il realismo, per addolcire la visione con una sorta di romanticismo inaspettato, insolito nella fase che Cézanne stesso aveva definito "*couillarderie*", di esibita e maschia virilità, sperimentale e ruvida. Non sorprende il rifiuto del ritratto di Achille Empereire al Salon del 1870, data la sua trasgressione rispetto alle antiche regole dell'arte del ritratto,



Figura 1 – Cézanne, Paul (1839-1906): Achille Empereire. Parigi, Musée d'Orsay. © 2018. Foto Scala, Firenze.

quale ancora si coltivava alla fine del Secondo Impero. Malinconia, mestizia, indulgenza nell'espressione dello sfortunato pittore, verosimilmente affetto da una malattia genetica importante. Fronte alta, busto corto e tozzo, estremità lunghe e sottili.

Superata la diagnosi differenziale con la displasia metatropica (MTD), la displasia di Kniest e la sindrome di Morquio, e grazie ad altre fonti iconografiche relative a Emperariere, la diagnosi più probabile è che lo sfortunato artista fosse affetto da displasia spondilo-epifisaria congenita (SEDC), a ereditarietà autosomica dominante, in cui compaiono anche bassa statura disarmonica (tronco corto rispetto agli arti con *pectus carinatum*), collo corto, arti con accorciamento rizomelico, ma lunghi se paragonati al tronco, mani e piedi essenzialmente normali.

La diagnosi si deve a un ortopedico e a un farmacologo, Manoj Ramachandran e Jeffrey K Aronson (*The diagnosis of art: Achilles Empereire and spondyloepiphyseal dysplasia congenital*. J R Soc Med 2007;100:384-5), che hanno riletto il capolavoro di Cézanne alla luce di una competenza "gestaltica" che esalta l'occhio clinico del medico. Anche di questo si è parlato recentemente in un convegno, organizzato dal Centro Studi della Fondazione Meyer (Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer, Firenze), *Genetica e Medicina nell'Arte*, dedicato all'incontro tra linguaggi diversi e alle potenzialità che possono avere anche nel curriculum formativo del medico.

donatella.lippi@unifi.it

Le DAT e l'impegno dell'Ordine

di Teresita Mazzei

Immaginiamo un fermo-immagine cinematografico che ci porti all'interno di un qualsiasi Reparto di Rianimazione di oggi, in un qualsiasi ospedale che accoglie malati di qualunque età colpiti dalle più svariate patologie. Siamo in un ambiente ad altissima tecnologia, con macchine di eccezionale complessità che sostengono tutte le funzioni vitali permettendo ai pazienti di sperare in una evoluzione quanto migliore possibile del proprio stato di salute/malattia. I professionisti che lavorano in questo e altri Reparti simili stanno "curando" i propri malati oppure se ne "stanno prendendo cura"? Fino a pochi decenni fa probabilmente questa e altre domande simili sarebbero venute in mente solo a qualche illuminato e visionario pensatore che avesse iniziato a riflettere su fino a dove avrebbero potuto dilatarsi i limiti della scienza medica grazie al progredire della tecnica e delle conoscenze.

Questo "ieri", in fondo neppure così remoto, è diventato in pochissimo tempo attualità di enorme confronto scientifico, etico, deontologico, sociale, antropologico, politico; un dibattito capace di sconvolgere filosofie e atteggiamenti, appassionante motivo di discussione che si colloca ormai al di fuori, giustamente, del solo campo delle scienze della salute per diventare patrimonio di qualsiasi individuo.

All'articolo 32 della nostra Carta Costituzionale i Padri Costituenti scrissero: *nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso vio-*

lare i limiti imposti dal rispetto della persona umana. Sono parole di chiarezza ineccepibile che oggi però devono necessariamente confrontarsi con una realtà profondamente mutata e con situazioni reali diventate nel bene e nel male paradigmi del nostro tempo, come per esempio i "casi" Englaro, Welby, Dj Fabo, tanto per rimanere nel nostro recente ambito nazionale.

Sul numero 12 della *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, del 16 gennaio 2018, è stata pubblicata la legge 219/2 dicembre 2017, un testo che cerca di mettere chiarezza in un campo dove tutti i limiti appaiono sfumati e assai difficilmente codificabili. Adesso anche nel nostro Paese viene ufficialmente affermato il principio per cui l'inizio o il proseguimento di qualsiasi trattamento sanitario deve necessariamente essere preceduto dal consenso libero e informato manifestato dal diretto interessato, a eccezione dei casi espressamente previsti dalla legge. Si sostanzia in questo modo la valenza di un acronimo che ormai tutti abbiamo imparato a conoscere, le *Disposizioni Anticipate di Trattamento*, comunemente definite DAT, che quindi oggi anche in Italia vengono riconosciute e ritenute legalmente valide.

Inevitabilmente la legge 219/2017 viene a incidere sul rapporto medico/paziente, aprendo di fatto la strada a situazioni che fino a poco tempo fa potevano soltanto essere ipotizzate. Di conseguenza non si possono più evitare domande come "cosa cambia adesso per i medici?", "cosa per le persone colpite da malattie croniche

e invalidanti?". E ancora, "come si dovranno muovere le famiglie degli ammalati e i tutori dei pazienti minorenni o incapaci di intendere e volere"?

Si tratta evidentemente di interrogativi di eccezionale complessità che richiedono una sensibilità e un'attenzione particolare da parte di tutti i medici di fronte a situazioni che coinvolgono l'essenza stessa dei sentimenti umani più profondi e personali. I medici pertanto dovranno "studiare" queste innovazioni per essere pronti a dirimere dubbi e mettere in pratica in ogni caso comportamenti deontologicamente e scientificamente corretti.

L'Ordine, ben conscio delle difficoltà di un simile scenario, ha offerto una prima risposta organizzando il 31 maggio un Convegno dal titolo *La legge 219/2017, norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento* durante il quale si sono confrontati medici di diversa formazione, filosofi, bioeticisti, teologi e avvocati alla ricerca di una chiarezza complessiva oggi quanto mai necessaria.

L'impegno del Consiglio in materia continuerà in futuro all'interno delle Commissioni Ordinarie e dei Gruppi di Lavoro allo scopo di creare momenti di incontro, discussione e dibattito su temi che inevitabilmente impattano con forza sulla nostra attività quotidiana. *Toscana Medica* e le *News* elettroniche saranno sempre disponibili ad accogliere idee e suggerimenti.

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

s.baglionio@omceofi.it

All'Ordine un Convegno sulla Legge 219/2017

di Massimo Martelloni e Pietro Claudio Dattolo

Da due Consiglieri dell'Ordine una nota a margine del Convegno sulla Legge 219/2017 che si è svolto il 31 maggio presso la sede di via Vanini.

Parole chiave:

DAT, Legge 219/2017, bioetica, fine vita, cure palliative

Un resoconto breve su una intensa, partecipata e positiva giornata di lavoro è sempre un esercizio difficile. Tuttavia vogliamo ricordare alcuni passaggi significativi che testimoniano il valore di una missione medica aderente al proprio codice deontologico nel quadro di una medicina condivisa col paziente, persona assistita, e con i suoi familiari.

La legge sul consenso informato e sulle disposizioni anticipate di trattamento, ovvero sulle decisioni di *fine vita*, rappresenta il punto di approdo di un percorso storico durato oltre cento anni; il cosiddetto "Diritto Gentile" viene portato a compimento e per legge dello Stato. Come già affermato nelle aule dei Tribunali e nei Trattati e nelle Convenzioni Internazionali, la tutela della salute viene finalmente intesa non solo come diritto sociale, ma anche come diritto di libertà. I concetti di "autodeterminazione" e "medicina condivisa medico-persona assistita" ne costituiscono le basi portanti.

Nel convegno sono emerse considerazioni storiche, filosofiche, mediche, medico-legali e giuridiche confluenti a confermare un impegno che sia l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze sia la FNOMCeO stanno attuando in tutto

il Paese a sostegno della libertà delle cure nel rispetto della dignità e della libertà decisionale della persona assistita anche quando è venuta meno la capacità di intendere e di volere.

È emerso con forza l'impegno dell'Ordine alla divulgazione della legge, con attività formative per i propri iscritti e iniziative volte a favorire la massima integrazione e collaborazione interdisciplinare e interprofessionale.

Gli interventi dei relatori e lo stesso dibattito nella tavola rotonda hanno confermato che i medici avevano già coraggiosamente fatto tanto con il loro codice deontologico. Oggi, comunque, i cittadini avevano bisogno di una legge in grado di dare certezze nel comportamento delle istituzioni e dei professionisti. L'Ordine di Firenze ha ricordato come molti siano ancora i problemi da affrontare anche per far emergere le responsabilità della Pubblica Amministrazione. Il tempo della comunicazione è tempo di lavoro. Questo assunto deontologico, che da sempre sosteniamo in prima linea, non ha ancora l'attenzione delle Istituzioni Sanitarie.

Per il *fine vita* in particolare è necessaria una strategia politica da parte delle Regioni che, pur nelle attuali difficoltà economiche e non solo, a fronte dello sviluppo di ospedali per intensità di cure, permetta la crescita di strutture territoriali a bassa intensità di cure. In altre parole abbiamo bisogno di più *hospice* non solo per i pazienti oncologici, ma anche per le altre malattie croniche degenerative terminali.

Alcune considerazioni conclusive:

- l'epidemiologia sta cambiando, la popolazione è sempre più anziana e comorbida. Ciò significa notevole aumento di problematiche legate alla cronicità e necessità di adeguamento culturale da parte dei medici e di politiche sanitarie che facilitano la presa in carico dei pazienti, anche nelle fasi terminali



MASSIMO MARTELLONI
Direttore UOC Medicina legale e CRM Lucca,
Presidente nazionale della COMLAS, Società
Scientifica dei Medici Legali delle Aziende
Sanitarie. Consigliere dell'Ordine di Firenze



PIERO CLAUDIO DATTOLO
Direttore SOC Nefrologia Firenze 2,
Presidente SIN, Società Italiana di Nefrologia,
Sezione Tosco-Ligure.
Consigliere dell'Ordine di Firenze

di vita. Un dato su tutti: il 34% dei posti letto in medicina è occupato da malati terminali che muoiono entro 3 giorni dal ricovero;

- c'è un grande consumo improprio di risorse terapeutiche nelle fasi terminali di vita senza che questo determini un miglioramento della qualità di vita dell'individuo stesso;
- per l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze non basta aver approvato una buona legge. Il cammino è appena iniziato e la problematica etica relativa alle scelte assistenziali e individuali di *fine vita* deve trovare risposte da parte delle strutture socio-sanitarie di riferimento;
- infine, nel Convegno è emersa una forte richiesta da parte dell'Ordine, Ente Sussidiario dello Stato, per la reintroduzione dei Comitati Etici orientati alla buona pratica clinica a livello sia regionale che aziendale. Non bastano i comitati per le sperimentazioni farmacologiche. Un Paese costituzionalmente libero come il nostro ha bisogno nelle Aziende Sanitarie e a livello regionale di Comitati Etici che esprimano un pensiero terzo, libero e indipendente.

martellonimassimo.prof@gmail.com

Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento (Legge 219/2017): riflessioni di etica clinica

di Riccardo Cecioni



RICCARDO CECIONI
UOC Medicina Legale, Azienda USL Toscana Sud-Est. Dottore di ricerca in Deontologia ed Etica Medica. Svolge attività di ricerca sull'etica di fine-vita dal 1995. È stato per nove anni nel Consiglio Direttivo della Consulta di Bioetica. Nel 2003 è diventato coordinatore del gruppo di lavoro della Regione Toscana "Consenso informato e direttive anticipate". È consulente di Etica Clinica nei progetti di ricerca europei EURELD e VOICES. È consulente DAT per il Consiglio Nazionale del Notariato. È autore di oltre 100 pubblicazioni scientifiche

La recente Legge 219/2017 su consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento, pur apparendo nel complesso efficace e ben scritta, solleva alcune riflessioni di Etica Clinica su delicati temi specifici che richiedono un deciso intervento nella fase di elaborazione e stesura degli indispensabili protocolli operativi e linee-guida a uso dei professionisti coinvolti, al fine di garantirne una efficace fruibilità da parte dei cittadini.

Dal 31 gennaio 2018 è in vigore in Italia la cosiddetta legge sul testamento biologico (Legge 2 dicembre 2017 n. 219, pubblicata sulla "Gazzetta Ufficiale" n. 12 del 16 gennaio 2018). Nel rispetto dei principi enunciati nella Costituzione della Repubblica, nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea e nella Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e la biomedicina, a tutela del diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona, tale norma riafferma il principio per cui nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge. La legge introduce le cosiddette disposizioni anticipate di trattamento (DAT), con cui la persona può trasmettere le proprie volontà e le decisioni da prendere in merito ai trattamenti sanitari se in futuro dovesse trovarsi in condizioni di incapacità decisionale, nonché provvedere alla nomina di un fiduciario incaricato di rappresentarla in ambito sanitario. Da oggi, quindi, le volontà espresse anticipatamente, ovvero le *advance directives* dell'Etica Clinica di matrice anglosassone, sono anche in Italia ufficialmente riconosciute e hanno valore legale.

Sono qui riportati alcuni spunti critici di natura concettuale e operativa che emergono dalla lettura dell'articolato normativo.

Articolo 4 comma 1

Recita: ... ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari ...

In questo articolo due concetti meritano approfondimento: ai fini del funzionamento della norma, cosa deve intendersi per incapacità di autodeterminarsi e per adeguate informazioni mediche?

Il primo concetto, in modo del tutto evidente, non corrisponde alla semplice perdita della capacità di intendere e di volere, che nella norma rappresenta solo il requisito base per la redazione di una DAT, ma non per la sua "entrata in funzione" o, usando il termine anglosassone, per la sua "validazione". Infatti nell'Etica Clinica la capacità di autodeterminarsi, o capacità decisionale, è articolata in tre distinti momenti ed è definibile come la condizione in cui un soggetto è in grado di:

1. *comprendere* le circostanze in cui si trova e le informazioni utili per assumere una decisione riguardante

Parole chiave:
consenso informato,
testamento biologico, DAT

dante le scelte terapeutiche e/o assistenziali;

2. *apprezzare* le conseguenze ragionevolmente prevedibili di una decisione (nonché di una tardiva o mancata decisione);
3. *comunicare* la propria volontà in modo coerente, chiaro e comprensibile.

Il mancato soddisfacimento di uno dei tre elementi citati deve far sospettare la presenza di uno stato di incapacità decisionale e validare la DAT, facendola dunque entrare in funzione.

Nella legge non è scandito alcun obbligo di dare evidenza al riscontro di incapacità, ma nelle procedure o linee-guida di Etica Clinica relative alla fase attuativa è alquanto opportuno che in sede documentale sia garantita una chiara evidenza di tale riscontro, poiché a seguito di esso, contemporaneamente alla validazione della DAT, verranno *negati* alla persona due diritti fondamentali: il diritto a essere destinataria della comunicazione diagnostica, terapeutica e assistenziale che la riguarda, cioè il *diritto all'informazione* sanitaria; il diritto a esprimere la propria volontà e a partecipare alle decisioni che la riguardano, cioè il *diritto all'autodeterminazione* in tema di trattamenti sanitari. Per questi motivi è assolutamente indispensabile che alla persona e ai congiunti venga ufficialmente notificato il riscontro di incapacità decisionale, assieme alle conseguenze e ai diritti correlati.

Passando al secondo concetto, la legge non statuisce cosa debba essere inteso per “adeguate informazioni mediche”, lasciando chiaramente la più ampia libertà al cittadino sulle modalità per l'acquisizione di tali informazioni. È peraltro evidente che, qualora la DAT sia redatta sotto forma di atto pubblico o di scrittura privata autenticata, il pubblico ufficiale è tenuto a verificare nel disponente sia la *capacità di intendere e di volere* che il possesso di *adeguate informazioni mediche*, trattandosi di requisiti di legge irrinunciabili la cui assenza renderebbe la DAT stessa

atto nullo e dunque inapplicabile. Apparentemente diverso è il caso in cui la DAT venga espressa mediante scrittura privata semplice, banalmente “consegnata” all'ufficio di stato civile del comune di residenza o presso le strutture sanitarie, in quanto la norma curiosamente non individua un ruolo di verifica e controllo in carico a queste due figure, quasi che volesse far convivere nel panorama nazionale DAT di serie A e di serie B.

Articolo 1 comma 3

Statuisce che il paziente ... può... *indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati ... di esprimere il consenso in sua vece ...*, mentre l'articolo 4 comma 1 ancora riporta che il disponente ... *indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata “fiduciario” che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e le strutture sanitarie ...*

La *nomina di un fiduciario* è da sempre uno dei punti fondanti delle direttive anticipate e in parecchi contesti normativi nazionali è addirittura obbligatoria per legge. Ovvero, se il cittadino non ha provveduto ad alcuna nomina e si trova in stato di incapacità decisionale, è la legge stessa a stabilire un ordine di scelta del fiduciario quale decisore sostitutivo. Nella redazione di una DAT, invece, essa è stata ritenuta facoltativa ma in molte situazioni il ruolo decisionale in assenza del fiduciario è riconosciuto alla figura dell'amministratore di sostegno della persona incapace. È pertanto auspicabile, sul piano operativo, una chiara presa di posizione in merito a questo aspetto.

Articolo 5 comma 1

Recita ... *rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'équipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non pote-*

re esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità ...

È lecito porsi delle domande sulle finalità di questo articolo apparentemente superfluo e ridondante, dato che l'intero profilo delineato dalla norma è appunto costituito dal sistema di *Advance Care Planning*, in completo superamento del fattore “esperienza di malattia” che rappresentava una delle obiezioni storiche alle direttive anticipate. L'articolo dedicato alla pianificazione condivisa delle cure assume però una sua forte ragion d'essere in virtù del variegato e dinamico panorama attuale di approccio alle cronicità ingravescenti, alle malattie oncologiche o terminali e alle cure palliative, settori che al momento sono gestiti in modo ottimale solo in selezionate strutture di eccellenza, ponendo quindi la norma in un'ottica di sensibilizzazione, monito e responsabilizzazione dei professionisti della Sanità su questo tema cruciale.

In relazione alle modalità di deposito e archiviazione delle DAT, alla creazione di una banca dati nazionale e, più in generale, al tema della conoscibilità, accessibilità e consultabilità della stessa, tante soluzioni sono al momento oggetto di studio e di discussione. È stata inoltre sollevata una problematica di *privacy*, essendo ovviamente contenute nelle DAT varie informazioni “sensibili” relative al disponente. Appare doveroso e logico segnalare che l'obiettivo del rispetto della *privacy*, relativo alla protezione dei dati sensibili, non ha e non potrà mai avere rilevanza superiore alla conoscibilità, accessibilità e consultabilità delle DAT, non potendo esso stesso, con DAT criptate, arrivare a ledere un diritto gerarchicamente superiore, ovvero il diritto all'autodeterminazione individuale, nel nostro ordinamento non a caso qualificato come “diritto personalissimo”.

Nella legge stranamente non compare mai il concetto di “migliore interesse”, fondamentale standard giuridico della *common law* anglosas-

sone che deve ispirare ogni decisione sostitutiva, cioè operata da una terza persona (in questo caso il fiduciario) nei confronti di un soggetto che versa in stato di incapacità. Eppure, tale *standard* era penetrato nel nostro panorama giurisprudenziale al punto che, nella famosa e decisiva sentenza della Corte di Cassazione sul caso Englaro (n. 21748/2007), si argomentava a proposito del fiduciario che ... *egli deve ... agire nell'esclusivo interesse dell'incapace; e, nella ricerca del best interest, deve decidere non "al posto" dell'incapace né "per" l'incapace, ma "con" l'incapace: quindi, ricostruendo la presun-*

ta volontà del paziente incosciente, già adulto prima di cadere in tale stato, tenendo conto dei desideri da lui espressi prima della perdita della coscienza, ovvero inferendo quella volontà dalla sua personalità, dal suo stile di vita, dalle sue inclinazioni, dai suoi valori di riferimento e dalle sue convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche ...

Anche su questo tema è quanto mai opportuno che nelle procedure o linee-guida di Etica Clinica relative alla fase attuativa della norma il concetto di migliore interesse della persona incapace sia tenuto assolutamente presente, soprattutto al fine di

evitare o comunque ridurre la possibilità, in qualche caso limite, di sgradevoli ricadute giudiziarie.

In estrema sintesi, alle esposte osservazioni è più che mai opportuno garantire risposte concrete utilizzando gli strumenti propri dell'Etica Clinica, ovvero mediante la stesura di protocolli operativi e linee-guida a uso dei professionisti coinvolti, all'ineludibile fine di rendere la norma efficacemente fruibile da parte dei cittadini.

riccardo.cecioni@inwind.it



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI 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: ammifirenze@virgilio.it - 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

Migliorare la sicurezza delle cure

L'errore e i modelli di gestione (Parte 2^a)

di Cinzia Sestini, Giovanni Falsini, Serena Romanelli



CINZIA SESTINI
Infermiera. Laureata in Scienze Infermieristiche Ostetriche. Responsabile Posizione Organizzativa Rischio Clinico presso l'Azienda USL Toscana Sud-Est, Zona Operativa Arezzo. Dal 2005 si occupa di Qualità e Sicurezza del Paziente. Ha effettuato il 1° Corso di Alta Formazione in Clinical Risk Management della Scuola Superiore Sant'Anna negli anni 2005-2006

GIOVANNI FALSINI, SERENA ROMANELLI
Dipartimento Cardiovascolare e Neurologico Azienda USL Toscana Sud-Est, Zona Operativa Arezzo

Continuano le nostre osservazioni sul rischio clinico (vedi Toscana Medica n. 5/2018, pag. 13), con la parte che affronta l'errore umano e i modelli di gestione di questo secondo una visione cronologica che va dall'iniziale approccio ingegneristico al fattore umano fino all'approccio di sistema e delle organizzazioni ad alto rischio. Ciascun sistema ha fornito degli elementi utili agli operatori sanitari.

Parole chiave:

errore umano, sicurezza delle cure, Clinical Risk Management, errori attivi, errori latenti

L'errore umano

Errare humanum est, perseverare autem diabolicum. La frase di Seneca (4 a.C. - 64 d.C.) ha mantenuto il suo significato invariato fino ai giorni nostri. Tutti siamo consapevoli e generalmente d'accordo che commettere un errore è umano, sbagliare è comprensibile, in particolare se l'errore è commesso in maniera incon-

sapevole. Siamo solitamente disposti a perdonare chi commette un errore. Ma perpetrare lo stesso errore è sbagliato, contrario alla natura umana, diabolico, appunto.

L'errore umano può essere definito in molti modi. Per i nostri propositi lo definiamo come segue: "un errore è il fallimento di una o più azioni pianificate per il raggiungimento di uno scopo desiderato."

L'approccio all'errore umano

L'approccio all'errore umano si è evoluto nel tempo di pari passo con il progresso delle conoscenze sul funzionamento della mente e sui rapporti tra uomo e ambiente (Figura 1). Verranno illustrati di seguito i principali modelli di gestione dell'errore umano.

L'approccio tecnico all'errore umano (anni '70)

Negli anni '70 del secolo scorso, per spiegare l'errore umano veniva applicato il modello ingegneristico della *performance* umana, derivato dall'industria, principalmente automobilistica, degli anni '20 e '30. Secondo questo approccio la genesi dell'errore umano risiede nei processi cognitivi patologici degli operatori, principalmente legati a disattenzione e negligenza. La finalità di capire l'errore coincideva con la ricerca della responsabilità e le correzioni erano rivolte in queste due direzioni: il biasimo e la formazione degli operatori. Tuttavia le ricerche in campo psicologico e sociale di quegli anni iniziavano a concentrare l'attenzione sui fattori umani ed era emerso chiaramente che gli errori nascono solo raramente dalla negligenza, mentre sono molto più spesso la conseguen-

za di circostanze concausali. Inoltre questo modello non considerava gli eventi sfiorati che invece sono una fonte importante di informazione sulla sicurezza del paziente.

Il fattore umano (anni '80)

Negli anni '80 si impone il modello dell'approccio all'errore basato sulla persona come tentativo di ottimizzare la relazione tra i sistemi e gli esseri umani.

I campi di ricerca in questo ambito erano principalmente tre:

- *lo sviluppo di sistemi sicuri.* Riguarda la concezione delle apparecchiature e la realizzazione di programmi informatici di supporto alle prestazioni umane;
- *l'ergonomia cognitiva* applicata al posto di lavoro in generale, la progettazione degli ambienti di lavoro ergonomici, gli ospedali stessi e la progettazione delle apparecchiature sanitarie ed elettromedicali;
- *lo studio delle dinamiche di gruppo* (il *team working*). La capacità decisionale e di elaborazione delle informazioni in situazioni critiche può avere per un singolo operatore importanti limitazioni specie in tempi ristretti. Le dinamiche

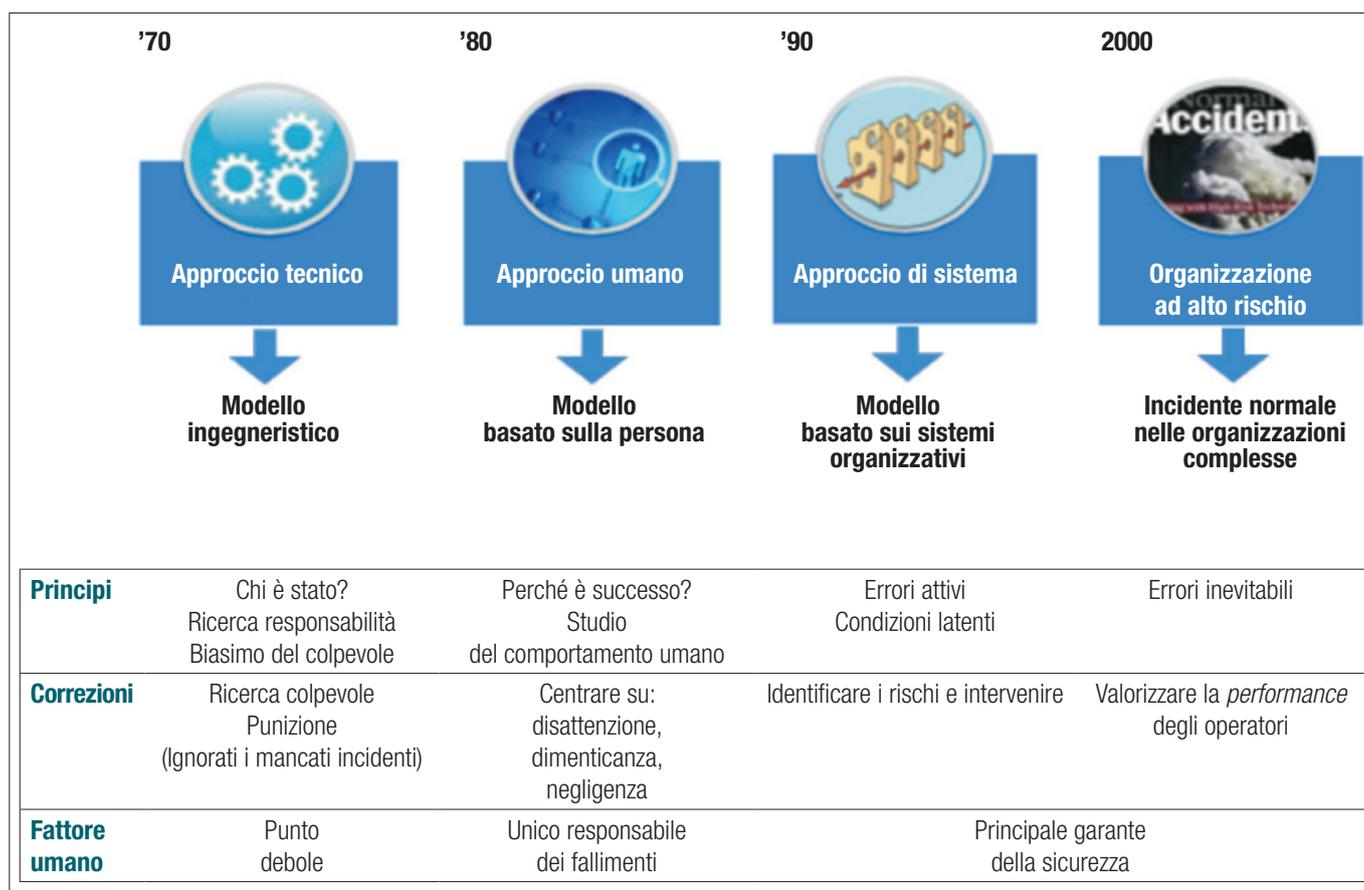


Figura 1 – Evoluzione dei sistemi di gestione dell’errore.

di gruppo insufficienti e le interruzioni della comunicazione tra i membri di un *team* possono favorire gli errori.

L’approccio di sistema (anni ’90)

L’approccio di sistema rappresenta l’evoluzione dei sistemi precedenti che ne include gli aspetti principali. Secondo Reason l’errore è inevitabile perché connesso alla natura umana: *non potendo cambiare la natura umana, bisogna agire sul sistema migliorando le condizioni di lavoro in modo che l’errore umano non produca danni*. Tale approccio sposta l’attenzione dal singolo al sistema; viene introdotto il concetto che i sistemi altamente tecnologici possiedono molti strati di difese-barriere progettate per intercettare gli errori umani: alcune barriere sono sistemi ingegneristici (allarmi, chiusure automatiche ecc.), altre si basano sulle persone (specializzazioni) e altre ancora dipendono da procedure e controlli di *routine*.

Questo approccio introduce i concetti di errori attivi e latenti e di fattori contribuenti.

Gli *errori attivi* sono associati alle prestazioni degli operatori di prima linea, i loro effetti sono di solito immediatamente percepiti e facilmente individuabili.

Gli *errori latenti* sono associati ad attività distanti in termini di spazio e tempo dal luogo dell’incidente, come le attività manageriali e organizzative. Le conseguenze degli errori latenti possono restare silenti nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidenti solo quando si combinano con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema.

I *fattori contribuenti* sono le condizioni che creano il terreno favorevole all’errore attivo.

L’importanza fondamentale del modello di Reason per la gestione del rischio clinico è quella di aver superato i concetti di “colpa” ed “errore” per l’utilizzo gestionale delle informazioni derivate dallo studio dell’incidente.

La finalità diventa non trovare il colpevole per punirlo ma solo capire perché è avvenuto l’errore, identificare le criticità residenti nel sistema e attuare le correzioni opportune. Presupposto per l’affermazione di questo modello è la “consapevolezza collettiva della possibilità di sbagliare”, ossia un terreno culturale favorevole che consideri gli errori come opportunità per migliorare la qualità del sistema stesso.

Questo modello introduce i *near miss*, gli eventi sfiorati che rappresentano vere e proprie lezioni gratuite per capire le aree a maggior rischio su cui intervenire.

Organizzazioni ad alto rischio (2000)

Il modello più recente in ordine cronologico sostiene che le organizzazioni che sviluppano processi critici vanno incontro a rischi “strutturali” che non possono essere evitati dall’attenzione umana né dall’organizzazione responsabile e attenta alla gestione delle attività.

Il modello si basa sulla teoria dell'incidente normale di Perrow (1984) ripresa da Hollnagel (2008) per cui nelle organizzazioni, quando aumenta la complessità, aumenta l'incontrollabilità del sistema, che si viene a trovare in una zona ad alto rischio in cui l'errore diventa pressoché inevitabile al realizzarsi di determinate circostanze.

Di fatto tale modello, anche se accettato teoricamente, ha un'accezione di tipo filosofico, manca di prove di evidenza e non apporta sostanziali innovazioni rispetto al modello precedente che rimane il riferimento teorico nella gestione del rischio clinico.

Una nuova visione degli errori nei sistemi complessi

Nei sistemi complessi come anche la Sanità si devono distinguere le interazioni che avvengono in prima linea (*sharp end*) da ciò che succede nelle retrovie del sistema, a livello amministrativo, gestionale e normativo (*blunt end*). In prima linea gli operatori sono sottoposti a una serie di problemi e domande contrastanti per cui le decisioni sono vincolate sia da limiti cognitivi che dalle risorse disponibili (Figura 2).

Secondo Cook e Woods ci sono 3 classi di fattori cognitivi che governano le decisioni degli operatori di prima linea:

1. *conoscenze* degli operatori per la soluzione di un problema in un determinato contesto;
2. *attenzione*. Le dinamiche dell'attenzione e la gestione del carico di lavoro mentale nell'evolversi temporale della situazione influiscono sull'esito;
3. *strategia*: le contraddizioni tra più obiettivi che confliggono tra loro in condizioni di incertezza e la pressione di risorse limitate (per esempio tempi stretti, contenimento dei costi).

Questi tre fattori possono sovrapporsi nelle attività dei singoli operatori o del gruppo e portare a soluzioni sbagliate in caso di problemi di particolare complessità.

I fattori latenti sono in grado di influ-

ire sulle risorse cognitive e materiali degli operatori di prima linea nella soluzione di un particolare problema; per esempio le conoscenze disponibili agli operatori di prima linea possono essere il risultato degli investimenti in formazione del personale o nell'allocazione delle risorse umane. L'efficacia del sistema dipende dalla fluidità nell'integrazione tra questi fattori.

Nella visione sistemica, il fattore umano considerato il punto debole del sistema ingegneristico o l'unico responsabile dei fallimenti nell'approccio centrato sulla persona diventa il principale garante della sicurezza dei processi organizzativi. Grazie alle straordinarie capacità di adattamento tipiche degli esseri umani, gli operatori di prima linea sono capaci di gestire il peso degli errori latenti, i conflitti e le contraddizioni provocati dalle scelte effettuate a livello di *blunt end*.

Gli operatori di prima linea rappresentano spesso l'ultima risorsa del sistema: sono in grado di risolvere conflitti, anticipare gli errori, aggiustare situazioni, identificare e recuperare mancanze di informazioni o comunicazioni sbagliate. Queste caratteristiche della *performance* degli operatori sono alla base dell'affidabilità delle organizzazioni critiche per la

sicurezza. Le organizzazioni diventano affidabili nella misura in cui sono in grado di riconoscere, valorizzare e supportare queste modalità operative: adottare la prospettiva sistemica è un necessario cambiamento culturale e di prospettiva.

Modello di Reason del formaggio svizzero

Reason ha introdotto il modello del formaggio svizzero secondo cui l'errore evidente è causato da un susseguirsi di azioni che, in particolari situazioni, superano i vari meccanismi di controllo, le barriere difensive, rappresentate dalle fette di groviera, dove i buchi del formaggio che simboleggiano le falle del sistema non occupano una posizione fissa ma fluttuano in relazione alle variazioni del contesto. Perché si produca un errore è necessario un allineamento accidentale di tutte le falle tale da permettere alla situazione a rischio di "bucare" il sistema di difesa e produrre l'incidente.

Modello di Vincent (London Protocol)

Modello dell'analisi sistemica dell'evento avverso, tratto dal modello di Reason di cui ne rappresenta una evoluzione. Rappresenta la sintesi finale dei modelli di gestione del rischio clinico.

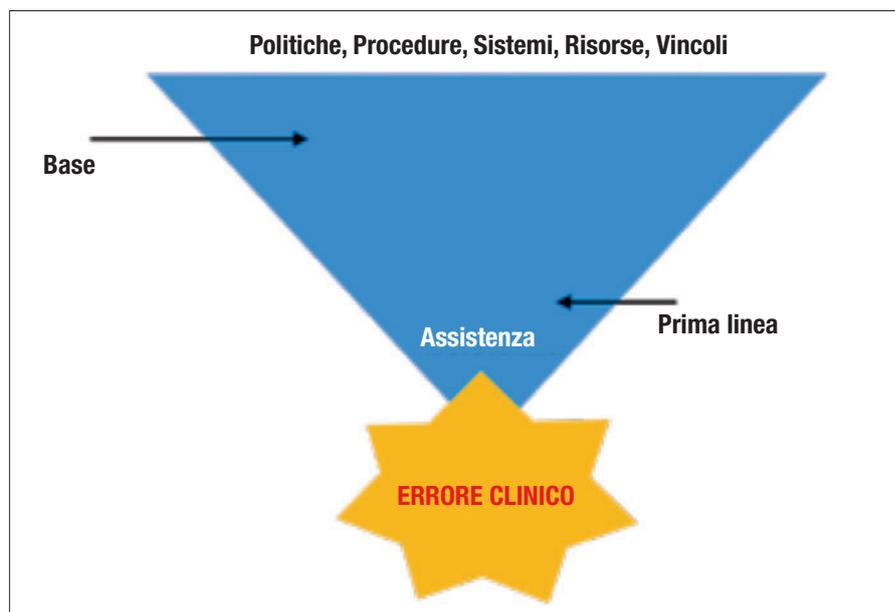


Figura 2 – Prima linea (*sharp end*) e base (*blunt end*) di un modello di sistema complesso.

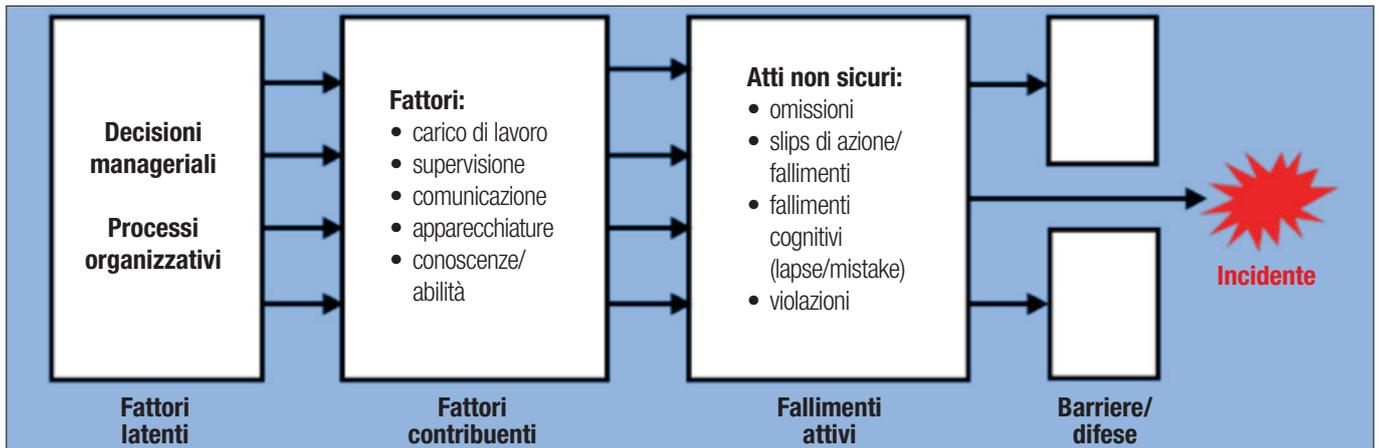


Figura 3 – Modello organizzativo degli eventi avversi di Charles Vincent (mod.).

Quando si verifica un incidente, le barriere del sistema hanno fallito, c'è stato un problema assistenziale dovuto al fattore umano, ci sono sempre dei fattori contribuenti al fallimento attivo e talora ci sono dei fattori latenti.

Il punto fondamentale di questo modello è quello di focalizzare l'attenzione sui fattori contribuenti che

possono essere gestiti e non sull'errore; persino il termine "errore" scompare e viene sostituito da quello più generico di "problema assistenziale" (Figura 3).

Commenti

I modelli di gestione dell'errore umano si sono evoluti nel tempo di pari passo con i progressi in vari campi

delle scienze umane. Lo *standard* di riferimento attuale, il modello dell'analisi sistemica degli eventi avversi di Vincent, rappresenta la sintesi dei contributi dei modelli precedenti.

L'articolo prosegue nel prossimo numero.

cinzsestini@gmail.com

CORSI E SEMINARI

La legge Gelli-Bianco dopo l'intervento delle Sezioni Unite della Cassazione, cambia qualcosa?

Giovedì, 20 settembre 2018 • 15.00-19.00

Coordinano: Claudio Dattolo e Teresita Mazzei

Intervengono:

Federico Gelli, Dirigente Azienda UsI Toscana Centro

Roberto D'Ippolito, Avvocato, Firenze

Massimo Martelloni, Direttore UO Medicina Legale e Clinical Risk Manager AUSL 2 Lucca

5,2 Crediti ECM

Pensioni ieri oggi domani

Giovedì, 27 settembre 2018 • 15.00-19.00

Ne parliamo con: Claudio Testuzza, Esperto de Il Sole 24 Ore

Coordina: Claudio Dattolo

Sede: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze, Via G.C. Vanini 15

Iscrizione gratuita e solo online per i primi 100 partecipanti

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

Info: 0550750625

Lotta all'infezione da HIV: il test precoce

di Canio Martinelli, Paola Corsi, Filippo Lagi,
Gaetana Sterrantino, Alessandro Bartoloni



CANIO MARTINELLI
Responsabile Ambulatorio Infezioni
Sessualmente Trasmesse,
SOD Malattie Infettive e Tropicali, Azienda
Ospedaliero Universitaria-Careggi, Firenze

PAOLA CORSI, FILIPPO LAGI,
GAETANA STERRANTINO,
ALESSANDRO BARTOLONI
SOD Malattie Infettive e Tropicali, Azienda
Ospedaliero Universitaria-Careggi, Firenze

Nel 2015 United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) ha stimato che in tutto il mondo 35 milioni di persone convivono con il virus HIV. Inoltre sono state rilevate 2,1 milioni di nuove infezioni e 1,1 milioni di persone sono morte per l'AIDS. Tuttavia in 15 anni il numero annuo di persone contagiate da HIV è sceso da 3,1 a 2 milioni e rispetto a dieci anni fa si sono osservati 2 milioni di morti in meno. L'utilizzo di test rapidi HIV su prelievo salivare nell'ambito di setting clinici quali gli ambulatori dei medici di medicina generale e quelli della medicina specialistica può essere un percorso da intraprendere nell'ambito di una strategia di diagnosi precoce di infezione da HIV con offerta proattiva.

Nel 2015 *United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) ha stimato che in tutto il mondo 35 milioni di persone convivono con il virus HIV. Inoltre sono state rilevate 2,1 milioni di nuove infezioni e 1,1 milioni di persone sono morte per l'AIDS. Tuttavia in 15 anni il numero annuo di persone contagiate da HIV è sceso da 3,1 milioni a 2 milioni e rispetto a dieci anni fa si sono osservati 2 milioni di morti in meno.

La strategia UNAIDS 2016-2021 ha come obiettivo che entro il 2020 il 90% di tutte le persone che vivono con l'HIV possa conoscere il proprio stato HIV e il 90% di tutte le persone con infezione da HIV diagnosticata possa ricevere una terapia antiretrovirale altamente efficace, in modo che il 90% di queste sia in soppressione virale (Figura 1).

Questa strategia, tuttavia, giunge in un momento critico della storia del virus HIV, della sua diffusione e delle terapie in uso.

Negli anni passati, per la gestione dell'infezione da HIV, sono state incrementate le strutture di cura, ampliate le attività assistenziali ed è stato esteso il livello di impegno. Nonostante ciò, *persiste l'aumento delle persone contagiate di recente e più persone muoiono per cause correlate all'AIDS.*

Alla fine dello scorso decennio il numero di persone con una nuova infezione da HIV sia in Europa orientale sia in Asia centrale ha acquisito il virus per l'utilizzo di droghe per via iniettiva.

Nelle città del Nord America e in Europa occidentale, la diffusione dell'HIV sta invece interessando soprattutto gli uomini che hanno

rapporti sessuali con altri uomini (MSM), persone *transgender*, lavoratori del sesso e loro clienti.

In Europa, secondo il Centro Europeo di Controllo delle Malattie Infettive (ECDC), si stima ci siano almeno 122 mila persone sieropositive che non sanno di esserlo, circa uno su sette del totale degli infetti. Queste persone non sono in terapia antiretrovirale e possono continuare a trasmettere il virus agli altri.

Secondo il rapporto, che si riferisce ai 31 Paesi dell'Unione Europea (UE) e dell'Area Economica Allargata, nel 2015 ci sono state 30 mila nuove notifiche di casi e il tempo stimato fra l'infezione e la diagnosi è notevolmente lungo, circa quattro anni, con metà dei pazienti che scopre di essere sieropositiva quando l'infezione è in fase avanzata. Il 42% delle nuove diagnosi riguarda gli MSM, seguono coloro che hanno rapporti eterosessuali con il 32%, mentre l'uso di siringhe infette è responsabile nel 4% dei casi.

In Italia, secondo quanto riportato dal bollettino dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS)/Centro Operativo AIDS (COA), nel 2016 sono state riportate 3.451 nuove diagnosi di infezione da HIV pari a 5,7 nuovi casi per 100.000 residenti.

Rispetto all'incidenza riportata da-

Parole chiave:

infezione HIV, epidemiologia,
implementazione del test HIV

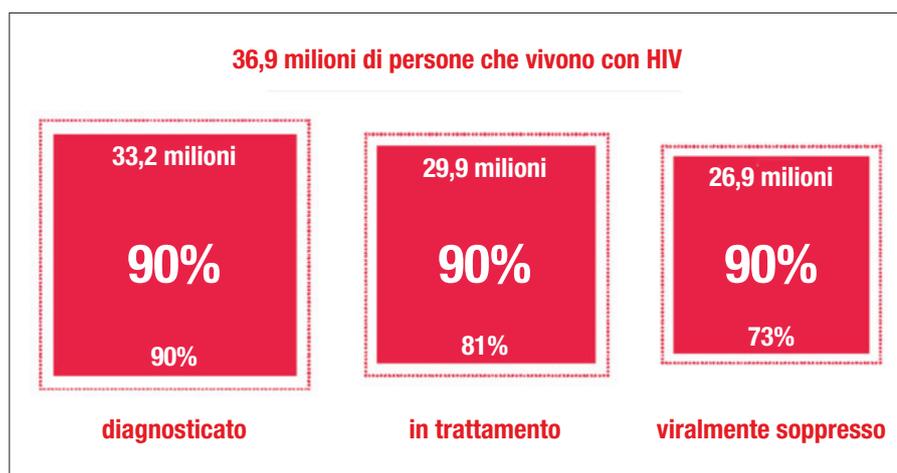


Figura 1 – *Unaid targets for 2020* (da Levi J, Raymond A, Pozniak A, et al. *Can the UNAIDS 90-90-90 target be achieved? A systematic analysis of national HIV treatment cascades*. BMJ Glob Health 2016, mod.).

gli altri Paesi dell’UE, l’Italia si posiziona al 13° posto.

Nel 2016 le Regioni con l’incidenza più alta sono state il Lazio (8,5), le Marche (7,2) e la Toscana (7,1). Oltre il 50% dei casi notificati di AIDS è stato costituito da persone che non sapevano di essere HIV-positive al momento della diagnosi.

Da circa la metà degli anni Ottanta è stato osservato un cambiamento delle modalità di trasmissione con una riduzione della proporzione di consumatori di sostanze per via iniettiva, dal 76,2% nel 1985 al 2,8% nel 2016, mentre sono aumentati i casi attribuibili a trasmissione sessuale. In particolare, i casi attribuibili a trasmissione eterosessuale sono aumentati dall’1,7% nel 1985 al 47,6% nel 2016 e i casi tra gli MSM, nello stesso periodo, sono aumentati dal 6,3% al 38%.

L’età mediana è stata di 39 anni per le persone di sesso maschile e di 36 anni per quelle di sesso femminile. L’incidenza più alta è stata osservata tra le persone di 25-29 anni (14,7 nuovi casi ogni 100.000 residenti); in questa fascia di età l’incidenza nei maschi è stata 21,8 e nelle femmine 7,5 per 100.000 abitanti.

Nel 2016, la maggioranza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è stata attribuita a rapporti sessuali

non protetti, che hanno rappresentato l’85,6% di tutte le segnalazioni (il 47,6% delle segnalazioni ha riguardato rapporti eterosessuali, mentre il 38% è stato relativo agli MSM).

Negli adolescenti con età compresa tra i 15 e i 17 anni dal 2010 al 2015 sono state segnalate 61 nuove diagnosi di HIV e nell’ultimo anno sono prevalentemente femmine (66,7%) per la maggior parte straniere; la modalità di trasmissione più rappresentata è stata quella eterosessuale.

Nel 2016 il 35,8% delle persone con una nuova diagnosi di HIV è stata di nazionalità straniera. Tra gli stranieri il 65,5% dei casi è stato costituito da eterosessuali (eterosessuali femmine 34,9%; eterosessuali maschi 30,6%).

Sempre nel 2016 il 36,9% delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV è stato diagnosticato con un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/μL e il 55,6% con un numero inferiore a 350 cell/μL.

Per quanto riguarda la Toscana, i dati forniti dall’Agenzia Sanità Regionale (ARS) riportano come in 8 anni di sorveglianza (2009-2016) delle nuove infezioni di HIV siano state notificate 2414 diagnosi.

L’andamento delle nuove diagnosi è stato costante negli anni.

Nel 2016 sono state segnalate 298 nuove infezioni con un tasso di notifica di 7,1 per 100.000 residenti. Così la Toscana si è collocata al terzo posto, nel contesto nazionale, per tasso di incidenza.

La maggioranza delle infezioni da HIV è attribuibile a rapporti sessuali non protetti e quelli eterosessuali rappresentano la modalità di trasmissione nettamente più frequente per le donne (90,2%).

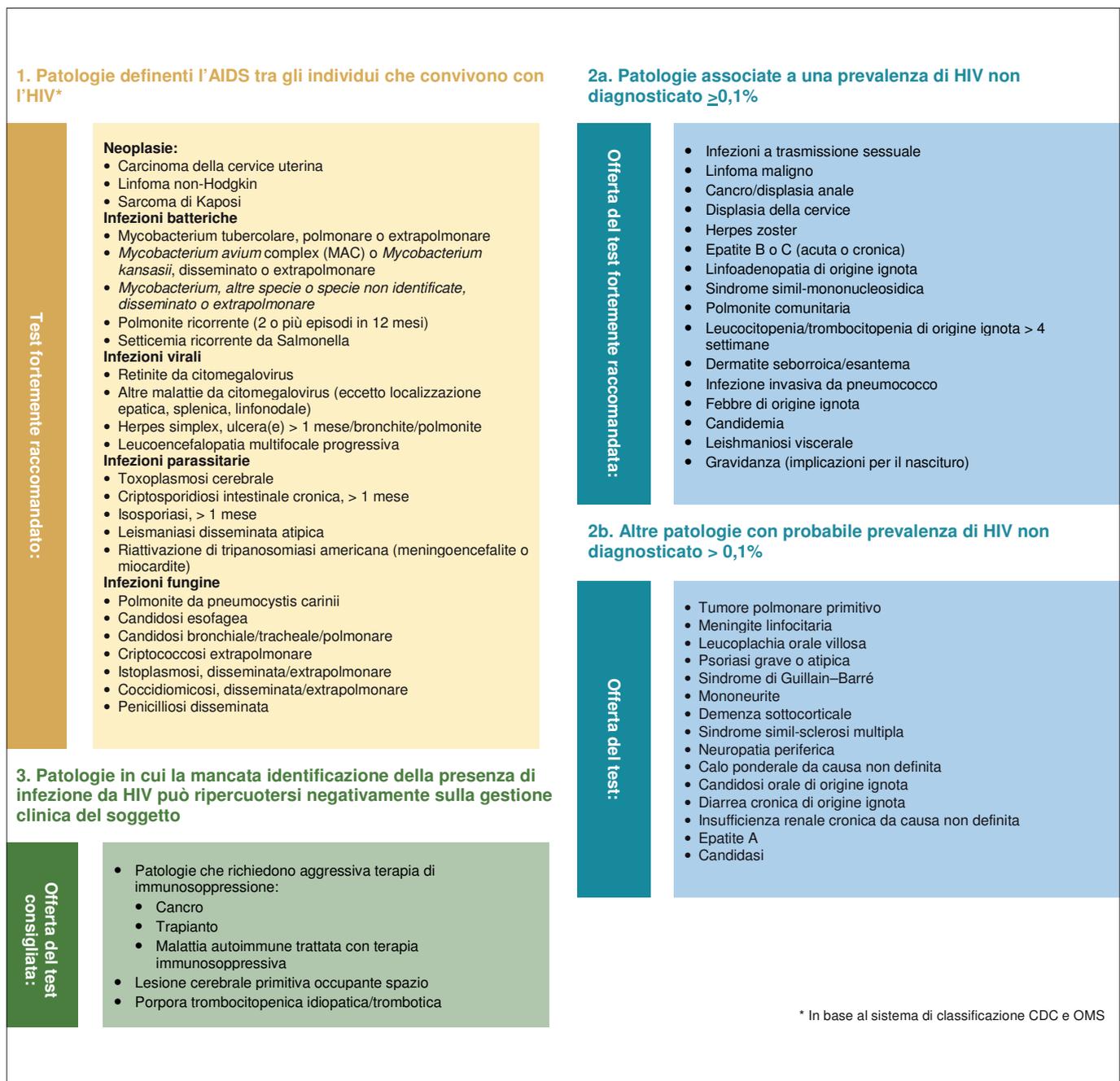
Nei maschi il contagio è sia omosessuale (MSM), con il 51,6% dei casi, che eterosessuale, con il 35%.

1 caso su 5 è già in AIDS conclamato al momento della diagnosi di sieropositività per HIV e il 55,9% è definibile come *late presenter* (LP), ovvero si presenta alla diagnosi con un quadro virologico e immunologico già compromesso (alta carica viremica e un numero basso di CD4 < 350 cell/μL) o con una patologia indicativa di AIDS.

I *late presenter* sono più frequenti nei maschi e in persone con età più avanzata. La scarsa percezione del rischio è testimoniata dal fatto che il *test* HIV viene effettuato quando c’è già l’insorgenza di una malattia HIV-correlata. Il 56,7% dei pazienti effettua, infatti, il *test* nel momento in cui vi è il sospetto di una patologia HIV correlata o una sospetta infezione sessualmente trasmissibile o più raramente un quadro clinico di infezione acuta da HIV, mentre solo nel 32,3% dei casi viene eseguito spontaneamente.

Le donne spesso eseguono il *test* durante il controllo ginecologico in gravidanza (10,8%) e la scoperta della sieropositività determina l’inizio precoce della terapia antiretrovirale di combinazione. Questa ha un duplice scopo, quello di salvaguardare la salute della donna e quello di prevenire la trasmissione del *virus* al bambino, come è testimoniato dalla riduzione dell’incidenza di infezione neonatale nel nostro Paese.

Oggi secondo le linee guida, nazionali e internazionali, la terapia anti-



* In base al sistema di classificazione CDC e OMS

Figura – 2. Definizioni di patologie indicatrici e raccomandazioni per il test HIV.

retrovirale viene iniziata al momento del riscontro della positività per HIV, e ciò determina un vantaggio in termini sia di sopravvivenza che di qualità della vita.

Il ritardo diagnostico è associato con un aumento della morbosità e un incremento della frequenza di trasmissione della malattia e dei costi, ma grazie al trattamento antiretrovirale altamente efficace è

stata anche osservata una ridotta mortalità.

A livello internazionale sono state proposte delle linee guida per individuare tempestivamente le nuove infezioni da HIV. Da circa un decennio il test HIV è raccomandato alle donne in gravidanza, è diventato uno *standard*.

Da diversi anni in alcuni Paesi europei tutti coloro con un sospetto di

infezione sessualmente trasmissibile vengono testati per HIV.

Le barriere che maggiormente ostacolano il corretto utilizzo del test HIV sono state individuate e includono: la bassa percezione del rischio, l'effettuare, per coloro che sono a rischio, una regolare esecuzione del test, il timore di un non rispetto della riservatezza in caso di HIV positività (paura dello stigma a

cui possono essere sottoposti i sieropositivi, fino alla discriminazione o persecuzione), infine una ridotta offerta del *test* HIV da parte dei professionisti della salute. Il *test* dell'HIV dovrebbe essere fortemente raccomandato nei pazienti ricoverati in ospedale, ma sono state sinora riportate poche strategie per espandere questi *test* in ambito ospedaliero.

Negli Stati Uniti sono state sperimentate strategie che includono l'applicazione universale del *test* a tutti coloro che entrano in contatto col sistema sanitario. Questo tipo di approccio, tuttavia, ha un basso rapporto costo/beneficio nelle zone con un basso livello di casi.

Ulteriori studi hanno suggerito che il *test* HIV resta costo/efficacia quando la prevalenza dei non diagnosticati sia sopra lo 0,1%. Una strategia che utilizzasse determinate condizioni mediche come indicatori di rischio aumentato di essere HIV-positivo per raggiungere un sufficiente rapporto costo/beneficio favorevole giustificherebbe l'implementazione di un *test* HIV routinario con benefici a livello individuale e di salute pubblica.

Lo studio HIDES (*HIV Indicator Diseases across Europe Study*) ha evidenziato un numero di condizioni associate con un'alta prevalenza di HIV (Figura 2). Le condizioni considerate indicatori per le quali è raccomandato il *test* HIV possono essere divise in tre categorie:

- *categoria 1*: le patologie *AIDS-defining*, ossia quegli eventi che intervengono nel momento in cui il sistema immunitario è molto compromesso e l'infezione è progredita in AIDS. In questo caso il tempestivo utilizzo della terapia antiretrovirale (entro la prima, seconda settimana dopo la diagnosi) è essenziale per evitare ulteriori progressioni dell'infezione da HIV e migliorare la sopravvivenza;
- *categoria 2*: condizioni associate con una prevalenza di casi non diagnosticati maggiore dello 0,1%; anche in questi casi il *test*

HIV ha dimostrato di avere un rapporto costo/efficacia favorevole. Simili condizioni sono causate dall'immunodeficienza associata all'infezione da HIV e/o presentano comuni modalità di trasmissione e sintomi;

- *categoria 3*: è rappresentata dalle condizioni nelle quali la non identificazione della presenza di HIV può avere gravi e significative implicazioni nella gestione clinica del paziente. Tra queste evenienze rientrano le terapie immunosoppressive. Si raccomanda, quindi, di effettuare il *test* HIV a tutti i soggetti che devono iniziare un trattamento immunosoppressivo.

L'utilizzo di *test* rapidi HIV su prelievo salivare nell'ambito di *setting* clinici quali gli ambulatori dei medici di medicina generale, gli ambulatori della medicina specialistica e le associazioni che si occupano della lotta all'AIDS, con personale adeguatamente formato, può essere un percorso da intraprendere nell'ambito di una strategia di diagnosi precoce di infezione da HIV con offerta proattiva.

Quest'offerta risulta particolarmente interessante poiché permetterebbe di raggiungere contesti anche non ospedalieri, incrementando la collaborazione tra le strutture ospedaliere di Malattie Infettive, i medici specialisti ambulatoriali e i medici di medicina generale.

Questi, oltre ad avere un accesso privilegiato e potenziale su tutta la popolazione, conoscono nella maggior parte dei casi la storia sanitaria dei loro assistiti, il che può garantire una migliore collocazione dell'utente nelle differenti categorie di rischio affinando ulteriormente l'appropriatezza al *test*. Questo approccio permetterebbe inoltre di contribuire a progetti di medicina preventiva sensibilizzando l'utenza al problema HIV.

L'offerta attiva del *test*, poi, deve prevedere percorsi assistenziali facilitati per la presa in carico da parte dei servizi specialistici, specialmente per le popolazioni tar-

get: persone con comportamenti sessuali promiscui e non protetti; *partner* sessuali di persone con infezione da HIV; persone che afferiscono ai Sert o che riferiscano uso (attuale o passato) di sostanze stupefacenti, persone che provengono da Paesi con epidemia HIV, persone ristrette in carcere.

Anche se sono stati compiuti progressi nella conoscenza dell'infezione da HIV, solo la metà di tutte le persone che vivono con tale infezione sono consapevoli del loro *status* e questo sottolinea l'urgenza di colmare il divario tra *test* precoce e sieropositività nota.

Occorre implementare le strategie di prevenzione che devono comprendere la combinazione di approcci comportamentali, biomedici e strutturali.

La prevenzione primaria, oltre che focalizzarsi sulle persone HIV-negative, deve interessare i soggetti inconsapevoli di essere HIV-positivi che arrivano tardi alla diagnosi, in quanto questi rappresentano la fonte più consistente per la trasmissione del *virus* HIV.

È evidente che occorre fare di più per incrementare la percezione del rischio ed evidenziare la gravità della malattia, specialmente tra i più giovani che non hanno conosciuto il clamore che suscitano i primi casi di AIDS, anche tra personaggi famosissimi dell'epoca.

È fondamentale che le persone delle fasce di età più giovanili e non solo vengano educate e invitate ad assumere una buona condotta sessuale. In particolare dovrebbero ricevere adeguate informazioni coloro che intraprendono viaggi in aree endemiche e in qualche caso anche per turismo sessuale.

Una stretta collaborazione tra gli operatori della salute si rende necessaria per mantenere un impegno continuo e costante di fronte al tema dell'infezione da HIV in una realtà in cui la consapevolezza del rischio nella popolazione è diminuita per differenti ragioni.

martinellica@aou-careggi.toscana.it

I fattori umani per la sicurezza delle cure: a Firenze due appuntamenti mondiali

di Giulio Toccafondi, Sara Albolino, Riccardo Tartaglia

Un sistema efficiente non sempre è sicuro. L'ergonomia – o scienza dei fattori umani –, quando si occupa di sicurezza delle cure, cerca di rendere più semplice per i medici e gli infermieri apprendere, migliorare e fare la cosa sicura. Esperti e ricercatori presenteranno al congresso mondiale di Firenze soluzioni e metodi per rendere la Sanità sicura applicando modi di pensare diversi da quello ingegneristico e medico-legale.

Parole chiave:
ergonomia, fattori umani, sicurezza delle cure, multidisciplinarietà

La comprensione del fattore umano ha reso settori come l'aeronautica "ultra-safe". Sistemi in cui l'incidenza dell'errore è prossima al minimo possibile.

Gli specialisti dell'ergonomia pensano ai sistemi complessi – come la Sanità – con un punto di vista diverso da quello ingegneristico e medico-legale. Il primo approccio, se usato come

unico approccio alla sicurezza, tende a sconfinare nel tecnicismo. Ha l'obiettivo utile di costruire le condizioni per un corretto funzionamento degli strumenti meccanici, digitali e dei processi – imprescindibile ma non l'unico da adottare –. Infatti, un sistema efficiente non sempre è sicuro. Il secondo tende a ridurre tutto al comportamento del singolo professionista senza considerare gli strumenti e il contesto prossimale che influenzano le decisioni e le azioni. Tende perciò a sconfinare nella ricerca del responsabile quando qualcosa va male e tende a individuare nelle capacità del singolo la principale certezza di qualità e sicurezza. Il singolo professionista resta, per questo approccio, l'unità di analisi principale, sulla quale si agisce per modificare il livello di sicurezza del sistema.

L'ergonomia, la disciplina che studia i fattori umani, considera l'attività umana – in cui l'operatore, gli strumenti e l'organizzazione sono inseriti – come l'elemento centrale da cui partire per rendere anche i sistemi sanitari più sicuri, efficienti e vivibili per gli operatori e gli utenti. L'attività umana è determinata dagli strumenti di cui si avvale ma è costantemente arricchita e modificata dalle relazioni professionali, dalle opportunità di apprendimento, dall'esperienza professionale, dagli obiettivi impliciti ed espliciti, dalla relazione con il gruppo di lavoro e da condizioni contingenti spesso imprevedibili e incerte.

L'ergonomia ha l'obiettivo di studiare le interazioni fra gli operatori e degli operatori con gli strumenti e degli operatori con la struttura dell'organizzazione. Lo studio dei fattori umani è considerato la colonna della sicurezza del paziente. Quando si occupa di



GIULIO TOCCAFONDI
Lavora presso il Centro GRC Sicurezza del Paziente della Regione Toscana. Delegato Regionale della Società Italiana di Ergonomia (SIE)

SARA ALBOLINO
Centro Gestione Rischio Clinico, co-chair IEA 2018

RICCARDO TARTAGLIA
Direttore Centro Gestione Rischio Clinico, chair IEA 2018

sicurezza delle cure, l'ergonomia – o scienza dei fattori umani – cerca di rendere più semplice per i medici e gli infermieri apprendere, migliorare e fare la cosa sicura.

L'ergonomia, inoltre, è una disciplina a vocazione multidisciplinare che promuove la lettura della complessità attraverso l'accoglienza di punti di vista di altre discipline. Offre il meglio di sé quando ha l'opportunità di favorire il dialogo interdisciplinare e interprofessionale. In quest'ottica si colloca al fianco dell'ingegneria, a supporto della branche della medicina umana quando esse entrano nella pratica e diventano cura al paziente. Si colloca al fianco dei giuristi e dei decisori politici per definire nuovi diritti. Storicamente così è successo con le norme di sicurezza nei luoghi di lavoro e recentemente con la legge sulla sicurezza delle cure.

Un'occasione per avvicinarsi a questa disciplina, se non la si conosce, o per apprezzarne gli utili sviluppi, se interessati, sarà il **XX Congresso Mondiale dell'Associazione Internazionale di Ergonomia e Fattore Umano**, IEA 2018, che si terrà in Italia, a Firenze, **dal 26 al 30 agosto 2018** e avrà come tema guida "la creatività in pratica".

Molte sessioni plenarie e parallele saranno dedicate alla sicurezza delle cure. Saranno più di 500 i con-

tributi sul tema specifico della sicurezza delle cure. Un'intera sessione durante i 4 giorni di congresso sarà dedicata all'ergonomia in Sanità. Nei *workshop* pratici e nei *symposia* si tratteranno temi quali la sicurezza nella chirurgia robotica, il tema della comunicazione con i pazienti e con i cittadini e l'impatto delle nuove tecnologie su di essa. Il rapporto fra *design* e Sanità sarà affrontato da molti sessioni speciali, come sarà affrontata anche la sicurezza in radiologia e in terapia intensiva. Inoltre temi classici quali, oltre alla sicurezza sui luoghi di lavoro, la movimentazione dei pazienti e la sicurezza nella turnazione saranno ampiamente trattati da esperti provenienti da tutto il mondo.

L'Associazione Internazionale di Ergonomia e Fattore umano è stata fondata nel 1959, raccoglie oltre 50 società scientifiche nazionali accreditate di Ergonomia e Fattore Umano. Riunisce migliaia di ricercatori e professionisti di ingegneria, *design*, psicologia, sociologia, scienze cognitive e medicina impegnati nella ricerca, nella progettazione e nel miglioramento continuo di organizzazioni sostenibili, efficienti e sicure.

Dal momento della sua costituzione promuove l'adattamento tecnico scientifico dei sistemi produttivi alle reali potenzialità dell'attività umana. Favorisce il dialogo fra le discipline scientifiche, la scienza e l'industria.

Il suo scopo è progettare sistemi e metodi produttivi scientificamente fondati che favoriscano il benessere e la qualità della vita umana.

Collabora con le maggiori organizzazioni globali fra cui l'OCSE, le Nazioni Unite (UN), l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), l'Organizzazione Mondiale per gli Standard (ISO) e la Commissione Internazionale per la Salute sui Luoghi di Lavoro (ICOH). Diffonde i risultati delle ricerche scientifiche dei propri membri su riviste editate da Elsevier e Taylor and Francis. Nella sua storia ha organizzato 19 congressi mondiali sul tema del fattore umano. Riccardo Tartaglia è il presidente di questa 20^a edizione del congresso mondiale. Sara Albolino sarà *co-chair*. I comitati scientifico e organizzatore, di cui fa parte il Centro GRC della Regione Toscana, hanno costruito il programma in modo da raggiungere un obiettivo importante: rendere esplicita la relazione virtuosa tra i settori produttivi, l'ergonomia e il fattore umano. I relatori delle sessioni plenarie sono esperti di fama internazionale. I temi affrontati nelle sessioni plenarie saranno offerti ai partecipanti sotto una duplice prospettiva: quella portata dai relatori – professionisti esperti provenienti dal mondo produttivo – e quella degli accademici membri della IEA che faranno da *discussant*

ai relatori. Per tutti gli interessati inviamo a consultare la pagina *web* del congresso, da dove è possibile consultare il programma e iscriversi (www.IEA2018.org).

Inoltre nella stessa settimana si terrà a Firenze, come *side-event* di IEA, un altro importante *meeting* (31 agosto - 1 settembre 2018) a cui tutti gli specializzandi toscani sono invitati a partecipare: **Patient safety for new medical generation**. Si tratta di un evento che coinvolgerà i maggiori esperti a livello internazionale sulla sicurezza delle cure (http://iea2018.org/wp-content/uploads/2018/02/IM_3-10.pdf). L'OMS sarà presente con i suoi vertici nell'ambito della sicurezza e qualità delle cure. Nel pomeriggio del 31 agosto dalle 18 in poi, dopo il lavoro di gruppo previsto dal programma, sarà offerto a tutti i partecipanti un apericena e alcune *band* di specializzandi allieteranno la serata. È un grande evento per Firenze che ha ottenuto il patrocinio già di molte università straniere e quasi tutte quelle italiane, oltre che delle maggiori istituzioni pubbliche governative. Alla sua organizzazione hanno concorso numerose associazioni di giovani medici, l'Università di Firenze e il Centro GRC della Regione Toscana (*WHO Collaborating Centre*).

toccafondig@aou-careggi.toscana.it



La gravidanza donata: prima esperienza di un Centro di Procreazione Medicalmente Assistita pubblico in Italia

di Maria Elisabetta Coccia, Valentina Basile, Laura Badolato, Paolo Evangelisti, Francesco Bertocci, Rita Picone, Francesca Rizzello, Cinzia Cozzi, Francesca Piazzini, Claudia Giachini, Rossella Fucci, Chiara Romanelli, Eleonora Ralli, Luciana Criscuoli

La Struttura Organizzativa Dipartimentale Complessa di Procreazione Medicalmente Assistita dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi è stata il primo centro pubblico a offrire tecniche con Procreazione Assistita Eterologa cioè con donazione di gameti a coppie provenienti da tutta Italia. I dati relativi ai primi tre anni di attività mostrano una procedura complessa dove l'importanza della gestione multidisciplinare preconcezionale e della gravidanza è alla base dell'ottimizzazione degli *outcomes* gravidici.

Parole chiave:

Careggi, procreazione medicalmente assistita eterologa, gameti, *outcome* gravidico, infertilità

L'ovodonazione è una tecnica di Procreazione Medicalmente Assistita di tipo eterologo che consiste nella donazione di gameti femminili da parte di una donatrice a una coppia che ricerca una gravidanza. È una tecnica ampiamente utilizzata nei Centri di Procreazione Medicalmente Assistita di tutto il mondo; in Europa il numero dei cicli di ovodonazione è stato stimato a 33.605 cicli per l'anno 2012 e più della metà è stato effettuato in Spagna, che copre la richiesta delle coppie provenienti da Paesi dove non è consentita per legge (dati *European Society of Human Reproduction and Embryology 2016*). In Italia la legge 40 del 2004 ha vietato il ricorso alla tecnica di Procreazione Medicalmente Assistita eterologa sino alla sentenza 162/2014 della Corte Costituzionale, che ha sancito che è *legittimo, esclusivamente in riferimento al caso in cui sia stata accertata l'esistenza di una patologia che sia causa irreversibile di sterilità o infertilità assolute*. La tecnica di ovodonazione presenta alti tassi di successo legati all'età dell'ovocita donato, consentendo a donne con ridotta o assente riserva ovarica per motivi oncologici, chirurgici o genetici di ottenere una gravidanza; inoltre è utilizzata in donne con bassa *chance* riproduttiva per età del gamete (> 40 anni). È noto che l'età può, però, influenzare l'*outcome* gravidico: infatti nel documento Conferenza Regioni, la Procreazione Medicalmente As-



MARIA ELISABETTA COCCIA
Professore Associato di Ginecologia e Ostetricia, Direttore SODc Procreazione Medicalmente Assistita, AUO Careggi

VALENTINA BASILE,
LAURA BADOLATO, PAOLO EVANGELISTI,
FRANCESCO BERTOCCHI, RITA PICONE,
FRANCESCA RIZZELLO, CINZIA COZZI,
FRANCESCA PIAZZINI, CLAUDIA GIACHINI,
ROSSELLA FUCCI, CHIARA ROMANELLI,
ELEONORA RALLI, LUCIANA CRISCUOLI
Struttura Organizzativa Dipartimentale
complessa Procreazione Medicalmente
Assistita AUO Careggi

sistita eterologa è sconsigliata in donne di età > 50 anni per l'aumento esponenziale dei rischi ostetrici. La Struttura Organizzativa Dipartimentale Complessa di Procreazione Medicalmente Assistita dell'Azienda Ospedaliera di Careggi è stata il primo centro pubblico a offrire tecniche di fecondazione con gameti donati. Coppie provenienti da tutta Italia hanno fatto richiesta per poter accedere a questo percorso. Al momento del primo colloquio i medici effettuano un'accurata anamnesi in cui sono richiesti esami per valutare lo stato di salute "globale", non solo riproduttiva; talvolta si procede con approfondimenti e consulenze cardiologiche e internistiche per ridurre potenziali rischi legati a condizioni pre-gravidiche della paziente. In presenza di fattori di rischio modificabili, compresa l'obesità, è nostra premura la correzione prima di procedere con il ciclo. Ogni coppia riceve gameti "dedicati" provenienti da donatori/donatrici volontari sulla base della normativa europea vigente che garantisce uno *screening* infettivologico, genetico e psicofisico. Dal settembre 2014 al 31 ottobre 2017, 2.264 coppie sono giunte ai

Cicli PMA Eterologa	Cicli iniziati n.	Cicli sospesi n. (%)	Cicli con ET/IUI n.	Cicli no ET n. (%)	Gravidanze cliniche n.	PR/ET PR/IUI %
Ovodonazione	523	77 (14,7)	440	6 (1,3)	164	37
IUI-D	60	12 (20)	48	-	19	39,6
FIVET/ICSI-D	165	32 (19,3)	129	4 (3,1)	50	39
PMA-doppia donazione	12	0	12	-	7	58,3
Totale	760	121 (15,9)	629	10 (1,5)	240	38

Tabella I – Cicli di PMA di tipo Eterologo (Struttura Organizzativa Dipartimentale Complessa di Procreazione Medicalmente Assistita dell’Azienda Ospedaliera di Careggi).

Cicli 2015/2016	Nati n.	Parti n.	Femmine n. (%)	Maschi n. (%)	Gemellari n. (%)
Ovodonazione	80	65	42 (52,5%)	38 (47,5%)	14* (21%)
Inseminazione (IUI-D)	11	10	6 (55%)	5 (45%)	1(10%)
FIVET/ICSI-D	26	22	17 (65%)	9 (35%)	5 (23%)
PMA-E doppia donazione	2	2	1 (50%)	1 (50%)	0
Totale	119	99	66 (55,4%)	53 (44,5%)	20 (20%)

* 13 gemellari e 1 trigemina.

Tabella II – Nati da Procreazione Medicalmente Assistita eterologa.

nostri ambulatori per intraprendere il percorso di Procreazione Medicalmente Assistita eterologa. Al 30 settembre abbiamo iniziato 760 cicli con donazione di gameti di cui: 523 cicli di ovodonazione (440 giunti a *embryo transfer* – ET –), 48 cicli di inseminazione intrauterina da donazione di seme (IUI-D), 165 cicli di Procreazione Medicalmente Assistita eterologa con donazione di seme (fecondazione *in vitro* con ET – FIVET-D –/iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo – ICSI-D –) (di cui 129 con ET) e 12 cicli con

donazione di entrambi i gameti. In Tabella I sono riportati inoltre i risultati in termini di gravidanze: 164 gravidanze da tecniche di ovodonazione (*pregnancy rate* – PR/ET – 37%), 19 gravidanze dai cicli IUI-D (PR/ET 39,6%), 50 gravidanze (PR/ET 30%) dai cicli di FIVET-D/ICSI-D con donazione di seme e 7 gravidanze da doppia donazione. Una elevata percentuale dei pazienti provenivano da fuori Regione, in particolare il 61% nei cicli di ovodonazione e il 60% nei cicli di eterologa maschile.

A oggi sono nati 119 bambini di cui 66 femmine (55,4%) e 53 maschi (44,5%) e le rimanenti sono gravidanze *on going*. I 99 parti sono avvenuti per via vaginale nel 39% (30 casi) mentre tramite taglio cesareo nel 70% (69 casi) (Tabella II).

La Tabella III indica la modalità di parto per tecnica di Procreazione Medicalmente Assistita ed emerge che la ovodonazione si accompagna a un alto tasso di tagli cesarei, verosimilmente poiché si tratta di donne di maggiore età.

Per quanto concerne l’*outcome* della gravidanza dei nati 2015-16 i risultati sono “*safe*” e mostrano che nel 79% (78/99) dei casi i parti avvengono oltre la 37^a settimana di gestazione. Nel 21% si è verificato un parto pretermine ma non sono noti parti in epoca gestazionale inferiore a 28 settimane (Tabella IV).

Attualmente sono in corso 95 gravidanze (Tabella V). Delle 133 gravidanze seguite negli anni 2015-2016 con il nostro *follow-up* telefonico da parte di un *team* ostetrico dedicato abbiamo rilevato che nel 73% dei

Cicli 2015/2016	Parti n.	Tagli cesarei n. (%)	Parti spontanei n. (%)
Ovodonazione	65	53 (82%)	12 (18%)
IUI-D	10	2 (20%)	8 (80%)
FIVET/ICSI-D	22	12 (55%)	10 (45%)
PMA-doppia donazione	2	2 (100%)	0
Totale	99	69 (70%)	30 (30%)

Tabella III – Modalità del parto in funzione alla Tecnica di Procreazione Medicalmente Assistita eterologa.

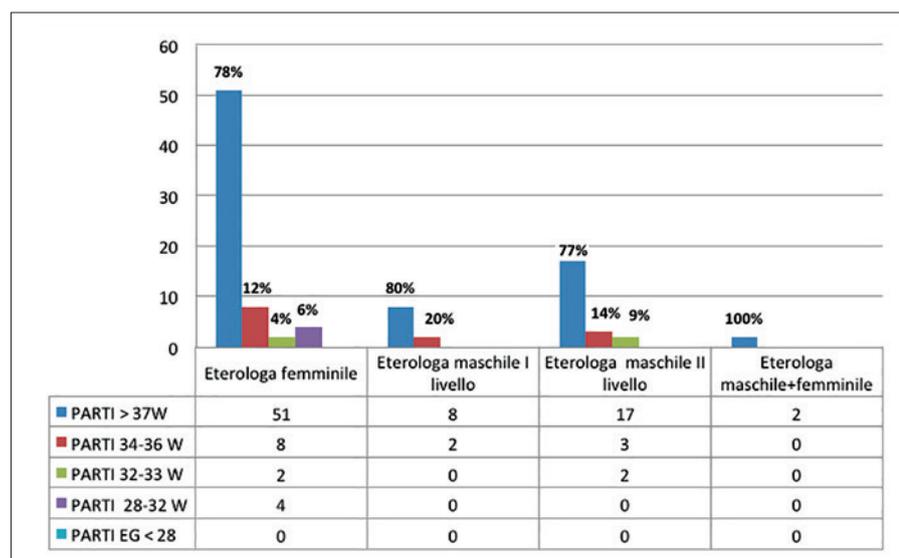


Tabella IV – Epoca del parto nelle PMA-E.

Cicli eterologa al 30/09/2017	Gravidanze cliniche n.	Parti n.	Aborti n. (%)	On going n.
Ovodonazione	164	65/164	33 (20%)	66
IUI-D	19	10/19	3 (16%)	6
FIVET/ICSI-D	50	22/50	9 (18%)	19
PMA-E doppia donazione	7	2/7	1 (8%)	4
Totale	240	99/240	46 (19%)	95*

* Perse al follow-up 4%.

Tabella V – Gravidanze on going Procreazione Medicalmente Assistita Eterologa.

casi (97) non sono insorte patologie in gravidanza, nel 16% dei casi (25) c'è stata una sola patologia, mentre solo nell'8% (11) le gravidanze sono state pluripatologiche. Per quanto riguarda le patologie insorte in gravidanza abbiamo evidenziato

l'insorgenza di diabete gestazionale, minaccia di parto pretermine, colestasi, ipertensione gestazionale, pre-eclampsia e ritardo di crescita (Tabella VI). Si segnala una perdita al follow-up pari al 4%.

Questi dati rappresentano la prima

esperienza di offerta e gestione di Procreazione Medicalmente Assistita eterologa in un servizio pubblico in Italia, dato che la Regione Toscana è stata la prima Regione a garantire l'accesso a queste tecniche.

Il *team* multidisciplinare (ginecologo, ostetrica, andrologo, internista, psicologo e ostetrico) ha avuto un ruolo fondamentale nel portare la donna nella migliore condizione di salute psicofisica possibile prima di intraprendere la gravidanza.

Crediamo che la gestione di comorbidità preliminarmente in epoca preconcezionale sia stato il fattore vincente per garantire i risultati di un *outcome* con tassi di complicanze di gravidanza sensibilmente contenuti. Abbiamo puntato sull'importanza del percorso preconcezionale ma anche su percorsi assistenziali dedicati in gravidanza. L'aver ottenuto gravidanze in cui nel 73% dei casi non insorgevano patologie e aver avuto nel 79% dei casi un parto a termine deve rassicurare le pazienti e gli operatori sull'ottimo *outcome* che deriva da un'accurata gestione clinica.

Nel frattempo in questi mesi dall'inizio dell'articolo alla pubblicazione abbiamo raggiunto il numero di 151 bambini nati

Un ringraziamento speciale a Lisa Settecase e a Lucia Gazzarri e un ulteriore grazie al *team* infermieristico e al *team* dei tecnici di laboratorio.

elisabetta.coccia@gmail.com

Patologie gravidiche	Ovodonazione n. (%)	IUI-D n. (%)	FIVET/ICSI-D n. (%)	PMA-E doppia donazione n. (%)
Rialzo pressorio	6 (25%)	0	1 (20%)	0
Pre-eclampsia	2 (8%)	0	1 (20%)	0
IUGR	0	0	0	0
MPP	4 (17%)	1 (50%)	1 (20%)	0
Diabete gestazionale	11 (46%)	1 (50%)	2 (40%)	2 (100%)
Colestasi	1 (4%)	0	0	0
Totale	24	2	5	2

Tabella VI – Patologie insorte in gravidanza.

Sviluppo di un sistema di allerta da caldo personalizzato per i lavoratori

di Marco Morabito, Alessandro Messeri



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

ALESSANDRO MESSERI
Centro di Bioclimatologia,
Università degli Studi di Firenze

Nonostante siano disponibili numerose fonti di previsioni meteo, nessuna è specificatamente indirizzata a fornire informazioni di dettaglio per i lavoratori, ossia una categoria di persone che, soprattutto in alcuni ambiti occupazionali, come l'agricoltura, trascorre la maggior parte del tempo all'aperto. Nell'ambito del progetto europeo *Heat-Shield* è stato sviluppato un prototipo di piattaforma previsionale di rischio da caldo personalizzato per i lavoratori, utilizzabile anche da datori di lavoro, enti e operatori preposti alla salvaguardia della salute in vari ambiti occupazionali.

Parole chiave:

heat health warning system, *stress* termico, occupazione, personalizzazione dell'informazione

Introduzione

Attualmente sono disponibili numerose fonti di informazioni meteo per

tantissime località e con risoluzioni temporali e spaziali anche molto dettagliate. Tuttavia, a livello nazionale e anche internazionale, non esiste ancora un sistema previsionale specifico per i lavoratori, ossia per una categoria di persone che, soprattutto in ambiti occupazionali come l'agricoltura o le costruzioni, trascorre la maggior parte del tempo esposta alle più svariate condizioni atmosferiche. Durante il periodo più caldo dell'anno, inoltre, i lavoratori si trovano spesso a operare in condizioni meteo-climatiche potenzialmente rischiose per la salute, caratterizzate da esposizione diretta e prolungata alla radiazione solare, temperature elevate associate anche ad alti tassi di umidità dell'aria. Tali condizioni, soprattutto se persistenti, possono determinare varie complicanze per la salute, soprattutto se i lavoratori sono impegnati in attività fisiche intense e indossano indumenti poco traspiranti. L'Unione Europea è sempre più sensibile alla tutela della salute dei lavoratori dai rischi connessi al cambiamento climatico e il Progetto *Horizon 2020 Integrated inter-sector framework to increase the thermal resilience of European workers in the context of global warming* (HEAT-SHIELD, www.heat-shield.eu) mira all'individuazione di soluzioni tecnologiche innovative, misure preventive e linee guida comportamentali specifiche per i lavoratori, finalizzate alla tutela della loro salute dai rischi connessi alle elevate temperature. Nell'ambito di tale progetto, è stato sviluppato un prototipo di piattaforma previsionale del rischio da caldo specifico per il settore occupazionale, che è stato presentato recentemente a Roma (il 21 giugno 2018), presso la sede dell'INAIL, nell'ambito del

workshop Progetto HEAT-SHIELD: sistema di allerta caldo per i lavoratori del settore agricolo e altri ambiti occupazionali.

Prototipo di piattaforma previsionale del rischio da caldo per vari ambiti occupazionali

Il sistema si basa su previsioni probabilistiche del modello meteorologico globale ECMWF (Centro Europeo per la Previsione a Medio termine) calibrate su circa 1.800 stazioni dislocate su tutta Europa. La scelta di basarsi su previsioni probabilistiche è stata dettata dall'esigenza di disporre anche di previsioni nel lungo periodo. Questo approccio ha però il limite di avere risoluzioni spaziali molto basse, motivo per cui è stata necessaria una operazione di "downscaling" a livello di stazione meteorologica, in modo da ottenere informazioni calibrate in maniera puntuale. Il prototipo sviluppato per prevedere il rischio da caldo giornaliero per i lavoratori si basa sul calcolo dell'indice di *stress* termico *Wet-Bulb Globe Temperature* (WBGT) (Yaglou and Minard, 1956) utilizzato anche come riferimento internazionale proprio per la valutazione dello *stress* da caldo in ambito occupazionale (NIOSH, 2016; ISO 7243, 2017). Il WBGT è un indicatore di *stress* da caldo espresso in °C che, considerando la combinazione delle temperature dell'aria, di bulbo umido e globotermometrica, permette di individuare delle soglie di criticità da caldo per

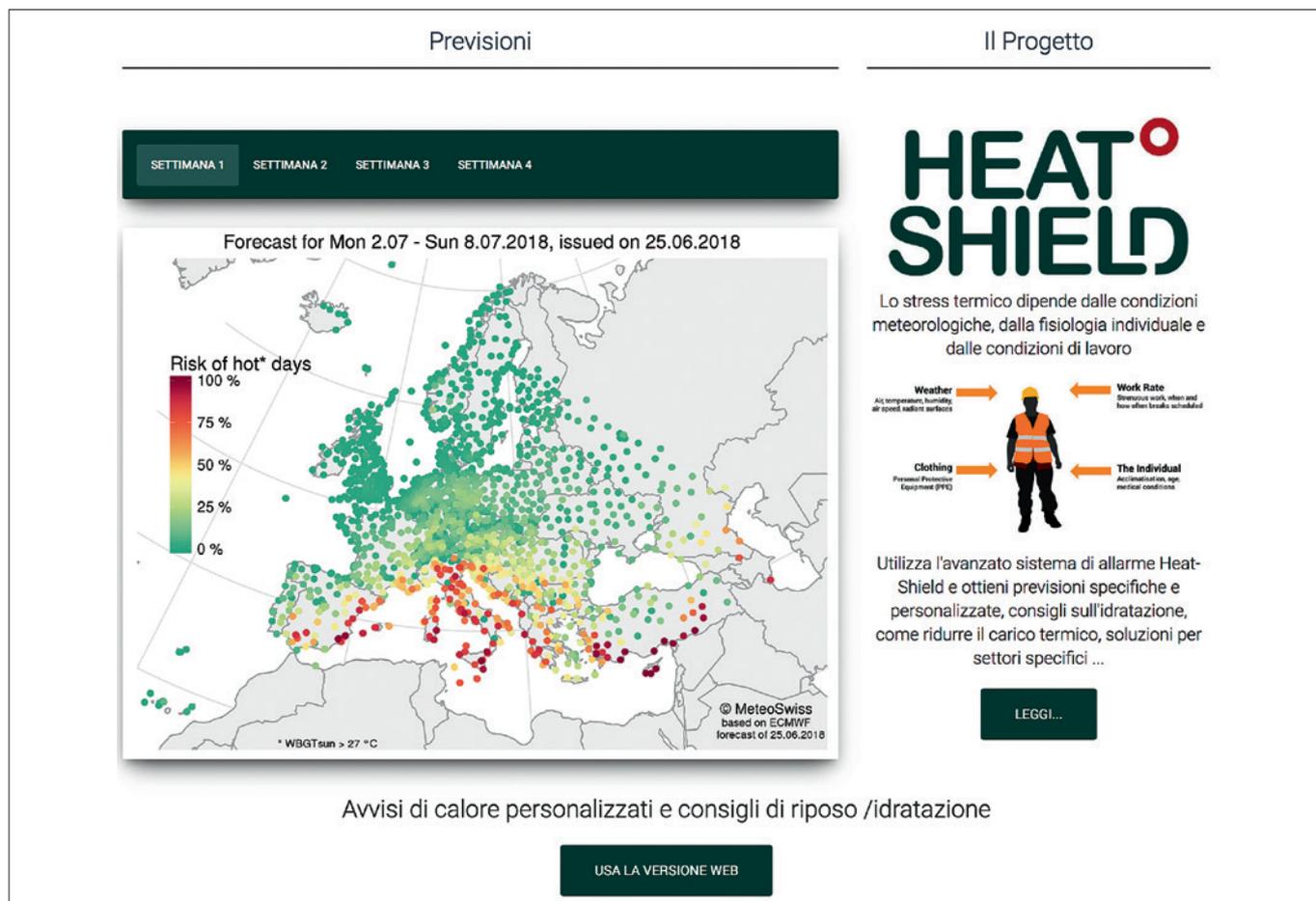


Figura 1 – Homepage del prototipo di piattaforma previsionale del rischio da caldo sviluppata nell'ambito del progetto europeo Heat-Shield.

specifici livelli di attività fisica, corretti anche in funzione del vestiario indossato, oltre le quali sarebbe necessario prendere provvedimenti per contrastare gli effetti del caldo. Nella forma attuale il prototipo previsionale sviluppato nell'ambito di Heat-Shield permette la previsione della peggiore condizione giornaliera, in quanto le variabili utilizzate per il calcolo sono i valori massimi giornalieri di temperatura dell'aria e radiazione solare e i valori medi di velocità del vento e umidità relativa.

Di seguito sono elencate le caratteristiche fondamentali di questo sistema di allerta che lo rendono unico e originale:

- la previsione dello *stress* da caldo è "personalizzata", ossia in grado di calcolare una condizione di *stress* termico sulla base delle caratteristiche fisiche del lavoratore (in particolare altezza e peso), del tipo di vestiario indossato, del livello di attività fisica svolta, dell'ambiente di

lavoro (esposto al sole o all'ombra), tenendo anche conto del fatto che il lavoratore si sia o meno acclimato al caldo;

- il sistema previsionale fornisce una previsione del livello di rischio da caldo personalizzato (si tratta di cinque livelli di rischio: nessuno; basso; moderato; alto; molto alto) con suggerimenti nel breve periodo (fino a 5 giorni) riferiti a quanto bere e riposare durante l'ora più critica della giornata;
- le previsioni del livello di rischio da caldo personalizzate sono disponibili anche nel lungo periodo (fino a circa 45 giorni), permettendo così una migliore pianificazione/organizzazione delle attività lavorative.

Per poter accedere alle previsioni personalizzate dello *stress* da caldo è necessario procedere a una registrazione cliccando sul *link Avvisi di calore personalizzati e consigli di riposo/idratazione* accessibile attraverso la homepage della piattaforma

previsionale (Figura 1). Il processo di registrazione consiste, in una prima fase, nel fornire un indirizzo *e-mail* necessario per ricevere in automatico un messaggio di allerta nel caso si preveda un livello di rischio da caldo almeno alto in uno dei primi cinque giorni di previsione. Successivamente l'utente deve fornire tutta una serie di informazioni tra cui le più importanti ai fini del calcolo dello *stress* da caldo personalizzato sono l'altezza e il peso, il livello di attività fisica, l'ambiente di lavoro (al sole o in ombra), il tipo di vestiario indossato e la località per la quale si vuole la previsione. Il processo di registrazione può essere fatto da un singolo lavoratore oppure da un datore di lavoro (*o stakeholder*, medico competente o altro operatore preposto alla salvaguardia della salute dei lavoratori); in quest'ultimo caso la differenza consiste nella possibilità di selezionare una tipologia di lavoratore "standard" in termini di altezza e peso.

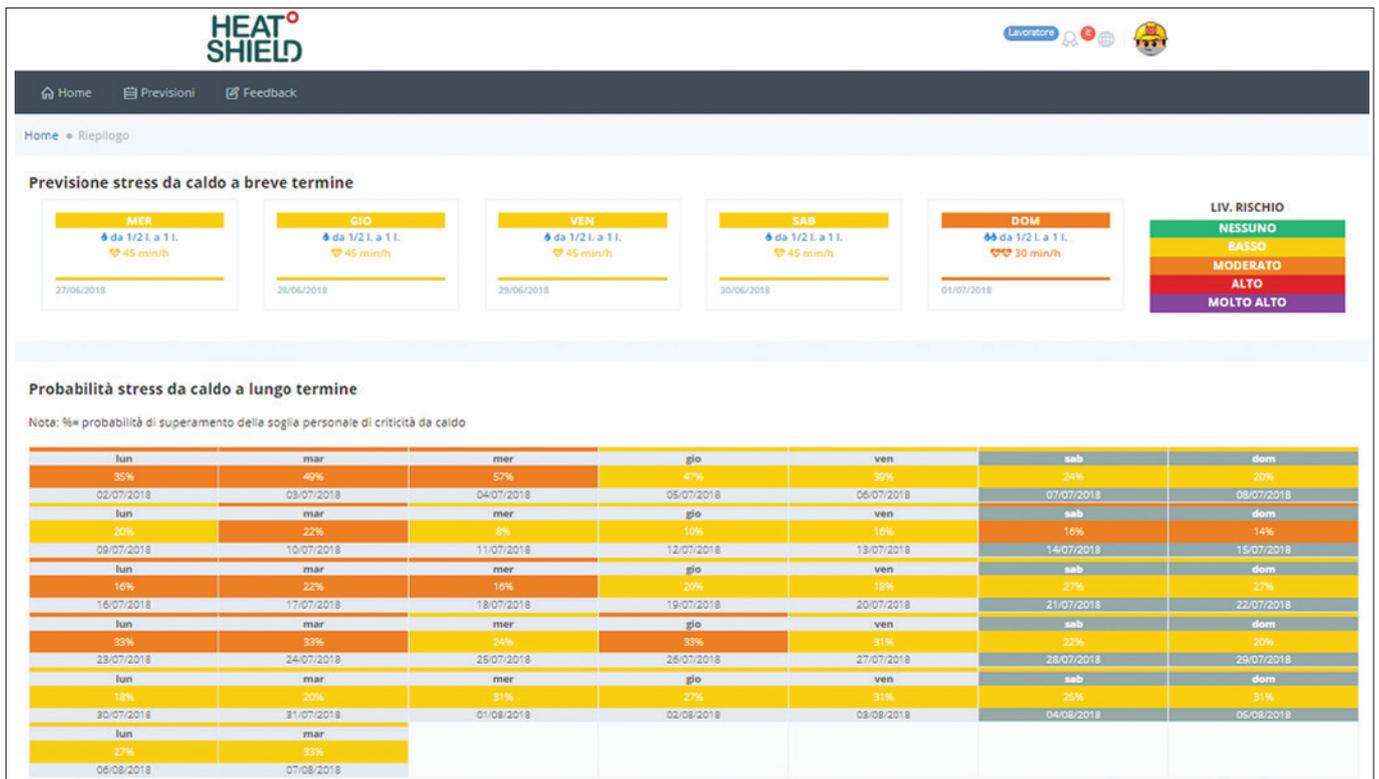


Figura 2 – Previsione dei livelli di rischio da caldo personalizzati a breve (con i suggerimenti comportamentali) e lungo periodo.

Finita la registrazione, l'utente può accedere alla propria pagina di previsione in cui è possibile visualizzare le previsioni dello *stress* da caldo e i suggerimenti comportamentali da adottare a breve termine oltre che la probabilità di *stress* da caldo personalizzata nel lungo periodo (Figura 2). Ai fini della previsione a lungo termine è riportata, per ciascun giorno, anche la probabilità di superamento della soglia personale di criticità. È possibile anche modificare il profilo dell'utente (ad es. il livello di attività fisica, l'ambiente di lavoro o altro) ottenendo in tempo reale le nuove previsioni a breve e lungo termine dei livelli di *stress* termico sulla base dei nuovi dati di *input*. L'utente, infine, ha la possibilità di inviare un messaggio di *feedback* su vari argomenti inerenti la piattaforma previsionale.

Conclusioni

Lo sviluppo di un tale sistema di allerta risulta particolarmente utile soprattutto alla luce dei cambiamenti climatici in atto e principalmente a causa della maggior frequenza con cui in Europa si verificano periodi di caldo

particolarmente intensi e persistenti (ondate di calore) (Morabito *et al.*, 2018). I lavoratori rappresentano una categoria di soggetti particolarmente esposti alle condizioni atmosferiche e, siccome spesso non è possibile interrompere l'attività lavorativa (perché non sostenibile economicamente), sono necessari strumenti operativi in grado di aiutarli a contrastare nel miglior modo possibile le condizioni atmosferiche che insistono in un determinato periodo su una certa zona e in grado di aiutare i datori di lavoro (o chi è preposto alla salvaguardia della salute dei lavoratori) a prendere provvedimenti organizzativi per pianificare al meglio le attività lavorative preservando la salute del dipendente e conseguentemente la sua produttività (modificando, per esempio, l'orario di lavoro o decidendo che tipo di mansioni privilegiare in un periodo rispetto ad altri). Inoltre, il fatto di avere a disposizione un sistema di previsione personalizzato, unico nel suo genere in questo momento, permette a un datore di lavoro (o a un medico competente) di calibrare con maggiore precisione gli interventi da prendere

in funzione delle caratteristiche del lavoratore e di altre situazioni in cui egli si trova coinvolto. Questo sistema previsionale, comunque, rappresenta una prima forma prototipale che subirà sicuramente modifiche e implementazioni in un prossimo futuro, con lo sfruttamento anche dei *feedback* degli utenti che utilizzeranno la piattaforma. Al momento il sistema permette di individuare la peggiore condizioni di disagio da caldo prevista per uno specifico giorno e le previsioni sono disponibili solo per alcune località (circa 1.800 in Europa). Stiamo comunque già lavorando per implementare le informazioni di previsione dello *stress* da caldo nel breve periodo utilizzando modelli meteorologici deterministici a elevata risoluzione, che permettano di ottenere informazioni di dettaglio nei vari momenti della giornata (mattina, pomeriggio, sera, notte) in cui i lavoratori possono essere impegnati e, in virtù di un'elevata risoluzione, di estendere le previsioni a tutte le località.

m.morabito@ibimet.cnr.it

La scelta dal basso in Sanità

di Fernando Prattichizzo



FERNANDO PRATTICHIZZO
Dirigente Medico SOC di Medicina
Interna 2, Empoli, Azienda USL Toscana
Centro. Tutor di Semeiotica Medica,
Università degli Studi di Firenze

L'evoluzione tecnica, culturale e giuridica nell'assistenza sanitaria consentirebbe modernamente al cittadino la libera scelta del medico specialista, in attuazione dell'articolo 19 della legge n. 833/1978 e dell'articolo 20 del Codice Deontologico.

Parole chiave:

qualità e professione, assistenza, organizzazione sanitaria, deontologia

I protagonisti della Sanità cercano costantemente nuove vie per disegnare il futuro dell'assistenza. Per una trasformazione radicale dell'assistenza sanitaria occorre indubbiamente l'intervento del legislatore e occorre partire dalla legge n. 833 del 23 dicembre 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Questa, all'articolo 19 comma 2, prevede che: *ai cittadini è assicurato il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari*. Conformemente, il codice deontologico dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri, nell'ultima versione del 19 maggio 2016, prevede all'articolo 20 che:

*la relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità. Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo di cura. Pertanto, la libera scelta e il rapporto fiduciario tra medico e cittadino possono da una parte costituire un argine all'estrema variabilità delle decisioni cliniche e dall'altra contribuire alla riduzione del contenzioso derivante dal rischio clinico. Il Sistema Sanitario Nazionale concede gratuitamente la libera scelta del medico di base, ma chiede il pagamento per la libera scelta del medico specialista. Quindi, per dare piena attuazione alla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale occorre garantire al cittadino, gratuitamente o con compartecipazione alla spesa proporzionata al reddito, la libera scelta dello specialista ambulatoriale e/o ospedaliero. Nell'attuale sistema di assunzione, verifica dei risultati, progressione di carriera e incentivazione del personale, sono stati adottati criteri non sempre trasparenti, talvolta clientelari, che hanno determinato gelosie, recriminazioni e ricorsi amministrativo-giudiziari, mentre l'evoluzione tecnica, culturale e giuridica nell'assistenza ospedaliera ha condotto alla soppressione della distinzione tra *aiuto* e *assistente* con la creazione del *dirigente medico*, ma non alla soppressione della figura del direttore, ex-primario medico.*

Al fine di ridurre la spesa sanitaria pubblica, conformare l'organizzazione del personale all'evoluzione tecnico-culturale e consentire al cittadino la libera scelta del medico specialista, sia in regime ambulatoriale che ospedaliero, appare pertanto auspicabile:

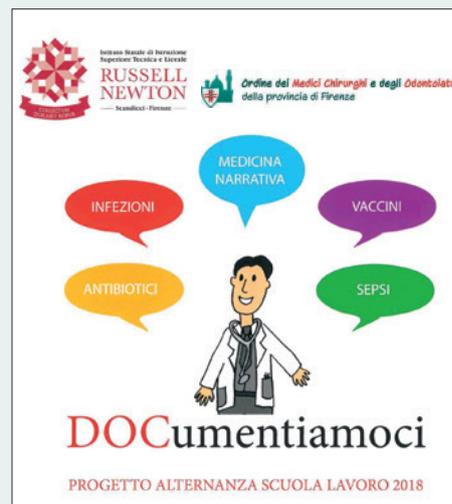
- sopprimere la figura del direttore di struttura semplice o complessa, trasferendo tutte le sue funzioni organizzative al direttore di dipartimento;
- nel caso di espressa richiesta, consentire al cittadino la libera scelta del medico specialista per consulenza ambulatoriale o per tutoraggio ospedaliero della degenza, riconoscendo al professionista un incentivo fisso;
- abrogare gli attuali criteri per la valutazione delle *performances*, per il riconoscimento degli incentivi e per l'assegnazione delle progressioni verticali di carriera.

La *deregulation* delineata consentirebbe la *reasonable competition* alla base della concorrenza, contemplata dall'art. 41 della Costituzione, consentirebbe l'esercizio di un diritto democratico già inserito nella legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale e renderebbe possibile il ribaltamento del giudizio di merito tecnico-professionale, che verrebbe effettuato dal *basso* e non più dall'*alto*.

fernando.prattichizzo@uslcentro.toscana.it

ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO 2018: L'IMPEGNO DEL RUSSELL NEWTON DI SCANDICCI

Il Progetto Alternanza Scuola-Lavoro 2018 ha visto impegnato anche il nostro Ordine che in più occasioni ha ospitato tantissimi giovani alla scoperta di temi e problematiche legate a numerose istanze della medicina moderna. In questi incontri i ragazzi, opportunamente preparati e supportati dai propri insegnanti, hanno potuto chiarirsi le idee su argomenti di grande attualità (ad esempio, il mondo complesso delle dipendenze o l'accoglienza ai migranti), magari riuscendo a ricavare anche qualche importante informazione per indirizzare il proprio futuro in senso "medico". Al termine di questa esperienza l'Istituto Statale di Istruzione Superiore Tecnica e Liceale *Russell Newton* di Scandicci ha pubblicato un garbatissimo librettino in cui 25 ragazzi delle classi III e IV hanno raccolto e organizzato le informazioni ricevute e, secondo le parole della dirigente scolastica, "scoperto le proprie potenzialità, sperimentato l'importanza della correttezza dei dati nella divulgazione scientifica, individuato nell'informazione un cardine della cittadinanza attiva".



Sulla copertina di *DOCumentiamoci* sono riportati alcuni concetti ben conosciuti dai medici, che adesso fanno parte anche del bagaglio culturale di questo gruppo di preparatissimi studenti: infezioni, medicina narrativa, vaccini, sepsi, antibiotici, ognuno ben spiegato all'interno della pubblicazione in maniera vivace e accattivante. Veniamo pertanto a sapere che ragazzi di 17-18 anni si sono confrontati con concetti come gli "antibiotici batteriostatici o battericidi", il "curare e il prendersi cura", i "vaccini vivi attenuati", le "infezioni da prioni", l'"eradicazione del vaiolo". Nell'ultima pagina un elenco illuminante (per i medici) di desideri, raccolto sotto il titolo *Il medico che vorrei*, quello cioè che "si mostra interessato alla tua situazione personale, ti spiega ciò che vuoi conoscere dei tuoi sintomi e della tua malattia, ti aiuta a gestire le emozioni che la malattia ti genera, ti rende semplice il parlare dei tuoi problemi, ti ascolta, ti visita, ti coinvolge nelle decisioni, ti prepara a quello che devi aspettarti dalla visita specialistica o dal ricovero in ospedale, ti spiega le ragioni per cui deve essere fatto un esame o un ricovero ospedaliero, si ricorda di ciò di cui avete parlato la volta precedente, ti aiuta a capire perché dovresti seguire le sue prescrizioni".

IL SITO TOSCANA MEDICA.ORG

Toscana Medica è anche **on line**.

Ricordiamo ai colleghi che tutti i contenuti della rivista, in formato pdf scaricabile e sfogliabile dal dispositivo, sono disponibili sul sito toscanamedica.org, sul quale è inoltre possibile ricercare articoli pubblicati sui numeri precedenti navigando tra le categorie "Ambiente e salute", "Editoriale", "Frammenti di storia", "Lettere al Direttore", "Letti per voi", "Medicina legale", "Notiziario-Vita dell'Ordine", "Opinioni a confronto", "Politiche per l'equo accesso alla salute", "Qualità e professione", "Regione Toscana", "Ricerca e clinica", "Sanità nel mondo", "Internet e medicina", "Clima e salute".

Il sito dispone dei contatori per il monitoraggio dei *click* degli utenti.

Riportiamo i tre contributi più letti dei primi due numeri del 2018.

Toscana Medica gennaio 2018:

- *Attività ambulatoriale con i migranti a Firenze* di A. Allamani, I. Severi, C. Silvestri, pag. 12 (229 *click*).
- *La fragilità ossea: i mille problemi della cronicità* di M.L. Brandi, C. Marinai, A.M. Menti, R. Michieli, M. Rossini, M. Ucci, pag. 6 (201 *click*)
- *Processo di donazione da donatore a cuore fermo (DCD)*, di A. Peris, pag. 21 (186 *click*)

Toscana Medica febbraio 2018:

- *Prevenire le complicanze dell'Herpes Zoster: una nuova opportunità*, di P. Bonanni, R. Mediatì, G. Rosellini, L. Rossi, L. Roti, M. Ruggeri, pag. 7 (424 *click*)
- *Le cure di fine vita nei malati cronici: è tempo di cambiare rotta?*, di A. Zuppiroli, pag. 12 (231 *click*)
- *Paraparesi e tetraparesi spastica*, di B. Spacca, R. Battini, S. Perazza, R. Di Pietro, G. Cioni, A. Filippini, T. Pisano, S. Paoli, F. Melani, M. Lampasi, R. Guerrini, L. Genitori, F. Giordano, pag. 18 (151 *click*).

IL DOTT ALEXANDER PEIRANO (PRESIDENTE CAO FIRENZE) NOMINATO AL Co.Ge.A.P.S

Con grande soddisfazione accogliamo la notizia della nomina del dottor Alexander Peirano quale rappresentante della CAO Nazionale nell'Assemblea e nell'Esecutivo del Co.Ge.A.P.S, il consorzio responsabile dell'aggiornamento dell'anagrafe formativa delle professioni sanitarie. Al dottor Peirano i migliori auguri di buon lavoro nel rappresentare al meglio le peculiarità degli odontoiatri nel sistema di aggiornamento ECM.

ANCHE A FIRENZE LA GIORNATA DELLA PREVENZIONE DEI TUMORI MASCHILI

Lo scorso 14 giugno anche a Firenze è stata celebrata la Giornata Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Maschili.

Sul *camper* della LILT parcheggiato presso un grande centro commerciale della città sono state svolte visite specialistiche gratuite da un gruppo di medici coordinati dal dottor Pietro Claudio Dattolo, Nefrologo della Usl Toscana Centro e Consigliere del nostro Ordine.



CRONICITÀ, ASSISTENZA DOMICILIARE E TERRITORIALE: IN TOSCANA LA NUOVA FIGURA DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ

La delibera n. 597 del 4 giugno della Giunta Regionale Toscana ha definito caratteristiche, percorso formativo, competenze e ambiti di intervento del "nuovo" infermiere di famiglia e comunità (IFC) che andrà a integrarsi a tutti gli effetti nel fondamentale settore della cronicità, rappresentando al suo interno lo sviluppo di specifici percorsi di assistenza.

Si tratta in altre parole di "costruire" una figura professionale innovativa che si occupi a livello di comunità di un gruppo predefinito di famiglie e/o assistiti, rilevandone i bisogni assistenziali, valutando e monitorando nel tempo la continuità e l'adesione alle cure, cercando per quanto possibile di ridurre i numeri dei ricoveri ospedalieri e di migliorare la qualità della vita delle persone all'interno del proprio ambito familiare e sociale. Questo professionista troverà la sua naturale collocazione all'interno delle strutture della medicina generale (AFT) e delle Case della Salute, insegnerà ai pazienti l'autogestione della salute e del proprio stato di malattia, supporterà l'azione dei *caregivers* e garantirà l'accesso alla rete dei servizi territoriali socio-sanitari.

Secondo gli intendimenti regionali l'IFC deve arrivare a essere "il professionista responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito familiare", promuovendo "un'assistenza di natura preventiva, curativa e riabilitativa differenziata per bisogno e per fascia di età, attraverso interventi domiciliari e/o ambulatoriali" a favore di uno specifico ambito territoriale di riferimento.

La formazione degli IFC sarà in una prima fase organizzata a livello regionale, rivolgendosi soprattutto agli infermieri delle zone distrette nelle quali sarà sperimentata questa nuova modalità di assistenza (almeno in due zone per ogni azienda Usl della Regione). Saranno inoltre individuati e valutati specifici indicatori per la verifica dell'andamento e della qualità del processo.

MORBILLO, COSA È SUCCESSO IN ITALIA NEI PRIMI 5 MESI DEL 2018

Nel periodo dal 1° gennaio al 31 maggio 2018 in Italia sono stati registrati 1716 casi di morbillo, gravati in 4 casi addirittura dalla morte del paziente con l'età media dei soggetti colpiti attestata intorno ai 25 anni. 346 pazienti sono stati bambini con età < 5 anni, tra i quali 107 al di sotto dell'anno di vita. La grande maggioranza delle segnalazioni, l'84%, è arrivata da Sicilia, Lazio, Calabria, Campania e Lombardia e circa il 92% dei colpiti risultava non vaccinato mentre un altro 5% aveva ricevuto solo una dose di vaccino. Nessuna segnalazione è arrivata dal Molise.

Altri due dati interessanti che non possono non contribuire a sottolineare ancora una volta l'importanza fondamentale della pratica vaccinale: almeno una complicanza si è manifestata nel 49% dei colpiti, mentre ben il 59,2% di tutti i malati ha richiesto il ricovero in ospedale.

GLI ANZIANI E I VACCINI

Gli anziani talvolta tendono a non tenere nella giusta considerazione l'attività vaccinale, quasi si trattasse di un qualcosa che nella mente di molti riguarda solo i bambini o le persone più giovani. In questo campo appare pertanto di fondamentale importanza una informazione mirata e attendibile che riesca a raggiungere il maggior numero possibile di soggetti di età avanzata. Di questi argomenti si è parlato durante l'incontro *La longevità si conquista*.

Il contributo della prevenzione per la salute dell'anziano che si è recentemente tenuto a Firenze per iniziativa di Italia Longeva, la rete del Ministero della Salute sull'invecchiamento e la longevità attiva con il patrocinio della Regione, del Comune di Firenze e delle società scientifiche di riferimento.

Alcuni dati particolarmente interessanti presentati durante l'iniziativa: in Toscana negli ultimi sei anni la popolazione anziana è aumentata dell'1% raggiungendo la cifra di quasi un milione di ultrasessantacinquenni e nonostante la notevole offerta vaccinale gratuita i tassi di copertura rimangono ancora ampiamente insoddisfacenti, con il 55,3% attuale contro il 75% della soglia raccomandata.

Anche in questo settore, è stato ribadito a Firenze, rimangono di fondamentale importanza l'impegno e la collaborazione partecipata dei professionisti della medicina generale.

LE PROPOSTE DEL SIGM A FRONTE DELLA CARENZA DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Il segretariato italiano Giovani Medici, di fronte alle oggettive difficoltà che affliggono oggi la medicina generale in tutto il territorio nazionale, ha elaborato un documento che è stato inviato al ministro Giulia Grillo come punto di partenza per una riflessione seria e costruttiva sull'argomento. Cinque i punti principali che individuano soluzioni improntate alla massima concretezza.

Primo punto. Prevedere che, in assenza di medici già in possesso del titolo specifico, venga permesso ai medici che stanno frequentando il corso di formazione in Medicina generale l'esercizio già durante il percorso formativo.

Secondo punto. In presenza di un'area carente dovrebbe poter essere momentaneamente superato il massimale di scelte dei medici che lavorano in quella zona.

Terzo punto. In caso di mancanza di medici in possesso dello specifico titolo formativo, il SIGM propone di "associare la richiesta di pubblicazione di un'area carente alla richiesta di attivazione di una borsa di formazione specifica in medicina generale".

Al *quarto punto* si suggerisce, nelle aree in cui sia necessario ricorrere a medici non in possesso del titolo formativo, l'attivazione del *part-time* per il corso di Fsmg, come del resto previsto dalla normativa nazionale ed europea.

Il *quinto punto* prevede l'individuazione di facilitazioni in graduatoria per i medici che si sono formati in un'area carente, al fine di garantire loro, una volta completata la formazione, l'ottenimento della titolarità nella medesima zona. Ciò consentirebbe peraltro di garantire anche una vantaggiosa continuità assistenziale.

NASCITE, NEL 2017 RAGGIUNTO IN ITALIA UN NUOVO MINIMO STORICO

Impietosi i dati ISTAT relativi alla situazione demografica del nostro Paese. Al 31 dicembre 2017 i residenti in Italia erano 60.483.973, di cui più di 5 milioni con cittadinanza straniera. Si sono contati 649.061 decessi (33.800 in più rispetto al 2016), valore più elevato dal 1945.

Nello stesso anno sono nati nel nostro Paese soltanto 458.151 bambini, ben 15.000 in meno rispetto al 2016 (120.000 negli ultimi 9 anni).

Il fenomeno appare più marcato al Centro e anche il contributo alla natalità delle donne straniere continua a diminuire: 67.933 nati nel 2017, pari al 14,8% di tutte le nascite.

I bambini stranieri nascono con maggiore frequenza al Nord, diminuendo progressivamente procedendo verso il Centro e il Sud. L'incidenza più alta dei nati stranieri sulla totalità dei nati è stata registrata in Emilia Romagna con il 24,3%.

MORBILLO: MIGLIORA IN EUROPA LA SITUAZIONE DELL'ITALIA

I dati aggiornati a giugno riportano che in Europa il maggior numero di casi di morbillo è stato registrato in Romania (3.284), seguita da Francia (2.306), Grecia (2.097) e Italia (1.258).

La percentuale di copertura vaccinale almeno del 95%, ritenuta in grado di contenere efficacemente la diffusione dell'agente patogeno e di proteggere le classi di popolazione più vulnerabili, secondo dati WHO 2016 è stata raggiunta, tra i Paesi UE, solo in Croazia, Portogallo, Slovacchia, Svezia e Ungheria.

PROGETTO SOSAN DEI LIONS ITALIANI A FAVORE DEGLI INDIGENTI

SoSan è una organizzazione nata tra i Lions italiani per favorire, come dice il nome, la solidarietà sanitaria. Dopo oltre 130 missioni all'estero in tre continenti SoSan ha deciso di pensare anche alle persone indigenti che vivono in Italia, offrendo l'erogazione di prestazioni medico-specialistiche a titolo completamente gratuito, tramite l'impegno di medici, Lions e non, in libera professione nei propri studi.

A oggi sono state erogate visite ortopediche, dermatologiche, oculistiche ed ecografie con tempi di attesa medi di circa 10 giorni. Purtroppo mancano ancora sufficienti professionalità soprattutto in ambito odontoiatrico, ginecologico e radiologico e le richieste appaiono particolarmente numerose a Grosseto. I colleghi interessati a questa importante iniziativa possono rivolgersi a: *toscana.progettoitalia.sosan@gmail.com* oppure *cecchi.roberto@gmail.com*

ELEVATO IN ITALIA IL "RISCHIO DEMENZE"

Il nostro Paese, secondo i dati OCSE, occupa il secondo posto al mondo dopo il Giappone per numero di casi di demenza in relazione al numero di abitanti e nel prossimo futuro questo poco invidiabile risultato potrebbe verosimilmente creare grossi problemi di sostenibilità complessiva per il nostro sistema sanitario.

Il problema della gestione socio-assistenziale delle persone con demenza colpisce comunque, seppure a livelli differenti, praticamente tutti i Paesi del mondo. Nel 2017 in quelli OCSE si sono contati circa 19 milioni di questi malati, una cifra che potrebbe lievitare fino a 41 nei prossimi decenni con conseguenze economiche facilmente immaginabili. Anche senza aspettare simili devastanti scenari futuri, consideriamo che stime attendibili suggeriscono già per il 2018 un costo globale per queste situazioni di ben 1.000 miliardi di dollari.

CONVENZIONI FONDAZIONE TEATRO MAGGIO MUSICALE FIORENTINO

La Fondazione del Teatro Maggio Musicale Fiorentino ha stipulato una convenzione con l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze che riconosce a tutti i suoi iscritti una riduzione sul costo di acquisto del biglietto di ingresso in platea pari al 20% del prezzo intero.

La scontistica è applicata salvo esaurimento posti disponibili, a ogni spettacolo organizzato dalla Fondazione e riconosciuto con l'inserimento, al momento dell'acquisto on line, di un apposito codice coupon, comunicato periodicamente e pubblicato nella Newsletter di Toscana Medica.

La Fondazione inoltre, offre promozioni speciali last minute per eventi organizzati e scelti per affinità di interessi dell'Ordine.

Per informazioni e calendario eventi: www.operadifirenze.it



MENARINI

group

Qualità del farmaco al primo posto.

www.menarini.it

Il Gruppo Menarini ha oltre 17.000 dipendenti, un fatturato di 3.6 Miliardi di Euro, 6 centri di Ricerca e Sviluppo e 16 stabilimenti produttivi in Italia e all'estero, dove sono prodotte e distribuite nei cinque continenti oltre 580 milioni di confezioni l'anno.

Con la sua produzione farmaceutica Menarini contribuisce, in modo continuo e con standard di qualità elevatissimi, alla salute dei pazienti di tutto il mondo.

MENARINI NEL MONDO

Albania	Corea del Sud	India	Niger	Slovenia
Algeria	Costa d'Avorio	Indonesia	Nigeria	Somalia
Angola	Costa Rica	Iraq	Norvegia	Spagna
Antille Curaçao	Croazia	Irlanda	Nuova Zelanda	Sri Lanka
Arabia Saudita	Danimarca	Italia	Oman	Stati Uniti
Argentina	Ecuador	Kazakistan	Paesi Bassi	d'America
Armenia	Egitto	Kenia	Pakistan	Sud Africa
Australia	El Salvador	Kirghizistan	Panama	Sudan
Austria	Emirati Arabi Uniti	Kosovo	Perù	Svezia
Azerbaijan	Estonia	Kuwait	Polonia	Svizzera
Bahrein	Etiopia	Lettonia	Portogallo	Tagikistan
Belgio	Filippine	Libano	Qatar	Tailandia
Benin	Finlandia	Liberia	Regno Unito	Taiwan
Bielorussia	Francia	Libia	Repubblica Ceca	Tanzania
Bosnia e	Gabon	Lituania	Repubblica	Togo
Erzegovina	Gambia	Lussemburgo	Dominicana	Tunisia
Brasile	Georgia	Macedonia	Repubblica	Turchia
Bulgaria	Germania	Malesia	Slovacca	Turkmenistan
Burkina Faso	Ghana	Malta	Romania	Ucraina
Camerun	Giordania	Marocco	Russia	Uganda
Cile	Grecia	Messico	Senegal	Ungheria
Cina	Guatemala	Moldavia	Serbia	Uzbekistan
Cipro	Guinea	Mongolia	Sierra Leone	Venezuela
Colombia	Honduras	Montenegro	Singapore	Vietnam
Congo	Hong Kong	Nicaragua	Siria	Yemen



**PROF. MANFREDO
FANFANI**
RICERCHE CLINICHE

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