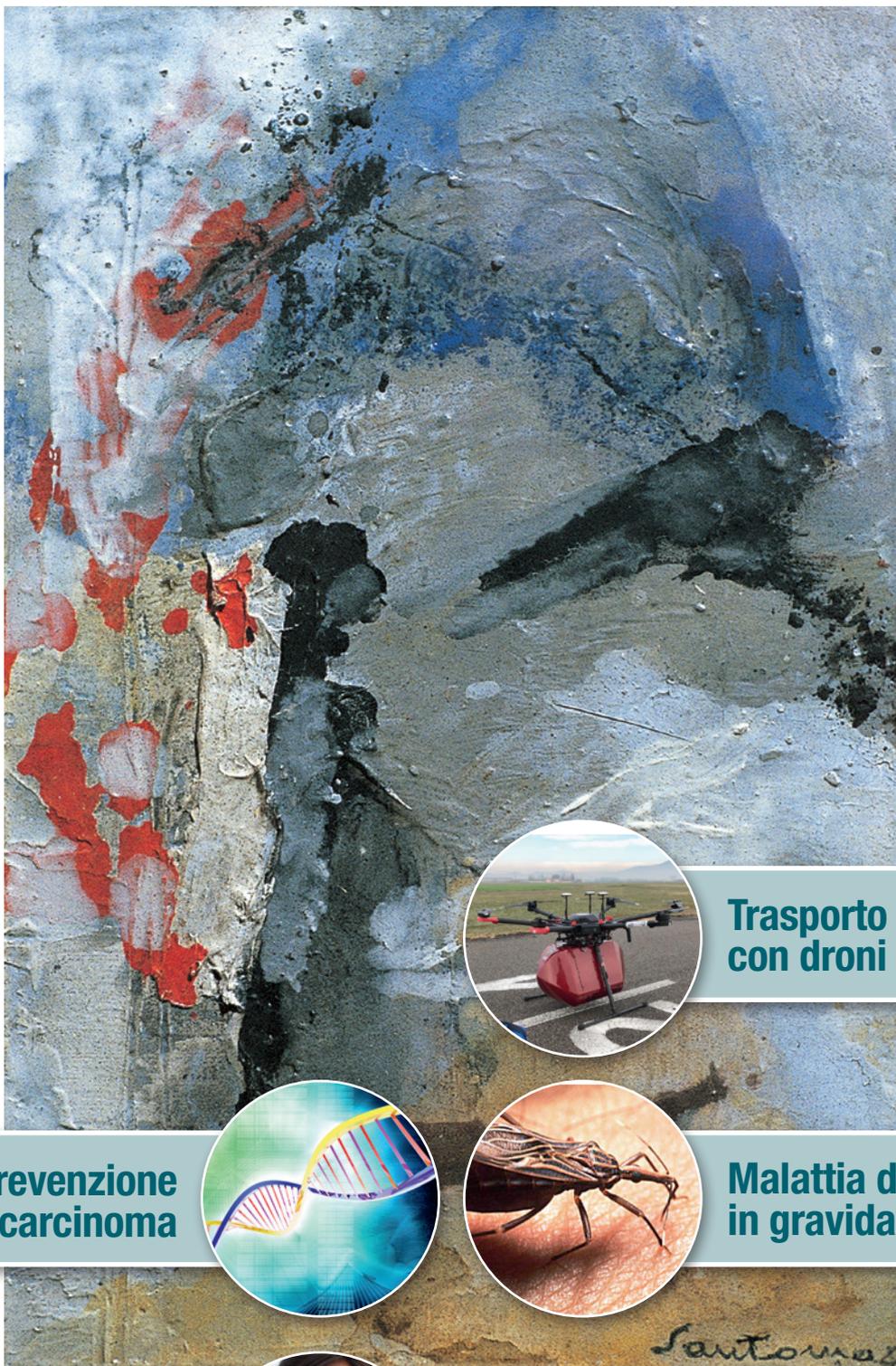


TOSCANA MEDICA

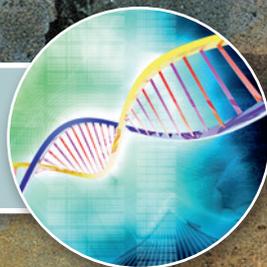
MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

Mensile - Anno XXXVII n. 7 luglio 2019 - Spedizione in Abbonamento Postale - ISSN 2611-9412 (print) - ISSN 2612-2901 (online)
Stampe Periodiche in Regime Libero - FIRENZE n. MBPA/CN/FI/0002/2018 - Aut. Trib. Fi. n. 3138 del 26/05/1983

LUGLIO **7**



**Trasporto sangue
con droni**



**Prevenzione
del cervicocarcinoma**



**Malattia di Chagas
in gravidanza**



Il progetto CaRED

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







Anno XXXVII - n. 7 luglio 2019

Direttore Responsabile
Teresita Mazzei

Capo Redattore
Simone Pancani

Segretaria di Redazione
Antonella Barresi

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

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

Editore

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

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

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

Grafica e Impaginazione: Massimo Arcidiacono
Tel. 050 3130231 • marcidiacono@pacinieditore.it

Stampa

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

Finito di stampare Luglio 2019 presso le IGP - Pisa

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

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

Fondato da
Giovanni Turziani

In copertina

Giuseppe Santomaso
*Dal ciclo "Cicale e
Cattedrali"*
Olio su tavola
cm 15x10
Firenze,
collezione privata



Teresita Mazzei



Simone Pancani



Antonella Barresi

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 **Leggere**
D. Lippi

EDITORIALE

- 5 **La quasi magistra** di Salerno e le ricerche sul web
T. Mazzei

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 6 **Il progetto CaRED e l'obiettivo di aprire una porta bidirezionale**
tra medici di medicina generale e ospedale
A. Morettini e coll.
- 8 **Trasporto sangue ed emocomponenti con droni**
F. Niglio e coll.
- 10 **Il fenomeno della dipendenza da lavoro e le conseguenze**
per la salute
E. Disperati e coll.
- 12 **L'assistenza sanitaria a km zero**
F. Prattichizzo
- 13 **Integrazione dei programmi di vaccinazione e di screening**
per la prevenzione del cervicocarcinoma
M. Zappa
- 15 **La Psicoterapia cognitivo comportamentale in Età Evolutiva**
S. Masetti e coll.

RICERCA E CLINICA

- 17 **Malattia di Chagas in gravidanza.**
Il programma della Regione Toscana
L. Zammarchi e coll.

FRAMMENTI DI STORIA

- 20 **Quarantacinque lugli fa: una storia della nascita di Alcolisti**
Anonimi
A. Allamani
- 22 **Nascita e crescita del Centro di riferimento per le cardiomiopatie**
nell'AOU di Careggi
A. Dolara

CLIMA E SALUTE

- 24 **Ondate di calore ed effetti sulla salute**
M. Morabito e coll.

27 - LETTERE AL DIRETTORE

28 - VITA DELL'ORDINE

29 - NOTIZIARIO

16, 26, 30 - CONVEGNI E CONGRESSI

14 - RICORDO DI ROBERTO GIULIO ROMANELLI

G. Laffi

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Inviare gli articoli a: a.barresi@omceofi.it, con un abstract di 400 battute spazi inclusi e 5 parole chiave
- Lunghezza max articoli: 9.000 battute spazi inclusi, più iconografia, max 3-4 immagini
- Lunghezza max Lettere al Direttore: 3.000 battute spazi inclusi
- Taglio divulgativo e non classicamente scientifico
- No Bibliografia ma solo un indirizzo e-mail a cui richiederla
- Non utilizzare acronimi
- Primo Autore: inviare una foto e un curriculum di 400 battute spazi inclusi da inserire nel testo e per motivi redazionali un numero telefonico e un indirizzo postale se non iscritto all'Ordine di Firenze
- Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di appartenenza



MISTO
Carta da fonti gestite
in maniera responsabile
FSC® C111769

Leggere

di Donatella Lippi



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

È sufficiente entrare nella sede dell'Ordine, per apprezzare il virtuosismo artistico di alcuni professionisti: le opere coloratissime di Mimmo Lo Russo campeggiano sulle pareti, insieme alle geometrie taglienti di Roberto Cremoncini.

In effetti, sono “medici pittori”.

Così come ci sono “medici scrittori”, epigoni di una tradizione, che annovera nomi illustri, da Čechov a Céline, solo per citarne un paio.

Medici scrittori, che si cimentano in una letteratura non scientifica... Medici pittori...

Esistono categorie settoriali di medici, che si dedicano anche ad attività, che richiedono padronanza di una tecnica e di adeguate conoscenze.

Ma non si parla mai di medici che ascoltano – e anche in questo caso è necessaria una tecnica precisa – né, tantomeno, di medici che leggono. Forse perché viene dato per scontato che un medico legga per aggiornarsi: articoli scientifici, *case reports*.

Se un medico legge altro, si pensa lo faccia per interesse o piacere personale, in una sorta di scissione tra le sue due anime. Dottor Jekyll e Mister Hyde: metafora della doppia natura della medicina e del medico.

Perché i medici e gli studenti dei Corsi di Laurea dell'area sanitaria – in particolare quelli del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia – dovrebbero leggere? Come dovrebbero leggere? E cosa?

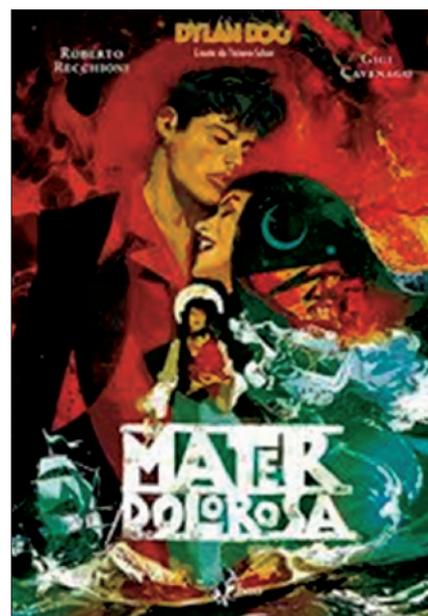
Pochi anni fa, uscì un lavoro di Cervellin e altri su *Intern Emerg Med* relativo alla diversità di ap-

proccio diagnostico, attraverso una prospettiva gestaltica e attraverso i principi bayesiani. Nello stesso periodo, un radiologo americano, Richard Gunderman, editorialista dell'*Atlantic*, professore di radiologia, pediatria e *medical humanities* (Indiana University), indicava i 7 libri che un medico dovrebbe conoscere: tra questi, *Iliade*, *Commedia*, *Etica nicomachea*...

Sostiene giustamente Gunderman: gli esseri umani vengono formati attraverso le compagnie che frequentano e i medici hanno poco tempo e non possono permettersi altro che leggere giornali medici e manuali. *Ma l'eccellenza medica richiede l'eccellenza umana e la parte umana del medico ha bisogno di essere nutrita tanto quanto quella scientifica e tecnica. Questi libri offrono alcune prospettive così profonde quali raramente potremmo sperare di ottenere, attraverso la lettura, per capire ciò che significa essere umani. E questo è ciò che il medico ha bisogno di scoprire e di familiarizzare, se vuol praticare la Medicina al meglio delle sue capacità.*

Scriva Anne Hudson Jones Professore presso l'Institute for the Medical Humanities, University of Texas (*Literature and medicine: García Márquez' Love in the Time of Cholera*. *Lancet* 1997;350:1169-72): perché spendere ore e ore leggendo ciò che non mai è accaduto? *L'Amore al tempo del Colera* offre ciò che raramente può trovarsi in un qualunque manuale scientifico sull'invecchiamento.

Ai libri suggeriti da Gunderman, aggiungo, come proposta concreta per i nostri Studenti, nella antologia *Specchi di carta* (Clueb 2010) i nomi di Tiziano Terzani, Isabel Allende, Anton Čechov e, ancora, Bulgakov, Céline, Kafka, ma anche i fumetti (Dylan Dog: *Mater dolorosa*, oppure *Mater morbi*), per condividere l'esperienza di una lettura meditata (*come leggere*), una *close reading*, su alcuni aspetti fondanti della Medicina, per ascoltare pazienti virtuali, per fornire uno strumento a coloro che intendano confrontarsi con la voce del passato, per capire meglio il presente.



donatella.lippi@unifi.it

La quasi magistra di Salerno e le ricerche sul web

di Teresita Mazzei

Nella Salerno dell'XI secolo, sede della prestigiosa *Schola medica*, esercitava la professione di cura una certa Trotula che, seppure priva di qualsiasi riconoscimento accademico, godeva tuttavia di una così grande fama da venire dalla popolazione considerata una *quasi magistra*. Lasciando da parte le ipotesi sulla sua reale esistenza storica, talvolta messa in dubbio, l'antica Collega era famosa, tra l'altro, per alcune intuizioni che all'epoca non dovevano sembrare poi così scontate come, ad esempio, la raccomandazione di proteggere il perineo durante il travaglio di parto ed eventualmente suturarlo in caso di lacerazione.

Con un'ideale macchina del tempo arriviamo ai giorni nostri e tramite web cerchiamo su *BMJ* del 2017 un numero dal titolo assai intrigante, *Comparison of postoperative outcomes among patients treated by male and female surgeons: a population based matched cohort study*. A questo possiamo aggiungere l'altrettanto stimolante contributo su *JAMA Intern Med* del medesimo anno intitolato *Comparison of hospital mortality and readmission rates for Medicare patients treated by male vs female physicians*.

Il significato di questo strano viaggio, così stravagante nei suoi punti di partenza e arrivo, serve a concentrare l'attenzione sull'importanza innegabilmente sempre maggiore delle donne in tutti i campi della medicina. Da qui inevitabilmente si arriva poi ai famosi Stati Generali della Professione Medica fortemente voluti dalla FNOMCeO e attualmente in pieno svolgimento in tutto il Paese.

Pertanto, se a Salerno secoli fa ben volentieri ci si affidava alle cure di Tro-

tula e se oggi le evidenze scientifiche dimostrano che i pazienti seguiti da medici donne presentano dei risultati statisticamente migliori rispetto a quelli seguiti da medici uomini, non possono che avere un senso le molte domande che affollano la discussione attuale.

Ne cito alcune. È possibile declinare la "medicina al femminile", cioè caratterizzare il suo esercizio a partire dalle caratteristiche delle donne medico? Quali problemi contrattuali e di organizzazione del lavoro pone la femminilizzazione della professione medica? Se la crisi della professione è trasversale ai generi, che valore hanno i concetti di femminilizzazione della medicina e di medicina al femminile? E ancora. La medicina al femminile è la risposta alla "questione medica"?

La crescita del numero delle donne medico è un fatto oggi innegabile: quali sono i problemi che pone e le possibilità che apre?

Si tratta di quesiti ponderosi e certamente di grande attualità le cui risposte attese dagli Stati Generali saranno sicuramente utili a tratteggiare al meglio una situazione in vorticoso e costante cambiamento.

Il panorama attuale ci parla infatti di un numero sempre maggiore di donne medico, oggi in Italia circa 176.000 che nella fascia di età al di sotto dei 50 anni hanno già superato i colleghi maschi. Questa situazione, ancora più evidente quando le classi di età diminuiscono, si sostanzia visivamente nel modificato rapporto donne/uomini che si vede negli ultimi anni durante le cerimonie per il giuramento e l'iscrizione agli Ordini dei giovani neolaureati.

Se i nostri camici stanno diventando

sempre più rosa, sfortunatamente non si può però affermare che le donne abbiano parimenti acquisito maggiori prerogative rispetto ai colleghi maschi: contestualizziamo questa osservazione considerando, ad esempio, quante sono a oggi in Italia le donne presidente di Ordine oppure quelle che ricoprono ruoli di vera responsabilità in ospedale o negli organigrammi delle Aziende Sanitarie. Altri dati interessanti in questo senso possono essere ricavati dalla valutazione uomo/donna delle possibilità di carriera oppure delle effettive retribuzioni economiche nei due gruppi.

Ma è innegabile che qualcosa stia oggi cambiando nella nostra professione, seppure in tempi di enormi problemi e ingombranti cambiamenti socio-antropologici.

Ce lo ricordano ogni giorno, ad esempio, la sempre più valorizzata medicina di genere con le mille sfumature che in tanti ambiti dei percorsi di diagnosi e cura precisano i concetti di sesso e di genere oppure lo sgomento che inevitabilmente monta di fronte alle aggressioni verbali e fisiche che sempre più spesso vedono malaugurate protagoniste colleghe di ospedali, servizi e guardie mediche.

È pertanto giusto che la nostra professione si confronti in maniera seria e propositiva con le istanze dell'evidente femminilizzazione della medicina. È doveroso che si possano individuare realmente strumenti di aiuto e sostegno per le donne medico, pensare agli asili sui luoghi di lavoro o prevedere maggiore flessibilità di orario in presenza di allattamento o figli ancora piccoli senza per questo "rimanere indietro" nella carriera.

Approfittiamo allora dell'opportunità fornita dagli Stati Generali: gli Ordini sono pronti a raccogliere e trasmettere a livello centrale le richieste e le necessità di chi tutti i giorni si dedica alla cura degli altri.

Con la saggezza dell'antica pratica quotidiana, Trotula da Salerno certamente approverebbe!

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

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

Il progetto CaRED e l'obiettivo di aprire una porta bidirezionale tra medici di medicina generale e ospedale

di Alessandro Morettini, Sergio Baglioni, Franca Bigioli, Antonia Daraio, Alessio Nastruzzi, Giuseppe Paladino, Maurizio Veloci



ALESSANDRO MORETTINI
Direttore Medicina Interna 2,
Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi,
Firenze

SERGIO BAGLIONI, FRANCA BIGIOLI,
ANTONIA DARAIO, ALESSIO NASTRUZZI
Coordinatori Aggregazione Funzionale
Territoriale Firenze

GIUSEPPE PALADINO, MAURIZIO VELOCI
Coordinatori Aggregazione Funzionale
Territoriale Firenze Nord-Ovest

Il progetto **CaRED** nasce dalla collaborazione tra i medici della medicina generale e l'Ospedale di Careggi. Una comunicazione efficace tra curanti è fondamentale per agevolare il rientro dei malati a casa e ridurre il fenomeno del re-ricovero precoce. La **cartella elettronica** di Careggi (Archimed) avvisa il medico di medicina generale che un suo assistito è ricoverato e gli permette di accedere – in tempo reale – alla sua documentazione: può prenderne completa visione e comunicare direttamente con i medici ospedalieri con un sistema di messaggistica istantanea interno alla cartella.

Parole chiave:
CaRED, ospedale e territorio,
cartella elettronica

Uno studio americano denominato RED (*ReEngineering Hospital Discharge*) qualche anno fa dimostrava come un processo di dimissione standardizzato potesse condurre a una sostanziale riduzione delle riammissioni a 30 giorni.

Tale processo doveva comprendere: una lettera di dimissione redatta secondo precisi criteri, la preparazione del malato e dei familiari con anticipo per il rientro a casa, istruzioni dettagliate sulla terapia di dimissione e sugli eventuali effetti collaterali, la condivisione del percorso con chi avrebbe preso in carico il paziente sul territorio.

Durante la progettazione della *check list* di dimissione (detta CaRED per un gioco di parole tra Careggi e RED) nel reparto ospedaliero coinvolto nella fase sperimentale del progetto, ci si è resi conto di come fosse essenziale poter comunicare in modo rapido, semplice ed efficace durante il ricovero con i medici di medicina generale e di quanto fosse carente questo aspetto.

La cartella elettronica Archimed, ormai usata in tutti i reparti di Careggi, è stata implementata per superare questa mancanza attraverso la creazione delle seguenti funzioni:

1. al momento del ricovero, non appena acquisito il consenso del paziente a informare il proprio curante, Archimed invia un *alert* via *e-mail* al medico di medicina generale, avvisandolo che un suo assistito è ricoverato;
2. il medico di medicina generale

ha accesso in modo semplice (via *web*, con carta operatore) alla cartella del proprio assistito, durante tutta la degenza;

3. il medico di famiglia può comunicare in tempo reale con i medici ospedalieri attraverso un servizio di messaggistica istantanea (tipo *whatsapp*, inserito direttamente sulla cartella) per scambiarsi informazioni e anche documenti allegati;
4. il medico di medicina generale riceve un'altra *email alert* al momento della dimissione del suo assistito e rimane in grado di accedere alla cartella clinica per i 2 mesi successivi.

Durante i 4 anni di sperimentazione del protocollo da parte dei medici di medicina generale di 6 AFT limitrofe a Careggi e in un reparto di Medicina Interna, pur non riuscendo a dimostrare una riduzione del tasso di riammissione (anche per la relativa esiguità del campione considerato) abbiamo rilevato, attraverso appositi questionari, un aumento della qualità del servizio percepito sia dai pazienti (e loro *caregivers*), che dagli operatori, ospedalieri e del territorio. Nei primi mesi del 2019 il progetto è stato esteso permettendo l'interazione dei medici di famiglia delle 6 AFT coinvolte, con le cartelle di tutti i reparti di Medicina Interna di Careggi. Nei primi 60 giorni del 2019 sono stati

ricoverati in tali reparti circa 500 pazienti riconducibili a medici di medicina generale che partecipano al progetto, registrando circa 400 accessi dei curanti nelle cartelle cliniche dei loro assistiti, a dimostrazione dell'interesse e utilità dello strumento.

Dopo questo periodo di sperimentazione, che ha portato a molte correzioni e miglioramenti, il progetto pilota è stato esteso recentemente a tutti i reparti di degenza anche specialistica di Careggi e a brevissimo sarà allargato a tutte le AFT della ex ASL Firenze.

Il successo di CaRED dipende in larga misura dalla semplicità del sistema. Infatti i medici ospedalieri hanno un unico compito: acquisire il consenso dei malati a informare i rispettivi curanti, quindi fare un semplice *click* in un apposito campo durante la raccolta dell'anamnesi. Il sistema si attiva quindi autonomamente inviando la

prima *email* al medico di medicina generale.

D'altro canto il curante non deve far altro che inserire la propria carta operatore e accedere via *web* al sito della cartella Archimed (il cui *link* si trova nella *mail* di *alert* che riceve). Sulla prima schermata visualizza l'elenco dei suoi assistiti in carico all'Ospedale di Careggi, suddiviso in due sezioni: malati attualmente ricoverati e malati dimessi negli ultimi due mesi. Cliccando sul paziente che gli interessa avrà direttamente l'accesso completo alla relativa cartella clinica. La semplicità di utilizzo dello strumento è il segreto del suo successo e lo rende prezioso per tutti i medici che si occupano del paziente, ma soprattutto per il malato stesso, che viene messo al centro di un percorso di cura di maggior qualità, in quanto frutto di un lavoro di coordinamento collegiale di tutti i clinici che se ne occupano.

Lavoro collegiale a lungo agognato sia dall'ospedale che dal territorio.

I medici di medicina generale da molto tempo sperimentano le criticità legate alla frammentaria e incompleta conoscenza dei percorsi ospedalieri dei loro assistiti, fino al punto a volte di ignorare un ricovero già avvenuto.

D'altra parte in ospedale il malato spesso viene curato senza che i clinici ospedalieri prendano contatto con il medico di medicina generale per informarlo.

La tecnologia attuale permette di superare queste criticità, facilitando il lavoro coordinato dei clinici intorno al malato e divenendo un ottimo modello di tecnologia al servizio degli utenti e degli operatori sanitari.

morettinia@aou-careggi.toscana.it

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

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

Toscana Medica: a.barresi@omceofi.it

Orario di apertura al pubblico

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

Rilascio certificati di iscrizione

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

Tassa annuale di iscrizione

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

Cambio di indirizzo

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

Commissione Odontoiatri: Il lunedì pomeriggio su appuntamento

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

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

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

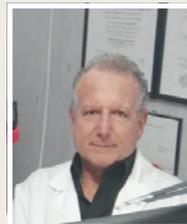
Newsletter: inviata per e-mail agli utenti registrati sul sito Internet dell'Ordine

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

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

Trasporto di sangue ed emocomponenti con droni

di Fabrizio Niglio, Renato Colombai, Piero Palla, Angela Pirri, Francesca Mazzoni, Michela Doveri, Filomena Scotto, Chiara Menichini, Catia Guidi, Isabella Matteoni, Daniela Di Simone, Elisa Di Curzio, Maria Natale, Sara Grace Ciuro, Sara Ponzuoli, Mario Di Maio, Patrizia Ercolani, Lorian Derin, Carmine Speranza, Murratzu Clizia, Fabiana Fiorini, Rossella Grazzini



FABRIZIO NIGLIO
Specializzato in Ematologia Clinica e di Laboratorio. Perfezionamento in Medicina Legale e delle Assicurazioni. Dal 10 maggio 2017 Direttore UOS Centro Trasfusionale di Pontedera-Volterra, Co-Director Laboratorio Tipizzazione Tissutale Livorno

RENATO COLOMBAI
Direttore Sanitario Pontedera

PIERO PALLA
Direttore UOC Centro Trasfusionale di Livorno

ANGELA PIRRI
Vicesindaco Pontedera

FRANCESCA MAZZONI
MICHELA DOVERI
FILOMENA SCOTTO
CHIARA MENICHINI
CATIA GUIDI
Infermieri Professionali Pontedera

ISABELLA MATTEONI
DANIELA DI SIMONE
ELISA DI CURZIO
MARIA NATALE
Dirigenti Medici Pontedera

SARA GRACE CIURO
SARA PONZUOLI
MARIO DI MAIO
PATRIZIA ERCOLANI
LORIANA DERI
CARMINE SPERANZA
Tecnici di Laboratorio Biomedico Pontedera

MURRATZU CLIZIA
FABIANA FIORINI
ROSSELLA GRAZZINI
Laboratorio Pontedera



Parte da Pontedera la sperimentazione per avere la conferma scientifica che il trasporto di sangue ed emocomponenti tramite droni è sicuro

Parole chiave:
drone, emergenza, sangue, volo

Parte da Pontedera la sperimentazione per avere la conferma scientifica che il trasporto di sangue ed emocomponenti tramite droni è sicuro. L'idea di volare è il sogno dell'uomo

da secoli. Quella di *far volare* (cose e materiali) senza pilota è un concetto relativamente recente. Proprio quest'ultimo aspetto, che è uno dei principali motivi del crescente uso dei droni, ci ha dato l'idea di impiegare mezzi volanti privi di pilota per il trasporto rapido, in emergenza, di sangue, plasma e piastrine.

Per poter realizzare un progetto così ambizioso e dargli un senso pratico e scientificamente corretto l'unica strada era intraprendere un percorso a *step* progressivi.

In pratica siamo partiti dallo strutturare un percorso teorico di base condiviso con un *partner* affidabile (ABZERO *spin off* dell'Istituto di BioRobotica della Scuola Sant'Anna) che, per puro caso, aveva già allo studio un sistema per il trasporto con droni di materiale sanitario. Da questa collaborazione è nato un pro-

totipo di drone + cella di trasporto (presentati al congresso SIMTI di Genova 2018).

Al congresso abbiamo valutato se l'idea potesse interessare e raccogliere suggerimenti tecnici di alto livello. La seconda fase ci ha visti impegnati nel percorso di sperimentazione finalizzato al raggiungimento della corretta qualificazione del processo secondo le linee guida SIMTI.

Il sistema si basa su un *software* intuitivo semplice da utilizzare. Il *core* della tecnologia è la capsula intelligente (controllo e tracciabilità volo e temperatura, chiusura ermetica, agitazione costante delle piastrine, facile pulizia). È sufficiente inserire le sacche, stoccate in contenitori certificati, nell'apposito vano e digitare il codice della struttura ricevente.

Il drone, completate le procedure di certificazione e autorizzazione ENAC, partirà automaticamente seguendo il percorso pre-impostato con un volo BVLOS (in sostanza volo fpv – *First-person view* o con sistemi simili – operazioni che prevedono il pilotaggio oltre le distanze che consentirebbero il contatto visivo diretto da parte del pilota con mezzi Apr/Sapr [cap. 24, 25, 26 regolamento ENAC sezione V]).

In questo modo è possibile inviare unità di sangue, piastrine, e provette in tempi più che dimezzati.

Si possono utilizzare droni con possibilità di carico variabile in base alla tecnologia del mezzo prescelto.

La capsula intelligente, intercambiabile secondo le necessità, si aggancia a qualsiasi tipo di drone in maniera modulare.

Il *software* utilizza sistemi avanzati di controllo del volo commerciali e *open source* che devono comunque essere autorizzati da ENAC e gestiti da piloti con patente di volo idonea; i droni riducono fino all'80% i tempi di consegna sulle brevi distanze (fino a 10 km) e fino al 50% sulle medie distanze (fino a 40 km).

La loro autonomia è attualmente fino a 45 minuti di volo a 35-40 km/h, (dipende dalla tecnologia del drone).

L'analisi economica, considerando l'assenza di un pilota (H 24), l'alimentazione elettrica, il basso tasso d'inquinamento e il relativamente modesto costo della macchina, dimostra che il progetto è particolar-

mente vantaggioso e "pulito". Scopo del progetto è valutare l'impatto del volo (indipendentemente dal vettore) sulle unità di emazie concentrate e piastrine valutando alcuni parametri prestabiliti (prevalentemente temperatura, sterilità, emolisi, aggregazione). In contemporanea si valuterà l'affidabilità della consegna alla struttura di destinazione (compresa tracciabilità dei dati, ripetitività e sicurezza in volo).

Il primo passo è stato quello di effettuare un'analisi del rischio trasporto secondo le linee guida espresse da: DM 69 - 2-novembre 2015, Standard Medicina Trasfusionale III edizione SIMTI 2017, *Good Practice Guidelines for blood establishments and Hospital blood banks* (direttiva UE 2016/1214).

In tale ottica è stata compilata una scheda FMEA nella quale i "rischi" sono stati divisi in 2 grandi gruppi: 1) materiali organici trasportati (sangue, piastrine ecc.) – di pertinenza trasfusionale; 2) volo inteso come trasporto con opportuno vettore – di pertinenza dei gestori del drone.

La sperimentazione "classica" e iniziata il 21/10/18 a Pontedera con il primo volo "di studio" dedicato alla valutazione delle variazioni di temperatura in quota con sensori a bordo del drone.

In questo caso nel contenitore sono stati inserite sacche con materiali non biologici (soluzione fisiologica). Tali prove saranno ripetute per percorsi sempre più lunghi fino a stressare il sistema alla sua massima percorrenza.

L'esperimento del 21 ottobre u.s. è stato a breve raggio con strade chiuse, pilota con appropriata patente che ha seguito sempre il drone (scenari standard S03 ENAC con volo in VLOS nel rispetto di tutte le prescrizioni tecniche del caso). Attualmente la prima valutazione di temperatura in volo ha dato esito



Personale del Trasfusionale di Pontedera con il contenitore sigillato per i test.

positivo visto che non ci sono state variazioni complessive in un arco di 15 minuti.

Le prove si sono ripetute a difficoltà crescente per un totale di 39 ore (105 km) in campo misto (città, campagna, bosco, campo volo ecc.).

Lo *stress test* in volo, con contenitori a norma sigillati, è stato condotto con altezza massima di 150 m; velocità max 60 km/h; accelerazioni, decelerazioni, rotazioni *random*.

I *test* hanno dimostrato l'impatto neutro di quota, temperatura e accelerazione (dati presentati al SIMTI 2019).

Il drone ha mantenuto sempre la rotta dal decollo all'atterraggio e senza oscillazioni sensibili della temperatura (anche in condizioni climatiche avverse, da +20 a -3°).

La valutazione dell'indice IPR, al termine delle prove, è stata 40 (10x2x2).

In conclusione il volo con questo tipo di drone si è dimostrato efficace.

La procedura adottata è valida per un uso professionale di questo strumento a patto di rispettare fedelmente i regolamenti ENAC e gli *standard* SIMTI. Il futuro *step* sarà poter testare il trasporto con unità di sangue idonee alla trasfusione (previa autorizzazione di comitato Etico, Regione Toscana e CRS).

f.niglio@uslnordovest.toscana.it

Il fenomeno della dipendenza da lavoro e le conseguenze per la salute

di Edoardo Disperati, Gabriella Smorto



EDOARDO DISPERATI

Nato a Lucca il 27/08/1994, laureato in Scienze e Tecniche Psicologiche presso l'Università degli Studi di Firenze nel 2016 e successivamente in Psicologia Clinica e della Salute presso l'Università degli Studi di Pisa nel 2018, con tesi di laurea magistrale incentrata sulle dipendenze comportamentali e in particolare sulla dipendenza da lavoro, attraverso l'analisi del fenomeno dal punto di vista teorico e sperimentale.

GABRIELLA SMORTO

Direttrice UOC Psicologia benessere organizzativo Azienda Usl Nord Ovest

La dipendenza da lavoro (o *workaholism*) è un disturbo ascrivibile al novero delle dipendenze comportamentali, fenomeno latente, insidioso, di difficile definizione, ma con conseguenze negative importanti sulla salute dei soggetti e con effetti dannosi per il benessere individuale e dell'organizzazione. In un recente lavoro sperimentale, è stata indagata la diffusione di tale disturbo all'interno di un campione di insegnanti italiani; in aggiunta, è stata valutata la correlazione tra la dipendenza da lavoro, il benessere psicologico e la qualità del sonno. Al netto dei limiti dello studio, i risultati hanno mostrato, in primis, una diffusione del fenomeno in linea coi dati della letteratura, e, in secondo luogo, è stata individuata un'influenza negativa della dipendenza da lavoro sul benessere psicologico e sul sonno dei soggetti, che si esprime attraverso diversi segnali.

Parole chiave:
dipendenza, *workaholism*, salute, sonno, lavoro

Introduzione

Negli ultimi decenni gli addetti ai lavori della salute mentale si sono trovati ad affrontare e a studiare un gruppo eterogeneo di disturbi, le cosiddette *dipendenze comportamentali*, una particolare forma di dipendenza che non riguarda una specifica sostanza (o più di una), bensì coinvolge comportamenti quotidiani, ritenuti socialmente utili o accettabili (come il lavoro, il gioco d'azzardo, lo *shopping online*), che vengono messi in atto in maniera ossessiva e compulsiva, patologicamente esclusiva, pericolosa per la salute della persona. Inoltre, questi disturbi condividono le caratteristiche di base comuni ai "classici" fenomeni di *addiction*, come l'eccessiva rilevanza attribuita a questo comportamento nella vita dell'individuo, modificazioni del tono dell'umore, conflitti all'interno della famiglia, col *partner*, e un danneggiamento delle relazioni interpersonali.

La dipendenza da lavoro

Tra questi, un fenomeno scarsamente noto ma degno di assoluto interesse, è la dipendenza da lavoro, o *workaholism*, neologismo coniato dal termine *alcoholism* date le somiglianze fra i due disturbi. Essa è una forma di disagio psicologico latente e insidiosa, venuta alla luce all'inizio degli anni '70, la cui classificazione nosografica è ancora oggetto di dibattito. Infatti, come tutte le altre dipendenze comportamentali (a ec-

cezione del gioco d'azzardo patologico o *gambling*), non è stata inserita in alcun sistema diagnostico e di classificazione ufficiale; in aggiunta, non è stato raggiunto dai ricercatori e dai clinici un accordo unanime sulla sua definizione teorica, che rimane diversificata a seconda dei vari autori che se ne sono occupati.

Nonostante ciò, i più recenti lavori presentati in letteratura definiscono la dipendenza da lavoro come una condizione clinica caratterizzata da molteplici aspetti. In primo luogo, sintomi tipici delle dipendenze, come la sensazione di perdita di controllo sul proprio comportamento e la salienza, ovvero il fatto che questi soggetti attribuiscono un'importanza eccessiva, quasi vitale, alla propria professione, arrivando a lavorare più di quanto facciano i colleghi ed oltre l'orario di lavoro effettivo, mettendo, senza che gli sia stato richiesto, molta *carne al fuoco* e ritrovandosi poi a dover svolgere più compiti contemporaneamente, impegnandosi in sfrenate corse contro il tempo per rispettare le scadenze. Mostrano dunque segni di nervosismo, irrequietezza e disagio qualora impossibilitati a lavorare, fino a sentirsi in colpa quando si concedono del tempo libero.

In secondo luogo, sono caratteristici

di questo fenomeno elementi peculiari dei disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo, ossia pensieri intrusivi e ricorrenti nei confronti del proprio lavoro, difficoltà a distrarsi da questi pensieri o a ignorarli, insieme alla sensazione di una spinta interiore a lavorare in maniera eccessivamente intensa, e a un perfezionismo esasperato. Trascurano inoltre le relazioni interpersonali, sia al di fuori che all'interno dell'ambito professionale, la vita familiare, gli *hobbies* e le attività extra-lavorative, con effetti gravosi sulla qualità della vita e delle relazioni sociali e affettive (divorzi, separazioni, rotture di amicizie e frequentazioni, isolamento sociale). In aggiunta, la dipendenza da lavoro conduce a problematiche fisiche come stanchezza eccessiva, disturbi gastro-intestinali, dolori diffusi che tendono a cronicizzarsi, problematiche cardiovascolari e relative al sonno, oltre a elevati livelli di *stress*, scarsa soddisfazione per la propria vita, ridotta autostima, bassi livelli di benessere psicologico. Infine, difficilmente questi soggetti traggono piacere e appagamento dalla propria professione; infatti, al contrario di quanto si possa pensare, gli studi hanno evidenziato prestazioni lavorative povere, ridotta soddisfazione professionale e la presenza di condi-

zioni di esaurimento delle energie e delle risorse fisiche e psicologiche a disposizione del lavoratore.

Pertanto, al di là delle questioni nosografiche, è certo che esista una forma di disagio psicologico legata all'attività professionale, degna di essere ulteriormente studiata e approfondita e che necessita di essere individuata e affrontata tempestivamente dato che conduce a delle conseguenze pericolose e nocive per la salute della persona.

Indagine sperimentale

Di recente, la dipendenza da lavoro è stata oggetto di una ricerca effettuata su un campione di insegnanti delle scuole elementari, medie e superiori di due istituti della provincia di Lucca, con l'obiettivo di valutarne la diffusione all'interno di questa categoria professionale, scarsamente studiata in precedenza, insieme all'associazione con il benessere psicologico dei soggetti e la qualità del sonno, attraverso l'analisi delle correlazioni tra i punteggi alla scala di valutazione della dipendenza e i questionari inerenti le due variabili di salute. Il *workaholism* ha mostrato dunque una prevalenza pari al 13,33% del campione (dati coerenti con le percentuali individuate in letteratura, le quali oscillano tra l'8 e il 17% della

popolazione); inoltre, i soggetti risultati *workaholic* hanno riportato di lavorare molto spesso oltre l'orario effettivo, in media 13 ore in più rispetto ai colleghi. Per quanto concerne le variabili di salute invece, è stata riscontrata un'influenza della dipendenza da lavoro non solo sul benessere psicologico, che si traduce in un abbassamento del tono dell'umore e nell'impossibilità di rilassarsi e distrarsi dal lavoro, ma anche nei riguardi della qualità del sonno, influenza negativa che si esprime attraverso una considerevole quantità di tempo necessaria ad addormentarsi, un ridotto numero di ore di sonno e una stanchezza eccessiva, che si manifesta tramite difficoltà a rimanere svegli, lucidi e concentrati e avere il giusto entusiasmo nello svolgimento delle attività della vita quotidiana.

Questa indagine sperimentale avvalorava l'evidenza che, al netto dei limiti dello studio e delle questioni inerenti alla classificazione e alla definizione teorica, la dipendenza da lavoro sia una forma di disagio fisico e psicologico tangibile, diffuso, meritevole di essere studiato approfonditamente e che richiede l'attivazione di interventi sia a livello di prevenzione che di cura.

edoardo.disperati@gmail.com



L'assistenza sanitaria a km zero

di Fernando Prattichizzo



FERNANDO PRATTICHIZZO
Già Dirigente Medico SOC Medicina Interna
2, Empoli, Azienda Sanitaria Toscana Centro.
Specialista in Cardiologia, Specialista
in Immunoematologia, Specialista
in Medicina Interna

La tendenza costante a incrementare le distanze tra fruitore ed erogatore del servizio in Sanità non consente di beneficiare dei vantaggi che ha garantito in un altro settore, come l'agricoltura, la possibilità di commercio a km zero.

Parole chiave:
qualità e professione,
assistenza sanitaria

Nell'agricoltura il marchio "chilometri zero" identifica la vendita di prodotti della stessa zona, con requisiti di genuinità e di prezzo inferiore, derivante dai minori costi che garantisce la filiera corta, dal produttore al consumatore. L'impulso decisivo per questa tipologia di vendita è stato determinato dal D. Lgs. 228/2001, che ha riformulato l'art. 2135 c.c. sulla nozione di imprenditore agricolo. Il crescente successo della vendita a km zero poggia sulla

fornitura diretta di prodotti agricoli dal territorio di produzione e sulla possibilità di incontro diretto fra domanda e offerta, senza alcun passaggio intermedio.

La trasferibilità di questi concetti all'assistenza sanitaria è facilmente intuibile. Nel caso di malattia, qualsiasi cittadino preferisce essere curato al proprio domicilio da un medico che conosce e di cui ha piena fiducia. Il rapporto tra il medico o, più in generale, tra l'operatore sanitario e il cittadino è primariamente di tipo fiduciario diretto e tale rapporto non può che essere osteggiato dall'esistenza di segreterie, *call-centers*, per prenotazioni, barriere temporali o spaziali all'erogazione della prestazione. Nell'ambito pubblico l'articolo 19, comma 2, della legge n. 833/1978 assicura al cittadino il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura. In ogni ambito l'articolo 20 del Codice Deontologico prevede che la relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta. Nel corso degli ultimi decenni, però, l'assistenza sanitaria pubblica ha progressivamente aumentato la distanza tra il richiedente e il prestatore del servizio. Tale evoluzione ha riguardato dapprima l'assistenza ospedaliera, per cui i piccoli ospedali a servizio della comunità locale sono stati chiusi o riconvertiti in ospedali specializzati, mentre sono stati creati – in minor numero – grandi centri

ospedalieri plurispecialistici, presso i quali trovare un posto-letto libero è spesso divenuto difficilissimo. Successivamente, tale tendenza ha interessato anche l'assistenza sanitaria di base, per cui sono state incentivate le aggregazioni funzionali e poi fisiche degli ambulatori di Medicina Generale, sempre nell'ottica della specializzazione o dell'affidamento di sub-funzioni ad ogni membro del gruppo. La tendenza alla centralizzazione determina spesso un incremento della distanza tra la domanda e l'offerta, con gli inevitabili aggravii di tempo e di spese per l'erogazione della prestazione, talora oggetto di contrasto tra il prestatore d'opera e l'utente. La disponibilità delle nuove tecnologie di comunicazione ha mitigato il problema, giacché queste consentono il trasferimento immediato di immagini, oltre che di testi, ma non ha impedito la nascita di un'autentica Odissea sanitaria, che non sappiamo quanto durerà.

fernandoprattichizzo@gmail.com

SITO INTERNET DEDICATO A TOSCANA MEDICA

È attivo e online il sito internet che l'Ordine di Firenze dedica interamente a "Toscana Medica", la prestigiosa rivista fondata nel 1983 da Giovanni Turziani, che adesso si presenta ai lettori anche con questa nuova "veste": un sito tematico che raccoglie gli articoli pubblicati su ogni numero della rivista, organizzati in rubriche e facilmente consultabili, stampabili, linkabili e ricercabili per diverse chiavi di ricerca. Ovviamente non manca l'offerta della rivista "per intero", in formato PDF o sfogliabile, con la veste grafica identica all'originale cartaceo, che può essere consultata a video, salvata in locale o stampata. Tutti i nostri lettori sono invitati a consultare il sito www.toscanamedica.org del quale si auspica che verranno apprezzate la facile fruibilità (è ottimizzato anche per tablet e smartphone) e la chiarezza della struttura e dei contenuti. Naturalmente in attesa di suggerimenti e idee migliorative, che saranno le benvenute! Info: a.barresi@omceofi.it

Integrazione dei programmi di vaccinazione e di screening per la prevenzione del cervicocarcinoma

di Marco Zappa



MARZO ZAPPA

Attualmente è direttore F.F. della SC Epidemiologia Clinica di ISPRO. Si è sempre occupato di valutazione e sperimentazione dei programmi di screening oncologici. Ha fatto parte di numerosi gruppi di ricerca nazionali ed europei e in alcuni casi è stato il Ricercatore Principale. È direttore dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS). Dal 2005 l'ONS è stato incaricato dal Ministero della Salute di monitorare e supportare i programmi di screening in Italia.

Le ragazze vaccinate a 16 anni contro il virus HPV stanno arrivando all'età del primo *screening* (25 anni). In questo progetto di ricerca nazionale, coordinato da ISPRO, che coinvolge 6 Regioni si coglie l'occasione per valutare gli effetti della vaccinazione e impostare uno studio che ci permetterà di stabilire il miglior protocollo di *screening* per le ragazze vaccinate e per quelle non vaccinate.

Parole chiave:

valutazione, vaccinazione anti HPV, screening cervicale, impatto, programmazione

È in corso un progetto di ricerca finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie del Ministero della Salute dal titolo "Integrazione dei programmi di vaccinazione e di screening per la

prevenzione del cervicocarcinoma: interventi per ridefinire e implementare nuovi protocolli di screening per le donne vaccinate prima dell'età d'inizio dello screening". Il progetto rientra nelle azioni previste dalla *Consensus Conference* intitolata "Definizione del percorso di screening nelle donne vaccinate contro l'HPV" promossa dall'Osservatorio Nazionale Screening, congiuntamente al Gruppo Italiano Screening per il Cervicocarcinoma (GISCI) e alle principali società scientifiche del settore, per la definizione del migliore percorso di *screening* del carcinoma del collo dell'utero nelle donne vaccinate contro il papillomavirus (HPV) (http://www.gisci.it/documenti/documenti_gisci/consensus-conference.pdf). Infatti, nel prossimo futuro raggiungeranno l'età di *screening* (25 anni) le prime coorti di ragazze alle quali era stata offerta la vaccinazione contro l'HPV a 11 anni.

Le conclusioni e le raccomandazioni della *Consensus Conference* sono state pubblicate in un articolo sulla rivista *Preventive Medicine: Cervical cancer screening in women vaccinated against human papillomavirus infection: recommendations from a consensus conference*.

Il progetto è multicentrico e prevede la partecipazione oltre che della Regione Toscana (capofila), anche delle Regioni Piemonte, Emilia Romagna, Veneto, Liguria e Basilicata. Il progetto è stato approvato dal Comitato Etico Regione Toscana - Sezione Area Vasta Centro e prevede un invito a fare un test HPV presso ISPRO e un'intervista sullo stato vaccinale

alle ragazze di 25 anni, che hanno avuto un'offerta vaccinale a 16 anni, e che accedono per la prima volta allo *screening*. Dalla fine del 2018 sono già state invitate le ragazze nate nel 1993 residenti nel comune di Firenze e di Sesto Fiorentino e sono in corso gli inviti per le ragazze nate nel 1994 residenti in tutti i comuni dell'ex Azienda 10 di Firenze. Il progetto si estenderà ai primi mesi del 2020 con l'invito delle ragazze nate nel 1995 invitando complessivamente circa 7.000 donne in 2 anni.

Obiettivi dello studio sono:

1. valutare l'effetto della vaccinazione contro l'HPV effettuata a 16 anni sulle ragazze che aderiscono allo *screening* a 25 anni. Per questa ragione alle ragazze che aderiranno allo studio verrà proposto il test HPV;
2. conoscere quante ragazze si sono vaccinate all'età di 16 anni;
3. definire le migliori modalità di *screening* per il carcinoma della cervice uterina nelle ragazze vaccinate contro l'HPV e in quelle non vaccinate sia in termini di test (test HPV o Pap test) che di intervallo fra un test e l'altro (almeno 5 anni per il test HPV).

Studi simili condotti negli scorsi anni con la partecipazione del nostro Istituto hanno fornito informazioni utili per rendere più efficace lo *screening*

del carcinoma del collo dell'utero che ora, proprio grazie ai risultati di questi studi, sta cambiando non solo in Toscana ma anche nel resto dell'Italia e nel mondo.

La ricerca scientifica ha dimostrato che lo *screening* con test HPV è più efficace dello *screening* con Pap test per le donne di età compresa tra i 30/35 e i 64 anni, perché consente di individuare con maggiore anticipo eventuali lesioni. Inoltre il test HPV ha un effetto protettivo più lungo di quello garantito dal Pap test triennale e quindi se negativo deve essere ripetuto dopo 5 anni.

Per questo motivo, il test HPV è stato introdotto come test di *screening* in Italia e sta progressivamente sostituendo il Pap test nelle fasce d'età previste (da 30/35 a 64 anni).

Il test HPV invece non è ancora raccomandato per le donne di età inferiore ai 30 anni perché, nelle donne più

giovani, se usato con lo stesso protocollo previsto per le donne di 30 anni o più, tende a evidenziare un maggior numero di lesioni destinate a guarire da sole. Intervenire chirurgicamente su di esse porterebbe a un sovra-trattamento che può essere associato al rischio di complicazioni in gravidanza. Il test HPV in questo progetto sarà utilizzato come test di *screening* primario al posto del *Pap test* che diventerà invece un esame di completamento e sarà effettuato solo nelle donne con test HPV positivo. Il protocollo dello studio prevede che:

- a. se il test HPV risulterà negativo la ragazza riceverà una lettera di risposta a domicilio e sarà invitata ad eseguire un nuovo test HPV dopo 5 anni, all'età di 30 anni;
- b. se il test HPV risulterà positivo verrà letto il Pap test allestito dal materiale già ottenuto dal prelievo fatto per il test HPV. Si procederà

inoltre alla genotipizzazione HPV, ma questo risultato non influenzerà il protocollo clinico e sarà utilizzato solo a fini di ricerca.

La fase successiva cambia a seconda del risultato del Pap test:

- se il Pap test evidenzierà modificazioni cellulari, la ragazza sarà invitata a fare una colposcopia;
- se il Pap test risulterà normale, la ragazza riceverà una lettera di risposta a domicilio e verrà invitata a ripetere il Pap test dopo 3 anni, come succede normalmente nello screening con Pap test nelle ragazze di 25 anni. Questo protocollo eviterà il rischio di trovare lesioni destinate a guarire da sole.

È molto importante, infatti, che le ragazze che aderiscono allo studio seguano i protocolli indicati per evitare sovradiagnosi e sovratrattamento.

m.zappa@ispro.toscana.it

GRUPPO DI LAVORO DEL PROGETTO DI RICERCA

Simonetta Bisanzi^{1*}, Elena Burroni¹, Francesca Carozzi¹, Filippo Cellai¹, Carmelina Di Piero³, Carolina Filomena³, Anna Iossa³, Lisa Lelli³, Paola Mantellini³, Marzia Matucci¹, Giampaolo Pompeo¹, Cristina Sani¹, Carmen Visioli², Jessica Viti¹, Marco Zappa²

ISPRO, Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica, Firenze

¹ S.C. Laboratorio Regionale Prevenzione Oncologica; ² S.C. Epidemiologia Clinica e di Supporto al Governo Clinico;

³ S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Ricordo di Roberto Giulio Romanelli



L'11 maggio scorso ci ha improvvisamente lasciati Roberto Giulio Romanelli, Professore Associato di Medicina Interna presso il Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica dell'Università di Firenze. Nato a Ragusa nel 1959, si era laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Firenze nel 1985. Nella stessa Università aveva conseguito nel 1990 il titolo di Dottore di Ricerca, sotto la guida del prof. Paolo Gentilini. Sempre nello stesso anno aveva preso servizio come tecnico laureato con funzioni mediche presso il Centro Interuniversitario di Fisiopatologia Epatica. Dal 1991 al 1993 aveva trascorso un periodo di studio presso il Department of Physiology della Tufts University, Boston, diretto dal prof. Irwin M. Arias. Nel 2001 aveva conseguito il titolo di Ricercatore ed era stato nominato Professore Associato nel 2015.

Il prof. Romanelli ha dedicato la sua attività di ricerca a vari settori della fisiopatologia epatica, ma in particolare si è interessato alla fisiopatologia del ricambio idrosalino in corso di cirrosi epatica. Di grande rilievo alcuni studi sull'impiego dell'albumina nel paziente con cirrosi e ascite, pubblicati anche di recente su riviste di elevatissimo livello scientifico. Ha tenuto numerosi insegnamenti, tra questi ha seguito con grande passione e dedizione l'insegnamento della Semeiotica Medica. È stato inoltre docente in diverse Scuole di Specializzazione di area medica ed ha seguito lo svolgimento di numerose tesi di laurea. Responsabile di un Reparto di degenza ha sempre contribuito all'attività assistenziale, che ha svolto con professionalità e umanità, seguendo anche con dedizione molti pazienti ambulatoriali. La sua scomparsa ha suscitato grande cordoglio tra tutti i colleghi di lavoro, che hanno sempre apprezzato i tratti miti e gentili del suo carattere, la sua signorilità e la grande disponibilità verso colleghi, studenti e pazienti.

Giacomo Laffi

La Psicoterapia cognitivo comportamentale in Età Evolutiva

di Sabrina Masetti, Stefano Così



SABRINA MASETTI

Psichiatra psicoterapeuta cognitivo comportamentale. Socio Ordinario della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva. Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Firenze, 1997. Specializzazione in Psichiatria, Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Firenze, 2001.

STEFANO COSÌ

Psicologo psicoterapeuta, direttore Centro Clinico La Mongolfiera, Firenze

La sofferenza psicologica di bambini e adolescenti assume spesso la forma di veri e propri sintomi, sia fisici che psicologici, che vanno adeguatamente inquadrati e diagnosticati, nell'ottica di migliorare la qualità di vita e prevenire disturbi più gravi in età adulta. In questo articolo vengono presentati il razionale e la metodologia della psicoterapia cognitivo comportamentale in età evolutiva.

Parole chiave:

psicoterapia cognitivo comportamentale, età evolutiva

La locuzione *età evolutiva* fa riferimento al periodo di vita che va dalla nascita alla fine dell'adolescenza e che risulta particolarmente impegnativo a causa di numerosi cambiamenti a cui un essere umano è sottoposto e con cui necessariamente deve confrontarsi. A questo proposito, è utile introdurre il concetto di sistema: "Un sistema è un insieme di unità intera-

genti che sono in relazione tra loro. Lo stato di ciascuna unità è vincolato, coordinato o dipendente dallo stato delle altre unità." Gli ecosistemi che si possono riscontrare in età evolutiva sono di diverso tipo: bambini e adolescenti hanno a che fare con l'ecosistema familiare, quello scolastico, quello sociale e quello dei pari. Tra ognuno di questi ecosistemi e il soggetto in età evolutiva esiste una complessa rete di interazioni a doppio senso: queste interazioni possono essere viste come l'insieme di aspettative che le persone presenti nei vari ecosistemi nutrono nei confronti del soggetto e viceversa.

La visione sistemica tuttavia, non si limita agli ambienti esterni al soggetto in età evolutiva, ma prende in considerazione anche le interazioni che si svolgono all'interno della persona in questione, ossia i sottosistemi o repertori propri della persona. La difficoltà sta nel considerare tutti queste interazioni, sia esterne che interne, nella loro globalità. Solo così si può arrivare ad avere una panoramica completa dei problemi, delle risorse, dei punti deboli e di forza, che possono poi essere oggetto di modificazione, potenziamento o estinzione, nell'ottica di un miglioramento della qualità di vita della persona.

Il bambino si trova ad affrontare sfide quotidiane come la separazione da mamma e papà, l'inizio della scuola, il confronto con i pari, le prestazioni scolastiche o l'apprendimento di nuove regole. Per qualcuno questo può essere faticoso o addirittura fonte di sofferenza: in questi casi il bambino può cominciare a manifestare segni di disagio. La sofferenza psicologica nei bambini e negli adole-

scenti assume spesso le forme di veri e propri sintomi, sia fisici che psicologici, che vanno adeguatamente inquadrati e diagnosticati, soprattutto per prevenire disturbi più gravi in età adulta. I sintomi infantili e adolescenziali sono delle reali richieste di aiuto, che possono non assumere forme chiaramente espresse, ma che vanno comunque prese in seria considerazione.

La terapia cognitivo comportamentale dell'età evolutiva fa riferimento alla modificazione graduale del comportamento a partire dalla definizione sistematica dei sintomi e della loro origine. I comportamenti hanno senso solo se messi in relazione all'ambiente fisico e psicologico (ecosistemi e sottosistemi precedentemente citati) in cui si manifestano. Alcuni comportamenti infantili possono apparire strani o di difficile comprensione dall'esterno, ma hanno al proprio interno una precisa funzione, che è stata appresa attraverso rinforzi o punizioni, spesso dati inconsapevolmente o per via di credenze e convinzioni errate.

La terapia cognitivo comportamentale aiuta a rendere visibili le motivazioni e le funzioni di un determinato comportamento divenuto disfunzionale, cercando di

rispondere ad alcune domande: a che bisogno risponde questo comportamento? Come è stato appreso? Quali comportamenti da parte degli altri ecosistemi lo hanno rinforzato? Quali sono le possibili azioni per insegnare al soggetto altre modalità di fronteggiamento della realtà?

Quando si inizia un percorso terapeutico in età evolutiva si seguono alcune procedure *standard* che prevedono un primo colloquio con i genitori o con chi si occupa dell'educazione e della cura del bambino, successivi 4 o 5 colloqui di osservazione e colloquio con il bambino stesso e un incontro finale di restituzione di ciò che si è osservato ai genitori per la condivisione della diagnosi e per stabilire le linee generali del progetto terapeutico.

La psicoterapia cognitivo comportamentale in età evolutiva procede con la costante partecipazione dei genitori, degli insegnanti e, qualora ce ne fosse bisogno, anche della rete

familiare più ampia. La partecipazione dei genitori a questo percorso è fondamentale, perché l'intervento, oltre a decodificare il bisogno del bambino, deve restituire ai genitori una consapevolezza nuova e strumenti più efficaci di comunicazione con loro figlio. La psicoterapia cognitivo comportamentale cerca di dare voce al bambino e di potenziare le risorse dei suoi *caregiver* che sono e restano le sue figure di riferimento fondamentali.

Nonostante la procedura sia abbastanza standardizzata, è importante sottolineare che esistono alcune differenze di diagnosi e cura a seconda della fase evolutiva del bambino, che necessita di attenzioni individualizzate in virtù dell'età e delle caratteristiche personali. A partire dai primi 3 anni di vita, in cui il bambino è completamente dipendente dai genitori e l'intervento mira quasi esclusivamente ai colloqui con le figure genitoriali, la

terapia si fa via via sempre più centrata sul bambino, in relazione alla maggiore e progressiva acquisizione di competenze, emotive, relazionali durante le diverse fasi di crescita, pur mantenendo sempre un canale di conversazione aperto con la famiglia, che comunque resta il riferimento principale. A partire dai 13 anni inizia l'adolescenza e le esigenze, di vita e terapeutiche, cambiano. La costruzione di una relazione di fiducia esclusiva e protetta è una condizione fondamentale per un adolescente che si avvicina ad un percorso psicologico e, nonostante il trattamento preveda comunque sedute di confronto con i genitori, il bisogno di autonomia e di differenziazione dagli adulti è prioritario e stabilisce un *setting* molto simile a quello degli adulti.

sabrina.masetti72@gmail.com
eleonora.sirsi@gmail.com

CORSO DI PERFEZIONAMENTO POST LAUREAM: RESPONSABILITÀ SANITARIA

Azioni civili e consulenza tecnica nella L. 8 marzo 2017, n. 24.

Le nuove regole delle azioni verso la struttura, il sanitario e la compagnia assicurativa, il consulente tecnico "esperto conciliatore"

Ente Organizzatore: Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Scienze Giuridiche

Direttore del Corso: prof.ssa Ilaria Pagni

Sede del Corso: Dipartimento di Scienze Giuridiche (DSG) via delle Pandette 32, Firenze

Durata delle attività didattiche: 23 ore

Periodo di svolgimento del Corso: dal 10 ottobre 2019 al 14 novembre 2019

Scadenza iscrizioni: 1° ottobre 2019

Il Corso – che rappresenta un modello a livello nazionale, per la qualità dei docenti e per il livello di approfondimento dei temi trattati – esamina le regole dei giudizi in materia di responsabilità sanitaria, l'evoluzione del quadro normativo, i progetti di riforma e gli sviluppi della giurisprudenza. Oltre a fornire a tutti gli operatori (avvocati, personale delle Aziende sanitarie, ecc.) gli strumenti necessari ad affrontare il nuovo sistema delle azioni risarcitorie, il Corso mira a preparare i consulenti tecnici a svolgere il ruolo cui sono chiamati dall'art. 8 L. 24/2017, offrendo loro gli strumenti per acquisire la speciale competenza in materia di mediazione richiesta dall'art. 15 L. 24/2017. Il Corso si sviluppa in 5 lezioni per un totale di 23 ore. Per l'acquisizione di competenze in ambito di mediazione da parte dei CTU è necessaria la frequenza dell'intero corso. È possibile l'acquisto della singola lezione, nel qual caso, tuttavia, non saranno riconosciuti crediti formativi. Il Corso è in corso di accreditamento per la formazione continua degli Avvocati e per l'Educazione Continua in Medicina (E.C.M.).

Per iscriversi: https://www.unifi.it/p11457.html#resp_sanitaria

Per informazioni: segreteria.corsiperfezionamento@dsg.unifi.it

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze ha riservato 20 posti gratuiti

Gli interessati possono inviare una email a: a.barresi@omceofi.it

entro il 10 settembre 2019

Malattia di Chagas in gravidanza

Il programma della Regione Toscana

di Lorenzo Zammarchi, Lisa Romiti, Marianne Strohmeyer, Antonia Mantella, Marta Tilli, Michele Spinicci, Michele Trotta, Beatrice Borchì, Gian Maria Rossolini, Maria Grazia Colao, Patrizia Bordonaro, Mariarosaria Di Tommaso, Viola Seravalli, Luisa Galli, Leila Bianchi, Carlotta Montagnani, Marco Pezzati, Sara Sollai, Carlo Dani, Maria José Caldes Pinilla, Cecilia Berni, Alessandro Bartoloni



LORENZO ZAMMARCHI

Laureato in medicina e chirurgia e specialista in malattie infettive. Nel 2013 ha conseguito il Certificato in "Travel Health" rilasciato dall'International Society of Travel Medicine. Da novembre 2018 è professore associato di malattie infettive (settore scientifico disciplinare MED/17) presso il Dip. di Medicina Sperimentale e Clinica dell'Università degli Studi di Firenze. Svolge attività clinica e di ricerca presso la SOD Malattie Infettive e Tropicali dell'AOU Careggi, Firenze presso i Centri di Riferimento della Regione Toscana per le Malattie Tropicali e quello per le Infezioni in Gravidanza.

La malattia di Chagas è una parassitosi endemica in America Latina dove la principale via di trasmissione è quella vettoriale. Essa può essere trasmessa anche per via materno-fetale da donne, generalmente asintomatiche, che ne sono affette. La malattia di Chagas congenita è nella maggior parte dei casi asintomatica alla nascita, ma, se non diagnosticata e trattata precocemente, mette a rischio il bambino di sviluppare danni d'organo. Secondo Delibera Regionale su tutto il territorio della Toscana, le gestanti nate in America Latina continentale (o a loro volta nate da madre nata in America Latina) hanno diritto a eseguire gratuitamente il test sierologico per la malattia di Chagas.

Parole chiave:
malattia di Chagas, gravidanza, screening, America Latina

LISA ROMITI

Settore Organizzazione delle cure e percorsi cronicità, Regione Toscana

MARIANNE STROHMEYER

Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica Università degli Studi di Firenze; Centro di Riferimento Regionale per la Regione Toscana per lo Studio e la Cura delle Malattie Tropicali, Firenze

ANTONIA MANTELLA

Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica Università degli Studi di Firenze; Centro di Riferimento Regionale per la Regione Toscana per lo Studio e la Cura delle Malattie Tropicali, Firenze

MARTA TILLI

Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica Università degli Studi di Firenze

MICHELE SPINICCI

Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica Università degli Studi di Firenze; Centro di Riferimento Regionale per la Regione Toscana per lo Studio e la Cura delle Malattie Tropicali, Firenze

MICHELE TROTTA

SOD Malattie Infettive e Tropicali, AOU Careggi, Firenze; Centro di Riferimento Regionale per la Regione Toscana per le Infezioni in Gravidanza, Firenze

BEATRICE BORCHI

SOD Malattie Infettive e Tropicali, AOU Careggi, Firenze; Centro di Riferimento Regionale per la Regione Toscana per le Infezioni in Gravidanza, Firenze

GIAN MARIA ROSSOLINI

Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica Università degli Studi di Firenze; SOD Microbiologia e Virologia, AOU Careggi, Firenze

MARIA GRAZIA COLAO

SOD Microbiologia e Virologia, AOU Careggi, Firenze

PATRIZIA BORDONARO

SOD Laboratorio Generale, AOU Careggi, Firenze

MARIAROSARIA DI TOMMASO

SOD Ostetricia e Ginecologia, AOU Careggi, Firenze; Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

VIOLA SERAVALLI

SOD Ostetricia e Ginecologia, AOU Careggi, Firenze; Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

LUISA GALLI

Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze; SODc Malattie Infettive, Dipartimento Attività Integrate di Pediatria Internistica, AOU Meyer, Firenze

LEILA BIANCHI

SODc Malattie Infettive, Dipartimento Attività Integrate di Pediatria Internistica, AOU Meyer, Firenze

CARLOTTA MONTAGNANI

SODc Malattie Infettive, Dipartimento Attività Integrate di Pediatria Internistica, AOU Meyer, Firenze

MARCO PEZZATI

Area Pediatrica, Neonatologia, USL Toscana Centro, Firenze

SARA SOLLAI

Area Pediatrica, Neonatologia, USL Toscana Centro, Firenze

CARLO DANI

Dipartimento di Neuroscienze, Area del Farmaco e Salute del Bambino, Università degli Studi di Firenze; Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, AOU Careggi, Firenze

MARIA JOSÉ CALDES PINILLA

Centro Regionale Salute Globale, Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer, Firenze

CECILIA BERNI

Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana; Rete integrata delle malattie rare e dei difetti congeniti e sviluppo della rete dei punti nascita e della pediatria specialistica, Settore Qualità dei servizi e reti cliniche, Regione Toscana

ALESSANDRO BARTOLONI

Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica Università degli Studi di Firenze; Centro di Riferimento Regionale per la Regione Toscana per lo Studio e la Cura delle Malattie Tropicali, Firenze; SOD Malattie Infettive e Tropicali, AOU Careggi, Firenze

Cos'è la malattia di Chagas?

La malattia di Chagas, causata dal protozoo *Trypanosoma cruzi*, è endemica in America Latina continentale dove viene trasmessa principalmente per via vettoriale da cimici ematofaghe (triatomine). La malattia, che in area endemica è spesso acquisita in età pediatrica, è caratterizzata da una fase acuta iniziale, generalmente ipo-oligosintomatica che rimane misconosciuta nella maggioranza dei casi. Il soggetto infettato entra successivamente nella fase cronica della malattia, che nella maggior parte dei casi (~70%) rimane asintomatica per tutta la vita oppure, dopo una latenza di diversi anni, si manifesta con segni e sintomi di interessamento cardiaco (aritmie, cardiomegalia, scompenso cardiaco congestizio, morte cardiaca improvvisa) o del tubo digerente (megaesofago, megacolon).

I soggetti con infezione cronica, spesso inconsapevoli del loro stato, possono a loro volta trasmettere la malattia tramite emotrasfusioni, trapianto di organo e per via materno-fetale. Il rischio di trasmissione materno-fetale durante la gravidanza si aggira intorno al 5%. In caso di infezione del nascituro si parla di malattia di Chagas congenita. Quest'ultima è asintomatica alla nascita nella maggioranza dei casi (60-90%), con possibilità per il bambino o la bambina di sviluppare in seguito malattia cronica, mentre in una minoranza di casi possono essere presenti alla nascita segni e sintomi di una infezione sistemica grave (prematilità, basso peso alla nascita, epatomegalia, splenomegalia, anemia, ARDS, anasarca, miocardite, meningoencefalite).

Perché occuparsi della malattia di Chagas in Toscana?

In America Latina continentale, la malattia di Chagas rappresenta un rilevante problema di salute pubblica interessando oggi 6-8 milioni di persone. A causa del notevole incremento dei flussi migratori dall'America Latina verso i Paesi più industrializzati e della possibilità di trasmissione non vettoriale, la malattia di Chagas

si pone oggi come problema sanitario emergente in numerose aree non endemiche, come l'Italia.

Il nostro paese è il secondo in Europa e il terzo al mondo (dopo Stati Uniti e Spagna) per numero di migranti accolti dall'America Latina. Nel 2017, secondo i dati ISTAT in Italia erano presenti 302.249 migranti latino-americani, di cui 185.008 donne. Utilizzando la sieroprevalenza nei paesi di origine, si può ipotizzare che in Italia siano affette da malattia di Chagas fra le 4.700 e le 9.700 persone, di cui 2.900-5.900 donne.

Alla luce dei nuovi scenari epidemiologici, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, in collaborazione con alcuni delegati dei Paesi Europei, ha redatto un documento ufficiale che sottolinea la problematica emergente della malattia di Chagas in Europa e raccomanda alle autorità sanitarie locali l'implementazione di adeguate misure per il controllo e la prevenzione.

Al momento, in Italia programmi di *screening* tramite test sierologico delle donne in gravidanza latino-americane sono stati introdotti soltanto in alcune realtà quali ad esempio la provincia di Bergamo e la Regione Toscana.

Il programma "Chagas in gravidanza" della Regione Toscana

Con le Delibere numero 489 del 04-06-2012, numero 659 del 25-05-2015 e numero 565 del 23-04-2019 la Regione Toscana ha incluso tra gli esami gratuiti da eseguire in gravidanza il test per la malattia di Chagas per le donne provenienti dall'America Latina continentale o nate da madre proveniente da tale area.

Il test di laboratorio dovrebbe essere eseguito nel primo trimestre di gravidanza, ma qualora questo non fosse possibile, il test potrà comunque essere eseguito successivamente durante il corso della gravidanza o al parto.

Esso prevede un semplice prelievo di sangue venoso sul quale viene eseguito un esame sierologico per la ricerca di anticorpi contro *T. cruzi*.

La donna che risulti positiva all'esame sierologico potrà essere sottopo-

sta a indagini idonee per stabilire lo stadio della malattia e, dopo l'allattamento, al trattamento antiparassitario. Il trattamento, a base di benznidazolo, è infatti controindicato in gravidanza e in corso di allattamento. Il riscontro di infezione materna permetterà la valutazione del neonato attraverso esami parassitologici, biomolecolari e sierologici e, in caso di documentata infezione congenita, sarà sottoposto al trattamento antiparassitario.

L'efficacia del trattamento della Malattia di Chagas congenita approssima il 100% se questo è iniziato nel primo anno di vita del bambino.

Prossimi passi

Da una valutazione preliminare dei dati, si evince che dal 2012 a oggi il programma ha raggiunto il 30-40% delle gravidanze a rischio in Toscana. La percentuale risulta sensibilmente più bassa al di fuori di AOU Careggi, dove un *progetto pilota* era già stato avviato nel 2008. Da qui la necessità di promuovere capillarmente la conoscenza del "Programma di prevenzione e controllo della malattia di Chagas congenita della Regione Toscana" a tutti i professionisti coinvolti, tramite eventi di sensibilizzazione e formazione rivolti a ostetriche, medici di medicina generale, ginecologi, neonatologi, pediatri e assistenti sanitari. Presso l'AOU Careggi negli scorsi mesi si è svolto un corso di formazione intitolato "*Chagas in gravidanza: il programma della Regione Toscana*" rivolto principalmente a ostetriche e medici (in particolare ginecologi, medici di famiglia e pediatri). Il corso, della durata di mezza giornata, sarà ripetuto nei giorni:

- 09/09/2019, ore 14.00-19.00;
- 30/09/2019, ore 8.00-13.00;
- 14/10/2019, ore 14.00-19.00.

L'iscrizione online è disponibile sul sito di AOU Careggi nella sezione Formazione>Corsi e Convegni (http://www.aou-careggi.toscana.it/internet/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=44&Itemid=956&lang=it).



Figura 1 – Triatomine bug (*Rhodnius prolixus*) taking a blood meal. Mexico (World Health Organization, available at: www.who.int/chagas/resources/photo_gallery/en/; photo by Isaias Montilla).

L'iniziativa è inserita nel percorso regionale per l'attivazione dei crediti ECM.

Alcune note pratiche

- **Nazionalità delle gestanti che**

devono essere sottoposte a screening: il test sierologico per malattia di Chagas è raccomandato alle donne in stato di gravidanza nate nei seguenti paesi: Argentina, Belize, Bolivia, Brasile, Cile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Guyana Francese, Honduras, Messico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Perù, Suriname, Uruguay, Venezuela, oppure nate da madre a sua volta nata in uno di questi Paesi.

- **Modalità di richiesta:** la richiesta per l'esame sierologico deve essere redatta dal medico che segue la gestante a rischio (per esempio può effettuarla il medico di medicina generale, il ginecologo o un altro medico di fiducia della gestante) sul ricettario regionale specificando "Anticorpi per malattia di Chagas" oppure

"T. cruzi (Malattia Chagas IgG) - Codice Dema 8379" e, affinché la gestante possa ottenere l'esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa, "Test in gravidanza a rischio per malattia di Chagas". Inoltre dovrà essere riportata la nota di esenzione M50.

NB: la richiesta su ricettario regionale è sempre necessaria; NON è sufficiente la presentazione da parte della gestante del libretto di gravidanza.

Per ulteriori informazioni, suggerimenti o per segnalare eventuali problemi logistici contattare: Centro di Riferimento Regionale Toscano per lo Studio e la Cura delle Malattie Tropicali, AOU Careggi. Email: mal-trop@aou-careggi.toscana.it.

lorenzo.zammarchi@unifi.it

STUDIOCALCAGNOTRAINING

Corsi accreditati ECM

nell'ambito della relazione interpersonale

www.studiocalcagnotraining.wordpress.com

Studiocalcagnotraining garantisce:

- il **know-how** di trent'anni di esperienza sul campo, maturata con aziende ospedaliere, ASL, ambulatori, case di cura e di riposo, hospice, oltre che con vasto numero di professionisti medici in tutta Italia;
- l'opportunità di **acquisire conoscenze, tecniche e padronanza** in tutte le circostanze in cui la relazione con l'altro rischia di diventare problematica;
- un modo diverso di vivere la formazione d'aula, improntato all'**apprendimento pratico**, attraverso un fitto utilizzo di esercitazioni ed esempi.

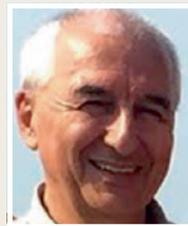
Data	Corso	Crediti	Docenti
SETTEMBRE			
21/09/2019	Il linguaggio nascosto del corpo: coerenza ed efficacia comunicativa	15,1	Elena Calcagno
28/09/2019	Prevenire le aggressioni e reagire alla violenza fisica o verbale	17,8	Elena Calcagno Gianmarco Moretti
OTTOBRE			
5/10/2019	Comunicare in pediatria: il triangolo operatore-bambino-genitore	14,8	Elena Calcagno
19/10/2019	Gestire lo stress con l'intelligenza emotiva	15,1	Elena Calcagno
NOVEMBRE			
30/11/2019	La relazione con il paziente oncologico	14,8	Elena Calcagno
DICEMBRE			
14/12/2019	Prevenire le aggressioni e reagire alla violenza fisica o verbale	17,8	Elena Calcagno Gianmarco Moretti

I corsi del prossimo autunno si svolgono presso il **Teatro Bobolino, via Dante da Castiglione 13 a Firenze**, sono tutti in un'unica giornata, il **sabato**.

Per informazioni e iscrizioni scrivere a: studiocalcagnotraining@gmail.com

Quarantacinque lugli fa: una storia della nascita di Alcolisti Anonimi

di Allaman Allamani



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

Nel luglio 1974 a Firenze sono stati presentati per la prima volta in Italia Alcolisti Anonimi, grazie alla passione di uno scrittore e del suo amico messicano, e la comprensione di alcuni medici del tempo. Si ricorda qui la nascita di quegli eventi che fanno parte della risposta che la società italiana e i professionisti iniziarono a dare all'emergere in quegli anni dei fenomeni della dipendenza.

Parole chiave:

Alcolisti Anonimi, alcolismo, psichiatria, dipendenza alcolica, gruppo dei 12 passi

“Paese meraviglioso, l'Italia è un paese vile perché è uno dei rarissimi paesi del pianeta che non sappia o non voglia affrontare il dramma dell'alcolismo”. Questo scriveva Carlo Còccioli nel 1973 nella prima edizione di *Uomini in fuga* (oggi edita da Guerini, 1998), testo fondamentale per far conoscere la grande avventura degli *Alcolisti Anonimi* (A.A.). Còccioli, scrittore e giorna-

lista toscano di grande sensibilità, morto nel 2003, si era da tempo trasferito a Città del Messico, da dove inviava articoli per il quotidiano “La Nazione”, rientrando ogni tanto a Firenze. Quando avanzava proposte per la nascita di Alcolisti Anonimi in Italia, lo burlavano: “siete matti: qui siamo ‘gente per bene’ mica degli ubriacconi: non ci sono alcolisti, verranno solo degli americani”.

Oggi A.A. è una realtà di gruppi, che aiutano le persone a uscir dalla loro dipendenza dalla bevanda alcolica con un programma di passi e tradizioni. Hanno dato origine ad altri gruppi per persone con patologie di dipendenza, i quali vanno sotto la denominazione comune di “gruppi di 12 passi”.

Quarantacinque anni fa non c'era alcun gruppo. Fu Còccioli, mosso dal desiderio di aiutare un carissimo amico che era stato a lungo nel problema, che nel luglio del 1974 riuscì a realizzare a Firenze le prime due riunioni d'informazione pubblica fatte mai in Italia su A.A. È buona cosa ricordare oggi quegli inizi di 9 lustri fa, e lo faremo ricorrendo ad alcuni passi della raccolta prodotta dall'Agenzia Regionale di Sanità al convegno “Dipendere”, attuato proprio allo Stensen, il 19 gennaio 2019, per riportare la memoria e l'esempio di quegli alcolisti e di quei medici che ci furono pionieri (https://www.ars.toscana.it/images/eventi/2019/Dipendere_19gen2019/Quaderno_interventi_convegno_Dipendere.pdf).

Hector M.:

l'alcolismo, i ricoveri, il recupero

Alle origini della storia vi sono i due ricoveri per alcolismo del 1967 nella

clinica neuropsichiatrica di San Salvi a Firenze di Hector, giovane messicano abitante in città, amico di Còccioli. Vi era stato trasferito dall'accettazione psichiatrica del dottor Sacenti a Santa Maria Nuova, dove erano trasportati ubriachi e folli. A tutti, subito legati a letto, si somministravano sedativi e s'inseriva catetere uretrale a permanenza; gli ubriachi meno gravi venivano dimessi a sbornia cessata, gli altri erano trasferiti in clinica psichiatrica.

Il dottor Giuseppe Giannoni, allora frequentante il primo anno di specializzazione in malattie nervose e mentali, scomparso nel gennaio 2017, parlava così di Hector al suo primo ricovero: “Un bel ragazzo, riservato, dai modi gentili ed educati, molto triste. Camminava senza far rumore e consumava i pasti appartato. Parlai con lui perché incaricato di compilare l'anamnesi. Dopo la dimissione, andai a fargli visita nel suo negozio, piccolo ma coloratissimo. Stava lì pensieroso ed inquieto, e ora odiava quell'occupazione che gli rammentava la sua vita con l'alcol. Una notte, tornato preda di un'ebbrezza sfrenata, quasi sfasciò la casa, per poi tagliarsi le vene dei polsi”.

Durante il secondo ricovero Hector non ricevette visite; si alzava alle quattro del mattino per spazzare i corridoi del reparto.

Alla fine tornò in Messico, dove iniziò a frequentare A.A.; fu così capace di raggiungere la sobrietà, e superando depressione e sconforto, ottenne un lavoro stabile. Con gli altri alcolisti anonimi andava a trasmettere il messaggio di A.A. agli altri alcolisti ricoverati in psichiatria o in sanatorio.



Figura 1 – Palazzo Capponi, sede della prima pubblica informazione di A.A. a Firenze.

Arrivo di Hector e di Còccioli a Firenze

Hector tornò a Firenze anni dopo, con lo scopo di trasmettere il messaggio dei gruppi A.A. Così descrive quel ritorno: “Quando mi ripresentai a San Salvi al dottor Giannoni, e gli raccontai ciò che mi era accaduto in Messico, non mi credeva. Pensò che fossi lì per un nuovo ricovero, poi mi guardò e mi chiese se ero brillo, e gli dissi ‘no! Solo per oggi, no!’, e cercai di spiegarli come funziona A.A. Poi arrivarono altri medici con tante domande: ‘sei forse medico?’ ‘No, sono solo un alcolista’. ‘È propaganda americana?’ ‘No, il programma è nato negli USA, ma non è propaganda’. ‘Quanto costa A.A.’? ‘Niente, ognuno di noi contribuisce con ciò che vuole nel gruppo’. ‘Allora è una setta religiosa?’ E così via tante domande, alle quali grazie a Dio potei rispondere. Alla fine chiesi al dottor Giannoni il favore di mettermi in contatto con gente come me, malata e rinchiusa in ospedale.”

“Dopo due giorni mi comunicò che avevo il permesso. E un pomeriggio, in una stanza del manicomio, facem-



Figura 2 – Istituto Stensen, sede del secondo incontro di pubblica informazione di A.A., Firenze.

mo un gruppo con Gigliola, Edoardo e altri due ricoverati. Fu il primo gruppo istituzionale di A.A. in Italia – era il giugno 1974”.

In quel tempo, grazie al dottor Manfredi Baronti, Hector frequentò anche la clinica psichiatrica di Poggio Sereno a Fiesole, occupandosi di parlare coi ricoverati per alcolismo. Dopo alcuni giorni arrivò Còccioli, che con Hector volle organizzare le riunioni pubbliche d’informazione su A.A. prima nel Palazzo Capponi, e poi all’Istituto Stensen.

Prima Pubblica Informazione a Firenze: 4 luglio 1974, Palazzo Capponi, ore 21

Su *La Nazione* uscì un articolo, che invitava la città a venire. Come racconta Hector, “La sala era bellissima, e non c’era quasi nessuno. Poi Còccioli raccontò quello che aveva vissuto con me seguendomi nei gruppi messicani”. Secondo Giannoni, che era presente, fu imbarazzante “un francese che si presentò con un fiaschetto di Chianti offrendone a tutti; poi tirò fuori dalla giacca una borraccia in argento di cognac, anche questo offerto in giro”. “Col passare del tempo” dice ancora Hector “arrivò più gente. I medici posero le loro domande, sembrava temessero che A.A. potesse rubar loro i malati. La riunione durò più di tre ore. Infine diedi il mio numero di telefono, perché chi avesse dubbi o vergogna a far domande, potesse telefonarmi”. “Tornai a casa stanco e sudato, e dopo un po’ chiamò con voce roca un uomo che voleva vedermi l’indomani. Mi dette appuntamento a un bar di Piazza Beccaria, alle 5 di sera. Silvano L. aveva il suo tavolino pieno di bicchieri, perché, come diceva, da 25 anni non poteva smetter di bere. Gli raccontai della mia storia, del mio arrivo al gruppo, delle 24 ore, insomma di tutto ciò che si deve dire a un nuovo che sta chiedendo aiuto. Avemmo poi altri appuntamenti”.

Seconda Pubblica Informazione a Firenze: 11 luglio 1974, Istituto Stensen, ore 21

Su *La Nazione* era uscito un secondo articolo. “In principio apparvero” riferisce Hector “gli alcolisti del grup-



Figura 3 – Chiesa di St. James via Bernardo Rucellai nel suo sottosuolo la sede del primo gruppo A.A. di Firenze.

po A.A. di Roma: l’onorevole Carlo C. e Licia. Al tavolo dei relatori c’erano anche Còccioli e alcuni medici; io ero il coordinatore. Tutto questo cominciò a essere il miracolo. Parlò tra gli altri Jocelyn, una giovane inglese di Firenze, in attesa di un bambino, che con voce dolce e accento straniero raccontò la sua storia. Tra i molti presenti vi erano il dottor Baronti, e Malcolm, un A.A. americano di Fiesole. In fondo alla sala Silvano, avvolto in un impermeabile bianco, alzò la mano: ‘Voi medici mi conoscete quasi tutti. Mi avete disintossicato parecchie volte, mai mi avete detto come smetter di bere, e invece grazie a questo giovane messicano sono 7 giorni che non bevo’. Al fondo alla sala un’altra mano: ‘Sono il parroco della chiesa americana di via Rucellai; nel mio paese ci sono tanti gruppi di A.A.; se volete, da oggi potete far da me le vostre riunioni: ci sono sedie e tavoli, caffè, zucchero e tazze’. Così nacque il primo gruppo di A.A. a Firenze.

Primo gruppo A.A. a Firenze in via Rucellai (luglio 1974)

Univa quelle persone una grande vicinanza tra loro. Silvano divenne il decano degli A.A. toscani. In quel tempo in Italia le riunioni si tenevano a Firenze, a Roma, e a Bolzano, ma presto A.A. si estese a Milano, e a tutte le principali città. I gruppi sono ora giunti al numero di 20 in Toscana e 450 in Italia, e collaborano con molti medici e strutture sanitarie.

allamana@gmail.com

Nascita e crescita del Centro di riferimento per le cardiomiopatie nell'AOU di Careggi

di Alberto Dolara



ALBERTO DOLARA
Nato a Firenze nel 1932. Laurea
in Medicina, Firenze 1957. Specializzato
in Cardiologia, 1961. Perfezionamenti:
Ospedale Niguarda (Milano) 1968;
Hammersmith Hospital (Londra) 1980;
NIH (Bethesda, USA) 1983, 1987.
Direttore Unità Cardiovascolare,
S. Luca-Ospedale Careggi, Firenze, 1979-2002

Le cardiomiopatie, malattie relativamente rare, ma con notevole variabilità clinica, richiedono un approccio multidisciplinare e l'impiego di tecniche avanzate per la diagnosi e la terapia. I centri di riferimento in strutture ospedaliere dotate di tali requisiti offrono garanzia di assistenza qualificata per i pazienti e possibilità di ricerca scientifica. È descritta la nascita e lo sviluppo del centro di riferimento dell'AOU di Careggi-Firenze dal 1972 a oggi.

Parole chiave:
cardiomiopatie, centri di riferimento,
biopsia endomiocardica,
alcolizzazione del setto
interventricolare, trapianto cardiaco

L'articolo pubblicato sul Bollettino Mensile dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze del 1981, in collaborazione con Franco Cecchi e intitolato *Le cardiomiopatie*, aveva lo scopo di far conoscere le caratteristiche di queste malattie ancora poco note e l'attività svolta dal Servizio di Cardiologia di San Luca dell'Ospedale di Careggi in questo settore della cardiologia.

Riprendere l'argomento su *Toscana Medica* dopo oltre trent'anni permette di valutare i progressi ottenuti e come sia nato il Centro di Riferimento per le Cardiomiopatie dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi.

Negli anni '60-'70 del secolo scorso l'attenzione del mondo medico e soprattutto dei cardiologi dei Paesi industrializzati era rivolta ai progressi nella terapia della cardiopatia ischemica, nascevano le Unità Coronariche e il paziente in arresto cardiaco poteva essere salvato con il defibrillatore.

Per le cardiomiopatie, considerate malattie rare, l'interesse era scarso. Del resto il loro inquadramento nosologico era recente: nel 1961 sul *British Medical Journal* Goodwin e coll. dell'Ospedale Hammersmith di Londra le avevano per primi definite come non di origine aterosclerotica distinguendole in dilatative, ipertrofiche e restrittive. Braunwald e coll. in un articolo pubblicato su *Circulation* nel 1964 descrivevano le caratteristiche della cardiomiopatia ipertrofica di un'ampia serie di

pazienti osservati al *National Heart Institute* di Bethesda (USA).

Queste pubblicazioni avevano suscitato il nostro interesse e il numero dei pazienti con cardiomiopatia osservati al Servizio di Cardiologia, inizialmente esiguo, aumentò progressivamente nei decenni successivi.

Fu necessario affiancare l'attività clinica ai rapporti con gli studiosi italiani e stranieri attraverso incontri personali e convegni.

Uno dei primi si tenne a Budapest negli anni '70, una sede insolita per quei tempi dovuta all'interesse pionieristico di alcuni cardiologi ungheresi per le malattie primitive del miocardio.

All'ingresso del Paese ci fermò un'occhiuta polizia con minaccia di ritiro dei passaporti per un presunto eccesso di velocità e il convegno si svolse in un'atmosfera riservata con l'invito degli organizzatori a non dare pubblicità all'evento. Evidentemente i postumi della cortina di ferro si facevano ancora sentire.

Il convegno fu tuttavia stimolante, incontrammo per la prima volta cardiologi europei ed italiani che lavoravano in quel settore e con i quali si stabilirono successivamente rapporti di lavoro e vera amicizia.

Sequirono negli anni '80 i comandi di aggiornamento professionale all'Ospedale Hammersmith di Londra e al *National Institute of Health*

di Bethesda centri pionieristici per lo studio di queste malattie. Nel 1989 fu organizzato a Firenze il primo *“International Congress, new trends on cardiomyopathies”* con partecipazione di studiosi da tutto il mondo al quale seguì nel 1997 un secondo congresso internazionale *“Florence meeting on advances in cardiomyopathies”*.

L'attività clinica, svolta dalla *équipe* cardiologica di S. Luca, era illustrata in convegni regionali e nazionali e accompagnata dalla pubblicazione dei risultati su riviste scientifiche italiane e straniere. Il grande complesso ospedaliero-universitario di Careggi con tutte le specializzazioni e ultra-specializzazioni rendeva possibile una preziosa attività interdisciplinare.

Alla fine del secolo era evidente come fosse necessaria la costituzione di un centro di riferimento per le cardiomiopatie nell'Azienda Ospedaliera di Careggi-Firenze. Se in base agli studi epidemiologici queste malattie possono essere considerate relativamente rare i pazienti presentano tuttavia una notevole variabilità clinica, richiedono un approccio multidisciplinare e l'impiego di tecniche avanzate per la diagnosi e la terapia.

La maggior parte dei pazienti con cardiomiopia ipertrofica ha un decorso benigno, ma una minoranza è a rischio elevato di eventi avversi (morte improvvisa, scompenso cardiaco) con fattori di rischio di difficile valutazione. In alcuni con ostruzione del tratto di efflusso del ventricolo sinistro sono necessarie procedure che richiedono elevata specializzazione come la miectomia o l'alcolizzazione del setto interventricolare. Per i pazienti con cardiomiopia dilatativa in scompenso è indispensabile un attento controllo clinico e una intensiva terapia farmacologica prima di porre indicazione al trapianto cardiaco.

La scelta in questi casi è sempre drammatica, ma ho un ricordo particolare di una storia commovente a lieto fine. Si trattava di un giovane di diciassette anni con cardiomiopia

- Attività clinica: 449 pazienti con cardiomiopia dilatativa osservati di cui 400 in follow-up; 26 avviati al trapianto cardiaco (23 in follow-up post trapianto); pazienti con cardiomiopia ipertrofica 357(296 in *follow-up*)
- Messa a punto di metodiche diagnostiche e terapeutiche speciali (biopsia miocardica, alcolizzazione setto interventricolare)
- Collegamenti e rapporti con strutture regionali, interregionali, nazionali e internazionali
- Comandi presso istituzioni cardiologiche straniere; sperimentazioni cliniche policentriche; organizzazione di congressi regionali, nazionali e internazionali; attività didattiche
- Relazioni a corsi o congressi nazionali e internazionali (50); pubblicazioni su riviste o libri internazionali in lingua straniera (19) e italiana (40); comunicazioni e relazioni a stampa in atti di congressi internazionali (50) e nazionali (104).

Tabella I – Attività dell'Unità Operativa Cardiologia 2, Azienda Ospedaliera Careggi-Firenze, per le malattie primitive del miocardio nel periodo 1972-2000.

patia dilatativa in fase di scompenso avanzato.

La sua maggiore preoccupazione era di poter abbracciare nuovamente il suo amato cavallo, di nome Ali. In reparto lo ricordava di continuo. Quando fu in grado di farlo dopo il trapianto ci mostrò nelle foto tutta la sua felicità.

Nel 1999 e nel 2000 con delibere regionali n° 1036, 1276, 411 e 600 l'attività assistenziale, scientifica e culturale svolta dalla Unità Operativa Cardiologia 2 di San Luca, per le malattie primitive del miocardio dal 1972 venne riconosciuta come centro di riferimento (Tabella I).

Nel nuovo millennio l'attività del Centro è proseguita sulle linee precedenti con brillanti risultati come illustrato nel sito web *“Cardiomiopatie UNIT-CRR per le cardiopatie ipertrofiche e dilatative”*.

L'Unità afferisce al Dipartimento cardiotoracico nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi Firenze.

Sono riportati il nome del responsabile e degli operatori, le patologie trattate, le funzioni svolte, il percorso di diagnosi e cura, le modalità di accesso alla struttura, le collabora-

zioni con le altre strutture per l'approccio interdisciplinare, i progetti di ricerca, gli studi clinici in corso, la partecipazione a registri internazionali, le pubblicazioni su prestigiose riviste scientifiche.

Il percorso è stato lungo e non privo di difficoltà, ma il risultato non può essere considerato che positivo: nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi di Firenze vi è un centro al quale possono rivolgersi i pazienti con cardiomiopia per diagnosi e trattamento adeguati e che fornisce preziosi contributi alla ricerca scientifica.

Nota personale

Leggo nel sito che i locali del *“vecchio S. Luca”* sono adesso usati per l'ambulatorio dei pazienti con cardiomiopatie.

Chi scrive eseguiva nel 1958 in quei locali l'esame delle urine dei malati ricoverati nei reparti di medicina, uno dei compiti ai quali erano adibiti gli assistenti volontari ospedalieri. Nostalgia?? Sarebbe fuori luogo...

elisa.dolara@tin.it

Ondate di calore ed effetti sulla salute

di Marco Morabito, Marialaura D'Ambrosio, Alessandro Messeri



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

MARIALAURA D'AMBROSIO
Dipartimento di Scienze della Vita e dell'Ambiente, Università Politecnica delle Marche, Ancona

ALESSANDRO MESSERI
Centro di Bioclimatologia, Università degli Studi di Firenze

Le ondate di calore sono considerate tra i disastri naturali con il maggiore impatto sulla salute, causando numerose vittime e con effetti devastanti per gli ecosistemi in genere. La situazione climatica che sta attualmente interessando il nostro pianeta e che può essere sintetizzata come *global warming* sta favorendo un aumento della frequenza e dell'intensità delle ondate di calore anche anticipate rispetto al periodo tipicamente caldo, esponendo quindi sempre più persone (spesso non acclimatate) a questo rischio. Purtroppo anche le proiezioni climatologiche future prevedono scenari ben più drastici rispetto a quelli di adesso, interessando in modo intenso e persistente vaste aree del pianeta. Sono quindi sempre più determinanti azioni di mitigazione e strategie di adattamento ai cambiamenti climatici in atto, con una particolare attenzione all'ambiente urbano dove è concentrata la maggior parte della popolazione.

Parole chiave:

heat-wave, cambiamento climatico, *global warming*, temperature estreme, mortalità

Introduzione e definizione di ondata di calore

Le ondate di calore rappresentano un fenomeno meteorologico tra i più pericolosi per la salute umana e con ripercussioni importanti per l'ambiente. La situazione è ancor più critica in quanto si tratta di un fenomeno particolarmente complesso da definire in modo univoco e a livello internazionale non esiste una definizione chiara e universalmente accettata di ondata di calore. Que-

sto termine (dall'inglese *heat-wave*) indica un periodo prolungato (della durata di 2-3 giorni sino ad alcune settimane) di condizioni meteorologiche estreme che si verificano generalmente durante il periodo estivo, caratterizzato da temperature diurne e notturne insolitamente elevate, al di sopra dei valori usuali del periodo (medie pluriennali) e dell'area geografica considerata. Tale situazione può, in alcuni casi, essere anche associata a elevati tassi di umidità re-

lativa. Nel complesso, comunque, si tratta di una situazione che può avere un devastante impatto sull'uomo e sugli ecosistemi in generale. Quindi, la classificazione di ondata di calore è fortemente legata alla zona geografica: le stesse condizioni meteorologiche possono costituire un'ondata di calore su una determinata zona ma non su un'altra. Alcuni fattori, come il tasso di umidità, la demografia, la densità urbana o l'adattamento al caldo della popolazione possono aiutare a spiegare perché anomalie termiche molto simili possono avere impatti differenti sulla salute. Proprio per questi motivi, nel corso dei vari anni, sono state formulate varie definizioni di ondata di calore basate su specifiche soglie di diversi indicatori termici ambientali che possono essere di tipo climatologico o epidemiologico. Nel primo caso, le soglie sono basate su serie storiche climatologiche sufficientemente lunghe (in genere di almeno 20 anni), identificando i percentili estremi della serie. Il valore identificato sarà sempre specifico per una certa località e relativo a un preciso periodo dell'anno. La soglia di tipo epidemiologico, invece, viene identificata studiando la relazione tra un indicatore termico e uno sanitario (in genere il dato di mortalità). I me-

todi statistici utilizzati permettono di tenere in considerazione la non-linearità della relazione e il potenziale effetto ritardato della variabile ambientale (*time-lag*). È importante sottolineare, comunque, che la relazione temperatura-mortalità varia nel tempo e, quindi, di conseguenza variano anche le soglie di criticità che devono essere periodicamente aggiornate. Per quanto riguarda gli indicatori termici, questi possono essere rappresentati semplicemente da valori giornalieri di temperature dell'aria (medie, massime o minime) o in altri casi da indicatori di *stress* termico che combinano l'effetto di più variabili meteorologiche (temperatura, umidità, vento, radiazione solare). Sulla base di un recente rapporto, relativo alle linee guida per contrastare gli effetti del caldo, sviluppato dall'azione congiunta dei due massimi organismi internazionali che si occupano di salute (*World Health Organization*, WHO) e meteorologia (*World Meteorological Organization*, WMO), sono state fornite le indicazioni per una corretta classificazione delle ondate di calore, tra cui quella di considerare sia le condizioni termiche diurne che notturne, quella di valutare il disagio termico legato alla combinazione delle temperature con i tassi di umidità dell'aria, e considerare caratteristiche molto importanti come la durata, l'intensità e il momento in cui si verifica la prima ondata di calore della stagione.

Effetti sulla salute

L'interesse rivolto al fenomeno delle ondate di calore è legato soprattutto al potenziale impatto che questa anomalia termica può avere sulla popolazione e in particolare su specifiche categorie di soggetti più vulnerabili, fragili o suscettibili. Gli impatti maggiori sulla salute delle ondate di calore sono ampiamente descritti in letteratura e si traducono, in particolare, in un significativo aumento della mortalità, oltre che favorire picchi di accesso ai servizi di primo soccorso che risultano, in queste occasioni, congestionati. Tra i soggetti maggiormente vulnerabili figurano

sicuramente gli anziani, soprattutto se vivono soli o in condizioni socio-economiche precarie, soggetti non autosufficienti, malati cronici o con malattie pregresse, neonati, lavoratori all'aperto, donne in gravidanza. La situazione è particolarmente allarmante in Europa in quanto alcune tra le più devastanti ondate di calore a livello europeo si sono verificate negli ultimi 15 anni con una stima di circa 137.000 morti. Ciononostante, la percezione pubblica del rischio associato al fenomeno delle ondate di calore è relativamente bassa, forse perché questo tipo di evento non mostra tutta la violenza, spesso anche "spettacolare" ed improvvisa, associata ad altri eventi atmosferici estremi, come ad esempio gli uragani o le inondazioni, ed è proprio per questo motivo che il fenomeno dell'ondata di calore è definito come *silent killer*. A livello italiano, le ondate di calore hanno il più grande impatto, non tanto per frequenza ma in termini di effetti sulla salute e in particolare sulla mortalità (Figura 1). Sulla base dei dati disponibili raccolti in un database internazionale sui disastri (EM-DAT, <http://www.emdat.be/>), nel periodo 1960-2016, oltre il 60% dei decessi dovuti a disastri naturali erano associati alle ondate di calore.

Com'è cambiato il rischio di ondate di calore a livello europeo?

Secondo alcune indagini effettuate dal CNR e Università, è stato studiato l'andamento delle ondate di

calore nel periodo maggio-settembre su una serie storica di dati meteo-climatici di 36 anni (dal 1980 al 2015) raccolti su tutte le capitali degli attuali 28 Stati Membri dell'Unione Europea. In particolare è emerso che la maggior parte delle capitali ha evidenziato andamenti positivi della frequenza, durata e persistenza delle ondate di calore e un generale anticipo della prima ondata di calore stagionale. Nello studio è stato anche calcolato un indicatore sintetico e informativo (chiamato *Heatwave Hazard Index*, HWHI) che permette di tenere in considerazione contemporaneamente tutte le specifiche dell'impatto del caldo: il numero dei giorni di ondata di calore, il numero delle ondate di calore lunghe, intense e la data della prima ondata di calore contemporaneamente lunga e intensa. Nel confronto tra due sotto-periodi di 18 anni ciascuno (1980-1997 e 1998-2015) sono state meglio osservate le differenze a livello geografico di impatto delle ondate di calore, particolarmente marcate sulle capitali Europee centro-orientali e soprattutto sud-orientali (Figura 2). Queste differenze sono state associate a configurazioni climatiche completamente differenti nei vari periodi. In particolare, il numero dei giorni caratterizzati da ondate di calore e quelle considerate lunghe è aumentato in modo significativo in oltre il 60% delle capitali europee. Se nel periodo 1980-1997 la frequenza del numero dei giorni

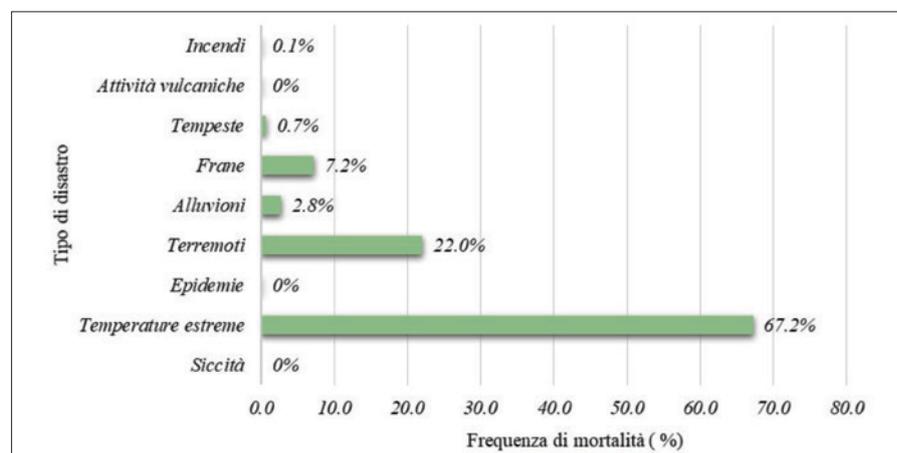


Figura 1 – Frequenza di mortalità durante i disastri naturali in Italia per il periodo 1960-2016 (Fonte: EM-DAT, <http://www.emdat.be/>).

di ondata di calore rappresentava il 7-8% dei giorni estivi (tra maggio e settembre), nel periodo 1998-2015 la frequenza è aumentata al 12-14%, con i valori più elevati nelle capitali dell'Europa orientale e meridionale. Le capitali dell'Europa centro- e sud-orientale hanno mostrato i più alti valori dell'indice HWHI nel sotto-periodo 1998-2015 rispetto al 1980-1997: l'indice HWHI è almeno raddoppiato a Vienna, Budapest, Ljubljana, Budapest e Nicosia, mentre è almeno triplicato a Zagabria e Atene. Nella capitale Italiana l'indice HWHI è quasi raddoppiato nel periodo 1998-2015 rispetto al periodo precedente e in particolare la frequenza dei giorni di ondata di calore è passata dal 5% nel periodo 1980-1997 al 13% nel periodo 1998-2015 (con una media di circa 20 giorni di ondata di calore all'anno nel periodo maggio-settembre). La frequenza delle ondate di calore lunghe e intense è raddoppiata significativamente nell'ultimo periodo. È stato osservato anche un generale anticipo della prima ondata di calore stagionale contemporaneamente intensa e prolungata, generalmente presente nella prima decade di agosto nel periodo 1980-1997 e anticipata all'ultima decade di giugno nel periodo 1998-2015.

Conclusioni

I rischi per il pianeta in generale e per le generazioni future associati al fenomeno del *global warming*, unitamente al significativo aumento della

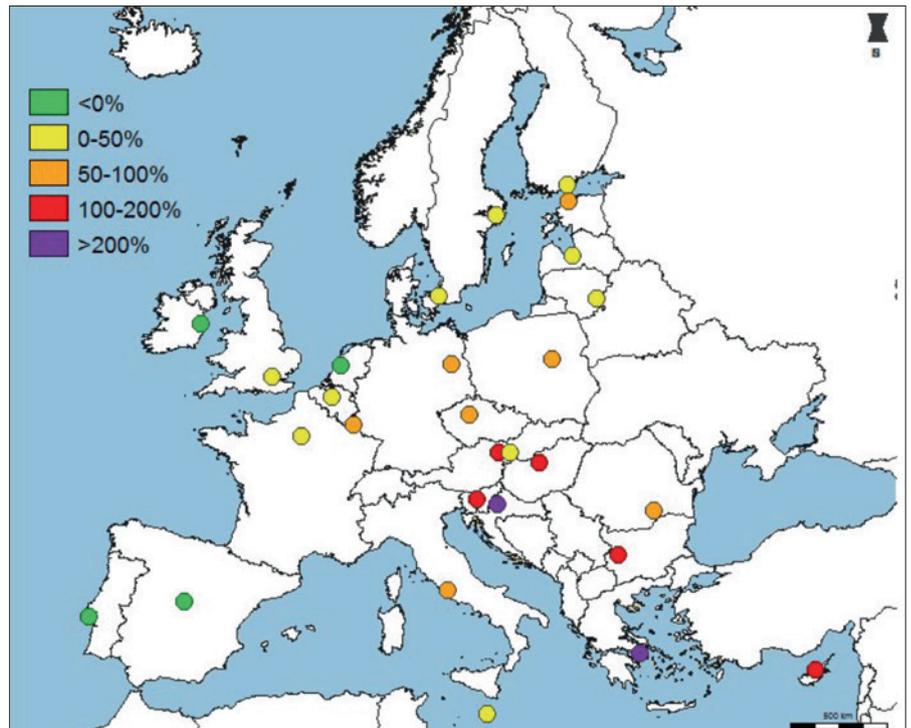


Figura 2 – Variazione dell'indice di impatto delle ondate di calore (Heatwave Hazard Index, HWHI) nel periodo 1998-2015 rispetto al periodo 1980-1997.

frequenza e intensità delle ondate di calore, ci obbligano a intervenire con urgenza. È da considerare, inoltre, che, rispetto ad altri eventi estremi, le ondate di calore interessano vaste aree geografiche con un effetto amplificato sulle aree urbane, a causa del fenomeno di isola di calore urbana, favorito soprattutto dal maggior assorbimento di energia solare da parte delle superfici antropiche e dalle numerose fonti di calore (mezzi di trasporto, riscaldamenti, ecc.). Se poi consideriamo che nelle aree urbane vive oltre la metà della popolazione mondiale (in Italia la popolazione ur-

bana è superiore al 60%), con proiezioni di ulteriore crescita, in un prossimo futuro si prevedono sempre più persone esposte agli effetti devastanti delle ondate di calore. L'aumento significativo degli eventi di mortalità, in particolare tra la popolazione più suscettibile, durante le ondate di calore è prevedibile e la prevenzione efficace di questo rischio rappresenta una priorità della WHO. È quindi fondamentale un'azione congiunta di azioni di mitigazione e strategie di adattamento ai cambiamenti climatici in atto.

m.morabito@ibimet.cnr.it

FORUM RISK MANAGEMENT 26-29 NOVEMBRE 2019 FIRENZE - FORTEZZA DA BASSO

27 NOVEMBRE 2019 • ore 14.30-18.30

Conferenza Nazionale sulla Fragilità

4 Crediti ECM

I diritti dei soggetti fragili e la loro relazione con i professionisti della salute.

Deontologia, etica e responsabilità professionale: il comune "codice" denominatore

FIRENZE - FORTEZZA DA BASSO

Padiglione Spadolini Piano Interrato, Ingresso Porta Alle Carra

Per informazioni

Forum Risk Management: Tel. +39 0575 408673 • Fax +39 0575 20394

E-mail: iscrizioni@forumriskmanagement.it • www.forumriskmanagement.it

Riceviamo e volentieri pubblichiamo un'intensa storia di vita vissuta, che narra in prima persona il travagliato percorso di una collega

Cari colleghi, avevo pensato di scrivere un articolo e per diventare credibile arricchirlo di note bibliografiche, sarebbe stato per me un lavoro arido e faticoso. Il mio stato d'animo mi porta a scrivervi una lettera-testimonianza in cui vi comunico vissuti di un lungo e sofferto periodo della mia vita, in cui sono stata contemporaneamente paziente e medico di me stessa attenendomi a una scrupolosa auto-osservazione.

All'incirca dopo due anni dal conseguimento della laurea accusai improvvisamente una forte sensazione di perdita dell'equilibrio, sintomo che poi sarebbe durato a lungo. Dopo qualche giorno fui purtroppo certa di essere affetta da una patologia neurologica. Mi sottoposi a un'accurata visita che esclude in modo categorico l'esistenza di patologie di questo tipo. Insieme con il neurologo convenimmo che la causa fosse il sovraccarico a cui ero esposta in quel periodo.

Permanevano i sintomi di tipo organico ma cercai anche una visita psichiatrica, che poi sfociò in un mese di psicoterapia, con il proposito che lo psicoterapeuta e io avremmo meglio capito e ci saremmo meglio orientati sulla terapia più idonea da intraprendere. Cominciavano intanto a emergere sintomi depressivi che diventavano sempre più gravosi. Iniziai una terapia psicofarmacologica senza però miglioramenti. Si delineava lo spettro di un disturbo bipolare che mi avrebbe afflitta nel tempo. Le difficoltà che la vita mi aveva posto davanti fin da bimba mi avevano forgiata e lo spirito combattivo mi aiutava a cercare, a non arrendermi. E così per un insieme di circostanze mi incontrai con quella che avrebbe cambiato radicalmente

la mia persona, ossia la psicoanalisi. La incontravo e mi era quasi del tutto sconosciuta, ma a mali estremi, estremi rimedi. Ha giocato in mio favore anche l'affidarmi e il fidarmi, certo ben ponderando, di chi avevo davanti. Iniziai un cammino verso gli abissi della mia mente, del mio animo. Incontravo per la prima volta la parte inconscia, rimossa, l'ombra, così definita dalla mia guida e mio maestro Aldo Carotenuto. Mi imbattei in una sofferenza indicibile, al limite della sopportazione ma che aveva un senso, emergevano dei vissuti inconsci che mai avrei supposto mi appartenessero. Entrai nei sotterranei più reconditi della mia primissima e tanto sofferta infanzia. Con una fortissima regressione, mi fu detto a cui pochi accedono, mi spinsi fino ai vissuti della mia vita intrauterina e il dolore era dilagante ma capii in seguito che proprio lì erano intrappolate le energie più forti e le potenzialità più belle della mia persona. E così dopo aver toccato il fondo, sempre ben sostenuta dall'analista forte e capace, iniziai il cammino di risalita che diventava una ricostruzione con fondamenta solide partendo dalle macerie che ora avevano un nome, erano coscienti e non più oscure. Il rapporto con l'analista si è tradotto in un grande sostegno aspettando, con la pazienza di anni, che le mie forze emergessero. L'artefice rimanevo pur sempre io che momento per momento dovevo decidere di andare avanti, di non avere cedimenti per non soccombere. Era un cammino di sempre maggiore consapevolezza. Di risalita da un odio e una distruttività spaventosi, motivati dal fatto che nel vissuto primario della mia esistenza con la madre avevo

trovato rifiuto, odio, buio, gelo, tutto ciò che a un seme non permette di germogliare. E più la risalita procedeva più riprendevo, ora con gioia, le parti più belle, più originali e costruttive della mia esistenza. Dicevo: Aldo Carotenuto parlava e ha scritto tanto nei suoi numerosi libri, dell'ombra che io avevo attraversato in tutto il suo dolore e orrore. Mirabilmente c'è anche la parte luce che nel cammino di risalita contattavo sempre di più ricavandone tepore, gioia, rispetto, amore, diventati le fondamenta della mia nuova esistenza, che vivo dentro di me e sprigiono con naturalezza attorno a me, come mi fanno notare le persone che mi sono vicine. Senza sofferenza non c'è cambiamento! È questo lo scotto che si deve pagare per diventare più umani, più saggi, più rispettosi di sé e degli altri, con più amore per sé e per gli altri. È un'esperienza che mi ha impegnata per molti anni e che ho cercato al massimo di sintetizzare. Ho aperto con schiettezza il mio animo con stima, sicura di essere capita. So quanto difficile è il nostro lavoro e quanta dedizione richiede. La burocrazia, imponendo dei ritmi quasi al limite del possibile, rende difficile occuparsi come si vorrebbe del rapporto con il paziente il quale è un tutt'uno con il suo corpo e la sua mente; corpo e anima sono inscindibili. Di quanto tempo in più dovremmo disporre per poter intervenire contemporaneamente su queste due parti inscindibili della persona, per cui agendo su una il beneficio si ripercuote sull'altra! Vi saluto cari colleghi che dopo quanto espresso considero anche amici.

Laura De Simone
sognare168@gmail.com

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA COSA È CAMBIATO?

Regole più snelle, trasparenza, incremento dei controlli sugli eventi da parte della Commissione Nazionale, percorsi formativi mirati e FAD. Sono solo alcune delle novità che attendono l'Educazione Continua in Medicina a partire da quest'anno.

Tra le novità da segnalare ci sono la pubblicazione del Nuovo **'Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM'** - in vigore a partire dal 1° gennaio 2019, per le Regioni che non abbiano ancora adottato un proprio manuale regionale e in cui sono definiti requisiti minimi e standard di accreditamento dei provider e della disciplina generale degli eventi ECM - e il nuovo **'Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario'**.

Quest'ultimo documento ricorda come l'obbligo formativo sia triennale e venga stabilito con deliberazione della CNFC (Commissione Nazionale Formazione Continua). Tale obbligo è, per il triennio 2017-2019, pari "teoricamente" a 150 crediti formativi, teoricamente appunto perché esistono esoneri, esenzioni ed eventuali altre riduzioni. Ad esempio la riduzione dell'obbligo formativo standard per il triennio 2017-2019 viene applicata:

1. nella misura di 30 crediti, ai professionisti sanitari che nel precedente triennio hanno maturato un numero di crediti compreso tra 121 e 150;
2. nella misura di 15 crediti, ai professionisti sanitari che nel precedente triennio hanno maturato un numero di crediti compreso tra 80 e 120;
3. nella misura di 15 crediti, ai professionisti sanitari che nel precedente triennio hanno soddisfatto il proprio dossier formativo individuale;
4. nella misura di 10 crediti, ai professionisti sanitari che costruiranno un dossier individuale ovvero saranno parte di un dossier di gruppo costruito da un soggetto abilitato nel primo anno o nel secondo anno del triennio. Le riduzioni di cui ai punti 1 o 2 sono cumulabili con quelle dei punti 3 e 4.

Analizziamo le novità di maggior rilievo:

Recupero obbligo formativo 2014/2016 con formazione svolta nel 2017/2019

- Fermi restando i crediti da acquisire nell'attuale triennio 2017 – 2019, i professionisti in debito nel triennio scorso possono conseguire i crediti mancanti entro il 31 dicembre 2019 e "spostarli" per competenza al passato triennio (nella quantità necessaria a soddisfare il proprio debito formativo rimasto inevitato). Lo spostamento dei crediti volto al recupero del debito del triennio precedente tuttavia non sarà "automatico" ma sarà il singolo professionista a dover comunicare all'ente preposto (COGEAPS) di voler veicolare i crediti acquisiti nel triennio 2017-19 al triennio precedente.

Recupero obbligo formativo 2014/2016 per i medici che svolgono attività di Medico competente

- Come tutti gli operatori sanitari, i medici che svolgono l'attività di Medico Competente possono recuperare la totalità dell'obbligo formativo con formazione svolta nel 2017/2019, il recupero nella disciplina specifica della "medicina del lavoro" (il 70%) può essere eseguito con formazione svolta nel primo anno del triennio formativo successivo a quello in cui si è in debito, ovvero, nel 2017 (DM 4/3/2009)

Manuale del professionista sanitario

- Fissa la disciplina nazionale ECM rivolta al professionista sanitario e sostituisce le precedenti delibere adottate dalla CNFC nei punti in cui è difforme.
- A partire dal 2017, i crediti acquisiti in regime di esonero verranno conteggiati (contestualmente alla riduzione, il professionista si vedrà conteggiati anche i crediti eventualmente acquisiti nello stesso periodo)
- Nelle esenzioni introdotte due nuove fattispecie: congedo straordinario per assistenza familiari disabili (legge 104/1992); professionisti sanitari in pensione che esercitano saltuariamente l'attività professionale.
- Certificazione 2017/2019: almeno il 40% dell'obbligo triennale come partecipante ad eventi ECM, il vincolo non è sulla tipologia di formazione (RES, FAD, FSC, blended) ma sul ruolo del professionista (partecipante, tutor, docente, relatore). Da ciò discende che essendo il vincolo minimo del 40% come partecipante, il restante 60% può essere acquisita come docente/tutor/relatore o formazione individuale

Diversa valorizzazione delle attività di formazione individuale:

- TUTORAGGIO:** i professionisti sanitari che svolgono attività di tutoraggio individuale in ambito universitario, nei corsi di formazione specifica in medicina generale compresi per quest'ultimo corso il direttore del coordinamento e il direttore delle attività didattiche integrate, seminari o pratiche, maturano il diritto al riconoscimento di 1 credito formativo ogni 15 ore di attività. Sono esclusi dal riconoscimento dei crediti per attività di tutoraggio individuale gli assegnatari di uno specifico incarico istituzionale di insegnamento relativo al corso per il quale si chiede il riconoscimento dei crediti, anche a titolo gratuito, ad eccezione degli incarichi conferiti ai professionisti impegnati nei corsi di laurea relativi alle professioni sanitarie.
- CREDITI ESTERO:** le attività formative svolte all'estero sono finalizzate al miglioramento della pratica sanitaria attraverso un apprendimento «diretto» e «personale» delle esperienze straniere che stimoli un'effettiva e adeguata comparazione interculturale. A differenza della normativa precedente, non possono essere riconosciute attività di formazione individuale all'estero svolte in FAD se non svolte presso enti non inseriti nella LEEF (Lista degli Enti Esteri di Formazione). Eventi svolti presso enti inseriti nella LEEF prevedono il riconoscimento di crediti o delle ore di formazione al 100% del valore originario di attribuzione. Al momento, l'elenco LEEF non è stato pubblicato. Ampliamento della lista dei paesi stranieri in cui è possibile svolgere attività di formazione individuale tramite la Delibera CNFC di ottobre 2018.
- AUTOFORMAZIONE: nel triennio 2017/2019 è stato aumentato il numero di crediti riconoscibili all'impegno profuso nell'attività di autoformazione: 20% dell'obbligo triennale.**
- PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE:** censite nelle banche dati internazionali Scopus e Web of Science/Web of Knowledge maturano il diritto al riconoscimento, per singola pubblicazione, di 3 crediti (primo nome/ultimo nome) e 1 credito (altro nome).
- SPERIMENTAZIONI CLINICHE:** I professionisti sanitari che svolgono sperimentazioni cliniche, secondo i requisiti di cui al decreto del Ministero della Salute del 17 dicembre 2004 recante "Prescrizioni e condizioni di carattere generale, relative all'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali, con particolare riferimento a quelle ai fini del miglioramento della pratica clinica, quale parte integrante dell'assistenza sanitaria" maturano il diritto al riconoscimento di crediti formativi ECM: 2 crediti per sperimentazioni fino a sei mesi; 4 crediti per sperimentazioni di durata superiore a sei mesi e fino a dodici mesi; 8 crediti per sperimentazioni oltre i dodici mesi.
- DOSSIER FORMATIVO:** Il bonus, quale riduzione dell'obbligo formativo del singolo professionista, è quantificato nella misura di 30 crediti formativi, di cui 10 assegnati nel triennio 2017/2019 se il professionista costruirà un dossier individuale o sarà parte di un dossier di gruppo costruito da un soggetto abilitato nel primo anno o nel secondo anno del corrente triennio. Gli ulteriori crediti di bonus saranno assegnati nel triennio successivo rispetto a quello in cui si è costruito il dossier, qualora il dossier sia stato sviluppato nel rispetto dei principi di congruità e coerenza di cui sopra.

Alessandro Bonci¹, Giulia Miani²

¹ Medico di medicina generale, Firenze; ² Medico di medicina generale, Grosseto

Si ricorda che i crediti individuali devono essere comunicati al CoGeAPS a cura dell'interessato. Inoltre, soprattutto per i medici competenti, è opportuno che quando compilano la scheda dell'evento indichino per quale disciplina (nel loro caso Medicina del Lavoro) vogliono che i crediti siano conteggiati, per evitare di non raggiungere il numero dei crediti necessari ai fini dell'assolvimento dell'obbligo normativo.

LE MILLE DIFFICOLTÀ DE “I PASSI D’ARGENTO”

“Passi d’argento” è un sistema di sorveglianza realizzato da Asl e Regioni sotto il coordinamento dell’Istituto Superiore di Sanità che si occupa di monitorare le informazioni provenienti dai soggetti di età più avanzata circa, tra l’altro, i concetti di salute percepita e i fattori di rischio generici e specifici legati in particolare alla situazione anagrafica. Si tratta di un osservatorio in grado di esaminare moltissimi aspetti della vita quotidiana degli anziani soprattutto per quanto riguarda i rapporti con le varie strutture demandate all’assistenza socio-sanitaria. I dati relativi all’attività 2018 di “Passi d’argento” ci dicono che ben un ultraottantacinquenne su tre ha difficoltà a recarsi dal proprio medico di base oppure presso gli ambulatori e i servizi della Asl di riferimento e che queste situazioni sono molto più frequenti nei gruppi di persone con minore grado di istruzione, ridotte possibilità economiche e per lo più residenti nelle Regioni meridionali. È evidente che simili problematiche finiscono facilmente per ripercuotersi sfavorevolmente su numerosi determinanti di salute creando situazioni significative di disparità tra classi diverse di popolazione.

EMA IN CRISI PER IL TRASFERIMENTO AD AMSTERDAM

Una delle innumerevoli conseguenze della Brexit è stato il trasferimento da Londra ad Amsterdam dell’Ema, l’*European Medicines Agency*, processo per il quale era entrata in corsa anche Milano, risultata poi sconfitta. Mentre si aspetta che la nuova sede nella città olandese sia terminata e resa operativa (si dice entro il gennaio 2020), numerosi problemi già adesso preoccupano il *board* dell’Agenzia europea regolatoria per i farmaci. È stato infatti riscontrato ad esempio che a oggi una quota significativa del personale in servizio ha rifiutato il trasferimento nei Paesi Bassi, portandone il numero dai 901 del 2018 ai 776 del giugno 2019. Tra questi ultimi, poi, molti hanno deciso di rimanere in Gran Bretagna sfruttando le possibilità offerte dal telelavoro. Questa situazione ha provocato la sospensione di molte attività come lo sviluppo di nuove linee-guida, le iniziative internazionali, l’elaborazione dei dati clinici e si è resa responsabile di un notevole aggravio di lavoro per il personale rimasto in servizio soprattutto per quanto riguarda la gestione degli aspetti legislativi peculiari del mandato dell’Agenzia.

GLI SPORT AMATORIALI E IL PROBLEMA DEL DOPING

L’attività del Ministero della Salute, seguendo le indicazioni della Legge 14 dicembre 2000 n. 376, è finalizzata tra l’altro “alla lotta e alla prevenzione della diffusione del fenomeno *doping* nella popolazione giovanile e nei settori sportivi amatoriali e in generale alla tutela della salute nelle attività sportive”. Con queste premesse nel corso del 2018 il Laboratorio *antidoping* della Federazione Medico Sportiva Italiana (FMSI) ha controllato 594 atleti (388 maschi e 206 femmine con un’età media di 25,7 anni) nel corso di 141 manifestazioni sportive in tutta Italia. I carabinieri del NAS hanno inoltre richiesto specificamente la valutazione *antidoping* nel caso di 128 atleti, di cui 124 uomini e 4 donne.

Nel gruppo complessivo delle 594 persone sottoposte a controllo, 13 (il 2,2%) sono risultate positive a cannabinoidi (33,3%), sostanze anabolizzanti (26,7%) e stimolanti (26,7%). I controlli 2018 sono stati complessivamente più numerosi in occasione di manifestazione di basket, calcio e nuoto.

EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE: I NUMERI DEI MEDICI A BORDO DELLE AMBULANZE

La Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO) ha recentemente pubblicato i risultati del “Secondo Laboratorio FIASO sui servizi di Emergenza territoriale” secondo i quali la gran parte delle ambulanze che lavorano nelle nostre città non ha medici a bordo. Questi sono presenti solamente nel 15% degli interventi effettuati. Nel 30% dei mezzi di soccorso ci sono degli infermieri e nel rimanente 55% dei casi l’assistenza e il soccorso sono demandati a personale volontario o soccorritori non sanitari. Queste cifre si riferiscono a un campione comprendente circa un terzo dei sei milioni di interventi di emergenza che ogni anno vengono svolti nel nostro Paese.

Le percentuali di presenza del medico a bordo delle ambulanze mostrano inoltre notevoli differenze tra le diverse realtà regionali, oscillando dall’8% dell’Area lombarda al 66% dei mezzi di soccorso di Lecce.

Secondo la FIASO la situazione esistente a livello nazionale offre comunque buone garanzie per un’assistenza qualificata in condizioni di emergenza, in particolare in caso di interventi in “codice rosso” che rappresentano circa il 5% di tutta la casistica.

COMUNICARE E INFORMARE SULLO SCREENING E LA DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE AL SENO: IL WEB E I SOCIAL NETWORK SONO UN AIUTO?

Uno strumento decisionale per una scelta consapevole. I risultati dello studio randomizzato nazionale sullo screening per il tumore al seno "Donnainformata-mammografia"

SABATO, 5 OTTOBRE 2019 • ORE 9.30-13.30

**Prevenzione secondaria (screening) del tumore della mammella
Come migliorare l'informazione verso una scelta consapevole**

L'iniziativa è realizzata in concomitanza di un incontro tecnico scientifico a livello nazionale di presentazione e discussione dello studio "Donnainformata-mammografia", che si terrà il giorno precedente. Lo studio randomizzato coordinato dall'Istituto Mario Negri (Milano), promosso da Zadig (Milano), LILT Firenze e GISMA (Gruppo Italiano Screening Mammografico) e realizzato da ISPRO a Firenze e in altre realtà dai programmi di screening Italiani, si inserisce tra quelle dell'Ottobre Rosa, una iniziativa internazionale. sul tumore al seno a cui tradizionalmente LILT nazionale e fiorentina aderiscono. **Obiettivo di questo incontro** (aperto ad un massimo di 90 persone) è **coinvolgere medici, operatori sanitari, amministratori e donne interessate per migliorare l'informazione e la scelta consapevole nella prevenzione secondaria (screening) del tumore della mammella.**

Si comunica inoltre che **Venerdì 4 Ottobre con orario 11-13.30** sempre presso l'Ordine dei Medici di Firenze, in occasione di un incontro nazionale degli operatori dei programmi di screening e della comunicazione, è prevista una sessione **aperta al pubblico (massimo 50 medici)** in orario 11.00-13.30 di presentazione delle **Nuove Linee Guida Europee sullo Screening Mammografico**, che contengono diverse raccomandazioni sulla comunicazione.

LEGA ITALIANA LOTTA CONTRO I TUMORI (FIRENZE)

ISPRO - ISTITUTO PER LO STUDIO, LA PREVENZIONE E LA RETE ONCOLOGICA DELLA REGIONE TOSCANA
In collaborazione con l'**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE**

Sede: Via G.C. Vanini 15, Firenze

Per informazioni e iscrizioni

Segreteria Organizzativa, LILT • Tel. +39 055 576939 • Email: info@legatumorifirenze.it • www.legatumorifirenze.it

TUMORI MAXILLO FACCIALI. IL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DELLA AOU CAREGGI



SABATO, 12 OTTOBRE 2019 • ORE 8.00-13.15

5 Crediti ECM

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Via G.C. Vanini 15, Firenze

Iscrizioni solo online

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

Segreteria Organizzativa

E-mail: protocollo@omceofi.it • Tel. 055.0550750625; 612

LA CARTA DEGLI OPERATORI SANITARI CATTOLICI ALLA LUCE DEL CODICE DEONTOLOGICO



SABATO, 21 SETTEMBRE 2019 • ORE 8.30-13.00

4 Crediti ECM

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Via G.C. Vanini 15, Firenze

Iscrizioni solo online

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

Segreteria Organizzativa

E-mail: protocollo@omceofi.it • Tel. 055.0550750625; 612







**PROF. MANFREDO
FANFANI**
RICERCHE CLINICHE

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