

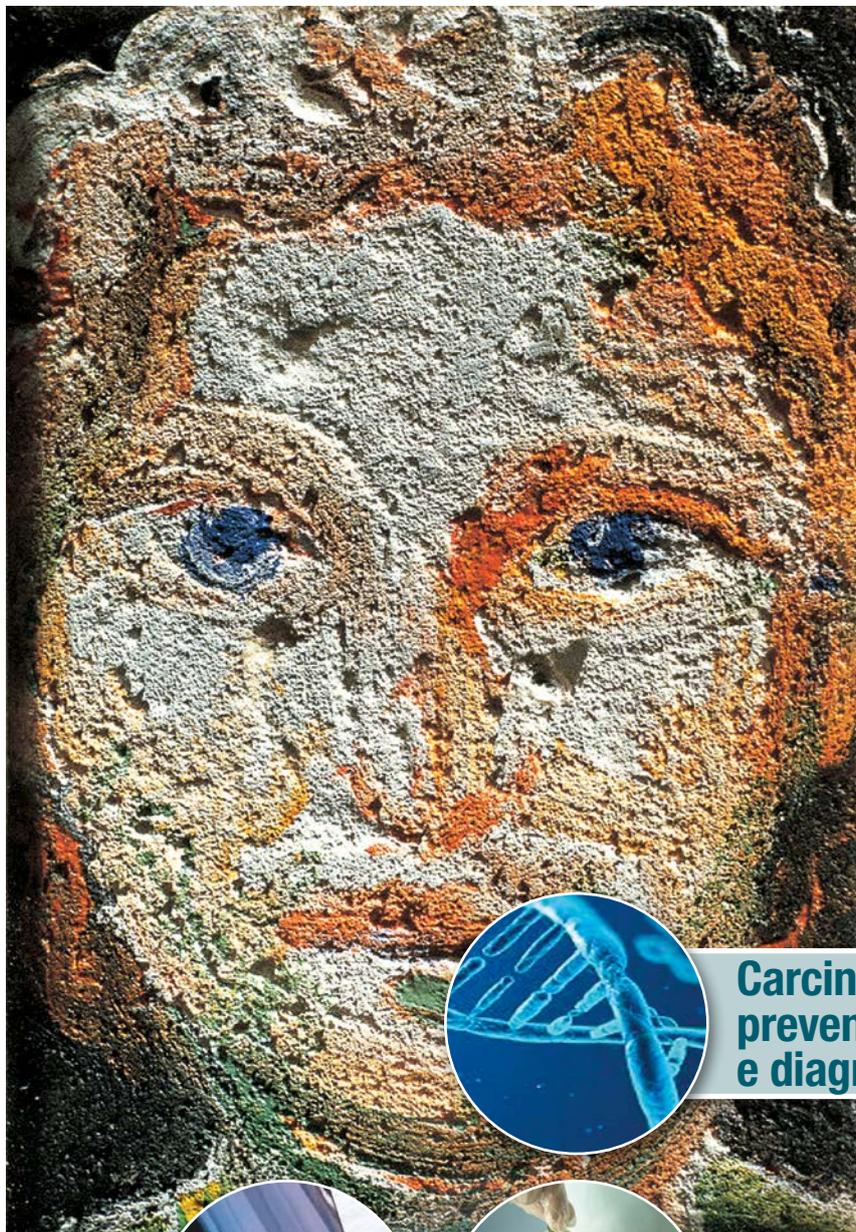
TOSCANA MEDICA

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

Mensile - Anno XXXVIII n. 6 luglio-agosto 2020 - Spedizione in Abbonamento Postale - Stampe Periodiche
in Regime Libero - FIRENZE n. MBPA/CN/FI/0002/2018 - Aut. Trib. Fi. n. 3138 del 26/05/1983

LUGLIO-AGOSTO

6



**Carcinoma ovarico:
prevenzione
e diagnosi precoce**

**La comunicazione nella
COVID Unit dell'Ospedale
Santo Stefano di Prato**



**Il laboratorio clinico
nei pazienti COVID-19**



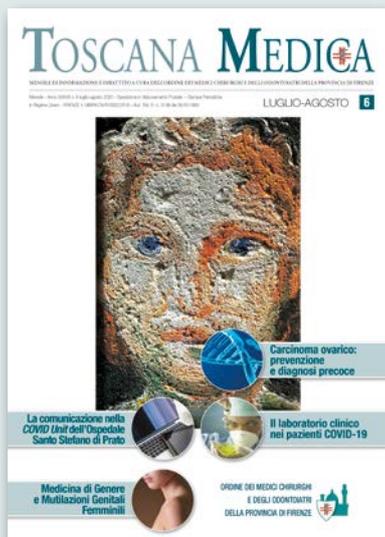
**Medicina di Genere
e Mutilazioni Genitali
Femminili**



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE







Anno XXXVIII - n. 6 luglio-agosto 2020
ISSN 2611-9412 (print) – ISSN 2612-2901 (online)

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 0750625
telefax 055 481045
a.barresi@omceofi.it
www.ordine-medici-firenze.it

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

Editore

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

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

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

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

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

Stampa

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

Finito di stampare giugno 2020 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

Carlo Levi

Autoritratto

Tecnica mista su

cartone

cm 15x10

Collezione privata

Firenze

EDITORIALE

4 I dubbi del futuro prossimo venturo

T. Mazzei

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

5 L'archivio storico della Ven. Arciconfraternita
della Misericordia di Firenze

R. Beconcini

QUALITÀ E PROFESSIONE

6 Scienza e incoscienza al tempo del COVID-2

L.D. Raffaelli

8 Il laboratorio clinico nei pazienti COVID-19:
alterazioni ematologiche e biochimiche

F. Ciavarelli e coll.

11 La comunicazione nella *COVID Unit*
dell'Ospedale Santo Stefano di Prato

F. Risaliti e coll.

14 L'accesso alle cure dei pazienti con disabilità intellettiva
nell'Ospedale San Giuseppe di Empoli

D. Coletta e coll.

16 Riflessioni sulla sentenza della Corte Costituzionale
del 25 settembre 2019

F. Bellato

18 Bambini contesi. Una condizione di rischio
per un sano sviluppo della persona in crescita

R. Lo Parrino e coll.

20 Prevenzione oncologica e diagnosi precoce
del carcinoma ovarico

A. Mattei e coll.

23 Medicina di Genere e Mutilazioni Genitali Femminili

L. Catania e coll.

27, 28 - RICORDO DI ANDREA LOPES PEGNA - *N. Stanflin, A. Panti, A. Zuppiroli*

29 - RICORDO DI FRANCO MORI - *A. Bigi*

30 - RICORDO DI MARIO GIUSEPPE SARTI - *Istituto di Formazione Psicosomatica "Massimo Rosselli" Firenze e Sezione Toscana Società Italiana Medicina Psicosomatica*



Teresita Mazzei



Simone Pancani



Antonella Barresi

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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



OPEN ACCESS

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

I dubbi del futuro prossimo venturo

di *Teresita Mazzei*

Quando la lotta contro COVID-19 ha affrontato la fase 2 tanto attesa un sentimento di innegabile e più che giustificata euforia ha attraversato il Paese, in una sorta di rinascita globale che riportasse alla vita quotidiana tutti noi prigionieri del *lockdown*.

Certo non si poteva pensare che tutto all'improvviso potesse tornare come prima però le timide uscite serali per un aperitivo o una riunione tra amici (opportunamente mascherati e distanziati socialmente) in qualche modo facevano sperare che il peggio fosse finalmente passato e che si potesse tornare gradualmente a programmare il futuro. Piano piano si è riaperto praticamente tutto e gli ombrelloni, seppure ridotti di numero, sono comparsi anche quest'anno sulle spiagge in attesa di coloro che volessero a tutti i costi immaginare questa estate il più possibile uguale alla passata. In mezzo ai variegati proclami dei governatori di Regione e alle mille ordinanze dei sindaci, piano piano la parvenza di normalità ci ha fatto stupire del traffico tornato più o meno ai livelli conosciuti, arrabbiare per il rinvigorito teatrino della politica nostrana, guardare con sufficienza a cosa stava accadendo in Paesi lontani.

È stato in questo periodo che i professionisti della Sanità hanno scoperto meravigliati di essere diventati "eroi" e che la gente si è accorta dell'importanza fondamentale del Servizio Sanitario Nazionale, finalmente riscoperto come una preziosa risorsa per tutti e non più una sorta di deposito da continuare a impoverire sistematicamente.

Con il passare dei giorni la situazione ha però iniziato a virare verso il grigio

e sui giornali e alla televisione sono di nuovo comparsi i volti noti degli esperti che nei giorni della chiusura erano diventati quasi persone di famiglia concedendoci tra l'altro di assistere con passione e interesse alle loro liti, scientifiche e non. I virologi da bar hanno ripreso campo e inevitabilmente i dubbi si sono ripresentati.

Va bene che in Europa la situazione viene considerata per lo più sotto controllo, ma come si fa a sentirsi almeno relativamente sicuri quando Paesi come Stati Uniti, Brasile, Russia, India si trovano ancora in piena pandemia, con tassi di crescita della malattia angosciante e un numero drammaticamente crescente di morti e contagi? E che dire della situazione in Cina e, vicino a noi, in Germania alle prese con i focolai negli immensi mattatoi?

Non c'è bisogno di essere dei grandi esperti per capire che i virus non rispettano i confini tra gli Stati e che la loro diffusione può avvenire anche se si blindano le frontiere e si cerca di regolamentare in qualche modo gli spostamenti aerei, navali e terrestri.

Da noi il ministro della Salute Speranza continua senza sosta a ricordare di non abbassare la guardia, talvolta considerato forse anche un po' troppo menagramo rispetto all'entusiasmo di altri ministri e presidenti di Regioni.

In questo scenario di incertezza globale i medici cercano di tornare lentamente ai propri ritmi usuali di lavoro, trovandosi alle prese con accessi agli ospedali ancora contingentati, con la faticosa ripresa delle attività intraospedaliere e territoriali, con il recupero dei rapporti con i pazienti dopo i giorni

della lontananza forzata. Forse potrebbero trovare un po' di tranquillità dai proclami che da ogni parte parlano di grandi riforme per il futuro Sistema Sanitario Nazionale, di risorse mai viste messe a disposizione dall'Europa, della volontà di cambiare radicalmente il modo di fare salute in Italia.

Purtroppo però le buone intenzioni si schiantano ancora contro la realtà di sempre, fatta di affannosa ricerca di "scudi penali", riconoscimenti economici promessi e poi chissà dove finiti, migliaia di giovani Colleghi in attesa di futuro per entrare in una scuola di specializzazione o tra le fila dei medici di famiglia, aggressioni e minacce come se COVID-19 non avesse insegnato niente a nessuno.

Rimaniamo in attesa di quello che succederà in autunno/inverno, quando le spiagge torneranno deserte, le scuole riapriranno tra mille problemi e incognite, le Università dovranno decidere come ripartire e, tanto per restare in tema, ci sarà il problema di come gestire i concorsi per l'ammissione a Medicina. Cosa farà COVID-19? Allenterà la presa o tornerà a essere nostro odiato compagno di strada?

In assenza di risposte, proviamo almeno a consolarci pensando che se le cose nei prossimi mesi dovessero veramente volgere al brutto, almeno sapremo cosa fare e come comportarci, senza magari ripetere gli errori dei mesi scorsi. Niente di nuovo sotto il sole, lo aveva già detto Tucidide nel 430 avanti Cristo, quando raccomandava agli ateniesi di fare tesoro di quello che avevano vissuto durante la peste per essere pronti nel caso malaugurato di una nuova epidemia.

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

L'archivio storico della Ven. Arciconfraternita della Misericordia di Firenze

di Riccardo Beconcini



RICCARDO BECONCINI

Iscritto alla Misericordia di Firenze dal marzo 1970. Nel luglio del 1993 è chiamato dal Corpo Generale ad assumere la carica di Capo di Guardia. In quegli anni ha ricoperto svariati incarichi: Economo, Responsabile automezzi e Cerimoniere. Dal 2016 è responsabile dell'Archivio Storico della Misericordia di Firenze, coadiuvato dalla dott.ssa Barbara Affolter e dalla dott.ssa Laura Rossi

La *Confraternita della Misericordia di Firenze*, fondata nel XIII secolo, è la più antica istituzione operante nel sociale sul territorio. La sua storia secolare può essere ricostruita grazie ai numerosissimi documenti conservati nell'archivio storico che si trova all'interno della sede di piazza Duomo. In appositi ambienti sono conservati documenti di ogni genere: diplomi pergamenei, statuti miniati, registri, filze, fascicoli, manifesti, stampe, foto, cimeli, antiche vesti e molto altro ancora per un periodo che si estende dal Trecento ai giorni nostri.

Per un insieme di motivi l'archivio è rimasto inaccessibile fino a epoche recenti; le scritture in esso contenute sono, quindi, in gran parte sconosciute e inedite. Per dare una svolta a questo stato di cose, qualche anno fa i vertici della *Misericordia*, in accordo con la Soprintendenza archivistica della Toscana, hanno incaricato due professionisti per un generale intervento di riordino e inventariazione atto a creare un *database* descrittivo indispensabile a una consultazione dell'intero *corpus*. Nonostante il lavoro non sia stato ancora del tutto terminato, sono emersi già innumerevoli documenti di grandissimo valore storico e culturale. La loro lettura permette all'interessato di percorrere ininterrottamente una lunga storia di attività solidaristica di una delle città più affascinanti d'Italia, Firenze.

Una serie fondamentale riguarda l'insieme degli statuti e dei rispettivi regolamenti dell'Istituzione. Gli esemplari più antichi sono particolarmente preziosi; vergati su finissima cartapeccora, sono impreziositi da eleganti miniature sia in apertura del testo che al suo interno in corri-

spondenza dei capilettere dei singoli capitoli.

Non di minore importanza è la serie *Delibere e stanziamenti* comprendenti i verbali delle riunioni statutarie dei singoli organi direttivi, consultivi e giurisdizionali. I registri contengono i nomi degli eletti o nominati (nuovi iscritti, provveditori, camarlinghi, scrivani ecc.), le decisioni, adottate o rigettate, sul piano sia operativo (istituzione di nuovi servizi, gestione di donazioni, contatti con altri enti) che economico (spese per sussidi, per acquisti di oggetti vari, per salari dei professionisti indispensabili quali il notaio, il medico, ma anche il "becchino" o il "servo"); alcune contengono anche commenti a fatti accaduti *intra-* ed *extramoenia* (encomi, discordie, reclami, proposte ecc.).

Un'altra serie fondamentale è quella di carattere amministrativo-contabile. Con grande cura sono stati compilati – e conservati – documenti comprovanti le uscite e le entrate della Compagnia. Intere filze di mandati, imponenti registri di debitori e creditori, entrate e uscite giornaliere, giornali di cassa, bilanci consuntivi e preventivi e altro ancora testimoniano scrupolosamente i movimenti di denaro avvenuti nei secoli, dalle grandi spese (i lavori di restauro delle sedi, la costruzione dei cimiteri Pinti e Soffiano) all'acquisto dei mezzi di trasporto (zane, cataletti, carri, ambulanze più o meno attrezzate), dalle commissioni di opere d'arte (quadri, oggetti liturgici) alle spese minute quali, ad esempio, "il vitto dei gatti" (in guardia contro i topi) o "le code di volpi" per le spolverature!

Altri registri riguardano lo svolger-

si dei servizi della *Misericordia*; dal trasporto sanitario alle "mutature" (assistenza domiciliare), dal servizio cimiteriale alla distribuzione di generi alimentari. Alcuni sono relativi ad attività oggi non più praticate come il caso delle erogazioni di "doti alle fanciulle povere" o l'"assistenza ai condannati a morte". Di particolare interesse sono i *Registri dei casi* ("caso" in gergo confraternale = "incidente") usati per l'annotazione di informazioni relative agli interventi di soccorso. Una sorta di memoria dell'odierno "118" nei secoli.

Di tutt'altro tipo, ma non meno interessanti, sono le carte relative all'assistenza richieste alla *Misericordia* dalle società sportive. Esse riportano le descrizioni delle attività svolte durante eventi agonistici di vario tipo quali gare automobilistiche, ciclistiche, di trotto e galoppo e, ovviamente, le partite di calcio, con particolare riferimento alla *Fiorentina*.

In poche parole, entrare nell'archivio della *Misericordia* permette al visitatore di fare un viaggio nel tempo, tuffandosi nel passato di Firenze per arrivare fino ai nostri giorni. Attraverso le voci dei suoi protagonisti al lettore viene restituita una Firenze nei suoi aspetti spesso più fragili e, per questo motivo, meno conosciuti e più vicini a noi.

info@misericordia.firenze.it

Scienza e incoscienza al tempo del COVID-2

di Libertario Donato Raffaelli

“Tutti si lamentano di avere poca memoria, nessuno si lamenta di avere poco giudizio”

Francois La Rochefoucauld, *Riflessioni e Sentenze*, 1665

Se oggi la “Scienza” (?) la conosciamo attraverso le diatribe e le furibonde discussioni di “scienziati” (?) in TV nei vari momenti dell’arrivo in Italia del COVID-2, è giunta l’ora di riaffermare il primato della “Coscienza” nelle scelte di un professionista attraverso strumenti nuovi come la medicina narrativa e la medicina personalizzata che parte dall’analisi di casi clinici. In questo articolo il caso clinico è un medico urologo fiorentino, il sottoscritto! Scopriremo che la “Coscienza” corrisponde alle regole cliniche e scientifiche del buon senso, spesso animata dalla medicina difensiva come valore aggiunto, funziona secondo funzioni quantistiche ancora tutte da esplorare ma funziona.

Parole chiave:

COVID-2, medicina personalizzata, medicina narrativa, neurobiologia quantistica, tampone COVID-2, idoneità COVID

Passeggiando nel freddo febbraio verso la stazione del Serraglio, piacevolmente stanco dopo una giornata di visite, riflettevo su quello che diceva mio padre: “pensare sempre con il proprio cervello”.

Il Babbo, un grande Babbo, è scomparso un anno fa ma rimane questo insegnamento filosofico di origine *illuminista*, la cosa più importante che mi ha lasciato.

Attraverso dunque Prato illuminata di sera, bella, fiera, elegante con la sua piazza Duomo, ma non mi abbandona un’inquietudine che pare abbia solo io: arriverà anche qui a Prato il COVID-2? Dai monumenti illuminati dalle magiche luci della sera passo a concentrarmi sulle facce della gente che a quest’ora riempie il corso, la piazza del Comune, le viuzze del centro storico e allora l’inquietudine esplose: ma dove sono tutti i cinesi?

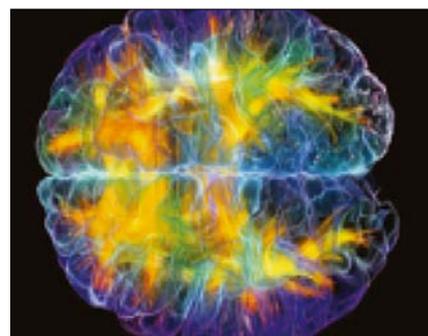
La prima riflessione va alla paura che i cinesi stessi potrebbero avere di farsi vedere in giro, magari di essere insultati come untori anche se il virus in Italia non è ancora ufficialmente arrivato da Wuhan. La cosa però mi intriga, devo informarmi meglio...

I cinesi sono in autoquarantena – tutti –, sia quelli residenti sia quelli rientrati dalla Cina mi dice al telefono un amico – è nella loro mentalità, è un problema di coscienza –. Ma come dico io, la “Scienza” ci tranquillizza, non c’è ancora nessun allarme, perché? È una razza che ha una “Coscienza” mi rispondo da solo.

Marzo malandrino, da qualche giorno ho una tosse stizzosa, un mal di gola che mi impedisce perfino di parlare, un po’ di difficoltà a deglutire,



LIBERTARIO DONATO RAFFAELLI
Specialista ambulatoriale di Urologia,
Azienda USL Toscana Centro
e Presidente @IMUT (Accademia Italiana
Multidisciplinare per l’Urologia territoriale)



una “squinzia” a fare proprio l’erudito. Non ho la febbre, non ho nulla secondo le raccomandazioni OMS degli inizi di marzo.

Domani che farò a lavoro se non posso parlare per bene? Mah.

In sogno di notte lo vedo, è il Babbo: Libe non fare il biscaro...

Non sto male fisicamente ma cosa vuole dirmi il Babbo? Mi rendo conto che la cosa non riguarda solo me ma anche il mio lavoro e che quindi è una cosa seria, anche in Toscana è arrivato il virus, quindi potrei averlo preso dopo una lunga incubazione o magari no e chi lo sa, è un virus sconosciuto di cui la “Scienza” però sembra sapere tutto e tutti i giorni sforna linee guida, *talk show* rassicuranti – sempre a inizio marzo –, quindi anche io come medico, se non ho la febbre, devo andare, devo curare, vedere i miei pazienti, lavorare insomma. No la mascherina – si dice – non serve, spaventate i pazienti sempre si dice all’inizio di marzo. Semmai la distanza fisica, perché la chiamano tutti distanza sociale? Pensieri *naïve*, pensieri veloci e liberi, libertari. Ma il mio Babbo si riferiva forse proprio ai miei pazienti, molti sono ormai amici e la loro prostata è cresciuta insieme alla mia negli anni.

Molti sono fragili, vere farmacie viaggianti, molti stanno nelle RSA, nelle case di riposo, molti li vedo a domicilio. E se IO fossi infetto?

Sono proprio loro, i miei pazienti, che ne pagherebbero le conseguenze.

La decisione è presa: il dubbio mi attanaglia e la mattina presto mi metto al telefono e a scrivere *mail*: chiamo i miei responsabili, i numeri verdi, il mio medico di famiglia: non sto male ma vorrei fare il famoso tampone per sicurezza.

La “Scienza”, le raccomandazioni, le linee guida però mi si parano davanti come baluardi insormontabili: perché il tampone lo fanno solo se hai la febbre, al massimo mettiti in malattia per 3 giorni poi si vedrà. Va bene e devo dire che non c'è un solo collega che mi sprona a venire a lavorare, sembra che le linee guida siano dubbie anche per loro, meno male.

Passa una settimana e anche se sto molto meglio con cure indicibili, “antiscientifiche” per i più (vitamina D e il glutazione di Luc Montagner) e certo non consigliabili per non andare sotto processo..., il tarlo del tampone continua ad assillarmi, anche 10 giorni dopo la totale scomparsa della squinanzia.

Impossibile avere una proroga della malattia: ma come per un mal di gola a casa un mese? Non ha tutti i torti il mio medico di fiducia e allora ripensando al Babbo mi incaponisco: va bene vuol dire che mi metto in “autoquarantena” senza stipendio e a mio rischio e pericolo, ma in fondo è solo un artificio di medicina difensiva meno costosa che andare in giro per le RSA a infettare la gente per poi essere processati a posteriori naturalmente! Passa un mese e finalmente in forze e con la mia voce ritrovata ma senza quarantena “ufficiale” e senza tampone sono abbastanza disperato e applico

il manuale da guerra della medicina difensiva: *mail* a tutti i miei referenti: VOGLIO una “idoneità COVID-2 free” per rientrare al lavoro o #iorestoacasa sul serio e andrà tutto bene...

È la medicina preventiva della nostra ASL che prende sul serio questa “strana” “antiscientifica” richiesta forse un po' per dubbio, un po' perché rompo e quindi mi mandano due infermiere bardate come marziani a casa. Sto bene ormai da quasi un mese, i miei familiari stanno bene: sarò alla fine negativo no? Le faremo sapere...

La notte prima dell'esame come in un film risogno la voce del mio Babbo: Libe preparati sei nel club! Sei POSITIVO!!!

Al mattino puntuale la conferma telefonica ma per quanto mi riguarda da uno stato di inquietudine mi ritrovo sollevato: avevo visto giusto: era giusta la mia “Coscienza” attraverso il portale del sogno, giusta e tranquilla perché i miei familiari devono aver avuto contatto col COVID-2 ma non si sono ammalati, giusta perché quanti pazienti anziani e fragili avrò salvato dal COVID-2?!, giusta perché non dovrò soccombere a eventuali indagini della Magistratura nelle RSA.

Una vittoria, un grazie al mio Babbo, un grazie ai neurobiologi della medicina quantistica e della teoria quantistica delle funzioni intuitive del cervello, un grazie alla Fede, un grazie al metodo della medicina narrativa e personalizzata, un grazie ai veri esperti della pandemia: gli specialisti di igiene e medicina preventiva!

Ma iniziano gli arresti domiciliari per tutta la famiglia per 60 giorni fino a che il 5° e il 6° tampone sono negativi, il bimbo ha il tampone negativo e la moglie quarantenata abbondantemente oltre i 14 giorni prescritti dalla

“Scienza”, però alla fine tutti certificati a uscire a riprendere l'aria.

Morale della favola:

1. il virus può risiedere ben più di 14 giorni;
2. sulla prevenzione aveva ragione Luc Montagner per me, ma per “gli altri” ancora non ci sono le prove... le cercheremo...;
3. altro che scudo penale per il COVID-2! Meglio la medicina difensiva appena c'è un minimo dubbio: #iorestoacasa senza tampone.

La Coscienza dunque è uno strumento fondamentale per darsi delle risposte che la Scienza non ci può dare sia perché mancano evidenze solide sia perché la Scienza è spersonalizzata e ci dà il quadro ma non il dettaglio sulle persone.

La medicina personalizzata in fondo è ricaricare la Coscienza nella Scienza del particolare indeterminato.

Se hai una suocera con gravi problemi respiratori e sei un medico che ci convivi con questa suocera è meglio usare il buon senso della Coscienza e non tornare a casa se lavori al Pronto Soccorso in COVID time, e questo non è detto né sulle raccomandazioni del CDC di Atlanta né sui consigli dell'OMS, ha scritto il Dr. Christian Rose sul *The New England Journal of Medicine* del 30 aprile, un capolavoro di letteratura di medicina narrativa e personalizzata per il medico nel tempo del COVID-2.

Ma cos'è la Coscienza se non una modalità della Scienza regolata da funzioni quantistiche a volte paradossali proprio come in fisica quantistica il principio di indeterminazione di Heisenberg, il paradosso del gatto di Schrödinger o il fenomeno dell'*Entanglement*? Tutti concetti a noi medici misteriosi e sconosciuti, ma che dovremo studiare perché applicabili alla biologia quantistica e alla neurobiologia quantistica che studia la coscienza e il sogno.

Gli antichi parlavano di Scienza e Coscienza. Oggi sembra si parli solo di Scienza.

La medicina basata sull'evidenza ci spinge a non trascurare la Coscienza, che deve essere bagaglio deontologico di ogni medico prima ancora che oggetto di nuovi promettenti studi scientifici.

urolive@outlook.com



Il laboratorio clinico nei pazienti COVID-19: alterazioni ematologiche e biochimiche

di Flavia Ciavarelli, Lorenza Morena, Eva Milletti, Luisa Lanzilao, Alessandro Bonari



FLAVIA CIAVARELLI
Laureata in Farmacia nel 2010, nel 2016 consegue la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi "Gabriele D'Annunzio", Chieti-Pescara. Abilitata all'esercizio delle professioni di Farmacista e Medico-Chirurgo. Dirigente medico presso esercizi convenzionati SSN territoriali (Continuità Assistenziale, Medicina Generale). Attualmente medico specializzando in Patologia Clinica e Biochimica Clinica presso l'Università degli Studi di Firenze con servizio presso AOU Careggi, Laboratorio Generale. Medico specializzando nel settore di Microbiologia AOU Careggi durante l'emergenza COVID-19 come esecutore ed esaminatore degli esami sierologici. Medico di continuità assistenziale presso USL Firenze durante l'emergenza COVID-19

LORENZA MORENA
Medico specializzando Biochimica e Patologia Clinica, Università degli Studi di Firenze

EVA MILLETTI
Borsista Laboratorio Generale AOU Careggi

LUISA LANZILAO, ALESSANDRO BONARI
Laboratorio Generale AOU Careggi

Il monitoraggio dei parametri biochimici è indispensabile per valutare la gravità e la progressione del COVID-19 e sorvegliare l'intervento terapeutico. I test utili risultano essere diversi: emocromo con formula leucocitaria, coagulazione di primo livello, markers epatici, renali, cardiaci e soprattutto markers della risposta infiammatoria sistemica quale Interleuchina-6.

Parole chiave:

Medicina di laboratorio, COVID-19, biomarkers, monitoraggio, SARS, tempesta citochinica, coagulazione

Ippocrate, padre *ab aeterno* della Medicina, scrisse: "Se c'è amore per l'uomo, ci sarà anche amore per la scienza". Negli ultimi decenni, la comunità scientifica è stata chiamata ad affrontare diverse sfide, di cui una delle più insidiose è certamente l'attuale emergenza sanitaria da virus SARS-CoV-2. Onorando l'idea di Ippocrate, la scienza si è mobilitata in massa di fronte alla pandemia COVID-19, con sforzi formidabili, per ottenere un risultato dall'impatto sociale e tecnologico significativo.

In questo contesto, si è confermato il ruolo essenziale della Medicina di Laboratorio, in ambito multiprofessionale e multidisciplinare, al fine di garantire un efficace ed efficiente percorso diagnostico-terapeutico di COVID-19. Oltre che per la diagnosi eziologica e per la sorveglianza epidemiologica dei pazienti affetti da COVID-19, il Laboratorio Clinico risulta infatti indispensabile per il monitoraggio dei parametri biochimici ed ematologici atti a valutare la gravità e la progressione della malattia, per definirne la prognosi, oltre che per guidare il trattamento e sorvegliare l'intervento terapeutico.

Nonostante il tempo relativamente breve, sono state pubblicate le prime meta-analisi che mostrano le anomalie dei dati di laboratorio dei parametri infiammatori, ematologici, biochimici e immunologici nei pazienti COVID positivi e il loro significato prognostico rispetto alla gravità di malattia e mortalità. In una recente *review* di Henry e collaboratori, risulta chiaro il *pattern* delle anomalie dei parametri di laboratorio nei pazienti COVID con malattia grave o fatale, come indicato in Tabella I.

Per quanto riguarda i dati ematologici, i pazienti con malattia grave hanno prevalentemente un lieve aumento della conta dei globuli bianchi, mentre i pazienti con prognosi sfavorevole hanno un aumento clinicamente più significativo di questo parametro. La leucocitosi è caratterizzata da neutrofilia e decremento progressivo di linfociti, monociti ed eosinofili.

Un recente lavoro di Terpos e collaboratori evidenzia che la linfocitopenia, definita come numero di linfociti < 1,0 x 10⁹/L, è associata a sviluppo

di *Adult Respiratory Distress Syndrome* (ARDS) e al ricovero in unità di terapia intensiva. Diversi fattori sembrano contribuire alla linfocitopenia, anche se i meccanismi non sono ancora del tutto chiariti: è stato dimostrato che sulla superficie dei linfociti sono espressi i recettori ACE-2 (Enzima di Conversione dell'Angiotensina 2), perciò il virus SARS-CoV-2 può direttamente infettare queste cellule e provocarne la lisi; ancora non chiaro invece il meccanismo di ingresso del virus nei T linfociti che presentano una bassa espressione di livelli di ACE-2. La "tempesta citochinica" tipica di questa malattia può promuovere sia l'apoptosi linfocitica che l'atrofia degli organi linfoidi, con conseguente blocco del *turnover* cellulare; infine anche la coesistente acidosi lattica può provocare un'inibizione della proliferazione linfocitaria.

Interessante anche la trombocitopenia, che in una meta-analisi di 9 studi si è rivelata significativamente associata alla gravità di malattia. In particolare, la concomitanza di grave trombocitopenia e linfocitopenia indica una tempesta citochinica particolarmente pronunciata. Nella *review* di Panyang e collaboratori sono stati evidenziati i meccanismi patogenetici che conducono alla trombocitopenia: riduzione della produzione di piastrine a seguito di distruzione delle cellule progenitrici nel midollo osseo e disfunzione ematopoietica; distruzione delle piastrine da parte di immunocomplessi e autoanticorpi; aumentato consumo di piastrine a seguito di attivazione e aggregazione piastrinica.

La diffusione del COVID-19 ha generato una nuova condizione clinica che ha dei profondi coinvolgimenti con il sistema coagulativo e la tendenza trombotica: nei pazienti con prognosi sfavorevole, sono infatti presenti elevati valori di D-Dimero e un prolungamento del tempo di protrombina (PT) e del tempo di tromboplastina parziale attivato (aPTT). Inoltre, in questo *subset* di pazienti, sono significativamente più bassi i livelli di fibrinogeno e di antitrombina. In un'altra recente meta analisi è risultato infatti evidente come le manifestazioni della coagulazione intravascolare disseminata (CID) possano essere comuni nei pazienti con le forme severe di COVID-19.

Prove recenti suggeriscono che segni e sintomi di grave infezione da COVID-19 assomigliano alla fisiopatologia e al fenotipo delle microangiopatie trombotiche mediate dal complemento (TMA: *Thrombotic Micro Angiopathy*), piuttosto che alla coagulopatia indotta da sepsi o alla CID (Gavriilaki e collaboratori). Tali studi e considerazioni stanno alla base del crescente interesse che si sta registrando nella valutazione del ruolo di proteine e marcatori coinvolti nelle microangiopatie trombotiche (fattori del complemento) e nell'emostasi primaria e nella sua interazione con la cascata coagulativa (vWF, ADAMTS-13 ecc.).

Lo studio di Guan e collaboratori ha evidenziato l'emergente ruolo dei bio-

Test	Significato clinico
↑ leucociti ↑ neutrofilii ↑ procalcitonina	Sovrainfezione batterica
↓ linfociti	Depressione sistema immunitario
↓ emoglobina	Anemia
↓ piastrine	CID
↑ PT ↑ D-Dimero	Attività della coagulazione e/o CID
↓ albumina ↑ AST, ALT ↑ bilirubina totale	Insufficienza epatica
↑ creatinina	Danno renale
↑ LDH	Danno multiorgano
↑ PCR ↑ VES	Indici di flogosi
↑ troponina	Danno miocardico
↑ ferritina	Flogosi severa
↑ IL-6	Sindrome da tempesta citochinica

PT: tempo di protrombina; AST: aspartato transaminasi; ALT: alanina aminotransferasi; LDH: lattato deidrogenasi; PCR: proteina C reattiva; VES: velocità di eritrosedimentazione; CID: coagulazione intravascolare disseminata.

Tabella I – Indici di Laboratorio alterati e loro andamento. Da Pineda Tenor D, et al. COVID-19. *Perspective from the clinical laboratory*. Revista de Medicina del Laboratorio 2020 (Associazione Spagnola di Biopatologia Medica - Medicina di Laboratorio).

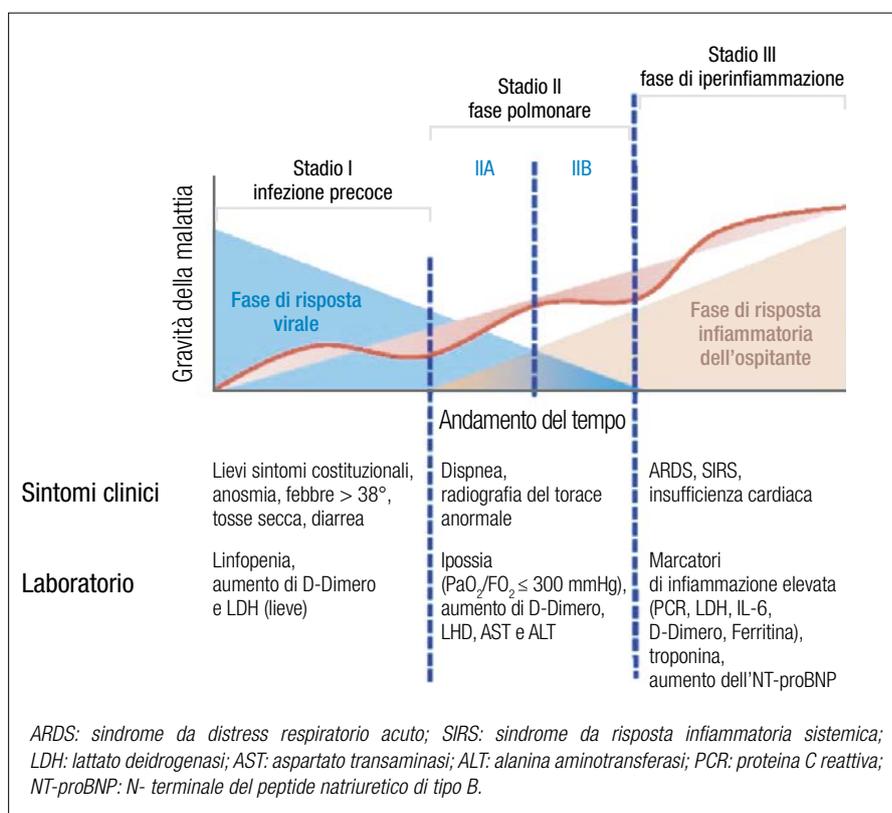


Figura 1 – Evoluzione del COVID-19. Da Pineda Tenor D, et al. COVID-19. *Perspective from the clinical laboratory*. Revista de Medicina del Laboratorio 2020 (Associazione Spagnola di Biopatologia Medica - Medicina di Laboratorio).

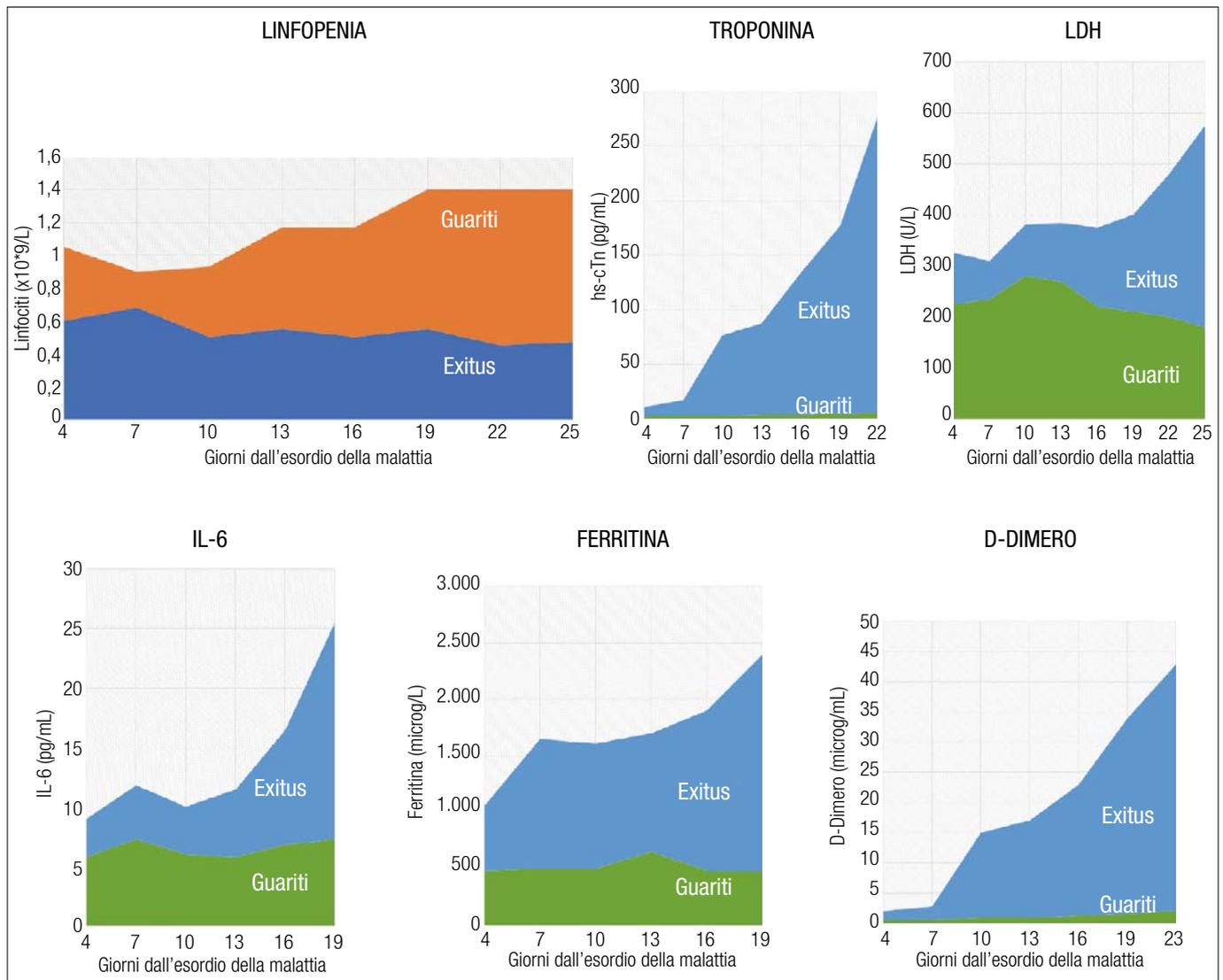


Figura 2 – Predittori di mortalità. Da Pineda Tenor D, et al. COVID-19. *Perspective from the clinical laboratory*. Revista de Medicina del Laboratorio 2020 (Associazione Spagnola di Biopatologia Medica - Medicina di Laboratorio).

marcatori di infiammazione: i livelli di procalcitonina, ferritina e proteina C reattiva risultano significativamente più elevati e in progressivo aumento nei pazienti COVID con prognosi sfavorevole, suggestivi di una sovrainfezione batterica secondaria. In tali pazienti, sono inoltre significativamente elevati i livelli serici di LDH (lattato deidrogenasi). Lo studio di Chen ha evidenziato che i pazienti COVID hanno elevati livelli di Interleuchina-6 (IL-6) all'ammissione in ospedale e che il graduale e progressivo incremento di questa durante l'ospedalizzazione è correlato con una prognosi sfavorevole.

L'infezione da SARS-CoV-2, oltre che essere responsabile del danno all'apparato respiratorio, può anche determinare danni al sistema cardiovasco-

lare. Può causare miocardite acuta con insufficienza cardiaca e potrebbe determinare, analogamente al virus SARS-CoV, un danno cronico al sistema cardiovascolare. I biomarcatori di lesioni cardiache e muscolari, troponina, creatina fosfochinasi (CPK) e mioglobina, risultano elevati nei pazienti con COVID-19 sia grave che fatale. I pazienti deceduti presentano livelli di troponina cardiaca significativamente elevati, suggerendo così una più plausibile evoluzione verso il danno cardiaco virale, fino all'insufficienza multiorgano (MOF). Come scritto precedentemente, si ritiene che SARS-CoV-2 infetti le cellule ospiti attraverso ACE-2 causando COVID-19 e, contemporaneamente, determinando danni al miocardio, sebbene i me-

canismi specifici siano incerti. Poiché pazienti con malattie cardiovascolari sottostanti l'infezione da SARS-CoV-2 hanno una prognosi avversa, particolare attenzione dovrebbe essere data alla protezione cardiovascolare durante il trattamento per COVID-19.

Sono state osservate anche alterazioni significative degli enzimi epatici (incremento alanina aminotransferasi, aspartato aminotransferasi e bilirubina totale, riduzione albumina) e dei marcatori di funzionalità renali (aumento azoto ureico nel sangue e creatinina). Tutti questi parametri necessitano di uno stretto monitoraggio e di una costante rivalutazione nei mesi prossimi al fine di ottenere un maggior numero di dati per valutazioni prospettiche e di *follow-up*.

fanellia@aou-careggi.toscana.it

La comunicazione nella COVID Unit dell'Ospedale Santo Stefano di Prato

di Filippo Risaliti, Elettra Pellegrino, Daniela Matarrese, Massimo Edoardo Di Natale, Pamela Lotti, Daniela Ammazzeni, Fabrizio Chiesi



FILIPPO RISALITI
Laureato nel 2001 a Firenze, specializzato in Medicina Interna a Firenze nel 2006, nel 2008 dipendente del Servizio Sanitario della Toscana e, dopo una breve parentesi presso USL Grosseto, dal 2010 a Prato presso Medicina Interna 2

ELETTRA PELLEGRINO
Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Direzione Sanitaria
P.O. Santo Stefano, Prato

DANIELA MATARRESE
Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Direttore sanitario
P.O. Santo Stefano, Prato e Direttore Rete Ospedaliera Azienda USL Toscana Centro

MASSIMO EDOARDO DI NATALE
Direttore SOC Medicina Interna 2,
P.O. Santo Stefano, Prato

PAMELA LOTTI
Dirigente Medico SOC Medicina Interna 2,
P.O. Santo Stefano, Prato

DANIELA AMMAZZINI
Direttore S.O.S. Assistenza Infermieristica di Gestione Prato

FABRIZIO CHIESI
Medico in formazione specialistica Igiene e Medicina Preventiva

La comunicazione è uno strumento fondamentale per l'organizzazione e per il clima interno. Durante il periodo COVID-19 ha rivestito un ruolo importante: la comunicazione verso l'esterno è stata soprattutto di tipo divulgativo e informativo sui percorsi clinico-organizzativi, la comunicazione a uso interno indirizzata al personale. Si riportano alcune esperienze effettuate sul campo.

Parole Chiave:
comunicazione, COVID-19, informazioni, organizzazione sanitaria, percorsi

La gravità, la diffusione e il carattere di emergenza dell'epidemia COVID-19 hanno richiesto interventi ripetuti e mirati dal punto di vista della comunicazione per una gestione ottimale dei messaggi in un contesto ospedaliero e sanitario quale è quello del Presidio Santo Stefano di Prato. In ospedale, nel

periodo 15 marzo - 30 aprile, i posti letto a disposizione per la gestione COVID-19 sono stati: 40 in terapia intensiva, 138 nell'area medica e malattie infettive e 74 nel territorio. Nella riorganizzazione dei percorsi e delle attività, l'aspetto comunicativo ha rivestito un ruolo di particolare importanza, dal momento che queste circostanze eccezionali hanno richiesto un impegno specifico e mirato, oltre che provvedimenti straordinari per la corretta gestione dei flussi delle informazioni.

In tempi remoti la mancanza di salute veniva vista come un "disordine sociale" da rimuovere e veniva relazionata alla terapia farmacologica; oggi la salute è diventata una condizione generale di benessere psico-fisico e in vista del suo raggiungimento la comunicazione a più livelli in modo coordinato risulta fondamentale e merita attenzione.

In base all'esperienza maturata nella pratica quotidiana, proponiamo una distinzione della modalità comunicativa come comunicazione rivolta verso l'esterno e comunicazione a uso interno.

Comunicazione verso l'esterno

Secondo Peters (Peters HP, *Mass media as an information channel and public arena*. Risk 1994;5:241-50) la comunicazione pubblica della scienza deve essere distinta in:

1. **educazione sanitaria:** comunicazione rivolta alla totalità del pubblico in cui i contenuti medico-scientifici passano in secondo piano rispetto a obiettivi volti a incentivare l'adozione di certi comportamenti o a disincentivarne altri;

2. **divulgazione sanitaria:** pratiche comunicative che esprimono un deciso carattere di linearità e assenza di posizioni divergenti che prevedono il parere di un medico o di uno studioso, per esporre nuove tecniche terapeutiche o impartire indicazioni per l'auto-cura. Richiedono un linguaggio più specializzato e sono rivolte a un pubblico ristretto e interessato ai temi sanitari;
3. **informazione medico-sanitaria:** le notizie legate ai temi medico-sanitari, presentate attraverso ad esempio notiziari televisivi o radiofonici, pagine di cronaca dei quotidiani. L'interesse per il contenuto tecnico passa in secondo piano;

4. *comunicazione indiretta sui temi della salute e della cura*: comunicazioni che non hanno obiettivi informativi né sono specificamente dedicate alle tematiche sanitarie e possono avvenire attraverso le *fiction* o le pubblicità commerciali, ad esempio quelle in cui compaiono medici.

All'interno di un ospedale, si può sperimentare l'importanza della comunicazione divulgativa, di tipo diretto per le autorità cittadine e di tipo indiretto per gli organi di stampa al fine di ragguagliare a cadenze precise gli amministratori e la cittadinanza dell'andamento dell'epidemia e dei provvedimenti adottati dalle autorità sanitarie a tale proposito.

Nella gestione dell'emergenza COVID-19, questo tipo di comunicazione è risultata particolarmente delicata per i contenuti e le modalità con cui questi venivano espressi, inoltre è stato necessario inviare messaggi univoci e non contrastanti; di conseguenza è risultato opportuno limitare al minimo il numero dei comunicati e dei soggetti autorizzati a emanarli, rendendo tale attività pienamente ed esclusivamente appannaggio della Direzione Sanitaria di presidio.

Sono state date continuamente *informazioni* medico-sanitarie, grazie anche all'importante rete costruita con le istituzioni locali e ai mezzi comunicativi messi a disposizione a livello aziendale.

Questa comunicazione, generalmente di tipo organizzativo, a carattere sociale, sanitario e assistenziale, è stata spesso diretta a istituzioni e forze dell'ordine piuttosto che ad associazioni di volontariato, con l'obiettivo di creare e migliorare una rete di servizi per la gestione e il contenimento del contagio (come ad esempio la gestione dei trasferimenti sanitari di persone e dispositivi oppure le forniture ospedaliere).

L'aspetto che ha coinvolto maggiormente il personale e l'intera organizzazione ha riguardato la *comunicazione di tipo clinico relativa alle condizioni di salute dei pazienti*

ricoverati e riguardante dati sensibili. Considerata la delicatezza dei dati da trasmettere ma considerate anche la particolarità e l'eccezionalità della situazione, non si è potuto fare altrimenti che fornire queste informazioni soprattutto per via telefonica, previ consenso e autorizzazione dei pazienti stessi, laddove fosse possibile. Il personale medico e nella fattispecie i medici di riferimento di ogni paziente si sono assunti l'onere di contattare quotidianamente il parente più prossimo o la persona di riferimento indicata dal paziente stesso per fornire aggiornamenti sull'evoluzione clinica e l'andamento del ricovero. Questa attività necessaria ha prodotto sui sanitari incaricati un notevole carico emotivo generato dalla straordinarietà e complessità della situazione. Per migliorare tale aspetto, grazie alla disponibilità di infermieri e medici, i reparti di assistenza COVID+ sono stati dotati di dispositivi portatili (*tablet*) per effettuare brevi videochiamate *whatsapp* tra pazienti e congiunti

Le azioni che abbiamo effettuato sono sempre basate sulla considerazione che quanto più una comunità cresce e diventa "competente" rispetto al proprio stato di salute, quanto più le attività di sua promozione saranno efficaci e i risultati di queste sostenibili, tanto più eventuali nuovi comportamenti virtuosi potranno divenire parte della cultura, permettendoci di integrarci con l'importante e complesso lavoro nel frattempo richiesto sul territorio. Questo è in linea con quanto esprime l'Unione Europea (Decisione del Parlamento europeo e del Consiglio del 24 settembre 1998): "comunicazione, informazione, educazione e formazione sono mezzi che stimolano la consapevolezza ambientale e promuovono il cambiamento dei comportamenti in tutti i settori della società", dichiarazione che evidenzia l'importanza dello scambio e dell'interazione (Decisione n. 2179/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 24 settembre 1998).

Comunicazione a uso interno

Accanto all'opportunità di relazionarsi verso l'esterno, si è reso necessario organizzare un'importante e pensata comunicazione interna, rivolta al personale e a tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza.

Abbiamo potuto distinguere una modalità comunicativa:

1. a carattere *collegiale* di tipo decisionale, riservata ai vertici direzionali sanitari e organizzativi di presidio per condividere e concordare scelte e decisioni organizzative comunque difficili; in questo contesto è stata determinante la disponibilità messa in campo dagli interpreti per la condivisione degli spazi e delle risorse indirizzati alla risoluzione di un problema comune;
2. a carattere *verticale* di tipo piramidale, dedicata alla trasmissione di direttive organizzative e gestionali, con uno sviluppo a cascata lungo la catena di comando in modo da mantenere una corretta e univoca trasmissione del messaggio garantendo una diffusione la più ampia e veloce possibile;
3. a carattere *orizzontale* di tipo circolare a cerchi concentrici per la diffusione di protocolli, procedure, indicazioni cliniche e assistenziali. Questo terzo livello comunicativo ha presentato esperienze veramente interessanti e per molti versi innovative. In particolare il personale medico e infermieristico ha sentito la necessità di adottare procedure specifiche mirate al miglioramento dell'assistenza e delle cure dei pazienti e al rispetto e consolidamento delle pratiche di contenimento della diffusione del contagio, anche e soprattutto tra gli operatori. La novità assoluta rappresentata dalla malattia stessa nelle sue varie forme ha richiesto una revisione e un aggiornamento continui delle abituali pratiche assistenziali e gli operatori si sono trovati spesso a imparare "sul campo" nuovi modelli e nozioni teoriche, pertanto la trasmissione orale diretta delle conoscenze ha svolto un ruolo cardinale.

Analizziamo alcuni esempi:

- *briefing medico organizzativo*: il gruppo di lavoro dell'*équipe* medica COVID+ era molto ampio, costituito da professionisti di tutte le specialità mediche e chirurgiche e fin da subito è passato tra i medici il concetto di suddividere il carico di lavoro e non di assegnare dei settori di riferimento, superando di fatto l'abituale schema della suddivisione e assegnazione in reparti; la giornata lavorativa è stata divisa in 3 turni di lavoro (mattina 08-14, pomeriggio 14-20 e notte 20-08) e all'inizio di ogni turno di lavoro è stata indetta una riunione per lo scambio di consegne e la distribuzione dei compiti guidata da un referente del gruppo medico di lavoro. Considerata la numerosità dei partecipanti, è stata svolta in una sala dedicata, così da consentire un adeguato distanziamento tra i partecipanti;
- *consegne sintetiche*: la numerosità e complessità dei pazienti e l'elevata alternanza dei professionisti in gioco hanno determinato l'esigenza di lasciare traccia sintetica delle informazioni essenziali relative all'attività assistenziale specifica per ogni paziente in modo da consentire ai medici di turno di orientarsi più velocemente e più precisamente nello sviluppo delle attività; questo strumento ha garantito anche una certa linearità nella condotta terapeutica facilitando particolarmente il lavoro dell'*équipe* medica. Pertanto a ogni fine turno i medici hanno compila-

to un breve resoconto di poche righe per ogni paziente visitato in cui hanno indicato, ad esempio, i dati anagrafici, i riferimenti telefonici, le indagini diagnostiche in corso, le impostazioni della ventilazione non invasiva, alcuni parametri vitali o tutto ciò che potesse essere utile sapere in particolare per quel paziente. Considerata la sensibilità dei dati trattati è stata necessaria una particolare cura della documentazione prodotta, accessibile solo da postazioni interne abilitate;

- *M&M*: ha rappresentato un versatile e pratico strumento per la formazione rapida ed efficace del personale chiamato a dotarsi in tempi rapidi di conoscenze e competenze nuove (gestione tracheostomie, ventilazione non invasiva, eco torace, procedure di vestizione e svestizione, procedure di sanificazione).

Alcune esperienze meritano di essere menzionate:

1. per favorire lo scambio di informazioni e le attività assistenziali quotidiane il personale medico e sanitario è stato fornito di telefoni portatili collegati con la rete *wi-fi* interna all'ospedale da assegnare ai referenti medici dei vari gruppi di lavoro e ricetrasmittenti a onde radio (*walkie-talkie*) da distribuire tra i settori COVID+ per facilitare le operazioni medico assistenziali nelle stanze dei pazienti isolati, favorendo lo scambio diretto di informazioni tra ambiente "contaminato" e ambiente "pulito";

2. previo accordo tra Direzione Sanitaria di presidio e autorità ecclesiastiche cittadine (Vescovo) e di presidio (Cappellano dell'Ospedale), il giorno di Pasqua un piccolo gruppo di medici autorizzati, al di fuori delle attività lavorative, ha portato il Sacramento della Eucaristia ai pazienti COVID+ che lo hanno richiesto;
3. nell'ambito delle abituali attività assistenziali gli operatori si sono spesso fatti tramite tra i pazienti isolati e le loro famiglie nello scambio di messaggi dal contenuto emotivo importante, come nel caso delle nipotine che avevano lasciato un biglietto di saluto e incoraggiamento nella valigia dei nonni ricoverati;
4. nel tentativo di alleviare l'isolamento dei pazienti ricoverati, fin dove fosse possibile, il personale ha cercato di ricongiungere i familiari contemporaneamente ricoverati, come ad esempio madre e figlio, marito e moglie, consuocere, creando così *camere familiari*.

Per concludere, a posteriori le scelte organizzative e comunicative attuate si sono rivelate pertinenti ed efficaci rispetto a un evento poco conosciuto; i percorsi hanno tenuto conto dell'urgenza di cercare un equilibrio fra corretta informazione, tutela della collettività e incertezza sull'evento futuro. La collaborazione con i *media*, le autorità competenti e il personale ha permesso il veicolo di informazioni semplici, essenziali e chiare.

filippo.risaliti@uslcentro.toscana.it

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 verranno apprezzate la facile fruibilità (è ottimizzato anche per *tablet* e *smartphone*) e la chiarezza della struttura e dei contenuti. Naturalmente in attesa di suggerimenti e idee migliorative, che saranno i benvenuti!

Info: a.barresi@omceofi.it

L'accesso alle cure dei pazienti con disabilità intellettiva nell'Ospedale San Giuseppe di Empoli

di David Coletta, Carla Benassai, Elisabetta Berni, Lucia Culotta, Katuscia Franchini, Antonella Pretini, Domenico Spoletti, Gianluca Leopardi, Ottaviano Tarantino, Rosario Spina, Roberto Tarquini, Elisa Lo Presti



DAVID COLETTA
Medico Chirurgo, dal 1989 al 2009 Medico di Medicina Generale ASL 11, dal 2010 Dirigente Medico Azienda USL Toscana-Centro. Coordinatore del Centro PASS dell'ospedale San Giuseppe di Empoli

CARLA BENASSAI, ELISABETTA BERNI, ROSARIO SPINA
SOC Anestesia e Rianimazione (Dir. R. Spina)

LUCIA CULOTTA
SOC Servizi ai Cittadini Firenze-Empoli

KATUSCIA FRANCHINI, ANTONELLA PRETINI
SOC Assistenza Infermieristica Area territoriale Empoli (Dir L. Meini)

DOMENICO SPOLETTI
SOC Odontoiatria (Dir. M. Massagli)

GIANLUCA LEOPARDI
Direttore SOSD Otorinolaringoiatria

OTTAVIANO TARANTINO
Direttore SOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

ROBERTO TARQUINI
Direttore SOC Medicina Interna

ELISA LO PRESTI
ASL Toscana Nord-Ovest

La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, afferma che “i servizi e le strutture sociali destinate a tutta la popolazione siano messe a disposizione, (...) delle persone con disabilità e siano adattate ai loro bisogni”. Tuttavia, tra le persone con disabilità intellettiva e la popolazione generale, esiste una rilevante disuguaglianza di accesso alle cure. Abbiamo quindi realizzato, fin dal 2015, il progetto DAMA.

Parole chiave:

DAMA, PASS, disabilità intellettiva, equità, disuguaglianza

La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità all'art. 25 sancisce “il diritto di godere del migliore stato di salute possibile, senza discriminazioni fondate sulla disabilità” e all'art. 19 prescrive che “i servizi e le strutture sociali destinate a tutta la popolazione siano messe a disposizione (...) delle persone con disabilità e siano adattate ai loro bisogni”.

Tuttavia, la letteratura dimostra che esiste una disuguaglianza di salute rile-

vante tra le persone con disabilità intellettiva (DI) e la popolazione generale, dovuta alle difficoltà di accesso ai servizi sanitari e alla peggiore qualità delle cure ricevute per le comuni patologie non correlate alla disabilità intellettiva: l'aspettativa di vita è minore di 13 anni per gli uomini e di 20 per le donne.

Le persone con disabilità intellettiva, disturbi del neurosviluppo, disturbi dello spettro autistico hanno in comune la caratteristica di presentare gravi problemi nella comunicazione che spesso le rendono intolleranti e non collaboranti verso qualsiasi manovra sanitaria, per cui frequentemente non riescono a ricevere risposta ai comuni problemi di salute. Spesso hanno subito contenzione fisica per poter usufruire di prestazioni sanitarie considerate “non invasive” per la maggior parte della popolazione, sviluppando così resistenza e paura nei confronti dell'ambiente sanitario.

Occorre quindi realizzare percorsi diagnostico-terapeutici a misura delle persone con disabilità intellettiva e sviluppare programmi di formazione per il personale sanitario. Una diversa tipologia di accoglienza, adattata alle caratteristiche del paziente – *accoglienza calma* – e l'eliminazione della contenzione fisica, con il ricorso quando necessario alla sedazione farmacologica, determinano la restituzione di pari opportunità di cura, diritto alla salute e dignità agli uomini e alle donne con disabilità, affinché la cura non sia un'umiliazione, ma un'esperienza decorosa e rispettosa, come per tutti gli altri cittadini.

In Italia si conoscono poche realtà nelle quali sono stati sviluppati questi principi. Il progetto DAMA (*Disabled Advanced Medical Assistance*) dell'ospedale

S. Paolo di Milano, nato nel 2000, ne è stato l'antesignano.

La Regione Toscana, per garantire una effettiva equità, ha messo a punto, per prima in Italia, il programma PASS (Percorsi Assistenziali per i Soggetti con bisogni Speciali) con l'obiettivo di garantire un accesso equo ai servizi sanitari in tutti gli ambiti di erogazione delle cure.

Il servizio DAMA/PASS dell'Ospedale di Empoli

Sulla base del principio dell'adattabilità delle strutture attraverso gli accomodamenti ragionevoli, che cosa significa organizzare un programma DAMA/PASS?

Il cuore dell'organizzazione DAMA/PASS è l'*équipe* ospedaliera per la disabilità, costituita da un medico inter-

nista, un chirurgo, un'anestesista, un infermiere "facilitatore", un medico radiologo e un tecnico di radiologia, un odontoiatra, un medico della direzione ospedaliera. Questi specialisti non sono esclusivamente dedicati alle persone con disabilità, continuano a fare il proprio lavoro con tutti i pazienti, impiegando parte del proprio tempo lavoro all'*équipe* per la disabilità, dopo aver seguito un programma di formazione. Fin dall'inizio del nostro progetto l'anestesista è stato considerato parte integrante del nucleo, insieme all'internista e all'infermiere, non un semplice consulente tecnico da chiamare al momento del bisogno.

Per tutte le specialità o i servizi che esistono nell'ospedale è necessario avere uno o due referenti preparati, che si siano formati e possano così rispondere alle richieste dell'*équipe*.

L'*équipe* rappresenta infatti il punto di riferimento per tutto l'ospedale per la cura di casi complessi e la consulenza in casi più semplici, è il nodo centrale del DAMA/PASS: quanto migliore sarà il servizio ambulatoriale tanto minore sarà il numero dei ricoveri e degli accessi in

pronto soccorso, perché si potranno evitare le complicanze che si manifestano acutamente o le cronicizzazioni dovute al mancato ricorso alle cure.

Il servizio ambulatoriale DAMA/PASS funziona come *day service*: tutte le prestazioni necessarie all'*iter* diagnostico sono programmate ed eseguite in un unico accesso (*all in one time*) per non moltiplicare il disagio che ha la persona con disabilità intellettiva nell'accedere in ospedale e sono effettuate nell'ambulatorio dedicato secondo la logica *all in one place*, a esclusione della radiologia.

Il percorso inizia con un confronto telefonico con il medico curante e prosegue con un colloquio di persona o telefonico, condotto dall'anestesista, dall'internista e dall'infermiere facilitatore, con la famiglia/*caregiver*, finalizzato alla raccolta dell'anamnesi approfondita e globale, sostituendo così la prima visita che solitamente apre un percorso di cura: per la pianificazione della strategia di accoglienza, degli accertamenti da svolgere, la raccolta di dati indispensabili per l'anestesista e per l'internista, per studiare la necessità o meno di sedazione e la preparazio-

ne di vari "piani strategici" alternativi. Dal 2015, all'ospedale di Empoli, si è registrata una crescita esponenziale degli accessi al *day service* DAMA/PASS: 11 nel 2015, 26 nel 2016, 161 nel 2017, 247 nel 2018 e 182 nel primo semestre 2019, tra i quali la necessità di sedazione si è avuta mediamente nel 30% dei casi. I pazienti provengono prevalentemente dalla Azienda USL Toscana-Centro ma anche dalle altre Aziende Sanitarie toscane e, in alcuni casi, da altre Regioni (Puglia, Lazio).

I necessari accomodamenti ragionevoli, oltre che nel *day service* e nell'ambulatorio odontoiatrico, devono essere introdotti anche nel ricovero e soprattutto nel Pronto Soccorso, dove la presenza di uno stato di agitazione è da considerarsi, fino a prova contraria, segno di causa organica (cause frequenti: dolore, ipossia, infezione), dalla quale derivano sintomi che il paziente non è in grado di esprimere. La cultura dell'adattabilità deve attraversare l'ospedale, affinché tutte le persone con disabilità intellettiva possano godere pienamente del loro diritto alla salute.

david.coletta@uslcentro.toscana.it



Riflessioni sulla sentenza della Corte Costituzionale del 25 settembre 2019

di Franco Bellato



FRANCO BELLATO

Laureato in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Pisa, specializzato in Psichiatria all'Università degli Studi di Firenze, psicoterapeuta analitico, docente di Fondamenti Storici ed Epistemologici della Psicologia presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Pisa

La Corte Costituzionale ha emesso il 25/09/2019 la Sentenza che dichiara non punibile per l'art. 580 del Codice Penale chi, a determinate condizioni, agevola l'esecuzione del proposito suicidario. Il principio di autodeterminazione del cittadino riguarda la possibilità di disporre della propria vita. Richiama la Legge 219 del 2017. Necessario il dibattito tra medici portatori di differenti principi etici. Interessanti pensieri del Magistero Cattolico. Il Codice Deontologico richiede discussione per concordare con la Corte Costituzionale rispettando la Legge.

Parole chiave:

eutanasia, suicidio assistito, Legge 219/2017, Sentenza Corte Costituzionale 2019, fine vita

Per un grave *deficit* legislativo del Parlamento, dopo un anno di attesa, ancora una volta la Corte Costituzionale ha dovuto colmare il vuoto relativo a problematiche del fine vita, in particolare per il processo istruito a Milano nei confronti di Marco Cappato.

L'esponente radicale, tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni, ha accompagnato in Svizzera il signor Fabiano Antoniani, noto come dj Fabo, che aveva manifestato il desiderio in piena libertà e capace di intendere e di volere di porre fine alla propria vita, trovandosi in una condizione clinica grave, irreversibile, incurabile: tetraplegico e cieco per un grave incidente stradale.

La sentenza trasmessa alla Corte d'Assise di Milano che aveva posto il quesito di legittimità enuncia la non punibilità ai sensi dell'art. 580 del Codice Penale (istigazione o aiuto al suicidio che prevede pene da 5 a 12 anni), a determinate condizioni, di chi agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi:

- di un paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale,
- affetto da patologia irreversibile,
- fonte di sofferenze fisiche e psicologiche che reputa intollerabili,
- ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli.

La non punibilità è subordinata al rispetto delle modalità previste dalla normativa sul consenso informato, sulle cure palliative, sulla sedazione profonda continua (artt. 1 e 2 della Legge 219 del 2017). Si devono verificare sia le condizioni della richiesta sia le modalità di esecuzione in una struttura pubblica del Sistema Sanitario Nazionale, sentito il parere del Comitato Etico territorialmente competente. Quindi si depenalizza l'aiuto al suicidio secondo il citato art. 580 del Codice Penale.

Osserviamo la differenza tra *eutanasia* e *suicidio assistito*.

La *prima* è atto il cui obiettivo è anticipare la morte su richiesta, allo scopo di togliere la sofferenza ed è dall'ordina-

mento inquadrabile nell'omicidio del consenziente.

Il *secondo* prevede che l'interessato compia l'ultimo atto che provoca la sua morte, atto reso possibile dalla determinante collaborazione di un terzo che potrebbe essere un medico, ma non necessariamente.

Nell'ordinamento italiano è assente una disciplina specifica delle due pratiche trattate come aspetti generali dei delitti contro la vita.

Nel lungo cammino di sofferenza da Welby, a Englaro, a Antoniani – dj Fabo, morto il 20 febbraio 2017 in una clinica svizzera –, c'è un vuoto legislativo di tanti anni. In parte si è provveduto con la Legge 219 del 2017, cosiddetta del *Biotestamento e Dichiarazione Anticipata di Trattamento*, DAT.

In opportune sedi *hospice*, si possono applicare le terapie palliative e la sedazione profonda continua per richiesta del paziente o dei parenti. Sono stati 115 gli italiani a recarsi in Svizzera per morire con la metodica del Suicidio assistito.

Giuseppe Battimelli, il Vice Presidente dell'Associazione Medici Cattolici Italiani, di circa 4.000 iscritti, ha invocato il diritto all'obiezione di coscienza, peraltro prevista nella sentenza.

Il Presidente dell'OMCeO di Roma Antonio Magi ricorda di considerare il Codice Deontologico Medico che all'art. 17 recita che anche su richiesta del paziente il medico non deve effettuare atti finalizzati a provocare la morte; aggiunge che le infrazioni al

Codice possono comportare la radiazione dall'Ordine.

Il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini Provinciali Filippo Anelli, già Presidente dell'Ordine di Bari, dice di affidare l'atto estremo, la consegna di un farmaco, a un funzionario pubblico ufficiale, individuato per questo ruolo.

Mario Riccio, anestesista che assistette Pier Giorgio Welby, afferma che il Codice Deontologico è fonte secondaria di fronte alla Legge.

Mario Sabatelli, Primario Neurologo del reparto che cura i malati di SLA del Policlinico A. Gemelli dell'Università Cattolica di Roma, dice che il rifiuto delle cure non è eutanasia, ma buona prassi medica.

La Legge, la Costituzione, il Codice Deontologico lo consentono. Anche il Magistero della Chiesa afferma che *“non c'è il diritto di morire, ma c'è il diritto a morire in serenità con dignità umana e cristiana”*.

Se Welby e Piludu fossero stati miei pazienti avrei seguito le loro decisioni senza tribunali.

I nostri malati di SLA sanno che potranno rinunciare al respiratore quando per loro dovesse diventare intollerabile. Solo il malato può valutare se la ventilazione meccanica è proporzionata alle proprie condizioni e non lesiva della propria dignità di vita.

Chi accetta ha diritto di essere assistito a domicilio dai pubblici servizi e chi rifiuta ha diritto di morire con dignità.

I medici che si arrogano il diritto di intubare i malati che si erano detti contrari compiono veri e propri abusi.

Seguire le scelte del paziente, alleviare le sofferenze, molti medici non lo fanno per paura e ignoranza e non

informano il paziente in modo approfondito e chiaro. Ho tolto il respiratore a pazienti stanchi di vivere, immobili, li ho sedati profondamente, ho spento la macchina e sono morti nel sonno.

L'eutanasia è diversa: dare un farmaco che provoca la morte.

La Chiesa nel 1980 affermò che era lecito interrompere l'applicazione di tali mezzi quando i risultati deludono le speranze riposte in essi. La sedazione profonda non è eutanasia.

Il Catechismo della Chiesa Cattolica ricorda che talora vi è la possibilità in cui non si vuole la morte, ma si accetta di non poterla impedire.

Pio XII negli anni '50 del Novecento disse *“Compito del medico è lenire le sofferenze e se anche il farmaco dovesse accelerare la fine, il nostro obiettivo è togliere la sofferenza”*.

Papa Francesco durante l'assemblea europea della *World Medical Association*, a Mons. Vincenzo Paglia, Presidente della Pontificia Commissione per la vita, dice che *“occorre un supplemento di saggezza perché oggi è più insidiosa la tentazione di insistere con trattamenti che producono potenti effetti sul corpo, ma talora non giovano al bene integrale della persona. Ciascuno dia amore nel ruolo che gli è proprio: come padre o madre, figlio o figlia, fratello o sorella, medico o infermiere. E se sappiamo che dalle malattie non possiamo sempre garantire la guarigione, della persona vivente dobbiamo e possiamo sempre prenderci cura senza abbreviare noi stessi la sua vita, ma anche senza accanirsi inutilmente contro la sua morte”*.

Il Giudice Tutelare del Tribunale di Roma, IX sezione civile, riconosce la volontà del cittadino, che va rispetta-

ta ed eseguita, quando egli non può manifestarla, tramite il potere/dovere dell'Amministratore di sostegno di ricostruire e far valere la decisione del paziente, senza necessità di ulteriori ricorsi o autorizzazioni da parte del Tribunale per procedure, previo percorso di cure palliative e sedazione profonda al distacco dai trattamenti, ai sensi della Legge Consenso informato e DAT 219 del 2017.

Occorre studiare, approfondire i vari aspetti del fine vita, dialogare con onestà intellettuale, escludendo pregiudizi e certezze precostituite estranee alla Scienza Medica, fondata su cammino storico plurimillenario, dati oggettivi, esperienza clinica.

La Presidente OMCeO di Firenze, Professoressa Teresita Mazzei, invita al confronto, ai toni pacati, a una dialettica positiva.

Pubblica su *Toscana Medica* ottobre 2019 la Comunicazione 124 del Presidente della Federazione Nazionale OMCeO Filippo Anelli dopo il clamore e le polemiche dei primi giorni dalla Sentenza della Corte Costituzionale.

La Medicina non è confessionale e opera in questa Società e in questo tempo in uno Stato laico quale è la Repubblica Italiana.

Il medico può avere idee religiose o non, essere credente o agnostico o ateo, prima di tutto è medico che svolge la propria professione in Scienza e Coscienza, rispettando le Leggi.

Spero si attivi un dibattito aperto e costruttivo tra colleghi su *Toscana Medica* senza dogmi o posizioni precostituite che non fanno parte della Medicina.

fec@outlook.it



Bambini contesi

Una condizione di rischio per un sano sviluppo della persona in crescita

di Riccardo Lo Parrino, Anna Maria Brizzi



RICCARDO LO PARRINO
Neuropsichiatra Infantile. Coordinatore del Servizio Territoriale per lo Scompenso Psicico in Adolescenza dell'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza di Firenze, Azienda USL Toscana Centro

ANNA MARIA BRIZZI
Dirigente Psicologo.
UF Salute Mentale Infanzia e Adolescenza e Consultorio Valdelsa.
Azienda USL Toscana Sud-Est.

Conflitti insanabili fra i *partner* della coppia genitoriale che trovano il proprio epicentro nell'aspra contesa del figlio possono costituire per i bambini un'esperienza traumatica che si mantiene nel tempo. Da questa, in assenza di interventi appropriati sia dell'area della salute mentale che dell'ambito legale, possono derivare gravi rischi per lo sviluppo psicologico della persona in crescita.

Parole chiave:
bambini, attaccamento, sviluppo traumatico, adolescenti, trauma psicologico

Un bambino è una persona. Quest'affermazione può sembrare ovvia. Ovvio probabilmente lo è, ma non scontata. Un bambino è una persona piccola, ancora piccola; certamente non una piccola persona, ossia insignificante. In quanto persone, i bambini, è bene ricordarlo, non sono neppure angeli, esseri che vedono verità che gli adulti non sono in gra-

do di vedere (*Il re è nudo!*), “mandati o inviati dagli dei”, come “molte volte e in epoche diverse è stato detto” – l'espressione è dello storico della filosofia Paolo Rossi, da lui riportata nel bel testo dal titolo *Bambini, sogni, furori* –.

In quanto persona piccola, il bambino è, questo sì, per sua natura, fragile, perché dipende, per i suoi bisogni, anche quelli primari, dalle figure accidenti, che sono in genere i genitori. Anche altre persone sono, per questo e altri motivi, fragili; i vecchi, ad esempio, sono per lo più persone fragili e così i malati e i disabili.

“Un bambino solo non esiste” diceva Donald Winnicott. D'altra parte, che siamo creature relazionali lo sappiamo da molti, moltissimi secoli. Ce lo ha insegnato la filosofia antica.

Il “sé” di ciascuno di noi è creato in parte all'interno di relazioni.

Se la spinta innata del bambino ad “attaccarsi” ai propri genitori trova l'adulto pronto a leggere i segnali che il bambino stesso gli invia e a rispondere a essi altrettanto prontamente, si svilupperà un modello di attaccamento che John Bowlby alla fine degli anni '60 del secolo scorso ha definito “base sicura” per affrontare il mondo.

La mole di lavori scientifici che da allora sino ai nostri giorni è stata prodotta in tutto il mondo a conferma dell'originaria concettualizzazione di Bowlby è enorme.

Possiamo affermare quindi con sufficiente certezza che un bambino avrà buone possibilità di diventare un adulto che gode di buone condizioni di salute fisica e psichica se cresce in un ambiente in grado di riconoscerne i bisogni, materiali ed

emotivi, e di rispondere a essi efficacemente.

Con altrettanta sicurezza possiamo dire che, quando ciò non accade, cioè quando i genitori non riescono a “sintonizzarsi” con la sfera emotiva dei loro figli, tali possibilità inevitabilmente si riducono.

A un livello estremo, un grave disconoscimento dei bisogni del bambino, o una risposta a questi disfunzionale, può configurarsi come un trauma d'attaccamento. È noto che anche esperienze relazionali avverse apparentemente poco rilevanti, ma reiterate nel tempo, in fasi precoci della vita possono avere conseguenze negative, anche gravi, sullo sviluppo del bambino. Si parla di *adverse childhood experiences* (Studio ACE). Sappiamo che lo *stress* cronico produce livelli tossici di ormoni e neurotrasmettitori in grado di danneggiare il cervello ancora immaturo anatomicamente e funzionalmente, agendo in particolare su ippocampo, corteccia prefrontale, soprattutto destra, e corpo calloso (Shin *et al.*).

Bisogna avere presente che anche la perdita di una figura d'attaccamento su cui il bambino faceva affidamento può assumere per lui una valenza traumatica.

Secondo la nostra esperienza di operatori di servizi pubblici di salute mentale dell'infanzia, forse in nessun

altro ambito di lavoro clinico, come in quello con i bambini contesi, e i loro genitori, il rispetto prioritario dei bisogni del minore (*favor minoris*) viene da tutti tanto enfaticamente invocato.

Le accuse che per lo più i genitori si muovono reciprocamente ruotano attorno a questo asse centrale: il mancato rispetto dei bisogni del figlio, secondo la visione che ciascuno di loro ne ha.

Il conflitto genitoriale irrisolvibile, portato avanti in nome dei bisogni del bambino, determina una situazione in cui il soddisfacimento di tali bisogni è paradossalmente negato.

La circolarità positiva: riconoscimento genitoriale del segnale del figlio - pronta risposta del genitore - amplificazione di stati emozionali positivi e controllo di quelli negativi del bambino (descritta negli anni '70 del Novecento da Mary Ainsworth nei bambini piccoli e da molti altri ricercatori dopo di lei) non può realizzarsi perché interrotta al suo nascere. Vorremmo segnalare due conseguenze possibili di questa interruzione, che ci sembrano particolarmente preoccupanti per lo sviluppo psicologico della persona in crescita. La prima di queste conseguenze è il *freezing* emozionale. Se le emozioni, dispiegandosi liberamente nello spazio relazionale, interpersonale, sono destinate a generare, in maniera reiterata, delusioni e sentimenti negativi in chi le prova, è possibile che prima o poi siano sottoposte a un processo di immobilizzazione, di congelamento.

Il *freezing* (immobilità ipertonica), insieme alla lotta (*fight*), alla fuga (*flight*) e all'immobilità ipotonica (*faint*), fa parte di un sistema di difesa comune a molte specie di mammiferi e certamente è presente in *Homo sapiens* (Porges e la teoria polivagale).

Quando niente cambia e tale processo persiste nel tempo, e soprattutto quando persiste in maniera rigida, può determinarsi una condizione per cui, il "sé interno privato" e il "sé esterno pubblico e adattivo" (Daniel Siegel) non fanno più parte di un sistema integrato. Il "sé interno", nascosto e im-

possibilitato a manifestarsi, soccombe al predominio del "sé pubblico e adattivo".

In casi di particolare gravità, il bambino non solo non sa più esprimere liberamente all'esterno le emozioni autentiche, ma diventa anche incapace di riconoscerle.

Vediamo pazienti (ormai di questo si tratta) arrivati all'appuntamento con l'adolescenza ancora drammaticamente al centro di conflitti genitoriali irrisolti, dibattersi in crolli angoscianti e dagli esiti imprevedibili. Per lo più questi ragazzi/e esprimono penosi sentimenti di non sapere chi davvero sono e di essere privi di valore.

La seconda, rischiosa, conseguenza su cui vogliamo soffermarci riguarda l'assunzione di responsabilità da parte del bambino rispetto a quanto di negativo accade, dentro e fuori da lui. Il difettoso collegamento con i *caregivers* interferisce pesantemente con l'affermarsi di una valida capacità del bambino di regolare le proprie emozioni. Sentirsi lui "quello che non va" gli consente di rendere più tollerabile il dolore derivante dal fallimento del rapporto con genitori in evidente difficoltà e, allo stesso tempo, gli permette di organizzare, in qualche modo, una vita emotiva altrimenti pericolosamente minacciata dal caos.

Il prezzo da pagare per questa apparente tranquillità interiore, in precario e non si sa quanto duraturo equilibrio, è dunque molto alto: accettare la propria colpevole insufficienza (sino al punto, in alcuni casi, di sentirsi "merce avariata", per usare un'impetosa ma realistica espressione di Daniel Siegel).

Atteggiamenti accudenti verso i propri genitori (*parentification*), chiara espressione di quella che molti autori (Kerig, Chase) chiamano *boundary dissolution* (di così frequente riscontro nelle storie relazionali dei bambini contesi) rimandano proprio a tale disfunzionale strategia difensiva.

L'adolescenza attende questi bambini come una turbolenta e pericolosa navigazione fra Scilla e Cariddi. D'altronde altri passaggi, per rag-

giungere l'età adulta, non ce ne sono. La recrudescenza pulsionale adolescenziale e il rimaneggiamento dei vecchi equilibri propri dell'infanzia riattivano la minaccia di una caoticità emotiva che può prendere il sopravvento e assumere forme francamente patologiche. Ad esempio, rabbia e odio (rabbia e odio punitivi) possono emergere, anche in maniera incontrollata, ed essere diretti verso sé o verso gli altri. Certo sempre la sofferenza è profonda.

Solo una breve considerazione relativa al funzionamento genitoriale di persone le cui storie, individuali e di coppia, sono per lo più assai complesse. Sono tali storie che costituiscono ostacoli gravosi alla capacità di modificazione dei genitori lungo quel tragitto che, con la nascita del figlio, dovrebbe portare la coppia coniugale a essere anche coppia parentale. È da tali storie irrisolte che, quando la coppia ha un figlio, prendono corpo dinamiche relazionali triangolari disfunzionali, destinate a strutturarsi e inasprirsi durante e dopo la separazione.

Il processo d'integrazione delle vicende personali e relazionali complesse dei genitori con le esigenze del figlio risulta ostacolato, quando non impossibile. La competenza genitoriale di adattamento viene meno e al suo posto compare allora un *maladattamento* (Di Blasio) per cui, parafrasando ancora Siegel, il bambino "viene inghiottito dalle esigenze altrui".

Quale aiuto ai bambini contesi? I percorsi di aiuto sono, lo sappiamo, complessi e articolati. Alla complessità e gravità in sé i servizi sono ben allenati. Certo è che nessun vero aiuto, con qualche speranza di riuscita, può essere dato ai bambini contesi senza uno sforzo congiunto di tutti i professionisti coinvolti, dell'ambito sia legale che della salute mentale, di un'autentica collaborazione.

riccardo.loparrino@uslcentro.toscana.it

Prevenzione oncologica e diagnosi precoce del carcinoma ovarico

di Alberto Mattei, Gianni Bargelli, Federica Perelli, Francesca Ciccarone, Valentina Tosto, Antonia Testa

La trattazione affronta due aspetti di un percorso gestionale complesso: 1) *screening* e prevenzione oncologica del carcinoma ovarico; 2) percorso diagnostico della massa pelvica e diagnosi precoce del carcinoma ovarico. La razionalizzazione della strategia clinica, nelle componenti preventiva, diagnostica e terapeutica, è essenziale per la riduzione di morbosità e mortalità legate a questa neoplasia.

Parole chiave:
carcinoma ovarico, ecografia, prevenzione oncologica, diagnosi precoce

Il carcinoma ovarico è ancora oggi una sfida diagnostico-terapeutica e rappresenta la principale causa di morte per tumore ginecologico e la quinta per tumore nella popolazione di sesso femminile nei Paesi sviluppati. Ogni anno si stima che siano diagnosticati in Europa 65.000 casi, dei quali quasi 5.000 in Italia. A fronte di un'incidenza relativamente bas-

sa, questo tipo di tumore è gravato da un'elevata mortalità. Colpisce tutte le età, ma con maggiore frequenza tra i 50 e i 65 anni. È tuttavia evidente come la prognosi delle pazienti con stadi iniziali di malattia sia enormemente migliore rispetto a quelle che si presentano in una fase avanzata di malattia. Non esiste a oggi una strategia di *screening* come per le neoplasie della cervice uterina o del colon-retto, ma avendo identificato una parte della popolazione ad alto rischio per fattori genetico-familiari e avendo sviluppato dei criteri ecografici per la gestione delle formazioni pelviche, è d'obbligo diffondere la cultura di una strategia preventiva volta a minimizzare la diagnosi tardiva di carcinoma ovarico.

Questa breve trattazione affronta principalmente due aspetti di un percorso gestionale complesso, che racchiude ancora diverse criticità:

- *screening* e prevenzione oncologica del carcinoma ovarico;
- percorso diagnostico della massa pelvica e diagnosi precoce del carcinoma ovarico.

Una razionalizzazione della strategia clinica, nelle sue componenti preventiva, diagnostica e terapeutica è essenziale per il miglioramento dei risultati in termini di morbosità e mortalità legati a questa neoplasia.

Screening e prevenzione oncologica

Uno dei motivi del "fallimento" della terapia del carcinoma ovarico è la diagnosi in fase avanzata di malattia. Lo stadio di malattia al momento della diagnosi è il fattore prognostico più rilevante. La sopravvivenza a 5 anni delle pazienti con tumore epiteliale maligno dell'ovaio (il 90% di tutti i



ALBERTO MATTEI

Laureato in Medicina e Chirurgia con lode il 14/03/1984; Specialista in Ginecologia e Ostetricia nel 1989.

Dal 2018 Direttore della SOS Dipartimentale di Chirurgia Ginecologica Mini Invasiva USL Toscana-Centro. Da marzo 2018 svolge attività chirurgica in campo oncologico ginecologico presso il Policlinico Gemelli di Roma. Dal 2017 membro del board di Chirurgia Ginecologica mini invasiva per la FIGO

GIANNI BARGELLI

Medico Ginecologo presso la SOS Dipartimentale di Chirurgia Ginecologica Mini Invasiva USL Toscana-Centro

FEDERICA PERELLI

Medico Ginecologo presso la Ginecologia e Ostetricia del Nuovo Ospedale di Prato Santo Stefano

FRANCESCA CICCARONE

Medico Ginecologo presso Dipartimento di Scienze della Salute della Donna e del Bambino, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli - IRCSS

VALENTINA TOSTO

Medico in Formazione specialistica presso Dipartimento di Ostetricia, Ginecologia, Centro di medicina Riproduttiva e Perinatale, Università di Perugia

ANTONIA TESTA

Professoressa presso Dipartimento di Scienze della Salute della Donna e del Bambino, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli - IRCSS

tumori maligni) è per lo stadio I del 70-90%, per lo stadio II del 50-60%, per lo stadio III del 20-40% e per lo stadio IV del 10%. La sopravvivenza globale si attesta intorno al 50%.

Le Società scientifiche nazionali e internazionali sono concordi nel ritenere che la redditività delle procedure attualmente disponibili non è sufficientemente forte da giustificare la realizzazione di un programma di *screening* nella popolazione femminile generale.

I fattori di rischio associati al tumore ovarico sono classificabili in genetico-familiari, endocrini e ambientali. Fra questi, i fattori eredo-familiari hanno un peso rilevante nella determinazione del rischio e un programma di sorveglianza, invece, può essere opportuno nella popolazione identificata ad alto rischio per cancro ovarico, anche se non è stato dimostrato un evidente impatto sulla mortalità. Le sindromi genetiche che comportano un significativo incremento del rischio per tumore ovarico sono: la *breast-ovarian cancer syndrome* (legata alla mutazione dei geni BRCA1 e BRCA2), la *site specific ovarian cancer syndrome* (coinvolge i geni BRCA1 e BRCA2), la sindrome di Lynch (anche nota come HNPCC; implica un aumentato rischio anche per carcinoma del colon non associato a poliposi, carcinoma dell'endometrio e della mammella), sindrome di Cowden (coinvolge la mutazione del gene PTEN; associazione di tumore ovarico e cerebrale), sindrome di Gorlin (mutazione di PTC; aumentato rischio per tumore ovarico e nevi multipli).

È auspicabile rivolgere un'attenzione particolare alla popolazione femminile identificata a elevato rischio di carcinoma ovarico (riscontro di mutazione genetica, storia familiare positiva), offrendo un adeguato *counseling* genetico e riproduttivo e controlli ecografici e di laboratorio (dosaggio CA-125) annuali sin dalla giovane età. In questo gruppo di donne, inoltre, è possibile attuare una prevenzione oncologica ricorrendo alla salpingo-ooforectomia bilaterale profilattica dopo i 35 anni e compatibilmente al progetto riproduttivo della paziente.

Inquadramento diagnostico della massa annessiale e diagnosi precoce

La presenza di una massa annessiale, indipendentemente dall'età della paziente, deve essere valutata per escludere una neoplasia maligna. Una volta considerato il dato anamnestico e completata la valutazione clinica (visita generale,

visita ginecologica ed esplorazione rettale) che pongono il sospetto di patologia annessiale, si rendono necessarie ulteriori indagini di approfondimento quali:

- l'ecografia pelvica transvaginale, eventualmente integrata dall'ecografia transaddominale;
- il dosaggio sierico dei marcatori CA-125 e He-4, eventualmente associato ad altri biomarcatori nel sospetto ecografico di tumore ovarico non epiteliale (inibina B per sospetto tumore stromale, BetaHCG e alfa fetoproteina per sospetto tumore germinale, CEA, CA 19.9, CA15.3 in caso di sospetta localizzazione metastatica).

L'ecografia transvaginale consente non solo di confermare il sospetto clinico della presenza di una formazione annessiale, ma anche di discriminare, con una buona accuratezza, tra formazioni benigne e maligne, attraverso lo studio di parametri ecografici precisi. L'accuratezza di un esame ecografico, basato sulla valutazione soggettiva dell'operatore, è molto elevata se eseguita da un operatore esperto.

Il primo passo per un'adeguata valutazione della formazione annessiale dovrebbe pertanto prevedere un'ecografia transvaginale eseguita e refertata secondo la metodologia proposta dal gruppo internazionale IOTA (*International Ovarian Tumors Analysis*).

Negli ultimi venti anni il gruppo IOTA, studiando oltre 25.000 formazioni annessiali, ha fornito vari strumenti semplici da applicare per un corretto inquadramento diagnostico, sviluppando una strategia diagnostica che consente di raggiungere un'accuratezza pari al 90-92%.

In particolare, il gruppo IOTA sottolinea che nel 50% delle masse ovariche la diagnosi ecografica è così immediata che non richiede particolari *score* o modelli matematici.

Alcuni tipi di patologie annessiali presentano, infatti, caratteristiche ecografiche (per esempio endometriomi, dermoidi, cisti semplici) facili (*easy*), di rapida e accura-

ta diagnosi. Questi sono gli *Easy Predictors*, parametri semplici in grado di consentire una caratterizzazione immediata della lesione: sono 6 parametri, 4 associati a quadri di benignità e due a quadri di malignità, con i quali è possibile formulare un'accurata diagnosi nel 50% delle pazienti senza l'applicazione di nessun modello matematico. Le formazioni annessiali non valutabili con gli *Easy Predictors* vengono analizzate mediante le *Simple Rules*. Le *Simple rules* sono 10 regole, 5 correlate alla malignità e 5 alla benignità, che guidano ulteriormente l'operatore a un corretto inquadramento diagnostico.

La presenza di almeno una *rule* benigna, in assenza di un corrispettivo maligno, orienta verso la natura benigna della lesione. La presenza di almeno una *rule* maligna, in assenza di un corrispettivo benigno, conferma il sospetto di malignità.

La presenza di caratteristiche sia benigne che maligne, o l'assenza di tutte le 10 caratteristiche, non consente l'applicazione del metodo e la lesione va considerata incerta. Utilizzando le *Simple Rules* nel gruppo di masse in cui esse risultano applicabili (il 75% delle masse operate) si raggiunge una Sensibilità del 92% e una Specificità del 92%. Negli anni il gruppo IOTA, utilizzando la grande casistica raccolta, ha costruito dei modelli matematici di predizione del rischio. Nel 2016 è stato pubblicato l'ultimo modello, l'*ADNEX model* (Tabella I), che, sulla base di caratteristiche cliniche ed ecografiche, combinate tra loro, e dell'afferenza o meno a un Centro di Riferimento Oncologico, permette di discriminare in fase preoperatoria i tumori ovarici maligni dalle formazioni ovariche benigne, e nell'ambito delle formazioni maligne stima la percentuale che siano tumori *borderline* in stadio iniziale, avanzato e lesioni secondarie metastatiche (Figura 1).

Nel 2009 Moore ha descritto l'algoritmo ROMA (*Risk of Ovarian Malignancy Algorithm*) nel tentativo di aiutare nella diagnosi precoce

Modello IOTA-ADNEX	
1. Et� del paziente all'esame (anni)	53
2. Centro oncologico (centro di riferimento per Oncologia ginecologica)?	Sì
3. Diametro massimo della lesione (mm)	100
4. Diametro massimo della parte solida pi� grande (mm)	20
5. Pi� di 10 loculi?	No
6. Numero di papillazioni (proiezioni papillari)	1
7. Ombre acustiche presenti?	No
8. Ascite (liquido nell'addome) presente?	No
9. Dosaggio sierico di CA-125 (U/ml)	70

Tabella I – Esempio di caso clinico valutato con algoritmo IOTA-ADNEX *model* disponibile all'indirizzo <https://www.iotagroup.org/sites/default/files/adnexmodel/IOTA%20-%20ADNEX%20model.html>

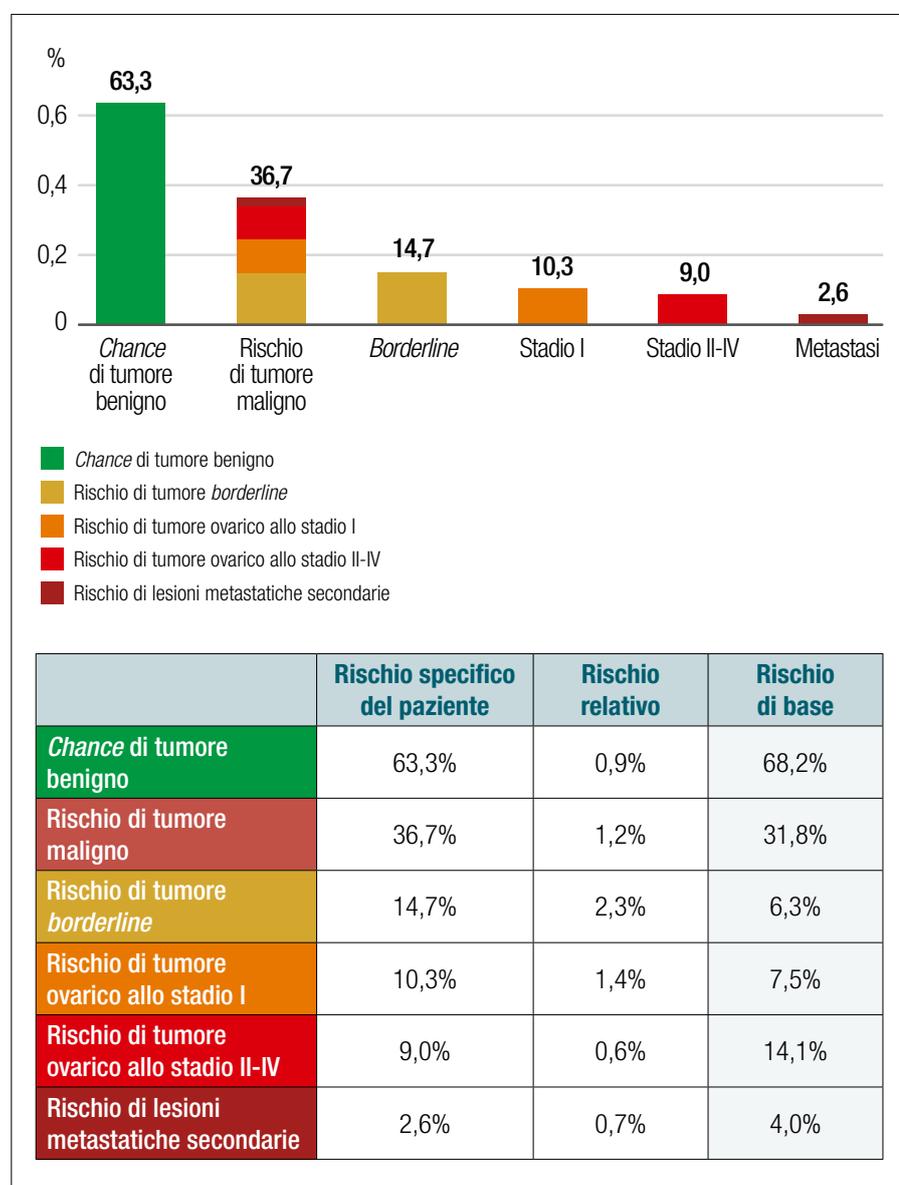


Figura 1 – Esempio di percentuali di benignit  e malignit  correlate al caso clinico valutato con algoritmo IOTA-ADNEX *model* disponibile all'indirizzo <https://www.iotagroup.org/sites/default/files/adnexmodel/IOTA%20-%20ADNEX%20model.html>

del carcinoma ovarico e consentire un approccio terapeutico.

La valutazione dei marcatori sierici nell'inquadramento della paziente con massa annessiale, indagine complementare allo studio ecografico, consiste nel dosaggio della molecola CA-125, la cui specificit    notoriamente bassa. L'antigene tumorale sierico, detto *Human epididymal secretory protein 4 (HE-4)*   stato presentato come marcatore promettente, dotato di una pi  elevata sensibilit  per il carcinoma ovarico rispetto al CA-125.

Karlsen *et al.* hanno analizzato il potenziale diagnostico di He4, CA 125, *ROMA algorithm* e *RMI index* in pazienti con massa annessiale, confermando il buon profilo clinico e l'utilit  pratica in donne ad alto rischio.

Tuttavia, quando confrontato con il modello ADNEX, l'algoritmo Roma ha fornito un'accuratezza inferiore in pazienti sia in pre che in postmenopausa.

In conclusione, l'offerta di un programma di *screening* per il carcinoma ovarico non   al momento possibile nella popolazione femminile generale. Le donne a elevato rischio, invece, possono e devono essere sottoposte a *counseling*, a stretta sorveglianza clinico-strumentale-laboratoristica e a eventuale chirurgia preventiva. Il raggiungimento di una diagnosi precoce in caso di carcinoma ovarico, seppur difficile nella maggior parte dei casi, pu  giovare di un elevato livello di attenzione da parte del clinico, di una scrupolosa raccolta dell'anamnesi personale e familiare e di percorsi diagnostici condivisi.

In questo ultimo caso, una refertazione strumentale univoca insieme all'utilizzo di algoritmi condivisi a livello nazionale e internazionale   utile al fine di standardizzare le modalit  di diagnosi e cura, nonch  confrontare le casistiche e portare avanti la ricerca scientifica su una patologia che presenta numerose criticit  diagnostiche, terapeutiche e prognostiche.

federica.perelli@gmail.com

Medicina di Genere e Mutilazioni Genitali Femminili

di Lucrezia Catania, Nicole Vispi, Jasmine Abdulcadir

Le Mutilazioni Genitali Femminili violano i diritti delle donne: all'integrità fisica, alla non discriminazione e alla libertà da trattamenti crudeli e umilianti.

Parole chiave:

Mutilazioni Genitali Femminili, rimozione genitili, strutture erettili femminili, deinfibulazione, violenza di genere, Legge 7/2006

Sono definite Mutilazioni dei Genitali Femminili (MGF) la rimozione di una parte o di tutti i genitali esterni e qualsiasi lesione, anche minima, condotta su di essi per motivi sociali e culturali, quindi non terapeutici (OMS, UNICEF, UNFPA 2007).

Le forme, le caratteristiche, i significati, le credenze, la gravità e il tipo di complicanze differiscono grandemente tra donna e donna e tra le diverse culture interessate.

Vi sono moltissime tipologie di MGF. L'OMS ha introdotto una classificazione schematica in 4 tipi con relativi sottotipi: rimozione parziale o totale della parte esterna della clitoride e/o del prepuzio (tipo 1, clitoridectomia); rimozione parziale o totale della parte esterna della clitoride e delle piccole labbra con o senza la rimozione delle grandi labbra (tipo 2, escissione); restringimento dell'orificio vaginale attraverso la sutura delle piccole e/o delle grandi labbra asportate, con o senza l'escissione della clitoride (tipo 3, infibulazione); altre procedure più

o meno dannose sui genitali (tipo 4, come punture, *piercing*, incisure, scarificazioni e cauterizzazioni). Anche lo *stretching* delle piccole labbra con la loro elongazione è considerato MGF (tipo 4).

Lo studio dell'embriologia delle strutture erettili femminili e gli studi condotti con risonanza magnetica dell'anatomia della clitoride rispettivamente in un gruppo di donne con MGF e di donne intatte hanno chiarito che la zona clitoridea asportata (genericamente definita escissione della clitoride) è la parte più esterna e visibile dell'organo, che non potrebbe essere estirpato nella sua totalità senza provocare la morte della bambina. Per questo motivo, nelle donne con MGF, la clitoride è nella maggior parte della sua estensione intatta, al di sotto della cicatrice, con possibilità funzionale pienamente recuperabile durante eventuali trattamenti per disfunzioni psicosessuali.

Le MGF sono un problema che riguarda tutto il mondo ed è in continua evoluzione. Le ultime stime (UNICEF 2020) parlano di circa 200 milioni di ragazze e donne che vivono con gli esiti di una qualunque forma di MGF e, ogni anno, oltre 4 milioni di ragazze sono a rischio di subire MGF.

I dati disponibili (UNICEF 2020) mostrano che la pratica delle MGF è fortemente concentrata in una fascia di Paesi dalla costa atlantica al Corno d'Africa, in aree del Medio Oriente come l'Iraq e lo Yemen e in alcuni Paesi dell'Asia come Indonesia e Maldive, con ampie variazioni di prevalenza. La pratica è quasi universale in Somalia, Guinea e Gibuti, con livelli intorno al 90%, mentre colpisce non più dell'1% delle ragazze adolescenti in Camerun, Maldive e Uganda dove la prevalenza riguarda solo specifiche aree regionali.



LUCREZIA CATANIA

Specializzata in Ginecologia e Ostetricia nel 1986, perfezionamento Sessuologia Clinica all'Università degli Studi di Pisa nel 1998 e di Firenze nel 2003.

Docente con incarico Master di Medicina Tropicale e Cooperazione Sanitaria, Scienze Ostetriche all'Università degli Studi di Firenze, nei corsi di formazione Centro di Salute Globale Firenze, e on line ag. Formas



NICOLE VISPI

Studentessa al V anno di Giurisprudenza presso l'Università degli Studi di Firenze, con tesi di laurea su: "Le Mutilazioni Genitali Femminili nel diritto internazionale"



JASMINE ABDULCADIR

Responsabile dell'Unità di Urgenze Ginecologiche e Ostetriche. Responsabile dell'ambulatorio MGF. Dipartimento di Pediatria, Ginecologia e Ostetricia, Ospedale Universitario di Ginevra

In Occidente e nei Paesi ad alto reddito, negli ultimi decenni, a causa dei nuovi scenari multietnici che si sono disegnati, è cresciuta in modo esponenziale la presenza di donne e bambine affette da MGF o a rischio di esserlo. Non è raro incontrarle nei nostri ambulatori, in contesti sociali (scuola, lavoro) e affettivi (coppie miste, parentele acquisite, bambine con MGF adottate da Paesi con tradizione escissoria). In Italia, su 76.040 ragazze di età compresa tra 0 e 18 anni

provenienti dai Paesi interessati, le stime parlano di rischio di mutilazione nel 15-24% dei casi (Istituto Europeo per l'Uguaglianza di Genere EIGE, 2017-2018).

Nei Paesi d'origine tali tradizioni sopravvivono da tempi immemorabili, nonostante ci siano campagne di sensibilizzazioni e leggi che le vietano.

Le ragioni che contribuiscono a mantenerle sono le più disparate, da appartenenza e inclusione sociali, a errate credenze sul concetto di purezza e decoro femminile, da tabù sul corpo e sulla sessualità "incontrollabile" della donna senza MGF, a paura di esclusione ed emarginazione dal proprio contesto sociale e perdita della propria identità di appartenenza al genere femminile. È l'etnia di appartenenza che mantiene tradizioni antiche e dannose per la salute della donna. Molti pregiudizi e credenze errate hanno contribuito a rispettare questa pratica come l'idea di eliminare la parte maschile o impura dei genitali femminili per la tutela della verginità e il mantenimento della castità in preparazione al matrimonio.

Tuttavia, qualcosa sta cambiando e, nel complesso, la pratica delle MGF è in declino e divenuta illegale in molti Paesi ad alta prevalenza negli ultimi 30 anni. L'UNICEF riporta che nei 31 Paesi interessati circa una su tre ragazze di età compresa tra 15 e 19 anni ha subito una MGF contro una su due di 30 anni fa (Figure 1, 2). Purtroppo non tutti i Paesi hanno fatto progressi in questo senso e il ritmo del declino non è stato uniforme; è stato rapido tra le giovanissime in Paesi dove un tempo la pratica era quasi universale, come Egitto e Sierra Leone, e in Paesi in cui era limitata a piccole aree interne come Benin e Maldive (Tabella I). Anche l'età in cui viene praticata la MGF varia: da pochi giorni dalla nascita ai 15 anni, di solito prima del menarca.

Nessuna religione prescrive una mutilazione genitale femminile e le donne mutilate appartengono a tutte le fedi (cristiana, ebraica, islamica, animista), spesso loro stesse credono erroneamente che sia una

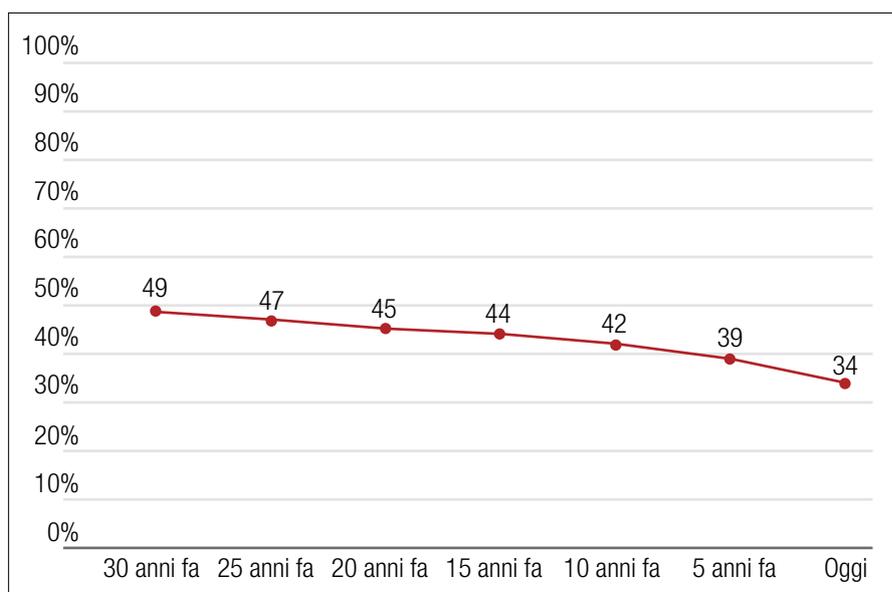


Figura 1 – Percentuale ragazze giovani con MGF 2020. Da UNICEF *global databases 2020, based on DHS (Demographic and Health Surveys), MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) and other national surveys, 2004-2018, mod.*

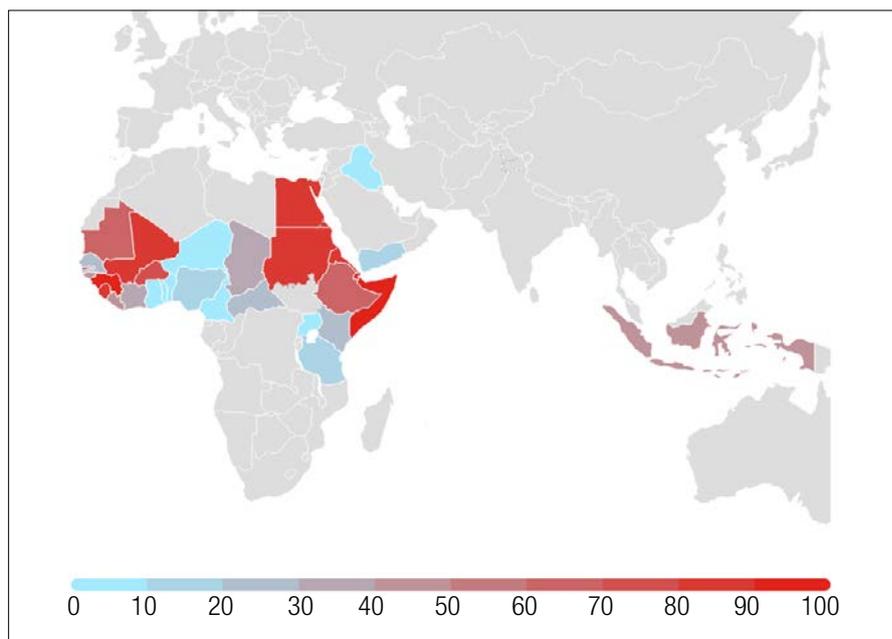


Figura 2 – Tabella Paesi con ragazze con MGF 2020. Da UNICEF *global databases 2020, based on DHS (Demographic and Health Surveys), MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) and other national surveys, 2004-2018, mod.*

prescrizione religiosa. Per tale motivo i *leader* religiosi hanno il dovere morale, civile e legale di dare le giuste informazioni a questo proposito nelle loro comunità.

I danni alla salute sono dovuti soprattutto all'escissione e all'infibulazione. Sono frequenti i problemi psicosessuali (dispareunia), genito-urinari (infezioni genito-urinarie, cisti, neurinomi post traumatici), ostetrici (lacerazioni perineali, distocia, monitoraggio del trava-

glio difficoltoso e ricorso a tagli cesari senza reale indicazione, che nelle donne infibulate potrebbero essere evitati con l'intervento di deinfibulazione).

La deinfibulazione è l'apertura della cicatrice di infibulazione con la ricostruzione delle labbra. L'intervento migliora il flusso urinario e mestruale, riduce la dismenorrea, cura la dispareunia, risolve i problemi di infezioni urinarie e vaginali, permette l'esecuzione degli

esami strumentali transvaginali, le visite ginecologiche e l'espletamento del parto per vie naturali.

L'acquisita consapevolezza dei danni, spesso molto gravi e a volte mortali, provocati dalla pratica ha fatto emer-

gere una tendenza allarmante: circa 52 milioni di ragazze mutilate in tutto il mondo (1 su 4 ragazze e donne con

Nazione	Prevalenza di FGM tra ragazze e donne (%)	Prevalenza di FGM tra ragazze e donne di età compresa tra i 15 e i 49 anni in base a residenza e quintile di ricchezza							Anno di riferimento	Fonte dei dati
		Residenza		Quintile di ricchezza						
		Urbana	Rurale	Più povero	Secondo	Medio	Quarto	Più ricco		
Benin	9	5	13	16	14	10	7	2	2014	MICS
Burkina Faso	76	69	78	77	78	78	80	68	2010	DHS/MICS
Repubblica Centrafricana	1	1	2	1	4	1	1	1	2004	DHS
Camerun	24	18	29	34	31	26	17	15	2010	MICS
Ciad	38	40	38	46	42	37	30	37	2014-15	DHS
Costa d'Avorio	37	31	44	50	44	43	34	20	2016	MICS
Gibuti	94	94	98	97	96	94	95	93	2012	EDSF/PAPFAM
Egitto	87	77	93	94	93	92	87	70	2015	DHS
Eritrea	83	80	85	89	86	84	83	75	2010	Population and Health Surveys
Etiopia	65	54	68	65	69	69	69	57	2016	DHS
Gambia	76	77	72	68	78	85	81	67	2018	MICS
Ghana	4	3	5	13	4	3	1	1	2011	MICS
Guinea	95	95	94	95	94	93	96	95	2018	DHS
Guinea-Bissau	45	40	50	18	59	65	47	36	2014	MICS
Iraq	7	7	8	1	3	3	6	22	2018	MICS
Kenya	21	14	26	40	26	18	17	12	2014	DHS
Liberia	44	37	56	58	56	51	38	26	2013	DHS
Mali	89	89	88	86	86	90	90	90	2018	DHS
Maldive	13	14	12	14	12	12	15	12	2016-17	DHS
Mauritania	67	55	79	92	86	70	60	37	2015	MICS
Niger	2	1	2	2	2	2	3	1	2012	DHS
Nigeria	19	24	16	16	18	20	23	20	2018	DHS
Senegal	24	20	28	41	30	25	17	14	2017	DHS
Sierra Leone	86	80	92	93	93	90	85	74	2017	MICS
Somalia	98	97	98	98	99	98	97	96	2006	MICS
Sudan	87	85	87	88	82	81	90	92	2014	MICS
Togo	3	3	4	4	4	3	4	2	2017	DHS
Uganda	0	0	0	1	0	0	0	0	2016	DHS
Repubblica Unita di Tanzania	10	5	13	19	10	12	9	4	2015-16	DHS
Yemen	19	17	19	27	21	13	20	14	2013	

FGM: Mutilazioni Genitali Femminili. Definizione dell'indicatore: percentuale di ragazze e donne di età compresa tra i 15 e i 49 anni che hanno subito Mutilazioni Genitali.

Tabella I – Mutilazioni Genitali Femminili. Da UNICEF *global databases 2020, based on DHS (Demographic and Health Surveys), MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) and other national surveys*, mod. www.data.unicef.org (ultimo accesso: febbraio 2020).

MGF) sono state mutilate da personale sanitario. Questa percentuale è doppia nelle bambine rispetto alle adolescenti, indicando una crescita nella medicalizzazione della pratica (UNICEF 2020).

Oltre ai danni fisici e psicologici che possono affliggere donne e bambine con MGF, è da segnalare che la MGF è, in tutte le società in cui si verifica, una manifestazione di disuguaglianza di genere radicata in cui le disparità di genere iniziano già nell'infanzia.

Dal report UNICEF 2020: “Sebbene le bambine abbiano un tasso di sopravvivenza più elevato alla nascita e le ragazze che riescono a frequentare la scuola tendano ad avere risultati superiori ai ragazzi in tutti i Paesi in cui sono disponibili dati, l'inizio dell'adolescenza può portare ostacoli significativi al benessere delle ragazze. Le norme di genere e la discriminazione aumentano il rischio di gravidanze indesiderate, AIDS e malnutrizione. Soprattutto in situazioni di emergenza e in luoghi in cui le mestruazioni rimangono tabù, le ragazze sono tagliate fuori dalle informazioni e dalle forniture di cui hanno bisogno per rimanere in salute e al sicuro. Nella sua forma più insidiosa, la disuguaglianza di genere diventa violenta. Circa 1 su 20 ragazze di età compresa tra 15 e 19 anni – circa 13 milioni – ha avuto rapporti sessuali forzati. In tempi sia di pace che di conflitto,

le ragazze adolescenti affrontano il più alto rischio di violenza di genere. Centinaia di milioni di ragazze in tutto il mondo sono ancora soggette al matrimonio infantile e alle Mutilazioni Genitali Femminili, anche se entrambi sono stati riconosciuti a livello internazionale come violazioni dei diritti umani.

È fondamentale che la presa in carico di pazienti così speciali sia multidisciplinare, competente, rispettosa e sensibile. Solo così potremo curare in modo efficace le donne già mutilate e fare una prevenzione primaria accurata nelle loro bambine.

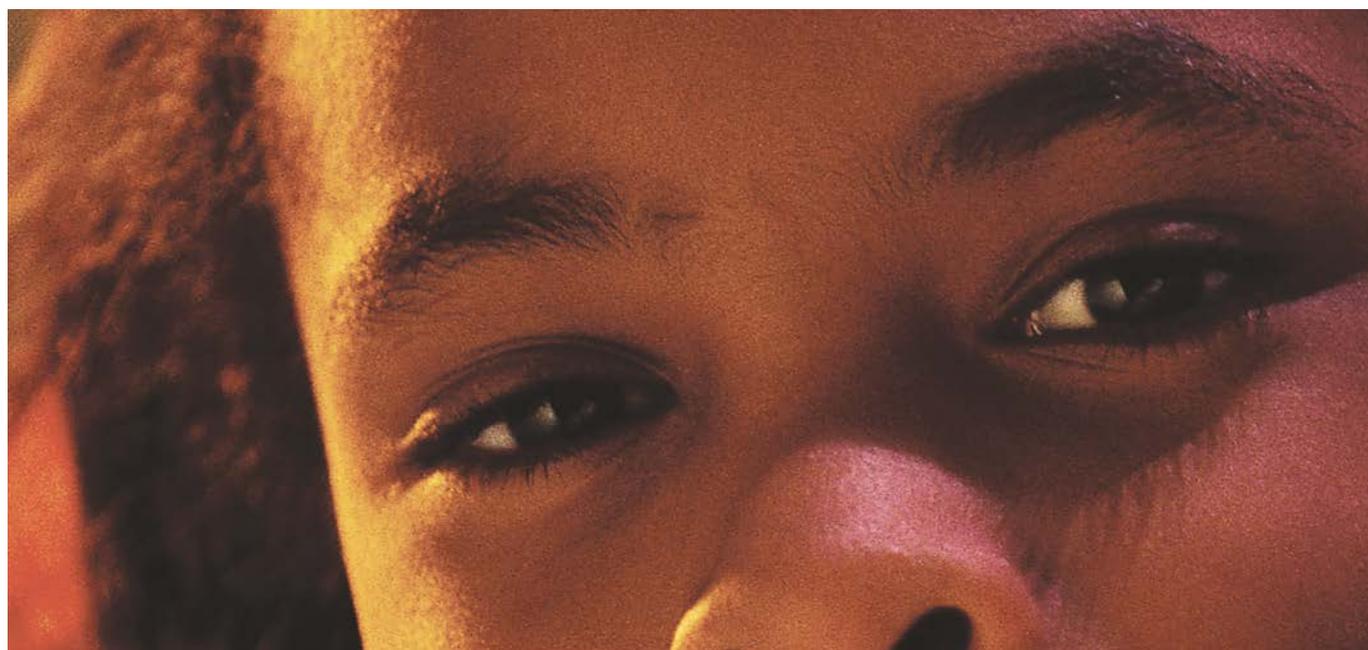
L'Italia, attraverso la Legge 7/2006, ha introdotto nel Codice penale gli articoli 583-*bis* e 583-*ter*.

Il primo dei due articoli vieta “a chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche” non solo ogni tipologia di mutilazione genitale femminile riconosciuta, ma anche “qualsiasi altra pratica che causa effetti dello stesso tipo o malattie psichiche o fisiche”. La pena prevista per questi reati varia da 3 a 12 anni, ma è diminuibile fino a $\frac{2}{3}$ se le mutilazioni sono di lieve entità ed aumentabile di $\frac{1}{3}$ nel caso in cui le operazioni siano commesse a scopo di lucro o a danno di un minore. Nel caso in cui il fatto sia commesso da un genitore o da un tutore legale, la condanna comporta rispettivamente anche la perdita della responsabilità genitoriale e l'interdizio-

ne da qualsiasi ufficio attinente alla tutela. Un aspetto molto interessante dell'articolo 583-*bis* è il carattere di extraterritorialità: le disposizioni appena esplicate sono applicabili infatti anche qualora il reato sia commesso all'estero da cittadini italiani o da stranieri residenti in Italia e anche se eseguito su cittadini italiani o su stranieri residenti in Italia.

L'articolo 583-*ter* introduce una pena accessoria applicabile solo nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie: questa consiste in un'interdizione dalla professione per un periodo di durata variabile da un minimo di 3 a un massimo di 10 anni. Sono perseguibili d'ufficio i pubblici ufficiali e coloro che hanno il compito di fornire un pubblico servizio in enti e istituzioni pubbliche qualora violino il dovere di segnalazione (artt. 361 e 362). È punito inoltre ai sensi dell'articolo 365 chi violi l'obbligo di referto: ovvero chi, esercitando la propria professione sanitaria oppure prestando la propria assistenza o opera, ometta o ritardi la comunicazione alle autorità di situazioni che possono presentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio, a eccezione del caso in cui tale segnalazione rischi di esporre il paziente a procedimento penale.

lucreziacatania@yahoo.it



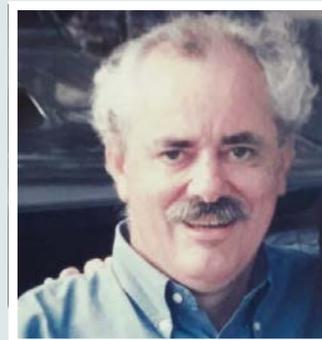
Ricordo di Andrea Lopes Pegna

Mi hanno chiesto di scrivere qualche pensiero in ricordo di Andrea in quanto sua vecchia collega di Villa d'Ognissanti, lo storico presidio della Tisiologia e poi della Pneumologia fiorentina.

Ho trovato queste mie foto del nostro iniziale vecchio presidio ospedaliero e poi sono rimasta a lungo a pensare di fronte a questo foglio ancora bianco.

Tanti ricordi si sono ripresentati nella mia mente. Lontani ma sempre vivi, legati sicuramente di più al periodo di vita lavorativa iniziale degli oltre venti anni a Villa d'Ognissanti, che siamo stati costretti a lasciare nel 2001 per poi peregrinare fra CTO, San Luca Nuovo e infine il nuovo padiglione del Pronto Soccorso, perdendo in parte la nostra identità di struttura e di coesione.

Nel 1974 ero una giovane frequentatrice volontaria nella Divisione del Professor Carlo Marino, ancor prima della laurea. Andrea, un po' più grande di me, cominciò



a lavorare nella Divisione del Professor Franco Nozzoli nel 1975. Ma, anche se la nostra era dunque una conoscenza di vecchia data, non ci siamo mai frequentati al di fuori dell'ambiente lavorativo.

Pur prestando servizio in Divisioni differenti, abbiamo avuto negli anni tanti contatti per discutere di pazienti in comune, oppure più fuggacemente per passarsi le consegne dopo la mattina, dopo i turni pomeridiani e infine per condividere eventuali problemi insorti nel corso della guardia notturna prima di smontare dal lavoro. Ricordo che abbiamo avuto modo di avvicendarci molte volte in questa *routine* per tanti, tanti pomeriggi, tante festività, tante notti... Andrea era sempre al suo posto, lavorando con impegno e dedizione. La nostra collaborazione e frequentazione si sono intensificate da quando mi sono dedicata prevalentemente all'attività endoscopica bronchiale. Abbiamo collaborato per anni discutendo casi di pazienti affetti da neoplasie polmonari, che lui mi affidava per broncoscopie diagnostiche e per lo studio con lavaggio broncoalveolare nei casi di patologie autoimmuni polmonari e interstiziopatie, e abbiamo presentato in alcuni convegni casistiche e relativi risultati comuni.

Dal 2015 ho cambiato sede di lavoro quindi le occasioni di frequentarci si sono molto diradate, anche se occasionalmente è capitato di confrontarci per qualche paziente in comune. La sua disabilità negli anni è diventata sempre più presente ma non gli ha impedito di continuare a frequentare l'ospedale di Careggi dopo il suo pensionamento e di tenere le discussioni al gruppo multidisciplinare oncologico del polmone, il GOM, di cui era stato coordinatore per alcuni anni.

Ho sempre ammirato Andrea per il suo coraggio e l'incrollabile volontà di vivere, combattere e studiare sempre, aggiornandosi continuamente. In questi ultimi anni ho casualmente e curiosamente intrapreso tramite *whatsapp* un certo rapporto "epistolare" con Andrea e ho così scoperto un suo lato spiritoso, non professionale, che non conoscevo.

È stata una simpatica sorpresa. Ciao Andrea.

Nirvana Stanflin



Ricordo di Andrea Lopes Pegna

Ho conosciuto Andrea giovanissimo medico impegnato nella politica della salute.

Erano gli anni del dibattito sulla riforma sanitaria e Andrea aveva ben capito che non si discuteva di una mera riorganizzazione dei servizi medici ma dell'affermazione di un grande principio di civiltà, la lotta alle disuguaglianze. Il convincimento che l'universalità del diritto e l'uguaglianza delle prestazioni fossero un grande passo avanti per l'umanità era vivissimo nei sostenitori del Servizio Sanitario Nazionale.

Da allora Andrea si è battuto per la sanità pubblica, non è mai stato un pentito della riforma, ha difeso i valori in cui ha sempre creduto.

Così lo ricordo nei miei anni di presidenza dell'Ordine e del Consiglio Sanitario Regionale: un collega coltissimo ed esperto sul piano professionale e un convinto sostenitore del diritto dei cittadini, un laico pur nell'impegno religioso, sempre amichevole e sereno, portato a creare un clima disteso ma, nello stesso tempo, deciso e duro nel difendere l'interesse dei malati e la qualità della professione.

La sua scomparsa dopo una lunga sofferenza è una grave perdita per la medicina e un grande dolore per me, che mi fa sentire vicino a Giovanna nella memoria di un amico e di un vero medico.

Antonio Panti

“Aiutatemi a capire”. Questo l'oggetto della sua ultima *mail*, dove Andrea non chiedeva aiuto per sopportare la sua crescente invalidità, a questo ci ha pensato per tanti anni la moglie Giovanna, fino all'ultimo minuto, con smisurata dedizione. Animato da quell'umiltà che solo i grandi possiedono, Andrea s'interrogava sulle ragioni delle marcate differenze di mortalità e letalità della COVID-19: consapevole della complessità del tema, invece che lanciarsi in conclusioni e giudizi affrettati, preferiva percorrere la strada della ricerca, della verifica delle ipotesi.

Dotato di profonda onestà intellettuale, sostenuto da una cultura immensa, Andrea ha sempre proposto un metodo argomentativo che affondava le sue radici nella grande tradizione ebraica e sapeva trascendere la dimensione strettamente religiosa o spirituale per allargarsi ai diversi orizzonti che caratterizzano la nostra società plurale.

Per questo soleva ricordarci che “dobbiamo essere sempre aperti verso l'altro come aperta in avanti è la lettera *bet*. Secondo le interpretazioni date dai cabbalisti, con la *bet*, la cultura ebraica pone a proprio fondamento un modello dialettico, che nega il dogmatismo e l'integralismo, affermando che la dimensione pluralistica e dialogica è fondamentale”.

Negli anni Andrea ha sviluppato un'empatia cognitiva tanto maggiore quanto più è andata diminuendo la forza dei suoi muscoli: la sua disabilità gli ha permesso di sviluppare un'eccezionale sensibilità a riconoscere e comprendere le sofferenze dei pazienti, con i quali sapeva stabilire una relazione che andava ben oltre quella tecnico-professionale.

Naturale conseguenza è stato il suo impegno come bioeticista, difensore convinto e appassionato del diritto delle persone all'autodeterminazione, soprattutto nell'ultima fase della vita. Finché non è giunto il tempo, anche per se stesso, della scelta di quale dovesse essere la Cura più rispettosa e giusta.

Alfredo Zuppiroli

Ricordo di Franco Mori

Qualche mese fa è morto Franco Mori: aveva 97 anni.

Penso che solo i colleghi di una certa età lo possano ricordare, specie per la notorietà che Franco ebbe nella sua lunga attività a "San Salvi": l'area fiorentina che conteneva l'Ospedale Psichiatrico e per tanti anni fu ancora sede della Clinica Psichiatrica dell'Università fiorentina. "San Salvi", che per tutti i fiorentini è stato sempre il prestanome di manicomio.

Dopo la laurea (1948) Franco avverte che il suo interesse è rivolto, più che alle malattie, alla persona che si ammala e che soffre: la strada è allora chiara. Si specializza in Malattie Nervose e Mentali (1953) e poi ottiene la Libera Docenza in Psichiatria (1959).

Tutto questo ha la sua importanza quando Franco mette piede nell'Ospedale Psichiatrico, perché si accorge che la struttura è rimasta ancorata al livello di "manicomio", dove la diagnosi di malattia mentale permette di togliere al malato la dignità di essere persona e giustifica a considerarlo solo un recluso, per cui il malato, come tale, perde anche diritto alla libertà: infatti la "cura" consiste soprattutto nella segregazione.

Franco avverte tutta la propria responsabilità di medico/psichiatra, che non può accettare supinamente quel che succede a San Salvi.

Si rivolge alla Direzione dell'Ospedale Psichiatrico, parla, discute, riesce a convincerla di tentare una metodica nuova nel rapporto con i reclusi, portandoli fuori dalle "gabbie" in cui vivono.

C'è una vecchia casa colonica nel grande parco di San Salvi, disabitata, chiamata "Tinaia". Viene attrezzata per ospitare "gruppetti di malati per alcune ore", perché possano liberamente fare quel che desiderano.

Gli anni gloriosi della Tinaia sono quelli durante i quali Franco tenta di dare nuova vita ai malati, inventando nuove modalità di vivere la libertà, la relazione con l'altro, la socialità, precedendo quello che sarà il movimento basagliano a cui seguirà la chiusura dei manicomi.

Da ricordare che quando nel 1998 avviene la chiusura dell'Ospedale Psichiatrico di San Salvi, a Franco è dato di intervenire ufficialmente per ricordare che cosa è stata l'esperienza della Tinaia.

La sua vita professionale è stata molto attiva; oltre all'impegno con l'Ospedale Psichiatrico, ha sempre tenuto aperto uno studio presso la propria abitazione.

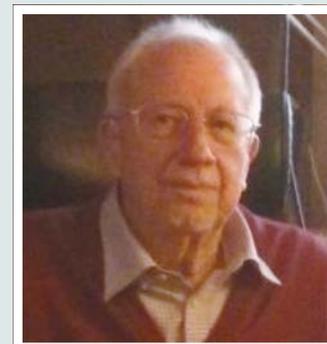
Un evento particolare avviene negli anni Sessanta quando Franco ritiene di arricchire la propria preparazione professionale aderendo alla psicoanalisi freudiana.

Nel 1970 diviene psicoanalista ed è abilitato ad accettare persone che richiedono un trattamento psicoanalitico. Anche questo avverrà nel suo studio privato.

Insomma, chi è Franco Mori? Direi una persona che non ha mai sopportato la solitudine e ha sempre capito che la sua vita trovava un senso solo in quanto lo rendeva capace di avere rapporti con altri. Dai rapporti familiari a quelli amicali via via crescendo, fino ai rapporti professionali che hanno sostenuto le sue scelte nella vita adulta.

Un segno della storia di Franco è stata la sua continua vitalità, un bisogno di darsi agli altri, che egli ha posto sempre prima di se stesso. Il segno ultimo è stata la scrittura della sua vita, un testo intitolato *Cronache della mia lunghissima vita*, pubblicato alcuni mesi fa, prima della fine.

Grazie Franco, viene da dire.



Arrigo Bigi

Ricordo di Mario Giuseppe Sarti

Il 10 aprile di quest'anno ci ha lasciato Mario Giuseppe Sarti, psichiatra fiorentino.

Il ritardo nel rendere nota la sua scomparsa è stato causato dall'imperversare nella nostra società del COVID-19, che ha sospeso drammaticamente anche i nostri rituali antropologico-culturali più tradizionali e intimi come l'omaggio ai defunti.

Mario era un uomo di straordinaria vivacità intellettuale e di profonda e variegata cultura che ha trasfuso negli anni in varie attività professionali.

Fra queste ne ricordiamo alcune di particolare significato: come psichiatra clinico ha operato brillantemente nelle Istituzioni Pubbliche della Psichiatria fiorentina; come studioso e ricercatore ha fatto parte del Gruppo di Ricerca e Studio di Dermatologia Psicosomatica presso la Clinica di Dermatologia e Venereologia dell'Università degli Studi di Firenze; come coordinatore per più mandati della Sezione Toscana della Società Italiana di Medicina Psicosomatica ha organizzato numerosi momenti di aggiornamento e approfondimento scientifico; socio ordinario dell'Istituto di Formazione Psicosomatica "Massimo Rosselli" di Firenze, ha avuto un ruolo fondante nel coordinamento del "Corso di formazione avanzata alla metodica e conduzione dei Gruppi Balint", iniziativa inedita in Toscana che ha ottenuto un numeroso seguito ed esiti di particolare valore formativo-culturale.

Ma quello che di lui si manterrà vivace nel nostro ricordo affettuoso sarà la memoria delle sue qualità umane. Mario possedeva una mente profonda e acuta espressa in modo spontaneamente pacato, discreto, affabile, che lo rendeva un terapeuta gentile e affidabile e, per i colleghi, un compagno partecipe e familiarmente vicino. Ci mancheranno l'empatia, l'agio e il conforto che tale suo modo di comunicare riusciva a infondere in tutti. Ci fa bene pensarlo ancora una volta accanto a noi col suo volto sereno, il suo sorriso bonario e i suoi saggi pareri.



Istituto di Formazione Psicosomatica "Massimo Rosselli" Firenze
e Sezione Toscana Società Italiana Medicina Psicosomatica:

Allaman Allamani, Matteo Bruscoli,
Grazia Chiarini, Alberto Cossidente,
Silvia Grassi, Piernicola Marasco,
Pietro Mario Martellucci, Maria Grazia Mori,
Loretta Polenzani, Susie Seeley Rosselli,
Pietro Paolo Rossi, Francesca Pilleri,
Alessandro Russova, Mario Giovanni Santini,
Mary Ann Bellini Santoro, Paola Squilloni,
Antonio Suman, Annalisa Suman,
Maria Pia Urbani, Maria Rosa Zigliani





**PROF. MANFREDO
FANFANI**
RICERCHE CLINICHE

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