

TOSCANA MEDICA

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

Mensile - Anno XXXVII n. 8 agosto-settembre 2019 - 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

AGOSTO/SETTEMBRE

8



Certificazione di malattia

**Il post-trapianto
di rene**

Mamma segreta

**La riospedalizzazione
precoca**

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE







Anno XXXVII - n. 8 agosto/settembre 2019
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 05750625
telefax 055 481045
a.barresi@omceofi.it
www.ordine-medici-firenze.it

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

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

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

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

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

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

Finito di stampare Settembre 2019 presso le IGP - Pisa
L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è
stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni.

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



Fondato da
Giovanni Turziani

In copertina
Aligi Sassu
Figura di donna
Acquerello
su cartoncino
cm 15x10
Firenze,
collezione privata



Teresita Mazzei



Simone Pancani



Antonella Barresi

EDITORIALE

- 4 L'ottimismo? Oggi più che mai un obbligo
T. Mazzei

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 5 Il Ricettario Fiorentino
D. Lippi

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 7 Caratteristiche di 120 pazienti consecutivi riospedalizzati entro
30 giorni dopo la dimissione da un'Unità di Medicina Interna
V. Verdiani e coll.
- 9 Telematico o della certificazione di malattia
S. Baglioni
- 12 Mamma segreta
E. Peruzzi
- 15 La medicina antroposofica: globalità e persona
A. Truci e coll.
- 18 La Sezione Aurea e l'armonia del cammino
M. Migliolo
- 21 Sta per scoppiare la bolla dell'autismo?
G. Benedetti
- 23 Ancora qualche riflessione sull'autismo
L. Bonvini

RICERCA E CLINICA

- 26 La gestione del post-trapianto di rene: dai fondamenti
della medicina dello sport ad aspetti multidisciplinari
L. Stefani e coll.

17 - RICORDO DI GRAZIA GRAZZINI

G. Amunni, R. Poli, P. Mantellini

25 - LETTI PER VOI

Sinfonia di martelli
di A. Carosella

30 - VITA DELL'ORDINE

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

L'ottimismo?

Oggi più che mai un obbligo

di *Teresita Mazzei*

Curare le persone vuole dire avere, tra l'altro, approfondite conoscenze tecniche, capacità di ascolto, empatia nei confronti dei pazienti, buona attitudine verso i colleghi, assoluto rispetto delle norme che regolano la professione. Tutto questo ed altro ancora si compendia nell'alto ruolo sociale che i medici si sono da sempre visto riconoscere.

Oggi le cose sfortunatamente non vanno più in questa direzione ed il suddetto ruolo appare parecchio "acciaccato", opaco e svuotato di tanti significati.

Il medico si trova ad agire all'interno di un contesto sociale in via di profonda e velocissima trasformazione dove il rapporto con il paziente, fondamento imprescindibile del suo operare, diventa purtroppo in molti casi solo uno dei mille aspetti da affrontare e gestire nel migliore e meno dispendioso dei modi. Inoltre, al di là di qualsiasi personale ed insindacabile valutazione ideologica, l'incertezza della situazione politica del nostro Paese ed il ruolo che l'Italia si sta costruendo a livello internazionale, non sembrano essere al momento di grande aiuto alla nostra professione.

L'opinione pubblica inevitabilmente avverte questo clima di "tempo sospeso" e si preoccupa di fronte agli strilli della stampa che tutti i giorni parla di carenza di medici, abbassamento della qualità delle prestazioni, fuga di cervelli senza ritorno, Pronto Soccorso ed ospedali abbandonati a sé stessi o gestiti, a seconda dei giorni, da neolaureati senza esperienza, da professionisti a gettone o della più varia provenienza. Potremmo continuare all'infinito...

Senza comunque voler nascondere la difficoltà della situazione attuale o disconoscere la crisi complessiva che ormai da tempo angustia la nostra professione, vorrei ricordare alcuni segnali positivi che hanno visto la luce nel corso degli ultimi mesi e che speriamo possano evolvere nella giusta direzione. Tutto questo senza nessuna pretesa di

completezza, ma per condividere con voi qualche elemento di un elenco forzatamente non esaustivo.

Inizio con un argomento che da tempo occupa spazio praticamente quotidiano su giornali e televisioni: il cosiddetto "imbuto formativo" che tanti problemi sta creando alla nostra Sanità e che, se non correttamente affrontato, ne causerà molti di più in un futuro purtroppo ormai vicinissimo. Si tratta, come ben si sa, di quella palude che ad oggi intrappola inesorabilmente circa undicimila giovani colleghi nel periodo che intercorre tra la laurea e l'eventuale ingresso in una Scuola di specializzazione o al Corso triennale in medicina generale.

FNOMCeO e Ministero della Salute si sono dedicati con impegno alla questione ed hanno raggiunto alcuni accordi di massima che fanno ben sperare. In primo luogo si è deciso di allineare il numero delle lauree a quello dei posti disponibili nelle Scuole, obiettivo pressoché ad oggi raggiunto con l'istituzione di 8905 contratti di formazione specialistica e 2000 borse per la medicina generale a fronte di una previsione di circa diecimila nuovi laureati all'anno.

Si è inoltre iniziato a delineare un piano complessivo, da concordare fra i Ministeri della Salute e quello dell'Istruzione, che nei prossimi anni dovrebbe prevedere anche un canale aggiuntivo per l'ingresso alle Scuole di Specializzazione riservato ai medici laureati da alcuni anni che ancora non sono riusciti ad entrare. Salvo cambiamenti intercorrenti, non auspicabili ma forse possibili, la strada giusta sembra finalmente essere stata identificata.

Ancora. Il 13 giugno il Comitato Centrale della FNOMCeO ha affrontato con il Ministro della Salute, la questione gravissima della violenza contro i medici e gli operatori sanitari legata, almeno in parte, alla ovviamente sbagliata convinzione che la Medicina oggi possa curare e guarire qualsiasi malat-

tia. Dopo questo incontro c'è stato l'impegno da parte di tutti (Ministeri, Ordini professionali sanitari, Presidenza di Camera e Senato, stampa e mondo politico) al grido di "no alla violenza sui medici". Efficacissimo ed assolutamente da condividere anche lo slogan "Il nemico è la malattia non il medico".

Ancora. Sempre a giugno la FNOMCeO ha avuto un incontro importante con il Ministro per gli Affari regionali al quale è stata riportata la preoccupazione dei medici riguardante sia la tenuta complessiva del nostro Sistema Sanitario che i percorsi formativi dei professionisti. Questi ultimi dovrebbero essere uniformi a livello nazionale, così come lo dovrebbero essere anche i contratti di lavoro.

Ovviamente sono state accolte con grande favore le assicurazioni del Ministro che ha garantito che il Servizio Sanitario rimarrà nazionale e solidale. Ben condivisibili appaiono a questo proposito le parole del Presidente della FNOMCeO, Filippo Anelli che, di fronte alla imprescindibile autonomia delle Regioni (peraltro prevista dalla Costituzione) ha dichiarato che come medici "siamo pronti a mettere a disposizione le nostre competenze per tutelare i servizi cardine in Sanità e garantire assistenza ai cittadini in quella dimensione universalistica che rende il nostro Servizio Sanitario nazionale tra i migliori al mondo per efficienza ed efficacia così come per salute e longevità dei suoi assistiti".

Come vedete si tratta solo un piccolissimo campionario di istanze e problematiche che in questi mesi si troveranno a navigare nel mare in tempesta della nostra politica. Si tratta comunque di situazioni che, almeno sulla carta, sembrano proprio fare ben sperare.

Voglio crederlo e voglio condividere con voi questa fiducia nel domani della nostra professione, affidata ai tanti giovani preparati e consapevoli che dobbiamo comunque ancora proteggere e guidare.

Siamo convinti che nel tempo buio di oggi l'ottimismo e la speranza nei nostri giovani siano valori veramente da perseguire e fortificare.

Il Ricettario Fiorentino

di Donatella Lippi

“Firenze... fu... la prima a possedere un Ricettario normale, vero codice ufficiale dell’Arte, per servire di guida e di regola a tutti gli Speciali del suo Stato.”

Così scrive nel 1862 il Collegio Medico di Firenze, intervenendo nel dibattito postunitario sul riordinamento e la standardizzazione dei componenti, delle procedure e delle tecniche di preparazione, della posologia, delle tariffe e delle unità di misura dei medicinali, tappa imprescindibile del progetto di unificazione nazionale.

Redatto dal Collegio dei Medici su invito dei Consoli dell’Arte, il *Ricettario Fiorentino* aveva visto la luce nel gennaio del 1499 (anno fiorentino 1498), con la marca tipografica della Compagnia del Drago: sebbene siano citate anche edizioni precedenti, risale a questa data la prima edizione di cui si conservino ancora oggi esemplari. Nato per porre fine agli errori degli speciali, per arginare la ciarlataneria e per evitare la diffusione di terapie non suffragate dalle “evidenze”, il *Ricettario* divenne il testo operativo di base, a cui era obbligatorio fare riferimento per ogni preparazione medicinale.

“Considerando noi doctori dell’arte et di medicina del famosissimo Collegio Fiorentino Spectabili. S. Consoli in quanti pericoli gl’infermi nella città nostra incorrono, et quanti errori i nostri Spetiali, sì nella città nostra, sì nel contado esistenti, per la diversità delli receptarii commettono: li quali sino al presente di circa la preparazione et la electione, et conservatione, et compositione di tutti i lactovarii, semplici, et composti a decti Spetiali necessarii, hanno usati: onde molta infamia ne seguita alli medici in quella praticanti. Volendo adunque a tali inconvenienti et pericoli di infermi et infamia a medici falsamente data: iuxta al potere nostro con più

honorevole et più laudabile et miglior modo riparare et obviare...”.

Tutela dei pazienti, salvaguardia dei medici.

Consapevole dell’importanza di questo strumento, anche Cosimo I de’ Medici, nell’ambito di un generale

riassetto della vita amministrativa dello Stato fiorentino, volle che, nel 1550, il testo aggiornato del *Ricettario* venisse nuovamente impresso:



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



Arte de’ medici e speciali Firenze, *Ricettario fiorentino di nuouo illustrato*. In Firenze, appresso Pietro Ceconcelli, Alle Stelle Medicee, 1623 (Biblioteca Biomedica dell’Università degli Studi di Firenze) (su concessione dell’Università degli Studi di Firenze, con divieto di ulteriore riproduzione o duplicazione).

scelse i torchi di Lorenzo Torrentino, lo stampatore ducale, per sottolineare ancora di più il suo carattere di ufficialità.

Venne realizzata un'elegante edizione *in folio*, il cui contenuto era diviso in tre sezioni. Nella prima, si fornivano le norme per la preparazione dei farmaci semplici e composti e *"le regole generali di comporre et di porgerle et ministrarle agli infermi quando saranno ordinate da e medici"*; la seconda parte raccoglieva *"tutte le ricette di varie sorti di medicine usuali, tratte da diversi autori"*; la terza parte comprendeva la lista di pesi e misure e un elenco di medicinali *"succidanei"*, da utilizzare per integrare gli ingredienti mancanti.

Ampio spazio veniva dato anche alla figura ideale dello speziale, di cui si elencavano caratteristiche, fisiche, morali e culturali, e alla *"spetieria"*, che doveva avere requisiti strutturali ben precisi, dal punto di vista dell'ubicazione e dell'esposizione a sole e venti.

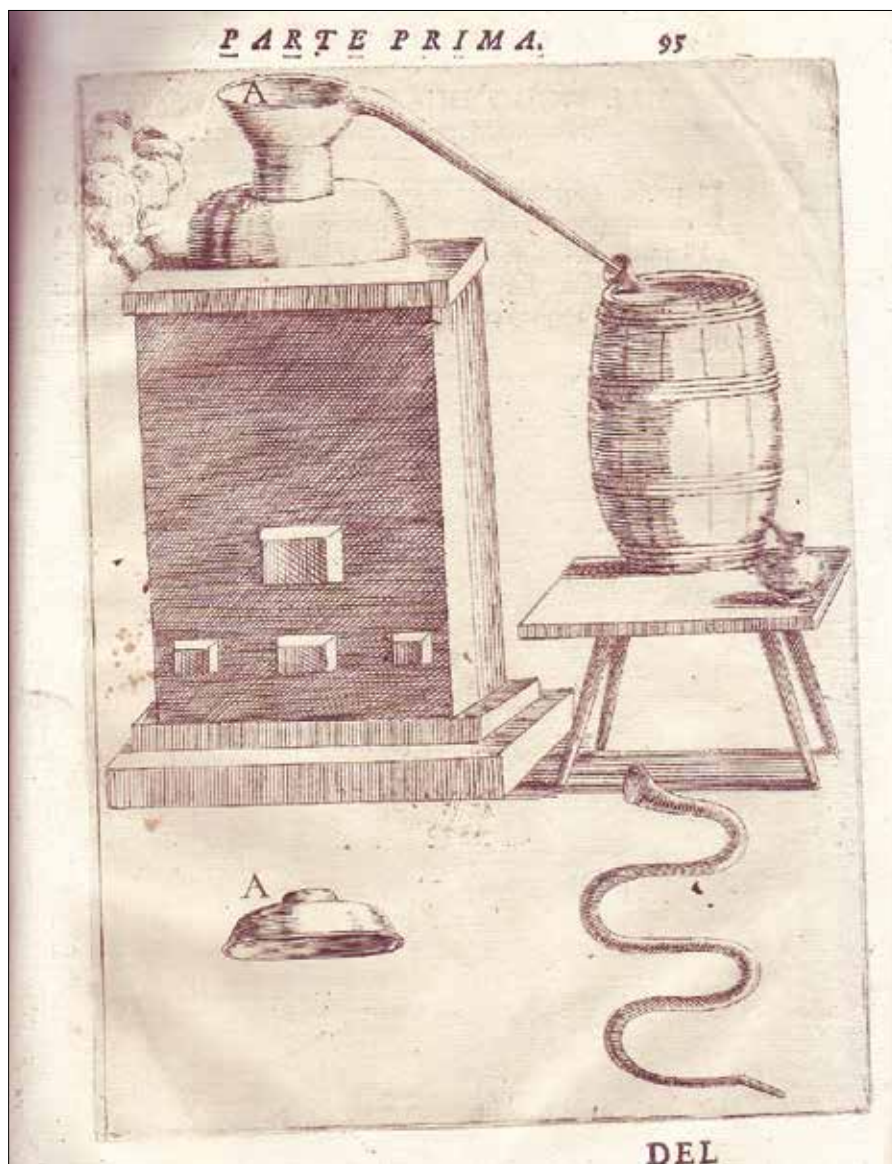
Per chi non avesse ottemperato alle richieste di legge, nel settembre 1561 venne emanata da Cosimo I una rigidissima provvisione, con cui si prevedevano pene molto severe.

Per monitorare il comportamento degli speziali, veniva istituita anche una commissione di *"veditori del medicinale"*, composta da uno o due speziali e da un medico *"di buona qualità et pratica"*, che avrebbe visitato fra ottobre e novembre di ogni anno *"ciascuna bottega di spetiale"*.

Messi, donzelli o cercatori avrebbero dovuto verificare che le procedure venissero rispettate e istruire le pratiche contro i trasgressori.

In un primo momento furono escluse da questa normativa le spezierie di ospedali e conventi, ma solo fino al 1562, quando il duca di Firenze impose un'unica disciplina comune.

Agli speziali che, senza il consulto di un medico fisico, avessero prescritto medicine *"da pigliar per bocca e cavar sangue"*, sarebbe stata comminata una multa di dieci scudi *"per ogni ordinazione"*, ma, alla terza condanna, sarebbero incorsi nella *"privazione dell'esercizio"*.



Arte de' medici e speziali Firenze, *Ricettario fiorentino di nuouo illustrato*. In Firenze, nella stamperia di s.a. sereniss. per Vincenzio Vangelisti e Pietro Matini, 1670 (Biblioteca Biomedica dell'Università degli Studi di Firenze) (su concessione dell'Università degli Studi di Firenze, con divieto di ulteriore riproduzione o duplicazione).

Il *Ricettario Fiorentino* venne più volte rivisto e pubblicato in numerose edizioni, fino al XVIII secolo: grazie ai successivi aggiornamenti, venivano registrati periodicamente anche i nuovi farmaci, soprattutto dopo che si ampliarono gli orizzonti geografici, introducendo nella farmacopea sostanze esotiche e sconosciute fino ad allora. Chiarezza delle norme, attuazione dei regolamenti, pene per i contravventori.

In questa prospettiva, il *Ricettario Fiorentino* rappresenta un elemento fondamentale nella storia della Sanità toscana e nazionale, dal mo-

mento che fu la prima vera farmacopea comparsa sul territorio italiano, che fosse redatta da un comitato di esperti, promossa ed emessa dall'istituzione competente, pubblicata per volere dell'autorità costituita.

Il merito di Cosimo I e dei suoi successori fu proprio in questa volontà di uniformazione delle prescrizioni e delle preparazioni dei medicinali, per combattere impostori e abusivi, e tutelare la Sanità pubblica, *"per beneficio della vita humana"*.

donatella.lippi@unifi.it

Caratteristiche di 120 pazienti consecutivi riospedalizzati entro 30 giorni dopo la dimissione da un'Unità di Medicina Interna

di Valerio Verdiani, Pamela Marietti



VALERIO VERDIANI

Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1987. Specialista in Medicina Interna, Cardiologia, Gastroenterologia. Ha lavorato per 7 anni nella Medicina Pronto-Soccorso dell'AOU Careggi di Firenze e per 13 anni nella Medicina Interna e d'Urgenza della stessa Azienda. Dal 2012 è Direttore dell'U.O. Medicina Interna di Grosseto

PAMELA MARIETTI

Laureata in Medicina e Chirurgia nel 2003. Specialista in Geriatria. Ha lavorato dal 2010 nella Medicina Interna di Pitigliano e di Orbetello e dal 2016 lavora come dirigente medico nella Medicina Interna di Grosseto

La riospedalizzazione precoce è una problematica che coinvolge tutte le specialità mediche e in particolare la Medicina Interna. Sebbene esistano molti studi riguardanti singole patologie, poco si sa della valutazione complessiva di tali pazienti. L'analisi delle caratteristiche dei pazienti riammessi entro 30 giorni dalla dimissione può dare spunti per costruire programmi rivolti a ridurre il fenomeno.

Parole chiave:

riospedalizzazione, ospedalizzazione, Medicina Interna, *hospital dependent patient*, complessità

Introduzione

Secondo dati ARS, la riospedalizzazione precoce (entro 30 giorni dalla dimissione) non programmata in Toscana è del 9,5% nella popolazione generale e del 12% tra

gli ultra 65-enni. Il fenomeno della riospedalizzazione precoce è una tematica sempre più sentita per le problematiche socio-sanitarie ed economiche che comporta. Sebbene vi siano un'ampia letteratura internazionale sulla riospedalizzazione attribuita a situazioni cliniche specifiche e un'innumerevole produzione di *score* clinici (ad esempio per lo scompenso cardiaco) per individuare i pazienti con maggiore probabilità di riammissione precoce, una *systematic review* (Kansagara et al., "JAMA" 2011) rileva che la maggioranza dei modelli risulta avere una scarsa abilità predittiva. Vi è invece una limitata ricerca volta a valutare i molteplici aspetti (non solo quelli legati alla singola patologia) coinvolti nel fenomeno.

Pazienti e metodi

Al fine di individuarne le caratteristiche globali abbiamo analizzato i dati di 120 pazienti consecutivi riammessi entro 30 giorni dopo la dimissione da un'unità di Medicina Interna (Ospedale Grosseto). Al loro rientro in ospedale (ricovero indice) venivano registrati dati anamnestici, demografici, clinici (con riferimento anche a disabilità e *deficit* cognitivo), sociali.

Risultati

I risultati sono riportati nella Tabella I.

Discussione

L'analisi delle caratteristiche dei pazienti riammessi entro 30 giorni dalla dimissione può dare spunti

per costruire programmi rivolti a ridurre il fenomeno. Nella casistica descritta i pazienti con riospedalizzazione precoce sono anziani (età media 82,8) e affetti da multiple comorbidità (> 4 nell'86,6%). Questo elemento è da sottolineare anche in considerazione del progressivo invecchiamento della popolazione stimato per i prossimi anni. La lunghezza della degenza non pare influire sul fenomeno. Il fatto che il 75% di questa popolazione abbia avuto almeno 3 ricoveri in un anno e il 41% almeno 4 fa ritenere corretta l'osservazione che l'attenzione deve essere portata su una sottocategoria di pazienti *hospital dependent* tanto che il numero di precedenti ospedalizzazioni diviene l'elemento predominante per definire i pazienti a maggior rischio di riammissione precoce. Condizioni sociali (quasi il 40% vive senza i propri familiari), la disabilità fisica severa e la malattia di Alzheimer nei suoi aspetti più gravi (nella nostra casistica presenti nel 55% e 50,8% dei casi rispettivamente) fanno ritenere molto difficile, nell'attuale realtà, la sostenibilità domiciliare per tali pazienti, soprattutto quando si aggiunge una qua-

Età (media anni $\pm$ DS)	82,8 $\pm$ 9,6	
Età $\geq$ 75 anni	99	82,5%
Età $\geq$ 85 anni	67	55,8%
Maschi	58	48,3%
Diagnosi principale del precedente ricovero:		
• cardiovascolare	38	31,6%
• pneumologica	17	14,1%
• gastrointestinale	16	13,3%
• nefro-urologica	15	12,5%
• neurologica	10	8,3%
• sepsi	9	7,5%
• altro	15	12,5%
Riammissione per stessa patologia (MDC)	51	42,5%
Giornate degenza precedente ricovero (media giorni)	8,2 $\pm$ 4,7	
$\geq$ 3 ospedalizzazioni in 12 mesi	90	75,0%
$\geq$ 4 ospedalizzazioni in 12 mesi	50	41,6%
Residenti in RSA o cure intermedie	14	11,6%
Residenti a casa:	106	
• soli (aiuto parziale o giornaliero di badante)	40	37,7%
• con consorte e/o figli	64	60,3%
• con altri	2	1,8%
Disabilità severa (Barthel < 50)	66	55,0%
Deficit cognitivo severo (Pfeiffer > 7)	61	50,8%
$\geq$ 4 comorbidità	104	86,6%
$\geq$ 5 comorbidità	74	61,6%
Cancro	25	20,8%
Numero di pillole al giorno (media e range)	6,1 (1-15)	
$\geq$ 8 pillole al giorno	47	39,1%
Deceduti	24	20,0%

Tabella I – Caratteristiche di 120 pazienti consecutivi, riammessi entro 30 giorni dalla dimissione da un'Unità di Medicina Interna.

lunque problematica clinica acuta. Coerentemente con quanto esposto in letteratura, anche nella nostra casistica la maggioranza dei pazienti

viene riammessa per una patologia diversa da quella che aveva determinato il precedente ricovero. Un paziente su 5 ha una diagnosi di

cancro attivo e in questi casi occorre ragionare su percorsi di assistenza e cura particolari e differenziati. Il rilievo di una mortalità del 20% nella nostra casistica di pazienti riammessi entro 30 giorni (diversi dei quali con ospedalizzazioni multiple negli ultimi 12 mesi) rappresenta circa il doppio della mortalità rilevata nei reparti di Medicina Interna, facendoci immaginare per questi pazienti un travaglio doloroso di andirivieni casa-ospedale nelle ultime fasi della loro vita.

Conclusioni

Il problema delle riammissioni precoci in Medicina Interna è ampio e complesso. Modelli basati su *score* clinici non sono probabilmente utili a individuare la probabilità di riammissione precoce in pazienti molto anziani, con multiple comorbidità, disabilità, deficit cognitivo e problematiche sociali. Una valutazione globale della situazione clinica e sociale dovrà essere considerata per cercare di ridurre tale fenomeno, con particolare attenzione a quei pazienti che presentano ripetute ospedalizzazioni in pochi mesi.

Ringraziamenti

Un ringraziamento a tutta l'équipe medica della Medicina Interna di Grosseto per la collaborazione allo studio.

verdiani@fastwebnet.it



Telematico o della certificazione di malattia

di Sergio Baglioni



SERGIO BAGLIONI
Medico di medicina generale Firenze,
Segretario OMCeO Firenze

Idoneità temporanea
al lavoro: medici, pazienti,
INPS, informatica
e comportamenti a dire poco
discutibili in un settore
di grande attualità.

Parole chiave:
idoneità temporanea al lavoro, INPS,
certificazione telematica

Delle responsabilità trattate, e inosservate, dalla DR 1038 della Regione Toscana, la certificazione di inidoneità temporanea al lavoro è divenuta un test quotidiano dell'approccio del medico alla sua missione: curo la malattia o il malato?

È esperienza quotidiana che alcuni colleghi rifiutino una certificazione esplicitamente richiesta dal paziente e che altri vengano consequenzialmente sollecitati per atti medici non effettuati in prima persona. La storia è vecchia ma crediamo sia utile ripercorrerla perché la visione del problema non può non diventare unica, nell'interesse del paziente e della categoria, e al fine di superare una poco edificante criticità ospedale-territorio.

Partendo da lontano, troviamo un documento che già oltre 20 anni fa spiegava tutto.

Circolare INPS n. 99, 13 maggio 1996
Sono stati segnalati comportamenti non uniformi a livello nazionale circa la figura del medico che l'art. 2 della legge n. 33/1980 individua quale "cu-

rante", abilitato al rilascio della certificazione di incapacità al lavoro agli aventi diritto all'indennità di malattia. Al riguardo si precisa che, se pure, di massima, il sanitario preposto al compito in questione è quello di libera scelta, l'espressione letterale "curante" utilizzata dal legislatore, porta a dover attribuire validità, ai fini erogativi di cui trattasi, anche alle certificazioni rilasciate, pure su modelli non "standard" (ad esempio ricettario privato), da medici diversi, ai quali l'assicurato si sia rivolto per motivi di urgenza ovvero comunque per esigenze correlate alle specificità della patologia sofferta.

[...] Si sottolinea ad ogni buon conto che, in tutti i casi del genere, la "diversa" certificazione, da inoltrare, secondo norma, sia all'INPS che al datore di lavoro (a quest'ultimo anche in fotocopia) nei termini previsti, può essere ritenuta valida, agli effetti previdenziali di interesse, sempreché dalla stessa siano ricavabili i dati normalmente richiesti: **nominativo del lavoratore, diagnosi e prognosi, intestazione, data del rilascio, timbro e firma del medico, nonché l'abitale domicilio del lavoratore ed eventualmente il diverso temporaneo recapito** – dati questi da indicare a cura dell'assicurato, anche a parte –, e ciò pure ai fini della predisposizione di eventuali controlli, come previsto dalla legge.

Resta fermo in ogni caso che, qualora la certificazione redatta su moduli non regolamentari, pur presentando gli elementi essenziali, senza i quali l'atto non è neppure qualificabile come "certificato" (e, cioè, nominativo, intestazione e prognosi) manchi di altri requisiti rilevanti ai fini di in-

teresse (diagnosi, data e firma), la necessaria regolarizzazione della stessa dovrà essere operata, tramite l'intressato, dai medesimi redattori; in particolare non deve essere richiesta, come talvolta è stato lamentato, autonoma tempestiva certificazione del periodo come sopra documentato al medico di famiglia, che, tra l'altro, potrebbe anche non essere in grado di formulare, nel caso di specie, una corretta prognosi.

Nel frattempo si è aggiunta la telematicità, che ha offerto ulteriori alibi all'evasione dell'obbligo ma che in realtà non modifica le responsabilità certificative, essendo un obbligo solo per chi ne è fornito (sanzionabile appunto). Né le regole per la residua certificazione cartacea né il datore di lavoro né il paziente possono entrare nel merito, come talvolta accade per loro comodità.

Cosa succede troppe volte?

- **Omissione:** alle dimissioni, ai Pronto Soccorso, in caso di manovre chirurgiche o diagnostiche.
- **Prognosi insufficienti:** che non corrispondono all'inabilità al lavoro esplicitata nel documento clinico, spesso fino al controllo, da non confondersi con la prognosi di malattia in generale, diversa dall'inabilità al lavoro.

Motivi addotti

- Deve andare dal suo medico, (senza spiegazioni), questa è quasi la regola da ospedali fuori provincia o regione.
- Non possiamo fare il telematico, non l'abbiamo, non funziona (strutture pubbliche soprattutto, meno i privati, paradossalmente).

- Non possiamo farlo perché è ancora coperto dal precedente (motivazione palesemente pretestuosa se la nuova prognosi supera la vecchia).
- Noi attestiamo solo la presenza per l'esame (parliamo di procedure invasive o con sedazione). Talvolta il paziente si sente dire tutto questo da infermieri o altri e non parla nemmeno col medico. I colleghi equivocano in questo caso il giustificativo per un permesso con l'eventuale non idoneità al lavoro in conseguenza delle condizioni cliniche pre e post esame.
- Noi (sic!) non possiamo farli (ma se potessimo...).
- Non possiamo certificare più di... (a scelta!) giorni, allora deve andare dal suo medico.
- Non glielo faccio per rispetto del suo medico...

Quali sono gli effetti di tutto questo?

Pensiamo al paziente in dimissione o dopo una prestazione invasiva, che, di persona oppure attraverso i familiari, deve andare a cercare il proprio medico, aggiungendo disagio e stress, magari con una diagnosi pesante sul capo. L'omissione in questi casi sembra una gratuita persecuzione aggiuntiva.

Non solo, talvolta insorgono problemi o ritardi (il venerdì, i giorni pre-festivi o festivi) che espongono il lavoratore a perdite economiche.

Pensiamo anche al medico, che talvolta si trova un impegno senza però elementi conoscitivi essenziali, perché la documentazione è scarsa o assente, e che impiega più a ricostruire una situazione che a fare una diagnosi *ex novo*, a fronte di un atto che al vero responsabile costerebbe 2-3 minuti. Il contatto, poi, in alcuni casi avviene ad ambulatori conclusi, magari alla sera e con un giorno di ritardo, e così ci scappa anche una visita domiciliare per la verifica delle effettive condizioni dell'assistito che non può più recarsi in studio.

Gli effetti sono spesso paradossali, una storia vera per tutte: una paziente, seguita dall'oncologia e della quale il medico di medicina generale non aveva più notizie da mesi, giunge una sera per fare

una certificazione da collegarsi alla storia precedente (nota solo la diagnosi iniziale) e in condizioni evolutive. Per certificarla, il medico di famiglia chiede tempo fino al giorno dopo per studiare i documenti e la telematicità delle opzioni aggiuntive, nel contempo lamentando l'omissione di chi l'aveva seguita fino a quel momento. Alla sera, chiariti i punti importanti, invia alla donna, per evitarle ansie aggiuntive, una mail ricordandole che il giorno dopo, come concordato, si sarebbero incontrati, col coniuge, per non affaticarla, per formalizzare e inviare il documento. Il giorno successivo, non vedendo alcuno in studio, il medico telefona e il marito gli dice che ha già risolto e che ha cambiato medico. Mesi dopo, l'Ordine gli comunica un esposto della sorella della paziente, collega oncologa, che lamenta il comportamento disumano, chiedendo sanzioni per la manifesta insensibilità. Conclusioni: 1) si è compromesso un rapporto che in quella fase terminale avrebbe potuto esprimersi al meglio, a pro dell'assistita; 2) la sorella oncologa, così attenta al rapporto umano, evidentemente non certifica mai.

Un punto trascurato e altrettanto delicato sono i rapporti tra colleghi: di fronte alla negazione o all'omissione, quali considerazioni vengono sottese? Implicitamente il rifiuto/omissione riconosce al primo sanitario una superiore dignità medica che non può confrontarsi con la burocrazia, mentre il medico di famiglia è un medico di serie B il cui tempo può essere sottratto a diagnosi, ascolto, cura.

Il medico che afferma di poter attestare solo la presenza per le procedure espletate afferma in pratica di non essere in grado di valutare gli effetti delle proprie azioni sulla salute generale dell'assistito. È credibile o ammissibile in chi espleta un atto medico? In un momento di crisi della medicina, di recupero dell'attenzione alla persona, prassi normale nel territorio, e non più alla malattia o al solo atto medico, questo atteggiamento è perdente, per tutti.

Ultime osservazioni

- L'Ordine di Firenze e l'ufficio legale dell'INPS hanno prodotto, 3 anni fa, una locandina esplicativa che dovrebbe esser appesa in tutti gli ospedali e ambulatori pubblici, per eliminare le incertezze. L'INPS nazionale, a seguito, ha fatto un analogo documento (vedi Figura 1 e link: https://www.inps.it/docallegatiNP/Mig/Allegati/Certificazione_malattia_visite_mediche_controllo_lavoratori_privati_pubblici.pdf).
- Il rifiuto è atto deontologicamente inammissibile, verso i pazienti e verso i colleghi (vedi Art. 24 del Codice Deontologico, è un illecito disciplinare (D.L. 30 marzo 2001, n. 165), sanzionabile anche con il licenziamento o con la perdita della convenzione).
- Spesso si vedono certificazioni cartacee che soddisfano i requisiti, ma molti colleghi compilatori, pur omissivi, in buona fede non sanno di aver già prodotto un documento valido e invitano gli assistiti a recarsi dal proprio medico di famiglia per farsi "tradurre" il tutto in "telematico". Quando si spiega al paziente l'inutilità e non fattibilità della procedura e questi, convinto, applica quanto chiarito, avviene talvolta la beffa, in quanto zelanti impiegati dell'INPS assicurano che sono accettati solo certificati telematici! A questo punto si deve segnalare non solo il collega inadempiente ma anche l'impiegato impreparato! (fatto già segnalato all'ufficio legale dell'INPS).
- La certificazione cartacea deve riportare i dati in forma sintetica e chiara. È importante che la prognosi sia esplicitata come lavorativa, da distinguersi dalla clinica, che non implica analogia inidoneità al lavoro.
- I medici privati possono e devono certificare e lo possono fare su cartaceo. Eccezione, per i dipendenti pubblici (siamo italiani), il 3° evento di malattia nell'anno (che non significa 3° certificato) o le assenze che si protraggano oltre i 10 gg. (che le amministrazioni spesso interpretano come dal 10° giorno di malattia nell'anno) (comma 2

art. 71 D.L. 12/2008), per i quali devono avere certificazione o del medico di medicina generale o del medico dipendente del SSN. Del solo cartaceo abbisognano le forze dell'ordine, magistrati ecc.

• Seppure in queste righe si esprima un punto vista da medico di famiglia, siamo consapevoli delle ristrettezze temporali, e non solo, dell'operato dei colleghi dipendenti le cui gravi difficoltà vanno

denunciate e risolte grazie a un'azione comune di riscatto professionale e, forse, è il momento buono, piuttosto che con espedienti non corretti e una guerra fratricida.

sergiobag@libero.it



Attestazione di malattia del lavoratore dipendente

Come funziona il certificato di malattia telematico



Cosa devi fare in caso di malattia e assenza dal lavoro?

In caso di malattia, vale a dire di un'infermità che determini incapacità temporanea al tuo specifico lavoro, è il medico curante ad attestare le tue condizioni e a trasmettere all'Inps il certificato di malattia telematico. Anche il medico libero professionista, cui puoi rivolgerti nei casi previsti dalla legge o dal tuo contratto di lavoro, può rilasciare il certificato di malattia telematico poiché dispone delle credenziali di accesso al servizio.

Prendi nota del numero di protocollo del certificato ed, eventualmente, fatti rilasciare una copia cartacea.

Controlla sempre la correttezza dei seguenti dati obbligatori di cui sei unico responsabile:

- i tuoi dati anagrafici,
- l'indirizzo di reperibilità durante la malattia.

E' inoltre importante verificare la corretta trasmissione del certificato. A tale scopo, puoi visualizzare il tuo certificato e il tuo attestato (certificato privo di diagnosi) sul sito inps.it, entrando con le tue credenziali nei servizi on line (codice fiscale e Pin o Spid per consultare il certificato oppure codice fiscale e numero di protocollo per consultare l'attestato).

È comunque valido il certificato cartaceo?

Il certificato di malattia e l'attestato redatti su carta sono accettati solo quando non sia tecnicamente possibile la trasmissione telematica. In tal caso, sui documenti il medico deve inserire tutti i dati obbligatori (art.8 del DPCM 26 marzo 2008).

Il certificato cartaceo va consegnato all'Inps (o inviato con R/R) entro due giorni, se sei un lavoratore privato che ha diritto all'indennità economica di malattia da parte dell'Istituto. Ricordati di comunicare il corretto indirizzo di reperibilità. Con le stesse modalità, l'attestato deve essere recapitato al datore di lavoro.

Da quale giorno inizia la malattia?

L'Inps paga la malattia soltanto dal giorno di rilascio del certificato. Il medico per legge non può giustificare giorni di assenza precedenti alla visita. Solo se si tratta di certificato redatto a seguito di visita domiciliare, l'Inps riconosce anche il giorno precedente alla redazione (solo se feriale), quando espressamente indicato dal medico. Tieni presente, inoltre, che il tuo datore di lavoro potrebbe ritenerti assente ingiustificato nei giorni non riconosciuti dall'Inps.

Quali sono le fasce orarie di reperibilità?

Non dimenticare di rispettare le fasce orarie di reperibilità per eventuali visite mediche di controllo, anche nei giorni festivi, di sabato e domenica

- lavoratori del settore privato: ore 10.00 - 12.00 / 17.00 - 19.00,
- lavoratori del settore pubblico: ore 09.00 - 13.00 / 15.00 - 18.00.

Assicurati che sul campanello del domicilio di reperibilità sia indicato il tuo nominativo, per permettere al medico Inps l'eventuale visita di controllo.

Se sei un dipendente privato, il medico può esonerarti dalla reperibilità, secondo le regole stabilite nella circolare n. 95/2016 dell'Inps. Può essere disposta comunque una visita di controllo previo appuntamento.

Se sei un dipendente pubblico le regole sono fissate nel DPCM 206/2009.

Si può cambiare l'indirizzo di reperibilità?

Se devi variare l'indirizzo di reperibilità durante la malattia, ricorda di avvertire preventivamente l'Inps e il datore di lavoro utilizzando direttamente i canali indicati nel sito inps.it. Attieniti alle disposizioni del tuo contratto di lavoro in materia di assenze per malattia.

Si può modificare il periodo di malattia?

Se vuoi rientrare al lavoro prima della fine prognosi indicata sul certificato, devi chiedere al medico che ha redatto il certificato la rettifica della prognosi, che dovrà inoltrare attraverso il servizio di trasmissione telematica.

Le informazioni sopra riportate sono aggiornate a giugno 2017.

Per ogni ulteriore informazione **consulta il sito web www.inps.it.**



Figura 1.

Mamma segreta

di Elisabetta Peruzzi



ELISABETTA PERUZZI
Medico Chirurgo, laureata nel 1988
e specialista dal 1992, dirigente 1° livello
S.C. Anestesia e Rianimazione Azienda
Toscana-Centro Presidio San Giovanni
di Dio. Incarico aziendale di referente
per l'Anestesia in Ostetricia dal 2011

Mamma segreta, un progetto coraggioso che offre aiuto alle donne che si trovano in difficoltà per molti e diversi motivi. Poco, anzi quasi per niente conosciuti, sono i percorsi sanitari e istituzionali a disposizione sia di donne italiane che di donne migranti, in possesso del permesso di soggiorno o in condizione di clandestinità. La legge dello Stato italiano sancisce la possibilità di partorire in anonimato in ospedale e di decidere se riconoscere o meno il neonato. Sono offerti tanti aiuti, sia legali che economici e sociali.

Parole chiave:

mamma segreta, abbandono, parto in anonimato, disagio sociale, impegno delle istituzioni

Un nome dolce che nasconde molto amore, ma anche molta sofferenza. Mamma segreta si rivolge a tutte quelle donne che si trovano in difficoltà.

- Donne che si accorgono di aspettare un bambino nel momento sbagliato della vita.

- Donne che sono giovani e inesperte.
- Donne in condizioni di disagio perché psichicamente labili.
- Donne in condizioni di povertà.
- Donne vittime da dipendenze.
- Donne malate.
- Donne assoggettate a una vita di illegalità e di abusi.
- Donne che non comprendono la nostra lingua.

Per tutte queste donne ci sono tante forme di aiuto e percorsi; basta conoscerli.

Innanzitutto la legge n. 194, che consente, secondo precisi termini, di interrompere volontariamente la gravidanza.

È una legge che sancisce il volere della donna come libero e insindacabile. È stata concepita quale strumento di tutela e garanzia a cui non deve sovrapporsi nessun giudizio: dietro ogni interruzione, si celano molte storie, molti dolori e situazioni intercorrenti che non possiamo conoscere.

L'unica regola è di attenersi a quanto dice la legge.

Le clandestine o le immigrate, però, vuoi per paura di essere rimpatriate, vuoi per ignoranza o impossibilità di comprensione della lingua, possono non sapere dell'esistenza della 194 o non rivolgersi alle strutture pubbliche a causa della condizione di clandestinità.

E allora prendono vie traverse e pericolose; non solo per il bambino, ma anche per se stesse.

Esiste un mondo legato alla malavita e alla pratica di aborti eseguiti in ambienti malsani e insicuri, da persone improvvisate e senza scrupoli.

Il risultato spesso, oltre all'aborto, sono emorragie importanti e anche letali e insorgenza di infezioni gravi per la vita o irreparabili per possibili gravidanze future.

La causa maggiore di morte mater-

na è, infatti, l'emorragia e la seconda sono le infezioni.

Il fenomeno dell'abbandono si ripropone sempre, anche se ne parla poco e molto spesso avviene in condizioni drammatiche.

Fin dall'antichità l'abbandono dei neonati indesiderati è stato un evento diffuso.

Gli ebrei vietavano l'uccisione dei neonati, ma consideravano legale l'abbandono o la vendita degli illegittimi.

La Grecia considerava legali sia l'infanticidio che l'abbandono.

Nella civiltà romana il padre che non riconosceva il figlio come proprio aveva la possibilità di portare il bambino alla *columna lactaria*, esponendolo alla pietà di chi passava e più spesso alla sorte di morire di fame o essere fatto schiavo.

La condizione dei neonati abbandonati (esposti) cambiò con l'avvento del Cristianesimo.

Nel 315 Costantino sancì che una parte del fisco fosse utilizzata per il soccorso degli infanti abbandonati e per i figli delle famiglie povere.

Nel 318 una legge impose la pena di morte per l'infanticidio ma non sanzionò chi vendeva i propri figli.

Il primo ricovero per neonati (*xenodochio*) fu istituito a Milano nel 787.

La prima "ruota" comparve a Marsiglia, nel 1188. In Italia, secondo la tradizione, Papa Innocenzo III, turbato da ricorrenti sogni in cui gli apparivano cadaveri di neonati ripescati dalle reti nel Tevere, istituì una "ruota" nel 1198 nell'ospedale



La ruota dell'Ospedale degli Innocenti, Firenze.

di Santo Spirito in Sassia (Roma). A Firenze la ruota dell'Ospedale degli Innocenti aprì nel 1445. Le ruote presero a diffondersi anche in Francia e in Spagna, mentre non si hanno notizie di altrettanti strumenti per gli esposti in Inghilterra, dove l'abbandono dei neonati e l'infanticidio non veniva affatto considerato un problema sociale tanto che comunemente si trovavano cadaveri di feti o di neonati nelle discariche o nelle fogne.

La prima città in Italia a chiudere la ruota fu Ferrara nel 1867, seguita a mano a mano da altre città in tutto il corso dell'800 sino alla completa abolizione delle ruote nel 1923.

La "ruota" o "rota degli esposti" era una bussola girevole di forma cilindrica, di solito costruita in legno, divisa in due parti chiuse da uno sportello: una parte rivolta verso l'interno e un'altra verso l'esterno che, combaciando con un'apertura su un muro, permetteva di collocare, senza essere visti dall'esterno, gli esposti, cioè i neonati abbandonati. Facendo girare la ruota, la parte con l'infante veniva portata nell'interno e da qui, aperto lo sportello, si poteva prendere il neonato per dargli le prime cure.

Spesso vicino alla ruota vi erano

una campanella, per avvertire della presenza di un neonato, e anche una feritoia nel muro, una specie di buca delle lettere, dove mettere offerte per sostenere chi si prendeva cura degli esposti. Per un eventuale successivo riconoscimento da parte di chi l'aveva abbandonato, al fine di testarne la legittimità, venivano inseriti nella ruota, assieme al neonato, monili, documenti o altri segni distintivi, alcuni dei quali sono esposti nel museo degli Innocenti a Firenze.

In Italia, la legge n. 396/2000 e le precedenti leggi n. 2838/1928 n. 184/1983 e n. 67/1993 (Codice Civile artt. 250 e segg. Dpr 396/2000 Ordinamento dello stato civile artt. 29, 30, 31, 32, 38, 42, 48, legge n. 151/1975 Riforma del diritto di famiglia legge n. 184/1983), prevedono per tutte le donne, italiane e straniere anche clandestine, il diritto di non riconoscere il neonato. Ogni donna di qualsiasi razza e religione, sia italiana, straniera o clandestina, può partorire in ospedale nell'assoluto anonimato, ricevendo tutte le cure necessarie per sé e per il neonato, ottenendo di non comparire sui documenti del bambino e di mantenere segreta la propria identità per almeno 100 anni.

Questa legge non è assolutamente conosciuta né ha avuto diffusione. Rientra appieno nel diritto del minore ad avere una famiglia.

La richiesta delle donne che per varie motivazioni e condizioni non possono tenere il loro bambino prevede la costruzione di una rete di servizi e persone preparate in grado di garantire e sostenere la volontà della donna in un momento cruciale della sua vita.

I destinatari dell'intervento sono due soggetti distinti:

- la donna che non intende riconoscere il neonato;
- il neonato non riconosciuto.

Per entrambi l'azione si svolge in un periodo di tempo molto limitato ma cruciale per il loro futuro.

La donna incontra persone che possono svolgere un ruolo determinante per ridurre e/o contenere la sua

angoscia o vulnerabilità, per valutare le diverse possibilità e suggerirle i vari servizi capaci di aiutarla a rielaborare l'abbandono e ridurre il carico di sofferenza che a esso si accompagna.

La decisione del non riconoscimento non deve essere giudicata; tutto il personale che viene in contatto con la donna deve essere preparato e discreto per poter garantire alla donna un sufficiente contenimento dell'equilibrio emotivo.

Naturalmente, il personale è tenuto a essere informato sugli aspetti legali, amministrativi e di autotutela e sulla rete esistente.

È richiesta massima attenzione: a cominciare dal ricovero, che non deve essere nella stessa camera delle mamme che hanno partorito o sono in attesa di farlo, e dall'uso dell'ecografo con lo schermo girato e senza suoni, fino all'offerta del controllo del dolore del travaglio attraverso l'analgisia peridurale.

L'aiuto deve essere allargato al supporto psicologico, alla corretta informazione anche sulle possibilità presenti per eventualmente tenere il bambino.

Non conosciute sono le forme di aiuto alle "possibili mamme":

- sospensione del foglio di via per almeno 6 mesi dopo la nascita;
- aiuto economico offerto dal Comune;
- emissione della tessera STP (*straniero temporaneamente presente*): viene rilasciata dagli uffici dei presidi sanitari medici e garantisce assistenza sanitaria per la donna non in regola con l'ingresso e il soggiorno in Italia e la possibilità di usufruire delle prestazioni legate alla gravidanza e al puerperio, dalla contraccezione all'assistenza ginecologica, al pediatra e alle vaccinazioni anche per eventuali altri figli.

Un progetto legato a mamma segreta e realizzato circa 6-8 anni fa, ha visto la collaborazione della Misericordia di Firenze, Azienda dei servizi di trasporto Pubblico ATAF, Ospedale San Giovanni di Dio, Comune di Firenze e associazioni culturali.

Sono stati realizzati volantini, pen-

dagli da autobus e manifesti in 9 lingue diverse, basandosi sulla percentuale delle popolazioni presenti a Firenze, con lo scopo di raggiungere il più capillarmente possibile le donne migranti.

Il logo del materiale pubblicitario è: "NON ABBANDONARLO: PARLA CON NOI".

Il messaggio è quello di cercare aiuto nelle istituzioni contattando il numero impresso, che corrisponde al centralino della Misericordia di Firenze.

I centralinisti sono stati formati per rispondere alle domande di richiesta di aiuto, sanitario e sociale.

Il grande cuore di questa storica Istituzione ha messo a disposizione non solo la voce per rispondere, ma anche mezzi per andare a prendere le donne in difficoltà.

Diverse associazioni, laiche e religiose, inoltre, possono fornire ospitalità in luoghi protetti e sicuri in collaborazione con i servizi territoriali socio-sanitari.

Da segnalare anche il servizio di mediazione culturale istituito dall'Azienda Toscana Centro per superare le barriere linguistiche.

Oltre ai mediatori presenti in ospedale nei giorni e nelle ore prestabilite, esiste la possibilità di una triangolazione telefonica 24 ore su 24 in 153 lingue che fa sì che il sanitario possa parlare contemporaneamente con il migrante e il mediatore.

Ecco, in breve, gli aiuti offerti alle donne in gravidanza che si trovano in condizioni di difficoltà.



Sei in gravidanza? ...parla con noi!

Se sei in difficoltà, se non vuoi o non puoi tenere il bambino, rivolgiti a strutture sanitarie o all'ospedale più vicino! Dopo deciderai con calma cosa fare...

055 21 22 22

preferibilmente / principalmente / mii mii / préférabil / préférably / préférablement / من الأفضل / 最好 7.00/13.00

¿Estás embarazada? ...habla con nosotros!

Si estás en problemas, si no puedes o no quieres tener al niño, pídregate a las estructuras de salud o al hospital más cercano! Luego decidirás con calma qué hacer.

Je shtatzanë? ...eja të bisedojmë!

Njëse je në vështirësi, nëse nuk do ta mbash fëmijën, drejtohu në strukturat shëndetësore ose në spital! Më pas, vendos me qetësi se si do të vepresh...

Ești însărcinată? ...vorbește cu noi!

Dacă te aflu în dificultate și nu vrei sau nu poți păstra copilul, adresează-te la structurile sanitare sau la spitalul cel mai apropiat! După aceea vei decide cu seninătate ce vrei să faci...

Pregnant? ...talk to us!

If things are difficult, if you don't want to or cannot keep the baby, seek advice from a health facility the nearest hospital! Then you can decide tranquilly what to do...

Tu es enceinte? ...parle avec nous!

Si tu es en difficulté, si tu ne veux pas ou tu ne peux pas garder le bébé, appais-toi sur les structures sanitaires et l'hôpital le plus proche! Après, tu décideras avec calme quoi faire...

هل أنت حامل؟ تحدثي إلينا

إذا كنت في وضعية صعبة، إذا كنت لا تودين أو لا تستطيعين الاحتفاظ بالطفل، اتصلي بالمراكز الصحية أو لأقرب مستشفى! بعد ذلك قرري في هدوء ما يجب فعله...

您怀孕了？请来和我们说

如果您正处于困难的情况下，如果您不能或是想放弃孩子，请找保健设施或医院！然后您将慎重决定怎么办...

Campagna di informazione per aiutare le donne in gravidanza e in difficoltà a cura dell'Ospedale San Giovanni di Dio, Arciconfraternita della Misericordia di Firenze, Ataf, Comune di Firenze.

elisabetta.peruzzi@uslcentro.toscana.it

La medicina antroposofica: globalità e persona

di Anna Truci, Emanuela Portalupi

La medicina antroposofica, la quinta tra le Medicine Complementari riconosciute che Toscana Medica presenta, si fonda su una visione olistica dell'essere umano e considera la malattia come conseguenza della rottura di un equilibrio complesso che la diagnosi deve mettere a fuoco per stabilire la opportuna cura.

Gemma Brandi

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



ANNA TRUCI

Medico chirurgo, esperto in medicina antroposofica. Delegato regionale SIMA (Società Italiana di Medicina Antroposofica). Responsabile didattico medico presso la Scuola di Arteterapia Terra di Siena



EMANUELA PORTALUPI

Medico oncologo, esperto in medicina antroposofica e agopuntura. Membro del Research Council dell'Università Goetheanum (Dornach, CH) e Presidente dell'Associazione di Ricerche e Studi per la Medicina Antroposofica

La medicina antroposofica è un sistema medico integrativo, oggetto di ricerca in vari campi della clinica con dati di efficacia, sicurezza, *cost-effectiveness* e soddisfazione del paziente. Il medico prescrive medicinali e terapie in un progetto di cura condiviso e costruito con il paziente. Mette al centro la persona, con la sua intera natura e biografia, entro la quale la malattia può diventare opportunità. Il sostegno alla maternità e alla crescita del bambino, la malattia cronica e l'oncologia integrativa sono motivi centrali.

Anzitutto è necessario sottolineare l'importanza della conoscenza dell'uomo intero per il trattamento anche del caso più particolare.

Rudolf Steiner

La medicina antroposofica nasce all'inizio del '900 come "ampliamento dell'arte medica", dal titolo del suo testo fondativo. Estende la biomedicina con i metodi conoscitivi e l'immagine dell'uomo dell'Antroposofia di Rudolf Steiner: concezione olistica che studia nell'essere umano 4 livelli di indagine con proprietà emergenti (fisico, biologico, psichico, spirituale) e 3 sistemi funzionali, descrivendone fondamenti epistemologici e applicazioni concrete. L'approccio è multimodale e interdisciplinare, individualizzato, centrato sul paziente. Negli anni si è costruito un sistema medico innovativo, originale, in evoluzione sulle necessità del presente e proiettato verso il futuro. La promozione della salute individuale, corporea, psichica e sociale, e della salute nell'età evolutiva è intenzione primaria. Ha associazioni mediche e società scientifiche in 40 paesi.

I medici sono qualificati da una formazione post-laurea, con curriculum e certificato internazionale. Una formazione specifica riguarda

terapisti, psicologi e infermieri. Un censimento IVAA (2012), superato da una crescente diffusione extra-europea, contava ca. 3200 medici e 7000 terapeuti e infermieri antroposofici, 24 ospedali, un corso di laurea in medicina con reparto di tirocinio dedicato (Herdecke), 15 istituti di ricerca e cattedre universitarie in Germania, Svizzera, Olanda, Brasile, Regno Unito.

Nella prescrizione coesistono medicinali originali antroposofici e tera-



Viscum album.

Parole chiave:

medicina antroposofica, integrazione, oncologia, *Viscum album*, ricerca



Infermiera pratica una frizione ritmica al letto del paziente.

pie non farmacologiche: applicazioni esterne, bagni medicati, cure infermieristiche, massaggio ritmico, una terapia di movimento (euritmia terapeutica), arteterapia, psicoterapia. Il medico coordina il *team* terapeutico, che definisce l'intervento sull'immagine globale della persona malata.

I medicinali sono preparati con procedimenti specifici, da sostanze minerali, vegetali e animali, ponderali o in diluizioni omeopatiche, per via orale, parenterale o per applicazione esterna. La loro azione mente-corpo orienta anche gli obiettivi di cura: trattare individualmente il quadro clinico e risvegliare fisiologici processi di salute, cresciuti con noi nell'età evolutiva.

Terapie corporee, dialogo, arteterapia racchiudono la dimensione della speranza e del progetto. Stimolano il paziente ad essere attivo nella cura, lo incoraggiano a riappropriarsi di risorse interne (salutogenesi) e di motivi e capacità esistenziali (autoregolazione). A ricercare nella sua stessa vita, su basi nuove, senso e dignità della propria storia. Molti cercano questo approccio anche per questo. I processi di apprendimento fanno parte del guarire e la crescita spirituale degli operatori ha un ruolo nella formazione.

La modalità d'intervento è ambulatoriale e ospedaliera, con studi medici, centri terapeutici e riabilitativi, ospedali, cliniche. Prevenzione e cura sono strettamente intrecciate. La riabilitazione inizia dalla diagnosi. In Germania, Svizzera e Brasile è integrata nei sistemi sanitari con forme diverse di rimborso. Si va da strutture territoriali antroposofiche – dotate di specialità mediche, chirurgiche e diagnostiche, terapia intensiva e emergenza-urgenza – alla presenza di reparti integrativi che prestano in ospedali convenzionali prestazioni ambulatoriali, consulenza e ricerca. In Italia, la dimensione di cura più diffusa è quella ambulatoriale.

In Svizzera vi sono ospedali e cliniche (Basilea, Zurigo) e un reparto di consulenza nell'Ospedale Cantonale di San Gallo. In Germania vi sono una decina di ospedali e cliniche. L'Ospedale Havelhöhe (Berlino) ha 344 letti, 105 medici e 221 infermieri e cura 20031 pazienti all'anno. È centro oncologico certificato per le principali patologie oncologiche. Associa alla cardiologia interventistica una riabilitazione antroposofica ("Scuola del cuore"). Sviluppa nuovi percorsi terapeutici per malattie croniche invalidanti come diabete e patologie polmonari. Ha una sala parto, un hospice, un centro per le dipendenze e un istituto di ricerca.

Altrove le cure vengono prestate in cliniche più piccole e case di salute. È il caso dell'Italia, dove la Casa di salute Raphael (Roncegno, TN) sostiene pazienti con malattie croniche e pazienti oncologici durante e dopo terapie convenzionali. La valenza delle locali acque arsenicali-ferruginose era stata sottolineata da Steiner nel 1920. È il caso della Svezia, dove il vantaggio per pazienti con carcinoma mammario è oggetto di una serie di pubblicazioni, o del Regno Unito, il cui Raphael Hospital (Hildenborough) è centro di eccellenza per la neuroriabilitazione.

Nelle cliniche antroposofiche il paziente riceve un insieme di cure: punto di forza sta nelle cure infermieristiche e nella possibilità di affiancare ai trattamenti medici le esperienze intime e sottili delle terapie corporee e artistiche. Gli ospedali antroposofici fanno minore uso di antibiotici, antidolorifici e psicofarmaci. Recenti valutazioni in Germania riportano una soddisfazione dei pazienti dei centri di ricovero antroposofici fra l'82 e l'88% (3-9 punti percentuali al di sopra della media nazionale).

Medicina antroposofica e ricerca

La rete degli istituti di ricerca dedicati (circa 15) ha portato a un numero consistente di studi pubblicati. In particolare sull'oncologia e



Filderkliniken, Clinica Antroposofica nei pressi di Stoccarda 2.

i preparati di *Viscum album*, per i quali si evidenzia un beneficio sulla qualità della vita, con dati di efficacia nell'attenuazione dei sintomi e nella riduzione degli effetti collaterali delle terapie oncologiche. Un valore aggiunto è nello sviluppo di metodologie di ricerca per sistemi medici e case report. La *cognition-based medicine* educa e rivaluta il giudizio clinico.

Oltre agli ospedali, i medici pratici, che incontrano il paziente nella quotidianità e nella durata, sono coinvolti: l'unicità e la ricchezza del lavoro clinico confluisce in banche dati e ricerche collettive, come il progetto *Vademecum* (1780 indicazioni su 629 medicinali antroposofici, con le esperienze *peer reviewed* di 274 medici antroposofici da 18 paesi) o l'*Anthroposophic Medicine Outcomes Study*, AMOS, con un totale di 1631 pazienti ambulatoriali con patologie diverse acute e croniche, adulti e bambini La banca

dati oncologica *Network Oncology* include oltre 12.000 casi trattati con la medicina antroposofica.

Efficacia, utilità pratica, sicurezza, costi, globalità

Studi retrospettivi, prospettici controllati e *review* descrivono sicurezza, efficacia e rilevanza pratica della medicina antroposofica come sistema, di singoli prodotti medicinali o terapie antroposofiche in patologie reumatiche, artrosi, cancro, infezioni respiratorie acute, dolore acuto e cronico, fibromialgia, epatopatie, malattie infiammatorie croniche intestinali, ansia e depressione, malattie endocrinologiche, vulnologia... Un'ampia valutazione del sistema medico antroposofico è stata prodotta da un HTA per il governo svizzero (2006-2011), con riconoscimenti normativi.

Si colgono dati positivi su costo-beneficio: riduzione della spesa, in alcuni casi risparmio *vs* terapia con-

venzionale. In oncologia e nelle patologie croniche, contribuiscono alla riduzione dei costi la minore ospedalizzazione per complicanze e un ridotto impatto di sintomi ed effetti collaterali.

L'attuale piano di lavoro internazionale per il progresso e la ricerca in medicina antroposofica si concentra in questi anni su 5 aree principali: l'area materno-infantile, le malattie infettive (un *position paper* con altre CAM ha contribuito alla questione dell'antibiotico-resistenza), l'area trauma/disagio psichico, l'oncologia e le cure palliative.

L'attualità del pianeta richiede il contributo di tutti: la medicina antroposofica si offre a colleghi e ammalati contribuendo alle sinergie indispensabili per la salute individuale e collettiva.

anna.truci@gmail.com
e.portalupi@aresma.com

Ricordo di Grazia Grazzini



Lo scorso 4 giugno ci ha improvvisamente lasciati la dr.ssa Grazia Grazzini. Moltissimi i meriti e innumerevoli gli impegni di questo medico del nostro Istituto. Specialista in Oncologia e in Allergologia e Immunologia, dal 1995 è stata responsabile organizzativo del programma di *screening* coloretale. Ha collaborato attivamente con l'*Osservatorio Nazionale Screening* e col *Centro di Riferimento Regionale per la Prevenzione Oncologica* (CRRPO) della Regione Toscana, anche in qualità di membro dello *staff* dei visitatori delle *site visit*. È stata presidente del *Gruppo Italiano Screening Coloretale* (GISCoR). Ha svolto un'intensissima attività di ricerca

ed è stata docente a numerosi convegni scientifici e corsi di aggiornamento. Quando scompare improvvisamente un'amica cara come Grazia, molti sono i sentimenti che si affollano e quasi si accavalcano, in un dolore che tutto comprende. In primis l'addio, quindi la mancanza, l'assenza, il vuoto dell'animo. Grazia era tantissimo per tutti noi che l'abbiamo conosciuta. Ed era una persona per cui con difficoltà potevi scindere l'affetto dalla stima per come e quanto lavorava e per le infinite cose che conosceva. Per certi versi non era soltanto una dirigente di ISPRO, ma "era" ISPRO: in particolare per le attività che svolgeva nell'ambito dello *screening*, della didattica e della ricerca (oltre 100 pubblicazioni su riviste indicizzate nazionali e internazionali). Non si fermava mai e sempre andava avanti col suo impegno, anche quando la salute le avrebbe consigliato altrimenti. Ci mancherai sempre Grazia. Ti vogliamo bene e sappiamo che ce ne vuoi tanto anche tu. A tuo padre Brunello, a tua madre Loredana e a Manola un grande abbraccio.

Gianni Amunni, Riccardo Poli, Paola Mantellini

La Sezione Aurea e l'armonia del cammino

di Mario Migliolo



MARIO MIGLIOLO
Specialista in Medicina dello Sport
e in Medicina del Lavoro. Perfezionamenti
universitari in Fisiopatologia e Allergologia
Respiratoria, Igiene Ambientale, Clinica
Tossicologica e Promozione della Salute.
Lavora all'Inail di Firenze; è presidente
della FMSI - Toscana e medico della Rari
Nantes Florentia

Il cammino è stato celebrato
nei secoli da varie
personalità che lo hanno
ritenuto portatore
di benessere mentale
e facilitatore di pensieri.
Recentemente alcuni
ricercatori hanno individuato
nella meccanica del passo
la presenza di un rapporto
numerico di frequente
riscontro nella natura
e a cui è attribuito
un significato armonico.

Parole chiave:
Sezione Aurea, cammino,
rapporti armonici in anatomia,
controllo del movimento

In natura molti sistemi fisici e biologici hanno strutture armoniche con caratteristiche legate alla cosiddetta *Sezione Aurea*, conosciuta anche come “proporzione divina”. Come il π , anche ϕ (il cui valore è circa 1,618) era già conosciuto fin dai tempi dell'antica Grecia, tanto che Euclide nel terzo secolo a.C. lo riporta come soluzione al problema di dividere un segmento in due parti tali che la proporzione tra la parte maggiore e quella minore sia la stessa che c'è tra l'intero segmento e la parte maggiore. La ripetitiva pro-

porzionalità è alla base delle proprietà armoniche di questo numero irrazionale (sono definiti irrazionali i numeri decimali illimitati non periodici, che quindi non possono essere espressi sotto forma di frazione) del valore di 1,6180339887... I greci avevano intuito la sua importanza in natura e la stessa facciata del Partenone è un rettangolo aureo, ovvero con i lati in rapporto pari a ϕ (Figura 1); la lettera ϕ fu scelta proprio in onore di Fidìa, lo scultore e architetto greco che supervisionò la costruzione del Partenone.

Da allora il numero ϕ è stato ritrovato come caratteristica armonica di molti sistemi della natura: dalla fillotassi (cioè come si dispongono geometricamente le foglie delle piante) alle strutture a spirale di galassie e dei gusci di alcuni molluschi. Il nome “divina proporzione” deriva dal titolo di un libro rinascimentale del matematico Pacioli illustrato da Leonardo da Vinci.

Keplero fu affascinato moltissimo da tale numero che, prodotto da una definizione teorica nell'ambito della matematica pura, è tanto legato alla realtà da poterlo ritrovare persino nella disposizione dei petali del girasole, nel guscio del nautilo e nella spirale in cui si avvolgono molte galassie. Keplero si riferiva alla Sezione Aurea chiamandola “divina”: “Credo che da questa proporzione geometrica abbia preso spunto il Creatore quando introdusse la produzione del simile dal simile, che proseguisse anch'essa indefinitamente”.

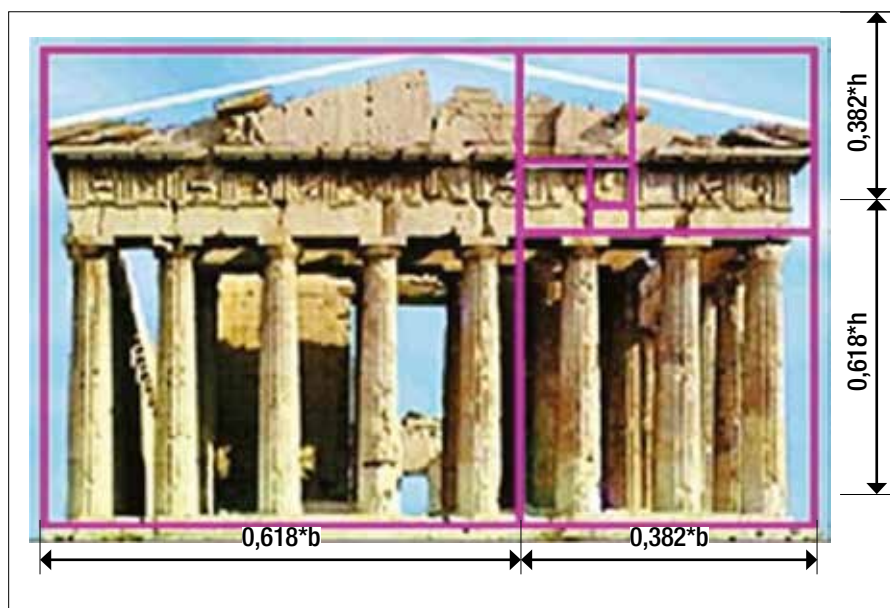


Figura 1 – Facciata del Partenone.

Questa divina proporzione sembra dotata di un'inesauribile capacità di generare armonia fra le parti in cui viene posta.

Inoltre si deve a Keplero la scoperta che il rapporto fra due numeri consecutivi della successione di Fibonacci (ogni numero della successione si ottiene prendendo la somma dei due che lo precedono, con l'esclusione dei primi due) approssima via via, sempre più precisamente, il numero aureo.

Le caratteristiche di armonia che caratterizzano la Sezione Aurea hanno poi ispirato artisti come Leonardo da Vinci (la disposizione dei lineamenti del viso della Gioconda, l'area che va dal collo a sopra le mani e quella che va dalla scollatura dell'abito fino a sotto le mani), architetti come Leon Battista Alberti (la facciata della chiesa di Santa Maria Novella) e Le Corbusier (facciata del Palazzo dell'Onu a New York).

Anche alcune proporzioni tra parti del corpo umano mostrano valori molto prossimi a ϕ e ne è prova l'intento di Leonardo da Vinci di sintetizzare visivamente un'immagine antropometrica utile al reperimento di tutte le misure che permettano all'artista di realizzare con perizia e senza errore una qualsiasi figura umana. Per questo Leonardo individua nel testo di Vitruvio la propria fonte primaria e scrive, al disopra del disegno: "Vitruvio architetto mette nella sua opera d'architettura che le misure dell'omo sono dalla natura distribuite in questo modo".

Ne sono riprova i molti rapporti di segmenti corporei che si approssimano al valore di ϕ (Figura 2).

Il cammino rappresenta un compito complesso che coinvolge centinaia di muscoli, ossa e articolazioni che lavorano insieme per fornire movimenti armonici necessari a trovare un giusto equilibrio tra lo spostamento del corpo e il mantenimento posturale.

Sono vari gli approcci utilizzati per spiegarne i meccanismi biomeccanici che lo sottintendono: il modello a pendolo invertito (Ivanenko) si riferisce alla traiettoria pendolare del

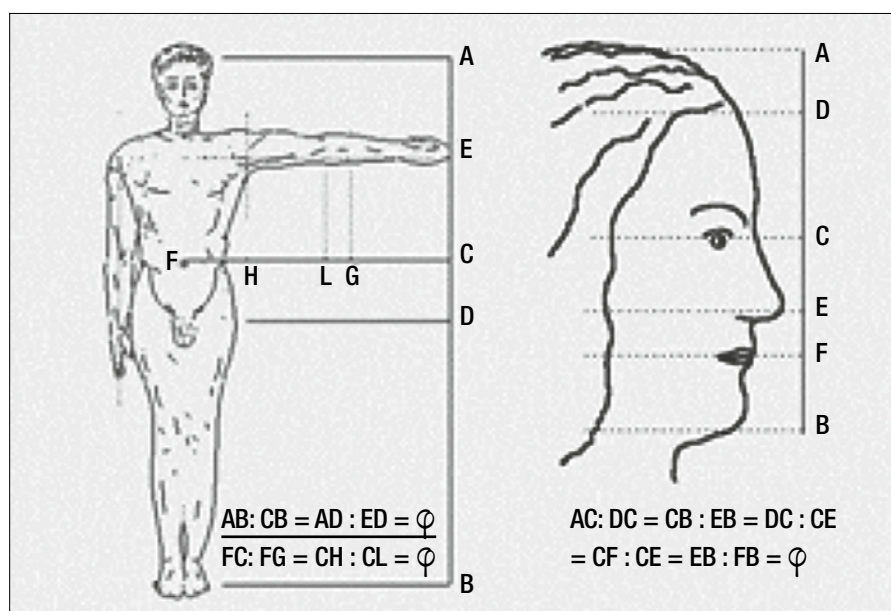


Figura 2 – Il ϕ nei rapporti tra i vari segmenti corporei.

centro di massa e al relativo trasferimento da energia potenziale a energia cinetica e viceversa. A una velocità di cammino di circa 1,4 m/sec tale meccanismo consente di risparmiare energia trasformando l'energia cine-

tica e l'energia potenziale gravitazionale del centro di massa durante l'oscillazione del pendolo invertito nell'appoggio (*stance*), e oscillando balisticamente l'arto come un pendolo composto durante il volo (*swing*):

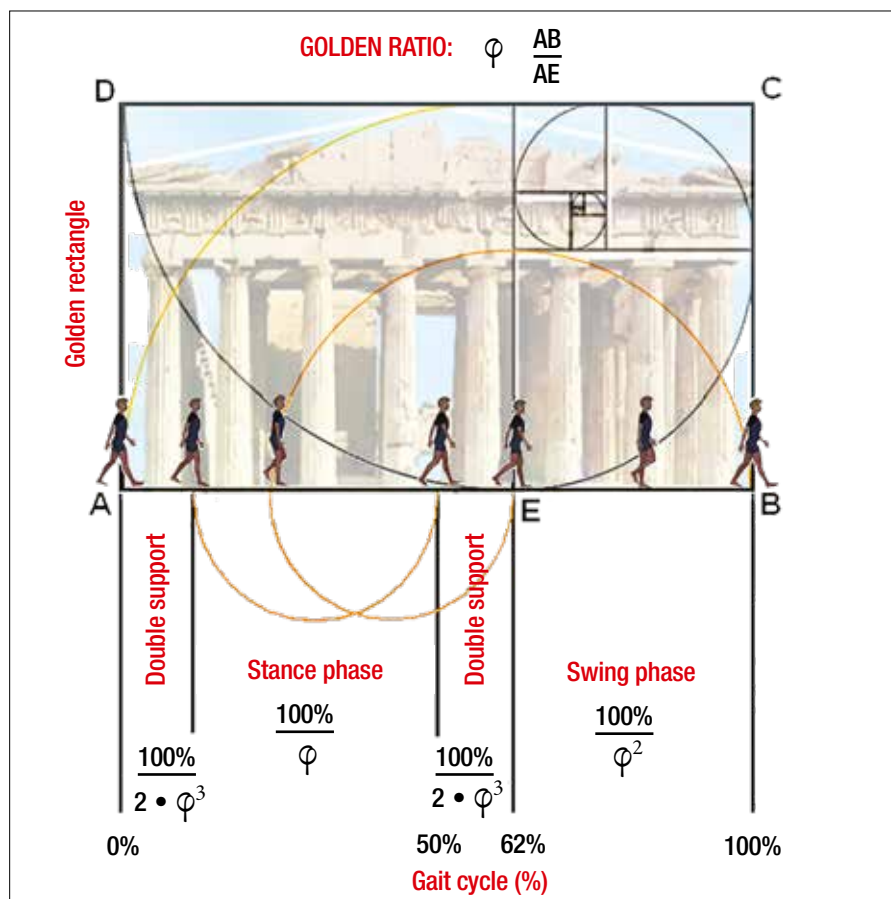


Figura 3 – Rapporti tra sezione aurea e armonia del cammino.

così l'attività muscolare è necessaria solo per opporsi alla gravità, mantenere la postura e reintegrare le perdite di energia durante ogni ciclo.

Altri modelli più complessi prendono in considerazione la rigidità e le proprietà elastiche degli arti inferiori (*stiffnes*).

I ricercatori della Fondazione Santa Lucia IRCCS di Roma hanno pubblicato sulla rivista scientifica "BioMed Research International" uno studio che mette in relazione la Sezione Aurea con l'armonia del movimento umano, e in particolare con l'armonia del cammino. In questo studio è stato trovato che la fase di appoggio e la fase di oscillazione tipiche del passo umano sono tra loro in rapporto pari a ϕ . Date le caratteristiche armoniche di questo numero, la proporzione è mantenuta anche tra intero passo e fase di appoggio, così come tra fase di doppio appoggio e fase di oscillazione (Figura 3).

Questa caratteristica detta di omotetia (o autosomiglianza) è tipica delle strutture frattali e potrebbe essere un facilitatore del controllo locomotorio. Le componenti armoniche semplificherebbero molto il problema che il sistema nervoso centrale si trova ad affrontare quando deve muovere i due arti inferiori, che costano di tre articolazioni ciascuno (anca, ginocchio e caviglia) e di molti muscoli da controllare simultaneamente: l'armonia intrinseca del cammino potrebbe essere lo stratagemma che il sistema nervoso centrale usa per semplificare il controllo della locomozione, così come la metrica e le rime rendono più semplice da ricordare e ripetere una poesia o una canzone.

È stato anche ipotizzato che l'evoluzione delle caratteristiche antropometriche dell'uomo con l'acquisizione di rapporti aurei sia stata finalizzata alla possibilità di svolgere

un cammino armonico e con un costo energetico minore ottenuto ottimizzando il trasferimento tra energia potenziale e cinetica.

Questa armonia è perduta in molte patologie, dall'ictus alla sindrome di Parkinson, dalla paralisi cerebrale infantile alla distrofia muscolare e i tentativi di ristabilirla con tecniche riabilitative potrebbe ottenere il recupero della fluidità e della stabilità del cammino fisiologico.

Rousseau racconta nel testo *Le Confessioni* quanto il camminare gli vitalizzasse pensieri e idee: "La marcia ha qualcosa che mi anima e ravviva le idee: sono quasi incapace di pensare quando sto fermo e bisogna che il mio corpo si scuota affinché lo spirito gli si accompagni".

Che questo stato di benessere derivi dal *rapporto armonico del cammino*?

cr.toscana@fmsi.it

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

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

Orario di apertura al pubblico

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

Rilascio certificati di iscrizione

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

Tassa annuale di iscrizione

Bollettino postale, delega bancaria SEPA Core Direct Debit (ex RID).

Maggiori informazioni sul sito dell'Ordine.

Cambio di indirizzo

Comunicare tempestivamente ogni variazione della residenza anagrafica o del domicilio, specificando chiaramente presso quale indirizzo si desidera ricevere la corrispondenza. *Modulistica sul sito dell'Ordine.*

Commissione Odontoiatri: Il lunedì pomeriggio su appuntamento

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

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

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

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

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

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

Il tema dell'autismo continua a suscitare grande interesse tra i medici, i ricercatori e le famiglie che si trovano tra mille difficoltà a dovere gestire in prima persona questi delicatissimi pazienti. "Toscana Medica", nello spirito di contribuire alla discussione e al dibattito tra tutti i medici iscritti all'Ordine di Firenze, che l'ha caratterizzata dalla sua fondazione, ha ricevuto i contributi di due colleghi che esprimono le proprie convinzioni in tema di autismo.

Li pubblichiamo insieme, con l'impegno che la discussione che dovesse scaturire troverà nella rivista la stessa ospitalità.



GIANMARIA BENEDETTI

Neuropsichiatra infantile, psichiatra, psicoterapeuta, già in servizio nell'Ospedale di Careggi e nella ASL di Firenze.

Già direttore medico del Centro AIABA (Associazione Italiana per l'Assistenza ai Bambini Autistici) di Firenze. Autore del Portale di Neuropsichiatria Infantile, Psichiatria e Psicoterapia

Sta per scoppiare la bolla dell'autismo?

di Gianmaria Benedetti

L'attuale modello di comprensione dell'autismo sta ricevendo crescenti critiche a livello internazionale, mentre apparentemente tutto tace da noi, in assenza di risultati veramente significativi. Da varie parti si propone di "abbandonare l'autismo" come unica categoria diagnostica per ripartire su nuove basi scientificamente più valide.

Parole chiave:

autismo, spettro autistico, diagnosi, sviluppo infantile, assistenza

Mi sembra utile e doveroso informare i colleghi almeno della Toscana su quanto sta succedendo all'estero sul tema dell'autismo, di cui mi sembra non ci sia per ora eco in Italia.

Quello dell'autismo è un tema molto caldo in questo periodo, viene citato spesso dagli organi di informazione e anche da politici e personalità istituzionali, come il Presidente della Repubblica. Questa sindrome, nota dagli anni Quaranta del secolo scorso, ha vivaciato, diciamo così, in ambienti specialistici ristretti fino agli anni Ottanta e poi ha avuto un *exploit* passando nelle statistiche epidemiologiche dal valore di 0,5 per mille a quello attuale di 1 o addirittura 2 per cento e diventando oggetto di campagne informative, se non propagandistiche, a tappeto.

Nel 2013 è uscito un ponderoso libro della dott.ssa Lynn Waterhouse, clinica e ricercatrice esperta dell'Università del New Jersey, a suo tempo collaboratrice della dott.ssa Lorna Wing, nota pioniera nel campo. In questo libro la Waterhouse ha passato criticamente in rassegna tutta la conoscenza acquisita fino ai giorni nostri nella ricerca sull'autismo. Ana-

lizzando i dati disponibili in un lavoro ampio e approfondito, ha concluso che nonostante tutti i mezzi messi in atto la ricerca non ha raggiunto alcun obiettivo: in realtà tutti gli studi non hanno portato alcun apprezzabile aumento delle conoscenze nel campo.

Il motivo principale del fallimento è stato a suo avviso il non aver tenuto conto della grande "eterogeneità" dei casi compresi sotto lo stesso "ombrello" diagnostico, continuando a trattare come un'unica entità i casi diagnosticati come "disturbo dello spettro autistico". In altre parole, avendo messo in un unico calderone capra e cavoli, cioè i casi più diversi, la ricerca si è incartata. Come facilmente prevedibile.

Nella mia prospettiva, una causa importante di quanto sopra detto è stata la confusione diagnostica seguita all'uso prevalente di strumenti diagnostici basati essenzialmente su *test*, come l'ADOS, diffusi in modo epidemico anche per le scelte istituzionali dei Servizi, che hanno di fatto soppiantato i metodi clinici facendo perdere una quantità di elementi utili per la comprensione dei casi.

Su questa base la Waterhouse ha messo in discussione l'uso della diagnosi e il concetto stesso di autismo e tanto più di spettro autistico e ha concluso che tali concetti sono privi di validità scientifica e logica. Ha criticato anche la nozione di "comorbidità" con cui sintomi diversi che spesso complicano il quadro clinico

vengono attribuiti a disturbi diversi presenti contemporaneamente nel soggetto, che verrebbe così a trovarsi afflitto, e così si giustificerebbe la sua sintomatologia, da una quantità di malattie diverse, ognuna però doverosamente diagnosticata come entità separata.

La dott.ssa Waterhouse ha proposto pertanto di “abbandonare”, nella ricerca, il costrutto di autismo e spettro autistico, nonché il relativo paragrafo del DSM riguardante questa categoria diagnostica. Fra l'altro ha scritto che stando così le cose anche le terapie indicate come specifiche sono in realtà basate sul nulla.

A mio avviso non è solo “nella ricerca” che la diagnosi di spettro autistico fa acqua; da tempo sono arrivato alla conclusione che anche sul piano clinico è una diagnosi inutile e dannosa; non aiuta a capire le difficoltà e a fornire l'aiuto necessario nelle varie situazioni e getta spesso inutilmente nello sconforto molte famiglie. D'altronde se una diagnosi è dannosa e inutile per la ricerca non vedo come possa non esserlo anche per la clinica e l'assistenza.

Negli anni successivi, alle critiche della Waterhouse si sono unite altre personalità nel campo dell'autismo, in particolare il dott. Cristopher Gillberg di Goteborg, Svezia, molto conosciuto, e il dott. London, di Londra.

Già nel 2010, di fronte all'ampia variabilità sintomatica, alla diversa evoluzione e alla scarsa prevedibilità, il dott. Gillberg aveva proposto una nuova modalità diagnostica per

raccogliere tutte le sindromi con disturbo dello sviluppo, quella di ESSENCE, un acronimo che significa *Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations*.

Pur suscitando qualche riserva – si tratta in fondo di una specie di diagnosi di attesa, che qualcuno però sta già considerando una diagnosi a tutti gli effetti, parlando di una prevalenza del dieci per cento – questa visione sembra in diffusione. Se non altro sembra una formula meno stigmatizzante e meno inutilmente terrorizzante per la quantità di famiglie che hanno un bambino con qualche ritardo o difficoltà evolutiva, che oggi vengono con grande facilità precipitati nel calderone dello spettro autistico.

Finora la risposta da parte delle Autorità dell'Autismo a queste proposte si è limitata a qualche breve lettera degli editori della rivista “Autism research” – *official journal of the International Society for Autism Research* – con la segnalazione della necessità di ulteriori ricerche e comunque il rifiuto della proposta di rinunciare alla categoria diagnostica di spettro autistico. In effetti dati gli interessi in gioco (centri di ricerca, centri clinici, scuole di terapie specifiche, riviste dedicate al tema specifico dell'autismo, associazioni, aspetti burocratici legati all'assistenza ecc.) non stupisce la grande resistenza a prendere atto delle crescenti critiche e dell'urgenza di cambiare le cose.

Infine è comparso su “Molecular

Psychiatry”, 7 gennaio 2019, un articolo a firma di tre autori, Lombardo MV, Lai MC, Baron-Cohen S, quest'ultimo ben noto nel campo, i quali ammettono gli aspetti critici che hanno inficiato la ricerca fino ad adesso, ma rispondono cercando di individuare vie d'uscita in metodologie di ricerca più adeguate, cercando di salvare così capra e cavoli.

Anche se c'è il tentativo in questo modo di salvare la cattedrale cresciuta intorno all'autismo, l'ammissione dell'esistenza di gravi aspetti critici fa a mio avviso intravedere gravi crepe nella costruzione che possono preludere a un crollo. Altrimenti detto, sembra sul punto di scoppiare la bolla dell'autismo cresciuta a dismisura negli ultimi due decenni.

A mio avviso sarà un'evenienza molto utile: permetterà, si spera, di rivolgere un'attenzione più ampia e adeguata allo sviluppo dei bambini nelle loro famiglie e nel loro ambiente e ai vari ostacoli che esso può incontrare, favorendo una ricerca e un'attenzione a tutto campo, piuttosto che limitata al campo neurobiologico come finora è stato. Invece di occuparsi dei punteggi dei sintomi alla ricerca di diagnosi inattendibili in ogni bambino che arriva in ambulatorio, gli specialisti potranno dedicarsi allo studio dello sviluppo e delle sue difficoltà e potranno aiutare meglio la crescita di questi bambini e delle loro famiglie.

gianmaria.benedetti@gmail.com

SITO INTERNET DEDICATO A TOSCANA MEDICA

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

Ancora qualche riflessione sull'autismo

di Lucilla Bonvini



LUCILLA BONVINI
Neuropsichiatra Infantile -
SOSA, Psichiatria dell'Infanzia
e dell'Adolescenza e Neuroriabilitazione,
AOU Meyer

L'affinamento degli strumenti di diagnosi e gli studi sulle cause del Disturbo dello Spettro Autistico hanno permesso di stabilire basi neurofisiologiche e neuropsicologiche condivise tra gli studiosi. A questo segue la possibilità di iniziare trattamenti mirati sempre più precocemente sui bambini, con conseguente miglioramento di qualità di vita e riduzione delle invalidità.

Parole chiave:
autismo, neurosviluppo,
variabilità, sintomi,
riabilitazione

L'autismo, prima che sindrome, è un sintomo, descritto in diversi quadri psicopatologici (depressione, schizofrenia, disturbi della personalità, disturbi del comportamento alimentare, disturbi dello spettro autistico vero e proprio).

Il sintomo dell'autismo schizofrenico si riferisce a una modalità di ritiro dal mondo, alla "perdita dell'evidenza naturale" (Ballerini) "perdita del contatto vitale con la realtà" (Minkowski), allo sfondo che si percepisce all'interno della relazione con il paziente psicotico o pre-psicotico.

Queste definizioni riportano a simili situazioni affettive e relazionali in altri quadri psichiatrici, in un *continuum* di gravità, ed è spesso difficile risalire al fatto che l'autismo sia un sintomo primario, costitutivo della personalità, ovvero secondario alla "cecità" nella lettura della mente e della realtà provocata dalla malattia mentale.

Baron Cohen ha addirittura proposto di calcolare in ognuno di noi un quoziente autistico, per andare a sondare il personale livello di lettura della mente (teoria della mente), diverso da soggetto a soggetto e dipendente da fattori genetici ed epigenetici in modo multifattoriale.

È evidente che, se considerato sintomo, l'autismo fa parte della storia di ogni individuo e di molte patologie psichiatriche e, tutt'altro che rappresentare un calderone, ha un valore fenomenologico e clinico paragonabile a quello dell'empatia.

Le discussioni intorno al sintomo autismo e alla combinazione con altri aspetti del temperamento e del carattere che portano alla configurazione della personalità sono sempre aperte e, fino al secolo scorso, si sono intersecate con la storia dei disturbi autistici e dell'autismo come sindrome.

Fortunatamente il Disturbo dello Spettro Autistico, grazie alle ricerche neurobiologiche, genetiche e neuropsicologiche avanzate, è riuscito a entrare nelle categorie diagnostiche sulla psicopatologia e a diventare autonomo dal sintomo autismo.

Come in ogni patologia psichiatrica la genesi del disturbo è multifattoriale, genetica ed epigenetico-ambientale, i criteri diagnostici sono definiti e chiari (tanto da permetterne la differenziazione con la disabilità intellettiva, il disturbo ossessivo-compulsivo, la plusdotazione intellettiva, il disturbo del linguaggio), gli strumenti diagnostici sono noti (e assolutamente non soltanto testologici), i progetti riabilitativi puntano sulla costruzione di programmi cuciti sul singolo individuo (purtroppo ancora con gravi carenze assistenziali nella rete del SSN); è attiva, anche se ancora sperimentale, la ricerca sui trattamenti farmacologici specifici (gaboxadol, d-cycloserina, ossitocina ad esempio).

Gli operatori della salute mentale infantile dove collocerebbero altrimenti quei casi di bambini con bizzarrie del comportamento in senso ripetitivo e stereotipato (ripetitività, *sameness*, attenzione ai particolari, perdita di vista degli obiettivi delle azioni, gioco meccanico...) e con la perdita (più o meno evidente) del senso della relazione, del contatto visivo, della capacità di tenere a mente il pensiero dell'altro, di stupirsi della diversità dell'altro?

Collocare un bambino in una categoria diagnostica non significa affatto

ridurre l'attenzione sullo sviluppo dei bambini e delle famiglie; occuparsi dei punteggi dei sintomi non significa portare sconforto nelle famiglie. Chi pensa di utilizzare in questo modo categorie diagnostiche e *test* sbaglia di grosso. Significa invece utilizzare strumenti nati dalla ricerca, per fornire strumenti di conoscenza prima e di cura poi, sia al bambino che alla famiglia.

La forte espressività genetica dei disturbi dello spettro autistico conduce spesso a individuare simili sintomi, sottosoglia, in altri membri della famiglia, permettendo un riconoscimento e una condivisione di stili evolutivi e di crescita, che servono a migliorare l'adattamento e l'empatia tra i membri della famiglia e tra le famiglie e i curanti.

Questo non significa curare il cosiddetto *autismo sottosoglia*, ma piuttosto permettere una lettura più complessa e umana del disagio psicopatologico.

Purtroppo i disturbi dello spettro autistico hanno a oggi una prognosi negativa rispetto alla guarigione, ma proprio grazie a interventi mirati, nati dalla conoscenza accurata dei bambini e delle famiglie, è possibile ridurre sintomi comportamentali secondari, livello di disabilità intellettiva e di dipendenza dall'adulto, psicopatologia secondaria.

Lynn Waterhouse, direttrice del Centro sul Comportamento del bambino in New Jersey, ha dato e sta dando un grande contributo allo studio della neurobiologia dell'Autismo e all'uso di farmaci specifici per i bersagli sintomatologici (ritiro relazionale); il suo libro *Rethinking Autism: variation and complexity*, uscito nel 2012 (Academic Press), lungi dal mettere in crisi la somma dei sintomi che conducono alla diagnosi di Autismo, porta in evidenza la molteplicità sintomatologica ed eziopatogenetica di questo quadro clinico, anche all'interno della stessa famiglia, auspicando che la ricerca, a oggi secondo l'autrice poco fruttuosa, cambi punto di vista e, proprio in base all'evidenza che l'autismo non esiste come disturbo omogeneo, co-

minci a considerare i sintomi un prodotto di sottostanti *deficit* settoriali delle funzioni cerebrali non ancora individuati e non ancora sufficientemente messi in evidenza.

La varietà sintomatologica in termini quantitativi porta talvolta a misconoscere la diagnosi fino all'età in cui, per l'incremento delle richieste soprattutto relazionali e interpretative della realtà, emergono quadri di disadattamento, spesso secondari: da disturbi dello spettro ossessivo, ansioso, neuropsicologico settoriale, fino a franchi scompensi depressivi, psicotici.

All'interno della SOSA di Psichiatria dell'AOU Meyer è frequente ritrovare, nella storia di adolescenti che arrivano in urgenza per sintomatologia psichiatrica acuta, segni pregressi, ma misconosciuti afferenti allo spettro.

“Gli insegnanti hanno sempre segnalato ottimo rendimento, ma scarsa socialità”, “è sempre stato impacciato nei movimenti e nel suo mondo”, “ha pochi amici ed è stato vittima di bullismo”, “è bravissimo al computer, fatica di più nei temi”, “non si è mai adattato ai cambiamenti”: sono frasi che di per sé non costituiscono elementi di diagnosi o stigmatizzazione, ma che devono accendere nel clinico un campanello di allarme per approfondire la qualità della comunicazione, della relazione, degli interessi, della eventuale presenza di ritiro e ripetitività.

Il fine è quello primario di rendere il paziente il più possibile consapevole di sé stesso, per poter imparare a dare una lettura più integrata di quanto succede nelle sue emozioni, ma anche nelle relazioni con gli altri. La consapevolezza di sé, là dove ancora possibile, è la base di partenza per una cura efficace.

Come più volte affrontato anche in questa rivista, l'assenza di una terapia causale, lo stravolgimento dello sviluppo neuropsichico in tenera età, l'impatto affettivo della diagnosi sui genitori e sui clinici innescano un meccanismo di non accettazione che fa arrivare a *provarle tutte*, indipendentemente dalla provata efficacia

delle cure. In medicina il “provarle tutte” è quanto di più pericoloso possa esistere perché comporta un enorme dispendio di soldi (per le famiglie e, ahimè, per lo Stato), di risorse psichiche e fisiche, senso di smarrimento che segue la falsa illusione, spesso gravi effetti avversi nei pazienti, da non sottovalutare.

A complicare queste reazioni, nel terzo millennio si aggiunge la diffusione del sapere medico, certamente in maniera superficiale, attraverso la rete, per cui seguiamo il consiglio del tizio esperto di turno incontrato al bar sport di turno.

La trappola più pericolosa è quella legata all'avvalersi, nella scelta della cura, al dato che *altri genitori di bambini con autismo hanno detto di aver visto miglioramenti*.

Noi medici che ci occupiamo di età evolutiva sappiamo bene, dalla pratica clinica, quante *bias* contengano le impressioni dei genitori, soprattutto nelle prime fasi di una nuova cura e soprattutto se tali impressioni siano o meno state raccolte attraverso valutative di documentata attendibilità (e quindi all'interno di un *trial* controllato). Esiste una reazione biologica del genitore, il cui cervello sente di fare qualcosa di nuovo (e quindi utile) per la malattia del figlio.

Inoltre il metodo di presentazione dei risultati delle ricerche influisce sulla scelta del trattamento in modo inversamente proporzionale al grado di certezza di efficacia.

Molti studi documentano che non solo pazienti, ma anche medici e amministratori, sono portati all'entusiasmo per interventi terapeutici presentati con misure di efficacia relativa, perché queste ovviamente hanno la capacità di enfatizzarne l'efficacia. Accettare la malattia non significa arrendersi, tutt'altro! Significa affidarsi ai migliori centri e professionisti dedicati allo studio di quella patologia; dietro l'autismo a oggi ci sono migliaia di ricerche mediche serie in corso (intorno a 40.000, su sintomi, farmacoterapia, cause, neuroimmagini, trattamenti riabilitativi). Certo non sono i genitori a dover ricercare, ma gli scienzia-

ti, i clinici; è evidente il paradosso di andare a trovare un trattamento presunto efficace sulla rete, quando ci sono persone che operano sul campo attraverso studi approfonditi condotti con controlli, monitoraggio etico, metodologie che hanno alle spalle secoli di analisi dei dati.

Il genitore deve per forza arrendersi, questo sì, a delegare il ruolo di cura. Solo il medico qualificato può sapere se quella cura è frutto di una ricerca indipendente, se i dati sono stati pubblicati su una rivista abbastanza autorevole.

Se strada facendo sarà possibile mo-

dificare *test* e criteri di classificazione per affinare le diagnosi e suddividere i pazienti in sottoclassi o altre categorie diagnostiche ben venga, soprattutto in funzione delle cure e del miglioramento della qualità della vita.

lucilla.bonvini@meyer.it

Dott. o Dr.?

Le due abbreviazioni **dott.** e **dr.** sono usate indifferentemente al posto della parola “dottore”: è vero che nel linguaggio comune si utilizzano per indicare chi svolge la professione di medico, ma bisogna precisare che il titolo di “dottore” appartiene a chiunque abbia una laurea, in qualunque disciplina. Capita di frequente infatti trovare aggiunta, nell'intestazione delle ricette, nella carta intestata, nei biglietti da visita dei medici, oltre alla dizione **dott.** o **dr.** Pinco Pallino, la specificazione della qualifica (ad es. medico generico, medico chirurgo, pediatra, neurologo, ecc.) proprio per rendere chiara la professione effettivamente svolta, che non sarebbe trasparente soltanto attraverso l'abbreviazione, **dott.** o **dr.** che sia. Tutte e due le abbreviazioni **dott.** e **dr.** (sempre col punto) sono attestate nei dizionari italiani e si possono utilizzare indifferentemente. È vero che **dr.** deriva dall'inglese, ma la trasparenza della sigla, dovuta alla forma simile delle due parole in italiano ed in inglese, ne ha favorito la diffusione e l'uso.

Consulenza Linguistica, Accademia della Crusca - Data della risposta: 30 settembre 2002

Autrice della risposta: Raffaella Setti

a cura di Simone Pancani

Letti per voi

Sinfonia di martelli

di Antonio Carosella

Il Pozzo di Micene, Lucia Pugliese Editore

Agnone è un borgo del Molise famoso da secoli, tra l'altro, per la lavorazione del rame. Ad Agnone è nato Antonio Carosella che oggi esercita a Firenze la professione di ortopedico traumatologo, non essendo però mai riuscito a recidere completamente il filo che lo lega alla amata terra natale. E, si potrebbe dire, che è stato un bene perché nelle pagine di questo libro il lettore non distratto potrà trovare moltissimi spunti di poesia e curiosità.

Carosella proviene da una famiglia di artigiani che hanno da sempre, per generazioni, lavorato il rame e con garbata discrezione ci accompagna alla scoperta di un mondo oggi scomparso. Ben poco infatti dicono oggi parole come “stiglio”, “palacciolo”,

“chioveria”, “lisciatora”, “bicornia” (tutti attrezzi di fondamentale importanza nella lavorazione del rame) che pure in passato rappresentavano presenza costante nelle conversazioni di intere popolazioni.

Belle le foto che spiegano al meglio le parole dell'Autore ed efficacissimo il bianco e nero dell'immagine in cui, ad esempio, Cristanziano Del Coiro (si potrebbe immaginare un nome più “letterario”?), antico artigiano, “si cimenta in un'esemplare bordatura a ferro”.

Nelle parole di Carosella la sinfonia dei martelli del titolo si accompagna, purtroppo, al sottotitolo che parla di un qualcosa che oggi appare lontanissimo nel tempo, “l'antico mestiere del calderaio, artigiano senza eredi”.

Consigliato per alimentare ricordi e suggestioni.



La gestione del post-trapianto di rene: dai fondamenti della medicina dello sport ad aspetti multidisciplinari

di Laura Stefani, Gabriele Mascherini, Chiara Ingletto, Francesco Sofi, Luciano Moscarelli, Giorgio Galanti, Pietro Amedeo Modesti

La Medicina dello Sport e dell'Esercizio sempre più spesso coinvolta nel trattamento delle patologie cronico-degenerative, può fornire un utile aiuto nella programmazione dell'esercizio fisico nei soggetti sottoposti a trapianto di rene.

Parole chiave:
trapianto di rene, Medicina dello Sport e dell'esercizio, dieta mediterranea, esercizio fisico

Introduzione

Il trapianto renale è il trattamento di scelta per la malattia renale allo stadio terminale, volto al ritorno a uno stile di vita normale e a un prolungamento della sopravvivenza. Nonostante l'evento trapianto, i pazienti soffrono di una morbidità e di una mortalità cardiovascolare molto più elevata rispetto alla popolazione generale, da quattro a sei volte e anche rispetto agli altri pazienti trapiantati

di organo solido. L'uso di steroidi, di farmaci immunosoppressori, la funzione renale subottimale, l'aumento di peso corporeo che spesso segue il trapianto di rene, e la maggior frequenza delle infezioni possono accelerare il processo aterosclerotico. In aggiunta a questo, non dobbiamo dimenticare il ruolo determinante della sedentarietà antecedente al trattamento trapianto rene che aumenta la prevalenza della mortalità cardiovascolare, soprattutto se associato a ipertensione arteriosa, diabete e ad altri fattori di rischio cardio-metabolico come la dislipidemia.

La Medicina dello Sport e dell'Esercizio è a oggi impegnata nel trattamento delle malattie cronico degenerative.

È stato dimostrato come l'esercizio fisico regolare a intensità moderata, individualizzata, e prescritto alla stessa stregua di un farmaco, non solo migliori in senso generico la salute nella popolazione generale al punto che viene attualmente inserito tra le prime raccomandazioni generali dello stile di vita per i soggetti sani attivi, ma possa svolgere un ruolo terapeutico soprattutto nei soggetti con malattie cronico-degenerative complesse quali ipertensione arteriosa, diabete, sindrome metabolica, neoplasie e sindrome post-trapianto. Questo aspetto è tanto più efficace quanto più si associa a indicazioni di una corretta abitudine alimentare.

Nel caso specifico del post trapianto di rene, l'attività fisica moderata, considerata fino a poco tempo fa



LAURA STEFANI
Medicina dello Sport e dell'Esercizio,
AOU Careggi. Dipartimento di Medicina
Sperimentale e Clinica,
Università degli Studi di Firenze

**GABRIELE MASCHERINI, CHIARA
INGLETTO, GIORGIO GALANTI, PIETRO
AMEDEO MODESTI**
Medicina dello Sport e dell'Esercizio,
AOU Careggi. Dipartimento di Medicina
Sperimentale e Clinica,
Università degli Studi di Firenze

FRANCESCO SOFI
Dipartimento di Medicina Sperimentale
e Clinica, Università degli Studi di Firenze.
SOD Nutrizione Clinica, AOU Careggi,
Firenze

LUCIANO MOSCARELLI
S.O.D. Nefrologia e Dialisi,
AOU Careggi, Firenze

come non proponibile in quanto rivolta a soggetti considerati *fragili*, è stata dimostrata invece, in molte esperienze clinico-scientifiche, produrre effetti positivi in vari contesti tra i quali qualità della vita, la fitness cardio-metabolica, lo stato psicologico, il contenimento e la riduzione dei fattori di rischio cardiovascolare. Molti degli effetti positivi dell'esercizio fisico sono stati valutati attraverso la misura nel tempo della variazione di alcuni parametri quali quelli antropometrici come la massa corporea, le circonferenze, le pliche cutanee, la massa grassa, la massa magra, la distribuzione dell'acqua corporea. In aggiunta, la stima della tolleranza allo sforzo e della performance cardiovascolare estrapolate da un parametro ben conosciuto in medicina dello sport e strettamente correlato alla mortalità cardiovascolare, quale la VO2 max calcolata insieme alla percezione della fatica attraverso la scala di Borg o scala CR10, hanno

consentito la valutazione della fitness aerobica.

A fronte di un potenziale rischio oggettivo, ben noto e spesso temuto dell'esercizio fisico come possibile causa di eventi acuti e in considerazione soprattutto dell'eventuale sottostante cardiotoxicità dovuta all'uso di più farmaci immunosoppressori, l'esercizio fisico individualizzato aerobico e contro-resistenza di moderata intensità rappresenta comunque oggi una vera e propria scelta terapeutica importante ed efficace nel post-trapianto di rene.

Il piano terapeutico: attività fisica moderata individualizzata di tipo misto e intervento nutrizionale

La pianificazione del trattamento terapeutico attraverso la *prescrizione dell'esercizio fisico* nel post trapianto di rene, passa attraverso la evidenza che la ridotta attività fisica e la sedentarietà sono fattori modificabili che possono svolgere un ruolo determinante nella riduzione della mortalità e morbilità del cardiovascolare.

La Medicina dello Sport e dell'Esercizio si avvale di competenze specifiche, utilizzando a favore di soggetti ad alto rischio come i trapiantati di rene, tutte quelle valutazioni cardiovascolari, nutrizionali, della composizione corporea e della forza e flessibilità muscolare indispensabili per la stima e la "prescrizione dell'esercizio fisico" e che derivano comunque da una lunga storia di applicazione in ambito sportivo, anche di alto livello. L'aspetto innovativo e di estensione alle valutazioni clinico-strumentali della Medicina dello Sport e dell'Esercizio alle malattie cronico-degenerative ha rappresentato la vera svolta di questa disciplina, così specialistica ma anche così trasversale nelle sue potenzialità e campi di azione.

Benché la letteratura abbia inizialmente consolidato il ruolo della prescrizione dell'esercizio fisico di tipo misto aerobico e contro-resistenza in condizioni di "supervisione", cioè in ambienti protetti come le palestre e con l'ausilio di personale specializzato dedicato, più recentemente è stato proposto, ed è in fase di otti-

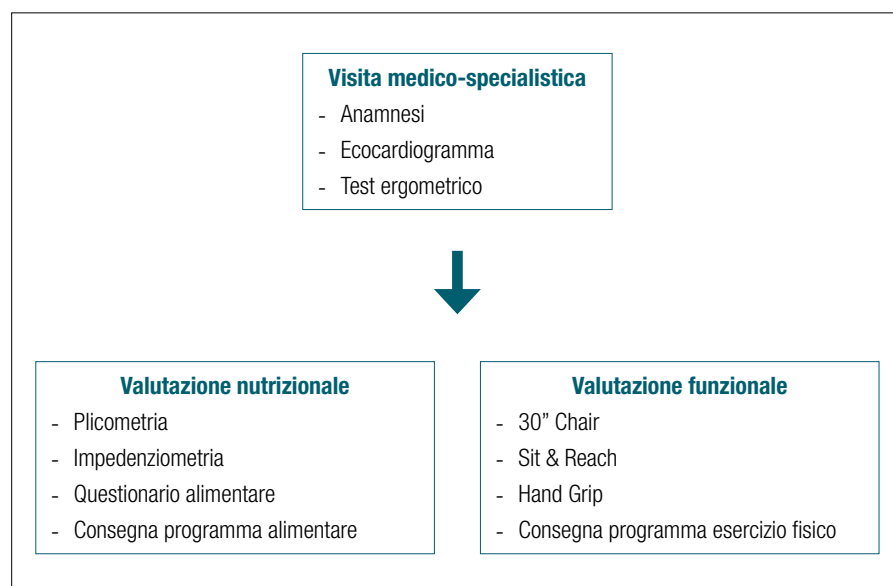
mizzazione, un programma di attività fisica programmata, individualizzata, definito nel range di intensità moderata (pari al 60-70% rispetto al massimale), di tipo misto, aerobico e contro-resistenza, che può essere svolto secondo una modalità "Home-based" cioè a casa, senza supervisione di personale specializzato dedicato, dopo una fase iniziale di istruzione del paziente. L'intento è quello di fornire un'alternativa valida al continuo e spesso impossibile impegno in palestra, che possa ridurre l'eccessiva medicalizzazione dei pazienti coinvolti e garantire uno strumento di cura, individualizzato e ben definito nel contesto sia del rischio cardiovascolare che della capacità terapeutica e che possa essere applicato in un ambito di basso rischio e massima efficacia terapeutica. Stante la lunga storia di ospedalizzazione di questi soggetti con ridotta qualità della vita, sembra offrire molti vantaggi.

È necessaria pertanto una valutazione preliminare molto attenta del potenziale impatto negativo dell'esercizio fisico da prescrivere, specialmente se in forma non supervisionata, soprattutto per rilevare eventuali controindicazioni assolute o relative all'esercizio fisico stesso. Questa valutazione viene effettuata attraverso il monitoraggio periodico con ecocardiogramma 2D che tenga conto

anche di alcuni parametri di stima della contrattilità miocardica, più sensibili della frazione di eiezione, quali i parametri di deformazione come ad esempio il *Global Longitudinal Strain* del Ventricolo sinistro. L'effettuazione di un test da sforzo massimale che slatentizzi l'eventuale sottostante coronaropatia ma soprattutto che consenta di calcolare l'intensità di esercizio fisico sulla base del range delle frequenze raggiunte, è indispensabile per arruolare i pazienti e nel loro *follow-up*. Il test ergometrico al cicloergometro viene in genere effettuato con l'ausilio della scala della fatica (CR 10 o Borg) che valuta la tolleranza allo sforzo, aspetto questo spesso indipendente dalla performance cardiaca e correlato invece al *training* e alla risposta muscolare all'esercizio acuto.

Altri parametri sono fondamentali per pianificare il programma e seguire da vicino una eventuale sbilanciata distribuzione dell'acqua corporea (compartimentalizzazione del trapiantato) e una spesso inevitabile sarcopenia, causa di eventi avversi del distretto muscolare quali strappi, crampi o comunque lesioni invalidanti il proseguimento del programma.

Recentemente il programma di prescrizione esercizio fisico si è avvalso anche della valutazione nutrizionale dell'aderenza alla dieta mediter-



reana, attraverso uno strumento di *screening* basato su semplici domande di frequenza per valutare il consumo giornaliero e/o settimanale dei gruppi alimentari caratteristici della dieta mediterranea. Tale strumento, denominato **MEDI-LITE**, è stato sviluppato a partire dai dati presenti in letteratura provenienti dagli studi di coorte più ampi che hanno valutato l'associazione tra aderenza alla dieta mediterranea e insorgenza di malattie cronico-degenerative, ed è stato recentemente validato in una popolazione Italiana (www.medi-lite.com).

L'esperienza del percorso clinico-strumentale di gestione della Medicina dello Sport e dell'Esercizio - AOU Careggi, Università degli Studi di Firenze

Stante queste considerazioni riportiamo di seguito l'esperienza della SODC Medicina dello Sport e dell'Esercizio dell'Università degli Studi di Firenze – in collaborazione con la SOD Nefrologia e Dialisi dell'AOU Careggi e con il supporto

della SOD Nutrizione Clinica relativamente agli aspetti nutrizionali, con l'applicazione di un modello di attività fisica non supervisionato tipo *home based* in una popolazione di trapiantati di rene in condizioni cliniche stabili.

Sono stati seguiti per un periodo di circa 15 mesi 21 soggetti trapiantati di rene (età media 46,8 +/- 12 anni, di cui 14 uomini e 7 donne) tutti aderenti al programma di esercizio fisico non supervisionato, con valutazioni complesse, cardiologiche, medico sportive relative all'intensità dell'esercizio fisico e ai parametri di forza e flessibilità corporea, nutrizionali, ogni 6 mesi. L'aderenza al programma era controllata attraverso l'uso di questionari dedicati in cui il paziente doveva riportare lo svolgimento dell'attività prescritta, nonché attraverso l'uso di specifiche applicazioni sul telefono cellulare che consentissero di oggettivizzare l'intensità e durata dell'attività settimanale. Il *follow-up* dei pazienti era completato anche da una valutazione nutri-

zionale sulla verifica di una corretta aderenza alla dieta mediterranea.

I nostri risultati hanno mostrato come nei soggetti aderenti al programma prescritto non si siano stati rilevati eventi acuti di tipo cardiovascolare a fronte di un adeguato mantenimento di un profilo lipidico e glicemico a basso rischio. Alcuni tra i parametri più correlati alla composizione corporea e quindi al rischio cardiovascolare, come la circonferenza vita e le pliche sottocutanee, hanno mostrato invece un significativo miglioramento (Figura 1).

In particolare il test di forza (*Hand-grip*) effettuato periodicamente sugli arti superiori, come stima della forza globale del soggetto e quindi del grado di sarcopenia presente, è risultato significativamente migliorato (Figura 2).

Per quanto riguarda più strettamente le valutazioni cardiologiche, studiate attraverso i parametri eco 2D, non sono stati rilevati cambiamenti sostanziali della frazione d'eiezione che si è mantenuta intorno al 60% durante tutto il periodo, mentre più sensibile è risultata la valutazione dei parametri di deformazione (GLS), come stima di contrattilità miocardica, che si è modificata significativamente dimostrando un effetto positivo del programma prescrizione esercizio fisico non supervisionato anche in questo ambito.

Interessanti sono stati anche i risultati di un breve periodo di esplorazione sugli aspetti nutrizionali, valutati al momento per un periodo più breve all'interno del programma e che sembra producano informazioni sostanziali per un corretto adeguamento dell'apporto nutrizionale nei trapiantati

Conclusioni

La piccola coorte nel nostro studio non ci consente di stratificare i pazienti per variabili che possono modificare il rischio cardiovascolare come il tempo trascorso in dialisi e il tempo trascorso dal trapianto. Di conseguenza, non possiamo dedurre alcuna conclusione sulla necessità di iniziare il programma in un tem-

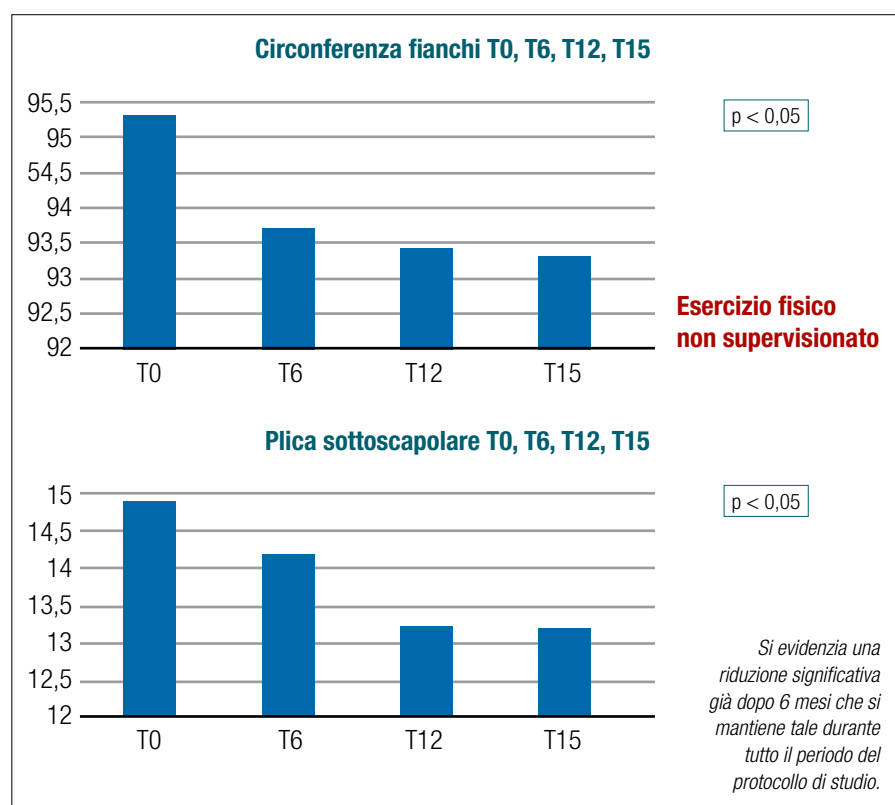


Figura 1 – Andamento dei parametri antropometrici (circonferenza fianchi e pliche sottoscapolari) nei trapiantati renali aderenti al programma di Prescrizione esercizio fisico durante i 15 mesi di osservazione.

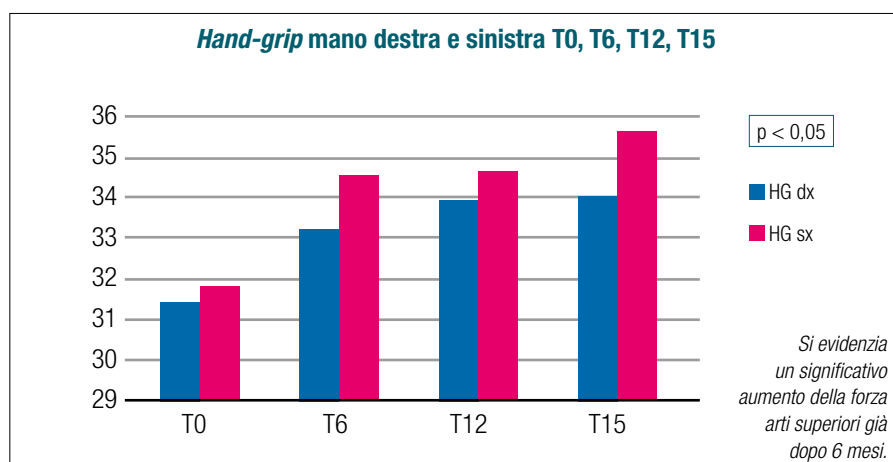


Figura 2 – Risultati dell'*Hand-grip test* di entrambi gli arti superiori in trapiantati renali aderenti al programma di esercizio fisico non-supervisionato.

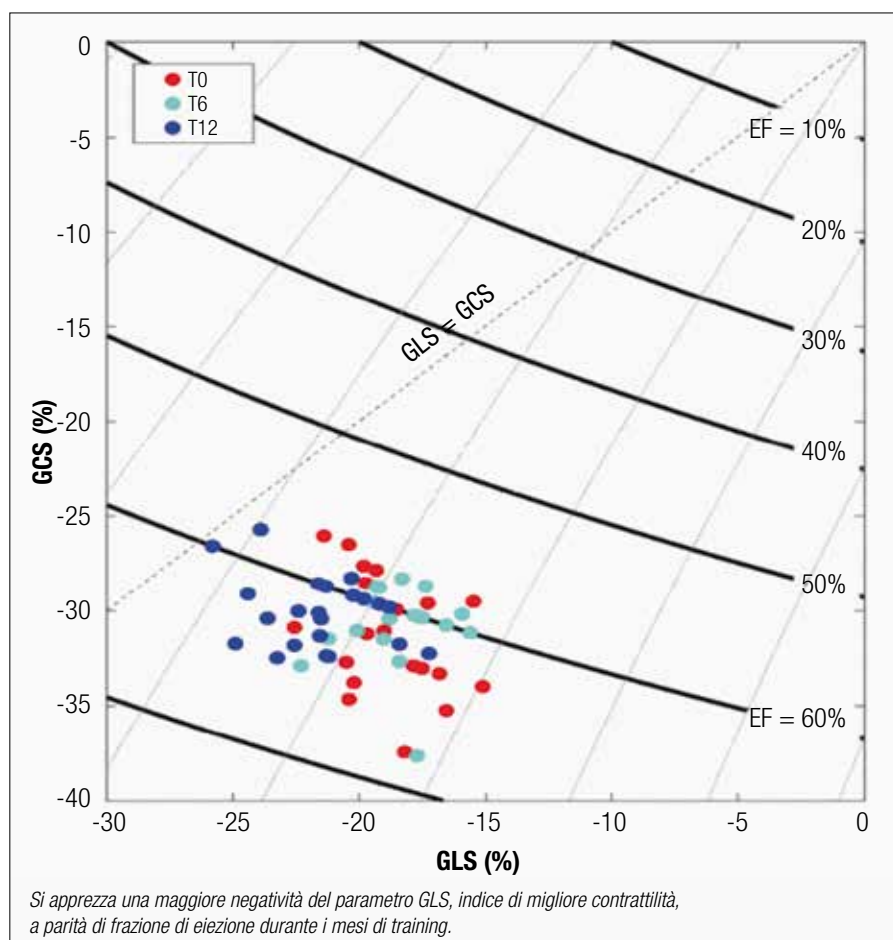


Figura 3. – GLS (Global Longitudinal Strain) del ventricolo sinistro in trapiantati renali.

	T 0 Baseline	T 3 mesi
Med lite	11,5 ± 1,9	11,7 ± 3,1
ADM	31,6 ± 4,3	32,6 ± 4,8

ADM: aderenza dieta mediterranea.

Dall'analisi dei dati del questionario di aderenza alla dieta mediterranea è stato possibile evidenziare, già dopo 3 mesi, un leggero ma sensibile incremento dell'aderenza globale alla dieta mediterranea.

Tabella I. – Questionari alimentari MED lite e ADM-score a 3 mesi.

po preciso dal trapianto di rene per ottenere il massimo miglioramento della capacità di esercizio. Offre comunque una serie di spunti importanti favorevoli alla promozione del programma di esercizio fisico moderato, individualizzato nei trapiantati renali anche in forma non supervisionata, con l'ausilio iniziale di laureati in scienze motorie che diano indicazioni specifiche e istruiscano adeguatamente i pazienti almeno in una fase iniziale. È ipotizzabile che il periodo iniziale di supervisione da parte del personale specialistico, possa essere prolungato nel caso di pazienti che alla prima valutazione risultino in una condizione sarcopenica o comunque di fragilità, in cui l'esecuzione di esercizi in modalità autonoma li possa predisporre a infortuni che potrebbero compromettere la prosecuzione del programma. L'abbattimento della riduzione della forza muscolare e il contenimento del rischio cardiovascolare e metabolico risultano essere i fattori più sensibili al trattamento proposto.

È ragionevole pensare che un calo dell'aderenza all'attività fisica regolare possa essere meglio controllato nel tempo proponendo un *retraining* in palestra saltuario, ogni 5-6 settimane allo scopo anche di adeguare il carico di lavoro sulla base delle rivalutazioni mediche effettuate periodicamente. L'analisi della deformazione miocardica, come stima della contrattilità e della performance cardiaca, è un aspetto specialistico che solo alcuni laboratori di cardiologia sono in grado di fornire, ma che supporta adeguatamente le indicazioni alla prescrizione esercizio fisico. Nel nostro studio è stata in grado di rilevare cambiamenti significativi nella struttura miocardica nei pazienti sottoposti a trapianto renale dopo sei mesi di attività fisica senza supervisione a casa.

Se i cambiamenti in questo contesto possono tradursi in un beneficio sulla mortalità cardiovascolare, sarà necessario esaminarli in uno studio prospettico più ampio e per un periodo di tempo adeguato.

laura.stefani@unifi.it

DOCUMENTO APPROVATO DAL CONSIGLIO DIRETTIVO STRAORDINARIO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE IN DATA 1° LUGLIO 2019

*L'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Firenze
sul problema della occupazione medica
e la tutela della salute dei cittadini italiani*

Lettera aperta ai cittadini e alle Istituzioni

A fronte del grave quadro di carenza di personale medico e non solo che sta mettendo in crisi il nostro servizio sanitario nazionale è necessario ricordare che la difesa della salute è per tutti in primis una responsabilità morale.

I medici giurano di rispettare un codice deontologico che segna il confine in termini di indipendenza nei confronti di qualsiasi Autorità, un codice che impegna il medico nella tutela della salute individuale e collettiva, vigilando l'Ordine sulla dignità, sul decoro, sull'indipendenza e sulla qualità della professione.

L'Ordine richiama con la presente nota le Istituzioni nazionali, regionali e locali con fermezza sul problema morale e sul fatto che il sistema sanitario deve dare al cittadino-persona assistita l'assistenza dovuta con le garanzie che ogni caso richiede.

L'Ordine, come Ente Sussidiario dello Stato, ritiene che a fronte della crisi occupazionale medica attuale si debba rispondere con alcune strategie ed alcune risposte occupazionali reali, mettendo in consultazione tutti i protagonisti professionali del sistema sanitario dell'ambito ospedaliero e territoriale, uscendo fuori dagli equivoci che si stanno fornendo ai mass media, al fine di:

- costruire un sistema sanitario sicuro che dia risposte ai cittadini basate sulla valorizzazione delle esperienze e dei risultati ottenuti, scelta questa senza equivoco alcuno che deve spronare le Istituzioni in tale senso;
- affermare la realtà dei fatti: la carenza di personale medico non è legato alla necessità di avere più medici, ma più medici specialisti. È necessario quindi programmare una reale e concreta occupazione specialistica. Servono allo scopo uno sforzo finanziario ed una larga intesa dello Stato e delle Regioni per camminare insieme nel trovare soluzioni adeguate Regione per Regione;
- evitare equivoci sulla occupazione medica è quindi doveroso. Le notizie di questi giorni non evidenziano miracoli in corso d'opera, ma semplicemente il fatto che si approntano soluzioni regionali che, nel caso della Regione Toscana, danno spazio, in base all'ACN 2005 (Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei Rapporti con la Medicina Generale), a medici tirocinanti per l'acquisizione del titolo necessario ad operare nell'ambito del 118. I medici specialisti in Medicina d'Urgenza continueranno a mancare anche nell'ambito del Dipartimento di Emergenza e Urgenza.

Chiediamo in conclusione alla Regione Toscana di farsi promotrice di una Conferenza Nazionale delle Regioni e dello Stato sulla "occupazione medica" perché oggi la crisi del Servizio Sanitario Nazionale ha ancora risposte possibili.

MEDICINA DI GENERE FOCUS SUGLI ASPETTI GENERE-SPECIFICI DI ALCUNE PATOLOGIE

SABATO 9 NOVEMBRE 2019 • ORARIO 8.30-13.30

4 Crediti ECM



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Via G.C. Vanini 15, Firenze

Responsabile Scientifico: Cristiana Maria Baggione

L'ISCRIZIONE È GRATUITA E SOLO ONLINE PER I PRIMI 60 PARTECIPANTI MEDICI

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

Segreteria Organizzativa

OMCeO Firenze - Tel. 055.0750625, 612





PROF. MANFREDO
FANFANI
RICERCHE CLINICHE

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