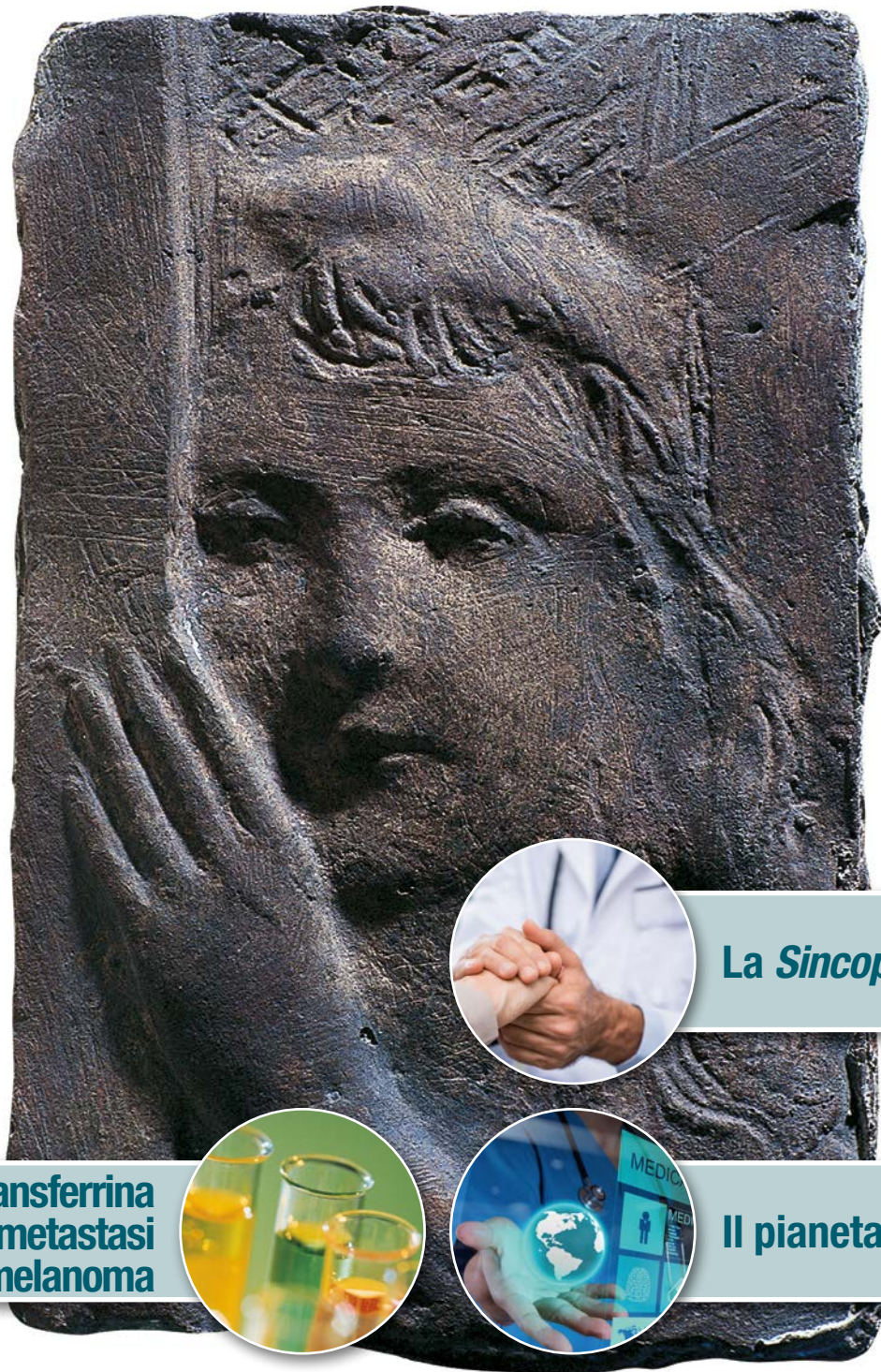


TOSCANA MEDICA

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

Mensile - Anno XXXVIII n. 7 settembre 2020 - Spedizione in Abbonamento Postale - Stampe Periodiche in
Regime Libero - FIRENZE n. MBPA/CN/FI/0002/2018 - Aut. Trib. Fi. n. 3138 del 26/05/1983

SETTEMBRE **7**



La Sincope Unit

**Melanotransferrina
e le metastasi
da melanoma**



Il pianeta malato

**Elettrofisiologia
e prevenzione
oncologica**



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE







Anno XXXVIII - n. 7 settembre 2020
ISSN 2611-9412 (print) – ISSN 2612-2901 (online)

Direttore Responsabile
Teresita Mazzei

Capo Redattore
Simone Pancani

Segretaria di Redazione
Antonella Barresi

Direzione e Redazione
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
Via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 0750625
telefax 055 481045
a.barresi@omceofi.it
www.ordine-medici-firenze.it

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

Editore

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

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

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

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

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

Stampa

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

Finito di stampare settembre 2020 presso le IGP - Pisa

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

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



Fondato da
Giovanni Turziani

In copertina
Quinto Martini
Fanciulla dietro i vetri
Bronzo
cm 15x10
Collezione privata
Firenze

EDITORIALE

- 4 **Al di sopra della mascherina, gli occhi**
T. Mazzei

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 5 **I "Registri dei casi" della Misericordia di Firenze**
B.M. Affolter

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 7 **Valutazione del ruolo della melanosferina nella differente incidenza di metastasi cerebrali di melanoma nell'uomo e nella donna**
E. Andreucci e coll.
- 9 **Test genomici venduti direttamente ai consumatori: cautela è la parola d'ordine dei medici di famiglia del Regno Unito**
A. Baroncini e coll.
- 11 **C'è un nuovo malato: il nostro pianeta**
G. Curciarello e coll.
- 14 **Un protocollo di intesa per l'informazione scientifica del farmaco**
A. Veneranda



Teresita Mazzei



Simone Pancani



Antonella Barresi

RICERCA E CLINICA

- 16 **La *Sincope Unit*: la corsia preferenziale per il paziente con sincope**
M. Rafanelli e coll.
- 21 **La cura delle aritmie cardiache tra mappaggio elettroanatomico e prevenzione primaria oncologica**
M. Giaccardi e coll.

PILLOLE DI LEGGE

- 25 **La responsabilità del medico nell'equo bilanciamento tra obbligo di denuncia, di testimonianza/informativa all'Autorità giudiziaria e segreto professionale**
L. Bianchini

13,24,28 - LETTI PER VOI

29 - NOTIZIARIO

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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



OPEN ACCESS

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

Al di sopra della mascherina, gli occhi

di Teresita Mazzei

Nei mesi scorsi, quando ancora COVID-19 più di adesso ci accompagnava con terrorizzante ubiquità e molte preoccupazioni erano legate alla scarsa disponibilità di mascherine e altri dispositivi di protezione individuale, navigando sul *web* si potevano incontrare strani soggetti che, a modo loro, avevano forse cercato di rimediare alla situazione usando una generosa dose di umorismo e ironia, per inventare ridicole mascherine.

Chissà, però, forse in quei giorni si rideva, come si dice, per non piangere e ben pochi si ricordavano di quando benevolmente prendevamo in giro le comitive di turisti orientali che invadevano le nostre città, disciplinatamente in fila dietro la guida e con il viso rigorosamente coperto.

Adesso che la situazione generale sembra ritornare preoccupante e che le scuole, loro malgrado, sembrano per lo più trasformate in generatori di incertezze e angoscia, la mascherina è diventata uno dei simboli del *deficit* di comunicazione caratterizzante i mesi della pandemia, novello *arbre magique* vezzosamente appeso agli specchietti retrovisori delle automobili.

Abituati nostro malgrado a indossarle con sempre maggiore frequenza, ci siamo inevitabilmente abituati a parlare (e di conseguenza ad ascoltare) attraverso questi filtri dei più svariati materiali e abbiamo, forse

con sorpresa, realizzato quante cose si possono dire e quante sensazioni si possono trasmettere anche solo con gli occhi.

Oggi dopo tanti mesi di coabitazione forzata con SARS COVID-19, nella fluidità giornaliera di avvenimenti che disegnano un quadro ancora a dir poco incerto a livello mondiale, nella quotidianità cambiata dalla pandemia, si potrebbe anche riconoscere che la questione “comunicazione” nel nostro recente passato non è stata forse affrontata nel migliore dei modi.

Indubbiamente quando le nostre conoscenze sul virus erano scarse o nulle, gli scienziati ben poco potevano fare per cercare di eliminare o almeno ridurre i dubbi e le paure della gente che inevitabilmente cercava risposte a una situazione ancora poco chiara ma già percepita in grado di condurre tristemente a qualcosa veramente di poco di buono.

Le schermaglie televisive tra esperti, i loro pareri contrastanti, gli interventi altalenanti dei politici, il caos alimentato dell'attivismo spesso scomposto del *web* hanno contribuito a rendere la comunicazione difficoltosa a molti livelli, quanto di peggio ci si potesse aspettare in un periodo di dubbio e di scarsissime certezze.

Mi sembra a questo proposito illuminante quello che un lettore ha scritto a un importante settimanale: “alzi la mano chi ha sentito in tutti

questi mesi una sola dichiarazione su un singolo aspetto sul quale tutti gli esperti (o almeno la maggior parte) fossero d'accordo. Quindi è a questo che ci siamo ridotti? Dobbiamo scegliere, da profani, se seguire gli scienziati catastrofisti oppure quelli meno?”.

Come medici ovviamente anche noi abbiamo risentito della situazione complessiva, abbiamo avuto paura a fronteggiare un'insidia così poco conosciuta, abbiamo cercato di aiutare al meglio i nostri pazienti, seppure con tutte le limitazioni imposte dal COVID, siamo stati chiamati a dare risposte e consigli in una situazione di enorme incertezza facendo spesso ricorso soprattutto all'esperienza personale e al buon senso: in buona sostanza abbiamo cercato di continuare a tenere vivo il rapporto che da sempre ci lega ai nostri assistiti, magari rimodulandolo attraverso il ricorso al telefono e alla “nuova” modalità della videochiamata.

Adesso che la situazione si dimostra giorno per giorno purtroppo lontana da una seppure parziale parvenza di normalità, appare perciò ancora più importante sforzarsi di penetrare l'ostacolo materiale della mascherina, il diaframma che confonde frasi e ascolti, per continuare a spendere parole, a creare comunicazione e contatto, a esorcizzare l'ansia da solitudine di noi persone spesso sole.

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

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

I “Registri dei casi” della Misericordia di Firenze

di Barbara Maria Affolter



BARBARA MARIA AFFOLTER
Laureata in Archivistica all'Università degli Studi di Firenze, lavora da anni su incarico della Soprintendenza archivistica e bibliografica della Toscana; attualmente cura l'Archivio storico della Ven. Arciconfraternita della Misericordia di Firenze

La *Misericordia di Firenze* è una confraternita laica nata in epoca medievale con scopi solidaristici. Mettendo in pratica i più elementari principi di carità cristiana si propone di aiutare chi versa in stato di necessità. Uno dei servizi più antichi dell'Istituzione riguarda l'organizzazione del soccorso sanitario mediante il trasporto di persone incidentate in ospedale o, se richiesto, al loro domicilio. Diversa è la prassi nel caso di trasporto di un incidentato deceduto: anticamente, a differenza di oggi, il corpo veniva portato generalmente all'oratorio della sede e lì deposto in attesa di eventuali parenti. Se poi questi non si presentavano, era la Misericordia stessa occuparsi della sepoltura con tutti i riti religiosi del caso che, soprattutto in tempi di epidemia, richiedevano al Sodalizio degli sforzi umani, economici e organizzativi di non poco conto.

A tenere memoria di tale attività esistono nell'archivio storico della Confraternita numerosi registri intitolati *Libri di caso* intendendo per “caso” persone soccorse perché “casualmente” incidentate o defunte in contrapposizione alle persone colpite da malattia le cui necessità risultavano, quindi, prevedibili e non “casuali”.

Contenuto e forma dei registri in questione variano notevolmente da periodo a periodo e possono presentare una quantità maggiore o minore di dettagli circa l'accaduto. Nel loro insieme costituiscono comunque una fonte insostituibile e preziosissima a chi fosse interessato alla storia socio-sanitaria, e non solo, della città di Firenze. Al lettore dei registri si presenta

un avvicinarsi delle più svariate situazioni di vita quotidiana avvenuta sulle strade, nelle botteghe, nelle case di Firenze e nei suoi sobborghi con protagonisti uomini, donne e bambini appartenenti a tutti i ceti sociali.

Prima dell'avvento dell'automobile la maggior parte degli incidenti avviene intorno ai cavalli: “il 19 ottobre del 1812”, ad esempio, “alle ore 4 pomeridiane, Mari Giovanni di anni 40, guardia di Gabinetto di Sua Maestà la Regina reggente [Elisa Bonaparte Baciocchi], rimasto morto per una coppia di calci nel petto da un cavallo, e sopravvissuto 10 minuti”; altri subiscono morsi o strattoni, rimangono schiacciati dalle ruote delle carrozze o “cadono da cassetta”.

Un gran numero di malcapitati, poi, affoga nel fiume Arno, luogo di forte richiamo della popolazione (“Dalla Rolla Antonio di anni 6, annegato nell'inondazione che venne dalla Porta a S. Miniato nel tempo che giocava con altri tre ragazzi a nocino in un andito di terreno di sua casa”).

Altri ancora subiscono incidenti sul lavoro: “Masini Luigi di Legnaia, casualmente caduto in una caldaia bollente per fare il salnitro [...], fattosi diverse piaghe, condotto allo spedale di S. Maria Nuova”; “Giorgi Antonio di anni 16, manovale, cadutogli uno stipite addosso nel giardino di Boboli e fattosi una lussazione nel ginocchio sinistro”; “Sguanci Gaspero di professione macellaro di anni 40, essendosi portato diaccio da S. Elisabetta per depositare sotto il diaccio una quantità di carne e, sendo assai sudato, nel deposito cadde, median-

te un arresto istantaneo di umori, quasi semivivo senza dare alcun segno di vita, fu trasportato allo spedale, alle ore 4 spirò”; “Sermanni Antonio pittore, caduto da un ponte nell'essere a dipingere una volta reale del Palazzo della principessa di S. Clemente”.

Ci sono donne che “ruzzolano per le scale” o partoriscono con “grande emorragia”; mendicanti morti di stento; stranieri in servizio in vari reggimenti, fucilati, ubriachi e, purtroppo, non pochi suicidi.

Non mancano gli sfortunati, come “Nensi Francesco di anni 14, professione calzolaio, caduto dalle mura di città tra Pinti e la Croce per essere andato a trovare nidi di uccelli e rottasi la gamba dritta”; “Danti Leopoldo d'anni 40 di Petriolo, caduto da un carro carico di fagioli, fattosi una ferita mortale nell'occipide”; “Bussotti Angelo d'anni 60, lavoratore di terre di Monteripaldi, essendosi addormentato sopra una cateratta che conduce al fiume Arno, ed essendo caduto precipitosamente ed avendo riportato una ferita nella tempia destra e rotti un braccio, rimase immediatamente estinto”.

Svariate sono le vittime di crimini (“Perticci Angiolo di anni 46, professione oste in via dei Palchetti, avendo ricevuto per complimento nello basso ventre diverse coltellate, spirò e fu condotto a S. Maria Nuova per sezionarlo”).

In chiusura un brano di un episodio avvenuto nella sede stessa della *Misericordia* che, oltre a offrire una ricostruzione dell'incidente, permette al lettore di entrare, per un attimo, nella quotidianità della Confraternita di un tempo: "Gabbrielli Giulio, uno dei nostri servi, essendo

il suo compagno, Pietro Vannetti, occupato con il sig. camarlingo Vincenzo Ducci, il detto Gabbrielli si portò a serrare la Compagnia. Di poi calò la lampana per spegnere il lume; si stiantò la fune della buleggia e li cadde la bulla di piombo sul capo, e li fece una ferita con lace-

razione esterna con molta perdita di sangue. Dalla quale, essendo stato immediatamente curato, risanò perfettamente e dopo giorni 15 riprese il suo servizio".

baffolter@misericordia.firenze.it



La Misericordia di Firenze. Un servizio dei confratelli. Stampa acquarellata, 1846.

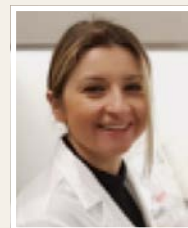
SITO INTERNET DEDICATO A "TOSCANA MEDICA"

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

Info: a.barresi@omceofi.it

Valutazione del ruolo della melanotransferrina nella differente incidenza di metastasi cerebrali di melanoma nell'uomo e nella donna

di Elena Andreucci, Lido Calorini, Francesca Bianchini, Silvia Peppicelli, Jessica Ruzzolini



ELENA ANDREUCCI
Laureata nel 2012 a Firenze in Biotecnologie Mediche e Farmaceutiche (110/110 cum laude), consegue nel 2015 il Dottorato di Ricerca in Biochimica e Biologia Molecolare a Siena. Dal 2016 lavora nel gruppo di ricerca del Prof. Lido Calorini nel Dipartimento di Scienze Biomediche, Sperimentali e Cliniche "Mario Serio", Università degli Studi di Firenze, attualmente finanziata da una borsa di studio AIRC per lo studio dell'organotropismo delle metastasi di melanoma

LIDO CALORINI
Professore Ordinario di Patologia Generale, Dipartimento di Scienze Biomediche, Sperimentali e Cliniche "Mario Serio", Università degli Studi di Firenze

FRANCESCA BIANCHINI
Ricamatore, Dipartimento di Scienze Biomediche, Sperimentali e Cliniche "Mario Serio", Università degli Studi di Firenze

SILVIA PEPPICELLI
Post-Doc, Dipartimento di Scienze Biomediche, Sperimentali e Cliniche "Mario Serio", Università degli Studi di Firenze

JESSICA RUZZOLINI
Dottorando di Ricerca, Dipartimento di Scienze Biomediche, Sperimentali e Cliniche "Mario Serio", Università degli Studi di Firenze

L'Associazione Mogli Medici Italiani (AMMI) ha premiato per il Concorso nazionale di Medicina e Farmacologia di Genere 2019 il progetto della Dott.ssa Elena Andreucci, che, basato sull'aumentata incidenza di metastasi cerebrali di melanoma nell'uomo rispetto alla donna, prevede la valutazione nei due sessi della melanotransferrina (proteina associata allo sviluppo di metastasi cerebrali) nella metastatizzazione del melanoma cutaneo.

Parole chiave:

melanoma cutaneo, differenza di genere, metastasi cerebrali, melanotransferrina, biopsia liquida

Il melanoma cutaneo risulta a oggi uno dei tumori più aggressivi, in quanto, sebbene facilmente curabile median-

te escissione chirurgica laddove diagnosticato precocemente, presenta un'elevata nonché precoce tendenza a originare metastasi e a sviluppare resistenza alle terapie convenzionali se diagnosticato in fase più tardiva. Dati di epidemiologia sottolineano il fatto che l'incidenza del melanoma cutaneo negli ultimi 50 anni sta incrementando in modo rapido e costante e che l'Italia rientra fra i Paesi maggiormente colpiti dalla patologia (Figura 1).

In linea con altri tipi tumorali, il melanoma cutaneo presenta una differenziale incidenza nei due sessi, colpendo maggiormente l'uomo rispetto alla donna. Questa differenza di genere è ancora più accentuata quando si restringe il campo alle metastasi cerebrali, che vedono un'incidenza del 65% nell'uomo contro un'incidenza del 35% nella donna. Il melanoma cutaneo infatti, insieme a polmone e mammella, risulta essere uno dei tumori che preferenzialmente metastatizza al cervello, non lasciando aperta alcuna possibilità terapeutica e segnando una condanna a morte praticamente certa per il paziente (prospettiva di vita pari a 3 mesi dalla diagnosi per singola lesione cerebrale).

Dati di letteratura dimostrano che un ruolo fondamentale per lo sviluppo di metastasi cerebrali di melanoma è svolto dalla melanotransferrina. Sono state riportate infatti evidenze scientifiche che correlano la sua espressione non solo con una aumentata transmi-

grazione cellulare *in vitro* attraverso la barriera emato-encefalica, ma anche con una aumentata invasione in modelli murini *in vivo* a livello di tessuto cerebrale. La melanotransferrina è una proteina di membrana scoperta per la prima volta su cellule di melanoma, che, come suggerisce il nome, rientra nella superfamiglia delle transferrine, anche se il suo ruolo nel trasporto e nel metabolismo del ferro è ancora poco chiaro. Poco espressa in tessuti sani, la melanotransferrina si ritrova maggiormente a livello embrionale e nei tessuti neoplastici. A livello fisiologico svolge importanti funzioni quali l'attivazione del plasminogeno. Nel melanoma risulta essere fondamentale per i processi di tumorigenesi e progressione neoplasti-

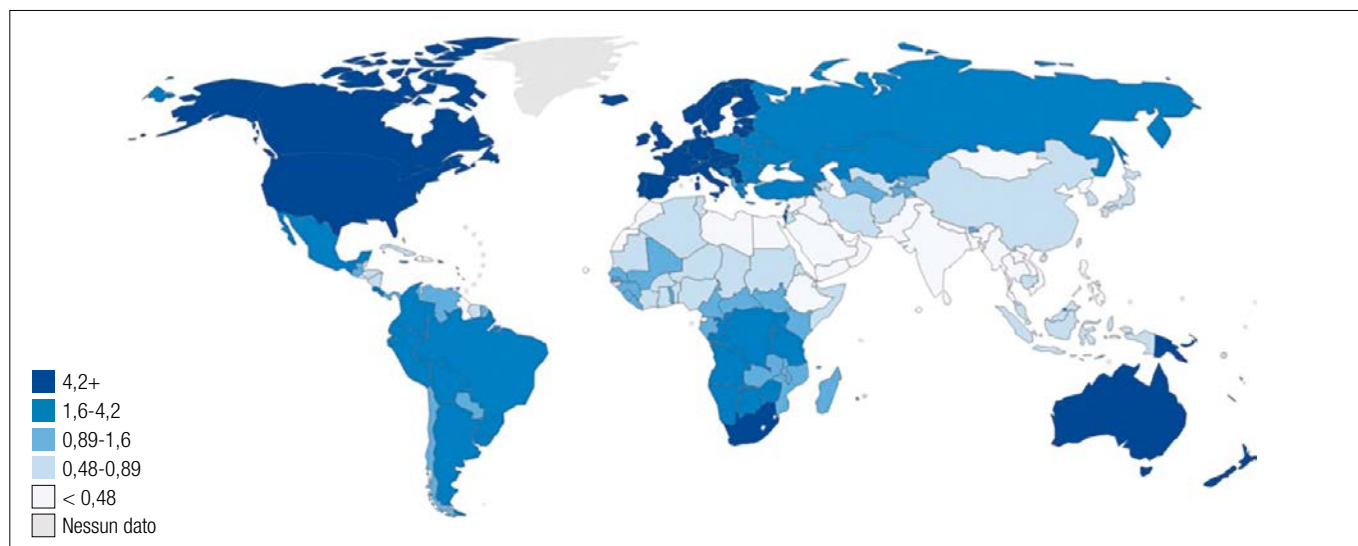


Figura 1 – Rappresentazione geografica dell'epidemiologia del melanoma cutaneo a livello mondiale - incidenza su entrambi i sessi (da Matthews NH, *et al.* *Cutaneous melanoma: etiology and therapy*. Epidemiology of Melanoma 2017, Chapter 1, mod.).

ca. Il fatto di essere di per sé una transferrina ha fatto ipotizzare che la sua importanza nel melanoma derivasse principalmente dal suo coinvolgimento nel metabolismo del ferro, che risulta fondamentale per lo sviluppo, l'accrescimento e la progressione del tumore. In realtà, è stato dimostrato che la capacità della melanotransferrina di promuovere i processi di invasione tumorale e metastatizzazione a livello cerebrale non dipende da alterazioni nel trasporto e nel metabolismo del ferro, bensì dalla sua capacità di legare il plasminogeno e coadiuvarne l'attivazione. Essa infatti lo renderebbe immediatamente disponibile sulla superficie cellulare agli attivatori del plasminogeno che lo clivano e attivano in plasmina, la vera protagonista direttamente coinvolta nella digestione della barriera ematoencefalica e quindi nella promozione dello sviluppo delle metastasi cerebrali. Date queste osservazioni, lo scopo del progetto è quello di valutare se la maggiore incidenza di metastasi cerebrali nell'uomo rispetto alla donna dipenda da un'aumentata espressione della melanotransferrina. Si propone dunque di osservare se la melanotransferrina venga espressa in maniera differenziale nell'uomo e nella donna e se la sua espressione correli o meno con lo sviluppo di metastasi cerebrali nel paziente. Per fare ciò, lo studio prevede il reclutamento di pazienti con melanoma allo stadio T1, in quanto dati di

letteratura riportano che questo rappresenta la porzione di melanomi in cui si osserva la maggior differenza di incidenza di metastasi cerebrali tra uomo e donna. I pazienti verranno valutati per l'espressione della melanotransferrina e monitorati per quanto riguarda in particolar modo lo sviluppo di metastasi cerebrali. Tale valutazione sarà fatta su biopsie solide di melanoma mediante analisi istochimica, laddove siano resi disponibili ai fini di ricerca campioni bioptici non utilizzati ai fini della stadiazione della malattia. Ad affiancare e compensare un'eventuale carenza di biopsia solida, la melanotransferrina sarà valutata, a livello sia proteico che genomico, anche in biopsie liquide, in particolar modo in cellule tumorali circolanti isolate da sangue intero e in vescicole extracellulari purificate da plasma o urine di un egual numero di pazienti uomo e donna. Cellule tumorali circolanti e vescicole extracellulari sono a oggi due strumenti molto utilizzati e studiati nel campo della ricerca oncologica. Le cellule tumorali circolanti rappresentano infatti la sotto-popolazione tumorale più aggressiva, la quale, una volta distaccata dal tumore primitivo, ha oltrepassato la parete dei vasi sanguigni/linfatici ed è entrata in circolo, è sopravvissuta in condizioni potenzialmente ostili, ed è quella che effettivamente origina metastasi in siti secondari distanti. D'altro canto, le vescicole extracellulari svolgono un ruolo

fondamentale per lo sviluppo di metastasi e per la preparazione della cosiddetta "nicchia pre-metastatica", essendo in grado, una volta secrete dalle cellule del tumore primitivo e rilasciate nell'ambiente extracellulare, di entrare nel circolo sanguigno/linfatico e trasportare materiale biologico oncogenico (quale proteine, lipidi, acidi nucleici ecc.), ovvero in grado di trasformare e modificare le cellule del microambiente in cui si trovano per favorire l'arrivo, l'attecchimento e la proliferazione delle cellule che si sono distaccate dal tumore primitivo.

In conclusione, questo progetto di ricerca mira a valutare il potenziale diagnostico-predittivo della melanotransferrina per lo sviluppo delle metastasi cerebrali di melanoma. I risultati ottenuti daranno una chiara indicazione sull'eventuale espressione differenziale della melanotransferrina nell'uomo e nella donna e quindi di una sua eventuale correlazione con l'aumentata incidenza di metastasi cerebrali nell'uomo. La scoperta dei meccanismi coinvolti nella metastatizzazione del melanoma al cervello mediata dalla melanotransferrina potrebbe portare allo sviluppo di nuovi approcci terapeutici per la cura e/o prevenzione dei pazienti affetti da metastasi cerebrali, per i quali a oggi ancora non esistono efficaci protocolli clinici.

e.andreucci@unifi.it

Test genomici venduti direttamente ai consumatori: cautela è la parola d'ordine dei medici di famiglia del Regno Unito

di Anna Baroncini, Francesca Torricelli

Il mercato dei *test* genomici diretti al consumatore, in continua crescita, comporta ricadute sulla pratica assistenziale, dato che i medici sono sovente interpellati per interpretarne i risultati e per prescrivere eventuali approfondimenti.

Nel Regno Unito il *Royal College of General Practitioners*, che rappresenta i medici di medicina generale, e la *British Society for Genetic Medicine* hanno congiuntamente affrontato il problema e adottato la raccomandazione ufficiale, che qui illustriamo, rivolta ai medici di famiglia.

Parole chiave:
test genetici diretti al consumatore, Regno Unito, medici di famiglia

A fronte delle sempre più numerose richieste di interpretazione e di intervento correlate agli esiti dei *test* genomici venduti direttamente al pubblico (DTC) il *Royal College of General Practitioners* e la *British Society for Genetic Medicine* hanno raccomandato una linea di comportamento ben definita, articolata nei seguenti punti:

1. i medici di famiglia non dovrebbero prendere alla lettera, o tentare di interpretare, i rapporti di laboratori non accreditati e non garantiti sul piano della qualità come quelli delle compagnie DTC;
2. i medici di famiglia dovrebbero utilizzare la storia clinica e familiare per valutare la possibilità di malattie ereditarie;
3. i pazienti che hanno una storia medica o familiare che suggerisce che i *test* genomici sono indicati dovrebbero essere indirizzati in percorsi appropriati, indipendentemente dai risultati dei *test* DTC;
4. se è riferito che un paziente, che ha effettuato un *test* DTC, ha un'alterazione in un gene la cui analisi è disponibile nel *National Health Service* (NHS) (ad esempio il gene *BRCA*), è necessario discutere l'appropriatezza dell'invio al Centro regionale di riferimento di Genetica Clinica. Si noti che la maggior parte di questi esiti risulteranno essere artefatti dovuti alla tecnologia utilizzata;
5. un paziente, se vuole discutere un risultato DTC per il quale il



ANNA BARONCINI
 Già Direttore UO di Genetica Medica
 Azienda USL Imola



FRANCESCA TORRICELLI
 Già Direttore SOD Diagnostica Genetica
 Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi,
 Firenze

test genomico non è usualmente offerto dal NHS (ad esempio i *test* di paternità o le informazioni genealogiche), dovrebbe essere indirizzato al fornitore commerciale del *test* DTC. Tali previsioni raramente hanno implicazioni per la salute e quindi non rientrano negli auspici del NHS;

6. appoggiamo le campagne educative per informare i pazienti sui limiti dei *test* DTC e raccomandare ai regolatori di chiedere alle compagnie di *test* DTC di fornire supporto clinico come parte dei modelli che forniscono informazioni ai pazienti sulle limitazioni di tali *test*.

La ferma presa di posizione origina dalla constatazione che i *test* DTC, sempre più popolari tra il pubblico, comportano ricadute rilevanti sia sui pazienti che sulle attività e i costi del NHS, acuite dal fatto che alcune imprese commerciali indirizzano i clienti al medico di famiglia anziché farsi carico loro stesse delle consulenze e dei riscontri necessari. Come spiegato dal Presidente del *Royal College of General Practitioners*, pur in assenza di una quantificazione esatta dell'onere assistenziale aggiuntivo un sondaggio

tramite *social media* ha mostrato che nel 2017 oltre il 90% dei medici rispondenti aveva avuto, nell'ambito dell'assistenza erogata per conto del NHS, richieste di interpretazione di *screening* eseguiti privatamente e che la larga maggioranza riteneva che ciò comportasse un dispendio irragionevole di risorse pubbliche, tanto più che il 75% delle ulteriori conseguenti indagini era a carico del NHS.

La raccomandazione sottolinea che *“la capacità di interpretare con sicurezza in che modo la variabilità del codice genetico influisce sulla salute di una persona o sul rischio di malattia è spesso più debole di quanto le persone si aspettino. Inoltre richiederà spesso informazioni contestuali come segni clinici, sintomi o storia familiare per facilitarne l'interpretazione. [...] Confermare una diagnosi clinica attraverso i test genomici può essere molto utile, tuttavia predire i futuri problemi di salute in base ai soli test genomici è ancora una vaga scienza inesatta. Questo fatto può essere una sorpresa per pazienti e professionisti poiché il discorso sulla genomica è spesso piuttosto deterministico”*. Aggiunge poi che *“non si dovrebbero indirizzare i pazienti ai Centri di secondo o terzo livello sulla base dei soli risultati DTC”* e che *“a causa dell'alta probabilità di risultati falsi positivi o falsi negativi, i consulti (dello specialista) sono appropriati solo se coerenti con i criteri di invio esistenti”* o, nei casi incerti, interpellando i Centri specializzati.

A supporto delle carenze nella validità e sensibilità analitica e nell'utilità clinica di certi tipi di *test DTC* sono portati alcuni esempi di falsi negativi e di falsi positivi. Un esempio relativo alle varianti che danno informazioni sulle condizioni o predisposizioni legate a singoli geni è quello dell'analisi commerciale DTC dei geni *BRCA1/2*, correlati a un tumore ereditario della mammella, che spesso indaga solo poche delle molteplici possibili mutazioni, potenzialmente generando un esito falsamente negativo. Viceversa, la genotipizzazione mediante polimorfismi a singolo nucleotide (SNPs), come nella maggioranza dei *test DTC* attualmente in vendita, ha un'alta probabilità di classificare erroneamente le varianti rare, producendo usualmente falsi positivi. Problemi analoghi si pongono con l'analisi di molteplici geni per determinare la suscettibilità individuale a condizioni comuni complesse (ad esempio diabete mellito, obesità, morbo di Parkinson), con l'aggiunta che il loro valore predittivo è scarso anche in caso di veri positivi o veri negativi.

Un aspetto di stretta attinenza, anche se non individualmente trattato nella raccomandazione, è quello dell'interpretazione da parte di servizi commerciali terzi dei dati genomici grezzi forniti ai clienti da alcune compagnie DTC. Si tratta di risultati per cui è necessaria la massima cautela dato che vi sono due sostanziali fonti di errore: da un lato la possibilità

che contengano artefatti e dall'altro l'eventualità che le banche-dati e gli algoritmi impiegati per decodificarli non siano adeguatamente validati e aggiornati. Uno studio del 2018 ha ben rappresentato il problema, ponendo in luce un allarmante 40% di varianti falsamente positive nei dati genomici grezzi di *test DTC* e diversi casi di una loro erronea classificazione patogenetica (ad esempio varianti benigne precedentemente classificate ad alto rischio).

In Italia il ricorso del pubblico ai *test* genomici DTC appare ancora relativamente limitato. Due indagini – la prima (2014) rivolta ai medici di medicina generale, la seconda (2017) ai Pediatri – hanno mostrato che, rispettivamente, solo il 30,6% e il 16,4% di coloro che erano a conoscenza dei *test DTC* erano già stati interpellati al riguardo dai pazienti/ genitori dei pazienti. Si tratta, tuttavia, di un mercato in rapida crescita che richiede azioni proattive per informare correttamente professionisti e utenti.

In questo senso è da apprezzarsi l'impegno del Piano per l'innovazione del sistema sanitario basato sulle scienze “omiche”, approvato nel 2017 dalla Conferenza Stato-Regioni che, tra le molte azioni, promuove la formazione degli operatori e propugna per i cittadini strategie comunicative obiettive e non promozionali in tema di medicina personalizzata.

torricellifr@gmail.com



C'è un nuovo malato: il nostro pianeta

di Giuseppe Curciarello, Franco Bergesio,
Anna Maria Ciciani, Marco Lombardi, Santi Nigrelli

La *mission* medica non può solo limitarsi alle cure delle malattie, ma deve interessarsi anche alle condizioni che ne stanno alla base (i cosiddetti “determinanti della salute”). In questo editoriale viene proposta la lettura di un articolo pubblicato in una rivista nefrologica dove si invita la classe medica a osservare il paziente nel suo ambiente, la Terra, e non disgiungere la salute dell'uomo dalla cura del suo *habitat*.

Parole Chiave:
salute, COVID-19, pianeta,
cambiamento climatico, ambiente

Sensibili a problematiche ambientali, a fine 2019, in epoca pre-COVID, un gruppo di medici, fra cui alcuni firmatari di questo editoriale, ha pubblicato un articolo dal titolo *Aiutiamo il pianeta ad avere un futuro se vogliamo dare un futuro ai nostri pazienti* sul n. 32 del Giornale di Clinica Nefrologica e Dialisi (GCND).

L'articolo in questione non è un *case report* né un *trial* clinico o una *review* e il titolo stesso incuriosisce in quanto apparentemente fuori luogo nella rivista che lo ospita, ma ha in realtà un

profondo significato in quanto si occupa di medicina universale, con l'intento di dare un messaggio, una dritta al timone che governa interessi e competenze della Medicina che cura il malato, allargando lo sguardo al contesto ambientale in cui le patologie si sviluppano. Così è accaduto ormai da diversi decenni in diversi campi, inizialmente non strettamente medici: pensiamo al Rischio Clinico, branca divenuta basilare per tutte le specialistiche e che ha apportato notevoli progressi anche nel campo delle cure; e così la Robotica e la Telemedicina.

Le aree di interesse per il medico non possono essere solamente gli aggiornamenti sulle patologie trattate dalla branca specialistica a cui egli appartiene, ma alla base di queste, e delle conseguenti competenze, dobbiamo inserire una di fondo, che tutte le permea e arricchisce. Questo nuovo interesse che dobbiamo stimolare è, in ultima analisi, una sorta di *umanesimo* della Medicina. Il progresso scientifico e medico è senza dubbio segnato dal progredire della tecnica ma la tecnica non è sufficiente a soddisfare le esigenze del genere umano e della complessità dell'uomo come individuo unico e irripetibile. Nell'articolo si evidenzia come stiamo vivendo una drammatica emergenza climatica.

Il *lockdown* per coronavirus ha determinato una riduzione dell'inquinamento che purtroppo non influirà sul riscaldamento globale del pianeta, per il quale i tempi sono lunghi.

I drammatici avvenimenti, di cui siamo stati dolorosamente testimoni e protagonisti in questi ultimi mesi, hanno sollevato nelle coscienze di molti quel velo di disinteresse e apatia che avvolgeva e permeava la nostra esistenza di cittadini in un mondo avanzato e tecnologico, cui non venivano posti limiti quanto a



GIUSEPPE CURCIARELLO
SOS Ematologia Clinica e Oncoematologia
USL-Centro Firenze. Membro del Collegio
dei Sindaci della Società Italiana
di Immunoematologia e Medicina
Trasfusionale. Auditor/Consulente
per la Gestione del Rischio Clinico
e Sicurezza delle Cure Regione Toscana.
Membro del Consiglio Direttivo AMES
(Associazione Medici Scandicci)

FRANCO BERGESIO
Centro Riferimento Regionale
per le Amiloidosi AOU Careggi, Firenze

ANNA MARIA CICIANI
Nefrologa, Firenze

MARCO LOMBARDI
Nefrologia Ospedale del Mugello
Borgo S. Lorenzo, Firenze

SANTI NIGRELLI
Nefrologo, Firenze

progresso e arricchimento. Eravamo incuranti di quanto avveniva attorno a noi, nel nostro mondo *globalizzato*, incuranti delle conseguenze dei nostri comportamenti singoli e di comunità. Medici e Società scientifiche si sono prodigati da sempre per la ricerca eziologica, patogenetica delle malattie e per elaborare interventi terapeutici mirati, sempre più fini e quanto più possibile privi di effetti collaterali per il paziente. La pandemia COVID-19 ha però fatto segnare il passo al miglioramento continuo delle cure di molte patologie e gli stessi cittadini-pazienti hanno constatato come molto impiego di energie in diverse situazioni fisiopatologiche e chirurgiche potesse e dovesse trovare un momento di tregua davanti alla falcidia del coronavirus. In un battito di ali o poco più è cambiata la scala delle priorità. Ecco allora i Pronto Soccorso svuotati per paura di contrarre la nuova malattia. Crollo verticale dei molti, troppi, accessi impropri, interventi chirurgici rinviati a tempi migliori, senza rimozioni strane degli utenti.

Fatti su cui riflettere come cittadini e come medici: eravamo arrivati, in certi casi, a un eccesso di cure?

Quanto siamo in grado di accettare la malattia e la morte come parte della vita, senza vivere nella continua ansia di esserne colpiti?

I cambiamenti climatici, di gran parte dei quali il genere umano è responsabile, sono in maniera diretta o indiretta alla base dello sviluppo di numerose patologie anche attraverso variazioni di *habitat* di molte specie. Ricordiamo che negli ultimi 20 anni, prima del COVID-19, si sono susseguite le epidemie di SARS (2003), H1N1 (2009), MERS (2012) ed Ebola nel 2014.

Lungi dal voler trarre conclusioni che dovranno essere provate scientificamente con studi peraltro in corso, non si può certamente negare che il riscaldamento globale certamente influenza l'emergere di virus. Alcuni dati ci dicono che i picchi di SARS e influenza aviaria si sono verificati in corrispondenza di picchi di temperature di almeno 0,6 e 0,7°C oltre la media. Sarà interessante l'analisi dei dati nel caso della pandemia da coronavirus.

Oggi dunque, più di ieri, corre l'obbligo di verificare il proprio impegno professionale, oltre la diagnosi della malattia e la cura del malato. È necessario un approccio olistico che consideri il paziente da curare nell'ambiente in cui vive.

La *mission* medica non può solo limitarsi alle cure delle malattie, ma deve interessarsi anche alle condizioni che ne stanno alla base (i cosiddetti "determinanti della salute"), e dovrà farlo possibilmente con mezzi sostenibili.

Speriamo che il virus SARS-CoV-2 agisca da catalizzatore per innescare processi nuovi gettando i semi per la risoluzione della prossima crisi dell'umanità che, dopo il coronavirus, sarà il cambiamento climatico. Per far questo è necessaria una presa di coscienza globale al fine di intraprendere azioni forti e condivise a livello planetario.

Nell'articolo, dopo una premessa sul *pianeta malato*, vengono esternati spunti relativi alle ripercussioni sulla salute di eventi dovuti ai cambiamenti climatici. L'articolo però non vuole essere una disamina tecnico-scientifica di malattie, prevalenze, incidenze,

meteorologia, climatologia eccetera (esistono per questo innumerevoli e acclamate fonti bibliografiche scientifiche), ma piuttosto uno stimolo alla classe medica perché si sforzi di osservare il paziente nel suo ambiente. Perché l'uomo non può mai essere separato dalla Terra, dal pianeta in cui vive. E ogni miglioramento alla salute dell'uomo non potrà mai essere disgiunto da una cura del suo *habitat*.

I medici, prosegue l'articolo, insieme alle loro Società Scientifiche, e l'intero mondo accademico "possono e devono dare il loro contributo per mitigare e aiutare a risolvere le problematiche legate al cambiamento climatico".

Gli autori propongono due modalità di intervento: "La prima, diretta, non limitandosi a curare le malattie (compito tradizionale) ma indicando i possibili interventi per attenuare e/o risolvere i problemi di salute legati al cambiamento climatico" e vengono indicati alcuni esempi.

Un altro approccio indicato, sempre di tipo diretto, è "rivolto a ridurre al massimo l'utilizzo di materiali da smaltire e/o a privilegiare materiali e strumenti meno inquinanti e possibilmente riciclabili..."

La seconda modalità, indiretta, può concretizzarsi attraverso un convinto e crescente supporto a ogni utile iniziativa ambientale, sostenendo e incoraggiando i responsabili di istituzioni e governi a impegnarsi per applicare le politiche ambientali più efficaci.

Nell'elaborato si fa anche riferimento alla carta del S. Anna di Pisa, del luglio 2019 (che trovate a questo link: <https://www.santannapisa.it/it/news/no-false-informazioni-sul-clima-piu-di-200-scientiati-e-intellettuali-aderiscono-alla-lettera>), rivolta ai principali esponenti delle nostre istituzioni, incluso il presidente della Repubblica, in cui si chiede "che l'Italia segua l'esempio di molti Paesi Europei e decida di agire sui processi produttivi e il trasporto, trasformando l'economia in modo da raggiungere il traguardo di 'zero emissioni nette di gas serra entro il 2050'...". Viene proposto alle Società Scientifiche di aderire alla carta di Pisa e, "al più presto, promuovere e incoraggiare la

nascita al loro interno di vere e proprie 'task force' dedicate ad affrontare i problemi legati al cambiamento climatico", con l'obiettivo di costituire una rappresentanza nazionale in grado di promuovere e sostenere, presso le istituzioni e il governo, tutte quelle iniziative utili a mitigare, se non eliminare, le cause alla base del cambiamento climatico.

Il patrocinio medico ha, in effetti, una lunga storia.

L'impegno a migliorare la salute delle popolazioni ha spesso portato i medici a supportare programmi etici e politici radicali. "La medicina è una scienza sociale", scriveva Rudolf Virchow nel 1848, e "la politica non è nient'altro che una medicina su larga scala".

La richiesta di questa attenzione, inusuale in campo medico, non deve sorprenderci se già nel 1961 un gruppo di medici a Boston, preoccupati per la salute pubblica a causa delle sperimentazioni e dei depositi di armi nucleari, fondarono "Medici per la responsabilità sociale".

Ricordiamo anche che nel 1985 il Premio Nobel per la Pace fu conferito alla neonata Associazione Internazionale "Medici per la prevenzione della guerra nucleare" fondata da due cardiologi Bernard Lown e Yevgeniy Chazov, il primo statunitense e l'altro sovietico. Perché il medico deve salvaguardare, oltre alla salute individuale, anche quella collettiva.

William Osler (1849-1919) considerato il fondatore della Medicina Clinica a Oxford, nel suo ultimo discorso pubblico nel maggio 1919, manifestava la speranza che i dettami ippocratici di filantropia e amore per l'*ars* medica fossero non disgiunti da un'umana saggezza filosofica in modo che la Scienza fosse forza per il bene piuttosto che per il male. Ed è in questa Scienza che dobbiamo credere per preservare l'equilibrio del nostro Pianeta diventato ormai così fragile (Bryan CS, Podolssky SH. *Sir William Osler - the uses of history and the singular beneficence of medicine*. N Engl J Med 2019;381:2194-6). Giampaolo Balestrieri nel Notiziario dell'Ordine dei Medici della Provincia di Brescia (gennaio-febbraio-marzo 2020) scrive: "il cambiamento climatico



Disegno della professoressa Stefania Audino, Liceo Scientifico Leonardo Da Vinci, Firenze.

deve essere in testa nell'agenda politica e i potenti della terra vengono redar-guiti da una ragazzina che li rimpro-

vera di togliere il futuro alle prossime generazioni. New England Journal of Medicine e Lancet ammoniscono circa

i molti rischi sanitari del riscaldamento globale, creando rubriche dedicate". Di seguito il link dell'articolo con i riferimenti bibliografici e il link del breve questionario che il lettore potrà compilare per esprimere suggerimenti, perché, in qualunque modo la pensiamo su queste tematiche, non dobbiamo essere catalogati fra gli indifferenti stigmatizzati da Piero Calamandrei.

- **Link articolo** *Aiutiamo il pianeta ad avere un futuro se vogliamo dare un futuro ai nostri pazienti* n. 32 del Giornale di Clinica Nefrologica e Dialisi (GCND):

<https://journals.aboutscience.eu/index.php/gcnd/article/view/1183>

- **Link breve questionario** *Partecipa alla survey:*

https://aboutscience.mailmnta.com/gcnd_manifestoecologico

giuseppe.curciarello@uscentro.toscana.it

a cura di Simone Pancani

letti per voi

Cronache della mia lunghissima vita

di Franco Mori

Effigi Edizioni (Arcidosso, GR)

Franco Mori, psichiatra e psicoanalista, è morto lo scorso gennaio e la sua storia di vita e professione ci viene narrata in questo libro. La vicenda personale dell'Autore, nato nel 1922, si intreccia giorno per giorno con quelle della grande Storia del secolo scorso. Mori ha scritto un vero e proprio diario nel quale si muovono da protagonisti i genitori, i colleghi, la famiglia e la moglie Gina sullo sfondo di una mai abbandonata relazione con i tanti pazienti incontrati negli anni. Dall'esperienza ospedaliera del "manicomio" fiorentino di San Salvi all'incontro con Cesare Musatti, all'avvicinamento alla

psicanalisi che nel 1974 lo porta a essere uno dei soci fondatori del Centro Psicoanalitico di Firenze.

La storia del medico dipanata lungo la strada di, appunto, una "lunghissima vita" non può comunque prescindere dalla vita di famiglia, con la descrizione degli affetti più cari, la nascita delle figlie e dei nipoti, le vacanze, i ricordi di un'infanzia forse non troppo felice, il progressivo andare accompagnato da Gina verso una vecchiaia finalmente libera dai tanti impegni.

Uno sguardo privato, discreto e garbato all'interno di un'intera vicenda di vita.



Un protocollo di intesa per l'informazione scientifica del farmaco

di Andrea Veneranda



ANDREA VENERANDA
Presidente Regionale dell'Associazione Italiana Informatori Scientifici del Farmaco (AIISF) Toscana

Nel gennaio scorso, tra l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze e l'Associazione Italiana Informatori Scientifici del Farmaco (AIISF) è stato siglato un importante accordo che regola e disciplina i rapporti complessivi tra queste due categorie di professionisti. L'emergere del COVID purtroppo ha causato un notevole ritardo nell'*iter* di tutte le procedure ed è adesso intenzione delle parti riprendere in pieno il discorso iniziato qualche mese fa, a tutela di entrambe le categorie, della sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale e, soprattutto, dei pazienti.

ciazione Italiana Informatori Scientifici del Farmaco (AIISF) è stata suggellata, con una sincera stretta di mano tra le parti, la pubblicazione di un protocollo d'intesa per l'informazione scientifica a coronamento di un rapporto di reciproca stima personale e professionale da sempre esistito. Purtroppo l'emergenza COVID-19, subito dopo esplosa, rischia di offuscare quanto era stato scritto in modo esauriente per affrontare e inquadrare il rapporto tra la classe medica e l'informazione scientifica.

Gli informatori scientifici del farmaco hanno il diritto/dovere di svolgere al meglio la propria attività lavorativa, che consiste in un importante servizio esercitato anche e soprattutto a vantaggio della classe medica e che, comunque, costituisce un valore aggiunto per tutti gli operatori del settore. Tale attività coinvolge numerose figure aventi competenze tecniche e relazionali altamente qualificate ed ha, non va dimenticato, un importante risvolto in termini strettamente occupazionali/lavorativi.

Al diritto/dovere degli informatori di svolgere il proprio lavoro corrisponde il preciso diritto/dovere della classe medica di permettere che tale lavoro venga espletato nella maniera più congrua, sempre con il fine ultimo di tutelare la salute della popolazione.

In questo momento di emergenza e di recupero graduale di ogni attività lavorativa (che tutti si augurano avvenga nel tempo più breve possibile e in maniera duratura), si rende necessario obbligatoriamente adottare misure e norme comportamentali, del resto già previste in modo esaustivo nelle Ordinanze n. 60 e 65 del Pre-

sidente Regionale Enrico Rossi, allo scopo di coniugare il diritto al lavoro con la garanzia alla salute e sicurezza, minimizzando il rischio prodotto dalla diffusione del COVID-19.

Sono tutte misure relative al distanziamento e all'utilizzo di DPI alle quali le figure professionali che da sempre lavorano in ambito sanitario sono in grado di ottemperare, permettendo così la ripresa di quel rapporto che c'è sempre stato nelle condizioni di massima sicurezza.

Il documento sottoscritto a gennaio intitolato *Informazione scientifica del farmaco, normativa e codici associativi* (<https://www.ordine-medici-firenze.it/professione/moduli-e-documenti/informazione-scientifica-del-farmaco>) rappresenta un nuovo punto di partenza nella definizione dei rapporti tra enti, classe medica e informatori scientifici e definisce ruoli, ambiti e rapporti reciproci tra i suddetti soggetti, alla luce delle normative e delle linee guida che si sono succedute dopo l'approvazione del decreto legislativo 219 del 2006. Detto decreto precisa le modalità e i contenuti oggetto di informazione scientifica che devono obbligatoriamente essere forniti da professionisti qualificati quali gli informatori scientifici del farmaco.

L'esercizio della professione medica è fondato sui valori di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità e la prescrizione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, basata sulle evidenze scientifiche disponibili, sul rispetto dei principi di efficacia clinica, sicurezza e appropriatezza e infine, ma

Era solo l'inizio del gennaio di questo 2020 quando tra Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze e l'Asso-

non ultimo, sull'uso ottimale delle risorse. Il medico effettua tutte le sue scelte al fine di tutelare la salute individuale e collettiva e la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale.

Si ritiene che, in ambito di Sanità Pubblica, esercitare una collaborazione proficua tra medici, farmacisti e informatori per un'informazione scientifica di qualità rappresenti uno degli elementi strategici per il perseguimento dell'appropriatezza, dell'efficacia e della *compliance* nell'uso dei farmaci.

Un'informazione di qualità, fondata sulle evidenze, ha lo scopo ultimo di fornire ai pazienti un reale vantaggio in termini di salute perché porta il medico curante ad avere una conoscenza indispensabile alla prescrizione del farmaco appropriato per la patologia da curare.

Sia il medico che l'informatore scientifico sono figure coinvolte nella farmacovigilanza attiva: attraverso la collaborazione reciproca è possibile attuare quei processi di sorveglianza *post-marketing* sempre più necessari in un panorama dove l'immissione in commercio di farmaci è divenuta molto più rapida che in passato, a seguito di *iter* autorizzativi che risentono delle richieste di tutela della salute da parte dei cittadini.

L'attività d'informazione medico-scientifica è oggetto di precise e vincolanti normative emanate dal Parlamento e dai poteri territoriali competenti. Tali normative, al fine di attuare i principi di trasparenza e correttezza, vanno a regolare ogni aspetto dell'attività (ad esempio: utilizzo del materiale promozionale che deve essere obbligatoriamente approvato da Aifa; distribuzione dei campioni gratuiti che deve corrispondere al dettato dell'art. 125 D. lgs. 219/2006; progetti per convegni di aggiornamento scientifico o per sponsorizzazioni).

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze e AIISF, inoltre, promuovono in tutte le sedi l'utilità degli incontri professionali tra medico e informatore scientifico del farmaco riguardo all'uso appropriato dei medicinali a vantaggio della salute dei pazienti e intraprendono iniziative volte alla conoscenza del ruolo professionale dell'informatore in ambito sanitario; promuovono inoltre il corretto e ordinato accesso degli informatori scientifici agli ambulatori attraverso l'esplicitazione di regole chiare e condivise, evidenziate su appositi cartelli affinché non sussista interferenza con l'attività assistenziale dei medici ai pazienti.

Nel protocollo pubblicato emerge quindi un rapporto ben delineato e regolato sotto ogni punto di vista, che rischia invece di essere stravolto nell'emergenza attuale in cui sono state introdotte varie modalità di contatti "da remoto", in grado, con la loro assenza di norme, di creare facilmente difficoltà, fastidi, perdita di rapporto umano e disorganizzazione, tutte cose che poco hanno a che fare con quanto fin qui descritto, quotidianamente vissuto e concordato.

Siamo certi che questo percorso possa riprendere come è sempre stato, così come siamo certi che le fondamenta, poste dal summenzionato protocollo per rafforzare e avvalorare l'importanza degli incontri tra queste due classi di professionisti, non verranno scalfite da tutte le misure emergenziali in atto, anche se certamente saranno da queste rese di più difficile attuazione pratica. Ma, così come sono state da sempre limate e aggiustate anche le più piccole divergenze, è con la collaborazione, la considerazione reciproca e il dialogo che potrà essere affrontato e risolto ogni problema.

Con l'obiettivo chiaro di poter, molto presto, tornare a quella sincera e vigorosa stretta di mano, scambiata ovviamente di persona.



EMERGENZA COVID 19. 170 MEDICI HANNO DATO LA VITA. NON DIMENTICHIAMOLO

**IO MEDICO
GIURO**

CHE AVRÒ CURA DI TE,
IN OGNI EMERGENZA.

 **FNOMCeO**
Federazione Nazionale
degli Ordini dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri

La *Sincope Unit*: la corsia preferenziale per il paziente con sincope

di Martina Rafanelli, Andrea Ungar



MARTINA RAFANELLI
Sincope Unit, Geriatria e Terapia Intensiva
Geriatrica, AOU Careggi
e Università degli Studi di Firenze



ANDREA UNGAR
Professore Associato di Medicina Interna-
Geriatria Sincope Unit, Centro
di Riferimento per l'Ipertensione nell'anziano.
Direttore SOD di Geriatria - UTIG,
Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi
e Università degli Studi di Firenze

Circa l'1-3% degli accessi in Pronto Soccorso e dei ricoveri ospedalieri è dovuto a sincope. L'assenza di un approccio sistematico comporta costi socio-sanitari elevati, ricoveri e procedure diagnostiche non necessari, allungamento della durata della degenza, ridotte diagnosi e alto tasso di recidive.

Parole chiave:
sincope,
perdita di coscienza transitoria,
Sincope Expert, Sincope Unit

Introduzione

La sincope è definita come una perdita di coscienza transitoria (PdCT) dovuta a ipoperfusione cerebrale globale, caratterizzata da rapida insorgenza, recupero rapido, completo e spontaneo.

Circa l'1-3% degli accessi in Pronto Soccorso e dei ricoveri ospedalieri è dovuto a sincope, una condizione spesso di difficile gestione dal punto di vista diagnostico-terapeutico, come emerge dall'ampia variabilità nella valutazione dei pazienti e nell'applicazione delle raccomandazioni delle linee guida disponibili, così come

dal diverso *iter* seguito dai pazienti che afferiscono al Pronto Soccorso per sincope, di cui il 50% viene ricoverato successivamente in reparti di medicina d'urgenza, medicina interna, cardiologia, geriatria, neurologia. L'assenza di un approccio sistematico comporta costi socio-sanitari elevati, ricoveri e procedure diagnostiche non necessari, allungamento della durata della degenza, ridotte diagnosi e alto tasso di recidive.

Frequentemente, dopo la valutazione iniziale, la natura degli episodi sincopali è indeterminata, mantenendo quindi il rischio di nuovi eventi. L'obiettivo principale del medico, quindi, dovrebbe essere quello di stratificarne il rischio, in modo da indirizzare il paziente verso dimissione o ricovero, previa osservazione clinica e strumentale di pazienti a rischio intermedio-alto in Pronto Soccorso o in apposite unità nel contesto dello stesso, oppure in modo da ricorrere alla *Sincope Unit* (SU) di riferimento. Negli ultimi 20 anni la gestione della sincope si è profondamente modificata, anche e soprattutto grazie al ruolo di *leader* dei ricercatori italiani, che hanno condotto numerose esperienze scientifiche e assistenziali in questo campo. Il ruolo dell'Italia è ampiamente riconosciuto a livello internazionale, tanto che i ricercatori e clinici italiani sono tra i coordinatori e i principali membri di riferimento della *task force* delle Linee Guida Multidisciplinari sulla sincope della Società Europea di Cardiologia, pubblicate per la prima volta nel 2001 e poi aggiornate e riviste nel 2004, nel 2009 e nel 2018.

Per l'applicazione delle nuove Linee Guida della Società Europea di Cardio-

logia risulta fondamentale la figura del *Sincope Expert* e l'organizzazione funzionale di *Sincope Unit* di riferimento.

Cosa è la *Sincope Unit*?

La *Sincope Unit* è una struttura funzionale il cui compito è quello di fornire un approccio standardizzato per la diagnosi e la gestione delle perdite di coscienza transitorie e dei relativi sintomi, con uno *staff* dedicato, con la possibilità di accedere alla diagnostica secondo un percorso facilitato e di fornire le corrette indicazioni terapeutiche (Figura 1). La *Sincope Unit* deve prevedere alcuni fondamentali requisiti e rispondere a chiari indicatori di qualità, come ben indicato dal documento di consenso della Società Europea di Aritmologia del 2015, oltre a farsi promotrice della formazione dei clinici che hanno a che fare con la gestione della sincope.

Nonostante le raccomandazioni delle Linee Guida, le *Sincope Unit* non sono ampiamente presenti nella realtà clinica. Possibili barriere alla loro istituzione sono rappresentate dalla ridotta consapevolezza dei benefici di questa strategia gestionale

dovuta all'insufficienza di ricerche che comparino la *Sincope Unit* alla normale pratica clinica, dalla sotto-stima delle conseguenze degli episodi sincopali, dallo scarso numero di *Sincope Expert*, dalla scarsità di programmi di formazione, dall'ampio range di età dei pazienti (da pazienti pediatrici a grandi anziani), dalla necessità di multidisciplinarietà, dalla riluttanza a introdurre proposte innovative e dalla paura che una nuova struttura funzionale possa portare a un aumento dei costi, invece che ad una loro riduzione. Con il termine *Sincope Expert* o specialista in sincope si intende un medico responsabile della presa in carico del paziente a 360° dalla stratificazione del rischio, alla diagnosi, alla terapia e al *follow-up*, attraverso protocolli standardizzati, e che abbia sufficiente conoscenza degli aspetti anamnestici e clinici del paziente con PdCT, tale da essere in grado di riconoscerne le principali forme.

La sotto-diagnosi e la "misdiagnosi" di sincope, sia a livello ambulatoriale che nel contesto del Pronto Soccorso, raggiungono il 40% dei casi. Pur non essendo disponibili dati provenienti da grandi studi randomizzati che mettano a confronto la normale pratica clinica con l'approccio basato sulla *Sincope Unit*, studi di coorte hanno confermato l'alto tasso di "misdiagnosi" nella normale pratica clinica e i benefici di un approccio più strutturato.

È inoltre noto che l'applicazione di protocolli standardizzati di gestione e osservazione in Pronto Soccorso, abbinati alla possibilità di invio preferenziale del paziente alla *Sincope Unit* di riferimento, comportano una riduzione dei ricoveri e della durata degli stessi.

Tra i benefici attesi: la diagnosi precoce e accurata, il trattamento tempestivo, l'applicazione delle raccomandazioni delle Linee Guida, la presa in carico del paziente con riduzione della dispersione dei servizi, la riduzione dei costi totali, il miglioramento dei sistemi di monitoraggio e valutazione della pratica clinica a livello locale, nazionale

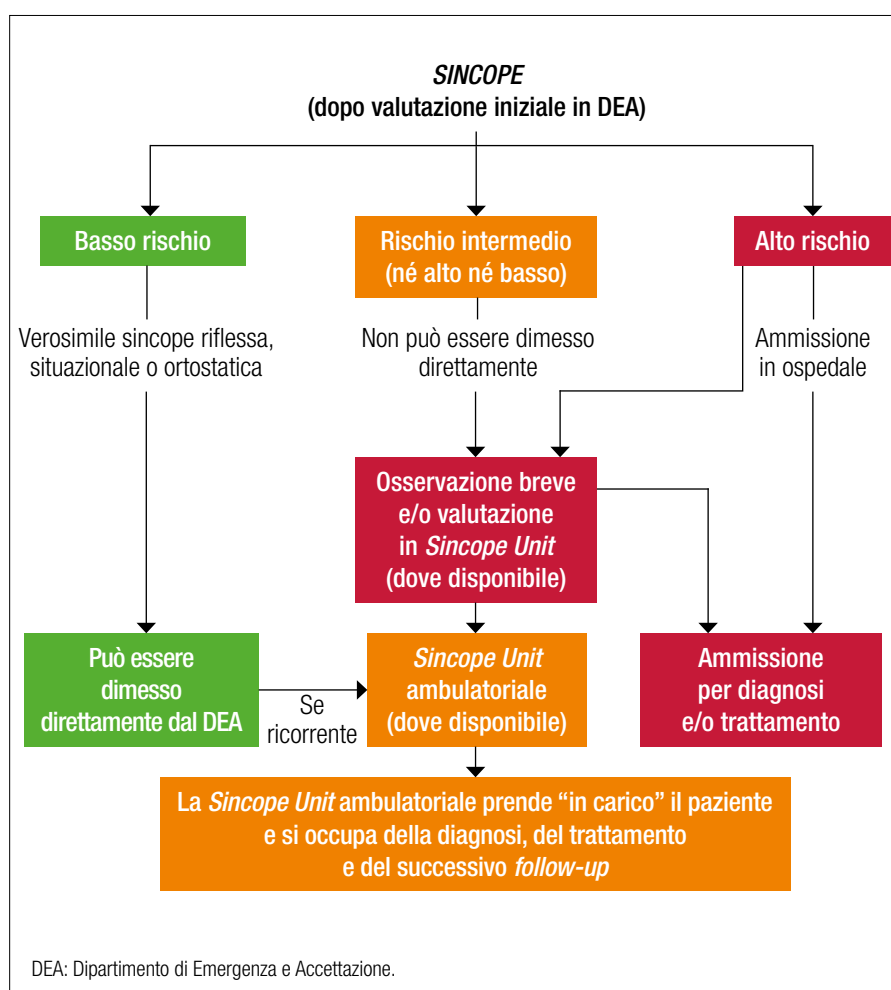


Figura 1 – Gestione del paziente dal DEA alla *Sincope* (da Brignole *et al.*, 2018, mod.).

e internazionale, la raccolta di dati *evidence-based* ai fini di ricerca.

Requisiti di una *Sincope Unit*

La *Sincope Unit* dovrebbe fornire trattamenti di base per le forme riflesse e ortostatiche di sincope e avere accesso preferenziale a percorsi per la diagnosi e il trattamento delle forme cardiogene e psicogene, delle cadute e delle perdite di coscienza transitorie di sospetta natura comiziale.

Lo staff è rappresentato da uno o più medici di qualsiasi specialità esperti in sincope e infermieri specializzati, che a seconda della realtà locale e delle singole competenze potranno coadiuvare il medico nella gestione del paziente, dalla valutazione iniziale al *follow-up*, alla selezione di alcune procedure diagnostiche, all'impianto di *Loop Recorder*. Data la natura multidisciplinare della gestione delle PdCT, ogni *Sincope*

Unit dovrà identificare determinate figure specialistiche per eventuali consulenze.

L'accesso può avvenire tramite richiesta dei medici di medicina generale, tramite il Pronto Soccorso, attraverso altre unità operative dello stesso ospedale o auto-presentazione. È raccomandabile un accesso preferenziale (*fast-track*) con una lista di attesa per le prime visite e i controlli dedicata a pazienti a rischio intermedio-basso dimessi o sottoposti a temporanea osservazione in Pronto Soccorso, al fine di ridurre i ricoveri. L'attività della *Sincope Unit* deve basarsi su protocolli standardizzati ed è dedicata sia a pazienti ambulatoriali sia a pazienti provenienti dal Pronto Soccorso o ricoverati, che riceveranno trattamenti mirati sotto la supervisione della *Sincope Unit* stessa a meno che non sia richiesto l'intervento di specialisti esterni.

Equipaggiamento essenziale
ECG a 12 derivazioni e monitoraggio ECG a 3 derivazioni
Monitoraggio non invasivo battito-battito della PA
<i>Tilt table</i>
ECG dinamico secondo Holter, <i>Loop Recorder</i> esterno
<i>Loop Recorder</i> impiantabile
<i>Follow-up</i> di <i>Loop Recorder</i> impiantabile
Monitoraggio della PA nelle 24 h
<i>Screening</i> disautonomia cardiovascolare
Accesso preferenziale a procedure diagnostiche
Ecocardiografia
<i>Test</i> ergometrico
Studio elettrofisiologico
<i>Neuroimaging</i>
Consulenze specialistiche/gestione multidisciplinare
Cardiologia, Neurologia, Geriatria, Psichiatria/Psicologia clinica, Medicina Interna, Endocrinologia, Pneumologia

Tabella I – Requisiti di una *Sincope Unit* (da Brignole *et al.*, 2018, mod.).

Equipaggiamento essenziale, procedure diagnostiche di base e di secondo livello, requisiti necessari per la gestione del paziente in *Sincope Unit*, sono elencati in Tabella I.

La valutazione iniziale del paziente prevede raccolta anamnestica dettagliata, esame obiettivo, elettrocardiogramma a 12 derivazioni e misurazione della pressione arteriosa in clinico e ortostatismo. In base alle caratteristiche del paziente e degli episodi, il *Sincope Expert* potrà richiedere ulteriori accertamenti, elencati in Tabella II.

Chi inviare in Sincope Unit?

- Pazienti con PdCT di sospetta na-

tura sincopale frequente e invalidante, con necessità di stabilire diagnosi e trattamento mirato.

- Pazienti con caduta non spiegata.
- Pazienti con PdCT già sottoposti a diagnosi eziologica, con necessità di consulenza sulla migliore strategia terapeutica o di trattamento diretto.
- Pazienti con PdCT e necessità di *follow-up* per giungere a diagnosi finale o valutare l'efficacia del trattamento.

Chi NON inviare in Sincope Unit?

- Pazienti con diagnosi certa e/o indicazioni terapeutiche già chiare

(indicazione a impianto di *pacemaker* nella sincope bradiaritmica).

- Pazienti in cui la sincope è la manifestazione di una condizione clinica sottostante che richiede *iter* diagnostico-terapeutico urgente, che non può essere effettuato nel contesto della *Sincope Unit* (infarto miocardico acuto, emorragia acuta).

Modelli organizzativi esistenti

Gli aspetti organizzativi della *Sincope Unit* possono variare molto da una realtà ospedaliera all'altra: nel modello inglese di *Faint and Fall Clinic* risulta centrale il ruolo dell'infermiere specializzato che, anche grazie a un *software* interattivo che integra le Linee Guida per stratificazione del rischio e la gestione della PdCT, effettua la valutazione iniziale, fa riferimento a cardiologo, geriatra, neurologo quando necessario, con programmazione di interventi occupazionali/fisioterapici, seguendo un approccio multidisciplinare geriatrico. Il ruolo del geriatra è stato ampiamente rivalutato negli ultimi anni per il riconoscimento ormai ufficiale delle "cadute non spiegate", condizione da assimilare in tutto e per tutto alle sincope non spiegate (Figura 2).

Nella *Blackout Clinic* un infermiere specializzato con competenze cardio-neuro-geriatriche effettua un rapido *screening* clinico ed elettrocardiografico e indirizza il paziente con PdCT al percorso più adeguato.

La *Sincope Unit* può inoltre essere incorporata nel Pronto Soccorso nel contesto delle Unità di Osservazione Breve e Breve Intensiva. Requisiti necessari sono rappresentati dalla possibilità di consulenza da parte di un *Sincope Expert*, di monitoraggio elettrocardiografico e valutazioni di secondo livello specialistiche con accesso preferenziale, laddove indicate. La *Sincope Unit* può infine essere una vera e propria unità funzionale nel contesto del Dipartimento di Cardiologia, Geriatria o Medicina Interna, modello che è stato inizialmente introdotto in Italia per poi diffondersi anche in altre Nazioni europee. Tale approccio organizzativo

Valutazione di secondo livello	
Esami ematici	Emocromo, troponina, NTproBNP, glicemia, D-dimero, emogas-analisi
Test provocativi	Massaggio seni carotidei, <i>Tilt test</i>
Monitoraggio	<i>Loop Recorder</i> esterno o impiantabile, monitoraggio ECG 1-7 giorni, ABPM
Test autonomici	<i>Standing test</i> , <i>Valsalva</i> , <i>deep breathing</i>
Valutazione cardiologica	Ecocardiogramma, <i>test</i> ergometrico, SEF, coronarografia
Valutazione neurologica	TC cranio, RMN encefalo, EEG, video-EEG
Valutazione geriatrica	<i>Screening</i> cognitivo, valutazione di cammino ed equilibrio, valutazione del rischio di caduta
Valutazione psichiatrica	Accesso preferenziale a consulenza psichiatrica/psicologia clinica

Tabella II – Indagini strumentali, procedure e consulenze disponibili in *Sincope Unit* (da Brignole *et al.*, 2018, mod.).

ha consentito una riduzione dei costi medi per paziente del 19% e per diagnosi del 29%.

L'esperienza dell'AOU Careggi di Firenze

Sulla base dell'esperienza dello studio EGSYS 2, cui il nostro Centro ha preso parte, e che prevedeva una valutazione sistematica del paziente con sincope in Pronto Soccorso basata sull'approccio standardizzato delle Linee Guida della Società Europea di Cardiologia, il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) ha adottato la seguente organizzazione e i medici sono stati istruiti ad assegnare il paziente a uno dei seguenti percorsi (Figura 3):

- ricovero diretto o dopo Osservazione Breve;
- dimissione dopo Osservazione Breve per 24-48 h;
- dimissione diretta con *fast-track* alla *Sincope Unit* che il medico del DEA può programmare in modo autonomo;
- dimissione a domicilio senza ulteriore *iter* diagnostico.

Nel corso della valutazione in DEA viene effettuata una stratificazione del rischio, basata su giudizio clinico e *score* validati e viene scelto il percorso più adeguato alle caratteristiche del paziente e dell'episodio sincopale. La valutazione neuroautonomica di secondo livello (*Tilt test*, massaggio dei seni carotidei in clino- e ortostatismo, monitoraggio della pressione arteriosa nelle 24 h e *screening* disautonomia cardiovascolare) viene effettuata in *Sincope Unit*, struttura separata dal DEA.

Dati derivanti dall'applicazione di questo modello hanno mostrato che la disponibilità nella nostra realtà clinica di Osservazione Breve e *Sincope Unit* comporta una riduzione dei ricoveri.

Il Gruppo Italiano Multidisciplinare Sincope (GIMSI)

Il GIMSI è un'associazione senza scopo di lucro istituita nel 2003 da alcune delle principali società scientifiche nazionali: AIAC, AINV/SNO, FADOI, SIGG, SIMEU, SIMI. Riunisce medici specialisti in Cardiologia, Me-

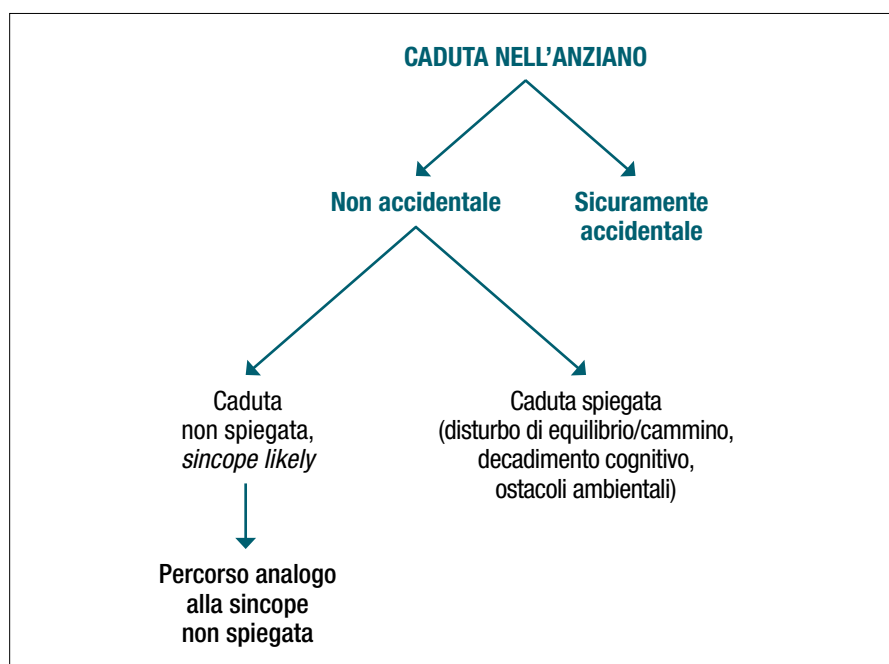


Figura 2 – La sincope nel paziente con comorbidità e fragilità (da Brignole *et al.*, 2018, mod.).

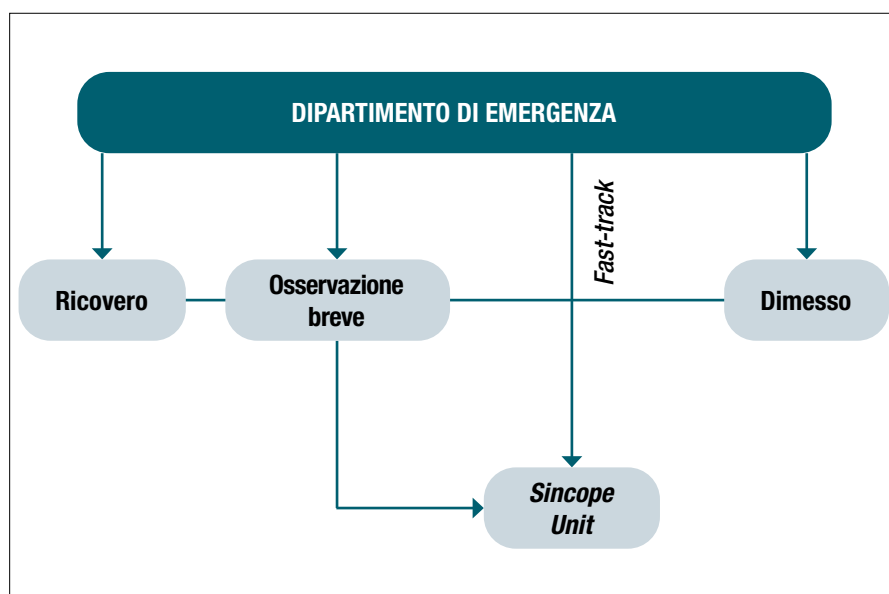


Figura 3 – La gestione del paziente con sincope in Pronto Soccorso: il “Modello Careggi”.

dicina Interna, Geriatria, Neurologia e Medicina d'Urgenza, che si dedicano nella loro pratica clinica quotidiana allo studio clinico e sperimentale della sincope.

Il Gruppo rappresenta un punto di riferimento per la pratica clinica e la ricerca nell'ambito della sincope, divulgando la conoscenza delle nozioni scientifiche acquisite nel settore, promuovendo congressi bi-annuali, corsi di formazione e altri eventi culturali.

Il gruppo ha lo scopo di favorire aggregazione, collaborazione e scambio di conoscenze scientifiche fra medici specialisti in aree diverse.

Fin dalle origini ha favorito la costituzione di *Sincope Unit* negli ospedali italiani e si è impegnato a certificarne l'aderenza agli *standard* raccomandati dalle Linee Guida, tanto che a oggi sul territorio nazionale sono attive 72 *Sincope Unit* certificate (Figura 4). Dal 2014, in collaborazione con AcEMC (*Academy of Emergency*

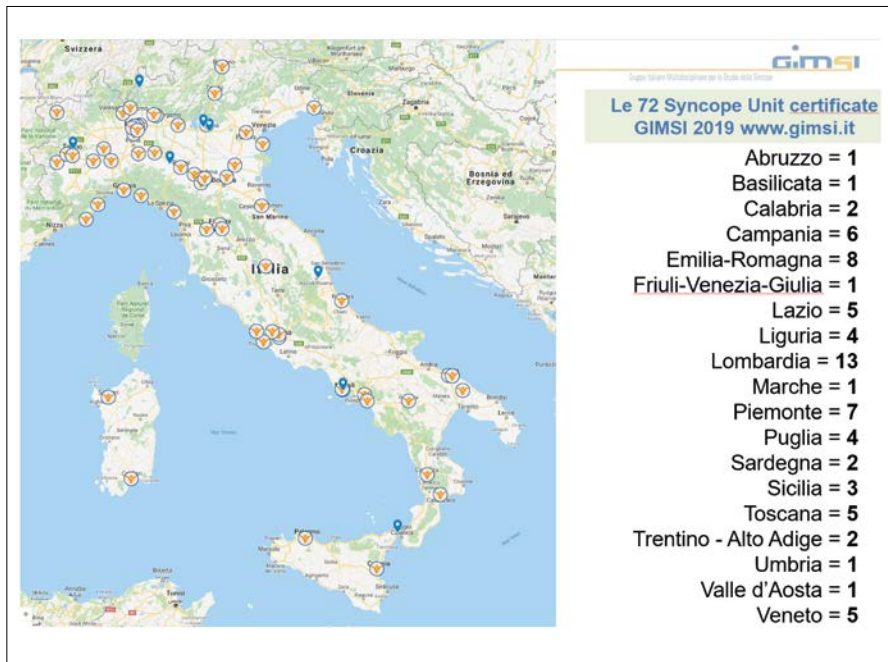


Figura 4 – Sincope Unit italiane certificate GIMSI aggiornate al 2019 (www.gimsi.it).

Medicine and Care), il GIMSI ha strutturato un “Corso di competenza teorico-pratico per la gestione di base della sincope”, con l’obiettivo di formare su tutto il territorio nazionale dei professionisti in grado di affrontare la gestione della sincope in maniera omogenea, secondo le Linee Guida attuali, di utilizzare con appropriatezza gli esami dia-

gnostici e di indirizzare i pazienti all’iter successivo più adeguato. Al momento sono stati formati e certificati 920 medici in Italia, provenienti dalle diverse discipline. Sono stati anche svolti corsi dedicati alle Scuole di Specializzazione sul territorio nazionale.

Il percorso adottato dal GIMSI in questi anni si sta espandendo oltre i

confini nazionali e molti Paesi europei ed extra-europei stanno seguendo l’esempio italiano per la gestione del paziente con sincope.

L’annuario delle *Sincope Unit* certificate, il calendario dei corsi di *competence* GIMSI-AcEMC, i vari *slide-set* dei trascorsi eventi formativi, gli studi clinici condotti sono tutti consultabili su www.gimsi.it.

Conclusioni

La sincope rappresenta un’importante sfida per la medicina moderna. Per l’applicazione delle attuali Linee Guida non si può prescindere dalla presenza di un percorso organizzato, di un *Sincope Expert* e di una *Sincope Unit*. Un corretto approccio culturale e organizzativo quale quello proposto dalla *Sincope Unit* dell’AOU Careggi di Firenze e dal GIMSI è in grado di aumentare l’appropriatezza diagnostica e terapeutica nel paziente con transitoria perdita di coscienza, con l’ulteriore vantaggio della riduzione dei costi e dei ricoveri ospedalieri.

aungar@unifi.it



La cura delle aritmie cardiache tra mappaggio elettroanatomico e prevenzione primaria oncologica

di Marzia Giaccardi, Massimo Milli

Dalla consapevolezza degli effetti nocivi, soprattutto oncologici, delle radiazioni ionizzanti nasce l'impulso a effettuare procedure di ablazione di tutti i substrati aritmici mediante mappaggio elettroanatomico in assenza di supporto fluoroscopico. Grazie a tale approccio il nostro Centro di Aritmologia porta avanti una campagna di prevenzione primaria oncologica condivisa da altri Centri italiani.

Parole chiave:
ablazione di aritmie,
rischio oncologico, fluoroscopia,
prevenzione primaria,
mappaggio elettroanatomico

Gli ultimi 50 anni ci hanno permesso di assistere a una vera e propria rivoluzione tecnologica in campo elettrofisiologico. Partiti nel 1969 con l'ablazione chirurgica delle vie accessorie, passando per l'introduzione della radiofrequenza nella pratica clinica nel 1987, abbiamo

visto nascere e crescere i sistemi di mappaggio elettroanatomico, primo tra tutti il CARTO (Biosense) entrato nella pratica clinica nel 1996, poi l'EnSite NavX (Abbott) nel 2005, nonché l'ultimo nato, il Rhythmia (Boston) nel 2015. I sistemi di mappaggio elettroanatomico, consentendoci di ricostruire le camere cardiache nella loro tridimensionalità, mediante la visualizzazione degli elettrocateri all'interno di campi magnetici o elettromagnetici, ci hanno permesso di studiare e trattare substrati aritmici anche complessi, facendo ricorso sempre meno all'utilizzo della fluoroscopia. È ormai noto, infatti, che i raggi X, ampiamente utilizzati in campo cardiologico interventistico (elettrofisiologia ed emodinamica), sono cancerogeni riconosciuti in classe I. Gli effetti, di tipo stocastico, si possono manifestare come neoplasie a carico dei tessuti più sensibili, quali le cellule emopoietiche, il tessuto linfatico, gli spermatozoi, i follicoli ovarici, la ghiandola mammaria e altri, non solo nei pazienti sottoposti a procedure, ma anche negli operatori esposti. È recente l'acquisizione che anche basse esposizioni ma ripetute e protratte nel tempo, come avviene soprattutto per i primi operatori, possono determinare l'insorgenza di neoplasie. Negli Stati Uniti è stata recentemente riconosciuta dalle autorità legali come malattia professionale una neoplasia cerebrale all'emisfero sinistro. È infatti noto che la parte sinistra del corpo è la più esposta alle radiazioni ionizzanti negli operatori, e in particolare la



MARZIA GIACCARDI

Responsabile del Gruppo di Elettrofisiologia della Cardiologia Firenze 1 con sede principale presso il PO Santa Maria Nuova. Formazione presso il Laboratorio di Elettrofisiologia della Clinica Ospedaliero-Universitaria di Careggi (Prof. L. Padeletti), ma anche extramurale presso centri italiani ad alto volume. Pubblicazioni su riviste scientifiche impattate, coautore di 5 capitoli di libri

MASSIMO MILLI

Direttore F.F. della Cardiologia Firenze 1, Ospedale Santa Maria Nuova e San Giovanni di Dio, ASL Toscana-Centro Firenze

zona avambraccio-braccio-mano sinistra quella in assoluto più esposta (Figura 1).

L'effetto stocastico, a parità di dose somministrata, è più potenzialmente nocivo nella popolazione pediatrica rispetto a quella adulta, in quanto i raggi X ricevuti nell'arco della vita si accumulano e, tra gli adulti, nel sesso femminile rispetto a quello maschile (Figura 2). Ciò dipende dalla maggiore aspettativa di vita e dalla maggiore vulnerabilità cromosomica delle popolazioni più sensibili. Per tali motivi nel 2005 sono state redatte le linee guida americane sulle competenze cliniche mediche atte a ottimizzare la sicurezza dei pazienti somministrando la minima dose efficace a garantire una buona qualità dell'immagine fluoroscopica durante le procedure cardiovascolari invasive. Da tali linee guida è emerso il principio che disciplina l'uso della fluoroscopia.

Il principio *ALARA* (*As Low As Reasonably Achievable*) definisce che la dose di raggi da utilizzare nelle procedure cardiologiche invasive guidate dalla fluoroscopia è quel dosaggio minimo necessario per ottenere una buona qualità di immagine, tale da permetterci di

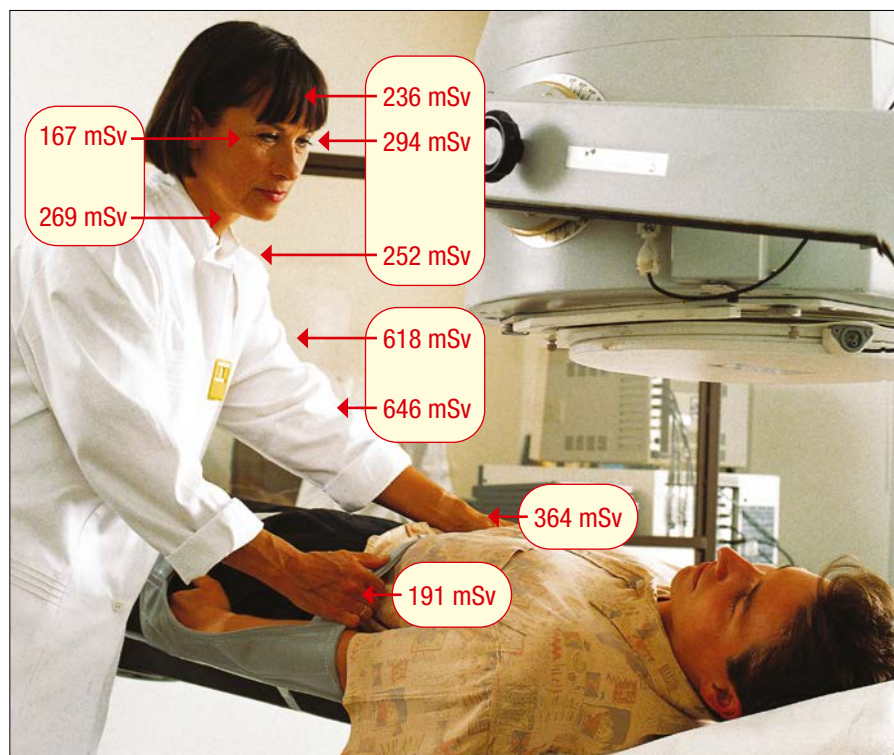


Figura 1 – Valori di esposizione durante procedure effettuate sotto guida fluoroscopica.

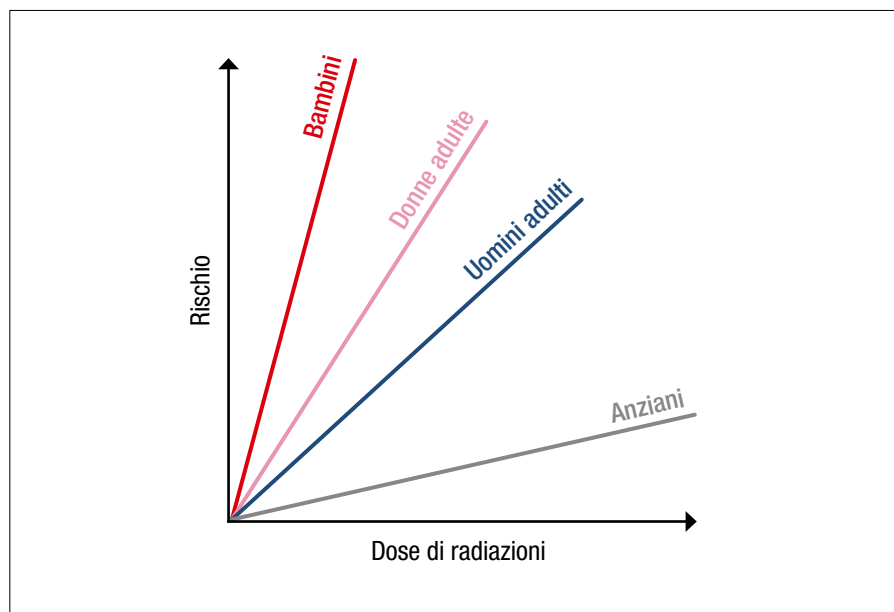


Figura 2 – Effetto stocastico: popolazioni più rischio crescente.

formulare una diagnosi o di portare a termine una terapia, senza eccedere in dosi inutili. Non esiste però una dose di raggi somministrata al paziente che sia completamente scevra da possibili effetti collaterali. Tale principio conferisce una grandissima responsabilità al medico che diventa garante di salute per il paziente, per sé e per il suo

staff. Per tutti i motivi sovraesposti e per la particolare sensibilità dell'Azienda ASL Toscana-Centro alla prevenzione primaria oncologica, abbiamo intrapreso, da circa 10 anni, la strada delle procedure elettrofisiologiche effettuate con approccio "minimamente fluoroscopico" nonché, quando possibile, "zero fluoroscopico". Il Centro di

Elettrofisiologia della Cardiologia Firenze 1, ASL Toscana-Centro, contando più di 800 procedure tra studi elettrofisiologici e ablazioni di aritmie effettuati con la tecnica "Raggi Zero", si annovera tra i Centri di maggior esperienza e *leader* nel settore a livello italiano.

La tecnica prevede una curva di apprendimento che è sicuramente più rapida per i giovani operatori del settore che si affacciano all'elettrofisiologia e alla cardiostimolazione, in quanto, in partenza, essi acquisiscono familiarità con le tecniche di mappaggio elettroanatomico e non devono, come l'operatore *senior*, disabituarsi a una metodica ormai acquisita come gli interventi effettuati sotto guida fluoroscopica. Gli interventi effettuati sotto guida non fluoroscopica si sono rivelati, in tutti i lavori pubblicati su riviste internazionali, *sicuri*, con eventi avversi non significativamente differenti rispetto all'approccio fluoroscopico convenzionale, *efficaci* e di *durata procedurale non superiore*. I dati di *follow-up* a lungo termine, pubblicati dal nostro Centro, confermano che l'efficacia delle procedure "Raggi Zero" o "Near Raggi Zero" si mantiene nel tempo. Abbiamo abbattuto l'esposizione radiologica anche per quelle procedure che, per complessità di substrato, vedi l'ablazione delle tachicardie ventricolari e della fibrillazione atriale, necessitavano di tempi di esposizione fluoroscopica molto prolungati. Basti pensare che se consideriamo pari all'unità gli 0,02 mSv corrispondenti all'esposizione per una radiografia del torace, l'intervento di ablazione della fibrillazione atriale equivale a effettuare circa 830 radiografie del torace, l'ablazione della tachicardia ventricolare a circa 625 radiografie del torace e un impianto di *pacemaker* biventricolare a circa 1.100 radiografie del torace. Anche il campo della cardiostimolazione, infatti, si può avvalere della tecnologia "Raggi Zero" o "Near Raggi Zero" con benefici aggiuntivi rispetto al solo abbattimento dell'esposizione fluoro-

scopica. Basti pensare al momento del posizionamento dell'elettrocatteter per il seno coronarico negli impianti di *pacemaker* biventricolare. Effettuando l'intervento con l'ausilio del mappaggio elettroanatomico possiamo, infatti, identificare il ramo del seno coronarico dove si registra il potenziale più tardivo e andare a posizionare l'elettrocatteter in tale sede, anticipandone l'attività e resincronizzando la funzione cardiaca. Possiamo, inoltre, rinavigare rami già visualizzati, nonché evitare la somministrazione del mezzo di contrasto che potrebbe peggiorare la funzione renale, spesso già deteriorata nei pazienti con scompenso cardiaco.

L'esperienza ci ha portato ad acquisire negli anni grande fiducia nei nostri sistemi di mappaggio e a sviluppare una serie di *tips & tricks* che condividiamo mediante corsi di formazione rivolti a colleghi medici o ingegneri di diverse ditte.

Le nostre procedure sono state rese ancor più efficaci e sicure dal momento dell'introduzione nella pratica clinica degli elettrocatteteri muniti di sensore di contatto, che, integrati nei sistemi di mappaggio, ci permettono di evitare erogazioni non efficaci perché non a contatto o di evitare eccessive spinte che potrebbero esitare in complicanze, come nel caso delle perforazioni. I sistemi di mappaggio ci permettono, inoltre, di poter visualizzare tutte le camere navigabili da elettrocatteteri e nella fattispecie l'esofago.

La posizione dell'esofago (Figura 3) durante ablazione di fibrillazione atriale appare importantissima al fine di evitare una complicanza molto rara ma mortale nel 70% dei casi, che è la fistola atrio-esofagea. La precisa localizzazione dell'esofago ci permette infatti di erogare radiofrequenza a doverosa distanza dallo stesso. La tecnologia oggi rende possibile acquisire tutte queste notizie evitando l'uso della fluoroscopia e passando da una visione bidimensionale in bianco e nero a una visione tridimensionale a colori.

I colori (Figura 4) che vediamo sulle

anatomie dei nostri cuori non sono altro che mappe di voltaggio che ci indicano la presenza di tessuto sano o cicatriziale oppure mappe di atti-

vazione (Figura 5) che ci indicano la strada percorsa dall'attivazione elettrica intracardiaca, sia quella normale che quella patologica, sul-



Figura 3 – Visualizzazione dell'esofago durante procedura di ablazione di fibrillazione atriale. Esofago in marrone. Elettrocatteter ablatore munito di sensore di contatto.

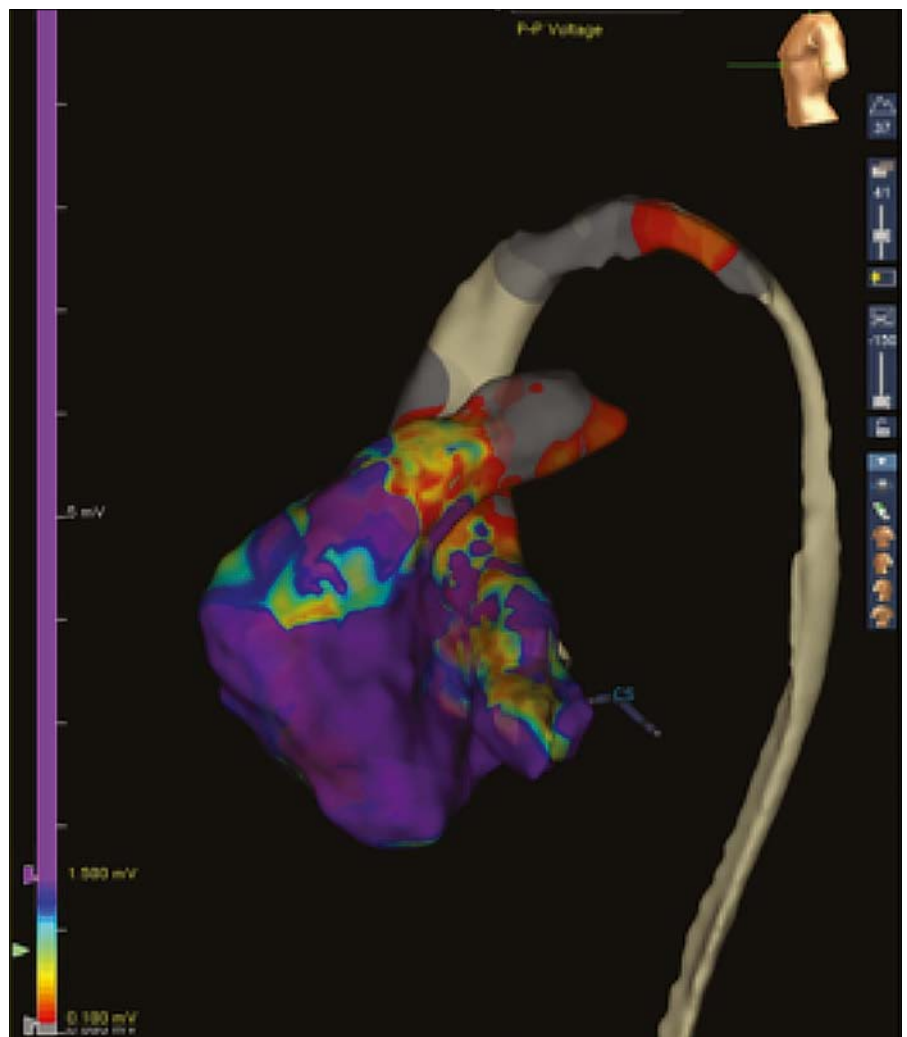


Figura 4 – Mappaggio di displasia biventricolare: mappa di voltaggio.

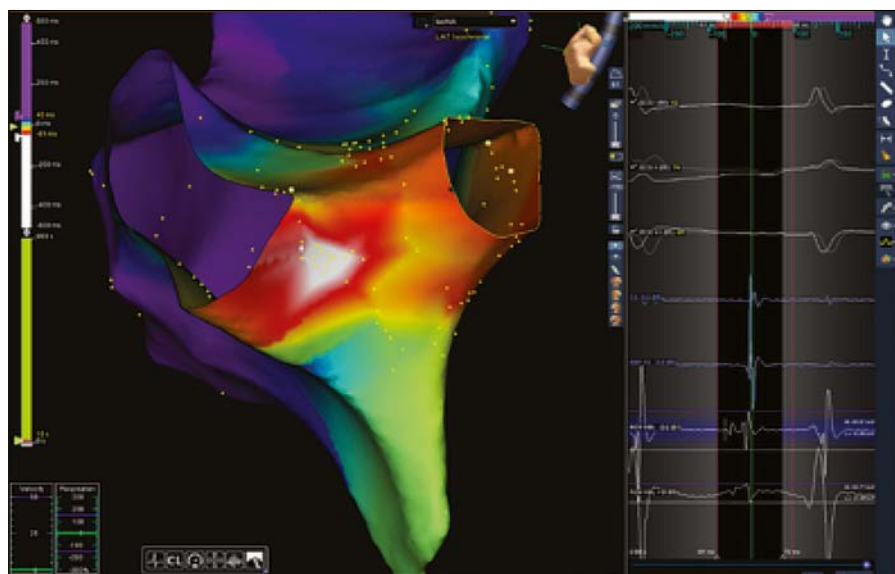


Figura 5 – Mappaggio di tachicardia atriale focale: mappa di attivazione.

la quale dobbiamo intervenire con l'ablazione per interrompere, in un'altissima percentuale di casi, le aritmie cardiache.

La scopia mantiene comunque ancora un ruolo di importanza non secondaria soprattutto nel cateterismo transettale, in caso di accessi difficili e in tutte quelle situazioni in cui possa in qualche modo fare la differenza in termini di acquisizione di informazioni o di sicurezza per il paziente, sempre però nel rispetto del principio ALARA e della salute del nostro paziente e dei nostri operatori.

marzia.giaccardi@uslcentro.toscana.it

letti per voi

a cura di Simone Pancani

L'epopea dell'amianto. Una mortale pandemia di lunga durata

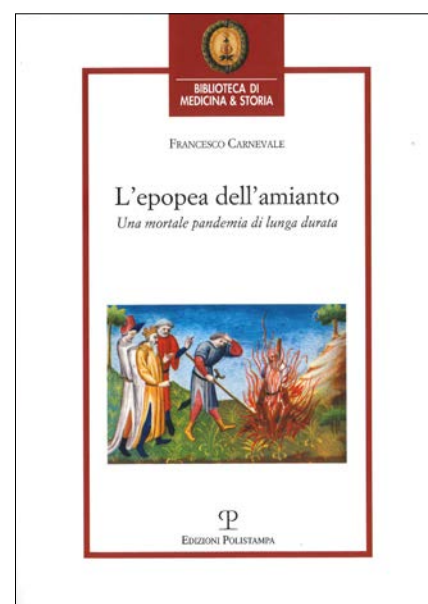
di Francesco Carnevale

Edizioni Polistampa Firenze

Si legge nella *Naturalis Historia* di Plinio: “è stato scoperto ormai da tempo un lino che non brucia. Lo chiamano vivo ed abbiamo visto tovaglioli fatti con quel tessuto ardere nei bracieri dei banchetti per venire poi fuori, bruciata ogni traccia di sporco, resi dal fuoco più candidi di quanto avrebbe potuto fare l'acqua”. Il portentoso materiale è ovviamente l'amianto, chiamato dai greci “incombustibile”, dotato della possibilità di essere tessuto e filato come il lino, che nel corso dei secoli ha vissuto momenti di grande fortuna, servendo, ad esempio, per creare indumenti e dispositivi antincendio. La fortuna storica dell'amianto si è però alla fine scontrata con i dati inoppugnabili della scienza e con le mille storie di dolore di coloro che sono morti per averlo maneggiato con incolpevole leggerezza.

Ecco quindi le purtroppo famose e attualissime vicende dell'*Eternit* di Casale Monferrato e della *Società Italiana Amianto* di Grugliasco, ancora oggi protagoniste della nostra ribalta giudiziaria e mediatica.

Di tutto questo e di molto altro ancora scrive Francesco Carnevale nel suo libro dedicato all'amianto e lo fa non solo dal punto di vista del medico del lavoro ma anche con l'approccio dello storico e del divulgatore di una verità rivelatasi tragica, al di là dell'entusiasmo che gli antichi riservarono in molti modi al materiale ad-



dirittura capace di resistere al fuoco e pertanto considerato incorruttibile.

La responsabilità del medico nell'equo bilanciamento tra obbligo di denuncia, di testimonianza/informativa all'Autorità giudiziaria e segreto professionale

di Leonardo Bianchini



LEONARDO BIANCHINI
Avvocato, iscritto all'Albo degli Avvocati di Firenze e delle Giurisdizioni Superiori, opera nell'ambito del Diritto Civile e Amministrativo. Nel Civile presta assistenza e consulenza in tema di responsabilità nell'esercizio delle attività professionali del settore sanitario. Nel Diritto Amministrativo presta assistenza e consulenza nelle procedure di appalti, concorsi pubblici, responsabilità contabile

Il professionista esercente la professione sanitaria si interroga quotidianamente su quale sia il corretto parametro alla luce del quale la legge gli impone il *segreto professionale* e su quando, viceversa, lo stesso debba abdicare ai precetti normativi penali riguardanti l'obbligo di denuncia all'Autorità giudiziaria e di rendere testimonianza/informativa alla medesima.

Parole chiave:
responsabilità, segreto, denuncia, testimonianza, bilanciamento

Il ruolo dell'esercente la professione sanitaria si trova quotidianamente a interrogarsi su quale possa essere il corretto parametro alla luce del quale deve essere rispettato il *segreto professionale* e su quando, viceversa, lo stesso debba abdicare ai precetti

normativi penali riguardanti l'obbligo di denuncia all'Autorità Giudiziaria o di rendere testimonianza/informativa alla medesima, in conseguenza di fattispecie di reato di cui viene a conoscenza in ragione della professione. L'analisi deve necessariamente prendere spunto dalla macro-partizione esistente tra gli esercenti la professione sanitaria in regime di *dipendente pubblico*, che nell'esercizio della loro attività professionale assumono pertanto la funzione di *pubblico ufficiale/incaricato di pubblico servizio*, rispetto al medico che invece agisce quale *libero professionista* (anche in regime di *intramoenia*).

Schematicamente si va quindi a riassumere le differenze sostanziali tra i due profili professionali, al fine di determinare al meglio il perimetro di applicazione della tutela del segreto professionale *ex art. 622 del Codice Penale* (e sue conseguenze pratiche in merito alla tematica di astensione dalla testimonianza/informativa all'Autorità) e quando tale tutela viene a cedere il passo al preponderante interesse della giustizia ad acquisire informative volte a prevenire/punire un determinato reato.

Professionista esercente attività pubblica - pubblico ufficiale/incaricato di pubblico servizio

L'indagine muove dalle rispettive definizioni:

- *pubblico ufficiale* è chiunque esercita una pubblica funzione legi-

slativa, giurisdizionale o amministrativa, con poteri autoritativi e certificativi - *tale è il medico pubblico dipendente*;

- *incaricato di pubblico servizio* è chiunque, a qualunque titolo, presta un pubblico servizio, con l'esclusione di semplici mansioni e di prestazioni meramente materiali - *tale è il medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale* (si veda ad esempio "medico di base").

L'articolo 622 del Codice Penale punisce, come noto, la rivelazione del segreto professionale e prevede che costituisca violazione della norma penale rendere noti fatti, circostanze, informazioni, notizie la cui diffusione potrebbe creare nocimento alla persona che si è rivolta al professionista in ragione del suo stato, ufficio, arte o professione (giornalista, *medico*, avvocato, commercialista, assistente sociale).

Dunque, perché il reato si concretizzi, è sufficiente che la violazione del segreto possa comportare un danno o un pregiudizio giuridicamente rilevanti - siano essi morali, materiali, esistenziali - alla persona offesa, ma non è necessario che li "comporti" o li "debba comportare": è pienamente sufficiente la *potenzialità dannosa dell'azione* del professionista.

Si evince ancora dalla disposizione che la rivelazione deve avvenire "senza giusta causa": appare evidente che con tale formula il legislatore

penale non intendeva ricomprendere le cause scriminanti generiche previste dagli articoli 50-54 del Codice Penale che, per operare, non necessitano di un esplicito richiamo all'interno della disposizione penale speciale. Siamo in presenza, invece, di un elemento al di sopra delle scriminanti intese in senso stretto, che opera mandando esente da responsabilità penali l'autore della rivelazione quando, effettuato un bilanciamento tra gli interessi in gioco, il professionista rivela il segreto per *tutelare un bene di rango superiore*.

Si rende a questo punto opportuno domandarsi come conciliare obbligo di denuncia e obbligo al segreto professionale. Dalla suddetta riflessione sarà possibile applicare il medesimo principio anche in tema di obbligo di testimonianza/informativa all'Autorità.

Nella mappa delle norme codicistiche l'obbligo di denuncia trova collocazione nel titolo relativo ai delitti contro l'Amministrazione della giustizia, agli articoli 361 e 362 del Codice Penale, e 331 del Codice di Rito. L'articolo 622 del Codice Penale, inerente al segreto professionale, si colloca invece nel panorama degli articoli riguardanti la tutela della persona e della sua libertà.

La collocazione delle norme nel Codice non è casuale, ma frutto di un'attenta analisi dei beni giuridici che le singole disposizioni si propongono di tutelare. Il Codice Penale predilige gli interessi collettivi a quelli individuali ed è per questo che nei primi titoli del libro II si trovano elencate le fattispecie delittuose contro lo Stato, la sua Amministrazione, il suo Sistema giudiziario; seguono i delitti contro la persona e quelli contro il patrimonio.

Si può concludere quindi che, seguendo questa logica, per il medico-pubblico ufficiale/incaricato di pubblico servizio che abbia avuto notizia di un reato nell'esercizio o a causa delle sue funzioni scatti l'obbligo di denuncia in virtù del suo rapporto privilegiato con la pubblica amministrazione, che pone in una posizione di *minor rilievo* il rapporto persona-

le col paziente, tutelato dall'articolo 622 del Codice Penale.

Se tale assunto appare coerente con la struttura dell'impianto normativo codicistico, la conseguenza è che il segreto professionale, nell'ambito della fattispecie di cui al presente punto, *rimane soccombente* nel regime di bilanciamento laddove il medico, venendo a conoscenza di un reato per l'esercizio della sua professione, proprio in virtù della posizione "*privilegiata*" che lo stesso assume per la qualifica di cui è titolare (pubblico ufficiale/incaricato di pubblico servizio) che lo pone maggiormente vicino agli interessi dell'Amministrazione della giustizia, è non solo nel diritto ma anche *nell'obbligo* di divulgare la notizia di reato e, a maggior ragione, non potrà pertanto esimersi anche dal rendere testimonianza/informativa all'Autorità poiché rimarrà senz'altro immune da conseguenze non violando l'art. 622 del Codice Penale. È pertanto ovvio che il discrimine da considerarsi quale causa di non punibilità *ex art. 622 del Codice Penale* è rappresentato dal cosiddetto obbligo di *rapporto/denuncia* intendendosi per tale l'atto col quale il *pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio* denuncia all'autorità giudiziaria un reato (*delitto o contravvenzione*) *perseguibile d'ufficio*, di cui abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni o del servizio.

Si rende dunque importante valutare, sempre nel rispetto della conoscenza delle norme, il concetto di "*perseguibilità d'ufficio*" che, sostanzialmente, si riferisce a tutte quelle fattispecie criminose che possono essere oggetto di punibilità da parte dell'ordinamento senza necessità di dover dar corso al deposito presso l'Autorità della cosiddetta "*querela*" che si rende invece obbligatoria, quale condizione di procedibilità, per tutti gli altri reati per i quali l'ordinamento non prevede, appunto, la perseguibilità d'ufficio.

Si tratta quindi di porre a carico del medico un "*onere prognostico*" circa la causalità dell'evento oggetto di indagine sanitaria onde comprendere se la diagnosi dallo stesso eseguita

possa in qualche modo ricondursi, potenzialmente (o con certezza), a un'azione criminosa posta in essere da un soggetto terzo oppure dal paziente medesimo.

Le questioni appaiono di facile soluzione laddove la fattispecie di indagine sanitaria condotta dal professionista riguardi, ad esempio, lesioni personali dolose di qualsivoglia genere e specie (dalle percosse alla violenza sessuale o abusi su minori o reati da "codice rosso" sulla violenza domestica). Sarà più difficile invece da valutarsi in caso di reato cosiddetto colposo la cui perseguibilità d'ufficio scatta soltanto in determinate condizioni "*aggravanti*" (è il caso ad esempio delle lesioni personali a seguito di sinistro stradale laddove la diagnosi sia superiore a 40 giorni - lesioni "*gravi*").

Professionista esercente attività privata (libero professionista anche *intraoemia*)

Una diversa valutazione va fatta invece nel caso di professionista non pubblico dipendente e quindi non pubblico ufficiale/incaricato di pubblico servizio, laddove lo stesso eserciti quindi la propria attività in regime di libera professione anche *intraoemia*.

Ferme rimanendo le considerazioni svolte al punto 1, ciò che rileva come fattore discriminatorio tra le due distinte fattispecie è invece *l'atto* con il quale il medico è chiamato a rendere nota la commissione di un reato poiché, diversamente rispetto ai professionisti "pubblici", esso non consiste nel *rapporto/denuncia* bensì nel *referto* che riguarda pertanto specificamente il *medico libero professionista*.

Diversamente rispetto al *rapporto/denuncia*, infatti, oggetto del *referto* sono gli interventi professionali conseguenti a fattispecie di *delitti sempre perseguibili d'ufficio*, nel mentre abbiamo detto che il *rapporto/denuncia* è obbligatorio per tutti i reati, siano essi *delitti o contravvenzioni*, perseguibili d'ufficio.

Inoltre il *referto* prevede l'esimente speciale dell'esposizione a procedimento penale della persona assistita, che invece non è contemplata

per il *rapporto/denuncia* e, infine, il *rapporto/denuncia* è atto che fa fede sino a prova contraria, mentre il *referto* è atto di *natura puramente informativa*.

Nell'ordinamento penale i reati si distinguono infatti in *delitti e contravvenzioni*. I delitti e le contravvenzioni si distinguono a seconda della specie di pena prevista dal codice penale (art. 39 del Codice Penale): *i delitti* sono quei reati per cui è prevista la pena dell'ergastolo, della reclusione, della multa, mentre *le contravvenzioni* sono quei reati per cui è prevista la pena dell'arresto e/o dell'ammenda (art. 17 del Codice Penale).

I delitti sono in massima parte previsti e puniti dal libro II del Codice Penale, possono essere dolosi o colposi e sono puniti più gravemente rispetto alle contravvenzioni.

Le contravvenzioni, invece, sono disciplinate sia dal libro III del Codice Penale sia da numerose disposizioni di leggi speciali e la loro peculiarità è che, di fatto, per la loro sussistenza non risulta necessaria la valutazione della presenza dell'elemento soggettivo della colpa e/o del dolo (ad esempio la guida in stato di ebbrezza è un reato contravvenzionale [cfr. art. 186 del Codice della strada], per cui il soggetto che se ne rende reo viene condannato senza dover considerare la presenza del dolo o della colpa nella condotta posta in essere).

È chiaro quindi che mentre nella professione pubblica il professionista ha un raggio di azione maggiormente ampio ricomprendendosi nella divulgazione della notizia di reato sia i delitti che le contravvenzioni, nel regime privatistico tale raggio è più ristretto riguardando soltanto i *delitti* e quindi il perimetro di responsabilità *ex art. 622 del Codice Penale* riacquista una maggiore valenza nel bilanciamento degli interessi in gioco che stiamo esaminando come criterio di equilibrio fra obbligo alla divulgazione e obbligo al segreto.

Il principio è chiaro poiché mentre nel caso di dipendente "pubblico" la vicinanza all'Amministrazione della giustizia rende il professionista maggiormente "libero" di esercitare il

potere accertativo di commissione di un reato, nel regime privatistico, venendo meno tale "vicinanza" allo Stato, riacquista potenza il dispositivo di cui all'art. 622 del Codice Penale, esponendo pertanto il professionista a responsabilità più cogenti sotto il profilo della segretezza.

Spetta quindi al sanitario accertare se il caso che ha richiesto il suo intervento professionale rivesta i caratteri di un *delitto perseguibile d'ufficio*.

Sicuramente rientrano in tale categoria:

1. delitti contro la vita: l'omicidio volontario, colposo, preterintenzionale (art. 575, 584, 589 del Codice Penale), l'omicidio del consenziente (art. 579 del Codice Penale), la morte conseguente ad altro delitto (art. 586 del Codice Penale), l'istigazione o l'aiuto al suicidio (art. 580 del Codice Penale) e l'infanticidio (art. 578 del Codice Penale);
2. delitti contro l'incolumità individuale: la lesione personale volontaria (art. 582) e che determini uno stato di malattia superiore a 20 giorni (sono dunque escluse le lesioni lievissime e la percossa); la lesione personale colposa grave o gravissima solo quando avvenga in violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale;
3. delitti contro l'incolumità pubblica: tutte le attività pericolose per la salute pubblica che esponano al pericolo di epidemie, di intossicazioni e, in genere, di danni da alimenti, bevande o medicinali gustati;
4. delitti sessuali: la congiunzione carnale abusiva di pubblico ufficiale, gli atti osceni e l'incesto sono sempre perseguibili d'ufficio; inoltre la violenza carnale, gli atti di libidine violenti, il ratto, la seduzione e la corruzione di minorenni nei casi previsti dalla legge;
5. delitti di aborto: l'aborto colposo, l'aborto conseguente a lesione personale dolosa, l'aborto di donna non consenziente, l'aborto di minore o di interdetta, l'aborto seguito da morte della donna, il tentativo di aborto, il parto pre-

maturato colposo e l'acceleramento preterintenzionale del parto;

6. delitti di manomissione di cadavere: vilipendio, distruzione, occultamento, uso illegittimo di cadavere;
7. delitti contro la libertà individuale: il sequestro di persona, la violenza privata, la minaccia aggravata e l'incapacità procurata mediante violenza;
8. delitti contro la famiglia: l'abuso dei mezzi di correzione o di disciplina e i maltrattamenti in famiglia.

Nel caso quindi ad esempio di morte sospetta, quando non sia possibile precisarne la causa, è obbligo del medico informare l'Autorità giudiziaria per i necessari accertamenti.

Al di fuori di tali fattispecie, la cui elencazione non deve tuttavia intendersi esaustiva, discende pertanto che il medico non è tenuto a divulgare la notizia di reato e neppure obbligato a rendere testimonianza/informativa all'Autorità prevalendo il contenuto precettivo dell'art. 622 del Codice Penale sul silenzio-segreto e quindi attuabile anche sotto il profilo dell'astensione di cui all'art. 200 del Codice di Procedura Penale.

Una menzione particolare merita di essere riservata alla fattispecie, non meno frequente nella pratica professionale, in cui può trovarsi il sanitario allorquando l'Autorità inquirente chieda al medico curante informazioni in merito ai farmaci e alle terapie che nel tempo egli ha prescritto al suo assistito.

Spesso il medico è del tutto inconsapevole della motivazione retrostante alla richiesta pervenutagli ignorando per quale fattispecie di reato l'Autorità effettui le indagini in tale direzione. Talvolta invece il medico viene reso edotto dall'Autorità della motivazione dell'indagine (ad esempio: omicidio colposo stradale conseguente all'investimento di un pedone).

Anche in questi casi si deve fare riferimento al momento causale dell'accertamento cosicché se detto fatto di reato non è stato riscontrato direttamente dal medico, poiché viceversa lo stesso avrebbe l'obbligo

di denuncia o referto, la richiesta dell'Autorità inquirente (ancorché motivata dalla necessità di verificare il profilo di pericolosità dell'indagato/imputato o l'attendibilità della sua difesa) non può trovare accoglimento da parte del sanitario, prevalendo in tal senso la riservatezza e il segreto di cui all'art. 622 del Codice Penale; così come non potrà essere obbligato a rendere testimonianza piuttosto che informativa alla Polizia giudiziaria.

Vale infatti la pena di ricordare che l'Autorità giudiziaria (e quindi la Polizia giudiziaria, quale *manu militari* della stessa) ha l'onere di raccogliere l'impianto probatorio a carico dell'indagato (o imputato) nel pieno rispetto dei limiti del contradditto-

rio e delle garanzie di informativa al medesimo e/o al suo difensore. Certamente, la fattispecie qui analizzata non rientra nel perimetro di tali garanzie e pertanto non potrà che prevalere, sempre nella logica del bilanciamento oggetto di analisi, la prevalenza (e anzi l'operatività) dell'obbligo al segreto professionale a carico del sanitario.

Le questioni analizzate nel loro complesso *sub* 1 e 2 non sono affatto di poco conto poiché il superamento dei limiti di cui all'art. 622 del Codice Penale, oltre che comportare le sanzioni penali ivi previste, espone il professionista ad altre due gravi conseguenze:

- responsabilità civile per il risarcimento dei danni cagionati al dan-

neggiato a seguito della violazione della norma;

- responsabilità disciplinare per violazione degli obblighi deontologici sottostanti al Codice di appartenenza professionale.

A tali gravi e ulteriori conseguenze se ne deve poi aggiungere un'ulteriore, parimenti grave, rappresentata dalla sempre maggior incidenza che l'ordinamento riconosce alla tutela della *privacy* e della riservatezza, da ultimo con il GDPR 679/2016, il quale ha introdotto pesanti sanzioni amministrative a carico di chi viola con la sua condotta il divieto di divulgazione di dati sensibili fra i quali, ovviamente, rientrano quelli inerenti la salute.

l.bianchini@lslex.com

letti per voi

a cura di Simone Pancani

Bimbe rare, rarissime anzi uniche

di Giorgio Pini

Pezzini Editore (Viareggio)

In una soffitta di una casa di una località di mare, tra le tantissime altre cose, viene trovata una cassetta di metallo contenente fotografie e fogli di appunti che, vedremo, rappresentano la storia umana e soprattutto professionale del defunto proprietario, medico neuropsichiatra, dell'appartamento.

Giorgio Pini, neuropsichiatra infantile specializzato in riabilitazione dell'età evolutiva, primario nella ASL Toscana Nord-Ovest, dopo aver letto tutto il materiale si prefigge il compito di trascriverlo e divulgarlo, appunto firmandosi nella prefazione il "trascrittore". In un gioco di specchi che rimandano immagini e storie il lettore finisce per domandarsi chi sia il vero protagonista del libro, il dottor Lorenzo Lapi che ci parla in prima persona descrivendo storie di pazien-

ti e di familiari, il defunto estensore dei fogli ritrovati in soffitta oppure forse anche il "trascrittore" Giorgio Pini? Scorrendo le pagine alla fine la domanda perde molta parte del suo significato perché appare assai presto evidente che le vere protagoniste del libro sono proprio loro, la "bimbe rare, rarissime anzi uniche" che gli danno titolo e sostanza.

La sofferenza profonda della malattia neuropsichiatrica dell'infanzia raccontata con delicatezza e indubbia competenza ci porta a conoscere protagoniste di storie cliniche di devastante gravità, circondate dalla disperazione di chi assiste, alla ricerca di una diagnosi complessa e in alcuni casi mai trovata.

Le "bimbe" di Pini parlano a specialisti, istituzioni e anche, semplicemen-



te, a persone capaci di avvicinarsi con garbo e curiosità a un mondo complesso e articolato.

85° ANNIVERSARIO DEL CENTRO ITALIANO RADIO-MEDICO

Il 7 aprile 2020 è ricorso l'85° anniversario della fondazione del Centro Italiano Radio-Medico (CIRM) il cui primo presidente fu il geniale scienziato bolognese Guglielmo Marconi. Il servizio di assistenza sanitaria da remoto, via radio, alle persone in viaggio sulle navi (dove spesso non era presente personale sanitario) nacque però da un'idea di un medico trapanese (dott. Guido Guida): il 7 aprile del 1935 venne effettuato il primo soccorso via radio (con un marconigramma) a un soggetto imbarcato su una nave al largo delle coste africane. Da allora a oggi sono stati assistiti oltre 100.000 pazienti. Attualmente il Centro ha la sua sede a Roma e vi operano medici (in servizio 24 ore su 24) che danno assistenza (gratuita) "a distanza". Negli ultimi 20 anni il Centro Italiano Radio-Medico ha visto quintuplicare le richieste dando vita, grazie al progresso e alle innovazioni della tecnologia, a un vero e proprio "ospedale virtuale" che nel solo anno 2019 ha assistito 5.670 pazienti con le più diverse patologie. Nel contesto attuale la telemedicina e più in generale la sanità telematica e digitale sembrano essere avviate a uno sviluppo che andrà a interessare tutte le branche specialistiche della scienza medica. Presso l'Istituto Superiore di Sanità è attivo il Centro Nazionale per la Telemedicina e le Nuove Tecnologie Assistenziali. La Telemedicina (sia negli anni '70 nell'era analogica che a partire dagli anni '80 nell'era digitale e dagli anni '90 nell'era di *internet*) può recare significativi benefici a tutti gli operatori sanitari e anche ai pazienti; grazie alle reti di *Integrated Services Digital Networks* è possibile oggi trasmettere in simultanea dati biometrici, contributi vocali e immagini.

Non sappiamo se Guglielmo Marconi potesse immaginare tutte le future positive conseguenze delle sue scoperte in ambito medico: oggi il Centro Italiano Radio-Medico è una realtà consolidata che nel corso degli anni ha incrementato attività e potenzialità; nell'attuale realtà sanitaria i sistemi di Teleconsulto e di Telemonitoraggio rappresentano un validissimo e a volte indispensabile aiuto all'insostituibile opera professionale dei medici il cui lavoro intellettuale (in ogni ambito specialistico) proficuamente si avvale delle tecnologie digitali, come di tutte le altre tecnologie che possano essere valido supporto nella diagnosi e cura dei malati e traumatizzati.



Alberto Becca

Specialista in Pediatria e in Medicina Legale, Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna. Socio AISDET (Associazione Italiana Sanità Digitale e Telemedicina)

a.becca@fastwebnet.it

L'ESPERIENZA PROFESSIONALE E UMANA DEGLI OPERATORI SANITARI DURANTE L'EMERGENZA COVID-19 – Racconta la tua storia

Quest'anno la Giornata mondiale della Sicurezza è dedicata alla sicurezza degli operatori sanitari. Per questo motivo *Italian Network for Safety in Health Care* (INSH) e la Federazione delle Società Scientifiche Mediche Italiane (FISM) hanno realizzato una *survey* che si pone l'obiettivo di raccogliere le storie degli operatori durante la pandemia.

L'emergenza pandemica COVID-19 ha colto di sorpresa un po' tutti i sistemi sanitari: ma gli operatori hanno saputo rispondere in tempi celeri alla gestione dell'emergenza dimostrando la loro resilienza e affrontando la situazione da un punto di vista sia emotivo che organizzativo-professionale.

Lo studio è svolto in collaborazione con la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), l'Ordine Professioni Infermieristiche Interprovinciale Firenze-Pistoia (OPI), la Fondazione Italia in Salute, l'*International Society of Quality in Health Care* (ISQua), il Dipartimento di Scienze Sociali Politiche e Cognitive dell'Università di Siena e l'*Australian Institute of Health Innovation* (AIHI) della *Macquarie University*.

Possono compilare la *survey*:

- **gli operatori sanitari che hanno contratto COVID-19 mentre svolgevano la loro attività lavorativa;**
- **familiari, colleghi, amici di operatori sanitari che sono deceduti a causa di COVID-19.**

I dati raccolti verranno usati per finalità di ricerca e per pubblicazioni o articoli a titolo puramente scientifico.

È possibile compilare la *survey* "L'esperienza professionale e umana degli operatori sanitari durante l'emergenza COVID-19 – Racconta la tua storia" a questo indirizzo:

<https://forms.gle/AvRnCmhZk31sHTei7>

Si ringrazia sin da adesso tutti coloro che vorranno dare il loro contributo per garantire il successo di questa iniziativa.

UN VIDEO PER SENSIBILIZZARE SULLE CURE PALLIATIVE

Oggi, si tende a vivere la “non-guarigione” delle persone, la cui salute è irrimediabilmente compromessa, come un fallimento della medicina, senza considerare, invece, che le cure rivolte a questi malati rappresentano una conquista e una grande prova di civiltà.

Per sensibilizzare sull'importanza delle **Cure Palliative**, FILE ha realizzato il **video-documentario “Leniterapia, la Cura oltre la Guarigione”**: un racconto che attraversa le pagine della Storia e prende vita grazie alle testimonianze di operatori sanitari, volontari e familiari delle persone scomparse e da noi assistite, mettendo in luce gli aspetti umani e tangibili delle Cure Palliative.

Le Cure Palliative, infatti, rispondono ai bisogni di coloro che non possono essere guariti pur avendo necessità di cure, valorizzando la dignità della vita fino alla fine. Anche in tempo di COVID-19.

La situazione di emergenza che abbiamo vissuto nei mesi passati ha stravolto le organizzazioni sanitarie, l'approccio alla cura, le scelte cliniche ed etiche, la percezione del morire.

Ma ora che la pandemia da COVID-19 sembra aver assunto dimensioni più contenute, e che tutti siamo più consapevoli dei limiti e dei rischi, sarebbe opportuno muoversi verso una medicina più umana, “che ascolta e che parla, che cura e che presta attenzione, che considera un valore quel tanto di autonomia residuale che c'è anche nel corpo più sofferente”. È necessario indirizzarsi verso le Cure Palliative.

Ideato dai membri del nostro Comitato Scientifico, il video “Leniterapia, la Cura oltre la Guarigione” vuole proporsi come stimolo per una riflessione condivisa, nella certezza che, al di là del recupero della salute, esista sempre la possibilità di esercitare una medicina che voglia essere efficace, rispettosa, proattiva.



[Per guardare il video](https://www.leniterapia.it/leniterapia-la-cura-oltre-la-guarigione)

<https://www.leniterapia.it/leniterapia-la-cura-oltre-la-guarigione>







**PROF. MANFREDO
FANFANI**
RICERCHE CLINICHE

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