

# 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. 10 dicembre 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

DICEMBRE **10**



**Il lavoro delle Commissioni Ordinistiche**



**La prima ambulanza della Misericordia di Firenze**



**Biologia con Curvatura Biomedica**

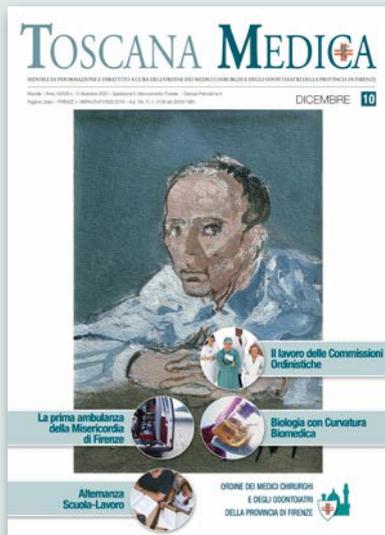


**Alternanza Scuola-Lavoro**

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE







Anno XXXVIII - n. 10 dicembre 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 dicembre 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*  
Alberto Sughì  
Autoritratto  
Olio  
su cartone telato,  
cm 15x10  
Collezione privata,  
Firenze



Teresita Mazzei



Simone Pancani



Antonella Barresi

## LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 25 HP a servizio dei bisognosi: la prima ambulanza  
della Misericordia di Firenze  
*B.M. Affolter*

## EDITORIALE

- 6 I buoni propositi tre anni dopo  
*T. Mazzei*

## LE COMMISSIONI DELL'ORDINE

- 7 Commissione sulle problematiche dell'età evolutiva - *P.L. Tucci*  
7 Commissione Medicina di Genere - *C. Baggione*  
8 Commissione Formazione - *A. Ungar*  
9 Commissione per l'Integrazione delle Medicine Complementari  
(CIMC) - *G. Brandi*  
10 Commissione su gestione del rischio clinico e responsabilità  
professionale - *M. Martelloni*  
11 Commissione di Bioetica - *G. Landini*  
12 Commissione Libera Professione e Sanità Privata - *A. Appicciafuoco*  
12 Commissione Salute e Ambiente - *E. Masini*  
13 Commissione Rapporti Ospedale-Territorio - *S. Baglioni*  
14 Commissione Pari Opportunità - *F. Zolfanelli*  
15 Diseguaglianze di salute - *F. Zolfanelli*  
16 Discriminazioni e migranti - *A. Allamani*  
16 Trattamento o maltrattamento dell'anziano ospedalizzato? - *G. Brandi*  
17 Diseguaglianze di genere, violenza - *A. Citermes*  
18 Riflessioni sulle esperienze professionali in epoca COVID-19 - *L. Catania*

## ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO

- 20 Percorsi di Alternanza Scuola-Lavoro - *F. Zolfanelli*  
21 Percorso Biologia con Curvatura Biomedica - *M. Ucci*

## LETTERE AL DIRETTORE

- 22 Il nuovo flusso della mortalità: un cambiamento epocale  
al quale come medici dobbiamo prepararci  
non solo per sostenerlo ma per utilizzarlo al meglio  
*E. Chellini*

## OPINIONI A CONFRONTO

- 23 La gestione delle maculopatie e le nuove opportunità terapeutiche  
*S. Baglioni, M. Figus, R. Gini, C. Marinai, V. Murro, G. Virgili*

## QUALITÀ E PROFESSIONE

- 28 Colectomia in *day surgery*. Esperienza preliminare  
*A. Anastasi e coll.*

## 5 - IN RICORDO DI RICCARDO BIAGIOLI - *M. Martelloni*

## 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>

# 25 HP a servizio dei bisognosi: la prima ambulanza della Misericordia di Firenze

di Barbara Maria Affolter

La *Confraternita della Misericordia di Firenze* sin dalle sue origini medievali è conosciuta per il suo impegno nel trasporto sanitario ed emergenziale. Per secoli malati e feriti venivano trasportati con ceste dorsali, le cosiddette “zane”, “coltrini” e “cataletti”, barelle di legno più o meno attrezzate da portare “a mano” o “a spalla”.

Fino a quando Firenze fu stretta nelle sue cinte murarie antiche, questo tipo di servizio era pesante e gravoso ma tutto sommato fisicamente sostenibile; ma quando la città iniziò ad allargarsi, specialmente nel periodo di Firenze capitale (1865-1870), la fatica del trasporto affidato alle squadre dei fratelli divenne insopportabile, tanto da temere un progressivo abbandono della *Confraternita* da coloro che erano impegnati nel servizio attivo.

Un primo tentativo di modernizzazione si ebbe agli inizi del Novecento quando l'Istituzione si procurò, su incessante richiesta degli interessati, dei carri su ruota dotati di barella e completati da due lunghe stanghe anteriori. Il trasporto, in questo caso, avveniva con una persona in cima al convoglio che tirava il carro e gli altri che da dietro lo spingevano; meglio del cataletto, ma sempre decisamente faticoso, soprattutto in salita. Il malcontento, infatti, continuava a serpeggiare e le discussioni sulla questione erano continuamente all'ordine del giorno. I “partiti” erano contrapposti: chi proponeva l'introduzione dell'uso di cavalli per il traino, chi pensava all'assunzione di un maggior numero di uomini di fatica (detti “porta”) e chi, invece, insisteva nel voler conservare le antiche tradizioni.

Nel frattempo, a Firenze era comparsa la prima automobile, di proprietà del marchese Carlo Ginori definita dal quotidiano «La Nazione» (28 febbraio 1894) “una carrozza senza cavalli alimentata da petrolio”. Al primo prototipo ne seguirono presto altri sempre più “sostanziosi” tanto da indurre un gruppo di fratelli a chiedere alla dirigenza della *Misericordia* di sostituire, almeno per i servizi più lontani e faticosi, i tradizionali mezzi con un moderno *auto-carro-lettiga*. Ma le reiterate richieste rimasero inascoltate. La svolta avvenne nel 1910 quando alla guida della *Confraternita* fu eletto il nuovo provveditore, il cavalier Niccolò Martelli. Quest'ultimo si dimostrò subito favorevole all'ardito progetto ma a una condizione: l'acquisto non avrebbe dovuto gravare sulle finanze della *Confraternita*. Questo non scoraggiò minimamente il gruppo “pro-ambulanza” che in breve tempo istituì un apposito Comitato cittadino, il *Pro-Misericordia*, composto sia da membri interni alla *Misericordia* che da altri cittadini particolarmente interessati al progetto con lo scopo di organizzare un'importante iniziativa di promozione economica, una sorta di *fund raising ante litteram*.

Il Comitato, presieduto dall'avvocato Arnaldo Pozzolini e affiancato da personaggi preziosi alla causa, primo fra tutti il marchese Lorenzo Ginori Lisci presidente dell'*Automobile Club* di Firenze, si mise subito all'opera rivolgendosi a tutta la città attraverso una lettera circolare. L'iniziativa ebbe successo; in poco tempo arrivò al Comitato la somma di denaro necessaria all'acquisto e all'allestimento del considerato autocarro. Dalle istituzioni



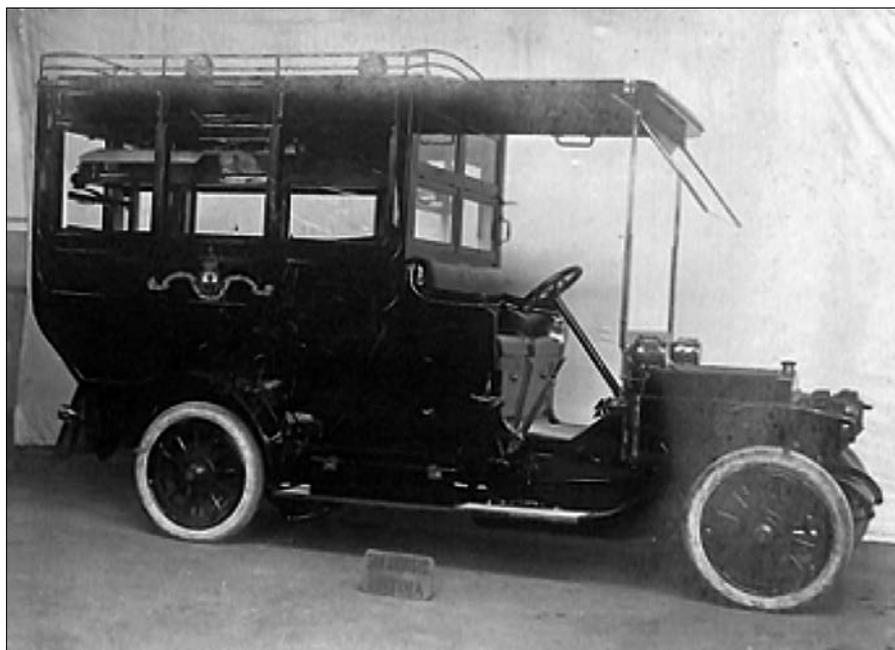
BARBARA MARIA AFFOLTER  
Laureata in Archivistica all'Università degli Studi di Firenze, lavora da anni su incarico della Soprintendenza archivistica e bibliografica della Toscana; attualmente cura l'Archivio storico della Venerabile Arciconfraternita della Misericordia di Firenze

pubbliche e private, laiche e religiose, cattoliche e non, *in primis* ovviamente l'*Automobile Club* di Firenze con ben £ 500, a cui fecero seguito l'Ospedale di S. Maria Nuova, l'Unione popolare di cattolici, la Società Richard Ginori, la ditta Pineider, la Direzione del circolo militare, ma anche la comunità israelitica, il Gabinetto Vieusseux, l'Anglo American Story, il Winspear Bar; molte anche le famiglie e i privati cittadini italiani e stranieri.

Nel frattempo, chi del Comitato ne aveva le giuste competenze si era procurato offerte commerciali sia per l'acquisto dello *chassis* della costruenda ambulanza sia per il suo allestimento. La scelta dello *chassis* con motore di 25 HP cadde su un prodotto della *mondiale ditta Fiat di Torino*, mentre per l'allestimento i responsabili si servirono della già sperimentata *Società San Giorgio - officine di Pistoia*. Da una dettagliatissima offerta si apprende che la “carrozzeria-ambulanza” ordinata sarebbe stata costruita “in legname stagionatissimo” anziché in lamiera “offrendo in questo modo una garanzia assoluta di durata e solidità”; internamente alla macchina erano previste “branda-barelle a movimenti cardanici”. Non mancava ovviamente uno spazio per “bagagli, barelle di scorta e materiale di soccorso”; “dall'esterno all'interno si potrà comunicare anche a mezzo di un tubo acustico con relativo fischio d'allarme”. Dopo altre due pagine di descrizione di ogni dettaglio, la ditta assicurava che internamente sarebbe stato introdotto “un

fanale a candela in casi di guasto della luce elettrica”, meglio andare sul sicuro. La proposta piacque e il Comitato ordinò l'autocarro così come descritto. L'inaugurazione dell'ambulanza, alla quale fu invitata tutta la città, avvenne domenica 28 maggio 1911.

Il programma dei festeggiamenti promossi dal Comitato *Pro-Misericordia* per la consegna dell'“ambulanza automobile” costruita “colle offerte della cittadinanza” per la *Venerabile Arciconfraternita della Misericordia di Firenze* era fitto di eventi distribuiti durante l'arco della giornata. In apertura, alle 9 di mattina, come da consolidata tradizione per le feste della *Confraternita* fiorentina, si procedette con la “distribuzione dei pani ai poveri” seguita, all'ora di pranzo, da un ricchissimo banchetto al ristorante “Stella d'Italia”. A seguire vennero accolte in via Ricasoli, sede provvisoria del Comitato promotore, le associazioni partecipanti alla festa. Giunti al giardino di San Clemente in via Micheli, gentilmente concesso dal proprietario, i partecipanti poterono assistere alla benedizione dell'ambulanza da parte del monsignor Mistrangelo, arcivescovo di Firenze, seguita da un lungo, appassionato discorso inaugurale del professor Guido Falorsi. Infine, il corteo si diresse in piazza Duomo, davanti alla sede della *Confraternita*, dove l'ambulanza venne consegnata con tutta la “solemnità” del caso. La lunga giornata si chiuse, ovviamente, con un “ricevimento of-



**Autocarro lettiga della *Confraternita della Misericordia di Firenze* in mostra a Pistoia, 1911. Da: Archivio storico della *Venerabile Arciconfraternita della Misericordia di Firenze*, raccolta foto.**

ferto dalla Misericordia ai presidenti delle associazioni intervenute”.

L'introduzione della nuova ambulanza segnò indubbiamente le modalità di soccorso della *Confraternita* anche se la prima autovettura si rivelò ben presto più fragile e inaffidabile del previsto; infatti, i soccorsi urbani continuarono per un bel po' a essere effettuati con cataletti in spalla e carri a mano. Carri che fortunatamente non vennero mai del tutto riposti, visto che molti anni dopo, durante la seconda guerra mondiale, quando i soldati te-

deschi requisirono tutte le automobili in possesso della *Misericordia*, i fratelli poterono continuare a svolgere i loro servizi di emergenza soltanto grazie al ripristino proprio di quei tradizionali carri a mano i quali saranno stati sì scomodi ma, nell'occasione, servirono ancora una volta gloriosamente la nostra città, ancora una volta indispensabili veicoli “salvavita” nelle mani dei volontari della *Confraternita*.

[baffolter@misericordia.firenze.it](mailto:baffolter@misericordia.firenze.it)

## In ricordo di Riccardo Biagioli

leri ci ha lasciato un vecchio amico e collega stimato, Riccardo Biagioli, dirigente medico-legale della UOC di Medicina Legale della USL Centro con sede a San Salvi, ennesima vittima medica della pandemia nel 2020.

Conoscevo Riccardo da trent'anni e ne ho apprezzato la correttezza e disponibilità a collaborare sempre anche nelle difficoltà.

In questi momenti difficili tutti i colleghi lo ricordano impegnato come sempre a mettere al servizio degli altri la propria professionalità.

La notizia ha amareggiato tutta la comunità medico-legale che si stringe con affetto ai familiari.

Ora che la sofferenza è finita trova riposo caro amico ai piedi di un fiore non visto.

Massimo Martelloni

# I buoni propositi tre anni dopo

di Teresita Mazzei

Il primo editoriale da neoletto Presidente e Direttore Responsabile di *Toscana Medica* nel gennaio 2018 l'avevo intitolato *I buoni propositi* e vi avevo condensato alcuni concetti fondanti della campagna elettorale allora appena conclusa, insieme al sentito ringraziamento ai Colleghi che negli anni precedenti si erano dedicati con impegno alla gestione del nostro Ordine.

Adesso, al momento di passare le consegne alla Presidenza del nuovo Consiglio, è tempo di necessari e doverosi bilanci e per questo non posso evitare di pensare ai "buoni propositi" di allora e a quanto è stato fatto per cercare di metterli in pratica.

Il Consiglio che nel 2018 ho avuto l'onore/onore di presiedere rappresentava una cesura forte rispetto alle modalità gestionali che avevano caratterizzato l'Ordine nei decenni precedenti e nessuno di noi si nascondeva l'impegno richiesto da un incarico così complesso.

Fin da subito avevamo deciso di aprire l'Ordine a tutti i Colleghi per cercare di recuperare concretamente (argomento fortemente sostenuto in campagna elettorale) la dimensione di "casa" dei medici e proprio con questo spirito avevamo organizzato l'11 febbraio 2018 una sorta di *open day* in via Vanini invitando a un piccolo rinfresco gli iscritti e i loro familiari per riallacciare, tra l'altro, rapporti talvolta sfilacciati dal tempo o dall'evoluzione delle diversificate esperienze professionali.

Un impegno ulteriore si è concretizzato nello scorso triennio nella costituzione di dieci Commissioni che hanno lavorato per offrire ai Colleghi contributi e informazioni su tantissimi aspetti della nostra professione. Una panoramica relativa all'impegno delle Commissioni, ognuna delle quali ha avuto il supporto di un Consigliere di riferimento, si trova nelle pagine di questo numero della Rivista. Purtroppo, come leggerete nei contributi dei Coordinatori delle Commissioni, molti progetti già messi in cantiere sono stati momentaneamente abbandonati a causa della pandemia, anche se in alcuni casi si è riusciti a trasferirli sul *web*, in uno dei tanti *webinar* che hanno riempito le giornate di *lockdown*.

Nell'ottica poi di aiutare i Colleghi nello scivoloso ma fondamentale campo dell'ECM sono stati organizzati dall'Ordine, anche in collaborazione con molti altri soggetti esterni, numerosi eventi gratuiti che hanno riscosso un notevole successo e permesso a tanti professionisti il conseguimento di numeri significativi di crediti formativi. Mi piace inoltre ricordare la nostra presenza nelle strutture nazionali della FNOMCeO e il mio personale impegno nel sostenere a questo livello le istanze della Medicina di Genere. Importante anche la presenza di Firenze all'interno della "rinata" Federazione Regionale Toscana degli Ordini dei Medici (FTOM).

La corsa globale di COVID-19 merita un discorso a parte con l'impegno

massiccio che ha richiesto e tuttora richiede agli operatori della Sanità, nel ricordo commosso e riconoscente dei tanti Colleghi che hanno perso la vita a causa della pandemia.

Come tutti ci siamo trovati immersi in un mondo drammaticamente nuovo, costretti a gestire a ogni livello una situazione di malattia cattiva e scarsamente conosciuta, a riorganizzare le vite di ospedali e ambulatori, a cercare di dare risposte il più esaurienti possibile a pazienti confusi e spaventati.

In questi mesi anche l'Ordine ha dovuto rimodulare le proprie attività, ricorrendo allo *smart working* dei dipendenti e continuando nonostante tutto a offrire il supporto richiesto a vario titolo dagli iscritti: chiuso l'ingresso di via Vanini, la nostra presenza fattiva è stata evidenziata dal gran numero di accessi *on line* al sito per la soluzione di molti quesiti e istanze di chiarimento. *Toscana Medica* e le *News* elettroniche hanno concretamente mantenuto il contatto con gli iscritti.

Penso onestamente che i buoni propositi del 2018 siano stati in gran parte rispettati, seppure con l'ingombrante e sciagurata compagnia di COVID-19 e di questo devo ringraziare tutti coloro che, a qualsiasi livello, mi hanno affiancato in questi anni.

Ai Colleghi che presto inizieranno il proprio lavoro l'augurio di poter continuare a garantire la tutela massima della professione e dei nostri pazienti e il buon funzionamento dell'Ordine in tempi di difficili atmosfere.

## 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](http://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](mailto:a.barresi@omceofi.it)

## Commissione sulle problematiche dell'età evolutiva

Secondo le indicazioni delle delibere consiliari, la Commissione è stata composta da colleghi appartenenti all'area pediatrica nelle sue diverse espressioni funzionali e colleghi appartenenti all'ambito psichiatrico.

Nel primo incontro si è valutato non fosse prioritario organizzare autonomi momenti formativi presso la sede dell'Ordine, in quanto le varie categorie rappresentate già svolgono frequenti attività formative, sia legate a contratti e convenzioni, sia per propria scelta. Si è ritenuto, vista la particolarità della Commissione legata a una fascia di età, fosse preferibile e auspicabile che alla Commissione venissero proposti dal Consiglio dell'Ordine pareri e valutazioni su aspetti di natura deontologica emersi da situazione evidenziate nel Consiglio stesso.

La Commissione ha discusso alcuni possibili argomenti di interesse crescente per la nostra professione ma allo stato attuale scarsamente trattati.

La prima questione discussa è stata il rapporto fra età evolutiva, *privacy* e *social media*, dal punto di vista sia del medico sia del paziente. In particola-

re nel primo caso ci si è chiesti quali contenuti relazionali possano essere scambiati con il paziente minorenne attraverso i *social-media*. Nel secondo caso ci si è concentrati in specifico sul ragazzo in età adolescenziale, nel quale un utilizzo improprio dei *social-media* può essere causa di disagio (cyberbullismo, *stalking*, autolesionismo, abuso sessuale).

Un secondo argomento affrontato è stato l'utilizzo degli *psicofarmaci in età evolutiva*. I farmaci psicoattivi sono prescritti con difficoltà da neuropsichiatri infantili e psichiatri dell'adolescenza perché sono *off-label* in età evolutiva, in quanto l'industria farmaceutica è poco interessata a studiare tali farmaci e c'è una certa reticenza a effettuare la sperimentazione clinica su pazienti in età inferiore ai 12 anni. Si segnala pertanto un "vuoto prescrittivo" per alcune patologie psichiatriche in età evolutiva.

Per entrambe le problematiche, in continua evoluzione normativa, si è preferito procedere attraverso articoli su *Toscana Medica: Psicosi e tossicodipendenza: chi è all'ombra di chi?*,

### Coordinatore

Pier Luigi Tucci

### Referente per il Consiglio

Sergio Baglioni

### Componenti

Sandro Domenichetti, Marta Generoso, Riccardo Lo Parrino, Luca Mugnaini, Monica Pierattelli, Massimo Resti, Giovanni Vitali Rosati

*Grande è la confusione e Sua maestà il trauma. Lo sviluppo è traumatico?*, a cura di Sandro Domenichetti, e *Farmaci antipsicotici in età evolutiva e Bambini contesi* a cura di Riccardo Lo Parrino. Monica Pierattelli e Pier Luigi Tucci hanno inoltre pubblicato l'articolo *Pediatri per l'allattamento materno*. Il 14 novembre 2019 Monica Pierattelli ha partecipato all'incontro svoltosi alla Prefettura di Firenze sul coordinamento per le strategie di intervento e prevenzione sul tema dell'abuso e della violenza a bambini e adolescenti.

Pier Luigi Tucci

## Commissione Medicina di Genere

La Commissione si è riunita regolarmente a partire dal dicembre 2018.

I punti essenziali trattati sono stati:

1. sensibilizzazione dei sanitari alla problematica di genere in medicina;
2. formazione in ambito di salute di genere.

Relativamente al punto 1 è stata promossa l'alfabetizzazione in materia di medicina di genere attraverso un articolo divulgativo e la promozione alla partecipazione al corso *on-line* specifico, promosso da FNOMCeO.

L'articolo, dal titolo *La Cecità di Genere: una sindrome poco cono-*

*sciuta*, è stato pubblicato su *Toscana Medica* nell'aprile 2019.

La Dr.ssa Lucrezia Catania ha curato la divulgazione anche in Italia di un manuale tascabile, redatto e già in uso in altri paesi, utile per il riconoscimento dei segni di violenza sulle donne.

Relativamente al punto 2, è stato organizzato un Convegno, svolto presso l'Ordine di Firenze il 9 novembre 2019 dal titolo *Medicina di genere focus sugli aspetti genere-specifici di alcune patologie*, incentrato sulle differenze di genere che caratterizzano le manifestazioni dell'infiammazione in alcuni organi o apparati. Il Convegno ha visto una

### Coordinatore

Cristiana Baggione

### Referente per il Consiglio

Teresita Mazzei

### Componenti

Francesca Bandinelli, Giancarlo Casolo, Valeria Dubini, Elisa Bissoni Fattori, Anita Labonia, Lara Lenzi, Maria Antonia Pata, Ida Rubino, Francesca Sani, nonché in qualità di esperta, Lucrezia Catania

partecipazione molto ampia, suscitando l'interesse di tutti i presenti. Nell'ul-

tima riunione della Commissione tenutasi il 2 marzo 2020, è stato proposto di realizzare un evento formativo e divulgativo, rivolto sia agli operatori sanitari che alla popolazione, focalizzato sulla comunicazione in medicina, vista

in ottica di genere. Gli argomenti clinici sarebbero stati trattati a “due voci”, medico e paziente, nell'intento di far emergere come il genere influenzi la comunicazione e il vissuto di malattia tanto del medico quanto del paziente.

Le riunioni della Commissione si sono interrotte con l'introduzione dei provvedimenti legati all'emergenza COVID-19.

*Cristiana Baggione*

## Commissione Formazione

La Commissione si è occupata di:

1. richieste di eventi formativi presso l'Ordine di Firenze;
2. organizzazione di eventi formativi su aspetti rilevanti della professione medica, da un punto di vista sia legislativo/organizzativo sia strettamente professionale;
3. essere interfaccia tra gli iscritti e il Consiglio Direttivo per tutti gli aspetti della formazione.

Sono stati organizzati numerosi con-

vegni, presso la sede dell'Ordine come anche in altre sedi. La Commissione ha dato supporto, insieme al personale amministrativo dell'Ordine, ai Colleghi con problematiche relative ai crediti ECM.

Gli eventi organizzati sono stati numerosi (Tabella). Oltre a questo, la Commissione ha accuratamente selezionato quelli patrocinati dall'Ordine secondo una procedura standardizzata e rigorosa.

### Coordinatore

Andrea Ungar

### Referente per il Consiglio

Letizia Ricupero

### Componenti

Elisabetta Altì, Barbara Baldini, Silvio Bonanni, Alberto Fortini, Luca Giachetti, Raffaele Laureano, Giulio Masotti, Francesca Mazza

### Eventi organizzati dall'Ordine dei Medici nel triennio novembre 2018 - dicembre 2020.

Titolo	Data inizio	ECM	Sede	Anno	Responsabile	Crediti
Problemi quotidiani della professione	18/04/2018	No	Ordine	2018		
La violenza sul luogo di lavoro	18/05/2018	Si	Ordine	2018	Zolfanelli	5,2
La legge 219/2017	31/05/2018	Si	Palazzo Incontri	2018	Dattolo	7
La legge Gelli-Bianco	20/09/2018	Si	Ordine	2018	Dattolo	5,2
Pensioni. Ieri, oggi e domani	27/09/2018	No	Ordine	2018	Dattolo	
Responsabilità sanitaria: azioni civili e consulenza tecnica nella legge 8 marzo 2017, n. 24	11/10/2018	Si	Università	2018	Martelloni	21
Road map in parodontologia clinica	13/10/2018	Si	Conference Florentia Hotel	2018	Peirano	2,8
Gli adempimenti del consulente tecnico d'ufficio	01/12/2018	Si	Nic3	2018	Martelloni	2,8
La legge 219/2017 - edizione 1	19/01/2019	Si	Ordine	2019	Dattolo	5
Le DAT nell'ambulatorio di medicina generale	25/01/2019	Si	Ordine	2020	Dattolo	5
La legge 219/2017 - edizione 2	02/02/2019	Si	Ordine	2019	Dattolo	5
La violenza domestica	08/02/2019	Si	Ordine	2019	Mazzei	7
Innovazioni in odontoiatria conservativa	09/02/2019	Si	Conference Florentia Hotel	2019	Peirano	2,8
La legge 219/2017 - edizione 3	23/02/2019	Si	Ordine	2019	Dattolo	5
L'interdisciplinarietà del trattamento	02/03/2019	Si	Conference Florentia Hotel	2019	Odontoiatri	4
I disturbi della colonna vertebrale in età evolutiva	09/03/2019	Si	Palazzo Vecchio	2019	Armentano	4
	31/03/2019	No	Ordine	2019		
Problemi quotidiani della professione	03/04/2019	No	Ordine	2019		
Novità in ostetricia e in ginecologia	16/04/2019	Si	Ordine	2019	Dubini	3
L'attività motoria è per tutti?	11/05/2019	Si	Ordine	2019	Armentano	4
Implantologia digitale	11/05/2019	Si	Conference Florentia Hotel	2019	Odontoiatria	4
La nuova diagnostica del cancro di prostata	16/05/2019	Si	Ordine	2019	Biagini	4
Il gioco d'azzardo patologico	25/05/2019	Si	Ordine	2019	Ucci	4
Conciliazione vita-lavoro	17/06/2019	No	Tribunale	2019	Zolfanelli	4

Oncologia integrata: evidenze ed esperienze cliniche	21/06/2019	Si	Ordine	2019	Baccetti	5,6
"La carta degli operatori sanitari" alla luce del nuovo codice deontologico	21/09/2019	Si	Ordine	2019	Perra	5
Odontoiatria riabilitativa della terza e quarta età	05/10/2019	Si	Conference Florentia Hotel	2019	Peirano	2,8
La responsabilità sanitaria: azioni civili e consulenza tecnica	10/10/2019	Si	Università	2019	Martelloni	21
I tumori maxillo-facciali	12/10/2019	Si	Ordine	2019	Spinelli	5
Ferite	12/10/2019	No	Le Murate	2019	Mazzei	
Medicina di genere per os	09/11/2019	Si	Ordine	2019	Baggiore	4
La cefalea nella visione integrata	06/12/2019	Si	Ordine	2019	Brandi	6
Legge 24/2017 - adempimenti per CTU	07/12/2019	Si	Ordine	2019	Martelloni	5,2
Memorial Romano Grandini	07/12/2019	Si	Conference Florentia Hotel	2019	Peirano	1,2
Le DAT e la pianificazione condivisa delle cure nell'ambulatorio del medico di medicina generale	25/01/2020	Si	Ordine	2020	Baldini	5
Fuga di cervelli. Eccellenze italiane all'estero	01/02/2020	Si	Novotel Firenze Nord	2020	Peirano	4
Nuove tecniche in endodonzia	26/09/2020	Si	Novotel Firenze Nord	2020	Peirano	4
La responsabilità sanitaria: azioni civili e consulenza tecnica	29/10/2020	Si	Webinar	2020	Martelloni	34,5
Violenza e salute. Codice Rosa	31/10/2020	Si	Webinar	2020	Citernesi	4,5
Reazioni avverse a farmaci	18/11/2020	Si	Webinar	2020	Macchia	4,5
La sindrome fibromialgica nella visione integrata	18/12/2020	Si	Webinar	2020	Mediati	4,5

Andrea Ungar

## Commissione per l'Integrazione delle Medicine Complementari (CIMC)

Nel gennaio 2018 chi scrive propone al Consiglio dell'OMCeO Firenze l'istituzione di una Commissione per l'Integrazione delle Medicine Complementari, istituita il 26 novembre 2018, dando a me il compito di coordinarla. Il tema da affrontare, spinoso per definizione, includeva istituire una sottocommissione composta dagli esponenti di spicco delle Medicine Complementari autorizzate (Agopuntura, Fitoterapia, Medicina Antroposofica, Omeopatia, Omotossicologia), affinché fosse controllato, tenendo conto dei prefissati *standard* formativi, l'accesso dei medici agli omonimi elenchi che l'OMCeO ha l'obbligo di gestire. Questo obiettivo è stato raggiunto. La CIMC aveva e mantiene un altro importante compito, anche questo largamente adempiuto: promuovere l'informazione e la formazione nel campo delle Medicine Complementari, muovendo da un confronto dialettico con le aree specialistiche

accademicamente previste. Della Commissione fanno parte, oltre ai citati esperti di Medicine Complementari, medici specialisti in Algologia, Dermatologia, Ginecologia, Gastroenterologia, Immunologia, Medicina Generale, Medicina Interna, Medicina Legale, Oncologia, Ortopedia, Psichiatria, Urologia. La Presidente dell'Ordine di Firenze ha supervisionato, in collaborazione con la Tesoriera, il lavoro svolto, connotato da misura e apertura.

L'attività informativa ha seguito i canali di *Toscana Medica* (sette articoli nel 2019 e due nel 2020) e di *Quotidiano Sanità*.

L'attività formativa si è sviluppata, nel 2019, attraverso due *meeting* dedicati rispettivamente all'Oncologia Integrata, con la partecipazione di esperti di fama nazionale e internazionale, e alla Cefalea, oltre a una tavola rotonda di grande eco all'interno del Convegno Mondiale SIMFER (Società Italiana di Medicina Fisica e

### Coordinatore

Gemma Brandi

### Referente per il Consiglio

Teresita Mazzei

### Componenti

Sonia Baccetti, Angela Becorpi, Simonetta Bernardini, Antonio Calabrò, Marco Carini, Margherita Ciabini, Franco Cracolici, Lorenzo Emmi, Fabio Firenzuoli, Piero Geppetti, Francesca Martella, Alberto Mattei, Rocco Domenico Mediati, Dante Melchionne, Gian Aristide Norelli, Pietro Pasquetti, Eugenio Pecchioli, Jacopo Periti, Elio Rossi, Raoul Saggini, Anna Truci

Riabilitativa); nel 2020, per il tramite di una partecipazione a un master universitario sul Microbiota e organizzando un convegno sulla Fibromialgia. Purtroppo, la pandemia ha reso impossibile realizzare due altri eventi in programma.

Il lavoro svolto a Firenze ha ricevuto un vivo apprezzamento a livello nazionale. Ne sia prova il fatto che il Presidente dell'OMCeO Torino ha invitato l'OMCeO di Firenze al Convegno Nazionale di Oncologia Integrata che si è svolto a Torino nei giorni 29/30 novembre 2019.

La CIMC si è regolarmente riunita presso la sede ordinistica fino allo scoppio della pandemia, comunican-

do al Consiglio la data degli incontri e facendogli pervenire i verbali delle sette riunioni: della prima, che si tenne a fine 2018, a ridosso dell'istituzione della Commissione; delle cinque successive nel 2019; e dell'ultima nel 2020, in era pre-COVID.

Il Consiglio ha nel tempo aperto all'ingresso di nuovi membri, con una certa ipertrofia che oggi meriterebbe una revisione pensata delle

presenze, in accordo con l'effettiva volontà di partecipazione e collaborazione e con la rappresentanza non ridondante degli orientamenti clinici. Per inciso, si avverte la mancanza di un pediatra e di un esperto di persone longeve, così come di una formazione rivolta ai medici di medicina generale.

Gemma Brandi

## Commissione su gestione del rischio clinico e responsabilità professionale

Nel triennio 2018-2020 la Commissione costituita sui temi del rischio clinico e della responsabilità professionale ha organizzato alcuni convegni e portato il contributo del Presidente della Commissione a varie iniziative culturali in rappresentanza dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze.

Nello specifico si rammentano gli interventi fatti:

- 31 maggio 2018: organizzazione del Seminario su *La legge 219/2017: norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento* con relazione;
- 7 giugno 2018: relazione al convegno dell'Ordine degli Avvocati di Firenze, presso Palazzo Vecchio nel Salone dei Cinquecento a Firenze, su *Il Biotestamento: prime regole sul fine vita - riflessioni a margine della legge 219/17*;
- 15 giugno 2018: relazione su *Deontologia nell'attività fisica e sportiva nell'ambito del convegno 8<sup>th</sup> International Meeting on Sports Medicine and Exercise* tenutosi a Firenze;
- 19 luglio 2018: relazione presso la Sala Riunioni della Venerabile Confraternita della Misericordia di Rifredi nell'incontro su *Sicurezza e qualità delle cure nella pratica ambulatoriale*;
- 20 settembre 2018: relazione al convegno dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Firen-

ze su *La legge Gelli-Bianco. Dopo l'intervento delle Sezioni Unite della Cassazione cambia qualcosa?*;

- 13 ottobre 2018: relazione presso l'Ordine di Arezzo nel corso su *Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento*;
- 18 ottobre 2018: relazione presso l'Ordine di Firenze sulla legge 219/2017 durante la tavola rotonda su *Testamento biologico e assistenza naturale della vita. La deontologia medica impone che il medico non sia semplice notaio ed esecutore di compiti, ma presenza attiva e partecipe*;
- 19 ottobre 2018: il saluto per l'Ordine di Firenze nel convegno su *Banca dati nazionale del DNA e laboratorio AOUC di genetica forense* presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi;
- 11 ottobre/ 15 novembre 2018: collaborazione come Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze con l'Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Scienze Giuridiche, alla realizzazione del corso di perfezionamento in *Responsabilità sanitaria: azioni civili e consulenza tecnica nella legge 8 marzo 2017, n. 24. Le nuove regole delle azioni verso la struttura, il sanitario e la compagnia assicurativa - il consulente tecnico "esperto conciliatore"* con relazione;

### Coordinatore

Massimo Martelloni

### Referente per il Consiglio

Luciano Gabbani

### Componenti

Aurelio Bonelli, Angela Citernesi, Paolo Fabbrucci, Carlo Giolli, Lucia Giunti, Anita Labonia, Raffaele Laureano, Daniela Lepore, Francesco Lunghi, Marcello Ridi, Riccardo Tartaglia

- 1 dicembre 2018: organizzazione come Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze del corso su *Gli adempimenti del Consulente Tecnico d'Ufficio ai tempi del processo civile telematico* presso l'Aula Magna del Nuovo Ingresso di Careggi;
- 8 febbraio 2019: relazione su aspetti medico-legali della violenza domestica al corso dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze su *La violenza domestica*;
- 6 aprile 2019: partecipazione in rappresentanza dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze con relazione presso l'Auditorium della Camera di Commercio di Firenze al convegno su *Professioni e Ordini fra etica, deontologia, liberalizzazioni*;

- 11 settembre 2019: partecipazione con relazione su *Ambito e funzione della Deontologia nell'esercizio della Professione Medica* al seminario su *Riflessioni sulle dimensioni della normatività: etica, deontologia e diritto* organizzato dall'Istituto Toscano di Bioetica e dalla Società della Ragione a Firenze;
- 10 ottobre/ 14 novembre 2019: collaborazione come Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze con l'Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Scienze Giuridiche, alla realizzazione del corso di perfezionamento in *La consulenza tecnica nel processo civile. Regole del processo e formazione del consulente* con relazione;
- 7 dicembre 2019: organizzazione del corso dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze su *Legge 24/2017. Evoluzione della Responsabilità Pro-*

*fessionale in sede civile e penale e sostenibilità delle tutele assicurative* con relazione;

- 29 ottobre/ 3 dicembre 2020: collaborazione come Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze con l'Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Scienze Giuridiche, alla realizzazione del corso di perfezionamento in *La consulenza tecnica nel processo civile. Regole del processo e formazione del consulente. Le novità dopo l'emergenza da COVID-19* con relazione su *La funzione delle Linee Guida*;
- settembre 2020: sperimentazione telematica del nuovo sistema informatico di iscrizione agli albi nell'ambito del Processo Telematico con l'aiuto di 8 medici e 2 odontoiatri CTU e periti presso i rispettivi albi del Tribunale di Firenze.

Nel triennio il ruolo della Commissione è stato partecipare al buon funzio-

namento dell'Ordine con contributi medico-legali su svariati temi.

In particolare la continua collaborazione con il Tribunale di Firenze ha portato all'applicazione dell'accordo FNOMCeO in materia consulenziale e di iscrizione agli albi dei Consulenti del Tribunale di Firenze e alla sperimentazione del nuovo sistema informatico di iscrizione agli albi nell'ambito del Processo Telematico, fatto grazie al quale il Tribunale di Firenze vanta un ruolo di riferimento nazionale presso il Ministero della Giustizia.

Nel 2020 il massimo impegno è stato comunque dedicato a mettere a disposizione del sito *web* dell'Ordine il maggior numero di contributi scientifici in materia di COVID-19 per dare un aiuto diffuso sulla conoscenza del virus a fini curativi e in materia di gestione del rischio clinico e di responsabilità professionale.

Massimo Martelloni

## Commissione di Bioetica

La Bioetica è sicuramente uno dei temi principali con cui i medici devono confrontarsi. Specie in questi ultimi anni, anche con le norme di legge entrate in vigore, è accaduto che molti medici si sono trovati impreparati a gestire le disposizioni anticipate di trattamento, il consenso informato, la pianificazione condivisa delle cure.

Quindi preciso obbligo dell'Ordine è diventato farsi parte attiva per migliorare le conoscenze e sostenere i medici nella loro attività in relazione alla Bioetica. Anche i concetti di cure palliative e cure di fine vita sono molte volte sovrapposti e non ben distinti e la terapia del dolore non è ben standardizzata.

Questa cultura oggi non può più essere esclusiva dei medici palliativisti ma deve costituire un patrimonio di base di tutti i medici sia sul territorio che in ospedale. Ecco perché è giusto che l'Ordine se ne occupi andan-

do a colmare una lacuna della preparazione medica.

Per questa ragione la Commissione di Bioetica è stata composta in maniera più interdisciplinare possibile comprendendo medici di medicina generale, ospedalieri e universitari di varie discipline, in particolare Medicina Interna, Geriatria, Anestesia e Rianimazione e Medicina Legale.

La Commissione si è riunita varie volte confrontandosi anche con esperti esterni. Sono stati fatti diversi interventi anche su *Toscana Medica*. L'attività più rilevante è stata organizzare all'Ordine tre giornate di aggiornamento sulla pianificazione condivisa delle cure e le disposizioni anticipate di trattamento, che hanno visto la partecipazione di tanti medici di tutte le discipline. Il dibattito è stato ampio ed ha permesso a tanti medici fiorentini di aumentare la conoscenza di questi argomenti. Gli incontri si

### Coordinatore

Giancarlo Landini

### Referente per il Consiglio

Pietro Giovanni Claudio Dattolo

### Componenti

Alberto Appicciafuoco, Enrico Benvenuti, Barbara Cimolato, Luisa Fioretto, Martina Focardi, Donato Genzano, Maria Loredana Chiara Iorno, Maria Grazia Mori, Piero Morino, Pasquale Palumbo, Vittorio Pavoni, Alexander Peirano, Chiara Somma

sono svolti il sabato mattina e dopo una parte introduttiva sono stati caratterizzati da un'ampia discussione che ha rappresentato il valore aggiunto di questi incontri.

Inoltre, la Commissione ha aperto uno sportello di ascolto per problemi di Bioetica in cui si rispondeva ai quesiti dei nostri iscritti. È stato preparato un *format* da distribuire ai

medici per raccogliere in modo standardizzato le disposizioni anticipate di trattamento.

L'auspicio è che il lavoro della Commissione possa essere ripreso da chi verrà dopo di noi perché la Bioetica

è un campo che va presidiato e che l'Ordine ha il dovere di gestire proprio per la funzione e il ruolo che svolge. Più conoscenza ci sarà fra i medici in questo settore più sicurezza ci sarà per i pazienti e più effica-

cia nelle cure evitando accanimento terapeutico e nel contempo garantendo sicurezza medico-legale per i medici.

Giancarlo Landini

## Commissione Libera Professione e Sanità Privata

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di Firenze con Deliberazione 102 del 24/9/2018 ha approvato la composizione delle Commissioni Interne individuate per il triennio 2018-2020.

La Commissione si è riunita la prima volta il 14 novembre 2018 e ha continuato a riunirsi presso la Sala Riunioni dell'Ordine con periodicità bimestrale. Fu deciso di sviluppare un primo tema sentito come importante, poco e male disciplinato rappresentato dal ruolo del Direttore sanitario nelle strutture private di ricovero e ambulatoriali.

Furono infatti poste in evidenza la molteplicità delle realtà esistenti nel territorio con scarsa tutela del professionista medico e la necessità di dare

indicazioni omogenee a tutti i colleghi desiderosi di cimentarsi in questo tipo di esperienza. Fu individuato un gruppo di lavoro costituito da Appicciafuoco, Ombroni, Peirano e Ricci, per la raccolta e l'esame della Legislazione vigente, per l'analisi sistematica dei requisiti, dei compiti e delle responsabilità del Direttore Sanitario, per l'individuazione dell'impegno orario delle incompatibilità e dei compensi dovuti. Infine, il gruppo di lavoro doveva mettere in evidenza le particolarità del settore odontoiatrico e i rapporti con l'Ordine Professionale. La sintesi di questo lavoro fu pubblicata su *Toscana Medica* nel numero 1/2020.

L'emergenza COVID e l'anticipazione delle elezioni per il rinnovo del Con-

### Coordinatore

Alberto Appicciafuoco

### Referente per il Consiglio

Alexander Peirano

### Componenti

Tiziana Barone, Arturo D'Arienzo, Valerio Fancelli, Fabio Fanfani, Mauro Marzi, Laura Ombroni, Viviana Pasquini, Giampiero Peruzzi, Maria Cristiana Ricci

siglio dell'Ordine hanno di fatto impedito che il lavoro della Commissione proseguisse nel 2020.

Alberto Appicciafuoco

## Commissione Salute e Ambiente

Nel primo anno di attività, la Commissione Salute e Ambiente ha focalizzato la propria attenzione sul problema della gestione dei rifiuti, questione che riveste certamente un ruolo sempre più importante dal punto di vista sia economico che sanitario. Le sue ricadute, in termini di tossicologia ambientale nel breve e nel lungo periodo, e i relativi aspetti di salute pubblica richiamano l'attenzione non solo dei medici, come sancito nel Codice Deontologico, ma anche di tutta la popolazione.

Nell'estate 2016 nell'*hinterland* fiorentino era iniziato un ampio e animato dibattito riguardante i rischi ambientali e sanitari che sarebbero potuti derivare dalla costruzione di un termovalorizzatore di ultima generazione nella piana

di Sesto Fiorentino. Il dibattito ha investito i cittadini e i medici della piana, organizzati in comitati, nonché gli amministratori dei comuni interessati, schierati per lo più su posizioni contrarie al progetto regionale.

I rifiuti urbani solidi rappresentano "solo" il 3% della quantità complessiva annua di rifiuti in Europa, circa 5 miliardi di tonnellate, e in questa misura contribuiscono all'inquinamento ambientale, ma sono quelli che più degli altri rifiuti (industriali, minerari, agricoli, scarti di energia e demolizioni ecc.) preoccupano la popolazione, soprattutto e comprensibilmente nelle aree dove insistono o dovranno essere costruiti impianti di smaltimento.

La sindrome NIMBY (*Not In My Back*

### Coordinatore

Emanuela Masini

### Referente per il Consiglio

Pietro Giovanni Claudio Dattolo

### Componenti

Amparo Casal Lareo, Roberto Baronti, Annibale Biggeri, Elisa Bissoni Fattori, David Chiaramonti, Antonina Chiccoli, Giuseppe Ferro, Monica Pierattelli, Pier Luigi Tucci, Giovanni Antonio Silverii

*Yard*), un'informazione non sempre scientificamente corretta, influenza certamente l'opinione pubblica, troppo spesso dimentica del fatto che ognuno di noi è un produttore di rifiuti.

Esistono varie possibilità di gestione e smaltimento dei rifiuti, ma tutti i sistemi, anche i più evoluti e controllati, non sono a rischio zero riguardo alle emissioni in atmosfera e all'inquinamento del suolo e delle acque, anche se la gestione dei rifiuti urbani rispettasse pienamente la regola delle 3R: *Riduzione, Riutilizzo, Riciclaggio* a cui si può aggiungere oggi una quarta R, *Recupero di energia*.

Lo strumento più efficace per valutare l'esposizione umana a inquinanti ambientali ed effettuare un adeguato *risk assessment* è il bio-monitoraggio, che fornisce una misura della reale "dose interna" risultante da tutte le possibili vie e fonti espositive.

È stata affrontata, inoltre, la tematica delle interferenze dell'inquinamento ambientale con i processi riproduttivi, dall'alterazione del ciclo mestruale

nella donna alla riduzione della fertilità maschile, con una particolare attenzione soprattutto su come l'inquinamento possa influenzare negativamente lo sviluppo fetale. Le polveri sottili, con altri inquinanti presenti nell'aria, sono responsabili dell'aumento di abortività spontanea, di ritardo di crescita intrauterina, nascita di bambini pretermine e sottopeso. La presenza di pesticidi negli alimenti assunti in un periodo sensibile o critico dello sviluppo possono determinare modificazioni epigenetiche di geni e proteine del sistema neuroendocrino e dare origine ad alterazioni dello sviluppo cognitivo e delle funzioni affettive.

L'influenza dei cambiamenti climatici sull'ambiente e la salute umana è la tematica che la Commissione voleva affrontare nell'ultimo anno; era in programma l'organizzazione

di un convegno sul tema *Le città sostenibili* con la collaborazione del Professor Simone Orlandini, Direttore del Centro di Bioclimatologia dell'Università degli Studi di Firenze. L'iniziativa non ha potuto trovare realizzazione per la pandemia da SARS-CoV-2.

È lecito a questo proposito domandarsi se esista una correlazione tra l'*inquinamento atmosferico* e la *diffusione del COVID-19*. Può l'esposizione a inquinamento atmosferico, sia cronica sia acuta, avere un effetto sulla probabilità di contagio, sulla comparsa dei sintomi e il decorso della malattia da coronavirus? Molti gli studi in corso, le posizioni degli scienziati sono divergenti e al momento non possiamo trarre conclusioni definitive.

Emanuela Masini

## Commissione Rapporti Ospedale-Territorio

Il lavoro di questa Commissione teso ad analizzare i rapporti tra ospedale e territorio per identificare gli elementi negativi e positivi e suggerire al Consiglio chiavi interpretative e correttive/implementative si è trovato, in fondo al percorso, di fronte a uno stravolgimento dello scenario entro cui ha operato.

Due sono le cause, una naturale e una umana. La prima è la pandemia COVID e la seconda è la somma di una serie di delibere regionali (811) e aziendali (897 USL TC) che vanno a disarticolare il territorio, contraddicendo, oltre che le regole delle reciproche competenze, il buon senso e anni di progetti e affermazioni, evidentemente considerati dalla parte pubblica un esercizio di stile e non di sostanza.

Quanto accaduto coinvolge l'Ordine, i Sindacati, il Dipartimento di Medicina Generale: sarebbe stato difficile fare di peggio! Fortunatamente una reazione corale della medicina generale ha permesso a fine agosto scorso di ridurre i danni con una revisione

della 897, ma lasciando in tutti i professionisti un'impressione di improvvisazione normativa e di ignoranza o indifferenza per la delicata trama di relazioni tra pazienti e medici e tra medici stessi.

La fatica di catalogare gli elementi critici, partendo dal dettaglio per andare al generale e dal generale per spiegare il particolare, e la buona volontà di approfondire alcuni progetti si sono trovate a fare i conti con modifiche così importanti da rendere tutto il materiale raccolto ormai sorpassato dagli eventi e soprattutto soggetto a una continua evoluzione ancora da interpretare correttamente.

Avevamo fatto un programma a fine 2019, per il 2020, che la pandemia ha travolto, ed è stato anche impossibile realizzare un momento di condivisione che eravamo riusciti a riconcordare per il 26 settembre, a causa dell'anticipo delle procedure elettorali dell'Ordine. Il lavoro ha comunque parti pre-COVID e parti post-COVID e riteniamo utile portare all'attenzione dei colleghi quanto elaborato, in parte già

### Coordinatore

Sergio Baglioni

### Referente per il Consiglio

Maria Antonia Rosaria Pata

### Componenti

Cristiana Baggione, Barbara Baldini, Alessandro Bussotti, Fabio Mazzarelli, Massimo Milli, Alessandro Moretini, Alessandro Pescitelli, Letizia Ricupero, Luciano Spatolatore, Gianni Taccetti, Stefano Tatini

noto perché diffuso un anno addietro negli scambi di mail senza alcuna ufficialità, sia perché alcune delle affermazioni contenute hanno avuto conferma da fatti successivi sia perché la maggior parte delle criticità persiste ed è da reinterpretare tramite la nuova esperienza.

In pratica possiamo vedere questo impegno come una testimonianza di una situazione precedente con proposte per gli scenari nuovi.

Sergio Baglioni

# Commissione Pari Opportunità

... Quando insediati la Commissione pari opportunità dell'Ordine di Firenze, molti anni orsono, posi una domanda che riappare nel dibattito ospitato da Quotidiano Sanità sulla "femminizzazione" della professione medica. Entro pochi anni il numero delle donne iscritte agli Ordini supererà quello degli uomini; ciò influirà sulla medicina? La professione sarà esercitata nello stesso modo? Fa differenza che il medico sia uomo o donna?... La cosiddetta "pari opportunità" è questione di organizzazione sociale. Gli asili nido, la partecipazione del padre all'accudimento dei figli, la gestione della casa, i concorsi, le carriere e così via sono problemi difficili ma non insolubili se vi è l'impegno di tutti. Tuttavia la parità è un processo di lunga durata... l'uguaglianza ha storia troppo breve per darla per scontata. Però procede con troppa lentezza, frenata da schemi culturali maschilisti... da: Donne in medicina. Molti interrogativi e qualche certezza, Antonio Panti, Quotidiano Sanità, 16 settembre 2013.

... In conclusione, secondo l'indagine, le peculiari caratteristiche del modello femminile in Sanità, che si fondano sulla competenza comunicativa, sulla capacità organizzativa e di sistematizzazione dell'intervento, sulla qualità relazionale del rapporto con il paziente, sull'efficienza del lavoro di gruppo, della gestione delle reti di relazioni e sulla capacità di mediazione fra posizioni differenti, sembrerebbero l'efficace chiave di volta per poter facilitare il processo di cambiamento già in atto nella Sanità... La proposta allora potrebbe essere che ad una maggiore presenza delle donne in Sanità possa corrispondere un proporzionale aumento di donne nei ruoli apicali, un aumento finalizzato alla salvaguardia ed al maggiore utilizzo di diversità di approcci, di relazioni e di competenze dedicate ad una complementare e per questo forse migliore promozione della salute globale del paziente... da: Le donne in Sanità fanno funzionare meglio il siste-

ma, Teresita Mazzei, Quotidiano Sanità, 25 luglio 2013.

Cosa fare dunque? L'interrogativo della Commissione Pari Opportunità determina un impegno su tre fronti:

1. dare alle donne gli strumenti per affrontare la doppia presenza e poter effettuare la propria carriera senza subire il dover scegliere fra vita professionale e vita lavorativa;
2. lavorare attivamente per modificare un assetto culturale vecchio non più coerente con la realtà del mondo del lavoro e tenere sempre presente nelle organizzazioni sanitarie il *mainstreaming* di genere come assunto di partenza;
3. il riconoscimento del merito. Per concludere, le donne devono essere presenti ai livelli alti della politica, delle Aziende, degli Ordini, dei Sindacati, dovunque esista potere decisionale, per far passare una nuova cultura organizzativa del lavoro diversa e solidale, dove tutto ciò che sembra rappresentare un problema non lo è più e dove il merito dei professionisti, donne e uomini, finalmente uguali, avrà il suo trasparente riconoscimento.

La Commissione Pari Opportunità, partendo da aspetti discriminativi nei confronti della donna medico di cui si è occupata da sempre, ha inteso allargare la prospettiva alle situazioni di discriminazione osservabili in Sanità realizzando i termini di Pari Opportunità per tutti.

## Convegni realizzati e progetti di lavoro

### Merito

È la Costituzione a stabilire la regola-guida per il reclutamento del personale della Pubblica Amministrazione: *agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni si accede mediante concorso* – recita il terzo comma dell'articolo 97 – *salvo specifiche eccezioni* ("i casi stabiliti dalla legge"). Questa regola è una diretta e immediata conseguenza dei due principi-valori fondativi

### Coordinatore

Federica Zolfanelli

### Referente per il Consiglio

Teresita Mazzei

### Componenti

Allaman Allamani, Luca Amoroso, Barbara Baldini, Fabrizio Bandini, Gabriella Bernini, Gemma Brandi, Lucrezia Catania, Gabriella Ciabattini, Angela Citerinesi, Alfredo Dante Danti, Laura Doni, Valeria Dubini, Luisa Fioretto, Donatella Macchia, Massimo Martelloni, Maria Benedetta Ninu, Maria Antonia Rosaria Pata, Monica Pierattelli, Claudia Pozzi, Valeria Santini, Carla Zamboni

dell'ordinamento amministrativo, l'imparzialità e il buon andamento.

La Commissione Pari Opportunità si pone importanti riflessioni sul significato del termine "merito" e sulla sua valorizzazione nel reclutamento del personale medico nella Pubblica Amministrazione. *Auspicabile lo Studio degli esiti.*

- Convegno seminariale 27 ottobre 2018: l'OMCeO di Firenze, per il tramite della Commissione Pari Opportunità, ha affrontato il tema de *Il reclutamento nella Pubblica Amministrazione*, invitando una Giudice fondatrice e membro della Commissione Pari Opportunità del CSM, la Dottoressa Silvia Governatori, e una Costituzionalista, la Professoressa Elisabetta Catelani.

Si progetta un focus tematico dal titolo *Selezione per merito nelle Istituzioni Pubbliche*, anticipato da un incontro preliminare con il dottor Nuvoli, Presidente della Sezione Lavoro del Tribunale di Firenze.

### Gender Pay Gap

- Convegno seminariale 18 febbraio 2018: *La medicina, le donne, il merito e il gender gap*, Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Si progetta inoltre di proporre una tesi di laurea/spécializzazione dedi-

cata alla Medicina del Lavoro sull'attuale situazione fra gli operatori sanitari della Regione Toscana.

### **Mutilazione Genitali Femminili (MGF)**

In occasione della Giornata Internazionale contro le Mutilazioni Genitali Femminili organizzata dall'Associazione Nosotras il 6 febbraio 2020 la dottoressa Lucrezia Catania, membro della Commissione, presenta alla Regione Toscana il *Manuale didattico per la diagnosi di MGF e per l'approccio chirurgico della deinfibulazione* in un convegno svolto presso l'Auditorium della Regione Toscana con il patrocinio dell'Ordine. *Progetto di diffonderlo in rete a tutti i medici dell'Ordine di Firenze.*

### **Conciliazione vita-lavoro**

- Convegno 17 giugno 2019 su conciliazione vita, lavoro e salute: *Politiche regionali e buone pratiche - Le patologie per lo stress da sovraccarico*, Commissione Pari Opportunità Interordinistica - relatrice Dottoressa Federica Zolfanelli.
- Borsa di studio: i Comitati Pari Opportunità interordinistici promuovono un concorso per idee e progetti sul tema delle conciliazione vita, lavoro e salute, rivolto agli iscritti ai vari albi degli Ordini promotori con lo scopo di favorire una maggiore partecipazione e sensibilizzazione al tema delle Pari Opportunità nella

ferma convinzione che l'inclusione di idee possa favorire la diffusione della cultura delle pari opportunità come diritto fondamentale di ogni individuo; la sostenibilità economica, l'impatto sociale, la rilevanza culturale del progetto, i tempi di attuazione e di applicazione del progetto sono i criteri di scelta. Fa parte della giuria la Dottoressa Maria Antonia Pata, membro della Commissione.

- Invio di Progetto, su richiesta di spunti e riflessioni da parte del rappresentante degli Ordini Professionali presso la Camera di Commercio di Firenze: il Progetto riguarda la strutturazione di un portale *web* dedicato al *welfare* SWIP (Supporto Welfare Inter Professionale), creato dall'Ordine degli Ingegneri, progetto che dopo l'emergenza COVID può essere candidato ai fondi europei con il titolo "Alleanza". Si tratta della costruzione di una Rete di Servizi che possa supportare le richieste di sostegno alla genitorialità, sostegno agli anziani, salute integrativa (servizi di assistenza e cura per minori, anziani, disabili), benessere e tempo libero - relatrice Dottoressa Federica Zolfanelli.
- Convegno 27-29 settembre 2019 Montecatini Terme su conciliazione vita, lavoro e pari opportunità: *Analisi dei rischi e buone pratiche*, Festival della salute - relatrice Dottoressa Federica Zolfanelli.

- Convegno *empowerment* organizzativo 20 novembre 2018 Firenze: *L'alleanza delle differenze nelle strategie di sviluppo*, organizzato dall'Ordine degli Psicologi. Tavola rotonda: *Empowerment femminile e sviluppo sociale, dialogo fra le professioni* - relatrice Dottoressa Federica Zolfanelli.

### **Violenza contro i Sanitari**

- Convegno 18 maggio 2018: *Violenza da parte dei colleghi ed utenti*, organizzato dall'Ordine dei Medici di Firenze in collaborazione con l'Ordine degli Avvocati - relatrice Dottoressa Federica Zolfanelli.
- Giornata di studi 27 novembre 2017: *Violenza no grazie!!*, organizzato dall'Ordine degli Avvocati - relatrice Dottoressa Federica Zolfanelli.
- Convegno 31 ottobre 2020: *Violenza e salute Codice Rosa e ruolo del Medico* - organizzatrice e relatrice Dottoressa Angela Citeresi membro della Commissione Pari Opportunità.

### **In progettazione**

- Convegno sulle diseguaglianze di salute.
- Convegno sul reclutamento per merito.
- Corso sulla violenza contro i sanitari e l'empatia.
- Corso sul *self empowerment*.

## Diseguaglianze di salute

Nell'obiettivo di difendere i diritti fondamentali, da anni l'Unione Europea è passata dal contrasto alla discriminazione di genere (parità fra uomini e donne) alla lotta contro le discriminazioni in senso lato. Si va dalle Pari Opportunità alle Pari Opportunità per Tutti, un'accezione più ampia e complessa, intesa a comprimere, se non a sopprimere, ogni tipo di discriminazione basata su razza, etnia, religione, orientamento sessuale ma anche età, istruzione, assistenza sociale e sanitaria, accesso ai beni e servizi, prevenzione, tanto per fare qualche esempio.

La Commissione Pari Opportunità dell'Ordine ha affrontato l'argomento delle Diseguaglianze di Salute con l'intenzione poi di concretizzare un convegno, nella convinzione di un nuovo ruolo del medico, attento all'equità nella salute. Gli operatori sanitari, i medici e gli infermieri sono i primi (e devono essere i primi) a riconoscere le diseguaglianze di salute, le loro possibili cause, le possibili soluzioni o correzioni e a informare la politica sanitaria e la popolazione. La nostra professione è un osservatorio di privilegio da cui discende anche

un impegno morale: parlare al posto di coloro che non hanno gli strumenti per parlare e farsi sentire.

Il COVID-19 non ci ha permesso di portare avanti questo convegno e i nostri pensieri, ma ha evidenziato ulteriori problemi di diseguaglianza sanitaria. Il *lockdown* non ci impedisce tuttavia di ricordare le nostre osservazioni, che sono state tante: discriminazione nell'anziano, nei pazienti fragili, nei migranti, nel bambino cronico, nel territorio, in Oncologia, nell'accessibilità ai Servizi, per etnie, per genere, con sguardo attento a problemi come

l'analfabetismo sanitario, la tossicità finanziaria specialmente in Oncologia, la sostenibilità del Sistema.

Di seguito leggerete alcuni elaborati nati dalle nostre riflessioni e/o dalle nostre esperienze. Non possiamo qui addentrarci nell'importante questione dei Determinanti di Salute. Non è una

pubblicazione scientifica, non abbiamo informazioni quantitative né dati scientifici, è un preliminare a un convegno futuro; abbiamo interessanti e intelligenti osservazioni su situazioni forse misconosciute, sulle possibili radici di queste e abbiamo anche proposte sulla possibilità di poterle comprimere (e come). Sono

osservazioni preziose che meritano attenzione e sviluppo ulteriore. Credo sia nostra responsabilità personale e anche peculiare della Commissione Pari Opportunità cercare potenzialità di salute ancora nascoste e poter contribuire al cambiamento.

*Federica Zolfanelli*

## Discriminazioni e migranti

Si potrebbe affermare che la discriminazione tra "mio" e "tuo", tra "mio territorio" e "tuo territorio" è il fondamento animale su cui si basa poi la differenza tra gruppi e culture umane; essa viene però trascisa dalla mente riflessiva per la quale i valori umani sono condivisi da un popolo ma sono anche universali e transculturali.

L'esperienza professionale sanitaria di chi scrive ha fatto spessissimo incontrare sentimenti e condotte di difesa, rifiuto, stigma, aggressività tra chi assiste e chi è assistito nell'area della psichiatria e delle dipendenze. E anche tante occasioni in cui tali sentimenti e condotte sono stati superati in un'alleanza terapeutica.

Quanto accade con persone affette da disturbi mentali o dipendenze, avviene in modo simile coi migranti – giunti dall'Africa, dall'Asia, dal Sud-America nelle nostre città – dove i problemi sono ancora più

complessi. Qui le difficoltà sono almeno di quattro tipi:

1. legate all'accessibilità ai servizi sanitari, usualmente organizzati secondo pratiche impersonali ma aventi di fronte persone bisognose di rapporti personali;
2. culturali, per le diversità nel valore dato all'idea di malattia, cura, percorso terapeutico e prevenzione nel nostro Paese e negli altri luoghi di provenienza;
3. linguistiche, per la frequente poca, scarsa o nulla conoscenza dell'italiano che ostacola la comunicazione sul malessere e la sua cura;
4. non è sempre facile aver notizie sull'ambiente in cui queste persone vivono in Italia – da soli, con familiari, con amici –, il che sarebbe utile per dare indicazioni di tipo igienico-sanitario.

Per quanto detto, raccogliere informazioni e inviare o accompagnare in percorsi terapeutici praticabili ri-

chiede a chi assiste tempi lunghi ed esercizio di pazienza.

L'assistenza a persone migranti e marginali, che non hanno regolare accesso all'assistenza sanitaria regionale, è una condotta non solo improntata a valori umanitari, ma anche con un effetto sull'insieme della popolazione. Ad esempio, permettere loro di conoscere la propria eventuale contagiosità da COVID-19 mediante un test o un tampone può da un lato aiutarle a trattare i propri possibili sintomi, dall'altro proteggere la comunità in cui risiedono dal propagarsi dell'infezione. È per questo che l'Epidemiologia della USL Toscana-Centro ha iniziato a pianificare uno studio-intervento in partenariato con l'Azienda di Careggi e l'Agenzia Regionale di Sanità e con la collaborazione della rete del volontariato sanitario fiorentino dedicato all'assistenza a immigrati.

*Allaman Allamani*

## Trattamento o maltrattamento dell'anziano ospedalizzato?

A proposito di pari opportunità nella risposta di salute, da qualche anno a questa parte si parla con sempre maggiore frequenza del rilievo da attribuire alla differenza di genere. Accanto a tale squilibrio, che muove persino dalla ricerca, tarata sul genere maschile, occorre non trascurare l'assenza del rilievo che merita il fattore età. Se per i bambini si è tentato di sopperire alle inadeguatezze dei nosocomi destinati agli adulti, creando sofisticate strutture per l'infanzia, analogo interesse non hanno ottenuto

i bisogni degli anziani. Su questo vuoto di pensiero e di norme vorrei qui soffermarmi.

La recente pandemia ha scoperchiato la pentola, mostrando come, fuori da qualsiasi dettato costituzionale, si possa decidere di non prestare all'anziano neppure assistenza urgente, nel caso si presenti in Pronto Soccorso, anche dopo di lui, una persona più giovane. Esistono quindi vite di serie A e di serie B, e addirittura la possibilità di sopravvivenza viene calcolata *à la six quatre deux* in base all'età del soggetto in con-

dizione critica, mettendo alla porta, con grottesca superficialità, costituzione ed energia esistenziale individuali. Non si è poi troppo distanti dall'attribuire valore a una vita in base al censo: prima il più ricco, poi il più povero, in ordine decrescente di depositi bancari o di cura nell'abbigliamento.

Si sa più che bene che gli *standard* di assistenza ospedaliera sono tarati sull'età adulta e non contemplan i bisogni dell'anziano. Questi, non a caso, considera l'ospedalizzazione il male peggiore e, fin dove può, evita

pervicacemente di mettere piede in un nosocomio. D'altra parte, come potrebbe aggirare il Pronto Soccorso in caso di infarto? E come evitare poi il passaggio in un'Unità Coronarica Intensiva? Già l'arrivo di una persona molto attempata in queste aree della cura fa storcere il naso a chi ci lavora, figuriamoci poi se ci si dà la pena di mettere in campo risposte specifiche per degenti i cui sensi potrebbero non essere al meglio (udito e vista mediamente ridotti), incapaci di muoversi per motivi anche contingenti e pertanto bisognosi di informazioni dettagliate su quanto accade intorno a loro. E voilà che le stesse risposte ritenute indispensabili per i minori di età diventerebbero superflue per i longevi.

Costoro rischiano di inoltrarsi in uno stato confusionale, essendo cambiate le loro geografie, trovandosi in sistemi tutt'altro che protettivi, nei quali le cure urgenti e intensive fornite a un vicino di letto, non sempre con esito fausto, assumono i connotati di un inspiegabile trauma. Da qui a transitare verso stati illusionali che spieghino, pure alla maniera del delirio, il vissuto circostante il passo è breve, e fantasie consolatorie più o meno strutturate potrebbero diventare la regola, allontanando il soggetto da un buon adeguamento all'esame di realtà fino all'irreversibile e rapida perdita di lucidità e critica.

Per dare a un anziano pari opportunità di cura nell'emergenza, occor-

re rivedere gli *standard* di risposta adeguandoli ai bisogni di questi pazienti, come si è fatto per i bambini. Anche i longevi hanno bisogno di presenze accanto in grado di mediare e di dare spiegazioni che il personale in genere non fornisce. Comunque occorre che gli addetti ricevano una formazione che permetta loro di capire come una risposta frettolosa e seccata, pur non determinando la bizza che vedremmo nel bambino, inneschi una reazione regressiva e una perdita acuta ma potenzialmente cronica del senso di realtà, un indementimento da semplice ricovero.

Gemma Brandi

## Diseguaglianze di genere, violenza

Il mio interesse a partecipare e promuovere iniziative nella Commissione Pari Opportunità dell'Ordine di Firenze viene da lontano e si sviluppa nel corso della vita professionale.

In generale e senza entrare nei dettagli credo sia ancora forte l'idea, diffusa tra uomini e donne, che la componente femminile della nostra società abbia non solo le capacità per procreare ma anche quelle migliori per prendersi cura dei figli, con effetto di disimpegno degli uomini nelle cure domestiche da una parte e di disimpegno delle donne nelle opportunità lavorative dall'altra. Alla fine le cosiddette donne emancipate o in carriera rischiano l'estinzione! Negli anni di lavoro professionale mi sono resa conto che l'offerta di opportunità lavorative era dipendente non da meriti specifici e dichiarati ma da altro, e che alcuni contenuti scientifici erano solo in parte valorizzati e talvolta neppure considerati. Ho avuto modo di verificare come nel corso della mia esperienza formativa come ginecologa le conseguenze di abusi sessuali, emozionali e fisici sulla salute delle vittime, la maggior parte donne, non fossero presi in considerazione o nella migliore delle ipotesi fossero ritenuti un cattivo adattamento a condizioni sociali e culturali inevitabili. È poco presente nel mondo sanitario la consapevolezza che

si possa fare formazione e intervenire per la prevenzione della causa di tante patologie, suicidi e omicidi!

Il mio impegno nella Commissione Pari Opportunità dell'Ordine ha come interesse promuovere all'interno della professione l'equità, in particolare quella di genere, cioè obiettivi di pari opportunità, pari diritti, pari risorse tra uomini e donne. Per questi obiettivi propongo in generale un impegno a sviluppare politiche di genere secondo una precisa metodologia:

- analisi di specifiche e diverse condizioni di genere (differenti carriere, differenti patologie);
- dati fondati su evidenze (basse percentuali di carriera e salari, differenti incidenze di patologia);
- verifica delle cause (discriminazioni di varia natura);
- proposta di soluzioni/obiettivi (criteri dichiarati e pubblici per la carriera, formazione professionale su argomenti trascurati, servizi per l'infanzia a sostegno della gestione della famiglia...).

In particolare vorrei che la Commissione sviluppasse interventi sulle discriminazioni violente o sugli abusi nei confronti di donne.

Il *webinar* che ho organizzato assieme alle altre Colleghe su *Violenza e salute: codice rosa e ruolo del medico* tenuto

lo scorso 31 ottobre aveva lo scopo di affermare, all'interno della professione medica, vecchi e nuovi argomenti scientifici e culturali. Da una parte, ricordare che il Codice Rosa è un modello del Sistema Sanitario Ospedaliero Toscano come risposta alle conseguenze acute che episodi di violenza di tutti i generi, ma soprattutto fisica e sessuale, determinano sulle figure fragili, bambini, anziani, donne, uomini. Dall'altra, sviluppare una consapevolezza tra i medici, sempre più validata da evidenze scientifiche, di come gli atti di violenza, sessuale, emozionale e fisica procurino gravi danni alla salute della vittima.

All'interno delle politiche di genere reputo quindi opportuno un impegno su temi più scientifico/professionali e credo sia importante che nel bagaglio formativo di ogni medico si inserisca la consapevolezza del fatto che molte malattie fisiche e psichiche non sono solo espressione delle debolezze di quel particolare individuo ma hanno una causa ben precisa, a cui quel particolare individuo sa rispondere proprio con uno stato di cattiva salute. Né medici né i pazienti hanno fino in fondo coscienza delle malattie conseguenti agli abusi. Se è possibile addurre a condizioni di abuso passato e/o presente l'alta incidenza di alcune patologie tra le ra-

gazze e le donne (dolori cronici, malattie psichiche...), è poi più difficile risolvere la causa e le conseguenze di lungo termine sul corpo e sulla mente della vittima. Certamente una prevenzione dei danni con un intervento precoce sembrerebbe più efficace. Sono fiduciosa che l'impegno della Commissione nel ridurre le discriminazioni di genere, che come ben sappiamo hanno le loro radici nella cultura e nell'organizzazione delle nostre società, potrà comunque avere i suoi effetti e i piccoli obiettivi, passo dopo passo, potranno fare una differenza.

Quindi le mie proposte per obiettivi

concreti e immediati possono essere così riassunte:

1. *Formazione dei medici relativa ai danni degli abusi (fisici, sessuali, emozionali) sulla salute della vittima.*

Proseguire con seminari formativi mirati a gruppi omogenei di medici, medici di famiglia, pediatri di famiglia, psichiatri, medici del Pronto Soccorso, ginecologi.

2. *Richiesta di trasparenza nel reclutamento delle risorse, dopo recupero dei dati sulle differenze e gli svantaggi di genere nella professione.*

Durante la selezione delle risorse

(concorsi) richiedere pubblicazione *online* dei curriculum dei candidati, dei *test* effettuati e dei criteri della scelta, affinché tutto sia verificabile da parte di chiunque, singolo o istituzione.

3. *Creazione di servizi a sostegno dell'infanzia perché le donne possano lavorare e avere una famiglia allo stesso tempo.*

Asili nido all'interno delle istituzioni sanitarie con orari estremamente elastici, scuole elementari con elasticità d'orario o buoni per *baby-sitter*.

Angela Citernesesi

## Riflessioni sulle esperienze professionali in epoca COVID-19

*Marzo.* Arriva in ambulatorio, per la prima volta, una giovane donna italiana di meno di 30 anni con forti dolori pelvici. Ha recentemente effettuato un *test* di gravidanza, positivo, e presenta perdite vaginali scure in atto. All'ecografia non sono visualizzati una gravidanza intrauterina né elementi suggestivi di gravidanza extrauterina (GEU) ma la donna presenta dolori in fossa iliaca sinistra. Riferisce una precedente GEU destra con asportazione della tuba corrispondente prima della gravidanza FIVET di sua figlia, nata due anni prima. Sospettando una nuova gravidanza extrauterina la indirizzo presso la maternità del presidio ospedaliero più vicino. La mattina dopo la chiamo, per essere sicura che stia bene, e apprendo che è ancora a casa in preda ai dolori. Racconta di aver telefonato tre volte all'ospedale riferendo il mio sospetto diagnostico. Tuttavia, la persona che si è qualificata come ostetrica e ha risposto alle sue chiamate le ha sconsigliato di presentarsi in ospedale perché "c'era un caos e un alto rischio di venire infettate dal coronavirus". Di presentarsi solo in caso di emorragia. La indirizzo presso un altro presidio dove verrà confermata la diagnosi di GEU e la paziente operata d'urgenza.

*Settembre.* Donna albanese di 49 anni, madre di 5 figli rimasti in patria a cui manda soldi dall'Italia. Da mesi presenta sanguinamenti uterini anomali,

emorragici, dismenorrea e dolori pelvici, anemia. Riferisce di essere in lista d'attesa per un intervento di isterectomia a causa di un utero miomatoso.

Arriva da me, ginecologa privata, perché non sa più a chi rivolgersi. Racconta che all'Asl le hanno rilasciato un documento sanitario con codice fiscale, nazionalità e data di nascita sbagliati; in questura le hanno tolto il soggiorno e all'ospedale è stata cancellata dalla lista d'attesa operatoria. Non ha più diritto all'assistenza pubblica. L'intervento è urgente, ma senza documenti non ha diritti. Io posso solo darle terapia medica in quanto non può permettersi un intervento chirurgico in clinica privata.

*Novembre.* Paziente italiana di 49 anni in amenorrea secondaria da mesi. *Test* di gravidanza negativo. Viene per "rivedere le sue mestruazioni". Prima di prescrivere una terapia ormonale, visto che ha un *Body Mass Index* (BMI) > 35, chiedo degli esami di laboratorio che evidenziano diabete mellito tipo 2, emoglobina glicata a 10, segni di insufficienza renale, grave ipercolesterolemia e ipertrigliceridemia. All'ecografia addominale sono presenti steatosi epatica diffusa e calcoli renali. Gli esami di due anni prima, visti al secondo appuntamento, sono quasi sovrapponibili. La donna dice di non avere tempo, essere dedita alla famiglia e che le cose sono peggiorate in questi mesi di pandemia.

*Marzo-novembre.* Sono svariate le donne infibulate che negli ultimi 3 anni hanno richiesto di essere operate a causa di complicanze genito-urinarie e sessuali che affliggono la loro vita quotidiana, senza un posto dove andare o qualcuno che dica loro cosa fare.

Una ragazza con mutilazione genitale femminile (MGF) viene portata nel mio ambulatorio privato per dolori cronici invalidanti in sede clitoridea a causa di una cisti, probabile neurinoma. La mia frustrazione e quella delle operatrici che la seguono è immensa. Non si trova un luogo dove un esperto possa operarla e le trattative per poter avviare una collaborazione con una struttura pubblica sono bloccate a causa della pandemia.

Secondo alcuni *report* i progressi nella lotta contro le Mutilazioni Genitali Femminili sono stati in parte annullati dall'emergenza COVID-19 (EIGE 2020), come quelli nella lotta alle violenze contro le donne.

Secondo il rapporto UNFPA (marzo 2020) la pandemia COVID-19 ha aggravato le disuguaglianze di genere e ha aumentato il rischio di violenza di genere (GBV) e il ricorso alle Mutilazioni Genitali Femminili. I rischi maggiori riguardano le ragazze e le donne che vivono in zone difficili da raggiungere dalle organizzazioni che fanno sorveglianza e prevenzione. UNFPA e UNICEF raccomandano di inserire

nei piani di azione contro la violenza e il COVID-19 dei bambini anche le Mutilazioni Genitali Femminili per mantenere l'obiettivo di eliminarle entro il 2030 (raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile SDGs); in caso contrario, potrebbe esserci un aumento di circa due milioni di nuovi casi di Mutilazioni Genitali Femminili. Queste stesse organizzazioni internazionali raccomandano di valutare se, a causa del COVID-19, i servizi dedicati alla mutilazione genitale femminile risultino ancora operativi.

Il rapporto delle Nazioni Unite su violenza di genere pubblicato a ottobre 2020 ha evidenziato che, dall'inizio dell'epidemia COVID, c'è stato un incremento dei casi di femminicidio e di violenza sessuale e domestica per donne e bambini rimasti confinati a casa per lunghi periodi con il loro aguzzino. In molti Paesi sono stati osservati un minor numero di interventi di polizia, la chiusura totale o parziale dei tribunali, l'accesso limitato a linee di assistenza telefonica, la chiusura di rifugi e alloggi sicuri per le vittime; tutto ciò ha aumentato i rischi per donne e ragazze e ha incoraggiato i responsabili di violenze contro di loro.

Tuttavia l'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere (EIGE 2020) ha anche valutato le misure adottate da ciascun Paese dell'UE in difesa delle donne durante la pandemia e ha mostrato che alcuni Paesi hanno introdotto misure speciali per proteggere le donne dalla violenza domestica.

La Spagna ha rafforzato il coordinamento tra i suoi servizi sanitari di polizia e giuridici. L'Irlanda ha stanziato 160.000 euro per rafforzare i rifugi per le vittime e aiutarle a svolgere il lavoro secondo le nuove condizioni di lavoro a distanza. I tribunali irlandesi hanno dato la priorità ai casi di violenza domestica e hanno ampliato le udienze a distanza. La polizia sta controllando le donne che hanno subito violenze in passato. Altri Paesi hanno adattato la legislazione per dichiarare i rifugi per le donne maltrattate "servizi essenziali" e mantenerli sempre accessibili.

Grecia, Finlandia e Portogallo si sono occupati anche di rifugiati e migranti, mentre altri Paesi delle donne delle co-

munità rom e delle donne LGBTIQ+ o con problemi di udito. La campagna spagnola ha sottolineato che la violenza domestica è una violazione dei diritti umani, non una questione privata.

Il COVID-19 ha messo in luce come le società spesso siano impreparate a proteggere le vittime della violenza. Per aumentare la consapevolezza sulla violenza contro le donne è partita la campagna "16 giorni di attivismo contro la violenza di genere", durante la quale importanti edifici in tutto il mondo saranno illuminati di arancione. Il tema della campagna di quest'anno è *Orange the World: Fund, Respond, Prevent, Collect!*

Recentemente l'OMS ha parlato dell'infertilità come malattia, rendendo il suo trattamento una cura medica essenziale. "Ogni essere umano ha diritto a godere del più alto standard raggiungibile di salute fisica e mentale. Gli individui e le coppie hanno il diritto di decidere il numero, i tempi e la distanza dei propri figli. L'infertilità può negare la realizzazione di questi diritti umani essenziali". L'OMS ha dato quindi un messaggio di sostegno ai pazienti che in questo periodo, dettato dall'emergenza COVID-19, hanno visto la chiusura dei servizi di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA). Dalla descrizione degli episodi accaduti ad alcune pazienti e dalla letteratura disponibile si risale facilmente alle seguenti riflessioni: in epoca di pandemia, specialmente nella prima ondata, l'accesso alle cure per patologie più o meno urgenti, non COVID-19, si è reso talvolta difficoltoso, con liste d'attesa lunghissime e appuntamenti annullati e rimandati.

Dalla testimonianza di Maria Grazia Laureano, Presidente dell'Associazione Volontari Ospedalieri (AVO) di Firenze viene confermato che molti pazienti con patologie croniche non hanno potuto accedere alle visite periodiche, a fisioterapia, con conseguenze importanti aggravate dall'immobilità. Chi ha potuto pagare è ricorso alle strutture private, ma chi non ha potuto è stato anche danneggiato ulteriormente dalle condizioni economiche peggiorate a causa della perdita del lavoro o dei ridotti introiti.

Le cose sono state particolarmente difficili per gli stranieri, specialmente quando non conoscevano la lingua, anche semplicemente nel sapere come e a chi rivolgersi per accedere alle prestazioni. Così per gli anziani che hanno avuto difficoltà all'accesso telefonico, per problemi fisici, di udito e di vista (premi 1... premi 2... !) o non sono stati informati sulle modalità di attivazione dei servizi di cura.

*L'OTGC (Organismo Toscano per il Governo Clinico) conferma che tra gli effetti indiretti della pandemia vi sono stati una riduzione degli accessi ai Pronto Soccorso dei pazienti con patologie acute (con un aumento della mortalità per infarto del miocardio ad esempio), il blocco quasi totale delle attività chirurgiche, la chiusura degli ambulatori, l'abbandono dei pazienti più fragili, di quelli con patologie croniche e delle persone con handicap. Il come affrontare tutta questa criticità deve rimanere centrale nel ripensamento del servizio sanitario, mentre dobbiamo fare tesoro di quei miglioramenti organizzativi o gestionali che poche settimane fa ci sembravano impossibili e che si sono realizzati nel corso dell'emergenza, a partire dalla possibilità di ricevere per via telematica ricette e prescrizioni dai medici di base senza dover fare code negli ambulatori, fino al potenziamento della medicina sul territorio, all'assunzione di nuovo personale medico e infermieristico, a un massiccio finanziamento del sistema sanitario.*

*Il documento fa tesoro delle criticità emerse nella prima fase della pandemia e offre pressanti sollecitazioni a accelerare un ripensamento complessivo del sistema sanitario, a livello sia nazionale che regionale. Quali cittadini, abbiamo condiviso la consapevolezza che il virus si sconfigge a partire dal territorio, attraverso cambiamenti e innovazioni sia organizzativi che tecnologici, che richiedono la massima rapidità attuativa e decisionale e un rafforzamento, in termini sia di dotazioni professionali che di politiche di prevenzione e igiene pubblica (Verso una nuova sanità, se saremo capaci di cambiare, 22-5-2020, Franco Alaimo - Cittadinanzattiva Toscana).*

Lucrezia Catania

## Percorsi di Alternanza Scuola-Lavoro

Il rationale che ha guidato i percorsi dell'Alternanza Scuola-Lavoro è stato costruito per avviare gli studenti a comprendere il significato della professione medica, la complessità del sistema sanitario nel suo insieme e l'impegno relazionale con i cittadini pazienti che ciò comporta: uno dei principali obiettivi è stato favorire l'orientamento del giovane perché questi possa comprendere le proprie vocazioni personali, gli interessi e il proprio tipo di apprendimento; qualunque sia la scelta dei giovani, i corsi hanno voluto contribuire alla costruzione di un cittadino consapevole e solidale, attore sociale del benessere collettivo e individuale, risorsa attiva per la società.

### Negli anni 2017-2018 e 2018-2019

L'Ordine di Firenze ha ospitato dagli 80 ai 50 studenti l'anno. Il Progetto si componeva di una parte seminariale presso la sede e di un'esperienza più pratica.

La sezione dedicata ai seminari è stata ampia non solo per le ovvie difficoltà nella frequenza all'interno delle strutture sanitarie, ma anche per una scelta ben precisa indirizzata a favorire nei giovani la necessaria comprensione del fatto che il medico svolge una professione di tipo intellettuale e che lo studio sarà un impegno prioritario e continuo per tutta la vita lavorativa di coloro che intraprenderanno questa strada. I moduli sono stati fondamentali per comunicare ai giovani l'ampio ventaglio dell'articolazione della Sanità: la storia della medicina, del rapporto fra uomo e malattia; l'etica della professione, i principi e valori che, sin dall'antichità, hanno governato la pratica professionale della medicina e impegnano il medico ad agire sempre per il massimo beneficio del paziente; il diritto alla salute, cosa significa e come viene articolato dai governi nel nostro Paese e nel mondo; la medicina del futuro per guardare oltre, verso i nuovi orizzonti scientifici e tecnologici; la medicina

interpretata dai media; le infezioni, le vaccinazioni, per capire vecchie e nuove problematiche di batteri, virus e funghi; i consultori e le ampie funzioni che esercitano nella società; i racconti di vita vissuta (un'esperienza a Lampedusa); gli stili di vita: visioni e raccomandazioni in relazione al rischio oncologico, visioni e raccomandazioni dal punto di vista di un approccio ecologico-sociale al benessere con attenzione ai problemi alcol correlati e relazionali.

La parte pratica è stata svolta con la frequenza ai corsi BLS e l'uso del defibrillatore (presso le Misericordie della Toscana) presso il Trauma Center Pediatrico del Meyer (prime manovre di soccorso ai bambini: ustioni, corpi estranei, altro); nelle strutture della Caritas e di Anelli Mancanti (il mondo della medicina dei migranti e degli indigenti, con le relative problematiche sociali e sanitarie, tipiche della società multiculturale); nella sede della LILT per avere la dimensione di quanto si può fare in prevenzione e riabilitazione nel campo dell'Oncologia.

### Per l'anno 2019 -2020

L'attenzione è stata posta su un orientamento più generale verso il mondo sanitario e sulla necessità che il giovane sia consapevole dell'esistenza delle due professioni di medico e infermiere, definite da spazi diversi e ben distinti fra loro, ognuna con ruoli specifici e ben caratterizzati, con medesima dignità e autonomia rispetto all'altra, necessariamente integrate reciprocamente lungo il percorso sanitario del paziente e all'interno delle organizzazioni sanitarie.

*Curare e prendersi cura* sono due aspetti diversi e fondamentali dell'attività sanitaria che il giovane studente deve comprendere e distinguere a fondo per avere la possibilità di fare la scelta più affine a se stesso. In Sanità un corretto orientamento costituisce un aspetto importante per la gratificazione professionale nell'arco di tutta una vita.

Per la forte integrazione delle due professioni l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze e l'Ordine degli Infermieri Professionali di Firenze e Pistoia hanno deciso di organizzare un percorso congiunto in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, che ha offerto il contesto strutturale oltre che formativo e scientifico.

### Corso con metodologia *peer education* - rivolto a giovani del IV anno dei Licei - anno 2018-2019

La *peer education* (educazione tra pari) è una strategia educativa volta ad attivare la trasmissione di conoscenze e la comunicazione fra pari. Obiettivo è formare un giovane, tramite un corso, su argomenti specifici perché egli diventi educatore paritario e possa intraprendere attività formative con altri suoi pari, compagni di scuola nella fattispecie simili per età, ambiente, esperienze.

Il *peer educator* raccoglie anche domande e dubbi emersi per poi trasmetterli ai professionisti di riferimento, incaricati di dare risposte e specifici chiarimenti.

I corsi hanno riguardato 3 argomenti:

- *sessualità*: orientare i giovani verso le strutture territoriali presenti con attività che invitano a conoscere e frequentare i consultori, a maturare la consapevolezza delle malattie sessualmente trasmesse compreso HIV;
- *vaccini, infezioni*: prevenire l'infezione conoscendola e conoscendone i pericoli (igiene, diagnosi precoce, trattamento precoce e appropriato, vaccini);
- *approccio ecologico-sociale al benessere*: prevenzione di comportamenti a rischio (assunzione di droghe e alcol, consumo di tabacco, guida spericolata, bullismo, violenza, comportamento alimentare non corretto), associata a importanti messaggi di promozione della salute e allo sviluppo di competenze psicosociali e relazionali.

Con questi progetti si è inteso fare

un ulteriore passo in avanti nel percorso dell'Alternanza Scuola-Lavoro: realizzare una figura di giovane particolarmente formato che possa trasmettere all'interno della scuola e fra

pari le capacità acquisite, importanti messaggi di conoscenza scientifica; in sintesi possa rivestire un ruolo attivo all'interno della società, essenziale espressione del significato della paro-

la "lavoro". Questo crediamo il migliore insegnamento e il miglior risultato dell'Alternanza Scuola-Lavoro.

*Federica Zolfanelli*

## Percorso Biologia con Curvatura Biomedica

In alcuni istituti è attivo un percorso di potenziamento-orientamento sperimentale che prevede, dalle terze classi, l'introduzione della disciplina Biologia con Curvatura Biomedica.

Il percorso, di durata triennale, mira a trasmettere agli studenti competenze in campo biologico, grazie anche a pratiche di laboratorio, e a permettere a chi desidera proseguire gli studi in ambito chimico-biologico e sanitario di scegliere con consapevolezza.

Il monte annuale è di 50 ore di cui 40 presso i laboratori dell'istituto (sia con i docenti sia con medici esperti) e 10 – in alternanza scuola-lavoro – presso le strutture sanitarie individuate dagli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Provinciali.

Negli istituti liceali, sia classici che scientifici, a partire dall'anno scolastico 2019-2020 sarà possibile attivare un innovativo e sperimentale indirizzo con curvatura biomedica, che prevede, nel biennio, il potenziamento delle ore di fisica e di scienze naturali e, nel triennio, l'introduzione di ore di Biologia biomedica. Per gli alunni di questo indirizzo è previsto un percorso di alternanza scuola-lavoro presso strutture sanitarie individuate dagli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Provinciali.

Il principale fine di questa sperimentazione è consentire agli studenti di acquisire specifiche competenze in campo fisico-biologico in grado di facilitare loro l'accesso agli studi universitari in ambito medico-sanitario e chimico-biologico. Nello specifico, rispetto all'indirizzo tradizionale, il liceo classico con curvatura biomedica prevede, per il biennio, l'inserimento di due ore di fisica e, per il triennio, il potenziamento delle ore di fisica e l'introduzione dello studio della Biologia biomedica. Il liceo

scientifico con curvatura biomedica, invece, prevede, per il biennio, il potenziamento delle ore di fisica e di scienze naturali e, per il triennio, l'introduzione di ore di Biologia biomedica. Sia per il classico che per lo scientifico tale curvatura biomedica non si limiterà al potenziamento di fisica e biologia, ma coinvolgerà anche le altre discipline scientifiche, come la matematica, implementata con lo studio della logica, e le discipline umanistiche, i cui programmi, ad esempio, presteranno particolare attenzione allo studio dell'etimologia dei termini tecnici del linguaggio medico-scientifico, agli autori che si sono occupati di biologia e medicina e ai paradigmi scientifici.

A seguito dell'Accordo a Firenze è attivo il progetto "Curvatura Biomedica", il quale si prefigge di fornire agli studenti liceali del terzo, quarto e quinto anno che volontariamente decidono di aderire un bagaglio di conoscenze utili per un eventuale percorso universitario e professionale in campo biomedico.

Il progetto prevede che per ogni anno del triennio gli studenti frequentino 50 ore di lezione in più, rispetto a quelle curriculari, di cui 20 tenute dai professori di scienze naturali, 20 da medici individuati dagli Ordini e 10 di frequentazione di strutture sanitarie. Tra gli argomenti di studio, ampio spazio è dedicato all'esame dei diversi apparati: tegumentario, muscolo-scheletrico e cardiovascolare, compresi tessuto sanguigno e sistema linfatico. Durante le lezioni con i medici, però, non mancano le occasioni in cui i ragazzi possono discutere e confrontarsi apertamente anche sul rapporto coi pazienti e sul funzionamento sia del percorso di studi che di quello professionale.

Attualmente a Firenze il percorso formativo è attivo presso il Liceo scientifico "Castelnuovo" e l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze collabora con la scuola segnalando i nominativi di medici disponibili a fare le lezioni previste dal programma ministeriale. In poche parole, si tratta di tenere una serie di lezioni, con materiale didattico già predisposto dal Ministero e in giorni e orari prefissati dal Ministero. Il tutto presso le aule del Liceo "Castelnuovo".

Per permettere a un maggior numero di medici di offrire il loro apporto culturale, i colleghi interessati a partecipare al progetto in qualità di docenti possono manifestare la loro disponibilità scrivendo una mail a [protocollo@omceof.it](mailto:protocollo@omceof.it) con il proprio nominativo, i recapiti per un veloce contatto (mail e cellulare) e il curriculum di studio e professionale.

La partecipazione come docenti a questo progetto è a titolo gratuito, ma il lavoro svolto è considerato utile ai fini ECM. La durata della lezione è 1 ora e 15 minuti.

Per l'Ordine di Firenze il coordinatore del progetto è il dottor Mauro Ucci, al quale è possibile rivolgersi per ulteriori approfondimenti: tel. 336.681050.

Dal punto di vista operativo, questo anno ha comportato per i colleghi e per gli studenti un impegno aggiuntivo legato alla didattica a distanza.

La pandemia in atto ha modificato tutta la struttura didattico-organizzativa con modifica degli orari e dei giorni di docenza. Nonostante questo, il grande impegno dei colleghi ha permesso sia la conclusione del precedente anno accademico che la partenza dell'anno in corso.

Un ringraziamento al corpo docente del Liceo Castelnuovo che ha contri-

buito alla formazione in maniera determinante. Risultati molto positivi e il personale docente della scuola ci tiene a sottolineare che: “Abbiamo attivato il corso di biomedicina tre anni fa (questo è il quarto anno) con due sezioni (tre classi per sezione per un totale di sei classi) del triennio. Il corso ha avuto

una notevole valenza orientativa, infatti, poco meno di un terzo di studenti lo ha abbandonato (soprattutto alla fine del primo anno, in terza). Quindi di solito le classi iniziano con una trentina di alunni e terminano con circa venti persone. Alla fine del primo ciclo di tre anni numerosi studenti del corso

di biomedicina hanno superato il test, confermando la validità del progetto sotto il profilo della preparazione specifica nella disciplina” - professoressa Cristina Sacchi, referente del Liceo Castelnuovo di Firenze.

Mauro Ucci

lettere al direttore

## Il nuovo flusso della mortalità: un cambiamento epocale al quale come medici dobbiamo prepararci non solo per sostenerlo ma per utilizzarlo al meglio

In questa fase storica che tutti stiamo vivendo con grande sofferenza si sta prospettando a breve un cambiamento epocale nell'approccio alla certificazione di morte. Il Ministero dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Interno, ha stilato un testo di Decreto che è all'attenzione del Garante della Privacy, dell'ANCI, nonché delle Regioni, riguardante la digitalizzazione delle cause di morte direttamente da parte dei medici certificatori. Si tratta di un cambiamento che attendevamo da anni, almeno dal Decreto Legge 179 del 2012 con il suo invito a velocizzare il processo di automazione di questo flusso, pure ribadito nel Decreto Rilancio del 19-5-2020.

Il nuovo Decreto prevede un'accelerazione nell'invio agli Enti competenti delle informazioni delle schede di decesso ISTAT (ancora oggi cartacee come previsto dal DPR 285/1990) attraverso procedure informatizzate che si avvalgono della Tessera Sanitaria.

Questa nuova organizzazione impatterà sulle modalità

- di certificazione delle cause di morte da parte dei medici di medicina generale (MMG), dei medici ospedalieri e dei medici necroscopi e legali;
- di gestione dei Registri Nominativi delle Cause di Morte (RENCAM) delle USL, presenti nei Dipartimenti di Prevenzione;
- di informatizzazione del flusso

della mortalità regionale toscano previsto dal Decreto 2159/2011 e di conseguenza sull'operatività del Registro di Mortalità Regionale (RMR) gestito da ISPRO per conto della Regione Toscana e incluso nel DPCM 3-3-2017.

Ma più che altro va sottolineato che rappresenterà una formidabile occasione per i medici, che avranno la possibilità di fornire un ultimo servizio ai pazienti e alle famiglie, ma soprattutto, in migliaia, di lavorare all'unisono pensando i dati certificati così da potersene servire per monitorare e capire meglio le cause di morte in generale e più specificamente gli impatti di questa pandemia, superando gli errori inevitabili di quando persone terze devono trascrivere su sistemi informatizzati i dati tecnici forniti. Ancora, infatti, si discute su quanti siano i decessi da COVID-19 in presenza o meno di comorbidità e quanti siano invece legati alle complicanze emerse negli infettati in presenza o meno di comorbidità (ovvero se un soggetto noto per essere positivo al COVID-19 muore a causa del virus o perché particolarmente fragile) e su quanti e come muoiano in questo periodo coloro per i quali non è noto se siano stati infettati dal virus.

È presumibile che il nuovo flusso, una volta messo a sistema, permetterà:

- un miglioramento nella qualità dei dati informatizzati a livello sia nazionale sia regionale;
- una tempestività maggiore rispet-

to all'attuale prevista a due anni dall'anno evento (Regolamento UE 13338/2008) con disponibilità pressoché immediata di informazioni sulle cause di morte.

Si tratterà comunque di un'impresa non facile, di un impegno convergente da parte di tanti professionisti medici ma anche di vari settori del Sistema Sanitario pubblico, in quanto coinvolgerà pressoché la totalità dei medici operanti nei Sistemi Sanitari Regionali (in Toscana negli ultimi anni più del 50% dei certificati di morte viene stilato a casa o nelle strutture residenziali dai medici di medicina generale, oltre il 40% nelle strutture ospedaliere dai medici che vi lavorano e la parte rimanente da medici necroscopi e legali), i Dipartimenti di Prevenzione che gestiscono i RENCAM previsti dal DPR 285/1990 e quei settori che si occupano di informatizzazione dei flussi e di elaborazioni statistico-epidemiologiche.

Solo se saremo in grado di operare tutti, ognuno con le proprie competenze, saremo in grado di ben monitorare la salute delle nostre popolazioni, di particolare rilievo in questa fase storica segnata dalla pandemia da COVID-19.

Elisabetta Chellini

Responsabile operativo del Registro di Mortalità Regionale toscano;  
Direttore Struttura Semplice di Epidemiologia dell'Ambiente e del Lavoro, Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO), Firenze  
e.chellini@ispro.toscana.it

# La gestione delle maculopatie e le nuove opportunità terapeutiche

a cura di Simone Pancani



**SERGIO BAGLIONI**

Medico di Medicina Generale, Firenze.  
Segretario Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze



**MICHELE FIGUS**

Direttore della Scuola di Specializzazione  
in Oftalmologia, Università degli Studi di Pisa.  
Professore Associato di Malattie dell'Apparato  
Visivo, Università degli Studi di Pisa



**ROSA GINI**

PO Farmacoepidemiologia,  
Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

**TOSCANA MEDICA** - *Quale è in Toscana l'epidemiologia della maculopatia senile?*

**VIRGILI** - La situazione epidemiologica della maculopatia retinica nella nostra Regione può essere ricavata dai dati di una recente indagine condotta da ARS che indicano un *trend* in costante aumento delle iniezioni intravitreali di farmaci, giunte a interessare nel corso del 2019 oltre mille nuovi pazienti. A tali dati si somma il numero sostanzialmente stabile dei primi trattamenti, cioè dei pazienti che iniziano l'*iter* di cura di questa malattia. Inoltre, dal 2015 al 2019 abbiamo registrato un aumento significativo dei casi trattati nel secondo e terzo anno, passati da circa 6.000 a oltre 10.000, segno inequivocabile della chiara tendenza alla cronicizzazione della condizione.

**GINI** - A integrazione di quanto detto adesso dal professor Virgili ricordo che secondo i dati di ARS il numero di nuovi casi dal 2015 si attesta in Regione tra i 3.000 e i 3.300 e di questa popolazione circa il 60% riceve solamente un'unica somministrazione di farmaco in-

travitreale a dosaggio addirittura inferiore alla dose di carico. Un altro 20% riceve una sola dose di farmaco a dosaggio normale durante il primo anno e un'altra coorte ancora prosegue il trattamento anche negli anni successivi.

Appare inoltre interessante notare che l'età di questi soggetti è in progressivo e costante aumento.

**TOSCANA MEDICA** - *Nei pazienti con maculopatia senile esiste un problema significativo di aderenza alla terapia?*

**FIGUS** - Il problema dell'aderenza alla terapia, nel caso sia della maculopatia senile che della maculopatia diabetica, è sostanzialmente legato al fatto che si tratta di condizioni patologiche ad andamento cronico. L'approccio al paziente con maculopatia senile essudativa appare particolarmente complesso e prevede una fase iniziale in cui dobbiamo spiegare chiaramente la condizione e i percorsi di *imaging* necessari per definire la diagnosi. È poi fondamentale fare chiarezza sul fatto che si tratta di una condizione cronica grave per la quale a oggi purtroppo parlare di guarigione è impossibile e che la terapia basata sulle iniezio-



**CLAUDIO MARINAI**

Direttore del Servizio Health Technology  
Assessment di ESTAR



**VITTORIA MURRO**

Ricercatore Malattie dell'Apparato Visivo,  
Dipartimento di Neuroscienze, Psicologia,  
Area del Farmaco e Salute del Bambino  
(NEUROFARBA), Università degli Studi  
di Firenze, AOU Careggi



**GIANNI VIRGILI**

AOU Careggi, Firenze. Dipartimento  
Neurofarba, Università degli Studi di Firenze

ni di farmaci intravitreali può solamente rallentare la sua evoluzione generando un'area fibroatrofica cicatriziale sulla retina responsabile quasi sempre di una diminuzione significativa dell'acuità visiva.

Da questo ben si comprende come sia fondamentale un rapporto di fiducia e collaborazione tra medico e paziente per gestire al meglio un percorso di cura potenzialmente anche molto lungo e dal risultato incerto. Se la fiducia tra i due protagonisti di questa relazione viene a mancare o non viene stabilita nella maniera corretta, il problema della scarsa aderenza alla terapia diventa veramente gravoso.

**MURRO** - Sono d'accordo con quanto adesso affermato e sottolineo che la scarsa aderenza alla terapia e l'abbandono delle cure in parte possono essere imputati anche alle difficoltà organizzative che negli anni le nostre strutture incontrano nella gestione pratica di queste situazioni, come ad esempio le difficoltà di programmare gli appuntamenti per esami diagnostici e procedure intravitreali.

**MARINAI** - Il problema della mancata adesione a queste terapie, come chiaramente evidenziato da ARS, è di particolare importanza per il Sistema Toscano. Alla mancata efficacia terapeutica si somma infatti il problema economico. Si iniziano terapie costosissime per poi non concludere il ciclo di cura, perdendo quindi un'occasione di salute con costi elevati.

**TOSCANA MEDICA** - *In Toscana quale è oggi il protocollo più seguito nell'approccio alle maculopatie?*

**VIRGILI** - I dati di ARS relativi all'impiego dei farmaci usati nella terapia della maculopatia dimostrano che a oggi in Toscana non esiste una modalità *standard* di trattamento, come del resto succede in molti altri Paesi, a eccezione forse della Gran Bretagna dove però i pazienti entrano più tardi in contatto con il servizio sanita-

rio pubblico rispetto a quanto accade nella nostra realtà.

A mio parere occorre lavorare sull'offerta ai pazienti di un accesso quanto più agevolato possibile al percorso di cura e contemporaneamente sulla garanzia del massimo di efficacia della terapia.

Nell'ottica della migliore razionalizzazione delle risorse nella nostra Regione è emersa la tendenza a strutturare schemi di intervento che, dopo le iniezioni intravitreali eseguite durante il primo anno di ingresso dei pazienti nel sistema, considerino solamente i tempi delle eventuali procedure successive e non quelli dei controlli clinici per la valutazione dei risultati ottenuti.

Ovviamente questa impostazione richiede una trasformazione delle modalità organizzative della nostra attività fino a ora basata essenzialmente sulla sequenza "infiltrazione - controllo clinico - eventuali ulteriori infiltrazioni".

Bisogna inoltre sottolineare che la sospensione delle procedure dovuta alla pandemia ha determinato peggioramenti della situazione in alcuni pazienti a causa della protratta mancata sorveglianza e questo, più in generale, ci deve far riflettere su quale debba essere l'approccio complessivo alle condizioni patologiche ad andamento cronico.

**GINI** - Anche se i dati di ARS relativi al periodo COVID di cui parlava adesso il professor Virgili non sono definitivi, alcuni elementi di interesse sono al momento evidenziabili. In primo luogo, si nota che nei mesi di marzo e aprile le iniezioni intravitreali, seppure fortemente ridotte, non si sono azzerate e alla fine di giugno sono state circa i tre quarti di quelle effettuate nei tre anni precedenti. Ovviamente sarà poi necessario valutare l'andamento della situazione nel corso del secondo semestre dell'anno per capire se abbiamo avuto realmente un numero minore di nuovi pazienti o una riduzione delle procedure nei soggetti che iniziavano un ciclo di terapia oppure un abbandono significativo

da parte di chi era già inserito nel ciclo di cura.

**TOSCANA MEDICA** - *Nella terapia delle maculopatie si usano oggi anche gli anticorpi anti-VEGF. Cosa sono e come agiscono queste molecole?*

**FIGUS** - Il VEGF è un fattore di crescita endoteliale che favorisce la neoangiogenesi a livello retinico e, in particolare, la formazione di neovasi patologici a livello maculare. Gli anticorpi di cui stiamo parlando bloccano il legame tra il VEGF e il suo recettore, in pratica annullandone l'azione e in più favorendo il riassorbimento dell'edema locale.

Purtroppo, l'emivita di queste molecole è relativamente breve e per questo è necessario ricorrere a procedure ripetute al fine di mantenere l'attività del VEGF prodotto dalla retina malata il più ridotta possibile. Questo tipo di terapia, al momento la migliore disponibile, molto più efficace di quelle precedentemente utilizzate, permette almeno in parte di rallentare la progressione di una malattia che comunque presenta un andamento tipicamente cronico.

La ricerca adesso si sta indirizzando verso l'individuazione di molecole in grado di consentire un migliore controllo della malattia con la riduzione del numero delle iniezioni intravitreali oppure con nuovi meccanismi di rilascio del farmaco a livello della retina malata.

I miglioramenti attesi non potranno che procurare beneficio all'organizzazione dei nostri servizi e dal punto di vista della probabilità per i pazienti di sviluppare complicanze (rare ma possibili) in seguito alla somministrazione nel vitreo dei farmaci.

A oggi secondo me il migliore schema di cura è il cosiddetto *treat and extend* il cui razionale consiste essenzialmente, come già ricordato, nel gestire la cadenza delle somministrazioni secondo un criterio temporale e non in base all'evoluzione clinica della malattia. Infiltrare infatti una retina in un contesto di progressio-

ne di malattia positivo e causare una complicazione potrebbe creare problematiche di natura sia etica che medico legale.

Secondo la mia esperienza i migliori risultati nel trattamento della maculopatia in Toscana sono stati ottenuti nel periodo in cui, secondo apposita delibera regionale, eravamo "obbligati" a effettuare sette procedure nel primo anno di presa in carico di questo tipo di pazienti.

**TOSCANA MEDICA** - *Cosa succede se per vari motivi (ad esempio, la scarsa aderenza del paziente alla terapia) il trattamento viene sospeso?*

**VIRGILI** - In maniera molto schematica potremmo dire che la sospensione della terapia lascia inevitabilmente campo libero alla progressione di malattia. Analizzando la questione in modo più approfondito possiamo affermare che in linea di massima un paziente su tre oggi riesce a rispondere molto bene alla terapia con un numero molto ridotto di iniezioni. In questa coorte di soggetti, dopo il primo anno di cura, esiste una possibilità su dieci di dover rientrare nel sistema entro un anno. Appare pertanto di fondamentale importanza disporre di adeguati modelli organizzativi di monitoraggio a lungo termine strutturati possibilmente a livello di rete, senza dimenticare che gli strumenti per il *follow-up* di queste malattie, come per esempio la Tomografia Ottica Computerizzata (OCT), hanno ormai raggiunto una diffusione capillare anche a livello territoriale.

**MARINAI** - Concordo pienamente con Virgili, la risposta alla mancata aderenza non può che essere una forte programmazione da condividere con il paziente e gli eventuali *caregiver*.

**TOSCANA MEDICA** - *Tornando ai farmaci anti-VEGF, quale è il loro profilo di sicurezza?*

**MURRO** - Si tratta di farmaci sostanzialmente sicuri. Nei giorni suc-

cessivi al trattamento intravitreale possono comparire arrossamento congiuntivale o sofferenza corneale per lo più imputabili alle soluzioni disinfettanti impiegate per ridurre il rischio infettivo locale.

Le complicanze vere e proprie legate all'uso delle molecole anti-VEGF sono invece per lo più di tipo infettivo e possono coinvolgere strutture e tessuti vari dell'occhio causando un quadro clinico di endoftalmite. Spesso sono i pazienti stessi a favorire queste situazioni stropicciandosi, per il fastidio, l'occhio trattato magari senza aver lavato le mani oppure usando fazzoletti non puliti.

In una percentuale molto bassa di casi possiamo poi riscontrare ulteriori complicanze come emorragia intraoculare o distacco di retina.

Cautela deve essere inoltre impiegata quando si decide di trattare con terapia anti-VEGF pazienti affetti da patologie cardiovascolari, soprattutto se con una storia recente di eventi di tipo ischemico.

**TOSCANA MEDICA** - *Alla luce di tutto quello che è stato detto finora, è possibile riassumere quali caratteristiche dovrebbe avere la terapia ideale per la presa in carico di queste condizioni?*

**MURRO** - Dalle terapie del futuro ci aspettiamo essenzialmente una maggiore durata dei tempi di azione e una riduzione del numero delle iniezioni intravitreali, al fine di garantire la massima aderenza possibile alla cura e un accesso realmente razionale ai servizi.

**FIGUS** - Sono d'accordo con quanto detto dalla dottoressa Murro e aggiungo che un progresso notevole nella cura della maculopatia sarà raggiunto quando disporremo di molecole capaci di bloccare e non solo ritardare e/o limitare la produzione di VEGF a livello della retina e in questo modo di ridurre il fenomeno dell'essudazione locale.

**VIRGILI** - In attesa delle scoperte veramente in grado di imprimere una

svolta decisiva alla storia clinica di una determinata malattia, secondo me nel caso della maculopatia buoni risultati possono essere ottenuti anche gestendo in maniera diversa queste condizioni.

Pertanto anche in Toscana ci si dovrebbe muovere nel senso di passare da un sistema gestionale basato sulla diagnosi a un altro centrato fondamentalmente sulla terapia. Questo significa modificare anche e soprattutto l'organizzazione del nostro lavoro con tutto quello che ne consegue.

Prendiamo ad esempio la situazione di Careggi. Al CTO noi disponiamo di un'ampia area diagnostica in grado di gestire numeri importanti di pazienti su turni mattutini e pomeridiani. I locali destinati alla terapia sono invece nella zona per la chirurgia ambulatoriale, distante dalla precedente, e questo ad esempio rende oggettivamente difficile eseguire un determinato trattamento contestualmente alla sua diagnosi. Anche nelle nostre realtà dobbiamo quindi lavorare per spostare energie e risorse dall'attività di diagnosi a quella di cura per ridurre, nel caso specifico delle maculopatie, il sottotrattamento purtroppo ormai ben conosciuto anche a livello internazionale.

**TOSCANA MEDICA** - *La maculopatia, abbiamo sentito, è una malattia cronica con anche un problema rilevante di scarsa aderenza alla terapia. Ecco, quindi, l'importanza della medicina generale i cui professionisti seguono per anni pazienti e familiari. Dottor Baglioni, quale è il vostro ruolo in queste situazioni e quale potrebbe essere il miglior modo di comunicazione tra voi e gli specialisti di riferimento?*

**BAGLIONI** - Come in tutte le malattie croniche il nostro contributo si struttura essenzialmente a livello di precocità di diagnosi e, nelle fasi successive della storia clinica, di un supporto al paziente per lo più di ordine conoscitivo ed emozionale.

Credo che una questione importante sia favorire l'identificazione pre-

coce dei soggetti a rischio da parte dei medici di medicina generale così da indirizzare queste persone il prima possibile dalla specialista, anche con un semplice test di Amsler.

In seguito, possiamo seguire il paziente nel suo percorso di cura, informandoci sull'andamento dei trattamenti e spiegandone razionale, tempi e modi, in maniera che il paziente si senta sostenuto e inserito all'interno di una rete in cui lavorano professionalità diverse alla risoluzione dei suoi problemi. Ormai è infatti dimostrato che un paziente correttamente informato e motivato tende ad aumentare in maniera significativa nel tempo la propria aderenza alla terapia. Ovviamente per raggiungere questi risultati è fondamentale che medici di famiglia e specialisti siano messi nelle condizioni migliori per scambiarsi informazioni e suggerimenti, cosa che purtroppo a oggi in molti casi per molteplici motivi non sempre concretamente si realizza.

**TOSCANA MEDICA** - *A seguito dell'intervento del dottor Baglioni, una domanda per gli specialisti: quanto è importante la comunicazione con i colleghi della medicina generale nella gestione dei vostri pazienti?*

**MURRO** - Si tratta di un momento di fondamentale importanza, soprattutto quando parliamo di precocità della diagnosi. Il medico di famiglia, infatti, conosce a fondo e sa ascoltare i propri pazienti più di ogni altro e per questa ragione è indispensabile quando si tratta di inquadrare correttamente una sintomatologia magari ancora sfumata. Inoltre, per il proprio rapporto con loro, egli può seguire i pazienti lungo un percorso lungo e complesso, in grado di durare degli anni nel caso della maculopatia, al pari di qualsiasi altra condizione cronica.

**FIGUS** - Il medico di medicina generale rappresenta sempre e comunque il ponte che unisce pazienti, famiglie e specialisti nella gestione di una patologia cronica, garantendo in ogni

momento un sostegno complessivo che certamente aumenta e fortifica l'aderenza alla terapia.

Purtroppo, però, spesso i colleghi della medicina generale non vengono compiutamente messi a conoscenza dell'operato degli specialisti sui loro pazienti, essenzialmente, nel caso della maculopatia, per mancanza di tempo e per una non ottimale organizzazione dell'impegnativo lavoro clinico, diagnostico e terapeutico oltre che amministrativo.

**TOSCANA MEDICA** - *Dottor Baglioni, dopo quanto detto dagli specialisti, come è il suo rapporto con loro?*

**BAGLIONI** - Diciamo "difettoso", ovviamente senza voler dare la colpa a nessuno! Il fatto è che tutti siamo oggi stressati da mille attività che sempre più spesso ci allontanano dalla clinica e dall'ascolto dei pazienti. In questo senso sarebbe bello disporre di un'organizzazione del lavoro capace di liberarci da mille incombenze oggi d'intralcio nelle nostre giornate, ad esempio poter contare su personale amministrativo o infermieristico a lavoro nei nostri studi. Alla fine, le spese sostenute potrebbero garantire una più elevata appropriatezza dei risultati clinici e un miglioramento sostanziale dell'intero sistema di assistenza che ruota intorno alla gestione di qualsiasi patologia cronica.

**TOSCANA MEDICA** - *Tutti i concetti fino a ora esposti finiscono inevitabilmente per condurre a ben noti concetti di farmacoeconomia, quali l'appropriatezza delle scelte adesso ricordata dal dottor Baglioni e la sostenibilità degli interventi proposti da parte dei servizi sanitari. In quest'ottica, nel caso della maculopatia, quale è il rapporto costo-beneficio dei nuovi farmaci?*

**VIRGILI** - Credo che i margini di risposta a questa domanda riguardino i medici in maniera limitata, entrando in gioco molti altri fattori di carattere prettamente farmacoeconomico, regolatorio e relativi ai rapporti con l'industria che hanno

ben poco a che fare con la nostra attività di clinici e molto più con il piano strettamente "istituzionale".

Comunque, i dati oggi a nostra disposizione, ricavati essenzialmente dalle esperienze provenienti dalla Gran Bretagna, dimostrano che il rapporto costo-beneficio dei farmaci impiegati nella cura della maculopatia è complessivamente favorevole.

Ovviamente la questione della sola spesa per i farmaci deve essere inquadrata in un sistema assai più complesso di rete assistenziale, il quale "costa" anche, ad esempio, in termini di informatizzazione per lo scambio di conoscenze e risultati e di gestione dei Centri per la riabilitazione dei pazienti, attivati presso le principali Aziende universitarie ma anche altrove.

**MURRO** - Secondo me nella gestione della maculopatia sarebbe necessario programmare e attivare strategie a lungo termine perché queste, dopo gli inevitabili costi iniziali, porterebbero risultati importanti nel campo dell'appropriatezza e della sostenibilità degli interventi. Garantire a quanti più soggetti possibile la conservazione di una soddisfacente funzionalità visiva significa infatti avere nel tempo anziani complessivamente più autonomi e meno bisognosi di eventuali supporti socio-assistenziali. Come diceva il professor Virgili, ovviamente non possono essere i medici da soli a gestire queste tematiche!

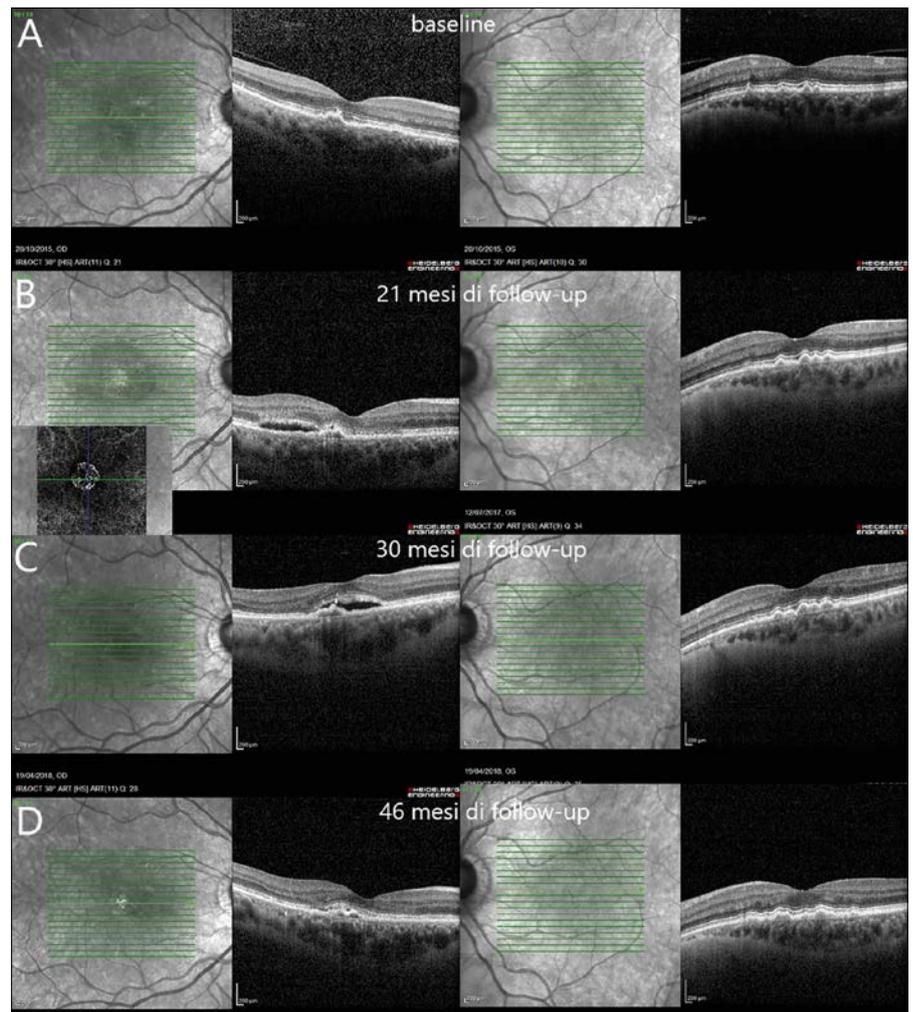
**MARINAI** - Credo importante cambiare il paradigma di queste terapie come sottolineato da Virgili. Siamo di fronte al ben noto binomio: aumento delle necessità di cura - disponibilità di risorse limitate. La risposta deve di necessità passare attraverso una profonda riorganizzazione di tutto il Sistema. Quando la ricerca ci metterà a disposizione terapie più efficaci, anche dal punto di vista organizzativo (minori somministrazioni), valuteremo l'offerta con attenzione (ricordo che questo settore farmacologico rappresenta un campo minato con strascichi giudiziari ancora in corso). Nel frattempo, le soluzioni che stia-

mo sperimentando nel contesto COVID-19, in particolare per esempio alcuni *software* per le prenotazioni (tamponi), forse potrebbero essere un'opportunità per favorire la continuità di queste terapie.

**FIGUS** - Concordo completamente con i colleghi e vorrei sottolineare quanto siano importanti in ottica farmacoeconomica tutti gli interventi, necessariamente costosi, in grado in qualche modo di incidere sui costi indiretti legati alla maculopatia (giornate di lavoro perse, carico assistenziale su parenti e *caregivers*, ausili per la gestione della scarsa funzionalità visiva se non addirittura della cecità, trattamento degli stati di disagio psicologico connessi alla condizione di malattia ecc.).

Ovviamente all'inizio qualsiasi novità terapeutica in arrivo sul mercato non può che avere un costo elevato, tale da garantire un ritorno all'industria che ha impiegato ingentissimi capitali per la sua creazione e commercializzazione. Per questo, in una pura logica di mercato, non mi stupisce che farmaci capaci di gestire il VEGF assai meglio di quanto sia stato possibile fino a ora comportino un impegno economico importante sui servizi sanitari.

Un argomento che secondo me presto dovrà essere preso in attenta considerazione è l'eventuale estensione delle indicazioni all'impiego di queste nuove molecole: in altre parole quanti pazienti potremo ragionevolmente trattare continuando a garantire la sostenibilità dell'intero Sistema?



**Figura 1 – Immagine in OCT (Optical Coherence Tomography) strutturale e fotografia del fondo oculare di una paziente di 65 anni affetta da maculopatia senile.**

A) OCT strutturale e fotografia del fondo oculare dell'occhio destro (od) e sinistro (os) al *baseline*. B) OCT strutturale dopo 21 mesi di *follow-up*: la paziente sviluppa una neovascolarizzazione coroideale (cnv) nell'od. L'esame OCT strutturale mostra la presenza di fluido sottoretinico mentre l'OCT angiografia (immagine in basso) mostra la presenza di una rete vascolare con flusso anomalo a livello della coriocapillare compatibile con una cnv nell'occhio destro. C) OCT strutturale dopo 30 mesi di *follow-up*. D) OCT strutturale dopo 46 mesi di *follow-up* mostra il completo riassorbimento del fluido sottoretinico nell'od mentre l'os non mostra sostanziali cambiamenti rispetto al *baseline*. La paziente è stata trattata con 12 iniezioni intravitreali di ranibizumab durante l'intero *follow-up*; visus od 8/10; visus os 10/10.

*Sergio Baglioni, Michele Figus, Claudio Marinai, Vittoria Murro, Gianni Virgili dichiarano di non aver relazioni di tipo economico o personale che possano influenzare le proprie dichiarazioni.*

*Rosa Gini ha dichiarato di aver ricevuto speaker onorari - la sua istituzione conduce studi di farmacoepidemiologia finanziati da aziende farmaceutiche aderenti al Codice di Condotta ENCePP. In particolare, sono in essere studi riguardanti prodotti di Novartis, Eli Lilly, Daiichi Sankyo, Leo Pharma.*

# Colecistectomia in *day surgery*

## Esperienza preliminare

di Alessandro Anastasi, Barbara Bartalucci, Andrea Bellacci, Domenico Frontera, Giuditta Spagni

In 62 soggetti selezionati è stata realizzata la videolaparocolecistectomia in *day surgery*. Il protocollo è stato rispettato nel 93% dei casi, con durata media d'intervento di 52 minuti, una complicità intraoperatoria prontamente risolta, una riammissione. Il livello di soddisfazione dei pazienti è stato elevato. Il modello organizzativo è attuabile in sicurezza, in presenza di un *team* chirurgico-anestesiologico ben integrato e può contribuire al contenimento dei costi sanitari.

**Parole chiave:**  
litiasi biliare, laparoscopia, colecistectomia, *day surgery*, morbilità

La colelitiasi presenta un'alta prevalenza nella popolazione (10-15%). Nel nostro Paese sono oltre 2,5 milioni i soggetti interessati, con una incidenza di oltre 135.000 nuovi casi l'anno; la frequenza aumenta con

l'età e interessa prevalentemente il sesso femminile: circa il 25% delle donne e il 12% degli uomini ne sono colpiti a 60 anni. La malattia comporta elevati costi sociali: nel 2015 la spesa si aggirava, in Italia, intorno agli 800 milioni di euro.

### Trattamento

La colelitiasi sintomatica richiede la colecistectomia, attualmente realizzata con tecnica mininvasiva videolaparoscopica, *gold standard* per il trattamento di questa patologia. La laparotomia tradizionale conserva comunque un suo ruolo in presenza di condizioni particolari che possono controindicare lo pneumoperitoneo, quali la concomitanza di morbilità cardiorespiratorie importanti e la pregressa chirurgia addominale estesa.

La videolaparocolecistectomia è stata eseguita per la prima volta nel 1987 in Francia, poi si è rapidamente diffusa per via dei suoi vantaggi rispetto alla procedura "aperta": riduzione dei tempi di degenza ospedaliera, minore dolore postoperatorio, bassa incidenza di infezioni nosocomiali, alleviamento dello stress psicologico di pazienti e familiari, ridotti costi sociosanitari. I risultati ottenuti hanno fatto ipotizzare, già nel 1991, l'attuazione della "degenza breve" con ricovero dei pazienti nella stessa giornata dell'intervento e dimissione dopo poche ore di osservazione, senza pernottamento (*day surgery*), pur con la garanzia della qualità dell'assistenza; le prime esperienze specifiche sono state avviate alla fine degli anni '90 in centri scandinavi e americani, anche se in questa fase il maggior numero di operati ha pernottato in apposite strutture alberghiere pros-



ALESSANDRO ANASTASI  
Direttore di Chirurgia Generale  
dell'Ospedale San Giovanni di Dio  
di Firenze, sede del centro di riferimento  
per la Chirurgia del Pancreas dell'Azienda  
USL Toscana-Centro. Si interessa  
di Chirurgia Oncologica eseguendo  
interventi sia con tecnica mininvasiva  
laparoscopica sia con tecnica tradizionale  
per i tumori di stomaco, fegato,  
pancreas, vie biliari e colon-retto

BARBARA BARTALUCCI, ANDREA BELLACCI,  
DOMENICO FRONTERA, GIUDITTA SPAGNI  
Dirigenti Medici S.C. Chirurgia Generale,  
Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio,  
Firenze, Azienda USL Toscana-Centro

sime agli ospedali. Studi successivi hanno dimostrato l'affidabilità e la sicurezza della colecistectomia laparoscopica in regime di *day surgery*, grazie all'esperienza chirurgica e anestesiológica acquisita e all'implementazione tecnologica (sistemi di visione, dissezione e coagulazione sempre più sofisticati): negli ultimi anni sono state riportate elevate percentuali di dimissioni nella stessa giornata (fino all'89,1%), a fronte di incidenze ridotte di conversione laparotomica (fino a 2,9%), di mortalità (fino a 0,13%), di complicanze intraoperatorie (fino all'1,9%) e di riammissioni (fino al 10%), pur rilevando una morbilità postoperatoria estremamente variabile nelle varie esperienze (0-19%).

Tuttavia, vi è stato un ritardo nella diffusione di tale modello organizzativo, con ampie variazioni – nello stesso Paese – tra chirurghi, ospedali e regioni. La percentuale di colecistectomia videolaparoscopica in *day surgery* oscilla, negli studi più recenti, tra il 43 e il 95%; le motivazioni non sono chiare, ma spesso riflettono un'incapacità organizzativa e una difficoltà a seguire linee guida specifiche. In realtà, per una buona riuscita

dell'intervento in regime di ricovero giornaliero sono fondamentali una rigorosa selezione dei pazienti, che devono essere motivati e strutturalmente non obesi, e una dettagliata tecnica chirurgica.

Anche in Italia vi è un ritardo nell'affermazione del nuovo modello organizzativo, malgrado una bassa percentuale (circa 5%) di conversione in ricovero ordinario riportata nelle esperienze finora avviate; la maggior parte dei chirurghi privilegia la *one day surgery*, con dimissione dopo una notte di degenza, ritenendo prudente l'osservazione prolungata nel timore che si possa manifestare una complicanza grave quale l'emorragia, la lesione delle vie biliari o la perforazione intestinale. In realtà, varie *review* hanno dimostrato che le complicanze richiedenti un reintervento d'emergenza occorrono in misura trascurabile (< 1% per lesioni della via biliare e < 0,5% per le emorragie arteriose) e comunque sono state osservate durante la procedura operatoria o nelle 4-6 ore immediatamente successive o, nel caso delle vie biliari, anche a distanza di alcuni giorni.

Presso la Struttura Operativa di Chirurgia Generale dell'Ospedale San Giovanni di Dio di Firenze da circa 2 anni è realizzata la colecistectomia laparoscopica in regime di *day hospital*, su pazienti opportunamente selezionati con un attento percorso di preospedalizzazione. Tale progetto è stato supportato da 4 elementi: i risultati positivi (bassa incidenza di complicanze, ottima *compliance* degli operati) ottenuti, negli anni, dopo colecistectomia in *one day surgery*; la disponibilità di personale chirurgico-anestesio-logico e delle professioni sanitarie addestrate e motivate; la possibilità concreta di smaltire le lunghe liste di attesa dei soggetti candidati all'intervento; la disponibilità di un reparto dedicato nel quale, in caso di necessità, è possibile trasformare il ricovero in ordinario.

### Protocollo personale

Per realizzare questo tipo di attività chirurgica in sicurezza, ci siamo do-

tati di rigidi parametri di valutazione: clinici, socio-familiari e logistico-organizzativi. La selezione è affidata a 2 figure, chirurgo e anestesista, al fine di ridurre al minimo (obiettivo < 5%) la necessità, nel postoperatorio, di prolungare la degenza. I criteri di reclutamento dei soggetti candidabili a *day surgery* includono:

#### 1. clinici:

- età compresa tra 18 e 75 anni,
- paziente motivato e ben informato (consenso informato),
- anamnesi negativa per reazioni avverse a precedenti procedure anestesio-logiche,
- basso rischio anestesio-logico (classi ASA I-II),
- previsione di durata massima d'intervento: 90 minuti (preferibilmente < 60 minuti),
- seduta operatoria antimeridiana con conclusione intervento entro 12 ore;

2. socio-familiari: presenza, al colloquio informativo, di un familiare o accompagnatore affidabile, in grado di recepire le motivazioni della dimissione precoce, disponibile ad assistere il paziente al proprio domicilio nelle 24 h successive alla dimissione e avvertire la struttura ospedaliera in caso di necessità;

#### 3. logistici:

- domicilio a distanza accettabile dall'ospedale,
- possesso di telefono fisso o mobile, per contatti con l'*équipe* chirurgica.

### Criteri di esclusione

- Obesità (Indice di Massa Corporea > 30).
- Stato d'ansia o disturbi psichici.
- Presenza di comorbidità importanti (ASA III).
- Progrediente chirurgia maggiore sull'addome superiore.
- Precedenti ricoveri per litiasi biliare complicata (colecistite acuta, colangite, ittero, pancreatite).

### Preospedalizzazione

Il soggetto ritenuto idoneo a chirurgia in *day surgery* viene informato dal chirurgo, in occasione del-

la prima visita ambulatoriale, sulla metodologia di ricovero. È quindi convocato, qualche settimana prima dell'intervento, per esami ematici generali, ECG ed eventuale radiogramma toracico. Durante il successivo incontro con l'anestesista il paziente viene ulteriormente informato del protocollo, cui la partecipazione è volontaria: se non accetta la dimissione in giornata, rimarrà ricoverato per almeno una notte (*one day surgery*).

### Anestesia

L'intervento è eseguito in anestesia generale bilanciata, usando farmaci a rapido smaltimento e scarsi effetti collaterali con l'obiettivo principale di ridurre nausea e dolore, cause di possibile prolungamento del ricovero. Il mantenimento del blocco profondo continuo permette un ridotto assorbimento di CO<sub>2</sub> con minori effetti sul paziente, oltre a migliorare la visibilità del campo operatorio e a utilizzare una ridotta pressione intraperitoneale che si traduce in minore dolore postoperatorio.

### Intervento

È il primo programmato della giornata, nell'ambito di una seduta dedicata alla *short stay surgery*, con orario d'inizio indicativo alle 8:30; la durata è in media di 1 ora.

La tecnica prevede 4 accessi addominali (2 da 10 mm e 2 da 5 mm) o, in casi selezionati, 3 accessi da 3 mm e 1 da 10 mm (minilaparoscopia) in grado di garantire un migliore risultato estetico e minore dolore postoperatorio. Lo pneumoperitoneo è assicurato da basse pressioni (8-9 mmHg) rispetto a quella abituale (10-12 mmHg), per ridurre i rischi legati all'insufflazione di CO<sub>2</sub> e l'intensità del dolore postoperatorio. Al termine della procedura sono utilizzati, per la sintesi cutanea delle ferite chirurgiche, cerotti adesivi *steristrip*. Non viene posizionato alcun catetere vescicale, il sondino naso-gastrico è utilizzato solo di necessità (detsensione gastrica) e comunque rimosso a fine intervento, un drenaggio sottopatico può essere lasciato in base ai reperti intraoperatori. L'infiltrazione

degli accessi chirurgici con soluzione anestetica, prima e dopo l'intervento, permette di ridurre ulteriormente il dolore al risveglio dall'anestesia.

### Postoperatorio

Al rientro in reparto il paziente è osservato e monitorato con rilevamento dei parametri vitali (PA, FC, satO<sub>2</sub>, diuresi) e del dolore (con scala VAS) ogni 2 ore; viene eseguita una profilassi del dolore e della PONV (nausea e vomito postoperatori) con somministrazione parenterale di comuni analgesici e antiemetici a orari prestabiliti. A 4 ore dall'intervento sono effettuati esami ematici di controllo, è sospesa l'infusione endovena di fluidi e viene incoraggiata la mobilizzazione attiva. In assenza di nausea o vomito, l'operato è invitato ad assumere liquidi a 4 ore e una dieta solida leggera a 6 ore. *Dimissione*: avviene entro 7-10 ore dal termine dell'intervento ed è subordinata al ripristino di tutti i riflessi vitali e delle funzioni psico-fisiche del paziente; sono mandatarie per la dimissione:

- condizioni cliniche generali e addominali soddisfacenti;
- paziente lucido e orientato;
- emodinamica stabile;
- dolore non severo, tollerabile e comunque ben controllato dagli analgesici;
- nausea assente o lieve, non vomito;
- deambulazione senza difficoltà e senza vertigini;
- alimentazione orale tollerata;
- intervento di breve durata, senza complicazioni;
- non sanguinamento dalle ferite chirurgiche e dall'eventuale drenaggio;
- esami ematici di controllo nei limiti.

All'atto della dimissione è rilasciata una relazione, indirizzata anche al medico di famiglia, con una serie di precise istruzioni postoperatorie, le opportune prescrizioni farmacologiche compreso l'analgesico da assumere per il controllo del dolore, i consigli dietetici, il recapito telefonico del medico *tutor* per riferire in tarda serata e all'indomani le proprie condizioni cliniche, il recapito telefonico del chirurgo di guardia continua al quale rivolgersi in caso di necessità, la data della successiva visita

di controllo ambulatoriale a circa 1 settimana dalla dimissione. L'operato viene comunque invitato a presentarsi nel presidio a 48 ore dalla dimissione, per esami ematici di controllo.

### Risultati preliminari

Riportiamo i risultati ottenuti nei primi 62 soggetti operati applicando il nuovo modello organizzativo, su un totale di 605 videolaparocolecistectomie realizzate tra febbraio 2018 e dicembre 2019. Si trattava di 25 uomini e 37 donne, arruolati presso la nostra struttura secondo i criteri selettivi sopradetti; l'età mediana era di 68 anni (*range* 27-75).

La durata media dell'intervento è stata di 52 minuti, con variazioni da 30 a 97 minuti. Alla colecistectomia è stata associata, in un caso, un'annessotomia destra per neoplasia cistica. Sotto il profilo anestesilogico, il decorso intraoperatorio e il risveglio sono stati sempre regolari salvo un caso di bradicardia sinusale comparsa all'induzione dello pneumoperitoneo, prontamente regredita con atropina 0,5 mg e un altro caso di broncospasmo al termine dell'anestesia, risolto rapidamente con broncodilatatori.

Si è resa necessaria la conversione laparotomica in un caso (1,6%) a causa di lesione accidentale della via biliare principale, per la quale si è proceduto a riparazione e posizionamento endoscopico di protesi biliare, con successo. A eccezione di questo caso, per il quale è stato necessario il prolungamento della degenza, non abbiamo osservato mortalità perioperatoria né complicanze nell'immediato postoperatorio. La gestione del dolore è stata agevole; un solo paziente ha richiesto una dose suppletiva di FANS (farmaci anti-infiammatori non steroidei), con beneficio. Anche il controllo di nausea e vomito è stato efficace; soltanto 2 operati hanno accusato nausea importante o vomito postoperatori, regrediti dopo somministrazione di antiemetici.

Il recupero funzionale è stato raggiunto nel giro di poche ore, confermato dalla mobilizzazione attiva e dalla ripresa dell'alimentazione orale entro 4-7 ore, che hanno riguardato la totalità degli operati.

Sono rientrati al proprio domicilio il giorno stesso dell'intervento 58 soggetti, a 7-10 ore dalla procedura operatoria (media 8,32); altri 3 sono stati dimessi al mattino successivo, malgrado le buone condizioni, per altri motivi: 2 hanno chiesto di rimanere in ospedale fino all'indomani, un terzo ha comunicato tardivamente di abitare con familiare incapace di comunicare per telefono in caso di necessità. Il protocollo è stato quindi rispettato nel 93% dei casi. Soltanto per 1 paziente sono stati necessari, dopo 3 giorni, la riammissione in ospedale e il reintervento per coleperitoneo da perdita di piccolo dotto del letto colecistico. Con approccio laparoscopico si è proceduto a drenaggio e chiusura con *clip* del duttolo biliare aberrante; il successivo decorso è stato regolare. La morbilità maggiore post-dimissione è stata quindi dell'1,7%. Abbiamo anche osservato, a distanza di qualche giorno, 3 complicanze minori: 2 infezioni di ferita, guarite rapidamente con terapia conservativa e 1 episodio febbrile breve, regredito dopo antibioticotapia.

Al controllo ambulatoriale postoperatorio, complessivamente tutti gli operati si sono dichiarati soddisfatti, in considerazione dell'assenza di dolore, della possibilità di sostenere un'alimentazione regolare e della ricquisita capacità di svolgere le normali attività, confermando costantemente i brevi tempi di recupero alla vita ordinaria e di ripresa del lavoro.

### Conclusioni

Anche la nostra esperienza conferma, in linea con i rilievi della letteratura, che la colecistectomia videolaparoscopica in regime di *day surgery* è procedura realizzabile in sicurezza e può essere considerata trattamento elettivo in soggetti attentamente selezionati, nel contesto di un'ottimale organizzazione ospedaliera e in presenza di un *team* chirurgico-anestesilogico ben addestrato.

Grazie alla ridotta degenza ospedaliera e ai risultati complessivi ottenuti, il modello organizzativo può coniugare la soddisfazione degli operati con il contenimento dei costi sanitari.

alessandroanastasi1957@gmail.com





**PROF. MANFREDO  
FANFANI**  
**RICERCHE CLINICHE**

Piazza della Indipendenza 18/b - 50129 Firenze  
Telefono 055 49701 - Fax 055 4970284  
[info@istitutofanfani.it](mailto:info@istitutofanfani.it) - [www.istitutofanfani.it](http://www.istitutofanfani.it)