

Il Messaggero



IL TEMPO.it



«Una buona sanità si poggia su una solida formazione medica». E con questa consapevolezza che Guido Rasi, direttore esecutivo della società europea del farmaco (Epsma), da oggi direttore scientifico

LA STAMPA

«Anche tra i banchi della maggioranza, rinnovo il mio impegno a favore dei medici specialisti che tra il 1978 e il 2006 sono penalizzati dallo Stato. A partire dai prossimi giorni, porterò all'attenzione del Ministro della Sanza Roberto Speranza e del Ministro dell'Economia Daniele Franco



Vertenza Stato-medici specialisti, Pagano (FI): «Governo intervenga subito»
«Porterò la questione degli oltre 170mila medici specialisti all'attenzione del Governo per un'immediata soluzione alla lunga vertenza con un accordo transattivo».

Press Review

Aprile
2023

Pediatri e oculisti spostati in Pronto Soccorso: cosa sta succedendo con gli ordini di servizio illegittimi



Per coprire i buchi nel personale dei Pronto soccorso, molto spesso le strutture chiedono ad altri specialisti (come oculisti o pediatri) di lasciare i loro reparti per prestare servizio in Ps al fine di non bloccare i servizi emergenziali. Con i legali di Consulcesi & Partners facciamo il punto della situazione, alla luce delle ultime pronunce giurisprudenziali, e vediamo come agire in caso di ordine non legittimo

La carenza di camici bianchi colpisce più forte in Pronto soccorso: sono circa il 30% gli specialisti in Emergenza-Urgenza mancanti secondo i dati Simeu (Società italiana medicina Emergenza-Urgenza) del 2022. Per un Sistema sanitario come quello italiano, che basa sui PS la prima accoglienza dei pazienti, viste le difficoltà spesso riscontrate sul territorio, è un problema che ha bisogno di una risoluzione immediata. Il governo sta puntando sulle nuove risorse, ampliando i posti a Medicina e nelle specializzazioni successive. Eppure, la specializzazione in Emergenza-Urgenza nel 2022 ha visto “non affidato” il 50% dei contratti (dati Anaao-Assomed) perché i neo-medici sanno quanto è complesso lavorare in PS e la rifuggono come prima esperienza.

Nel frattempo, le dirigenze ospedaliere cercano disperatamente una soluzione alle figure mancanti e la trovano, sempre più spesso, in alternative al limite. La prima è quella che Salvatore Manca, presidente SIMEU, ha definito “la scorciatoia pericolosa”. Le cooperative e i “medici a gettone”, che accettano di coprire turni in Ps che altrimenti la carenza avrebbe lasciato vuoti sovraccaricando i colleghi presenti. Queste cooperative offrono sì medici, ma raramente la specializzazione è quella di Emergenza-Urgenza o una equipollente. Corroborando la falsa credenza che le specializzazioni mediche possano tutte ugualmente lavorare in Pronto Soccorso.

Allo stesso modo, nella seconda soluzione, i dirigenti trasferiscono altri professionisti dai loro reparti in Ps per coprire una falla. Spesso con specializzazioni, anche in questo caso, non adatte all'incarico: come oculisti o pediatri.

Carenza medici in PS: le soluzioni

“Il Pronto soccorso ha perso attrattiva – spiega l'avvocato Francesco Del Rio, partner di Consulcesi & Partners – per almeno tre motivi: primo, c'è una turnistica stressante causata proprio dalla mancanza di personale; in secondo luogo, parliamo di strutture problematiche, in cui si lavora in urgenza, e dunque molto più difficili da gestire rispetto a qualsiasi altro reparto; in ultimo, c'è un rapporto diretto con il pubblico, il che significa che si ha a che fare non solo con i malati ma anche con famiglie e conoscenti. Può dunque accadere, come purtroppo succede di frequente, di subire aggressioni”. Lavorare al Pronto soccorso, dunque, “significa andare in trincea, in prima linea”. Con tutto ciò che ne consegue.

“Dal punto di vista organizzativo – spiega ancora l'avvocato del Rio –, il direttore generale e il direttore sanitario di una struttura devono, per forza di cose, far fronte alle necessità che vengono a crearsi: non possono, ovviamente, chiudere il Pronto soccorso per mancanza di personale. Chiedono dunque turni di reperibilità attiva, oppure vengono direttamente inseriti nella turnazione del PS, ai professionisti già impegnati in altre aree”. E, fin qui, niente di strano. Si tratta di una pratica lecita che può effettivamente contribuire a tamponare le carenze, a fronte però di un aumento dell'orario di lavoro di questi medici. “Fintanto che vengono spostati in Pronto soccorso medici che hanno specialistiche affini o equivalenti ai colleghi che ci lavorano, l'ordine di servizio potrebbe ritenersi sostanzialmente legittimo. Il problema nasce quando vengono chiamati specialisti che non hanno queste affinità”. Ciò significa che vengono dirottati al Pronto soccorso anche pediatri, otorinolaringoiatri e così via per fare un “lavoro per il quale non sono pagati e neanche formati”.

Gli interventi del Consiglio di stato e del Tribunale di Sassari

La pronuncia del Consiglio di stato n.04881 del 10 settembre 2021 ha sancito un principio molto importante per il personale sanitario, all'epoca alle prese con l'emergenza pandemica da Covid-19. Gli operatori non possono essere adibiti a prestazioni che esulano dalla specializzazione conseguita. “Questa pronuncia – spiega l'avvocato Marco Croce, anch'egli della rete di Consulcesi & Partners – ha rafforzato il principio della corrispondenza tra assegnazione d'incarico e specializzazione del professionista”.

Sulla stessa lunghezza d'onda una successiva sentenza del Tribunale di Sassari (n.374 del 2021), la quale “riafferma che le guardie interdivisionali sono ammesse per aree omogenee”. Si fa inoltre riferimento al fatto che “la materia è regolata dalla contrattazione collettiva, dal Codice civile e dalla normativa sulla sicurezza negli ambienti di lavoro. C'è poi da aggiungere che la materia è stata regolamentata anche dalla Legge n.24 del 2017, relativa alla sicurezza delle cure e alla responsabilità sanitaria: se vengono abilitati medici o altri professionisti sanitari alla realizzazione di prestazioni per cui non hanno competenze specifiche, saltano anche le procedure di sicurezza sulla erogazione standardizzata delle cure, così come i criteri di Risk Management. Si tratta dunque di pratiche da gestire con profonda attenzione”.

“In questa sentenza – continua l'avvocato Croce – si afferma che vanno sempre coordinate, in ambito di pubblico impiego sanitario, sia la disamina delle norme della contrattazione collettiva che la disamina delle norme di legge cogenti. Il contratto collettivo stabilisce in più parti che i servizi di guardia non possono essere svolti in casi espressamente previsti e, già questo, è un chiaro limite ordinamentale. Ricordiamo che la contrattazione collettiva viene svolta tra una parte pubblica, l'Aran, e le rappresentanze sindacali dei professionisti sanitari dipendenti pubblici. Si tratta dunque – spiega – di una fonte normativa tutt'altro che avulsa dal contesto delle leggi e delle norme, imperative e inderogabili, perché è a tutela della collettività. Per altro verso, ho apprezzato il coordinamento della materia, e quindi la limitazione alle attività tipiche del profilo specialistico di appartenenza, anche nelle disposizioni di servizio concernenti le guardie

interdivisionali, in quanto esistono gli obblighi di cui l'articolo 2087 del codice civile sulla salvaguardia dell'integrità dell'operatore della salute dipendente pubblico che non può essere adibito ex abrupto in maniera sregolata a svolgere attività riservate a colleghi aventi ben altra specializzazione. E ancora – aggiunge l'avvocato Croce –, la sicurezza negli ambienti di lavoro pone un perimetro di salvaguardie che non possono a loro volta che essere demandate all'attuazione standardizzata e affidabile di professionisti operanti in quel campo e in maniera strettamente abituale. Quest'insieme di norme coordinate, evidenziate dalla giurisprudenza anche di merito, ci fanno comprendere che speciali servizi di diagnosi e cura, anche a carattere interdisciplinare, non possono che essere demandati a professionisti in grado in via ordinaria di rispondere alle esigenze assistenziali di volta in volta considerate”.

Malpractice in un reparto non di competenza: cosa succede

Cosa accade, dal punto di vista assicurativo, quando un episodio di malpractice avviene in una situazione in cui il professionista viene messo in un reparto che non è di sua competenza? “Trattandosi di dipendenti – spiega l'avvocato Del Rio –, ne risponde la struttura. Il problema, però, è che se per l'eventuale danno a terzi a pagare sarà la struttura, resta il fatto che il professionista si è preso in carico un'attività che sa di non poter svolgere. Questo potrebbe avere concreti riflessi negativi in termini di incriminazione penale, da cui il sanitario non potrebbe certo liberarsi soltanto sostenendo di aver eseguito quanto richiesto dall'azienda. Inoltre, in caso di un'azione contabile per danno erariale, questi può sostenere, legittimamente, di aver rispettato l'ordine ricevuto, ma la condotta tenuta nel caso concreto, ancorché rispetto ad un caso estraneo alla propria competenza, verrebbe comunque vagliata con attenzione dagli organi contabili per rilevare un eventuale profilo di colpa grave. I rischi dunque restano”.

È evidente quindi che abbiamo un “problema enorme di appropriatezza delle cure”, ovvero un “principio cardine” della legge Gelli-Bianco sulla responsabilità professionale degli esercenti la professione sanitaria. “Il paziente ha diritto a cure appropriate ma ciò potrebbe non avvenire in casi del genere”. Questo mette dallo stesso lato della barricata sia cittadini che medici: “Se un paziente ha un problema e il professionista non ha le competenze necessarie per risolverlo, allora entrambe le parti vengono danneggiate e corrono rischi molto seri. Oggi la medicina è specialistica e nessun medico è attualmente in condizioni di saper fronteggiare qualsiasi situazione. Ho parlato personalmente – spiega l'avvocato Del Rio – con decine di medici a cui ciò è successo e sono letteralmente terrorizzati. Fatto, questo, che comporta anche un alto rischio di burnout”.

Come può agire il professionista?

Ma cosa può fare un medico di struttura che, nonostante sia privo delle competenze necessarie, viene spedito al Pronto soccorso per coprire qualche buco di personale? “L'avvocato verifica, prima di tutto - conclude Del Rio – che tipo di ordine hanno ricevuto e con quali modalità sono stati istituiti questi servizi di guardia attiva. A quel punto, se esistono i presupposti, ovvero se sono medici che non hanno affinità o equipollenza con il Pronto soccorso, è possibile predisporre una lettera di contestazione dell'ordine di servizio, a livello stragiudiziale, per chiederne la revoca, in quanto i soggetti non hanno affinità specialistica per andare a lavorare lì, salvo poi impugnarlo giudizialmente qualora ne ricorrano i presupposti per l'annullamento”.

SANITA' INFORMAZIONE – 27 aprile 2023



Fondazione Consulcesi: pronti a partire per una nuova “Missione Eritrea”



Dal 4 al 14 maggio il dottor Carluccini torna in Eritrea per sostenere lo sviluppo sanitario e la formazione dei medici locali in materia di patologie urologiche

Sostenere la cura e il trattamento di patologie urologiche potenzialmente gravi e particolarmente diffuse tra la popolazione del Paese africano attraverso la formazione di medici e operatori locali, oltre che con visite specialistiche e interventi chirurgici. È questo il macro obiettivo della nuova missione pronta a partire a maggio grazie al sostegno della Fondazione Consulcesi e parte del Progetto Eritrea, uno dei più importanti impegni che il Gruppo porta avanti da ormai 15 anni nell'Area di Azione del Sostegno Sanitario.

«Calcolosi e stenosi dell'uretra, ma anche tumori del tratto urinario sono particolarmente diffusi in Eritrea», racconta il dottor Arturo Carluccini, l'urologo che dal 4 al 14 maggio sarà, per la sua terza missione, presso l'Orotta Hospital di Asmara (Eritrea) per proseguire il programma “Urologia” attivato in passato grazie all'impegno del professor Salvatore Galanti, «urologo dalla altissime capacità professionali e umane», come lo ricorda anche in questa occasione Carluccini, scomparso nel 2020.

Come spiega ancora l'urologo romano che con «immenso orgoglio e gioia» ha ereditato il Progetto, le calcolosi renali se non trattate adeguatamente possono portare a gravi conseguenze, come insufficienza renale e infezioni potenzialmente mortali.

«In Eritrea questa ed altre patologie urologiche risultano particolarmente elevate a causa di una forte componente genetica, ma anche a seguito di una pesante disidratazione, legata alle difficoltà tristemente note nel reperimento di acqua potabile e al clima secco, che inibisce il senso di sete e la sudorazione, portando di conseguenza la popolazione a bere meno».

In questo contesto, la missione di maggio 2023, grazie anche alla partecipazione del tecnico della Dornier che permetterà di risolvere i problemi tecnici relativi al litotritore, al momento fuori uso, vedrà il trattamento delle patologie urologiche attraverso interventi di chirurgia urologica tradizionale e l'implementazione della tecnica del laser urologico e della litotrixxia extracorporea, oltre a visite urologiche ed ecografie.

Ma «uno degli aspetti cardine della missione e che sta a tutti particolarmente a cuore è la formazione degli infermieri, dei paramedici e degli specializzandi di chirurgia – aggiunge Carluccini – è su questi professionisti, brillanti ma mancanti delle conoscenze, come della pratica e della strumentazione adeguata infatti, che poggia la cura e il non meno fondamentale follow-up delle patologie urologiche».

«Missione dopo missione, abbiamo trovato sempre ottimi professionisti che lavorano a tamburo battente, volenterosi di imparare, in grado di apprendere sorprendentemente subito e con una buona manualità», continua Carluccini.

«L'auspicio è di poter contribuire sempre di più al miglioramento del Sistema sanitario e della qualità della vita delle popolazione eritrea attraverso le risorse e la formazione necessarie a questi ottimi professionisti della salute», conclude l'urologo.

La nuova Missione in ambito urologico va ad arricchire ulteriormente il Progetto Eritrea, programma ad oggi completo in ambito urologico, pediatrico e nefrologico-interventista, nell'ambito della terapia dialitica, per la cura sia dei casi di insufficienza renale acuta, sia dei pazienti con insufficienza renale cronica (IRC) in fase terminale.

Grazie allo sviluppo dei sistemi sanitari e della formazione di medici e operatori locali in Eritrea nell'ambito della terapia dialitica, gli Ospedali di Orotta e Sembel sono diventati il punto di riferimento nel Paese in termini di terapia e formazione, con un livello tecnologico e di professionalità "italiani", cioè al pari di qualsiasi altro Paese industrializzato.

L'ambizione di Missione Eritrea 2023 è arrivare ad offrire, attraverso 2-3 tappe annuali, il trattamento di dialisi a circa 5mila pazienti cronici e dialisi per acuti a 150 pazienti. In ogni missione l'impegno è garantire 25 interventi chirurgici di urologia, 50 visite urologiche ed ecografie, 20 ore di formazione sanitaria a medici e infermieri.

SANITA' INFORMAZIONE – 21 aprile 2023



Suture chirurgiche, come imparare (anche da casa) a cicatrizzare le ferite



Ogni tipo di ferita va trattato in maniera diversa a seconda della profondità e della zona. Giacomazzi (istruttore ACLS e BLS): «Materia delicata che richiede preparazione costante, non solo in ambito ospedaliero»

Punto semplice, sutura continua, punto donati (orizzontale e verticale), ma anche sutura greca, sutura intradermica, punto trifoglio, nodo piano, nodo vaccaio, nodo chirurgico e nodo con lo strumento. Sebbene possano sembrare i nomi di tecniche di cucito, parliamo in realtà delle principali modalità con cui si fanno suture in ambito medico. Per sutura intendiamo la procedura chirurgica che consente di unire, in maniera stabile, i lembi di una lesione cutanea al fine di consentirne la cicatrizzazione.

«Ogni ferita va trattata in relazione alla profondità e alla sede»

«Ogni tipo di ferita – spiega il dottor Matteo Giacomazzi, istruttore ACLS e BLS – va trattata nel modo adeguato, ossia in relazione alla sua profondità e alla sede in cui si trova. Per fare un esempio, una ferita di 3 centimetri su un sopracciglio deve essere senza dubbio trattata in maniera molto diversa rispetto a una ferita della stessa dimensione che invece si trova su un braccio. Nel primo caso entrano in campo anche fini di tipo estetico, mentre nel caso di una ferita sul braccio questo aspetto può passare in secondo piano». A seconda della zona del corpo interessata dalla lesione, poi, si procede con una tecnica diversa e anche i tempi di cicatrizzazione saranno differenti. Ogni ferita, infatti, ha un tempo di guarigione diverso.

Il fine della sutura è la cicatrizzazione della ferita

Legamenti, fascia, tendini, nervi e ossa richiedono, ad esempio, un lungo periodo di attesa: dai 21 ai 35 giorni. Più brevi invece i tempi di guarigione di intestino e vescica (10-14 giorni), utero (10-16 giorni), parete addominale e muscolo (16 giorni).

L'esito del processo di cicatrizzazione è altamente variabile e dipende principalmente dal livello di perfusione e di ossigenazione del tessuto. Esso dipende inoltre, più genericamente, dallo stato del paziente: età, condizioni fisiche, stato nutrizionale, natura e posizione della ferita, infezioni e risposta immunitaria.

Gli strumenti: filo e ago da sutura

Le suture vengono realizzate attraverso ago e filo. Il filo da sutura è un filamento utilizzato per l'accostamento (o sintesi) dei tessuti. Questo deve essere facile da maneggiare, sterilizzabile, robusto (dotato dunque di una elevata forza tensile), economico, inerte (anallergico, non flogogeno e non cancerogeno) e resistente alle infezioni (ovvero non colonizzabile da agenti patogeni endogeni e/o esogeni). Vengono classificati in base al materiale di cui sono fatti, al calibro e al tipo di ago montato. Tra le caratteristiche principali da tenere in considerazione nella sua scelta ci sono la forza tensile (indice di robustezza del filo), la forza del nodo, l'effetto memoria (ovvero la tendenza naturale del filo a tornare alla posizione di partenza), l'elasticità, la plasticità e la capillarità. I fili da sutura possono essere classificati a seconda del materiale utilizzato, della struttura e del riassorbimento. Per quanto riguarda la prima categoria, il filo da sutura può essere naturale (di origine vegetale o animale) o sintetico. Se consideriamo, invece, la struttura, un filo può essere intrecciato, ritorto o non intrecciato né ritorto (un unico monofilamento che ne compone la struttura). In terzo luogo, abbiamo fili riassorbibili (come il poliestere) o non riassorbibili (come nylon o seta).

Passando poi agli aghi da sutura, questi sono gli strumenti da utilizzare per penetrare nei tessuti biologici. Ad ogni ago da sutura si abbina un filo da sutura. L'ago deve essere sterilizzabile, sottile, resistente, tagliente, inerte (ovvero non deve causare reazione tessutale), sufficientemente flessibile, direzionabile e fissabile sul porta aghi. Deve inoltre essere affilato, atraumatico, resistente, duttile, inerte e sterile. Tutti gli aghi da sutura sono rivestiti in silicone per diminuire il coefficiente di frizione, migliorare il passaggio attraverso i tessuti e migliorare le caratteristiche di affilatura dell'ago.

La pratica da casa

Usare ago e filo da sutura non è semplice e per padroneggiare la materia è necessario fare molta pratica. «Quella relativa al posizionamento dei punti di sutura è una materia già presente nel percorso formativo di base di un medico o di un professionista sanitario – spiega ancora Giacomazzi –. Data la sua delicatezza, però, necessita di una pratica costante». Pratica che è possibile fare anche da casa attraverso dei Pad (facilmente acquistabili online) progettati per replicare la struttura anatomica del tessuto umano (comprensiva di pelle, grasso e muscolo) per simulare l'intervento su ferite sia superficiali che profonde.

Il dottor Giacomazzi è responsabile scientifico del corso di formazione "Suture chirurgiche: dallo strumentario alla scelta della tecnica adeguata" (3 crediti ECM), disponibile sulla piattaforma Consulcesi Club. Una serie di video lezioni che spiegano «in maniera facile e comprensibile», i vari punti di sutura. «La formazione dal vivo è molto importante – spiega ancora –. Essere in aula con un formatore, all'interno di un contesto operativo, e posizionare direttamente i punti di sutura è una pratica che insegna molto ma la Formazione a distanza ha un punto di forza assolutamente non secondario: seguendo i video tutorial è infatti possibile esercitarsi, per tutto il tempo che si vuole, senza correre il rischio di causare danni ad un paziente. Come in qualsiasi tipo di disciplina è dunque possibile allenarsi e prendere familiarità e dimestichezza con tecniche complesse che possono poi essere applicate con maggior sicurezza in un contesto operativo, ovviamente affiancati da un collega con più esperienza».

Gestione preospedaliera del paziente traumatizzato. Cosa sono il PTC e la sequenza XABCDE



Quasi la metà delle morti causate da trauma grave è evitabile grazie ad un primo soccorso efficace. Chi è addetto al primo soccorso segue linee guida e protocolli che possono massimizzare l'efficacia di un intervento salvavita. Vediamo quali sono i principi e gli scopi del Prehospital Trauma Care

Considerato che la prima causa di morte al di sotto dei 40 anni è il trauma grave (che spesso, se non porta al decesso, è comunque causa di invalidità permanente) e che circa il 40% dei decessi totali è potenzialmente o decisamente prevenibile, la mortalità da trauma può essere enormemente ridotta migliorando la qualità del soccorso preospedaliero. E dunque, in questo contesto, risulta fondamentale conoscere e saper applicare linee guida e protocolli che possono massimizzare l'efficacia di interventi salvavita. Parliamo dunque dell'importanza della gestione preospedaliera del paziente traumatizzato, o PTC (Prehospital Trauma Care). Vediamo di cosa si tratta.

Prehospital Trauma Care: cos'è e a cosa serve

Il trauma è una ferita o una lesione più o meno estesa prodotta da un'azione violenta esterna all'organismo, e viene valutato sia in termini di gravità che di urgenza. Un trauma può essere grave ma ciò non comporta necessariamente l'urgenza: esistono ad esempio dei traumi molto gravi (come la sospetta frattura della colonna vertebrale) che non solo possono essere trattate con la dovuta calma ma potrebbero addirittura aggravarsi (in maniera anche irrimediabile) se il soccorso è precipitoso, frettoloso e non adeguatamente coordinato. Ci troviamo invece di fronte ad un trauma urgente quando la vita del soggetto infortunato è in pericolo e le sue funzioni vitali (come respiro, circolazione del sangue, battito cardiaco)

sono compromesse e, dunque, è necessario intervenire con tempestività. Scopo del PTC è quello di applicare i protocolli corretti (nei tempi giusti) e del necessario giudizio per un intervento ottimale che ha il fine di ridurre il più possibile il tasso di mortalità nella prima fase dell'intervento e di limitare i danni secondari causati da manovre e pratiche non corrette.

Chi può esercitare il PTC

“Il PTC è una pratica che può essere esercitata da tutti, anche i soccorritori – spiega il Daniele Manno, Istruttore di Remote e Military Life Support –. Se però parliamo di sanitari, ovvero medici e infermieri, questi potrebbero applicare protocolli anche più invasivi e decisamente più validi”. Manno spiega che la situazione più comune in cui si può procedere con il PTC “è quella in ambito stradale”, e dunque “successivamente ad un incidente automobilistico o motociclistico”, ma è possibile utilizzarlo anche in ambito domestico: “Se parliamo di bambini sotto i quattro anni abbiamo grandi casistiche di cadute con trauma cranico, ma anche emorragie massive ma per questo ci sono protocolli più rapidi”. Manno è responsabile scientifico del corso di formazione “PTC, la gestione preospedaliera del paziente traumatizzato” (disponibile sulla piattaforma Consulcesi Club) insieme al dottor Matteo Giacomazzi, istruttore ACLS e BLS, che spiega: “Il corso si focalizza su quegli interventi atti a ridurre al minimo il danno secondario da trauma. Le modalità corrette con cui intervenire vengono esplicitate attraverso video interattivi, in cui si spiega, ad esempio, come posizionare il collare cervicale, come utilizzare la barella spinale e l'immobilizzatore ragno. Questi presidi sono tutti estremamente utili ai professionisti che svolgono soccorso extraospedaliero, e dunque a tutti quei profili, sia sanitari che tecnici, che prestano servizio al 118”.

Le fasi del PTC

Genericamente, il Prehospital Trauma Care è diviso in 6 fasi:

Arrivo e valutazione della scena

Valutazione primaria

Valutazione secondaria

Immobilizzazione/stabilizzazione ottimale

Trasporto/trasferimento migliore

Destinazione dedicata

In caso di evento traumatico, è fondamentale verificare la sicurezza della scena prima di intervenire. È necessario dunque valutare se l'ambiente è sicuro e, in caso non lo fosse, se può essere messo in sicurezza, se la sola vittima può essere messa in sicurezza e se è necessario l'intervento dei Vigili del Fuoco o delle forze dell'ordine per mettere, appunto, la scena in sicurezza. Questa va poi delimitata e bisogna verificare con costanza che non diventi insicura. Fatto ciò, bisogna ricostruire la dinamica dell'incidente, e dunque: cosa è successo, come è successo, quantità e tipo di energia coinvolta e numero di vittime. Si passa poi alla fase di triage: bisogna scegliere chi soccorrere per primo (nel caso in cui le vittime siano, per numero, superiori ai soccorritori) ed effettuare la sequenza XABCDE (che vedremo nel dettaglio più avanti) nel minor tempo possibile. È necessario inoltre avvertire sempre la Centrale Operativa della situazione. Nell'avvicinarsi alla vittima, chi interviene deve valutare il suo stato di coscienza (anche approssimativo). In queste fasi, ovvero durante la sequenza XABCDE, ogni volta che ci si imbatte in una lesione o una situazione

che mette a rischio la vita dell'infortunato (come emorragia massiva, arresto cardiaco o ostruzione delle vie aeree) è necessario fermarsi e trattarla.

La sequenza XABCDE

Passiamo ora alla sequenza XABCDE, ovvero il procedimento con cui valutare le condizioni fisiche di un paziente traumatizzato.

X – eXsanguination: in caso di grave emorragia esterna, questa deve essere gestita prima ancora delle vie aeree. Nonostante l'ostruzione delle vie aeree sia responsabile della morte in un breve periodo di tempo, nei traumi i sanguinamenti lo sono ancora di più. Controllare torace, addome, pelvi, arti per frattura esposta (ad es. il femore). Trattamento: compressione diretta o bendaggio compressivo, zaffatura, tourniquet. È necessario chiamare la Centrale Operativa in caso di emorragia massiva, amputazioni ed evidenti segni di shock.

A – Airway: si passa poi alla valutazione delle vie aeree, ovvero osservazione del cavo orale ed eventuale asportazione di ostruzioni se facilmente raggiungibile e senza infilare le dita; iperestensione del capo (presente in molti protocolli, in altri non più suggerita) o sublussazione della mandibola; mantenimento della pervietà (in base alle proprie competenze con i presidi necessari). Per quanto riguarda l'immobilizzazione della rachide cervicale, la testa è stabilizzata solo se tenuta manualmente, nonostante l'applicazione del collare cervicale, fino all'immobilizzazione sulla tavola spinale e con i blocchi fermacapo assicurati.

B - Breathing/Back: bisogna effettuare una valutazione di respirazione adeguata, e dunque: frequenza respiratoria, ispezione dei movimenti del torace, cianosi, deviazione tracheale e osservazione della muscolatura accessoria. Esporre il torace del paziente, per l'ispezione, la palpazione, l'auscultazione e le percussioni. Controllare la schiena per eventuali sanguinamenti occulti o oggetti impalati.

C – Circulation: è necessario stimare le condizioni generali del sistema circolatorio e dello stato di perfusione della vittima. Lo scopo è valutare un possibile stato di shock per emorragia esterna e/o interna, controllando torace, addome, pelvi, spazio retroperitoneale e cosce. Valutare i segni clinici di sanguinamento: tempo di riempimento lento del capillare, pelle fredda e appiccicosa, livello e qualità della coscienza. Effettuare, se necessaria, la rianimazione cardio polmonare.

D – Disability: ovvero la valutazione del quadro neurologico. Procedere con analisi del livello di coscienza, la dimensione e la reattività della pupilla. In base al trauma: immobilizzazione della colonna vertebrale e delle fratture maggiori, valutazione della risposta neurologica alle estremità, stabilizzazione delle altre fratture.

E - Environment/Exposure: analisi dell'estensione della lesione e controllo dell'ambiente con prevenzione dell'ipotermia, ipertermia, esposizione ambientale, chimica ecc. Analizzare segni di trauma, sanguinamento, imperfezioni ecc. La parte del corpo che non è esposta può nascondere la ferita più grave che colpisce il paziente.

SANITA' INFORMAZIONE – 28 aprile 2023



Come la mente influisce sulla salute cardiaca: la cardiofobia e il “diario del cuore”



Cuore e cervello sono fisicamente connessi e l'uno può peggiorare il funzionamento dell'altro. Vediamo in cosa consiste la cardiofobia, come può nascere e cosa fare per contrastarla

Mente e cuore parlano e si influenzano a vicenda. E non solo metaforicamente, come capita spesso in poesie o canzoni, ma anche a livello fisico: «Il cervello dalla corteccia si collega a un network neuronale molto diffuso e piuttosto complesso. Questo network neuronale, a sua volta, si collega a livello del midollo allungato sia ai nuclei simpatici che ai nuclei parasimpatici attraverso delle fibre postgangliari. I nuclei simpatici, attraverso un collegamento gangliare nella colonna vertebrale, si collegano al ganglio toracico e ai gangli intrinseci del cuore», spiega la professoressa Maria Cristina Gori, docente di Neurologia presso l'Università Sapienza di Roma. «Tutti questi gangli e intrecci vanno a innervare i vasi attraverso il plesso coronarico. Formano così un vero e proprio viluppo, in cui tutte le fibre si mischiano tra loro, creando un plesso sinciziale intorno ai vasi e andando a influenzare la componente elettrica del cuore e la parte contrattile del muscolo cardiaco. Tutto ciò accade tramite l'azione di venti-venticinque neuromediatrici diversi, che interagiscono tra loro».

Quella fin qui descritta è la cosiddetta connessione discendente. Per quanto riguarda, invece, la connessione ascendente, «il network neuronale attraverso il sistema simpatico risale dai gangli toracici e fa gli stessi relais in senso inverso. In questo modo, il cuore informa il cervello di quello che succede. Quindi, l'effetto descritto non si sviluppa lungo l'asse cervello-cuore, bensì lungo quello inverso cuore-cervello. La stessa cosa avviene a livello dei gangli intrinseci del cuore, che vengono informati dalla periferia su ciò che accade e, successivamente, procedono per una mediazione attraverso un circuito di feedback locale, con il sistema parasimpatico ascendente che risale verso il cervello attraverso il ganglio nodoso».

Appare dunque certo che cuore e cervello sono, da un punto di vista funzionale, organi comunicanti. Ma in che modo il cervello può influenzare, in maniera negativa, il comportamento del cuore e viceversa?

Che cos'è la cardiofobia e come può essere gestita

La cardiofobia è un tipo di ipocondria molto particolare. Mentre il paziente ipocondriaco vede, in qualsiasi segnale proveniente dal suo corpo, il sintomo di una qualunque malattia, il paziente cardiofobico ha paura di subire un'aritmia maligna, un infarto oppure un ictus. Ciò comporta che il soggetto vive ogni segnale associabile all'area cardiaca (un'extrasistole, una tachicardia legata all'attività fisica o un dolore in area toracica, un capogiro, ecc.) come l'emergere di un pericolo imminente. A causa di questa percezione di paura, nel paziente si attivano i meccanismi dell'ansia che, a loro volta, aumentano i parametri neurofisiologici e la sensazione dei sintomi. Il paziente si infila così in una spirale viziosa di ansia, che può sfociare in un attacco di panico conclamato.

Come gestiscono i pazienti cardiofobici le paure?

Le strategie attuate dai pazienti cardiofobici per gestire le loro paure sono diverse:

- Controllare compulsivamente la frequenza cardiaca: i pazienti arrivano a misurare la propria frequenza cardiaca decine di volte al giorno, ogniquale volta non si sentono bene, oppure per assicurarsi che tutto stia andando per il meglio. In questi soggetti, il solo fatto di controllare il polso può riavviare la spirale di ansia;
- Evitare l'attività fisica: si va dalla scelta di evitare la palestra fino, nei casi più gravi, a non fare più le scale, a prendere l'auto e a non fare più il minimo movimento. Tutto ciò per scongiurare il presentarsi della tachicardia, che dal paziente viene interpretata come pericolosa;
- Effettuare controlli medici molto frequenti: solitamente, questi pazienti tempestano il cardiologo di telefonate, anche spedendogli gli elettrocardiogrammi;
- Recarsi con grande frequenza in Pronto soccorso;
- Fidarsi di dottor Google: questi pazienti consultano internet, strumento che potrebbe peggiorare la loro ossessione, e questo vale per ogni forma di ipocondria.

Come si genera una cardiofobia?

La genesi di una cardiofobia può essere varia. Può trattarsi di persone che hanno avuto un problema cardiaco personale oppure che hanno assistito una persona cara con un problema cardiaco. Alla base della cardiofobia c'è spesso una comunicazione medica incauta o involontaria; oppure, un effetto nocebo (l'opposto dell'effetto placebo), per cui una comunicazione medica può gettare il seme del dubbio nel paziente e, se trova terreno fertile, diventare una condanna. Di seguito le più comuni comunicazioni che possono gettare il seme della cardiofobia e farlo crescere nel paziente:

- Evocazioni negative: il linguaggio medico ne è pieno. I medici dovrebbero usare con più cautela termini come morte, lesione, peggioramento, infarto, aritmia;
- Medicalese: il linguaggio tecnico-specialistico è un registro comunicativo che, non essendo facilmente comprensibile, spesso crea distanza, generando ansia e spingendo nella maggior parte dei casi il paziente a non chiedere spiegazioni al medico;
- Comunicazione catastrofizzante: quando il medico trasmette una comunicazione a puro titolo informativo, magari con intento rassicurante, questa azione, involontariamente, può gettare il seme del dubbio, diventando per il paziente una condanna. Per fare un esempio, un medico può dire a un paziente che il suo rischio di infarto è molto basso o che la possibilità che si verifichi un'aritmia maligna è veramente minima. Su un piano logico-razionale, questa comunicazione dovrebbe essere rassicurante, ma se diciamo che il rischio di infarto è basso, stiamo implicitamente dicendo che quel rischio di infarto c'è e, dunque, non è nullo. In determinati pazienti questo è sufficiente a gettare il seme del dubbio;
- Colpevolizzazione: viene generata da frasi del medico sul tipo «Se solo avesse fatto», «Se solo non avesse fumato». Il senso di colpa può accentuare l'ansia dei pazienti e incentivare la presenza di una cardiofobia.

Prescrizione di farmaci e ulteriori accertamenti

Sono molti i casi di pazienti a cui sono stati prescritti farmaci (soprattutto beta-bloccanti, spesso con l'intento di calmare la tachicardia o l'extrasistole) o esami medici di approfondimento per valutare la patologia, nella speranza di rassicurarli. Tuttavia, questo spesso produce un effetto paradossale: il paziente inizia a pensare, infatti, che se il medico prescrive un farmaco o un esame significa che crede che ci sia qualcosa che non va. Rassicurare un soggetto ipocondriaco è un'impresa difficile, se non quasi impossibile, e la rassicurazione, se si riesce a trasmettere, dura comunque molto poco. Alcuni pazienti hanno addirittura paura a prendere il farmaco prescritto dal medico, per timore che interferisca con il loro stato di salute, di cui sono già estremamente preoccupati.

Come gestire una cardiofobia? Il "diario del cuore"

Una manovra molto spesso utilizzata in terapia strategica è quella del cosiddetto "diario del cuore" e può essere prescritta da qualunque medico. Questa strategia è contenuta nell'ebook formativo (3 crediti ECM) "Cuore e psiche: come la mente influisce sulla salute cardiaca", disponibile sulla piattaforma Consulcesi Club (responsabile scientifica del corso è proprio la professoressa Gori). La terapia va a impattare direttamente sul controllo compulsivo della frequenza del ritmo cardiaco, molto presente nei pazienti cardiofobici. Il medico, non potendo chiedere ai pazienti di smettere di comportarsi in un certo modo può invece dire loro che fanno bene a controllarsi e che, anzi, devono farlo ancora di più.

Il medico può, dunque, prescrivere al paziente una nuova prassi da seguire nei controlli giornalieri: a ogni ora del giorno, per cinque minuti, deve interrompere le sue attività e misurare il battito manualmente per tre volte, intervallando con un minuto di pausa. Deve poi scrivere le misurazioni e portare tutto al medico. Con questa manovra il medico si sta sintonizzando con la percezione del paziente, il quale, perciò, sarà più disposto a fidarsi di lui.

Inoltre, in questo modo il medico spinge il paziente a ristabilire un contatto percettivo con il suo polso. È, infatti, importante che faccia la misurazione manualmente e non con strumenti tecnologici. Ciò perché questi pazienti spesso hanno il terrore di percepire il proprio polso e, nel ristabilire una familiarità con le proprie sensazioni, abbassano i livelli di ansia. Spesso facendo tre misurazioni seriali i livelli di ansia si abbassano e, quindi, diminuiscono anche le misurazioni, provocando un effetto calmante sul paziente.

C'è poi da tenere conto dell'effetto saturazione: sono talmente tante le misurazioni prescritte dal medico che il ritmo provoca nel paziente un'avversione nei confronti della manovra, spingendolo a sperare in un allentamento della prescrizione, che gradualmente dovrà passare a tre misurazioni ogni due ore, fino a eliminarle del tutto.

SANITA' INFORMAZIONE – 7 aprile 2023



Come smettere di fumare con il counseling e la strategia delle 5 A



Fumare tabacco resta una delle principali cause di morte al mondo. Quali sono le sostanze che fanno più male all'organismo e quali vantaggi dà smettere di fumare?

I fumatori nel mondo sono un miliardo e trecento milioni (dei quali l'80% vive in Paesi a basso e medio reddito). Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, il fumo di tabacco causa il decesso di quasi la metà della popolazione che ne fa uso ed è responsabile ogni anno della morte di otto milioni di persone. Di queste, 7 milioni muoiono a causa del consumo diretto di tabacco, mentre la parte restante si tratta di non fumatori esposti al fumo passivo. Per quanto riguarda il nostro Paese, si calcola che in Italia i fumatori siano il 24,2% della popolazione totale (il dato più alto dal 2006). Ma perché i numeri relativi ai decessi da fumo sono così alti nonostante le tante evidenze scientifiche che hanno provato i danni causati dal tabacco? Quali sono le sostanze che fanno più male all'organismo e quali vantaggi dà smettere di fumare?

Le principali sostanze presenti nella sigaretta

Nelle sigarette sono presenti diverse sostanze che, se assunte per troppo tempo e con continuità, possono far molto male alla salute. Vediamo le principali:

- Nicotina: Nistrosammine Specifiche del Tabacco (NTS),
- Idrocarburi Policiclici Aromatici (IPA): Benzopirene, Antracene, Naftalene ecc.,
- Ammine Aromatiche: Naftalina, Aminobifenile, Naftilamina,
- Metalli: Cromo, Selenio, Nichel, Arsenico, Piombo,
- Monossido di carbonio: Asfissiante e inquinante, riduce l'ossigenazione dell'organismo e dei tessuti, minando la resistenza fisica,

•Catrame: Residuo del fumo ottenuto per allontanamento dell'acqua e della Nicotina. Si deposita sui bronchi, costituendo la causa principale dei tumori legati al tabacco.

I vantaggi di smettere di fumare

Di seguito i principali benefici dello smettere di fumare a seconda del periodo di astinenza:

- 8 ore: l'ossigeno nel sangue torna a valori normali;
- 12 ore: quasi tutta la nicotina è stata metabolizzata;
- 24 ore: i livelli di monossido di carbonio sono fortemente ridotti;
- 2-5 giorni: olfatto e gusto migliorano;
- 3 giorni: aumenta la capacità polmonare;
- 1 settimana: ci si accorge di avere più fiato, energia e voglia di fare;
- 3 settimane: si è più attivi, il lavoro e le varie attività risultano più facili;
- 4 settimane: migliora l'attività sessuale;
- 6 settimane: si riduce il rischio di infezioni;
- 3 mesi: la tosse cronica inizia a ridursi;
- 3-6 mesi: un terzo della popolazione che è aumentata di peso torna alla normalità;
- 3-9 mesi: la funzione polmonare aumenta del 20-30%;
- 1 anno: il rischio di infarto connesso al fumo si riduce del 50%;
- 5 anni: il rischio di eventi coronarici è uguale ai non fumatori;
- 10 anni: il rischio di cancro polmonare si è ridotto del 30-50%;
- 10-15 anni: il rischio di morte per tutte le cause è simile ai non fumatori.

Chi smette di fumare, inoltre, a 30 anni guadagna almeno 10 anni di vita attesa, a 40 ne guadagna 9, a 50 si passa a 6 e a 60 guadagna altri 3 anni di vita attesa.

Ausili descritti in letteratura per smettere di fumare

Se smettere di fumare fosse facile, i dati sulla mortalità per patologie legate al fumo non sarebbero così alti. Spesso la volontà da sola non basta ed è per questo che esistono diversi ausili i cui benefici sono descritti nella letteratura scientifica: Nicotine Replacement Therapy (cerotti, gomme da masticare, compresse, inalatori, spray orali o nasali che rilasciano nicotina a velocità e concentrazioni differenti); Vareniclina e Bupropione (farmaci che agiscono a livello centrale per ridurre la dipendenza da nicotina); sigarette elettroniche con nicotina e senza nicotina (è possibile acquistare ricariche a concentrazioni variabili di nicotina, anche pari a zero); terapia comportamentale e counseling.

Il counseling sanitario

Prima di tutto, cosa si intende con la parola "counseling"? Il counseling è un'attività di aiuto professionale che può risultare fondamentale per affrontare un particolare momento di vita in ogni tipo di ambito. Attraverso tale attività chi ne usufruisce può capire come fare per contrastare le difficoltà e migliorare le proprie condizioni di vita. Il "counselor", ovvero il professionista che segue il cliente, ha come compito quello di aiutarlo a sfruttare (o far emergere) le sue potenzialità e superare eventuali "blocchi" che lo condizionano. Se ci limitiamo al solo ambito sanitario, dunque, il counseling ha come obiettivo quello di far affrontare al paziente i suoi disturbi (o, come nel caso del fumo, dipendenze) in maniera attiva e agevolare un'evoluzione positiva dei comportamenti che mettono a repentaglio il suo stato di salute. Restando sempre in ambito sanitario, il counselor può risultare molto utile nella prevenzione e nella promozione di comportamenti corretti e salutari e nel supporto ai pazienti nel corso della malattia.

La strategia delle 5 A

Per quanto riguarda il counseling sanitario applicato alla cessazione del fumo, le principali linee guida raccomandano che gli interventi siano organizzati intorno a una struttura conosciuta come le 5 A: Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange.

La prima attività (Ask) consiste nel domandare ai pazienti che si presentano in ambulatorio se sono fumatori; affrontare l'argomento con tutti, indipendentemente dalla natura della visita; registrare la condizione e la storia di fumatore tra i dati del paziente; rinforzare la scelta di chi ha smesso di fumare ed evidenziare i vantaggi; utilizzare il test di Fagerstrom per valutare il grado di dipendenza da nicotina.

L'attività denominata Advise consiste invece nel raccomandare a tutti i fumatori di smettere di fumare; dare al soggetto materiale di supporto, come opuscoli o manuali; fare in modo che il soggetto percepisca il professionista come alleato; evitare conflitti di qualsiasi tipo (psicologici o verbali); aiutarlo a trovare le giuste e personali motivazioni per smettere; accettare di parlare anche degli aspetti piacevoli del fumare; far osservare i vantaggi estetici, economici e affettivi; Sottolineare che cessare di fumare può aiutare a prevenire malattie gravi.

Passando poi all'attività chiamata Assess, è necessario accertarsi che il soggetto voglia effettivamente smettere; nel caso in cui non fosse intenzionato a farlo, dedicargli del tempo per invogliarlo a smettere; se invece ha intenzione di smettere, approfittarne per fornirgli consigli comportamentali e proporgli di tornare entro 2 settimane.

Prima di arrivare all'Arrange (ovvero la pianificazione vera e propria del follow up), si deve passare per la fase Assist, che consiste nel concordare con il soggetto una strategia per aiutarlo a smettere; insegnare a riconoscere i sintomi da astinenza nicotinic; proporre la terapia farmacologica a chi fuma più di dieci sigarette al giorno o che risultino fortemente dipendenti al test di Fagerstrom (con un punteggio uguale o maggiore a 5).

Come approfondire il counseling e le altre tecniche per ridurre i rischi del fumo

È da poco online, sulla piattaforma Consulcesi Club, il corso di formazione ECM "Fumo e nicotina: fattori di rischio per la salute orale". Il corso tende ad affrontare le problematiche legate al consumo di tabacco a livello del cavo orale e analizza le attuali evidenze scientifiche legate al binomio fumo e salute orale/gengivale. Vengono poi analizzati diversi aspetti di counseling sanitario e messe in rassegna le evidenze scientifiche relative ai nuovi dispositivi (sigarette elettroniche o strumenti a tabacco riscaldato).

Particolare risalto viene dato all'importanza del lavoro del team odontoiatrico, il quale può giocare un ruolo molto importante nella prevenzione dell'abitudine al fumo. Esistono infatti diverse evidenze scientifiche che suggeriscono come gli interventi in questo ambito siano efficaci e poco costosi, con un guadagno in salute nel breve periodo e, a lungo termine, con una importante riduzione delle spese di assistenza per le patologie correlate al fumo.

Responsabile scientifico del corso è Paolo G. Arduino, professore associato di Malattie Odontostomatologiche all'Università di Torino e dirigente medico di primo livello presso la Dental School di Torino.

MOHRE –14 aprile 2023



Un bambino ogni 10 giorni muore per soffocamento, formazione manovre di soccorso riduce rischi



Nonostante le morti per soffocamento in Italia siano numerose, in pochi sanno come gestire queste situazioni emergenziali, anche tra gli operatori sanitari. Non stupisce quindi che ogni anno, nel nostro paese, circa 65mila persone muoiono per mancanza o ritardi nel primo intervento. “Solo per soffocamento, in Europa perdono la vita 500 bambini all’anno, in Italia uno ogni 10 giorni, con 1.000 ospedalizzazioni annuali legate a questi incidenti”, spiega Marco Squicciarini, docente di Consulcesi e medico coordinatore dell’attività di formazione di manovre di primo soccorso con l’impiego di defibrillatore (Blsd) del ministero della Salute. “In oltre la metà dei casi è presente un adulto non preparato ad intervenire con manovre di disostruzione”, aggiunge.

Dagli operatori sanitari a genitori, formazione su primo intervento è fondamentale

Ai giovani medici neo-laureati che cercano di inserirsi nel settore lavorativo viene fin da subito richiesto il certificato Blsd come primo documento per iniziare a lavorare. Eppure, sono gli stessi che escono da un sistema che al momento non prevede questi corsi di formazione, neanche nella maggior parte dei casi nei piani extracurricolari e spesso non riconosce i crediti esterni di chi ha conseguito la certificazione attraverso il 118 nazionale.

Non è solo una questione che riguarda solo i medici o in generale gli operatori sanitari. “Dai caregiver degli anziani ai genitori fino al professionista della salute – evidenzia Squicciarini – si sta diffondendo sempre di più la consapevolezza di dover saper agire prontamente in situazioni emergenziali come l’arresto cardiaco o eventi di soffocamento”.

“Nel primo semestre 2005 abbiamo raccolto, in tutta Italia, 93.000 firme, con una iniziativa legislativa popolare, perché le manovre salvavita si insegnassero, con carattere di obbligo, nella Scuola Italiana” sottolinea Mario Balzanelli, Presidente di SIS118 e Membro del Board Scientifico del MOHRE.

“Questa nostra iniziativa è diventata contenuto di legge dello Stato con l’articolo 1, comma 10, della Legge 107/2015. Abbiamo quindi contribuito alla stesura delle linee guida interministeriali, condivise tra MIUR e Ministero della Salute, per inquadrare i livelli di formazione e di addestramento nelle varie fasce d’età. Tra i contenuti dell’insegnamento, in prima linea, sono previste le manovre di disostruzione delle vie aeree da corpo estraneo. Poi tutto si è fermato. Auspichiamo che sia la Scuola l’ambito privilegiato della acquisizione di queste competenze salvavita da parte di tutti i cittadini, del presente e del futuro”.

Passi in avanti con la distribuzione di defibrillatori nei luoghi pubblici

Guardando in particolar modo all’anziano e al bambino, Squicciarini ribadisce “l’importanza della buona conoscenza del Blsd per ogni tipo di assistenza attraverso il personale deputato all’alimentazione, che si trova ogni giorno di fronte a patologie neurologiche, alla gestione ed al trattamento di disturbi della deglutizione come la disfagia, che di certo sono soggetti più esposti ad episodi di ostruzione delle vie aeree”. Un importante passo avanti in Italia in materia di pronto intervento in caso di arresto cardiaco improvviso è rappresentato dalla legge 116 del 2021. “Il Governo – sottolinea Squicciarini – ha iniziato una importante distribuzione di defibrillatori ed entro il 2025 tutto il comparto pubblico dovrebbe essere dotato di questi e di personale formato, mentre dal 2025 l’obbligo sarà esteso anche ai privati, come avviene in molti paesi in Europa. Ma è fondamentale lavorare per colmare la mancanza di queste conoscenze partendo in primis da medici e operatori sanitari, che a loro volta possono contribuire a preparare genitorie caregiver alla gestione dell’emergenza”.

LINK FONTE: <https://www.corsi-ecm-fad.it/catalogo-corsi/medicina/corso-ecm-blsd-e-disostruzione-prevenzione-e-primo-soccorso-dal-neonato-allanziano-fragile/2214>

Il cordoglio dell'Associazione Medici Endocrinologi per la scomparsa di Vincenzo Toscano



Toscano, già Ordinario di Endocrinologia a Roma, Università Sapienza e Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Endocrinologia dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma e past President dell'Associazione Medici Endocrinologi (Ame). “Ai suoi cari la famiglia Ame si stringe con profondo affetto il suo ricordo aiuterà a proseguire il cammino”

É venuto a mancare improvvisamente il Professor Vincenzo Toscano, già Ordinario di Endocrinologia a Roma, Università Sapienza e Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Endocrinologia dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma e past President dell'Associazione Medici Endocrinologi (Ame).

“Ci rimarrà impresso il suo ricordo, parte costitutiva degli ideali che hanno portato alla nascita della nostra Associazione: integerrimo e insieme sempre amichevole, impegnato ma sempre disponibile per tutti, di profonda cultura ma senza mai ostentazione di superiorità”, ha dichiarato Enrico Papini, componente storico del comitato scientifico Ame esprimendo il cordoglio di tutta l'Associazione.

Classe '48, Vincenzo Toscano era nato a Roma. Specializzato in endocrinologia e pediatria, è stato autore di innumerevoli articoli e pubblicazioni e referee per diverse riviste nazionali ed internazionali in ambito endocrinologico.

L'improvvisa dipartita del Professor Toscano lascia un grade vuoto nella famiglia Ame che lo definiscono “padre nobile e una figura di riferimento”.

Il Professor Toscano è stato tra le personalità più impegnate di Ame, portando avanti battaglie per

l'uguaglianza nell'accesso alle cure, richiamando l'attenzione pubblica e delle istituzioni su una molteplicità di problematiche connesse all'endocrinologia come la malnutrizione, le malattie rare, i danni da inquinamento ambientale.

Toscano aveva grande attenzione al tema della prevenzione e della formazione, per questo ha ricoperto con impegno il ruolo di responsabile scientifico e docente di circa svariati corsi di aggiornamento e formazione dedicati ai professionisti della salute per Consulcesi ed era altresì membro del comitato scientifico di Sif (Sanità In-Formazione).

“Ai suoi cari la famiglia Ame si stringe con profondo affetto - scrive l'Associazione - il suo ricordo aiuterà a proseguire il cammino”.

SANITA' INFORMAZIONE – 18 aprile 2023



Il cordoglio dell'Associazione Medici Endocrinologi per la scomparsa di Vincenzo Toscano



È venuto a mancare improvvisamente il Professor Vincenzo Toscano, già Ordinario di Endocrinologia a Roma, Università Sapienza e Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Endocrinologia dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma e past President dell'Associazione Medici Endocrinologi (Ame).

“Ci rimarrà impresso il suo ricordo, parte costitutiva degli ideali che hanno portato alla nascita della nostra Associazione: integerrimo e insieme sempre amichevole, impegnato ma sempre disponibile per tutti, di profonda cultura ma senza mai ostentazione di superiorità”, ha dichiarato Enrico Papini, componente storico del comitato scientifico Ame esprimendo il cordoglio di tutta l'Associazione.

Classe '48, Vincenzo Toscano era nato a Roma. Specializzato in endocrinologia e pediatria, è stato autore di innumerevoli articoli e pubblicazioni e referee per diverse riviste nazionali ed internazionali in ambito endocrinologico.

L'improvvisa dipartita del Professor Toscano lascia un grade vuoto nella famiglia Ame che lo definiscono “padre nobile e una figura di riferimento”.

Il Professor Toscano è stato tra le personalità più impegnate di Ame, portando avanti battaglie per l'uguaglianza nell'accesso alle cure, richiamando l'attenzione pubblica e delle istituzioni su una molteplicità di problematiche connesse all'endocrinologia come la malnutrizione, le malattie rare, i danni da inquinamento ambientale.

Toscano aveva grande attenzione al tema della prevenzione e della formazione, per questo ha ricoperto con impegno il ruolo di responsabile scientifico e docente di circa svariati corsi di aggiornamento e formazione dedicati ai professionisti della salute per Consulcesi ed era altresì membro del comitato scientifico di Sif (Sanità In-Formazione).

“Ai suoi cari la famiglia Ame si stringe con profondo affetto – scrive l'Associazione – il suo ricordo aiuterà a proseguire il cammino”.