

# TOSCANA MEDICA

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

## INDICE

<b>Dalla peste del 1630, attraverso Vincenzo Chiarugi, fino a Rosa Bellincioni, una parola in comune: sanificare!</b> <i>Esther Diana</i>	2
<b>Il tempo della retorica è finito (non vogliamo essere chiamati eroi ma essere ascoltati dalla politica)</b> <i>Pietro Claudio Dattolo</i>	5
<b>Basta medaglie!</b> <i>Antonio Panti</i>	6
<b>La "maratona dello stile di vita" durante l'emergenza COVID: teoria e prospettive</b> <i>Laura Stefani, Noemi Colacione, Domenico Russo</i>	7
<b>Parliamo di omocisteina</b> <i>Giuseppe Curciarello</i>	13
<b>Adolescenti in lockdown. La risposta del servizio di salute mentale per l'età evolutiva di Firenze</b> <i>Mario Landi, Riccardo Lo Parrino, Roberto Leonetti</i>	16
<b>TC coronarica vs coronarografia in pazienti con dolore toracico stabile</b> <i>Piercarlo Ballo</i>	19
<b>L'assistenza ematologica ai tempi del COVID-19 e l'impegno di AIL Firenze</b> <i>Stefano Guidi</i>	22
<b>L'assistenza territoriale: la forza di un sistema sta nella capacità di rigenerarsi</b> <i>Andrea Vannucci</i>	24
<b>Vita dell'Ordine</b>	26



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

2  
MARZO 2022

# Dalla peste del 1630, attraverso Vincenzo Chiarugi, fino a Rosa Bellincioni, una parola in comune: sanificare!

di *Esther Diana*

*Architetto, storico della sanità*

Sono certa che questo titolo vi incuriosirà tanto vi parrà “strampalato”! In effetti lo è, ma non per contenuto. Ora che “forse” – ma proprio forse – stiamo recuperando la nostra quotidianità, possiamo allargare i termini con i quali ci siamo confrontati in questi ultimi mesi: ovvero possiamo pensare a sostituire l'emergenza epidemica da COVID-19 con una criticità che ha tutto il sapore di rivelarsi endemica.

Una differenza sostanziale che non conosce limiti temporali svolgendosi lungo un filo sottile ma tenace che trova nei termini disinfezione/prevenzione i punti estremi del suo svolgersi e su cui incentrare situazioni e provvedimenti.

Iniziamo dalle immagini di regressione di una delle epidemie storiche per eccellenza.

Nel 1633 si inizia ad allentare quella quarantena indotta dalla peste che dal dicembre di tre anni prima aveva decretato la chiusura «di tutti gli Uffizi colla sospensione di tutte le cause». Questo lockdown – riproposto più volte nel corso dell'epidemia e della durata tra i dieci e i ventidue giorni a seconda della curva della malattia – si era appuntato soprattutto su un “restate a casa” diretto a donne e bambini consentendo, infatti, «agli uomini sopra i 14 anni di uscire uno per volta», ovvero a turno, ogni giorno, secondo quanto stabi-

lito dai Capi di Strada (personaggi preposti al controllo delle “sortite” e alla distribuzione del vitto per i “serati”) in cui erano stato ripartiti i vari sestieri. In effetti, l'obbligo di “restare a casa” appare abbastanza discriminatorio terminando per le donne il 6 giugno 1633 mentre, almeno sei mesi prima, quello degli uomini.

In quell'inizio d'estate, la peste «morde» meno come avrà a dire il Provveditore del Magistrato di Sanità al Granduca nel mentre lo informa di come siano in aumento le dimissioni di malati la cui guarigione, a detta dei medici, si deve alla robustezza del loro fisico perché «se hanno forza di sopportare il male tre o quattro giorni, ormai tutti la scampano».

L'allentamento delle restrizioni viene sancito dal Magistrato di Sanità tramite l'invio a tutti gli organi, enti e funzionari (nonché attraverso bandi affissi lungo le strade della città) di una sequela di normative preventive che altro non sono che una codificazione di quanto era stato emanato durante l'emergenza. Quindi, norme sul seppellimento dei cadaveri, sulla necessità di procurarsi le fedi di sanità per chiunque viaggiasse, su una igiene pubblica e privata che inizia a farsi protagonista della sanità cittadina. E, in tale ambito, si legge per ciascun popolo della Città – ovvero per ogni parrocchia – una persona «fidata» al fine che rendesse noto

agli Ufficiali di sanità «di qualunque accidente che fosse occorso [nella zona di loro competenza] per poter usare di subito le necessarie precauzioni».

Fra quanto emanato a fine di questa criticità pestosa emerge il rimando alla “pulizia” della città dal sapore illuminista. La città deve essere “netta”: via, dunque, le capre e gli altri animali domestici dai quartieri più miseri; si purificano e disinfettano i chiassi maleodoranti ricettacolo di spurghi, si intensificano i rapporti con la Magistratura dei Capitani di Parte (istituzione demandata ai lavori pubblici sia cittadini che sul territorio) affinché si riscontri l'integrità di pozzi e fontane e si controllino le tombe dentro e fuori le chiese che non siano fradice, sfondate e, dunque, quasi aperte. Addirittura, ora che l'emergenza arretra, lo stesso Magistrato si rende disponibile a pagare la “sprangatura” delle sepolture di morti appestati mediante spranghe e lastre di ferro inchiodate sulle bare. Anche le case, anche quelle che sono state già «affumigate», devono sottostare a particolari accorgimenti: si tolgono i serrami di legno dalle finestre, «si spazzi bene i pavimenti, i palchi, i muri e se si ha comodità si faccia imbiancare la casa o almeno lavare con ranno le muraglie [...] si lavi con aceto ricorrentemente e ogni tanto si sparga calcina e

sopra ancora aceto così che la faccia affumare e spegnere». Poco importa che, accanto a queste normative “moderne” permanga ancora una concessione al rapporto tra malattia e religione: all’interno di queste nuove precauzioni il Magistrato, infatti, inviava anche una lettera alle madri superiori di tutti i conventi cittadini affinché suore «si alternassero a pregare genuflesse contro il contagio a venire, dietro pagamento di scudi 25 o 50 secondo l’importanza del convento».

Disinfezione, dunque, sarà la parola che diverrà vincente e su cui, nel trascorrere del tempo, prenderà forma la normativa sanitaria grazie anche a un apparato statale e tecnologico sempre più mirato alla conservazione della salute del popolo e, tramite esso, dello Stato.

Poco meno di due secoli dopo, questa stessa sanificazione di ambienti e persone – che nel frattempo sta assumendo connotati di “igiene sociale” – si conferma principale protagonista nell’abiurare, all’insorgere di una criticità epidemica, il tradizionale concetto di una trasmissibilità dei morbi attraverso la perturbazione dell’aria.

Ne è convinto un personaggio illustre per la storia medico-sanitaria fiorentina e non solo: Vincenzo Chiarugi (1759-1820) nel 1817 viene mandato a sovrintendere ai focolai di epidemia di tifo petecchiale che insorgono in varie parti della Toscana i quali, pur di non eccessiva criticità (l’epidemia durò poco più di due mesi), furono bastevoli, comunque, a indurre lo Stato ad attivare tutta una serie di disposizioni e ad allestire particolari luoghi sanitari ove ricoverare i malati.

Della metodologia perseguita per l’organizzazione di questa rete ospedaliera ne parleremo nel prossimo incontro. Ora è interessante vedere con quali mezzi Chiarugi affronta la sanificazione di luoghi e persone forte della consapevolezza che sia necessario prevenire e curare la patologia in base allo studio eziologico

dei sintomi e al decorso di virulenza. Il tifo petecchiale, avrà a dire il Nostro nei *Pareri e Osservazioni mediche sulla malattia febbrile manifestatasi in diverse parti della Toscana* (Firenze, Stamperia arcivescovile alla Croce Rossa, 1817) si contrae «per contatto immediato d’un corpo malato con un corpo sano» e tale affermazione riassume in sé tutti quegli agenti potenzialmente causali che possono risultare vettori di contaminazione a iniziare dalle abitazioni. Da qui le meticolose disposizioni preventive quali le *Istruzioni per l’isolamento dei malati e la disinfezione delle loro vesti* comprese quelle di coloro che li devono accudire (medici, infermieri, cappellani, parenti, ecc.) sottoposti, nell’uscire dall’ospedale o dalle case dopo aver prestato assistenza, a minute sanificazioni che devono estendersi anche alle loro residenze. Anche quando la malattia pare essere, ormai, venuta meno.

Il metodo per la disinfezione adottato è quello proposto dal medico Louis Bernard Guyston de Morveau (1737-1816) che lo aveva immesso nel mercato intorno al 1805.

Tale pratica consisteva nella collocazione – nelle corsie ospedaliere ma anche nelle residenze – di recipienti in vetro di circa 40 cm di altezza coperti da un tappo a vite in modo tale da regolarne l’apertura a seconda dell’esigenza. Al loro interno, veniva preparato del cloro (facendo reagire dell’ossido di manganese con del sale in acido solforico) che agendo da disinfettante veniva diffuso nell’ambiente tre volte al giorno. Il Chiarugi adotta anche «suffimigi di Gaz-Acido Muriatico Ossigenato» che usa sempre per gli ambienti ma anche per le vesti e utensili di malati e di infermieri.

Decisamente contrario agli usi tradizionali di bruciare bacche di ginepro e di altre resine ed essenze ammette solo l’«aceto bollito con erbe aromatiche» per profumare gli ambienti quale unico omaggio alla medicina tradizionale.

La sanificazione di cui parla Rosa

Bellincioni Gaggioli (1888-1980) si appunta, invece, su una architettura ospedaliera che deve opporsi alla trasmissione del bacillo della tubercolosi in un ambiente estremamente difficile per tipologia di malati: Rosa ci parla, infatti, di un San Salvi del 1938.

Indugio volentieri su questa donna medico. È la sesta professionista di genere femminile che si iscrive all’Ordine dei Medici nel 1928 quando il totale è di appena 27 iscritti. L’11 marzo 1915 era stata assunta dall’ospedale di Santa Maria Nuova per essere stata prima donna ad aver vinto un concorso per un posto di assistente. Vi resterà fino al 1919 quando – forse perché chiamata a curare in altri contesti i picchi della Spagnola o a prestare servizio in qualche ospedale militare – si licenzierà dicendosi «dolentissima di partire e di lasciare il mio lavoro» segno di come si fosse trovata bene in quell’ambiente. Vi ritornerà nel 1924 ma ancora vi resterà per poco: i termini di incarico per gli assistenti non potevano superare i dodici anni. Da qui la sua iscrizione all’Ordine per esercitare la libera professione e, nel contempo, specializzarsi in pneumologia che le consentirà, anni dopo, di rivestire un ruolo di dirigenza nella sezione tubercolare del manicomio di San Salvi sotto la direzione del Professore Gino Simonelli.

La tubercolosi è una delle patologie che, dagli anni Trenta, maggiormente infieriscono all’interno del manicomio proprio perché di difficile riscontro diagnostico. La malattia, avrà a dire Rosa «si perde nella massa dei ricoverati perché la segnalazione viene talora fatta solo quando lo stato fisico comincia a cambiare in maniera così evidente da destare dubbi sul personale di assistenza immediata e sul medico» e, a questo punto, il più delle volte è troppo tardi. Il malato stesso poi è tutt’altro che collaborante e, dunque, in questo caso, non basta la separazione nosologica ma ci vuole una struttura che, del sistema strutturale a padiglione, ne sap-

pia cogliere le principali prerogative: igiene e indipendenza dei servizi di analisi e di radiologia.

A giudicare dalla puntualità con cui Rosa descrive l'edificazione del padiglione donne tubercolotiche (1938-1939) e della sezione uomini (1938) deve essere stata una delle principali fautrici del progetto Rosa Bellincioni, *La prevenzione e la cura della tubercolosi nell'ospedale psichiatrico di Firenze, Siena, Stabilimento Tipografico S. Bernardino, 1940*. Per la più alta incidenza della malattia nelle inferme, un padiglione del tutto nuovo verrà edificato a est, fuori del circuito ellissoidale di San Salvi, quasi a fronte – sebbene protetto da un alto muro – del pensionario femminile Villa Maria.

Tuttavia, non è la ripartizione degli spazi a seconda della funzionalità di ricovero e cura a colpirci; piuttosto

la sanificazione che, in tale sezione, deve essere massima così come la formazione di tutto il personale sanitario perché «Il malato di mente imbratta con l'escreato i luoghi più incredibili e impensati: chi si avvicina al letto di questi tubercolosi, sa quante volte può accadere [...] di calpestare con le proprie scarpe gli spurghi lanciati a distanza o d'imbrattarsene le mani nell'accomodare il malato, nel prenderne la temperatura, nel palparne il polso, ecc. quando non capiti anche di diventare bersaglio diretto di tali pericolose escrezioni». E qui entra in ballo l'*Amuchina* (dal nome greco che indica "lacerazione"), una sostanza che è diventata attualmente presenza fissa nelle nostre case. Un ipoclorito di sodio diluito in acqua inventato da Oronzio De Nora (1899-1995) che lo brevettava nel 1923 con questo stesso

nome indicandolo come particolare cicatrizzante e contrastante ogni tipo di virus, batteri, funghi e spore, in grado di non danneggiare tessuti o materiali. Negli anni Trenta iniziava a Genova la produzione su larga scala trovando applicazione – data la particolare contingenza sanitaria – proprio nella lotta contro la tubercolosi.

In tale contesto l'*Amuchina* entrava a San Salvi: la si vaporizza mediante vapore acqueo ad alta pressione su pavimenti, pareti rivestite di piastrelle, su oggetti, strumentazione medica e vestiti, sulle mani del personale e sulle scarpe comprese le soles divenendo un altro di quegli "accorgimenti" del passato che, le condizioni del presente, hanno riportato in auge.

dianadionisio@tiscali.it

# Il tempo della retorica è finito

## (non vogliamo essere chiamati eroi ma essere ascoltati dalla politica)

di Pietro Claudio Dattolo

Il 31 dicembre 2019 la Commissione Sanitaria Municipale di Wuhan (Cina) segnala all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) un cluster di casi di polmonite a eziologia ignota nella città di Wuhan, nella provincia cinese di Hubei.

A distanza di pochi giorni i ricercatori cinesi depositano la "carta di identità" del virus, ovvero la sequenza dell'RNA virale. Diverso da tutti i virus conosciuti sino a quel momento, la conoscenza della sequenza è il primo passo nella lotta al coronavirus. È il 10 gennaio 2020.

In una purtroppo storica conferenza stampa della *China's National Health Commission* viene confermato quanto già sospettato da giorni. Il nuovo coronavirus si trasmette da uomo a uomo. È la conferma della nascita di una nuova malattia virale che verrà identificata con il nome di COVID-19 (*Coronavirus Disease*). 20 gennaio 2020.

Inizia il primo lockdown di massa della storia. 60 milioni di persone appartenenti alla provincia di Hubei entrano in un rigido lockdown. Strade deserte e servizi ridotti al minimo. Le immagini che giungono dalla Cina sembrano quelle di un film. Nessuno lontanamente immagina che le stesse misure verranno varate anche nel nostro Paese poco più di un mese e mezzo dopo. Nelle settimane successive il virus ha un nome, SAR-CoV-2. 23 gennaio 2020.

Pur essendo stati identificati a fine

gennaio due casi di coronavirus in turisti cinesi in visita a Roma, il 21 febbraio viene identificato quello che erroneamente sarà il paziente zero, un 38enne di Codogno. È l'inizio della prima devastante ondata per l'Italia. Un'ondata a cui si cerca di porre rimedio con il lockdown nazionale a partire da domenica 8 marzo.

Il virus si diffonde rapidamente e in un territorio sempre più vasto. L'epidemia è in gran parte fuori controllo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità dichiara ufficialmente lo stato di pandemia. 11 marzo 2020.

Da questo momento ogni medico e ogni infermiere è travolto da uno tsunami, che tuttavia affronta con grande abnegazione.

Non ci siamo tirati mai indietro neanche quando i turni lavorativi erano di settimane intere. E i DPI non c'erano. 11 marzo 2020, il dott. Roberto Stella, presidente dell'OMCeO Varese e medico di famiglia muore di COVID-19.

È iniziata purtroppo la "retorica" degli eroi che ci è costata così tanti martiri. "I morti non fanno rumore, non fanno più rumore del crescere dell'erba", scriveva Ungaretti. Eppure, i nomi dei nostri amici, dei nostri colleghi, messi nero su bianco, fanno un rumore assordante. Così come fa rumore il numero degli operatori sanitari contagiati, che costituiscono ormai il 10% del totale. Siamo andati a mani nude a combattere contro il virus. Abbiamo toccato la malattia e non ci siamo tirati indietro. Non

possiamo più permettere che i nostri medici, i nostri operatori sanitari, passino dall'essere considerati eroi a essere dimenticati. Fa male a noi, fa male ai cittadini, fa male al paese.

Non eravamo eroi non vogliamo essere chiamati eroi.

Vogliamo che ci ascoltiate nelle scelte e nelle organizzazioni dei sistemi sanitari.

Vogliamo essere ascoltati perché sappiamo cosa e come fare.

Vogliamo che siano garantite condizioni di lavoro adeguate, che ci lasciate fare la nostra professione come la sappiamo fare, sempre dalla parte della gente.

Vogliamo che vengano assunti medici e infermieri perché medici e infermieri non sono una spesa ma un investimento per il paese; e vogliamo continuare ad avere, con la politica e nonostante la politica (come direbbe qualcuno), un SSN/SSR universale e gratuito per tutti

Non si smette mai di essere medici, lo si resta sino in fondo e per tutta la vita.

Non gridate più  
Giuseppe Ungaretti

*Cessate d'uccidere i morti,  
Non gridate più, non gridate  
Se li volete ancora udire,  
Se sperate di non perire.  
Hanno l'impercettibile sussurro,  
Non fanno più rumore  
Del crescere dell'erba,  
Lieta dove non passa l'uomo.*

# Basta medaglie!

di Antonio Panti

Venerdì 18 marzo il Comune di Firenze ha celebrato in Palazzo Vecchio la giornata in memoria dei caduti del COVID-19, ringraziando gli operatori della sanità per la loro dedizione e impegno. La stessa sera in un cinema fiorentino è stato proiettato un bel film girato nell'ospedale di Brescia durante i primi periodi della pandemia dedicato sia alle sofferenze dei pazienti sia al valore professionale e all'afflato umano del personale.

Ottime iniziative in cui si sono sprecate le consuete immagini e le solite metafore, la guerra, la battaglia e, soprattutto, gli eroi protagonisti di questo flagello, i medici, gli infermieri e tutti gli operatori sanitari.

Durante la pandemia molti professionisti si sono comportati con grande dedizione al limite dell'eroismo, ma la vera lezione di questa terribile situazione è stata che una guerra siffatta si vince solo lavorando in squadra, sentendosi comunità di valori e di impegno, un gruppo legato da un vincolo di professionalità. La medicina moderna si pratica solo in organizzazioni complesse ove si collabora tra professioni diverse.

La pandemia inoltre ha insito il rischio di tornare a una visione meramente sanitaria del servizio. Al con-

trario la lezione che si ricava è che i tempi sono maturi per realizzare il motto dell'OMS, "la salute in tutte le politiche". Potremo affrontare l'epidemia della cronicità e le prossime possibili pandemie solo se avremo imparato a considerare la tutela della salute come un elemento della sicurezza globale.

Ma la riflessione sulla giornata dedicata alle vittime del COVID non può fermarsi qui. Torniamo ai nostri eroi. Si comincia con le celebrazioni, poi le medaglie, i diplomi, magari tra qualche anno un monumento. E nel frattempo? Tutto rimane come prima. Invece gli eroi sono stanchi, a disagio, hanno il *burn-out*, lasciano il servizio e l'ospedale. Perché? Perché il lavoro è gravoso e poco riconosciuto, la burocrazia eccessiva, i pazienti spesso ingrati se non ostili, l'amministrazione lontana e insensibile, ci sono avvisi di garanzia per morti da COVID. Non tutto è così, ma lo scoraggiamento esiste.

Eppure durante la pandemia sembrava che la scienza trionfasse, che i medici fossero ascoltati. Il CTS ha pesato sulle decisioni del Governo, quasi a realizzare una sintesi tra le esigenze economiche della politica e quelle della scienza di tutela della salute della collettività.

Allora smettiamo di parlare di eroi e finalmente si riconosca che ogni professione sanitaria è difficile e gravosa ma, nello stesso tempo, rappresenta uno dei pilastri della convivenza civile, una parte rilevantissima della economia del paese, con la scuola e la giustizia uno dei fondamenti del patto di cittadinanza.

Quindi meno celebrazioni: il Parlamento riconosca questa peculiarità con una legge, uno Statuto delle Professioni Sanitarie, che ne definisca lo stato giuridico, affidi al servizio la formazione post laurea, decida sui modi della *governance* cioè sulla partecipazione dei professionisti alla gestione del servizio, abroghi infine la figura penale della colpa professionale.

Questo è il riconoscimento di cui abbiamo bisogno.

Notarella finale: il servizio sanitario toscano ha già, dopo il primo trimestre, un buco di 300 milioni e il Presidente della Giunta ha dato mandato alle ASL di provvedere al rientro nei modi che ciascuna riterrà opportuno. Questo è il clima! Nel quale seguiranno a fare il nostro dovere di professionisti.

antonio.panti@tin.it

# La “maratona dello stile di vita” durante l'emergenza COVID: teoria e prospettive

di Laura Stefani, Noemi Colacione, Domenico Russo

Medicina dello Sport e dell'Esercizio, AOU Careggi, Firenze

Durante la pandemia COVID-19 la Medicina dello Sport della AOUC ha somministrato un questionario telematico a pazienti ipertesi e oncologici per valutare lo stile di vita prima e durante l'emergenza. La quarantena ha sì è associata in entrambi a una maggior aderenza alla Dieta Mediterranea, riduzione dell'attività motoria e aumento del sedentarismo. Negli ipertesi ha inciso negativamente anche sul benessere psicologico.

**Parole chiave:** stile di vita, ipertensione arteriosa, dieta mediterranea, COVID-19

Tra il 2019 e il 2020 si è creata al livello mondiale una pandemia causata da un'infezione da parte del virus SARS-CoV2 che ha fatto precipitare molti paesi in situazioni di emergenza. L'Italia è stato uno dei paesi più colpiti nell'immediato, pagando un tributo in vite molto alto fin dalla prime fasi della diffusione della malattia. Nonostante la fase acuta della pandemia sia datata intorno a febbraio- marzo 2020, tuttavia la letteratura pubblicata può tracciare la comparsa di individui sintomatici per infezione da COVID-19 fin dall'inizio di dicembre 2019. Da allora diversi casi di pazienti con polmonite da causa sconosciuta, della città cinese di Wuhan, hanno condiviso una storia di esposizione al mercato ittico di Huanan e la malattia è stata confermata come un'infezione respiratoria acuta causata da un nuovo CoV. L'etiologia di questa malattia è stata attribuita a un nuovo virus appartenente alla famiglia dei coronavirus (CoV), che inizialmente, fu chiamato 2019-nCoV. In seguito, l'*International Committee on Taxonomy of Viruses* (ICTV) lo ha definito il virus SARS-CoV-2. Il SARS-CoV-2 è un  $\beta$ -coronavirus, virus a RNA a filamen-

to positivo con un aspetto simile a una corona evidente al microscopio elettronico, a causa della presenza di glicoproteine sull'involucro. La sottofamiglia *Orthocoronavirinae* della famiglia *Coronaviridae*, ordine *Nidovirales*, si classifica in quattro generi di CoV:

- *Alphacoronavirus* (alphaCoV);
- *Betacoronavirus* (betaCoV);
- *Deltacoronavirus* (deltaCoV);
- *Gammacoronavirus* (gammaCoV).

Inoltre, il genere betaCoV si divide in cinque sottogeneri.

La caratterizzazione genomica ha dimostrato che probabilmente pipistrelli e roditori sono le fonti genetiche di alfaCoV e betaCoV. Al contrario, le specie avicole sembrano rappresentare le fonti genetiche di deltaCoV e gammaCoV.

Circa 1 persona su 5 con COVID-19 si ammala gravemente e presenta difficoltà respiratorie, richiedendo il ricovero in ambiente ospedaliero.

Il tempo di incubazione medio sappiamo essere fino a 2 settimane, con una carica infettante esponenziale: ogni infetto trasmette il virus a ulteriori 2,2 individui.

I dati epidemiologici sono in grande cambiamento, soprattutto a fronte del rapido diffondersi del virus nelle sue varianti e della contemporanea campagna vaccinale che porterà inevitabilmente ulteriori cambiamenti. Di fronte a queste continue evoluzioni dobbiamo pertanto essere flessibili, non solo sotto il profilo degli aspetti generali comportamentali, ma anche come stile di vita, richiedendo a questo ultimo un continuo adattamento per poter mantenere alti nel tempo i livelli richiesti dalla attuali linee guida internazionali, per il contenimento del rischio cardiovascolare (CV). Probabilmente anche quanto qui viene scritto, almeno negli aspetti caratterizzanti il virus, non sarà a breve, totalmente più valido.

## Lo stile di vita nell'emergenza COVID

L'isolamento forzato e i faticosi cambiamenti delle abitudini dello stile di vita in continuo riequilibrio, tra cui la riduzione dell'attività fisica, ma anche i mutamenti emozionali hanno destato grande preoccupazione globale per la salute pubblica.

Si sono rese necessarie misure di contenimento della diffusione del virus che, nell'ottica di ridurre gli eventi drammatici dei picchi di infezione, hanno inevitabilmente toccato la trama di quel sistema di controllo e cura delle malattie cronico degenerative, in cui soprattutto la medicina dello sport ricopre ormai da molti anni un ruolo di primaria importanza attraverso la messa a punto di programmi di ricondizionamento dello stile di vita individualizzati e orientati all'attività fisica a intensità moderata e di tipo misto.

Alla luce anche delle evidenze cliniche di sequele importanti, in alcuni casi multiorgano in chi ha contratto la malattia, pur superandola, e che ormai ha acquisito l'etichetta di "sindrome post-COVID", si rende necessaria una rete di assistenza, supportata da indirizzi di ricerca scientifica, che consentano la valutazione complessa della fase post-COVID e il ricondizionamento dello stile di vita con modalità di supervisione anche all'aperto. Poco sappiamo realmente della sindrome "post-COVID" nel lungo termine, se non aspetti di osservazione clinica, ancora non classificati, che la inquadrano comunque in un contesto di "sindrome sistemica", che in alcuni casi si appalesa come una sorta di "disconfort generale", astenia prolungata e ridotta capacità di concentrazione associata a difficoltà a ricollocarsi nell'ambito di uno stile di vita come quello antecedente alla malattia.

Non mancano dati che attestano, in alcuni casi, un grave coinvolgimento, oltre che polmonare, anche cardiaco e muscolare scheletrico, quali quelli osservati come esito di manifestazioni pericarditica a lenta risoluzione o di fragilità muscolare. Proprio con tali aspetti la medicina dello sport si sta confrontando e sarà in seguito chiamata a esprimere pareri sia in ambito medico sportivo che nella popolazione generale, attiva e che, indipendentemente dallo sport, necessiterà di un indirizzo terapeutico in aggiunta al farmacologico.

La FMSI (Federazione Medico Sportiva Italiana), come società scientifica e organismo preposto all'elaborazione delle indicazioni per il rilascio della certificazione medico-sportiva, si è già mossa in tal senso, stilando un documento completo, comprensivo degli esami previsti per la tutela dell'atleta, nonché del gruppo che torna ad allenarsi in quanto idoneo. Ma questo non basta, non è sufficiente a coprire gli sforzi che la sanità ha compiuto per fronteggiare una situazione di grande emergenza con punte di acuzie, quasi fosse una medicina da guerra.

In realtà occuparci come specialisti in medicina dello sport solo delle idoneità sportive, lascerebbe fuori, in era post-COVID, una grossa fetta di soggetti con pregressa infezione. Soggetti non interessati alla performance sportiva, ma molto attenti agli aspetti della salute e del benessere, soprattutto se affetti da patologie come la cardiopatia ischemica, l'ipertensione, il cancro, il post trapianto e molte altre ancora con potenziale di aggravamento nel breve e nel lungo termine.

In questo senso il percorso di "prescrizione esercizio fisico", già acquisito come peculiare competenza specialistica medico-sportiva e che utilizza conoscenze e test molto noti tra gli atleti, come il test da sforzo con saturimetria, l'ecocardiogramma, il test cardiopolmonare per distinguere le diverse componenti di deficit ventilatorio da quello cardiaco, la valutazione della composizione corporea e dello stato nutrizionale mediante calcolo di massa magra, massa grassa, massa cellulare, stato di idratazione, oltre che l'analisi delle abitudini alimentari, trova un'indicazione specifica proprio nel contesto della stratificazione del rischio di morbilità e mortalità e soprattutto di cura.

È noto come l'attività fisica a intensità moderata svolga un ruolo fondamentale nella riduzione di quella componente flogistica che è alla base della genesi, del perpetuarsi e dell'aggravarsi di molte patologie

croniche molto diffuse nella popolazione generale. Dovrà essere testato nel tempo l'effetto di tale approccio in chi ha contratto l'infezione da COVID-19.

Viene riportato qui un esempio di un iniziale sforzo, come sorveglianza, che la Medicina dello Sport della AOU Careggi ha svolto durante il periodo lock-down, attraverso questionari orientati ai cambiamenti dello stile di vita forzati. L'indagine è nata ai fini di mantenere il contatto con i pazienti seguiti all'interno del percorso di prescrizione esercizio fisico e che non potevano accedere, causa nuova normativa COVID, alle visite in regime di presenza. Sono state scelte due categorie di soggetti, a potenziale medio-alto rischio cardiovascolare accentuato dal sedentarismo: neoplastici e ipertesi in condizioni cliniche stabili.

L'esperienza, durata solo poche settimane ha restituito, oltre che il gradimento dei pazienti, anche informazioni interessanti sulla necessità di continuare in questo senso e di estendere le valutazioni a test sempre più completi da utilizzare in questa categoria di soggetti.

L'obiettivo di questo studio è stato quello di determinare longitudinalmente se i soggetti affetti da ipertensione lieve-media, anche in trattamento farmacologico e i soggetti affetti da etp (ovarico, mammella, prostata) avessero riportato eventuali cambiamenti sul tipo di alimentazione, la quantità di attività fisica svolta e lo stato generale di benessere psicologico durante l'emergenza COVID-19.

### Materiali e metodi

Si è trattato di uno studio longitudinale retrospettivo-prospettivo, su soggetti che erano regolarmente seguiti presso la SODC Medicina dello Sport e dell'Esercizio dell'AOU Careggi di Firenze. La popolazione inclusa, previo consenso informato, è stata di 53 soggetti, di cui solo 42 soggetti di entrambi i generi, hanno risposto partecipando. È stato for-



	ETP	IPERTENSIONE	P-VALUE
N. pazienti	21	21	
Età	57,90 ± 19%	57,43 ± 19%	0,456
Peso	72,04 ± 19%	82,95 ± 19%	0,003
Altezza	166,57 ± 5%	171,67 ± 5%	0,026
BMI	25,9 ± 16%	28 ± 15%	0,046

**Tabella 1.**  
Caratteristiche demografiche.

	ETP	IPERTENSIONE
N° pazienti	21	21
Fumatori	1 (4,8%)	4 (19%)
Attività fisica	15 (71,4%)	13 (61,9%)
Dieta mediterranea	16 (76,2%)	15 (71,4%)

**Tabella 2.**  
Caratteristiche della popolazione studiata relativa al fumo, attività fisica e dieta mediterranea dei pazienti affetti da etp e dei pazienti affetti da ipertensione.

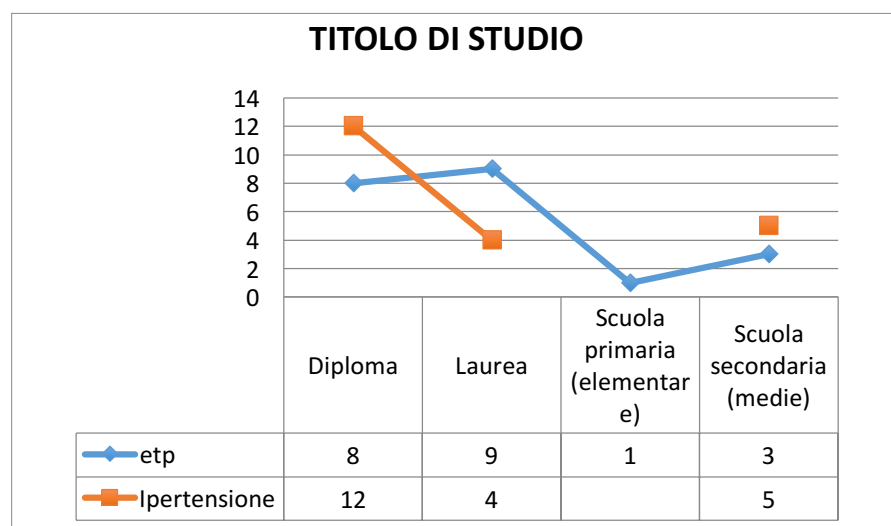
mulato un questionario di indagine, creato sulla base di questionari già validati in letteratura (SF-36 breve, IPAQ, Medi-lite score), estrapolando domande specifiche su aspetti alimentari, attività fisica e stato di benessere. Tale questionario è stato somministrato per via telematica, nel periodo di quarantena forzata. In aggiunta ai dati ottenibili dal questionario sono stati presi in considerazione altri parametri ricavabili facilmente, come l'indice di massa corporea (BMI) kg/m<sup>2</sup>.

**L'aderenza alla Dieta Mediterranea**

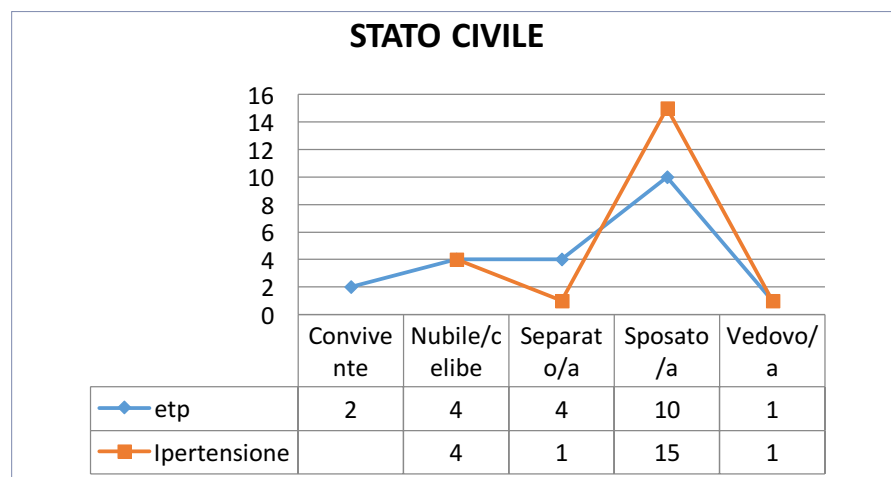
Il questionario è stato orientato da aspetti alimentari contenenti domande relative all'aderenza alla dieta mediterranea. Le domande, semplici e veloci, erano formulate per permettere all'utente di determinare il consumo, in termini di quantità giornaliere e/o settimanali, di 9 gruppi alimentari: frutta, verdura, cereali, legumi, pesce, carne e prodotti a base di carne, latticini, alcol e olio d'oliva. Nove categorie di alimenti,

e prodotti a base di carne, prodotti lattiero-caseari) sono stati assegnati 2 punti all'assunzione più bassa, 1 punto all'assunzione intermedia e 0 punti al consumo più elevato. Per l'alcol sono state utilizzate le categorie relative all'unità alcolica (1 unità alcolica = 12 g di alcol), attribuendo 2 punti alla categoria media (1-2 unità alcoliche/die) di consumo, 1 punto alla categoria più bassa e 0 punti alla categoria di consumo più alta. Infine, sono stati assegnati 2 punti per l'uso regolare dell'olio di oliva, 1 punto per l'uso frequente e 0 punti per l'uso occasionale. Il punteggio finale, ottenuto dalla somma di tutti questi punteggi, risulta variare da 0 (bassa aderenza) a 18 (alta aderen-

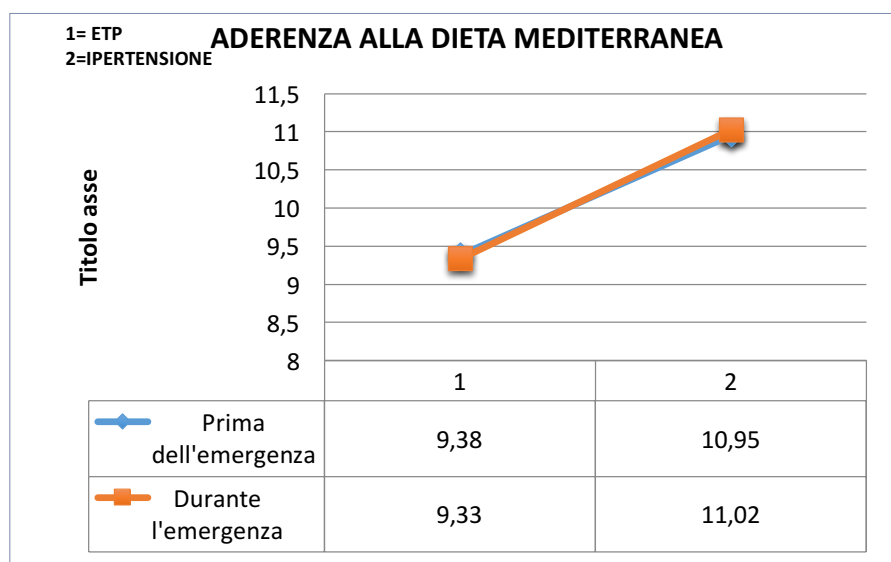
a ognuna assegnato un punto da 0 a 2. Per gli alimenti tipici della Dieta Mediterranea (frutta, verdura, cereali, legumi e pesce) sono stata assegnati 2 punti alla categoria di consumo più alta, 1 punto alla categoria intermedia e 0 punti alla categoria più bassa e per quelli non tipici (carne



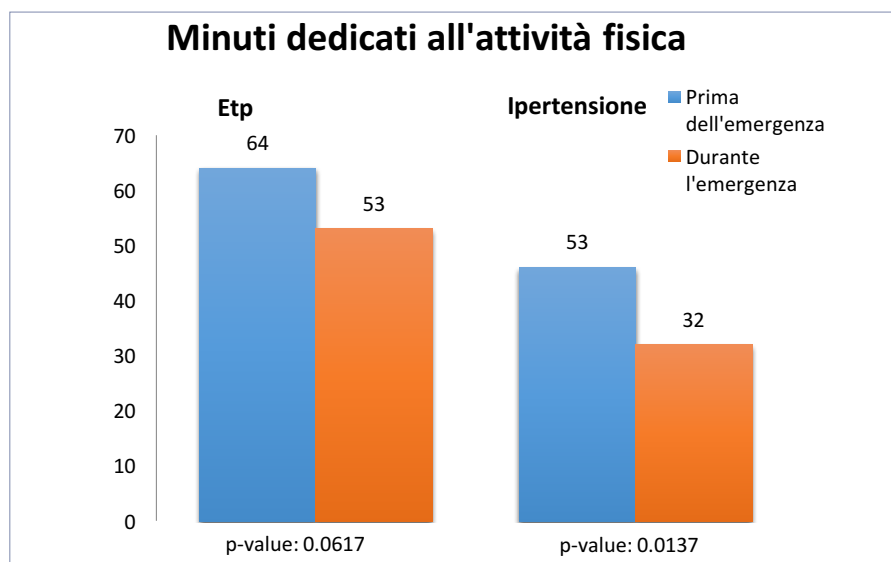
**Figura 1.**  
Titolo di studio dei pazienti affetti da etp e dei pazienti affetti da ipertensione.



**Figura 2.**  
Stato civile dei pazienti affetti da neoplasie e dei pazienti affetti da ipertensione.



**Figura 3.** Aderenza alla Dieta Mediterranea dei pazienti affetti da etp e dei pazienti affetti da ipertensione.



**Figura 4.** Tempo medio in minuti dedicato all'attività fisica al giorno.

za). Il questionario conteneva anche domande relative al tabagismo e sulla quantità di attività fisica svolta settimanalmente, mediante domande estrapolate dal questionario IPAQ, allo stato sociale e il grado di istruzione, allo stato di benessere.

**Risultati**

I 42 individui che hanno aderito all'indagine avevano una un'età media di 57,90 ± 19%. I due gruppi indagati, neoplastici e ipertesi risultavano sostanzialmente omogenei per età.

Sono state riportate le differenze relative al peso e all'altezza con valori di BMI, benché in entrambi i casi nella categoria dei sovrappeso, tuttavia più alti nei soggetti affetti da ipertensione (BMI 28 kg/m<sup>2</sup>) vs soggetti con neoplasia (BMI pari a 25,9 kg/m<sup>2</sup>).

Le caratteristiche demografiche dei partecipanti sono mostrate nella Tabella 1.

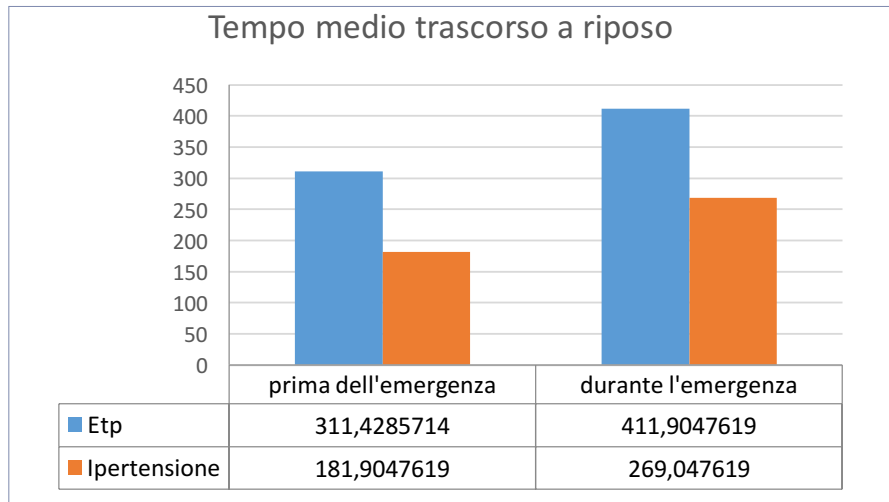
Tra i soggetti con ipertensione arteriosa risultavano anche più fumatori rispetto al gruppo con neoplasia (19%), e inoltre il livello di attività

fisica regolare risultava negli ipertesi più basso rispetto ai neoplastici (15 ipertesi vs 21 neoplastici cioè il 71,4% praticava attività fisica regolare di almeno 150 minuti a settimana, benché in regime *home-based*).

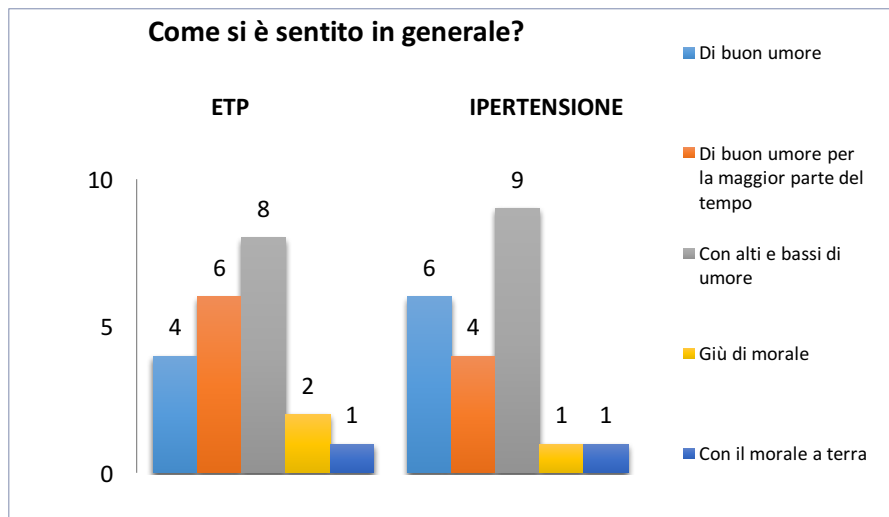
Per quanto riguarda la aderenza alla dieta mediterranea, il gruppo dei neoplastici mostrava un punteggio > 18, quindi normale (16/21 casi cioè il 76,2% risultava aderente). I dati completi sono riportati nella Tabella 2.

Per quanto riguarda i dati relativi al grado di istruzione e allo stato civile, è stato evidenziato come il gruppo dei neoplastici aveva un grado di istruzione superiore rispetto agli ipertesi (Fig. 1) con una sostanziale omogeneità dello stato civile (Fig. 2). Dall'analisi successiva, effettuata per singola categoria, relativamente all'aderenza alla Dieta Mediterranea, sono state valutate eventuali differenze tra i punteggi ottenuti confrontando la fase "prima dell'emergenza" vs "durante l'emergenza". Il punteggio finale dimostra che i soggetti affetti da etp hanno ridotto lo score di aderenza alla dieta mediterranea durante l'emergenza, mentre i soggetti affetti da ipertensione hanno incrementato lo score di aderenza alla dieta mediterranea durante l'emergenza, migliorando quindi questo aspetto dello stile di vita.

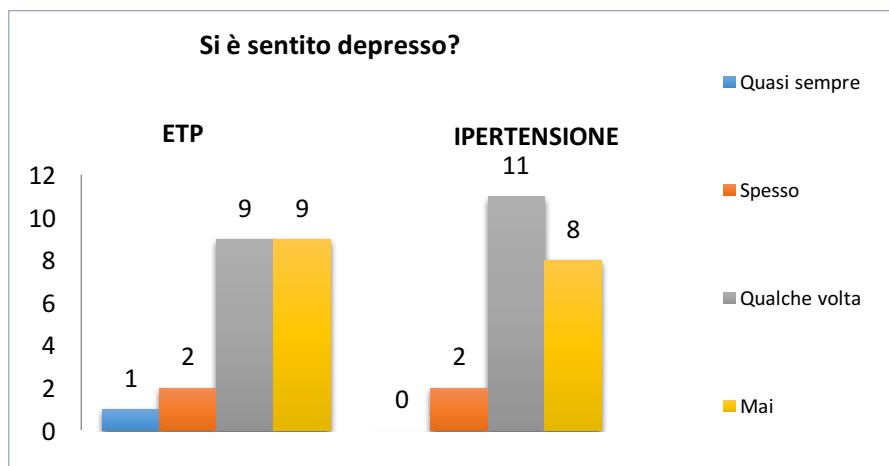
I dati sono riportati nella Figura 3. Per quanto riguarda l'analisi relativa alla attività fisica intesa come tempo medio in minuti dedicato a questo aspetto al giorno, dal confronto tra le due fasi "prima dell'emergenza" e "durante l'emergenza" è emerso come i soggetti affetti da etp hanno svolto comunque più regolarmente attività fisica programmata rispetto ai soggetti affetti da ipertensione. In entrambe le categorie di soggetti, tuttavia, il lockdown ha prodotto una riduzione significativa della quantità totale di attività se confrontata nelle due fasi "prima" e "durante dell'emergenza" COVID. I dati completi sono mostrati nella Figura 4.



**Figura 5.** Tempo medio in minuti dedicato all'inattività.



**Figura 6.** Stato d'animo, stato emozionale dei pazienti affetti da etp e pazienti affetti da ipertensione.



**Figura 7.** Stato depressivo dei pazienti affetti da etp e pazienti affetti da ipertensione.

Contrariamente (Fig. 5), la stima in minuti di "inattività totale" in entrambi i gruppi "durante l'emergenza", ha mostrato come la categoria dei soggetti affetti da etp (mammella, ovarico, prostata) risultava più inattiva sia "prima dell'emergenza" che durante l'emergenza.

Tali aspetti sono fortemente suggestivi per una risposta allo stress indotto dal lockdown, più reattiva da parte della categoria dei neoplastici, forse più provati sotto il profilo della gestione del loro status, che degli ipertesi, meno consapevoli delle sequele dovute alla inattività. Tali dati osservazionali dovranno essere comunque confermati da indagini più rigorose scientificamente.

Per quanto riguarda lo stato di benessere psicologico, l'indagine ha mostrato come uno degli aspetti più rilevanti era la presenza di un "umore altalenante", con punte di depressione più evidente tra i soggetti ipertesi, benché presente in modo non trascurabile anche tra i neoplastici.

### Conclusioni

La quarantena forzata e lockdown hanno mostrato un impatto sostanzialmente negativo sullo stile di vita con riduzione dell'attività motoria spontanea, limitazioni all'attività programmata e aumento del sedentarismo. Questo ha avuto risvolti negativi sullo stato emotivo che sono stati in ogni caso percepiti diversamente in due principali categorie di soggetti ad alto rischio cardiovascolare, quali gli ipertesi e i neoplastici. Colpisce soprattutto il fatto che comunque la popolazione dei neoplastici, supponendo che fosse già molto provata da una patologia gravemente invalidante, abbia almeno in una prima fase reagito più intensamente cercando di mantenere alto il livello di attività fisica così come impostato all'interno del percorso di ricondizionamento dello stile di vita.

Questo supporta l'importanza di un percorso che conduca il paziente all'aderenza totale, senza fatica,

purché sia in condizioni cliniche stabili, del programma di prescrizione esercizio fisico, che potrà alla luce di questi risultati preliminari essere implementato nel tempo.

Dai dati ottenuti, risulta importante sottolineare che l'indagine con questionari dedicati, benché condotti in modo autonomo e a casa, ha rappresentato un momento importante di contatto con pazienti già avviati

al percorso di prescrizione esercizio fisico. Sembra di capire che nonostante tutte le difficoltà, le indicazioni acquisite durante il percorso precedente abbiano sortito un effetto positivo almeno su aspetti del *well-being* e che si sono perpetuate durante la quarantena forzata.

Il modello proposto di follow-up a distanza potrebbe pertanto in molti casi essere consolidato e proposto

anche come modalità di controllo periodico con provate ricadute positive in senso economico per il contenimento dei fattori di rischio cardiovascolari, oltre che a restituire informazioni utilissime per aumentare le conoscenze di base epidemiologiche in un contesto ampio e di difficile gestione.

[laura.stefani@unifi.it](mailto:laura.stefani@unifi.it)

*Conflitto di interessi*

Gli autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi rispetto agli argomenti trattati nell'articolo.

# Parliamo di omocisteina

di Giuseppe Curciarello

Ambulatorio specialistico di Ematologia Generale (Clinica e Laboratorio), Firenze

Le cause più frequenti di iperomocisteinemia sono il deficit dietetico di ac. folico e di vitamina B12. Anche ipotiroidismo e insufficienza renale possono dare aumento dei valori di omocisteina e così pure obesità, tabagismo, diabete, ipercolesterolemia, vita sedentaria e alcuni farmaci come atorvastatina, fenofibrato, metotrexate. Iperomocisteinemia è stata associata a tromboembolismo venoso (TEV) e sappiamo che i livelli di omocisteina, se elevati, vengono ridotti utilizzando vitamine del gruppo B e in particolare vitamina B12 e B6 e acido folico, ma non sembra esserci indicazione nella prevenzione primaria o secondaria di eventi cardiovascolari e TEV. Il dosaggio di omocisteina e l'analisi mutazionale MTHFR non devono essere eseguiti anche se presente iperomocisteinemia nei pazienti con trombosi non essendo dimostrato il ruolo causale dell'iperomocisteinemia nella trombosi.

**Parole chiave:** omocisteina, MTHFR, tromboembolismo, vitamina B12, acido folico

Affrontiamo oggi un tema con cui molti medici, non infrequentemente, sono chiamati a confrontarsi. Parleremo di omocisteina, e in particolare dell'associazione che è stata fatta fra omocisteina alta e tromboembolismo venoso (TEV). Molti dei colleghi che leggeranno questo articolo potrebbero bene arricchire questo mio incipit, ma qui vorrei fare davvero, e solo, una sintesi che stimoli i nostri ricordi universitari e, per chi vuole, un approfondimento sul significato dell'iperomocisteinemia, anche in altre patologie.

Diciamo subito (*in medias res*) che non abbiamo ancora oggi certezze sul ruolo causativo dell'iperomocisteinemia nel TEV.

Il TEV è una patologia con un'incidenza annuale di 1-2/1000 individui ed è gravata da elevata probabilità di ricorrenza (a 5 anni 12-30%). Diciamo subito che l'atteggiamento terapeutico sarà diverso nella trom-

bosi a seconda della causa, quando riconosciuta. Se essa è un episodio dovuta a causa nota (immobilizzazione per esempio) senza anamnesi positiva per frequenza o familiarità, e in assenza di condizioni trombofiliche, la terapia sarà limitata a un periodo di mesi, mentre invece nei casi di trombosi idiopatiche spesso la terapia sarà prolungata.

E se l'omocisteina fosse alta? Come ci si comporta?

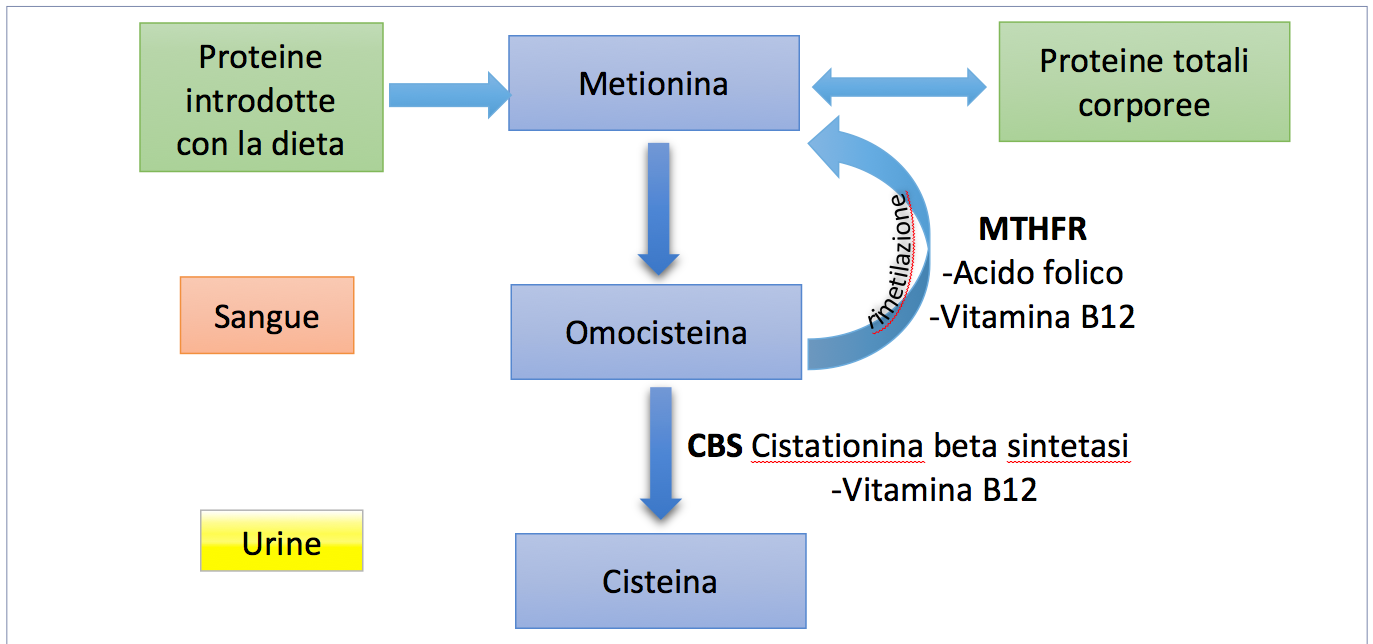
Il TEV è stato associato all'iperomocisteinemia sin dagli anni '90 (già però negli anni '80 era stato descritto TEV in pazienti con una rara malattia metabolica di cui diremo più avanti: l'omocistinuria classica).

Inizialmente, sembrava che i pazienti con iperomocisteinemia avessero un notevole maggiore rischio di TEV (studi retrospettivi), ma studi prospettici successivi hanno invece ridotto questo rischio, inoltre meta-analisi successive non sono state

dirimenti nel quantificarne il rischio. Uno studio del 2018 (*Ospina-Romero et al., 2018*) evidenzia come non ci sia associazione fra valori di omocisteina e primo episodio di TEV (e anche embolia polmonare (EP) come primo episodio). Un ulteriore studio del 2019 (*Hensen et al., 2019*) ha confermato l'assenza di associazione tra il rischio di ricorrenza di TEV e livelli di omocisteina, valutando altri parametri quali età, sesso, indice di massa corporea (BMI), tabagismo, funzionalità renale, somministrazione di vitamine del gruppo B e anomalie trombofiliche.

Il rischio di ricorrenza di trombosi non è apparso ridotto dalla diminuzione dei livelli di omocisteina dopo assunzione di vitamina B6, B12 e acido folico (*den Heijer et al., 2007*).

È stato anche associato il genotipo MTHFR 677TT con il rischio trombotico, essendo causa di iperomocisteinemia. Ma in uno studio caso-controllo di una grande popolazione



**Figura 1.**  
Le due vie enzimatiche del metabolismo dell'omocisteina.

(Multiple Environmental and Genetic Assessment of risk factors for venous thrombosis, MEGA Study) non è poi stato dimostrato che la presenza in omozigosi della variante genetica 677 C->T del gene MTHFR si associ a TEV (Bezemer et al., 2007).

L'omocisteina è un amminoacido solforato, prodotto intermedio del metabolismo della metionina. Il metabolismo di questa sostanza avviene attraverso due vie enzimatiche distinte che abbiamo più volte studiato nel nostro iter formativo. Una via enzimatica è catalizzata dalla cistationina beta sintetasi (CBS), si parla di trans sulfuronazione dell'omocisteina che necessita del piridossal fosfato (B6) come cofattore; l'altra è una rimetilazione che produce metionina grazie a un altro enzima, la metionina-sintetasi, che ha come cofattore la vitamina B12 e che trasforma l'omocisteina in metionina grazie a un metile fornito dal metilentetraidrofolato, che necessiterà per questa operazione di un altro enzima, la metilentetraidrofolato reduttasi (MTHFR), che abbisogna a sua volta di acido folico come substrato (Fig. 1).

L'omocisteina è dosabile e in generale possiamo dire che livelli plasmatici fino a 15 µmol/L sono nel range di normalità.

Valori tra 15 e 30 µmol/L sono considerati lievemente elevati, tra 30 e 60 µmol/L sono moderatamente elevati e > 60 µmol/L sono gravemente elevati (Moll e Varga, 2015).

L'iperomocisteinemia è una condizione molto comune considerato che tra il 5 e il 7% della popolazione generale presenta valori superiori alla norma. Quella che è molto rara è invece l'omocistinuria classica con valori di omocisteina > 100 µmol/L.

L'omocistinuria classica è una malattia metabolica ereditaria, a ereditarietà autosomica recessiva, con incidenza di circa 1/300.000 (con più elevata incidenza in Irlanda del nord dove è 1/65.000), da difetto di cistationina-beta-sintetasi, conseguente a mutazioni del gene CBS, di cui a oggi sono state identificate più di 150 mutazioni. Questa patologia deve essere sospettata in presenza di valori molto elevati di omocisteina plasmatica, soprattutto se associati a segni e sintomi quali

alterazioni scheletriche con habitus marfanoide, *pectus carinatum* o *escavatum*, valgismo ginocchio, osteoporosi e fratture vertebrali e piede cavo, oppure sintomi oculari (miopia severa da sublussazione del cristallino, cataratta, glaucoma, distacco retina) o sintomi vascolari come trombosi venose e arteriose, prolasso della mitrale, dissecazione aortica. Possono essere anche presenti ulcere cutanee. Caratteristici poi sono i sintomi neurologici come ritardo psicomotorio, disturbi psichiatrici, epilessia, infarti cerebrali, disturbi extrapiramidali (corea, tremori, scialorrea, distonia).

Le cause più frequenti di iperomocisteinemia (Fig. 2) sono il deficit dietetico di ac. folico, di vitamina B12. Anche ipotiroidismo e insufficienza renale possono dare aumento dei valori di omocisteina e così pure obesità, tabagismo, diabete, ipercolesterolemia, vita sedentaria. Infine anche alcuni farmaci come atorvastatina, fenofibrato, metotrexate e altri, aumentano i livelli dell'omocisteina.

Potremmo dunque affermare che

**CAUSE PIÙ FREQUENTI  
DI IPEROMOCISTEINEMIA**

- Deficit dietetico di ac. folico-vitamina B12
- Ipotiroidismo
- Insufficienza renale
- Obesità
- Tabagismo
- Diabete
- Ipercolesterolemia,
- Vita sedentaria
- Farmaci (atorvastatina, fenofibrato, metotrexate e altri)

**Figura 2.**

Cause di iperomocisteinemia più frequenti.

la concentrazione plasmatica di omocisteina non dovrebbe essere utilizzata per stabilire la durata della terapia anticoagulante dopo un tromboembolismo venoso o per stabilire la necessità della tromboprofilassi primaria.

I dati sono molto scarsi e pertanto inconclusivi per valori di omocisteina superiori a 45  $\mu\text{mol/L}$ . La ricerca della mutazione della metilentetraidrofolato reduttasi non è indicata nello studio del rischio trombotico. È utile invece considerare in DD l'omocistinuria classica per pazienti giovani che abbiano avuto IMA, ictus o TEV o presentino i segni sistemici o neurologici di cui abbiamo detto. L'*Overview of homocysteine* (Rosenson et al.) esprime e sintetizza quanto fin qui detto: "Non devono essere eseguiti dosaggi omocisteina e

**OMOCISTEINA e ....**

- Omocisteina plasmatica e malattie neurodegenerative (Alzheimer, morbo di Parkinson e demenza)
- Omocisteina plasmatica, diabete e sindrome Down
- Omocisteina plasmatica e long-COVID
- Omocisteina plasmatica e cancro

**Figura 3.**

Omocisteina e altre patologie.

*l'analisi mutazionale MTHFR. E anche quando livelli elevati di omocisteina siano riscontrati in pazienti con trombosi, il ruolo causale dell'iperomocisteinemia nella trombosi rimane non chiaro. Inoltre, l'abbassamento dei livelli di omocisteina con acido folico, piridossina e vitamina B12 non sembra ridurre il tasso di TEV nei pazienti con iperomocisteinemia."*

Quando ci troviamo di fronte a una lieve iperomocisteinemia certamente sappiamo che l'utilizzo di vitamine del gruppo B e in particolare vitamina B12 e B6 e acido folico, riduce i livelli di omocisteinemia, ma non sembra esserci indicazione nella prevenzione primaria o secondaria di eventi cardiovascolari e TEV.

La supplementazione deve essere eseguita, se presenti deficit vitaminici, in caso di diete incongrue o alterato assorbimento dei micronutrienti.

In caso di sospetto di omocistinuria classica è necessario l'invio del paziente presso Centri di terzo livello per una migliore definizione del

quadro (B6 responsività?) e adeguato follow-up clinico-terapeutico.

Per concludere questa disamina sull'omocisteina, e per chi volesse approfondire, sono interessanti gli studi che mettono in rapporto l'aumento dell'omocisteina plasmatica con varie patologie (Fig. 3), fra cui malattie neurodegenerative (come Alzheimer, morbo di Parkinson e demenza), ma anche il diabete e la sindrome di Down. E poi la segnalazione di come il long-COVID, complicazione di COVID-19 caratterizzata da persistenza di sequele oltre 2 mesi caratterizzate da astenia, cefalea, anosmia, disfunzione cognitiva (*brain fog*) ecc., abbia tratti caratteristici di una patologia che ben conosciamo: l'anemia perniciosa. È stato ipotizzato che SARS-CoV-2 possa indurre un aumento della richiesta di gruppi metilici mentre contemporaneamente ne compromette la disponibilità a causa dello stress ossidativo indotto dal virus. Le implicazioni biochimiche potrebbero spiegare i diversi sintomi presenti nei pazienti con long-COVID e, se confermate, suggerire possibili approcci al trattamento (McCaddon e Regland, 2021). Tuttavia dobbiamo segnalare che long-COVID assomiglia anche alle cosiddette sindromi post-infettive rilevate in seguito a focolai di Chikungunya ed Ebola. E, infine, negli ultimi anni è stato anche ipotizzato un rapporto fra aumento dell'omocisteina plasmatica e cancro.

giuseppe@curciarello.it

**Conflitto di interessi**

L'autore dichiara di non avere alcun conflitto di interessi rispetto agli argomenti trattati nell'articolo.

# Adolescenti in lockdown. La risposta del servizio di salute mentale per l'età evolutiva di Firenze

di Mario Landi<sup>1</sup>, Riccardo Lo Parrino<sup>2</sup>, Roberto Leonetti<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Neuropsichiatra Infantile, Direttore UFS Salute Mentale Infanzia Adolescenza, Firenze, Azienda USL Toscana Centro;

<sup>2</sup> Neuropsichiatra Infantile, UFS Salute Mentale Infanzia Adolescenza, Firenze, Azienda USL Toscana Centro; <sup>3</sup> Neuropsichiatra Infantile, Direttore UO NPI Azienda USL Toscana Centro, Direttore UFC Salute Mentale Infanzia Adolescenza, Firenze

La pandemia COVID-19 sembra avere rese manifeste situazioni di disagio psichico nell'infanzia e nell'adolescenza in contesti familiari di preesistente vulnerabilità psicologica. Un aumento dei quadri clinici psicopatologici (autolesionismo, disturbi alimentari, tentati e mancati suicidi, disturbi del comportamento dirompente, consumo di sostanze) ha reso necessario un ripensamento delle risposte territoriali che ha richiesto una rivalutazione delle classi di priorità negli accessi. Nello specifico nella zona Firenze si è costituito un Tavolo di lavoro permanente che ha coinvolto risorse del Comune di Firenze (servizi sociali, FFOO, Polizia Municipale, Educatori di strada) e risorse sanitarie della AUSL Toscana Centro zona Firenze (Servizio di Salute Mentale Infanzia Adolescenza e SERD) in un progetto integrato per rafforzare la filiera delle risposte al disagio. Si è particolarmente curato il raccordo con la scuola con la creazione di Programmi Scuola-Ospedale per le situazioni di reclusione domestica. Si sta lavorando alla costituzione a breve termine di una struttura diurna ad alta intensità riabilitativa.

---

**Parole chiave:** adolescenti, lockdown, COVID-19, disturbi mentali, scuola

La direttrice Generale UNICEF Henrietta H. Fore ha dichiarato che *"con i lockdown nazionali e le restrizioni di movimento legate alla pandemia, è stato un anno lungo per tutti noi, ma soprattutto per i bambini... Molti bambini hanno paura di sentirsi soli, in ansia e preoccupati per il loro futuro. Dobbiamo uscire da questa pandemia con un migliore approccio alla salute mentale di bambini e adolescenti e dobbiamo cominciare dando a questa tematica l'attenzione che merita"*.

Da quando l'11 marzo 2020 il COVID-19 è stato dichiarato dall'OMS come pandemia, sono numerosi gli studi, nel mondo, che ne stanno misurando e valutando gli effetti sui

bambini e gli adolescenti, e le loro famiglie.

Misurazioni e analisi oltremodo complesse, data la portata e le caratteristiche del fenomeno pandemico che si è abbattuto con estrema violenza su una buona fetta dell'umanità, irrompendo e penetrando in profondità nella vita personale, familiare, sociale di ciascuno di noi.

I bambini e gli adolescenti, in quanto soggetti fragili, perché ancora nel mezzo delle trasformazioni fisiche e psicologiche che li porteranno all'acquisizione di una identità matura, sono stati investiti in pieno, a vario livello, dall'ondata pandemica. Molti adolescenti, anche fra quelli

che si muovono con grande disinvoltura nella rete, cresciuti nel mondo delle iperconnessioni a distanza e delle relazioni online, hanno avvertito la mancanza, in particolare, dell'incontro con i coetanei vissuto con l'interessa corporea delle loro persone che neppure la didattica a distanza meglio organizzata può davvero efficacemente sostituire.

In questo senso ci sembra che la scuola abbia mostrato, proprio in virtù della prolungata sospensione, di rappresentare tuttora un baluardo forte e necessario, sostenuto da un'antica tradizione e dall'impegno di molti, a difesa della dimensione interpersonale e sociale (comunita-



ria) dell'esistenza umana nella sua fase di sviluppo. *È al contempo auspicabile che l'attuale situazione, fino a poco tempo fa non immaginabile, di effettiva, grave difficoltà vissuta dagli alunni, dalle loro famiglie e dagli stessi insegnanti costituisca l'occasione per una prolifica riflessione circa proposte educative – di certo non circoscrivibili alla sola DAD – che diano una spinta realmente innovativa, assolutamente necessaria, all'interno del mondo della scuola.*

Altrettanto si può dire per i gruppi sportivi, quelli di volontariato, di attività creative, artistiche, musicali, di teatro.

*"I riti sono processi dell'incarnazione, allestimenti corporei. Gli ordini e i valori in vigore in una comunità vengono fisicamente esperiti e consolidati. Vengono iscritti nel corpo, incorporati, cioè interiorizzati mediante il corpo."* Afferma nel suo recente lavoro "La scomparsa dei riti. Una topologia del presente" il filosofo Byung-Chul Han. In un'epoca caratterizzata da una deritualizzazione della vita sociale, la pandemia e le misure di mitigazione necessarie ad arginarla, prima fra tutte l'isolamento, hanno posto i giovani e i giovanissimi di fronte alla sconcertante, brusca amputazione di semplici riti di passaggio quali quelli legati alla scuola.

Già all'inizio della diffusione planetaria della COVID-19, il *The New York Times* pubblicava un interessante articolo dal titolo: *Quarantennagers: Strategies for Parenting in Close Quarters*, in cui la psicologa clinica Lisa Damour proponeva ai genitori suggerimenti a sostegno dei figli adolescenti relegati nell'angusto spazio domestico – *quarantennagers* – sottolineando proprio il particolare significato, per questi ultimi, della perdita dei riti di passaggio fondamentali per procedere nel cammino verso l'indipendenza.

Le ricerche portate avanti su campioni anche numerosi – spesso utilizzando questionari online – stanno cercando dunque di rilevare le conseguenze della pandemia sulla

salute mentale di bambini e adolescenti e delle loro famiglie, prendendo in esame fattori psico-sociali di stress come l'isolamento, l'incertezza e l'angoscia dei genitori, ma anche le caratteristiche dei nuclei familiari, la loro composizione (presenza o meno di bambini piccoli, di supporti esterni), la loro condizione economica.

Ciò che probabilmente ha fatto e continua a fare la differenza sono le modalità e le possibilità di risposta allo stress psico-fisico prolungato che non dipendono soltanto dalle abilità di *coping* dei singoli soggetti interessati e dal supporto loro offerto dai *caregivers*, ma anche dall'azione di sostegno socio-sanitario ed economico alle famiglie concretamente disponibile.

Indubbiamente da numerosi dati raccolti emerge che una pre-esistente condizione di vulnerabilità psicologica dei figli e dei genitori costituisce un elemento di criticità favorente il manifestarsi, in età evolutiva, di una sofferenza sino ad allora contenuta e sommersa. Sofferenza che ha trovato forme diversificate di espressione, dai disturbi del sonno, all'irritabilità e alle condotte rabbiose e aggressive, all'ansia e alla depressione sino ai gravi quadri adolescenziali di ritiro sociale e di attacco al corpo (autolesionismo, disturbi alimentari, consumo di sostanze d'abuso, tentati e mancati suicidi).

All'inizio della pandemia, nei mesi del primo, duro lockdown nazionale, impegno primario del nostro servizio, che si occupa, a livello territoriale, di adolescenti (12-17 anni) con disturbi psicopatologici complessi, spesso in fase di scompenso, è stato quello di assicurare con ogni mezzo disponibile la continuità dei percorsi terapeutico-riabilitativi in atto. Le diagnosi d'invio più frequenti sono state: disturbo da comportamento dirompente, stato depressivo profondo, tentato suicidio.

Tenendo conto delle limitazioni imposte dalle misure di contenimento della diffusione del contagio in

ambito sanitario (il servizio si colloca all'interno di un grande distretto socio-sanitario cittadino), per ogni situazione già in carico l'équipe di lavoro, che è sempre multiprofessionale (medica-psicologica-educativa-infermieristica), ha dovuto ridisegnare le strategie di intervento considerate più idonee alla prosecuzione dei percorsi di cura, a partire sia da una puntuale valutazione delle condizioni cliniche delle ragazze e dei ragazzi che delle risorse genitoriali in termini di sostegno e contenimento.

Particolare attenzione hanno richiesto, oltre alle situazioni clinicamente non stabilizzate e, per motivi diversi, a rischio di ricaduta, quelle giunte più di recente al servizio, che si trovano in quella fase iniziale di conoscenza, in cui l'aggancio non si è ancora consolidato e la traiettoria del percorso assistenziale è ancora in fase di definizione. L'intervento che solitamente viene svolto prevede l'avvio o la ripresa di relazioni con il mondo dei coetanei, elemento fondante lo sviluppo adolescenziale e spesso perduto durante lo scompenso. L'impossibilità di costruire gruppi o facilitare l'accesso del ragazzo ad attività extrafamiliari (sportive o ricreative o culturali) ha pesantemente inciso sulla qualità dell'intervento che si è dovuto spesso limitare alla prestazione ambulatoriale e/o al rapporto individuale con l'educatore.

Di grande aiuto è stata la tecnologia digitale, che ha consentito colloqui e incontri online, ma anche il telefono ha avuto una notevole importanza, soprattutto per i giovani e giovanissimi in difficoltà ad esporsi socialmente, non importa se in presenza o online.

Punto di forza di ogni intervento è stato il lavoro in rete dei diversi operatori coinvolti nel progetto di aiuto, le cui menti, "diversificate ma interconnesse" hanno funzionato come "struttura contenitiva" in grado di supportare e arginare le ansie, spesso debordanti, dei ragazzi e dei loro genitori; funzione particolarmente

importante proprio a fronte dell'improvviso e imprevedibile eclissarsi degli abituali contenitori istituzionali propri della quotidianità di ogni famiglia con figli in età di sviluppo.

Il mantenimento, per quanto faticoso, di tale modalità organizzativa e operativa in rete ha costituito, nondimeno, una valida protezione per il benessere psicologico del personale, sottoposto, al pari di ciascun'altra persona che sta vivendo questo tempo, e con la responsabilità di occuparsi dello star male altrui, a un significativo livello di stress. L'emergenza clinica correlata alla pandemia ha d'altro canto necessariamente costretto a una rivalutazione dei carichi di lavoro rendendo necessario definire le classi di priorità nella presa in carico. Questo ha senz'altro determinato una sofferenza nella risposta del servizio all'utenza in genere dato il mancato potenziamento dell'organico (da tempo auspicato) nei servizi di Salute Mentale per l'Infanzia e l'Adolescenza.

Contestualmente, a livello dell'Unità Funzionale di Salute Mentale per l'Età Evolutiva di Firenze, insieme ad altre Strutture Funzionali e al Servizio Sociale Comunale (che ha la titolarità per l'area della tutela dei cittadini minorenni residenti) è stata avviata e intrapresa una più ampia riflessione, tuttora in corso, su strumenti e metodologie d'intervento per l'attivazione di politiche e programmi "community based" tarati sui bisogni specifici di bambini e adolescenti emersi in questo periodo di diffusa criticità sanitaria e socio-economica. Nello specifico, è risultato essenziale:

- rafforzare longitudinalmente e in maniera bidirezionale la continuità

nella filiera delle risposte al disagio (servizi territoriali – strutture di accoglienza residenziali e semiresidenziali – ospedale): un disfunzionamento in uno qualsiasi di questi punti si riverbera infatti in modo drammatico sugli altri, determinando fenomeni di espulsione, "revolving doors", cronicizzazione dello scompenso;

- incrementare il supporto alle figure genitoriali favorendo, ad esempio, il collegamento scuola-famiglia nella gestione corretta della Didattica a Distanza (la DAD) anche attivando percorsi dedicati scuola-ospedale/istruzione a domicilio (all'interno del nostro Centro Educativo "Percorso Verde") per gestire i soggetti più vulnerabili in situazione di isolamento a casa e impossibilità di accedere a una programmazione curriculare;
- attivare risorse della rete interistituzionale per sostenere le risposte territoriali a fronte dei nuovi fenomeni come l'aggregazione in bande, l'uso massiccio di sostanze, le nuove dipendenze dalle tecnologie, la dilagante dispersione scolastica. Sul territorio di Firenze centro si è costituito un gruppo permanente di operatori che ha coinvolto, accanto alle figure dei Servizi Sociali del Comune e dei Servizi Sanitari per la Salute Mentale in età evolutiva, le Forze dell'Ordine, la Polizia Municipale, il Ser.D e gli educatori di strada. La connessione creata tra Istituzioni a diversi livelli di intervento ha lo scopo di intercettare le espressioni antisociali del malessere giovanile intervenendo nella fase di aggregazione e fornendo alternative.

Fra le varie criticità emerse, una, tuttora irrisolta, che ci sta particolarmente a cuore, riguarda la "tenuta" della risposta delle strutture operanti sul territorio a situazioni gravi e complesse, non ancora stabilizzate sotto il profilo clinico. È stata messa a fuoco pertanto la necessità di prevedere nel territorio fiorentino una *struttura diurna ad alta intensità riabilitativa* che, posta nell'interfaccia tra il territorio e l'ospedale, svolga una efficace funzione di contenimento e supporto soprattutto, ma non solo, nella delicata fase della dimissione ospedaliera e che consenta di evitare l'ospedalizzazione ogniqualvolta sia possibile.

Con l'auspicio che le parole non restino tali, concludiamo citando la Direttrice UNICEF che, riferendosi al tema della salute mentale dei bambini e degli adolescenti, ha dichiarato: *"Se non abbiamo compreso pienamente l'urgenza prima della pandemia da COVID-19, sicuramente lo faremo adesso"*.

*Attrezzarsi per affrontare le conseguenze della pandemia sulla salute mentale dei bambini, degli adolescenti e delle famiglie, quindi vuol dire pensare in un modo totalmente diverso la risposta sanitaria e le istituzioni che si occupano di infanzia e adolescenza (in primis la scuola) non operando una negazione di quanto sta avvenendo ma, al contrario, lavorando in una logica di prevenzione attraverso il riconoscimento dei fattori di stress, per offrire servizi di qualità capaci di intercettare, accogliere e contenere i problemi concreti generati dalla pandemia nel presente ma anche nel medio-lungo periodo.*

mario.landì@uslcentro.toscana.it

#### Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi rispetto agli argomenti trattati nell'articolo.

# TC coronarica vs coronarografia in pazienti con dolore toracico stabile

di **Piercarlo Ballo**

SOC Cardiologia, Ospedale Santa Maria Annunziata, Bagno A Ripoli, Firenze

Il corretto inquadramento di un dolore toracico stabile rappresenta un evento di frequente riscontro nella pratica clinica quotidiana. Ferma restando l'importanza delle raccomandazioni fornite dalle differenti Linee guida disponibili, la Tc coronarica può essere considerata uno strumento diagnostico di prima scelta e di notevole utilità nel percorso diagnostico dei soggetti con dolore toracico stabile e probabilità bassa-intermedia di malattia coronarica ostruttiva.

**Parolte chiave:** studio DISCHARGE, Tc coronarica, coronarografia, dolore toracico stabile

Il recente studio DISCHARGE (*Diagnostic Imaging Strategies for Patients with Stable Chest Pain and Intermediate Risk of Coronary Artery Disease*), presentato al 2022 *European Congress of Radiology* e pubblicato alcuni giorni fa sul *New England Journal of Medicine*, ha confrontato l'utilità della TC coronarica e dell'angiografia coronarica come iniziale strategia diagnostica di *imaging* per guidare il trattamento dei pazienti con dolore toracico stabile. Il disegno dello studio era multicentrico (25 centri in 16 paesi europei), randomizzato, a gruppi paralleli, pragmatico (cioè finalizzato a confrontare le due strategie nella vita reale) e di superiorità (basato quindi su un'ipotesi primaria di superiorità della TC nel ridurre l'*outcome* primario).

Sono stati arruolati 3561 pazienti (età media  $60,1 \pm 10,1$  anni, 56,2% donne) con dolore toracico stabile e probabilità pre-test intermedia (10-60%) di malattia coronarica ostruttiva. In accordo alle attuali linee guida ESC, la probabilità pre-test è stata definita in base a età, sesso e caratteristiche del dolore (angina tipica, an-

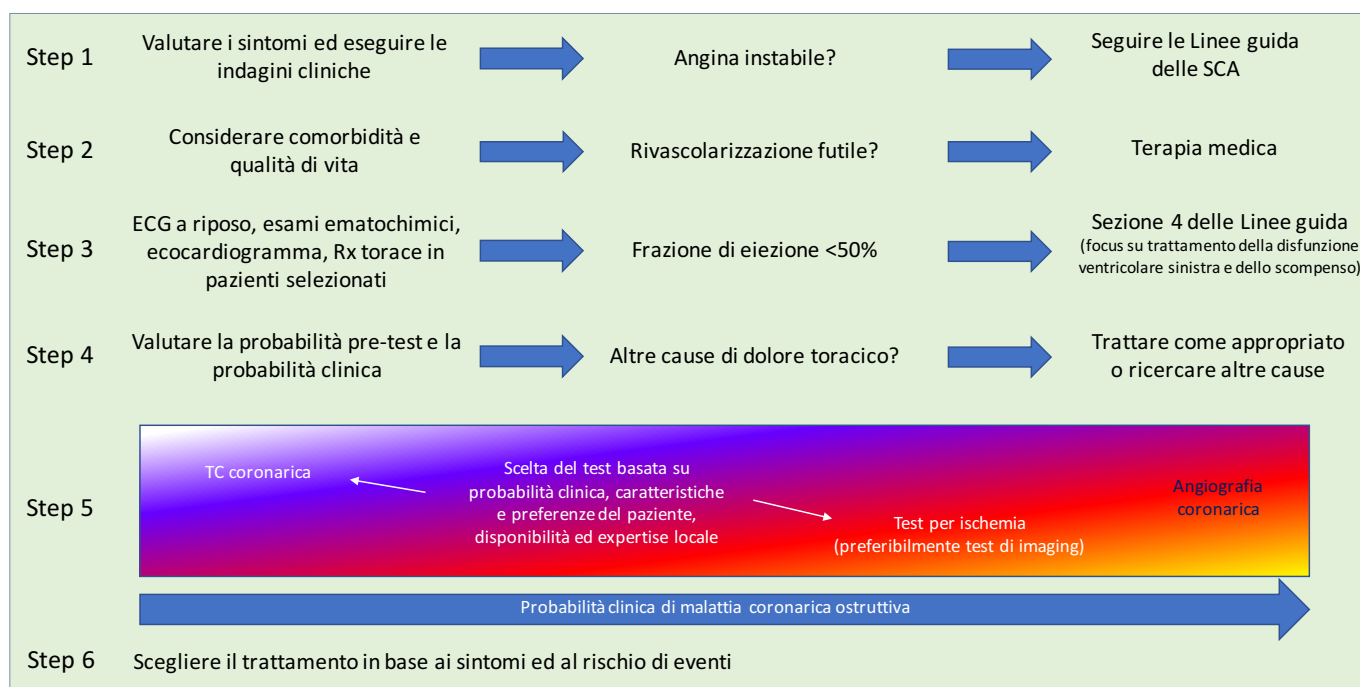
gina atipica, dolore non anginoso). I pazienti sono stati randomizzati, con un rapporto 1:1, a strategia di *imaging* con TC o coronarografia. L'*endpoint* primario composito era rappresentato da eventi cardiovascolari maggiori (morte cardiovascolare, infarto miocardico non fatale, *stroke* ischemico non fatale). *Endpoints* secondari includevano complicanze legate alla tecnica di *imaging* che si verificavano entro 48 ore dalla stessa e presenza di angina nelle ultime 4 settimane di *follow-up*.

Durante un *follow-up* mediano di 3,5 anni, tra il gruppo studiato con TC e il gruppo studiato con coronarografia non è stata osservata una differenza significativa nell'*endpoint* primario (2,1% vs 3,0%, *hazard ratio* 0,70; 95% IC 0,46-1,07,  $P = 0,10$ ). Riguardo gli *endpoints* secondari, complicanze maggiori si sono verificate meno frequentemente nel gruppo studiato con TC (0,5% vs 1,9%, *hazard ratio* 0,26, 95% IC 0,13-0,55). Non sono state osservate differenze nella prevalenza di angina nelle 4 settimane finali di *follow-up* (rispettivamente 8,8% vs 7,5%, *odds ratio* 1,17, 95% IC 0,92-1,48).

In conclusione, in pazienti con dolore toracico stabile, la scelta della TC o della coronarografia come iniziale strategia diagnostica di *imaging* non ha comportato differenze in termini di eventi cardiovascolari maggiori, ma ha permesso una riduzione delle complicanze maggiori legate alla procedura.

## Il paziente stabile e la sindrome coronarica cronica

La necessità di interpretare correttamente un dolore toracico stabile è un problema clinico frequentemente osservato nella pratica clinica quotidiana. I risultati di questo studio randomizzato confermano la validità delle attuali raccomandazioni fornite dalle Linee guida. La presenza di sintomi anginosi stabili e sospetta coronaropatia configura uno dei principali quadri di "sindrome coronarica cronica", termine con il quale le linee guida ESC del 2019, specificamente rivolte alla gestione di pazienti con tale sindrome, identificano multipli scenari caratterizzati da una sostanziale stabilità clinica e riconducibili a malattia coronarica sospetta o



**Figura 1.** Approccio diagnostico al paziente con sindrome coronarica cronica.

diagnosticata. Il razionale per una simile definizione, contrapposta ma integrativa rispetto alla sindrome coronarica acuta, si basa sul fatto che la malattia coronarica è in realtà un processo fisiopatologico cronico, contraddistinto da lunghi periodi di stabilità clinica (dove comunque la malattia tipicamente può mostrare significativa progressione) e fasi acute tipicamente legate a fenomeni di instabilizzazione di placca.

### Ruolo della TC in accordo alle attuali Linee guida

Trattandosi di un quadro clinico di frequente osservazione, la disponibilità di tecniche di *imaging* non invasive rappresenta un elemento di notevole importanza nella gestione pratica di questi pazienti. In quest’ottica, il ruolo della TC coronarica ha mostrato, negli ultimi anni, una notevole espansione. Secondo le suddette linee guida ESC la TC coronarica, al pari delle tecniche di *imaging* funzionale per la ricerca di ischemia miocardica, è attualmente raccomandata come test iniziale per la diagnosi di malattia coronarica in pazienti sintomatici nei quali la ma-

lattia coronarica ostruttiva non può essere esclusa sulla base della valutazione clinica (classe IB). Le stesse linee guida raccomandano inoltre che la scelta della metodica non invasiva iniziale sia basata sulla probabilità clinica (*clinical likelihood*) di malattia coronarica (classe IC).

### Algoritmo diagnostico, probabilità pre-test e probabilità clinica

Per comprendere meglio in che modo la stima della probabilità di malattia coronarica sia importante per una corretta indicazione alla TC, è bene ricordare che l’approccio diagnostico raccomandato per la gestione dei pazienti con sindrome coronarica cronica prevede 6 step successivi (Fig. 1). Il primo step include un’anamnesi e una valutazione clinica globale e della sintomatologia, con l’obiettivo di identificare i pazienti con sintomi instabili che necessariamente escono dall’algoritmo per entrare in quello delle sindromi coronariche acute. Il secondo step richiede un’attenta valutazione delle comorbidità e della qualità di vita, per identificare casi in cui una

rivascolarizzazione risulterebbe futile e nei quali è ragionevole orientarsi verso una terapia medica. Il terzo step include esami diagnostici di primo livello, tra cui ECG, esami ematochimici, Rx torace in pazienti selezionati ed ecocardiogramma. Ma è indubbiamente il quarto step quello più innovativo. In questa fase, vengono valutate la probabilità pre-test e la probabilità clinica di malattia coronarica ostruttiva. I due concetti non sono equivalenti. La probabilità pre-test è calcolata con un modello predefinito, basato su età, sesso e tipologia del sintomo. Storicamente, questa probabilità è stata calcolata usando il classico modello di Diamond e Forrester. Ancora nelle linee guida ESC del 2013 sulla gestione dei pazienti con coronaropatia stabile, il modello usato era basato sui dati di Genders et al., a sua volta ottenuti con un update di precedenti dati di Diamond e Forrester. In realtà, un’analisi *pooled* di tre recenti studi di coorte che hanno incluso pazienti con sospetta malattia coronarica ha dimostrato che la probabilità pre-test basata su età, sesso e tipologia del sintomo è più bassa di quanto

Age	Typical		Atypical		Non-anginal		Dyspnea	
	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women
30-39	3%	5%	4%	3%	1%	1%	0%	3%
40-49	22%	10%	10%	6%	3%	2%	12%	3%
50-59	32%	13%	17%	6%	11%	3%	20%	9%
60-69	44%	16%	26%	11%	22%	6%	27%	14%
>70	52%	27%	34%	19%	24%	10%	32%	12%

**Tabella 1.**

Probabilità pre-test di malattia cronica ostruttiva.

precedentemente ipotizzato: circa un terzo di quella predetta dal modello precedentemente utilizzato. Le Linee guida del 2019 forniscono una tabella aggiornata per il rapido calcolo della probabilità pre-test, dove peraltro è stata aggiunta anche la stima della probabilità in pazienti con dispnea (Tab. I): è ragionevole ipotizzare che una corretta definizione della probabilità pre-test in accordo ai dati attuali possa ridurre, in questo contesto, la prevalenza di esami diagnostici negativi, con conseguenti effetti vantaggiosi in termini di appropriatezza e costi. Attualmente, un valore di probabilità pre-test < 15% è considerato un criterio adeguato per non orientarsi verso una programmazione "di routine" di un test diagnostico. In particolare, in pazienti con probabilità pre-test 5-15%, l'eventuale opportunità di un test diagnostico può essere considerata soprattutto in casi con sintomi limitanti che richiedono un chiarimento diagnostico, tenendo comunque conto del giudizio clinico globale, delle risorse locali in termini di test diagnostici, della possibilità di falsi negativi e, non ultimo, delle preferenze del paziente. In pazienti con probabilità pre-test ≤ 5%, test diagnostici dovrebbero essere eseguiti solo in casi particolari selezionati.

D'altronde, modelli predittivi inclusi anche di informazioni su fattori di rischio, alterazioni ECG e presenza di calcificazioni coronariche si sono rivelati superiori al classico approccio basato solo su età, sesso e tipologia del sintomo. Queste informazioni agiscono come *modifiers* in grado di affinare la valutazione eseguita con la semplice probabilità pre-test e permettono ottenere una stima più accurata (la cosiddetta probabilità clinica) della probabilità di malattia coronarica ostruttiva. In particolare, la presenza di fattori di rischio cardiovascolare (ad es. familiarità per malattie cardiovascolari, ipertensione arteriosa, diabete mellito, fumo, dislipidemia), alterazioni ECG di possibile origine ischemica, disfunzione ventricolare sinistra, positività al test ergometrico e significativa presenza di calcio coronarico aumentano la probabilità, mentre la presenza di un test ergometrico negativo e/o l'assenza di calcio coronarico riducono la probabilità rispetto alla semplice stima pre-test.

### La scelta del test diagnostico

Il quinto step è quello dove viene definito il test diagnostico. In pazienti con alta probabilità clinica, sintomi scarsamente responsivi a

terapia o angina tipica a basso carico è corretto avviare il paziente direttamente a coronarografia. Negli altri pazienti nei quali una malattia coronarica non può essere esclusa dalla sola valutazione clinica, è corretto avviare il paziente a un test di *imaging*. La TC coronarica, che permette una valutazione anatomica, è da preferirsi in caso di probabilità clinica relativamente bassa, mentre altri test funzionali di *imaging* sono da preferirsi in caso di probabilità clinica relativamente più alta. Questi ultimi si basano su modificazioni ECG, anomalie della cinesi segmentale valutabili con ecocardiografia da stress o risonanza magnetica nucleare da stress e cambiamenti nella perfusione miocardica valutabili con SPECT, PET o ecocardiografia/risonanza magnetica con contrasto. In base ai risultati del test selezionato, il sesto step prevede infine la scelta del trattamento, che deve essere eseguita considerando i sintomi e il rischio di eventi.

In accordo alle attuali Linee guida, lo studio DISCHARGE fornisce una robusta evidenza di utilità clinica della TC coronarica per pazienti con dolore toracico stabile e probabilità clinica bassa-intermedia di malattia coronarica ostruttiva. La natura pragmatica dello studio fornisce inoltre ulteriori garanzie di applicabilità nella pratica clinica quotidiana.

### Take home message

- In pazienti con dolore toracico stabile e probabilità bassa-intermedia di malattia coronarica ostruttiva, la TC coronarica può essere considerata uno strumento diagnostico di prima scelta e di notevole utilità clinica.

[piercarlo.ballo@uslcentro.toscana.it](mailto:piercarlo.ballo@uslcentro.toscana.it)

#### Conflitto di interessi

L'autore dichiara di non avere alcun conflitto di interessi rispetto agli argomenti trattati nell'articolo.

# L'assistenza ematologica ai tempi del COVID-19 e l'impegno di AIL Firenze

di Stefano Guidi

Specialista in Ematologia; Vicepresidente di AIL Firenze ODV (Associazione Italiana contro Leucemie Linfomi e Mieloma)

L'emergenza sanitaria, la riduzione di posti letto per i pazienti non affetti da COVID-19 e il ritardo terapeutico per tanti assistiti hanno messo in luce l'importanza dell'assistenza domiciliare. In ambito ematologico AIL Firenze pur con le attuali difficoltà sta conducendo un grande sforzo per continuare con il massimo impegno nei confronti dei pazienti emopatici e delle loro famiglie.

**Parole chiave:** assistenza domiciliare, emergenza COVID-19, pazienti immunocompromessi, ematologia, terapia trasfusionale

L'infezione da COVID-19 ha imposto le note misure restrittive con notevoli ripercussioni sulle libertà personali, sulla situazione economica e sul sistema sanità.

La pandemia impatta sia sulla salute dei cittadini che sulle strutture sanitarie. La necessità di dedicare strutture assistenziali ai soggetti colpiti dal coronavirus (Reparti COVID-19) ha di fatto comportato la riduzione di posti letto ospedalieri dedicati alla assistenza dei pazienti non affetti da tale infezione e un progressivo aumento delle liste di attesa per procedure specialistiche.

Il Pronto Soccorso degli Ospedali sono luoghi di potenziale contagio dove è sconsigliato l'accesso indiscriminato. Il timore di contrarre l'infezione in occasione di accessi ambulatoriali o in Pronto Soccorso ha comportato la scelta personale di molti pazienti di rivolgersi alle strutture specialistiche solo quando le condizioni cliniche si presentino insostenibili. Si è quindi verificato un ritardo diagnostico anche per patologie nelle quali l'intervento precoce risulta cruciale per il trattamento efficace.

Anche per i pazienti più fragili e già diagnosticati affetti da patologie croniche come le emopatie, è stata ridotta l'offerta di controlli medici specialistici. Nei periodi di maggior rischio di contagio sono state soppresse le visite di controllo solo in parte recuperate con metodiche a distanza.

Nel caso di pazienti affetti da patologie che impongono trattamenti precoci, come i pazienti emopatici, la contemporanea esistenza della malattia del sangue e di una infezione da COVID-19 ha comportato il ritardo terapeutico fino al momento della guarigione dell'infezione. Il ritardo diagnostico e terapeutico ha avuto un impatto negativo sulla letalità di malattie non COVID-19.

Infine, è da rimarcare la difficoltà di pazienti e familiari di fronte alla necessità di limitare/impedire i contatti fra i pazienti e familiari durante le degenze ospedaliere. Allo stesso tempo è stato anche necessario limitare i contatti fra familiari, medici e infermieri. Tutto ciò ha avuto una importante ricaduta sulla salute psicologica di pazienti, familiari e anche operatori sanitari.

Nell'ambito di una situazione generale così complessa, AIL Firenze Associazione italiana contro Leucemie, Linfomi e Mieloma, è attiva sul territorio dal 1992 con la assistenza domiciliare del tutto gratuita e da allora non ha mai smesso di operare. Pur con le particolari difficoltà create dalla Pandemia da COVID-19 AIL sta conducendo uno sforzo importante per continuare con il massimo impegno nei confronti dei pazienti emopatici e delle loro famiglie.

L'Assistenza Sanitaria Domiciliare di AIL Firenze si è contraddistinta per l'ampiezza dell'intervento: non solo aiuto medico-sanitario, ma anche sostegno psicologico, relazionale e sociale, attraverso l'impiego di psicologi e volontari, adeguatamente formati, che hanno potuto operare a sostegno del paziente e dei familiari, per aiutarli ad affrontare nel migliore dei modi la malattia e le problematiche annesse.

Per il paziente con difficoltà a spostarsi e anche per le famiglie che dovrebbero eventualmente farsi carico del trasporto in ospedale anche per una semplice medicazione o lavaggio di CVC, il servizio di assistenza

domiciliare è una facilitazione importantissima. Un altro punto fondamentale dell'operatività dell'Associazione è l'universalità del servizio, nonostante questo sia indicativamente rivolto ai malati oncoematologici, tanto che l'attuale Convenzione intercorrente con ASL regola specificamente le segnalazioni dei pazienti in questo senso.

L'unico limite che AIL si impone di rispettare, oltre a quello delle capacità economiche di spesa, sono le competenze: e non sarà possibile effettuare interventi che non siano dichiaratamente annoverabili tra quelli che la Sezione è autorizzata a effettuare.

### Il Servizio domiciliare di AIL FIRENZE

I medici che operano nella assistenza domiciliare AIL sono medici libero professionisti, non hanno la possibilità di effettuare prescrizioni di farmaci ed esami e necessitano della collaborazione attiva sia del medico di famiglia che del medico specialista ospedaliero referente per tutta la durata della assistenza domiciliare. È necessario che il paziente abbia già effettuato le indagini diagnostiche, disponga di una diagnosi e abbia impostata la terapia da parte dei curanti. Questo ultimo aspetto è particolarmente rilevante in considerazione che la prescrizione di farmaci specialistici, piani terapeutici e di fattori di crescita è oggi possibile solo da parte dello specialista ospedaliero. Ne consegue la necessità che l'attivazione del servizio sia a carico del medico ematologo referente o del medico di famiglia e non direttamente da parte del paziente o della famiglia.

Dal punto di vista logistico l'assistenza domiciliare AIL è possibile nell'

	Visite Mediche	Trasfusioni	Accessi Infermieri adulti e pediatrici	
•2016	360	255	461	932
•2017	402	127	465	>1000
•2018	371	75	413	920
•2019	318	282	743	750
•2020	238	295	634	990

**Figura 1.**

Attività Assistenza Domiciliare AIL.

ambito del territorio del comune di Firenze e comuni limitrofi. È auspicabile riuscire di estendere l'attività di assistenza domiciliare a un ambito territoriale più ampio incrementando il numero di infermieri e medici coinvolti.

#### Team Operativo

Il gruppo di sanitari operanti per AIL Firenze è così costituito da 5 Medici una Psicologa e 4 Infermieri.

Il servizio comporta:

- assistenza medica sia specialistica ematologica che no;
- sostegno psicologico (per pazienti e/o loro familiari);
- supporto da parte di volontari;
- assistenza infermieristica.

L'assistenza infermieristica, rivolta a pazienti ematologici presso i rispettivi domicili, è svolta da infermieri professionali sulla base di un programma specifico concordato con il medico specialista referente del paziente in ambito pediatrico e con il medico AIL in ambito adulti e prevede:

- prelievi;
- infusioni endovenose di terapia di supporto;
- medicazione lavaggio e manutenzione CVC/Port;

- nutrizione enterale e parenterale;
- addestramento per i caregiver.

#### Progetto "Auxilium"

È in corso di definizione un progetto di stretta collaborazione in convenzione fra Ospedale e territorio volta ad alleggerire l'Ematologia della AOU Careggi. Per particolari condizioni cliniche, pazienti che necessitano di terapia citotossica inducente ipoplasia midollare non severa, potranno essere trattati in Day Hospital di Ematologia e al termine del trattamento, durante la fase di ipoplasia midollare, saranno ospitati in speciali locali appositamente ristrutturati presso Casa AIL in Piazza Meyer a Careggi. Questi soggetti verranno seguiti da infermieri e medici in assistenza domiciliare. Al termine del periodo di ipoplasia i soggetti saranno riaffidati alla Ematologia AOU Careggi. Questo progetto consentirà quindi di evitare l'occupazione di posti letto ospedalieri, preziosi oggi più di ieri, per periodi di due/tre settimane presso il reparto di Ematologia AOU Careggi. Trattandosi di una residenza e non di una struttura sanitaria è previsto che, in caso di complicazioni il paziente venga inviato in Pronto Soccorso AOU Careggi.

comunicazione@ailfirenze.it

#### Conflitto di interessi

L'autore dichiara di non avere alcun conflitto di interessi rispetto agli argomenti trattati nell'articolo.

# L'assistenza territoriale: la forza di un sistema sta nella capacità di rigenerarsi

Andrea Vannucci

Professore a contratto di Programmazione, Organizzazione e Gestione delle Aziende Sanitarie, Università di Siena

Se è vero che la Sanità dovrebbe essere quanto più possibile vicina ai cittadini e alle loro problematiche, è anche altrettanto vero che le cose in pratica non sempre vanno in questa direzione. La pandemia ha reso questa situazione ancora più evidente e complessa sotto molteplici aspetti. I soldi promessi dal PNRR devono trovare rapida e adeguata allocazione per rendere l'assistenza territoriale sempre più centrale nello sviluppo futuro dei sistemi sanitari.

**Parole chiave:** assistenza sanitaria territoriale, PNRR, Fondo Sanitario Nazionale, Case di Comunità, medici di medicina generale

*"Una sanità più vicina ai cittadini, dove 'prossimità' – l'eredità positiva della pandemia – diventa la parola chiave della presa in carico dei pazienti. Una sanità non più vissuta come un costo ma come un investimento, e dunque non più schiava di tetti di spesa e sottoposta a conseguenti tagli."* Quanto si leggeva il 5 marzo su Toscana Notizie, Agenzia d'Informazione della Giunta Regionale Toscana. Un'affermazione enfatica e un po' di retorica. Tutti amiamo "l'ottimismo della volontà" ma è pur sempre opportuno conservare un prudente "pessimismo della ragione" e ci sono molti motivi per pensare che anche in futuro dovremo invece vedercela con i tetti di spesa e quindi che l'atteggiamento più realistico sarà imparare a farlo al meglio.

Il Ministro Speranza, in visita a Firenze quello stesso 5 marzo ha affermato che 449,5 milioni di euro dei 15 miliardi del PNRR destinati alla sanità, andranno alla Toscana. Per fare che? Il presidente Eugenio Gianì ne indicava la direzione: potenziare l'assistenza e la rete sanitaria territoriale con 173,6 milioni: in par-

ticolare 104 milioni saranno destinati alle Case di Comunità (85 interventi già programmati rispetto a un obiettivo di 70), un'evoluzione delle attuali Case della Salute, da tempo attive in Toscana anche se con performance che mostrano una certa variabilità.

57 milioni serviranno inoltre per gli ospedali di comunità (10 nell'Asl Centro, 8 nella Nord Ovest e 7 nella Sud Est) e 12,6 milioni per le centrali operative territoriali (COT), una per ogni attuale zona distretto con un'iniezione di nuova tecnologia.

Un programma vasto, che prevede anche interventi di innovazione e adeguamento della rete ospedaliera, quello presentato dal Presidente della Regione che poi avvertiva *"è importante però che il Governo accresca nei prossimi anni anche i fondi ordinari destinati a nuove assunzioni e al personale"* per costruire fondamenta solide ai nuovi orizzonti tracciati dagli attuali investimenti.

Un'affermazione condivisibile ma che sospettiamo delinei uno scenario improbabile almeno per due motivi. Primo, perché viene dichiarato che il decreto va attuato senza variazioni del finanziamento del Fondo

Sanitario Nazionale e ciò non appare realistico, sia per la riconosciuta inadeguatezza del FSN sia perché il PNRR non prevede investimenti per il personale, con la sola eccezione dell'assistenza domiciliare. Secondo, perché la tipologia delle risorse professionali assegnate ai servizi della rinnovata rete assistenziale viene presentata in modo separato dal resto, non abbandonando la tradizione dei compartimenti stagni e, per di più, in modo non certo esaustivo. Inoltre, come sottolinea Marco Geddes in un recente articolo su Forward: *"I professionisti necessari alle case di comunità sono numerosi. Non si può certo pensare di sottrarli alle strutture ospedaliere dove c'è già carenza di organici"*.

Nella bozza di Decreto inviata dal Ministero della Salute alle Regioni, che già hanno proposto le prime modifiche, si prevede *"l'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multi professionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alle condizioni di maggiore fragilità"*.

Un obiettivo per il quale si ipotizza



un ruolo di facilitazione da parte della transizione digitale che dovrà risolvere tutte le situazioni di confusione dei processi e dei ruoli di soggetti con tradizioni ed esperienze discretamente distanti e che non hanno mostrato fino adesso una spiccata propensione a conoscersi e agire insieme e anche questa è un'aspettativa eccessiva.

Si sottovaluta quanto lavoro richieda far mutare visione e modi di operare e far acquisire nuove competenze ai professionisti della sanità e del sociale, alle aziende sanitarie, ai soggetti del mondo dei servizi, agli amministratori locali e mondo politico.

Pur confidando in una rapida risoluzione dei problemi di *digital divide* del Paese e di alfabetizzazione digitale della comunità sanitaria – due pre-requisiti indispensabili – deve essere affrontata da subito, con determinazione e realismo, una fase di transizione nella quale si analizzano processi e percorsi e si intraprendono i cambiamenti che possono renderli più agili ed efficaci, contando anche, ma non solo, sulla digitalizzazione. In particolare perché non essendo realistico pensare a un incremento numerico delle risorse professionali potremo solo lavorare a migliorare le condizioni per la loro operatività.

Se *“La confusione non giova all'integrazione”* come affermano in un articolo su Sanità24, Barbato, Nobili e Garattini, viene spontaneo preoccuparsi perché un po' di confusione è innegabile.

Nelle future Case di Comunità, per le quali ci accingiamo a costruire nuovi edifici o ristrutturarne alcuni già esistenti, viene confermato il ruolo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità di complesse di cure primarie (UCCP), ma per queste non è ancora definito quali figure

professionali ne debbano far parte e per far cosa.

In particolare il ruolo e la collocazione dei Medici di medicina generale (MMG) restano confusi: il loro coordinamento (parola che lascia sempre dei margini d'indeterminatezza) spetta al Distretto, dopo di ché per la CdC è prevista un'offerta di servizi fondata su équipe multi professionali, di cui gli MMG fanno parte. Peraltro, in un altro punto si aggiunge che *“continuano a sussistere gli ambulatori privati dei MMG”*. Per tutti? Solo per alcuni? E ancora per gli MMG come è suddiviso il lavoro tra CdC e ambulatori privati? E la partecipazione nelle UCCP è prevista per tutti gli MMG o è una scelta a discrezione del singolo medico? Così come adesso, la disomogeneità delle singole scelte in contesti territoriali diversi sembra probabile.

Un altro punto è cosa fanno esattamente le équipe di cure primarie collocate nelle CdC? La risposta è l'assistenza territoriale. Ma cosa significa? E come interagiscono con una serie di servizi che sembrano entità separate, a cui vengono attribuite funzioni che si sovrappongono a quelle che hanno come riferimento le CdC? Ad esempio, alle COT cui vengono assegnati *“il coordinamento della presa in carico della persona tra servizi e professionisti nei diversi contesti assistenziali, il tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un livello assistenziale all'altro, il monitoraggio dei pazienti assistiti a domicilio, il supporto informativo sulle attività e i servizi distrettuali”*.

L'assistenza domiciliare rimane affidata anche all'Assistenza domiciliare integrata (ADI), un servizio a parte erogato da soggetti non meglio specificati, che in molte regioni sono operatori privati. Forse sarebbe vantaggioso abolire del tutto l'ADI nella sua forma attuale e integrarla

nell'ambito dell'assistenza domiciliare come compito delle UCCP. Un cambiamento che senza dubbio richiede però coraggio. Rimane comunque separata da tutto il resto l'Unità di continuità assistenziale (UCA), garantita esclusivamente da un medico e un infermiere a essa addetti, che devono svolgere compiti assegnati in gran parte alle équipe delle cure primarie. In Toscana, se tale direzione dovesse essere seguita, potrebbe essere un passo indietro. Sembra davvero che il modello proposto sia costruito aggiungendo nuove modalità di lavoro a quelle già esistenti, senza mai sostituirle, così perpetuando, o forse aumentando, la frammentazione degli interventi e la separazione dei servizi.

In conclusione, apprezziamo l'annuncio del Presidente sulla determinazione toscana nell'investire in nuove strutture risorse così significative, ma ci resta un interrogativo: e poi?

I principi che guidano il cambiamento sono da tutti condivisi, ma non possiamo fingere che non ci siano problemi per intraprendere azioni concrete e coerenti con ciò che vuol essere una riforma sistemica e integrale, il che significa che da subito, mentre si allestiscono le strutture, si analizzino e si rendano snelli i processi assistenziali e le relazioni tra i diversi professionisti, che ricordiamolo hanno anche un'eterogeneità di relazioni e contratti e che ciò sia condotto secondo una logica non improntata su *“a chi spetta cosa”* ma su come *“si partecipa a”* e che questa indispensabile riprogettazione non sia affidata alle sole componenti direzionali a tutti i livelli: regionale, aziendale, distrettuale, ma sia partecipata convintamente da tutte le parti interessate e spesso portatrici di utili esperienze e idee.

andrea.gg.vannucci@icloud.com

#### Conflitto di interessi

L'autore dichiara di non avere alcun conflitto di interessi rispetto agli argomenti trattati nell'articolo.

# Manuale di Medicina Necroscopica

di *Laura Bonfanti*

Book Sprint Edizioni

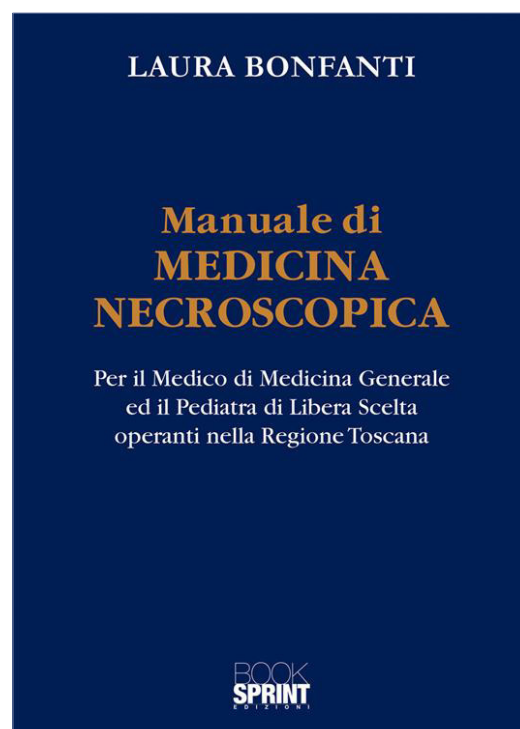
Laura Bonfanti, già Dirigente medico presso la Medicina Legale di Empoli, si è occupata per molto tempo di Medicina necroscopica sia in ambito territoriale che ospedaliero e ha compendiato la propria esperienza in questo agile volume destinato al “medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta operanti nella Regione Toscana”.

Nella complessa attività dei medici che lavorano sul territorio in ambiti diversi è inevitabile doversi confrontare con le molte tematiche, sia strettamente mediche che amministrative, legate alla morte dei propri pazienti. Magari, in queste particolari situazioni, non sempre vengono in aiuto le informazioni ricevute nel corso universitario di Medicina Legale e i dubbi possono essere tanti e di vario genere. Per questo il libro di Bonfanti può rappresentare un valido e molto concreto aiuto. Sfogliando l'indice troviamo infatti i cenni di tanatologia, l'esame esterno del cadavere e i suoi processi di autolisi e autodigestione, le certificazioni sanitarie utili in caso di decesso, le figure addette all'accertamento della morte, i loro compiti e le modalità di accertamento, gli obblighi di segnalazione in occasione del decesso anche ai fini di prelievo e trapianto di cornee, i principali riferimenti di legge e bibliografici.

Particolarmente utile la raccolta della modulistica relativa alle certificazioni di competenza del medico di famiglia, del pediatra di libera scelta e del medico necroscopo.

Il fine ultimo del volume lo ricorda nella premessa la stessa Autrice quando scrive di volere fare capire “quanto le competenze del medico di base in materia di decesso possano risultare di fondamentale importanza per tutta una serie di atti e certificazioni successive, anche se di competenza di altre figure professionali, che dipenderanno e deriveranno necessariamente da quanto da lui precedentemente certificato”.

Disponibile in edizione cartacea e come e-book.



Simone Pancani

## VITA DELL'ORDINE

# Medicina Inedita

di *Giampaolo Donzelli e Pietro Spadafora*

*La Nave di Teseo*

Giampaolo Donzelli, unico medico fiorentino nel Comitato Nazionale di Bioetica e presidente della Fondazione Meyer, ha promosso con le Edizioni "La Nave di Teseo" una collana intitolata "la cura" di cui ha scritto il primo volume, insieme al sociologo Pietro Spadafora, dal titolo "Medicina Inedita", già in libreria. Un testo importante, dal titolo accattivante, che mantiene le sue promesse.

È un dato concreto che l'umanità attraversa un'epoca di crisi e di trasformazione della società, della medicina e della tecnica, cui la professione non può sfuggire. I medici vivono da un lato una stagione di trionfi che la pandemia ha fatto esplodere, dall'altro un periodo di disagio e di difficoltà per il carico burocratico, le trasformazioni sociali, il cambiamento dei pazienti, l'evoluzione continua della scienza. Una situazione in sé contraddittoria che, purtroppo, ha fatto sì che l'attenzione del mondo politico e della società si accentrasse piuttosto sulle difficoltà del servizio sanitario che su quelle dei professionisti che col loro diuturno sacrificio ne determinano il funzionamento, lo fanno vivere e ottengono il gradimento della gente.

Eppure la medicina si trasforma e la genetica, l'intelligenza artificiale, la robotica, le nanotecnologie, preparano un futuro sempre e progressivamente migliore e più efficace anche se, talora, appaiono dirette verso una sorta di medicina distopica, postumana o transumana, un cyborg piuttosto che un uomo di cui si ha più cura e ci si prende più cura.

Nasce allora il movimento delle *medical humanities*, quasi a rispondere all'affermazione dell'EBM di cui si sono ormai impadroniti, purtroppo distorcendola, magistrati e amministratori. Donzelli e Spadafora esaminano a lungo questo contrasto tra medicina tecnocratica e medicina narrativa, concludendo saggiamente che è più apparente che reale e che entrambe le soluzioni in concreto non sono modelli conflittuali ma soltanto modalità diverse di ragionamento che debbono convergere nell'interesse del paziente, alla cui comprensione contribuiscono tanto le conoscenze cliniche e scientifiche quanto l'empatia verso il suo vissuto.

Tuttavia la questione medica esiste (e anche noi ne siamo convinti) e ha vastissime implicazioni sociali dal momento che incide sul rapporto col paziente e sul funzionamento stesso della sanità. Ecco quindi la proposta degli autori di una "medicina inedita" per un altrettanto "medico inedito". Inedito significa che esiste ma non è ancora pubblico, c'è ma non è conosciuto dagli stessi medici che, a tal fine, sono richiamati alla consapevolezza della crisi della professione.

In buona sostanza non si propone un supplemento di umanità a un medico che durante la pandemia ha già dimostrato di averne quanto basta; gli autori affermano e dimostrano che il medico risponde alle sfide della modernità solo assumendo compiti nuovi o almeno rinnovati di attenzione all'individuo (il prendersi cura) e alla collettività (la sanità in tutte le politiche, la promozione della salute). Potremmo dire, senza tema di far politica, che il medico che è in ciascun professionista deve essere posto nella condizione di tutelare la salute come "diritto dell'individuo e interesse della



## VITA DELL'ORDINE

collettività", dando corpo e sostanza a quella congiunzione per mezzo della quale l'art. 32 della Costituzione aveva già preconizzato la medicina del futuro.

Papa Francesco in un discorso rivolto ai medici del 17/05/19 aveva detto: "la cura che prestate ai malati, così impegnativa e coinvolgente, esige che ci si prenda cura anche di voi". Con grande acume politico gli autori sostengono che la sanità non può essere cambiata dall'interno: occorre che tutta la società prenda coscienza dei grandi cambiamenti resi necessari dall'evoluzione della tecnica, dalle trasformazioni dell'habitat del cosiddetto antropocene, dai mutamenti demografici che portano alla cronicità, per costruire una sanità a misura d'uomo su solide fondamenta etiche e non meramente economiche.

Insomma il medico deve rendersi conto che non più il centro della sanità, che tale è la relazione col paziente, che una rinnovata deontologia deve far da collante tra scienza e politica, ma, nello stesso tempo, si devono creare le condizioni perché la sanità diventi realmente un elemento portante del sistema produttivo e un pilastro della convivenza civile, come la scuola e la giustizia, in cui, in concreto e non surrettiziamente, la *governance* appartenga sia agli amministratori che ai medici.

La professione, sostengono Donzelli e Spadafora, è "come tutte le vocazioni affascinante" e "il medico inedito è un medico responsabile e consapevole dei ruoli, funzioni e finalità da perseguire"; è compito di un rinnovato movimento, di una sorta di rinascimento medico, farlo emergere. Interpretando il pensiero dei nostri autori si tratta di un ritorno alle origini della medicina, recuperando l'attenzione all'uomo piuttosto che alle singole malattie di cui soffre, una medicina che sa sempre meglio curare (il progresso scientifico esiste) ma che interpreta la persona che chiede aiuto nella complessità del suo vissuto individuale e dell'ambiente che lo circonda.

Si prepara una medicina inedita per un mondo nuovo che nasce sotto i nostri occhi. Le grandi sfide del cambiamento climatico e dell'aumento delle disuguaglianze devono trovare risposta a partire da una rinnovata consapevolezza e da una visione più ampia che, sul rispetto degli irrinunciabili diritti dell'individuo, ponga le basi di una moderna e viva alleanza tra medicina e società. È un messaggio assai impegnativo quello che in filigrana sottende questo libro. Se il buon giorno si vede dal mattino, un ottimo avvio per una collana dedicata "alla cura" dei pazienti ma anche della sanità e della professione.

Antonio Panti

**Direttore Responsabile**  
Pietro Claudio Dattolo

**Capo Redattore**  
Simone Pancani

**Segretaria di Redazione**  
Monica Marongiu

**Direzione e Redazione**  
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
Via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze  
tel. 055 0750612 - telefax 055 481045  
m.marongiu@omceofi.it  
www.ordine-medici-firenze.it

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

**Fondato da**  
Giovanni Turziani

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

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

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

**Redazione e Impaginazione**  
Margherita Cianchi: Tel. 050 3130231 • mcianchi@pacinieditore.it

Edizione digitale aprile 2022

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 personali", Lei ha diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, di consultare, far modificare o cancellare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista. Tale Suo diritto potrà essere esercitato semplicemente scrivendo a: m.marongiu@omceofi.it



OPEN ACCESS

La rivista è open access e divulgata sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – 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>