

TOSCANA MEDICA

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

INDICE

| | |
|--|----|
| Cosa (non) abbiamo imparato da Aristotele <i>Pietro Claudio Dattolo</i> | 2 |
| Meditazioni elettorali <i>Antonio Panti</i> | 3 |
| Trattamento dell'ipercolesterolemia in prevenzione primaria in accordo alle linee guida ESC 2021 <i>Piercarlo Ballo</i> | 4 |
| Quando i pazienti diventano esperti <i>Andrea Vannucci</i> | 9 |
| Value Based Healthcare <i>Edoardo Valentini, Antonio Giulio de Belvis</i> | 11 |
| Un corso di aggiornamento per psicologi ospedalieri <i>Gioia Gorla</i> | 14 |
| Continuità delle cure e gestione ambulatoriale dei pazienti con malattie primitive del miocardio durante la pandemia COVID-19: l'esperienza della Unit Cardiomiotopie dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi <i>Lucia Ponti, Martina Smorti, Katia Baldini, Alessia Tomberli, Gabriele Castelli, Alessandra Fornaro, Fausto Barlocco, Iacopo Olivotto, Francesco Cappelli</i> | 16 |
| Percorsi di medicina dello sport integrata. La fitness miocardica attraverso le frequenze musicali del canto lirico <i>Laura Stefani, Goffredo Orlandi, Marco Corsi</i> | 20 |
| Long COVID-19: follow-up post-intensivo <i>Luna Venturi, Luana Bichi, Chiara Tani, Giuditta Martelli, Elisa Comuniello, Lisa Pelagotti, Luisa Giuliani, Giuseppina Paradiso, Vincenzo Spada, Lucia Salvadori, Rosario Spina</i> | 23 |
| Vita dell'Ordine | 27 |



Ordine provinciale
dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
di Firenze

6

LUGLIO-AGOSTO 2022

Cosa (non) abbiamo imparato da Aristotele

di Pietro Claudio Dattolo

Ognuno di noi quasi rassegnato (e saggiamente?) si domanda se l'affluenza alle urne sarà scarsa.

Pitagora rivolgendosi al tiranno di Crotona disse: "Il centimetro non può contenere il metro".

È questa la filosofia che anima gli elettori?

Se diamo uno sguardo al passato ci accorgiamo di come "l'ignoranza politica e sociale" dei partiti (e dei governanti) abbia generato l'allontanamento dei governati dall'esercizio democratico.

A leggere oggi i programmi dei partiti e delle coalizioni sulla sanità si notano poche differenze e molte convergenze. Ma ciò che colpisce di più sono una diffusa, quasi desolante "carenza culturale" su questioni del futuro che è già cominciato (per esempio, le mille questioni legate alla sempre maggiore diffusione dell'Intelligenza Artificiale) e nessun accenno alla sanità come parte di sicurezza globale

come l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha indicato.

Aristotele sosteneva che governati e governanti devono essere istruiti allo stesso modo, poiché per ragione democratica devono alternarsi nel comando. Se però "l'ignorante" candidato non è animato da spirito di servizio ed è sordo a partecipazione e confronto, l'urna vuota diventa protesta legittima.

Mettiamo queste parole come una lettera nella bottiglia indirizzata alla politica.

Aristotele era uno strenuo difensore del patrimonio dei membri della *polis*, fissando limiti etici a sostegno di famiglia e ricchezza. Ma la sua idea era che la comunità umana necessiti di limiti, senza i quali crollerebbe la città costruita dall'uomo.

Di contro Platone aveva messo in dubbio la proprietà (e l'esclusività del rapporto tra uomo e donna), la famiglia può essere "allargata" e la

proprietà privata deve essere abolita. Lo Stato per Aristotele "non consiste solo d'una massa di uomini, bensì di uomini specificamente diversi": questo non significa che ognuno debba preoccuparsi esclusivamente dei propri averi, perché equivarrebbe a condannare la città alla distruzione, ma chi amministra la città deve dimostrarsi non schiavo dei propri interessi familiari e patrimoniali.

Aristotele è attuale, non era un moralista, separava il campo dell'etica da quello della politica: nell'amministrare la *polis* la virtù coincide con la costituzione, quindi si può essere buoni cittadini anche senza avere virtù e fama di uomini buoni.

Qualcuno ci vede analogie con l'"ideologia" che sta alla base del centro destra e del centro sinistra? Non lo so ma la ricetta aristotelica (e platonica) dimenticate dai nostri partiti ne spiega la loro debolezza. Magari seguissero queste ricette!

Meditazioni elettorali

di Antonio Panti

Il voto è la più alta manifestazione della democrazia: ciascun cittadino esprime le proprie idee, i propri valori, la sua visione del mondo. Il rischio, di questi tempi, è di lasciarsi trascinare dalle delusioni o dalla rabbia e di far prevalere i risentimenti sulla ragione. Per questo, quando si confrontano opposte concezioni della società, è bene ragionare sui fatti tentando di raccordare gli interessi di ognuno con quelli della categoria o della comunità di cui si fa parte.

In questa campagna elettorale nessuno mette in dubbio il SSN e le ricette proposte per le necessarie riforme apparentemente non sembrano in contrasto. Tuttavia è bene ricordare che i medici lavorano non solo in scienza e coscienza, ma a seconda del modello di sanità, pubblico o privato, e del contratto, dipendenza o convenzione o a prestazione.

Conosciamo i problemi che assillano il servizio sanitario; i fondi del PNRR non bastano e occorre un'azione politica forte e coerente, in linea con le finalità del SSN che teniamo

a mantenere anche perché, come abbiamo detto, i medici lavorano a seconda dell'organizzazione in cui operano e chiunque preferisce il servizio pubblico all'alea della privatizzazione.

L'elenco delle questioni aperte è impressionante. L'organizzazione del territorio, il rapporto di lavoro dei medici generali, i posti letto, i servizi di emergenza, il numero dei medici, gli stipendi, i problemi di genere, il ruolo degli infermieri, i servizi di prevenzione e altri ancora. Se non vi sono differenze eclatanti tra i programmi elettorali, occorre esaminare il problema da un punto di vista più elevato, cioè su come si reperiscono le risorse per la sanità e come si distribuiscono. La sanità non è un'enclave ma una colonna portante del sistema economico del paese; le decisioni sul SSN non nascono al Ministero della Salute ma a quello dell'Economia.

Torniamo alle elezioni. Il SSN è possibile solo con la fiscalità generale e la tassazione progressiva. Se questa

viene meno e lo Stato riduce le entrate, in attesa che il risparmio fiscale di ciascun cittadino si traduca in incremento di ricchezza di tutti, fatalmente i servizi pubblici entrano in crisi e non si potranno mantenere i livelli di prestazione, investire nell'innovazione e adeguare i compensi dei professionisti.

Allora appare l'altra illusione. Di fronte alle difficoltà finanziarie si pensa che il privato gestisca il servizio con minore spesa per cui si danno in appalto parti della sanità, ospedaliera e territoriale, a investitori privati. E' il sistema lombardo che si vorrebbe diffuso al resto d'Italia e nel cui budget complessivo deve essere ricompresa anche la remunerazione dell'investitore a scapito delle prestazioni e del personale, di solito ridotto di numero e malpagato.

La sanità si trova di fronte a un bivio e i medici che la vivono quotidianamente debbono riflettere su come difendere il proprio lavoro.

antonio.panti@tin.it

Trattamento dell'ipercolesterolemia in prevenzione primaria in accordo alle linee guida ESC 2021

di Piercarlo Ballo

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

Un confronto con le linee guida di altre società scientifiche sulla *performance* clinica e sulla proporzione di pazienti candidati a terapia.

Parole chiave: ipercolesterolemia, prevenzione primaria, rischio cardiovascolare, linee guida ESC 2021

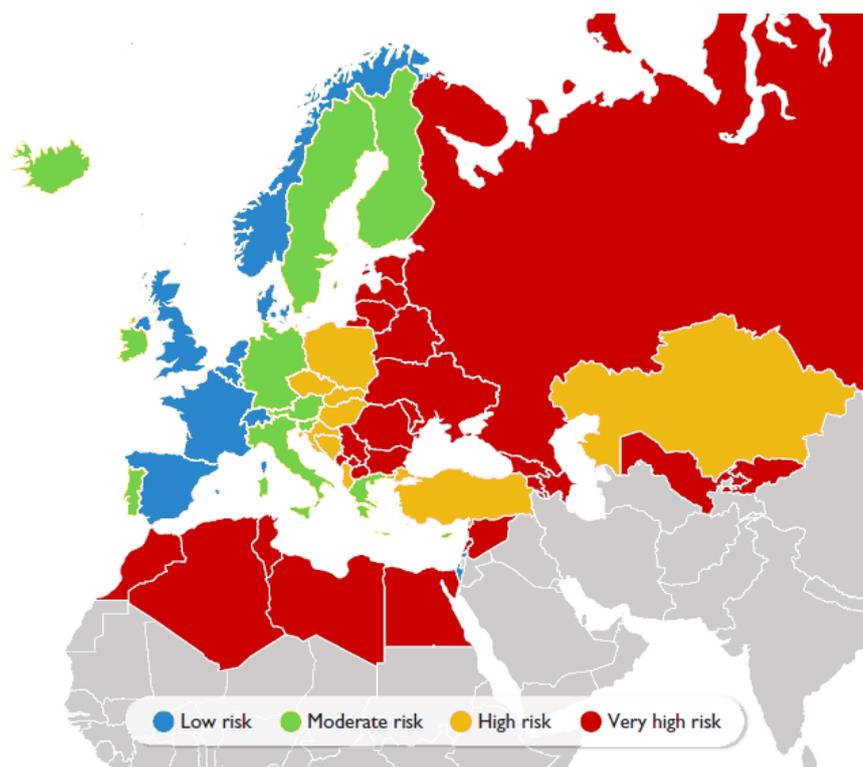
Un recente studio pubblicato alcuni giorni fa su JAMA ha confrontato, in individui apparentemente sani, la *performance* clinica e la proporzione di pazienti candidati a trattamento, ottenute applicando le recenti linee guida ESC del 2021 sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari, in confronto con le rispettive linee guida dell'*American College of Cardiology/American Heart Association* (ACC/AHA), dell'*UK National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) e con le precedenti linee guida ESC/*European Atherosclerosis Society* (EAS) del 2019. Sono stati considerati 66.909 soggetti arruolati nel *Copenhagen General Population Study*, un ampio studio prospettico di coorte, *population-based*, condotto in Danimarca negli anni dal 2003 al 2015. I partecipanti avevano un'età compresa tra 40 e 69 anni. Il tempo medio di *follow-up* è stato di 9,2 anni. Durante il *follow-up*, a seconda della diversa definizione di eventi cardiovascolari fornita dai vari *scores* di rischio raccomandati dalle linee guida, sono stati osservati da 2962 a 4277 eventi, dei quali 180 fatali. In termini di rapporto di eventi attesi/osservati, lo *score* raccomandato dalle attuali linee

guida ESC (SCORE-2) mostrava una migliore calibrazione rispetto agli altri, con un valore di 0,8 in confronto a valori di 1,3, 1,3 e 5,8 per gli *scores* raccomandati dalle linee guida ACC/AHA, NICE ed EAS, rispettivamente. Considerando le raccomandazioni di prevenzione primaria di classe I negli individui di età compresa tra 40 e 69 anni, secondo le attuali linee guida ESC il trattamento con statine era indicato soltanto in 2.862 pazienti (4% della popolazione totale). Questa percentuale aumentava in modo considerevole quando si applicavano le linee guida ACC/AHA (23.029 pazienti, 34%), NICE (17.659 pazienti, 26%) ed EAS (13.496 pazienti, 20%). Considerando l'indicazione a terapia con statine come un potenziale predittore, la sensibilità delle linee guida ESC nel predire futuri eventi cardiovascolari era del 12%, mentre era rispettivamente del 60%, 51% e 36% per ACC/AHA, NICE ed EAS. La sensibilità delle linee guida ESC era significativamente migliorata abbassando le soglie di trattamento, ossia i valori di rischio oltre il quale il trattamento con statina è indicato. In conclusione, nonostante uno *score* di rischio caratterizzato da un model-

lo predittivo migliorato, le nuove soglie di trattamento nelle linee guida ESC del 2021 riducono drasticamente la proporzione di pazienti nei quali è indicato il trattamento con statine in prevenzione primaria. L'utilizzo di soglie di trattamento più basse potrebbe migliorare la *performance* complessiva delle linee guida.

Un nuovo score di rischio proposto dall'ESC

Le recenti linee guida ESC del 2021 sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari hanno significativamente modificato l'approccio alla terapia ipolipidemizzante in prevenzione primaria. In particolare, rispetto alle precedenti linee guida del 2016, è stato definito un nuovo algoritmo sulla base del quale identificare i pazienti da avviare a terapia. Il precedente algoritmo, definito SCORE (*Systemic COronary Risk Estimation*), stimava il rischio di morte cardiovascolare a 10 anni incrociando dati di età, sesso, fumo, pressione arteriosa sistolica, colesterolemia totale e regione geografica europea. A differenza dello SCORE, il nuovo algoritmo, definito SCORE2, è stato

**Figura 1.**

Le classi di rischio cardiovascolare nei differenti paesi.

sviluppato con l'obiettivo di stimare non il rischio di morte, ma il rischio di eventi cardiovascolari fatali e non fatali (infarto miocardico, *stroke*) a 10 anni. Il razionale di questa scelta si basa sul fatto che non solo la mortalità, ma anche la morbilità cardiovascolare riflette in modo consistente il *burden* della malattia aterosclerotica. Lo SCORE2 è utilizzabile nei pazienti che rientrano nella definizione di *apparently healthy people*, definiti come soggetti senza storia di malattia cardiovascolare aterosclerotica, diabete mellito tipo 2, insufficienza renale cronica o ipercolesterolemia familiare. In questi pazienti, il calcolo del rischio di eventi a 10 anni mediante lo SCORE2 è raccomandato in classe I. Come il suo predecessore, anche lo SCORE2 si basa su età, sesso, fumo, pressione arteriosa sistolica, colesterolemia e regione geografica europea, ma con alcune novità:

- in merito all'età, è stata introdotta una più precisa suddivisione in categorie a intervalli di 5 anni; inoltre, è stato sviluppato uno *score* aggiuntivo utilizzabile anche per pa-

zienti di età ≥ 70 anni (SCORE2-OP, *older persons*);

- in merito alla colesterolemia, lo *score* si basa non più sui livelli di colesterolo totale, ma sul colesterolo non-HDL. Anche questa scelta ha un razionale. Il rischio di eventi cardiovascolari è strettamente legato alla presenza di colesterolo LDL e altre lipoproteine contenenti apo-B. La colesterolemia LDL è misurabile direttamente o calcolabile in modo indiretto con la classica formula di Friedewald (LDL = colesterolo totale - HDL - $0,2 \cdot$ trigliceridemia), che tuttavia non è applicabile in pazienti con trigliceridemia molto elevata (≥ 400 mg/dL) e risulta poco precisa in caso di LDL molto basse (< 50 mg/dL). La colesterolemia non-HDL è anch'essa calcolabile in modo molto semplice (differenza tra concentrazione di colesterolo totale e concentrazione di HDL) e rispetto alla colesterolemia LDL presenta alcuni vantaggi: può essere calcolata anche in pazienti con trigliceridemia > 400 mg/dL; è accurata

anche in caso di prelievo eseguito non a digiuno e, soprattutto, può catturare in modo più completo l'informazione prognostica legata al complesso delle lipoproteine contenenti apoB. Nelle tabelle di rischio per il calcolo dello SCORE2, i valori sono indicati sia in mmol/L che in mg/dL (per il colesterolo non-HDL è comunque possibile convertire un valore in mg/dL in mmol/L moltiplicando per il fattore di conversione 0,0259);

- in merito alla regione geografica europea, la suddivisione in Paesi a rischio cardiovascolare basso, alto e molto alto è stata aggiornata con una classificazione in 4 livelli. Le linee guida infatti individuano Paesi da considerarsi con rischio cardiovascolare basso, moderato (tra cui è presente l'Italia), alto o molto alto.

Applicazione pratica dello SCORE2 e categorie di rischio

L'applicazione dello SCORE2 in un determinato paziente è relativamente semplice. Si parte dal *cluster* identificato dalla regione europea. La suddivisione dei Paesi europei in 4 livelli di rischio è mostrata in Figura 1. Le linee guida forniscono 4 diversi algoritmi per il calcolo del rischio, uno per ciascun *cluster*. Nel caso dell'Italia, come detto, è necessario proseguire con l'algoritmo corrispondente ai Paesi a moderato rischio (Fig. 2). A questo punto, incrociando i dati di età, sesso, fumo, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia non-HDL è possibile arrivare a identificare un valore numerico, che corrisponde al rischio (in percentuale) di eventi cardiovascolari, fatali e non fatali, a 10 anni. Le linee guida stabiliscono poi dei *cut-off* per definire, in base al valore percentuale ottenuto, il rischio di un paziente come medio-basso, alto o molto alto. Per i pazienti di età < 50 anni, queste tre categorie sono identificate da valori $< 2,5\%$, $2,5-7,5\%$ e $\geq 7,5\%$, rispettivamente. Per i pazienti di età 50-69 anni, le tre categorie sono identificate da valori

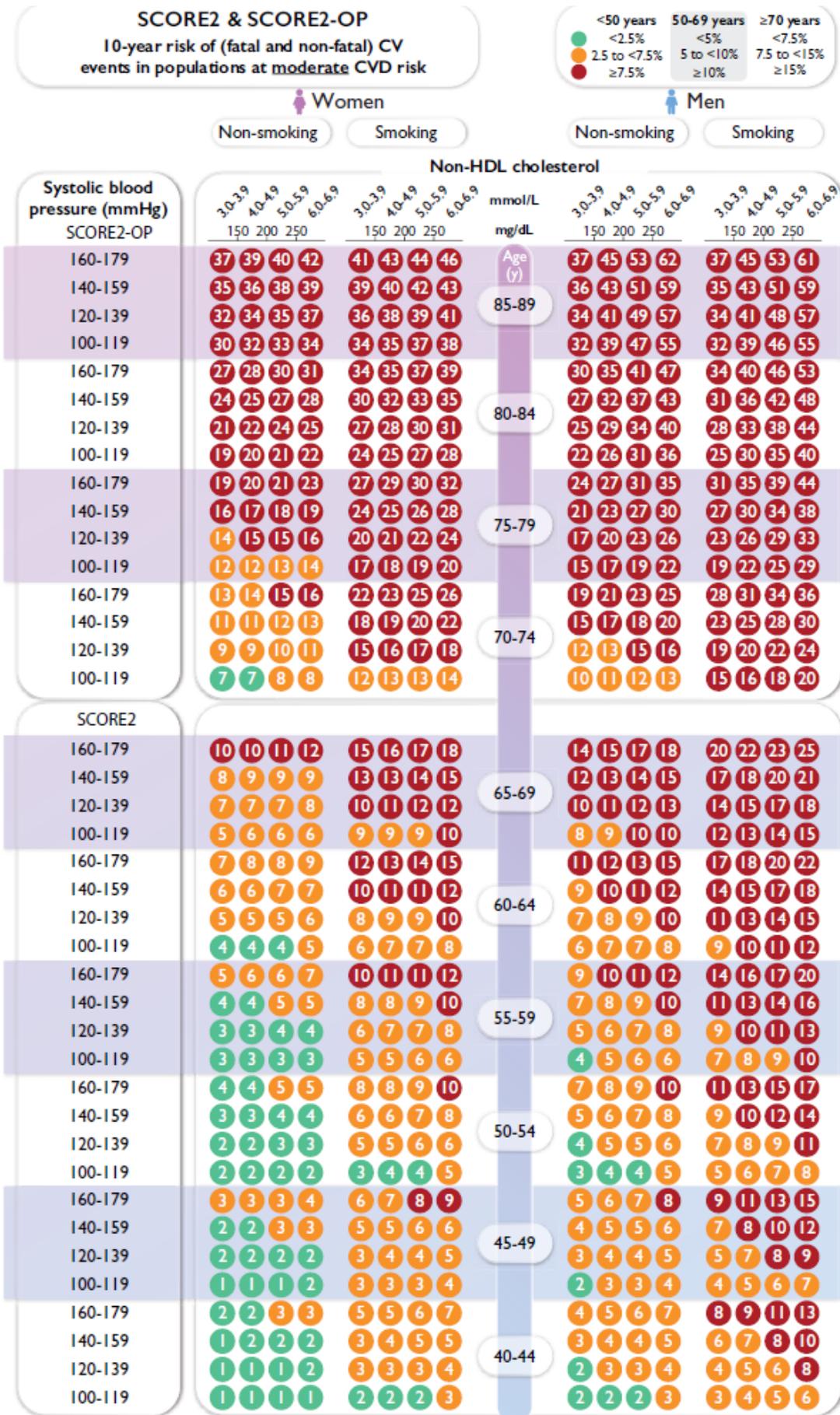


Figura 2. Gli algoritmi per il calcolo del rischio cardiovascolare.

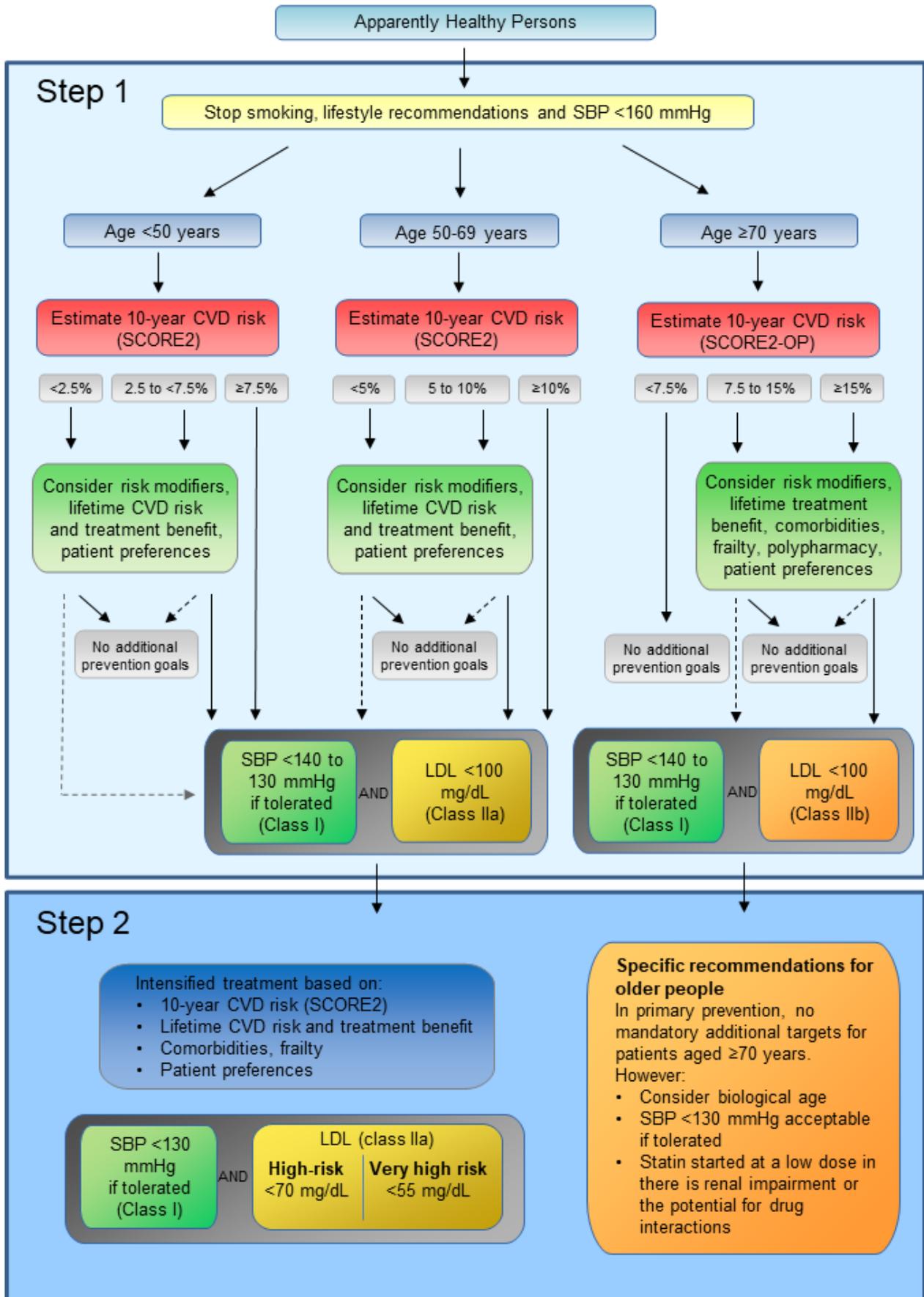


Figura 3. L'algoritmo per la prevenzione primaria.

< 5%, 5-10% e \geq 10%, mentre per i pazienti di età > 70 anni sono identificate da valori < 7,5%, 7,5-15% e > 15%.

Per esempio, una donna di 50 anni, non fumatrice, con pressione arteriosa sistolica di 150 mmHg e un colesterolo non-HDL di 140 mg/dL (pari a $140 \cdot 0,0251 = 3,6$ mmol/L) ha un rischio di eventi cardiovascolari a 10 anni pari al 3%. Per una paziente di 50 anni, le tre categorie di rischio sono identificate da valori < 5%, 5-10% e > 10%. Poiché il valore del 3% calcolato applicando lo SCORE2 ricade nell'intervallo < 5%, possiamo concludere che si tratta di una paziente definibile a basso rischio. Un uomo della stessa età, fumatore, con gli stessi valori di pressione arteriosa sistolica e di colesterolo non-HDL ha un rischio di eventi cardiovascolari a 10 anni pari al 9%. Poiché il valore cade nell'intervallo 5-10%, possiamo concludere che si tratta di un paziente a rischio moderato.

Dal calcolo del rischio al target di colesterolemia in prevenzione primaria

Una volta identificata la categoria di rischio del paziente, è possibile definire il *target* per la colesterolemia. L'algoritmo consigliato per la prevenzione primaria dalle linee guida ESC, che prevede due *steps* successivi, è mostrato in Figura 3. Nel primo *step*, si deve considerare (classe IIa) il raggiungimento di un valore di colesterolemia LDL < 100 mg/dL in tutti i pazienti di età < 70 anni a rischio molto alto, oppure a rischio alto ma solo dopo attenta valutazione individuale del rapporto rischio-beneficio. Quest'ultimo si basa su una valutazione clinica globale che deve includere i *risk modifiers*, il *lifetime cardiovascular risk* (definibile come la stima dell'età in cui un paziente avrà

il 50% di probabilità di aver avuto un evento cardiovascolare), il *lifetime treatment benefit* (definibile come la differenza in anni nella suddetta età, considerata con e senza trattamento) e la preferenza del paziente. Lo stesso *target* di colesterolemia può essere considerato (classe IIb) nei pazienti di età \geq 70 anni, nuovamente dopo un'accurata valutazione clinica individuale che deve includere i *risk modifiers*, il *lifetime treatment benefit*, le comorbidità, la fragilità, il trattamento farmacologico in atto e la preferenza del paziente. Il *target* di colesterolemia LDL < 100 mg/dL non è strettamente raccomandato nei pazienti a basso rischio. L'algoritmo, tuttavia, è caratterizzato da una certa elasticità: come evidenziato dalle linee tratteggiate, anche in pazienti a basso rischio è possibile considerare il raggiungimento del *target* se ritenuto appropriato sulla base di una valutazione individuale del rapporto rischio-beneficio, così come nei pazienti ad alto rischio è possibile considerare la non necessità di ottenerlo.

Il secondo *step* è riservato ai pazienti a rischio alto o molto alto e prevede, ancora una volta dopo un'accurata valutazione clinica individuale che deve includere, oltre allo SCORE2, anche il *lifetime cardiovascular risk*, il *lifetime treatment benefit*, le comorbidità, la fragilità e la preferenza del paziente. Il secondo *step* si applica in sostanza ai pazienti con età < 70 anni, mentre per i pazienti più anziani (ai quali le linee guida ESC dedicano raccomandazioni specifiche) il secondo *step* non prevede particolari *target* più stretti. Questo aspetto concerne, come detto, i pazienti che ricadono nel campo della prevenzione primaria e quindi nella definizione di *apparently healthy subjects* (non è così, per esempio, in prevenzione

secondaria, per i quali i *target* di colesterolemia per i pazienti anziani sono analoghi a quelli per i pazienti più giovani).

Il suddetto studio pubblicato su JAMA suggerisce che l'approccio ESC riduce in modo notevole la proporzione di pazienti nei quali è indicato il trattamento con statine in prevenzione primaria rispetto alle linee guida ACC/AHA, NICE ed EAS. È corretto tenere presente questo aspetto nell'applicazione pratica delle raccomandazioni ESC. Si deve infine ricordare che lo studio è stato effettuato su una popolazione danese, che quindi ricade nell'area geografica europea considerata a basso rischio: è ragionevole avere cautela nel generalizzare le conclusioni dello studio, estendendole alle popolazioni dei Paesi con rischio maggiore.

Take home message

Le nuove linee guida ESC sulla prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari suggeriscono un approccio innovativo per il trattamento dell'ipercolesterolemia in prevenzione primaria, basato su un nuovo score di rischio chiamato SCORE2, caratterizzato da migliore calibrazione rispetto ad altri scores. Un semplice algoritmo permette di definire il target di colesterolemia LDL appropriato per ciascun paziente. Nell'applicazione clinica di tali linee guida, si deve tuttavia tenere presente che la proporzione di pazienti nei quali risulta indicato il trattamento con statine in prevenzione primaria potrebbe essere considerevolmente inferiore a quella ottenuta applicando linee guida di altre società scientifiche.

piercarlo.ballo@uslcentro.toscana.it

Quando i pazienti diventano esperti

di *Andrea Vannucci*

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

Scegliere se acquistare o no nuovi farmaci o strumenti implica conoscere quanto più possibile i risultati che possiamo conseguire con essi, cioè comprendere il valore della scelta che dobbiamo fare. A qualunque livello la decisione debba essere presa, una centrale d'acquisto nazionale o regionale, una singola azienda sanitaria o ospedaliera, è necessario rivolgersi a coloro che sono esperti, in genere medici, farmacisti e infermieri specializzati, riunirli in un comitato tecnico e definire criteri d'uso e di valutazione dell'uso stesso per assicurarci che la nostra scelta sarà appropriata.

È ormai cresciuta la convinzione che per quest'attività sia utile non solo il "parere", ma proprio l'esperienza e la conoscenza dei pazienti. Perché comprendere quanto valore le nostre scelte saranno in grado di generare implica misurarne i loro esiti, considerando non solo quelli classicamente clinici, ma anche quelli che tengono conto dell'esperienza e delle aspettative dei pazienti.

È in questa prospettiva che appare innovativa e interessante la recente decisione della Regione Toscana di varare un progetto sperimentale per il coinvolgimento della figura del "Paziente Esperto" in alcune gare per l'acquisizione di dispositivi medici e farmaci. Un settore cruciale dove qualità dell'assistenza e spesa devono trovare la migliore e non sempre facile sintesi, dove i temi tecnici, finanziari ed etici sono strettamente connessi tra loro. E che si sia trattato di una scelta decisamente innovativa lo si è capito subito dalla quantità di reazioni che ha suscitato.

Quali sono le caratteristiche che si richiedono nella linea guida regionale

a questa nuova figura del paziente esperto? Che sia "persona con patologia cronica oppure oncologica oppure rara (o *caregiver*) che oltre all'esperienza di malattia abbia acquisito una formazione tecnica riguardo ad argomenti inerenti allo sviluppo dei farmaci o dei dispositivi medici erogata da un ente formatore riconosciuto. Il paziente esperto deve avere una certificazione che qualifichi il suo percorso di formazione"

Già nella precedente legislatura Emilia Grazia De Biasi (Senatrice e Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato), promotrice del Gruppo di Lavoro dedicato alla nuova figura del paziente esperto affermava che "Il paziente esperto è una strada di innovazione nelle procedure cliniche perché considera l'esperienza come un tratto che può aiutare nel percorso diagnostico terapeutico. È un passo in avanti verso l'umanizzazione delle cure e rappresenta un metodo originale di formazione continua dei medici e dei professionisti della sanità in relazione con i pazienti".

L'iniziativa della Toscana potrebbe essere quindi una bella novità e cerchiamo quindi di sapere cosa sono oggi i "pazienti esperti", l'innovazione che rappresentano e la differenza (che non implica una sostituibilità né esclude un'integrazione) con quanto possono fare i rappresentanti delle associazioni dei malati o di altre associazioni civiche che si occupano di sanità.

Il mio intento è prima di tutto quello di allargare il numero di coloro che sappiano di cosa stiamo parlando e che, con cognizione di causa, possano poi guardare favorevolmente a questa innovazione.

Cosa s'intende per pazienti "esperti"? Quale la caratteristica della loro esperienza e l'evidenza che ne siano realmente in possesso? Andiamo a leggere quel che EUPATI (*European Patients Academy on Therapeutic Innovation*) intende come Paziente Esperto e consideriamo il percorso che occorre per arrivare a questa certificazione.

"Il Paziente Esperto è un paziente formato, con un metodo uniforme a livello europeo, sul processo di ricerca e sviluppo dei farmaci, che è professionalizzato e in grado di lavorare in sinergia con gli altri pazienti focalizzati su malattie specifiche. L'interesse comune è che la voce del paziente sia ascoltata, riconosciuta e presa come punto di riferimento. In quest'ottica, la formazione e la conoscenza sono fondamentali per la partecipazione attiva dei pazienti e per la loro collaborazione con clinici e aziende farmaceutiche."

Tra le varie competenze oggi loro riconosciute c'è quella di contribuire al miglioramento dei servizi medici e assistenziali rivolti ai pazienti. Il Paziente Esperto è, dunque, non solo esperto della propria malattia, ma ha anche una conoscenza che può essere definita "accademica" perché risultato di una formazione specifica e approfondita.

EUPATI ha finora formato più di 200 pazienti a livello europeo e in Italia è prossima la conclusione del terzo corso, che vedrà un totale di circa 140 pazienti (o *caregiver*) esperti italiani certificati nella loro competenza in ricerca e sviluppo dei farmaci.

La formazione ricevuta consiste nell'acquisizione di informazioni di ogni genere, che vanno da aspetti tecnico-scientifici per lo studio di

nuove terapie agli aspetti più burocratici e regolatori sull'immissione dei farmaci sul mercato.

La maggior parte dei Pazienti Esperti EUPATI fa parte anche di un'associazione di pazienti, quindi la critica che le associazioni sono le uniche in grado di svolgere ruoli nella ricerca è infondato, anzi, spesso sono rappresentanti delle associazioni che riconoscono il bisogno di una conoscenza più approfondita in ambito ricerca e partecipano con entusiasmo al corso EUPATI.

I Pazienti Esperti EUPATI sono attivi in percorsi di definizione dei protocolli clinici, partecipano a progetti di ricerca alla pari degli scienziati, soprattutto in progetti di ricerca qualitativa, e fanno parte di innumerevoli *Advisory Board* di ricerca clinica dove l'esperienzialità della patologia deve essere "tradotta" all'interno di un percorso scientifico che deve seguire il linguaggio e le regole della sperimentazione scientifica. Infine, ci sono due Pazienti Esperti che fanno parte dei Comitati Etici del Policlinico Gemelli di Roma e dell'IRCSS San Raffaele di Milano. Le stesse EMA (<https://www.ema.europa.eu/en/about-us/how-we-work/european-medicines-regulatory-network/european-experts>) e AIFA (determina DG/1839/2019) riconoscono il valore del Paziente Esperto.

La risonanza e la scia di polemiche che la scelta della Toscana ha suscitato nascono forse dal fatto che è la prima volta in Italia che s'intende sperimentare una prassi peraltro consolidata in numerosi Paesi europei.

Su Quotidiano Sanità Rosaria Iardino, Presidente di Fondazione The Bridge, definiva i Pazienti Esperti "utili idioti". Con stile non così becero,

ma vigorosamente dialettico, anche autorevoli personalità sono intervenute prontamente per esprimere la loro preoccupazione.

Anna Lisa Mandorino, segretaria generale di Cittadinanza attiva, ha inviato una lettera a Eugenio Giani, Presidente della Regione Toscana e Monica Piovi, direttrice di ESTAR perché la delibera regionale venga ritirata "al fine di garantire a tutti, anche al cosiddetto Paziente Esperto, inclusività e qualità della partecipazione e tutelare, attraverso la competenza collettiva e organizzata, i diritti di tutti i pazienti, in particolare di quelli più fragili e impossibilitati a rappresentare da soli il proprio punto di vista".

Americo Cicchetti, Direttore di *Altems* dell'Università Cattolica di Roma, e Teresa Petrangolini, Direttrice di *Patient Advocacy Lab* di *Altems*, hanno scritto su Quotidiano Sanità che "la proposta della Regione Toscana è davvero meritevole di attenzione, ma la possibilità che possa rappresentare un traccia chiara per il futuro della partecipazione dei pazienti e dei cittadini alle politiche sanitarie, dipende da come questa delibera verrà implementata." Cicchetti e Petrangolini rimarcano poi due aspetti che considerano cruciali nella selezione degli interlocutori. Il primo è che siano effettivamente formati per valutare nuove tecnologie e servizi e contribuire alla stesura di un capitolato e si domandano quale sia il percorso formativo idoneo a "certificare" questo specifico profilo di paziente esperto. La seconda questione riguarda il "radicamento" o meno dell'esperto in un'esperienza associativa, perché ritengono che fare riferimento a una realtà collettiva garantisce al singolo

paziente esperto una capacità più ampia di rappresentare pienamente le istanze di una comunità e non di un singolo".

Sono del parere che questa sperimentazione toscana sia da fare convintamente, il che prevede anche valutarne con tempestività utilità e benefici e rendere pubblici i risultati. Il ruolo dei pazienti esperti può essere il *trait d'union* che oggi manca tra la sensibilità sostanzialmente di natura civica delle associazioni e la conoscenza dei tecnici che rimane però asimmetrica.

"La Sanità ha sempre cercato di salvare i pazienti con frequenti successi. Dubito che ora ci sia bisogno dei pazienti per salvare la sanità!" Ho letto pochi giorni fa questo pensiero, scritto peraltro da un valente medico. Credo che sia sbagliato.

Cogliere la molteplicità degli elementi che determinano il valore di una cura non è un'opzione, ma una necessità.

Ciò significa abbandonare la suggestione che una sola parte, quella dei medici per intenderci, anche se è la più scientifica, tecnicamente competente ed esperta, sia in grado da sola di valutare l'importanza a l'appropriatezza delle scelte e acquisire la capacità di conoscere e conciliare la prospettiva delle diverse componenti: la comunità scientifica e terapeutica, i *provider*, le istituzioni sanitarie e le comunità civiche.

Nessuno vince da solo e nessuna parte interessata può detenere il primato nello stabilire efficacia delle cure ed efficienza del sistema.

Nessuno, da solo, può essere capace di scegliere bene il bene di tutti.

andrea.gg.vannucci@icloud.com

Value Based Healthcare

di Edoardo Valentini, Antonio Giulio de Belvis

Gov->Value Lab, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

L'assistenza sanitaria basata sul valore è un nuovo modello di assistenza sanitaria in cui ciò che conta è il valore per il paziente. Valore è un termine ampio, nell'accezione datagli da M. Porter, per valore si intende "il miglior risultato possibile per dollaro speso". Per fornire valore, i servizi sanitari erogati devono essere incentrati sui bisogni clinico-assistenziale dei singoli pazienti e avere al contempo risultati clinici misurabili.

Parole chiave: *clinical governance, shared decision-making, value based healthcare, patient-centered care, patient reported outcomes*

Ci troviamo in un contesto storico nel quale organizzazioni e sistemi sanitari, già in precedenza sotto fortissima pressione, si sono trovati a dover affrontare sfide e opportunità in continua evoluzione, provenienti da necessità economiche, ma non solo. Questo discorso trova particolare aderenza soprattutto in Italia, dove la visione di una sanità capace di focalizzare e incentrare l'assistenza sanitaria sul paziente fornisce la rotta per affrontare le sfide presenti e future.

Ciò richiede un cambiamento nel modo di organizzare i percorsi di cura.

La maggior parte degli strutture sanitarie, infatti, ha iniziato a osservare i nuovi paradigmi organizzativi sempre più con maggiore interesse. Ci si è accorti come, seguendo questi nuovi modelli, fosse possibile rimodellare i processi di erogazione dell'assistenza sanitaria, allontanandosi dalle linee di specialità accademiche tradizionali e che, allo stesso tempo, risultasse più facile creare un sistema in grado di avvicinarsi ai bisogni dei pazienti.

Ciò risulta essere particolarmente vero, specialmente in contesti di *Shared Decision-Making* (SDM),

dove i pazienti e le famiglie devono diventare sempre più attivi, informati e consapevoli dei rischi e dei benefici delle diverse opzioni terapeutiche.

In questo contesto, la *Clinical Governance* ha svolto un ruolo cruciale. Introdotta per la prima volta alla fine degli anni '90 nel Regno Unito, la *Clinical Governance* ha l'obiettivo di riunire gli approcci manageriali, organizzativi e clinici sotto la stessa guida, che incoraggia tutti nell'organizzazione a essere parte attiva del processo di cura e che, allo stesso tempo, lavora per migliorare la qualità tecnica, efficientare l'uso delle risorse, migliorare la sicurezza delle cure fornite e, di conseguenza, la soddisfazione del paziente per il servizio fornito. Si viene così a creare un sistema di *accountability*, un sistema, attraverso il quale le organizzazioni sanitarie diventano responsabili del continuo miglioramento della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di cura, creando un "ambiente in cui l'eccellenza nell'assistenza clinica fiorisce", attraverso l'applicazione di metodologie e strumenti per combinare la prospettiva del medico e del manager in nome della

centralità della persona assistita (*Patient-Centered Care*).

La cura centrata sul paziente induce sempre più gli *stakeholders* del sistema sanitario a implementare indagini sulla soddisfazione del paziente, dei relativi *caregivers*, nonché delle famiglie al fine di migliorare continuamente il modo in cui le strutture sanitarie gestiscono e progettano le pratiche cliniche.

Diversi studi hanno dimostrato che un'assistenza "rispettosa e rispondente alle preferenze, ai bisogni e ai valori individuali del paziente (...)" è positivamente associata a due domini della qualità: efficacia clinica e sicurezza del paziente.

Ci troviamo così a introdurre quelli che al giorno d'oggi si configurano come i principi del *Value-Based Healthcare*. Il concetto di valore, viene definito da M. Porter come il rapporto tra gli esiti di salute (*patient outcomes*) e gli effettivi costi sostenuti nell'arco dell'intero ciclo di cura, deve essere la matrice in grado di coordinare gli sforzi di tutti gli attori coinvolti nell'ecosistema sanità. Solo partendo dal miglioramento degli esiti più rilevanti per i pazienti si è in grado di rispondere anche ai bisogni di razionalizzazione della spesa sanitaria.

Implementare un sistema *Value Based*, quindi basato sul valore, risulta essere

| | |
|---------|---|
| Value = | Health outcomes that matter to patients |
| | Costs of delivering these outcomes |

particolarmente complesso. Ciò implica, infatti, una logica sistemica di insieme la quale necessita forti competenze gestionali, l'implementazione di sistemi tecnologici e un'attitudine al cambiamento e alla sperimentazione. D'altronde, i limiti dei sistemi sanitari attuali sono stati fortemente evidenziati dalla pandemia in corso. La pandemia è andata ad aggiungersi ai limiti, già ben noti, che i sistemi sanitari si trovavano ad affrontare quali: costo elevato e crescente dei nuovi farmaci e dispositivi, invecchiamento della popolazione con aumento dell'aspettativa di vita, aumento di malattie croniche e di comorbidità.

Occorre quindi, permettere al sistema sanitario di eseguire il cambiamento verso un'assistenza basata su esiti di salute anziché su volumi prestazionali, su un'assistenza basata su logiche di integrazione anziché su logiche di specializzazione verticale. Michael Porter, come anticipato, fu il primo ad applicare all'ambito salute una serie di principi strategici, organizzativi e gestionali comuni a diversi ambiti e settori economici.

Nel dettaglio introdusse, nel 2010, un *framework* di riferimento: "The Value Agenda". *Framework* che si fonda sui seguenti sei pilastri:

1. misurazione e valutazione degli esiti e dei costi per ciascun paziente;
2. organizzazione delle Unità di Assistenza Integrate (*Integrated Practice Units, IPUs*);
3. integrazione dell'assistenza anche in caso di strutture separate;
4. superamento del limite geografico;
5. riorganizzazione delle modalità di finanziamento, con l'implementazione dei rimborsi per processi assistenziali (*bundled payments*);
6. costruzione di una piattaforma informatica efficace (IT).

Misurazione e valutazione degli esiti e dei costi per ciascun paziente

Senza la raccolta, l'analisi e la valutazione degli esiti, l'implementazione di un qualsiasi sistema rimarrebbe un esercizio di mera teoria. In ambito sanitario, la raccolta di esiti PREMs (*Patient Reported Experience Measures*) e di esiti PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures*) è un aspetto fondamentale per una corretta valutazione tra clinico e paziente, soprattutto nel caso di patologie croniche. Sul versante costi, invece, facile è disporre del costo della singola visita, del singolo intervento o procedura mentre risulta complesso disporre dei costi relativi all'intero processo di cura.

Riorganizzazione delle modalità di finanziamento, implementazione dei rimborsi per processi assistenziali (*bundled payments*)

Il concetto di *bundled payments* si basa su due concetti fondamentali: il primo riguarda la visione secondo la quale il finanziamento è legato all'intero percorso di cura e non più a un singolo prodotto, servizio o evento. Il secondo riguarda l'allineamento del finanziamento dei *providers* e degli *stakeholders* agli effettivi esiti di salute. In Italia, una gestione di questo tipo risulta essere particolarmente complessa. Obiettivi di *budget*, tipicamente definiti a livello regionale (presenza di 3 livelli: Nazionale, Regionale e Locale) sono focalizzati sul breve termine, la strategia di *budget* è quindi di tipo "verticale", per singola area/dipartimento/ struttura, non di tipo "orizzontale" in una logica di integrazione delle cure.

Organizzazione delle Unità di Assistenza Integrate (*Integrated Practice Units, IPUs*)

Fondamentale è l'aspetto organizzativo dei processi sanitari. All'interno del suo *framework* Porter stressa ancora questo concetto. Secondo Por-

ter solamente attraverso la creazione di reparti in cui vengono messe a disposizione le competenze di tutti gli specialisti che entrano in gioco nel *patient journey* si può veramente andare a migliorare l'esperienza del paziente, nonché la qualità delle cure erogate.

Per quanto riguarda lo stato di implementazione dei principi *Value Based* in Italia, uno studio recentemente condotto da EIT Health e guidato dal Prof. Gregory Katz, *Implementing ValueBased Health Care in Europe: Handbook for Pioneers*, non cita alcuna esperienza italiana tra le dieci *best practice* analizzate. Tuttavia, diversi studi a livello internazionale dimostrano come i principi del *Value Based Healthcare* abbiano un impatto positivo sulla sanità. Il caso del *National Health Service* del Galles (NHS Wales) ne è un perfetto esempio: Nel 2014, il ministro per la salute gallese ha aggiornato una politica (*Prudent Health Care*) focalizzata sulla, sull'equità all'accesso alle cure erogate, prioritario per coloro che ne hanno maggior bisogno e volta a ridurre l'eccessivo ricorso alle cure mediche da parte dei pazienti. Per attuare questa politica sanitaria il NHS del Galles ha affidato ad alcuni sanitari ruoli inerenti con i principi di *Value Based Healthcare*. A livello Nazionale è stato creato un piccolo gruppo direttivo operativo. Durante la prima fase di implementazione sono state lanciate diverse sperimentazioni sul campo, facendo leva su standard comuni e riconosciuti come quelli dell'*International Consortium for Health Outcomes Measurement*.

In seguito, la formazione di *team* multidisciplinari ha aggiornato il ridisegno di processi clinico-assistenziali, ristrutturando al contempo i supporti informatici, e ha implementato un set di indicatori a supporto degli obiettivi di *Value Based Healthcare*. Si è così raggiunto l'obiettivo di raccolta dati principalmente attraverso questionari compilati dai pazienti. Le informazioni raccolte sono

state poi digitalizzate e rese fruibili ai pazienti stessi e ai professionisti sanitari. Anni dopo si è sviluppato un portale nazionale per la raccolta di PROMs standardizzati per 31 percorsi clinico-assistenziali di diverse patologie, garantendo così la possibilità di consultare *report* e ricerche a supporto di attività clinico-organizzative. I dati raccolti sono stati resi disponibili all'intera popolazione in una logica di comunicazione e di sensibilizzazione.

Questo metodo operativo ha permesso al Sistema Sanitario Nazionale gallese di ottenere un forte consen-

so clinico. I risultati ottenuti vengono basati sugli indicatori PROM; i costi misurati con il metodo TDABC (*Time Driven Activity Based Costing*) e l'approccio lavorativo *Plan-then-Do* è stato sostituito da quello *Decide-Do/Refine-Do*.

Il percorso gallese verso il *Value Based Healthcare* è in corso e in continua evoluzione. I prossimi obiettivi confluiscono in una logica di rafforzamento di *partnership* con operatori privati secondo logiche *Value Based*. Negli scorsi anni, il Sistema Sanitario Nazionale gallese aveva definito nuove formule contrattuali, in cui i

fornitori erano remunerati al raggiungimento di obiettivi predeterminati. In conclusione, gli elementi chiave in ottima *Value Based Healthcare* sono la misurazione degli esiti, l'organizzazione delle cure per *medical condition* e il sistema a *bundle payment* sempre in un'ottica *patient centered*. L'implementazione in Italia è ancora limitata e frammentata, con diverse barriere in ingresso, ma è comunque in fase di sviluppo. Occorre però dare priorità ad azioni e soluzioni concrete; in particolare è necessario un salto culturale su molteplici fronti.

Antonio.DeBelvis@unicatt.it

Gli Autori dichiarano di aver ricevuto finanziamenti, o hanno in atto contratti o altre forme di finanziamento, personali o istituzionali, con i seguenti enti/aziende: WHO, Regione Lazio, ISS, Novartis, Amgen, Gilead, Daiichi Sankyo.

Un corso di aggiornamento per psicologi ospedalieri

di Gioia Gorla

Psicologa

Presso l'ospedale di S. Maria Nuova si è svolto, tra il 2019 e il 2021, un corso di aggiornamento per gli psicologi che lavorano negli ospedali compresi nella Azienda USL Toscana Centro. Il corso ha avuto la finalità di mettere in luce alcuni temi centrali nella storia della cura dei malati entro le istituzioni a ciò dedicate, che traggono origine dagli "hospitalia" del Medio Evo, di cui proprio S. Maria Nuova è un esemplare. L'insorgere della pandemia da COVID-19 agli inizi del 2020 ha indotto a dare maggior risalto a un tema già emerso nei primi tre incontri: quello della condivisione degli stessi sentimenti di incertezza e di paura di fronte alla malattia da parte di chi cura e di chi è curato, che sono alla base del loro allearsi per riuscire a contrastarla.

Parole chiave: istituzioni ospedaliere, psicologia ospedaliera, alleanza terapeutica, gruppo di lavoro, pandemia

Uno spazio e un tempo particolari hanno caratterizzato, e direi plasmato, un corso di aggiornamento destinato ai dodici psicologi che lavorano negli ospedali facenti parte della Azienda USL Toscana Centro, inseriti nella SOSD di Psicologia Clinica Ospedaliera, diretta dalla dottoressa Silvia Lapini. Si è trattato di un ciclo di sei incontri, che sono stata invitata a condurre, dal titolo "Lo psicologo clinico in ospedale", in cui ci si proponeva di stimolare la riflessione sulle finalità generali dell'intervento dello psicologo nella realtà ospedaliera e insieme di favorire il formarsi di un gruppo di lavoro attivo e coeso. I primi tre incontri si sono svolti nella primavera del 2019, i due successivi nell'autunno del 2020 e il conclusivo nell'estate del 2021 e pertanto per metà durante la pandemia.

La sede del corso è stata l'Ospedale di Santa Maria Nuova a Firenze che, come è noto, non solo è il più antico degli ospedali sorti nel Medio Evo in varie città d'Europa, ma è l'unico al mondo che svolge ancora oggi fun-

zioni di cura, pur conservando alcuni aspetti della sua antica struttura. Proprio nel recente restauro del complesso ospedaliero sono stati messi in suggestiva evidenza, sin dall'imponente sala d'ingresso, gli antichi resti e le preziose suppellettili che, nel corso dei secoli, sono venute costituendo il patrimonio dell'ospedale a partire dalla fine del Duecento, quando era destinato a essere, come tutti gli ospedali sorti in quel tempo, un luogo di ricovero per la popolazione più povera e bisognosa e di accoglienza per i malati, secondo la visione cristiana della vita che permeava la società medievale. Recentemente è stata anche costituita la Fondazione Santa Maria Nuova, con la finalità di restaurare gli antichi manufatti e di far conoscere, con diverse iniziative culturali, come visite guidate e cicli di conferenze, il prezioso patrimonio artistico di proprietà dell'Ospedale.

Il corso ha così quasi naturalmente preso le mosse da una considerazione storica sull'evolversi delle istituzioni ospedaliere da luoghi di acco-

glienza caritatevole (primo incontro: "L'ospedale dal Medio Evo ai nostri giorni") a luoghi di cura sempre più specializzata, secondo gli sviluppi della medicina. A partire dalla metà del secolo scorso, si è individuato nella malattia un fenomeno complesso che coinvolge fattori legati al funzionamento del corpo del malato e alla sua psiche, ma che è anche profondamente legato alla realtà sociale di cui egli fa parte, secondo il modello bio-psico-sociale della malattia e della salute (secondo incontro: "La malattia, tra mente e corpo"). Tradizionalmente, lo psicologo clinico aveva lavorato a fianco degli psichiatri nel campo dei disturbi mentali: non a caso il primo ingresso degli psicologi italiani in ospedale, in base alla legge Mariotti del 1968, ha riguardato gli ospedali psichiatrici. Il loro successivo inserimento tra il personale curante di un moderno policlinico pone ovviamente problemi assai complessi sia per quanto riguarda la formazione dei medici e degli psicologi, che per quanto concerne il rapporto che

deve instaurarsi tra di loro nella cura dei pazienti, in un dialogo che tenga presente la specificità di ciascuna professione per valorizzarne gli apporti nel percorso di cura (terzo incontro: "L'intervento dello psicologo entro l'ospedale").

In un primo tempo, si era pensato di approfondire nel quarto e nel quinto incontro il tema della diagnosi in psicologia clinica ospedaliera, che del resto costituiva un punto di conclusione quasi obbligato, ma l'emergenza della pandemia da COVID-19, che ha fatto vivere agli psicologi partecipanti al corso, come a tutti i dipendenti ospedalieri, giorni drammaticamente impegnativi non solo sul piano personale, ma anche nello sforzo di individuare i modi di adeguare i loro interventi ai bisogni che emergevano nei ricoverati, ha indotto a modificare il progetto. Si è così preferito dedicare il quarto incontro a un tema inizialmente non previsto: "Di fronte alla malattia: riflettendo sulla diagnosi psicologica alla luce dell'esperienza della pandemia da COVID-19". In esso, per introdurre e favorire la riflessione del gruppo sui propri vissuti e sentimenti, da cui trarre spunto per comprendere e condividere quelli dei pazienti, si è fatto ricorso alla lettura di alcuni grandi testi narrativi, da Alessandro Manzoni, a Thomas Mann e ad Albert Camus, tra gli altri, che hanno

saputo descrivere il disorientamento e il terrore degli esseri umani di fronte alle grandi epidemie che sono state una costante della storia e che non hanno risparmiato, e nella più grave forma pandemica, la nostra epoca ipertecnologica, mettendo in crisi le nostre false sicurezze.

Nel quinto incontro ("La diagnosi in psicologia clinica ospedaliera") si è potuto solo tratteggiare a grandi linee un tema tanto complesso, sottolineando che con i pazienti ricoverati in ospedale lo psicologo deve riuscire a farsi un'idea il più possibile precisa e articolata, del modo in cui una persona, di fronte al trauma della malattia che mette in crisi la sua vita in ogni aspetto, riesca a utilizzare le sue risorse individuali e l'aiuto che gli può provenire dagli altri, soprattutto familiari e amici, per raggiungere un nuovo equilibrio personale. Questo sarà la base perché si possa stabilire una valida relazione terapeutica tra il paziente e i suoi curanti. Per uno psicologo clinico il lavorare in un contesto quale quello ospedaliero, che comporta spazi e tempi di intervento previsti per le cure di tipo medico, costituisce indubbiamente un difficile impegno, una continua sfida al suo sapere, ma anche al suo modo di essere come persona.

Nel sesto e ultimo incontro, gli psicologi partecipanti al corso hanno discusso del lavoro svolto durante

il periodo della pandemia, che si è espresso in diversi tipi di interventi a seconda dei contesti operativi. In tutti i casi si è trattato di un'esperienza non facile anche perché, al pari di tutti gli operatori delle cosiddette professioni di cura, gli psicologi erano loro stessi sottoposti allo stress di confrontarsi con un evento pericoloso, imprevisto e ignoto. Ma questo particolare impegno ha stimolato la riflessione sulle finalità generali dell'intervento dello psicologo nella realtà ospedaliera e insieme favorito il formarsi di un gruppo di lavoro attivo e coeso.

Al termine di questo ciclo di incontri, resta in me la sensazione che il discutere insieme entro un piccolo gruppo di colleghi, condividendo esperienze e vissuti personali, sia un'esperienza feconda di reciproco arricchimento e lo stimolo per ulteriori approfondimenti nell'ottica di un lavoro *in progress*, come del resto sembra suggerire il termine stesso di "aggiornamento", che indica un progredire giorno per giorno. Compiere poi quest'esperienza durante l'attuale pandemia, mi ha anche fatto avvertire un confortante sentimento di condivisione e di sostegno reciproco tra chi è impegnato nello stesso compito. Mi auguro che questo si sia verificato anche per tutti i colleghi partecipanti al corso.

gioiagorla824@gmail.com

Continuità delle cure e gestione ambulatoriale dei pazienti con malattie primitive del miocardio durante la pandemia COVID-19: l'esperienza della Unit Cardiomiopatie dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi

di Lucia Ponti¹, Martina Smorti², Katia Baldini³, Alessia Tomberli⁴, Gabriele Castelli⁵,
Alessandra Fornaro⁶, Fausto Barlocco⁷, Iacopo Olivotto⁸, Francesco Cappelli⁹

¹ Psicologa, psicoterapeuta, dottore di ricerca in psicologia, Firenze. Docente a contratto di Psicologia dello sviluppo presso l'Università degli Studi di Urbino Carlo Bo, Urbino; ² Professore associato presso il Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica, Università di Pisa, Pisa; ³ Infermiera presso la Unit Cardiomiopatie dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, Firenze; ⁴ Infermiera di ricerca presso la Unit Cardiomiopatie dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, Firenze; ⁵ Medico cardiologo. Responsabile del Centro di Riferimento Regionale per le cardiomiopatie dilatative, Firenze; ⁶ Medico cardiologo presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, Firenze; ⁷ Assegnista di ricerca presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, Firenze; ⁸ Professore associato presso il Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze; Responsabile Unit Cardiomiopatie dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, Firenze; ⁹ Medico cardiologo presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, Firenze

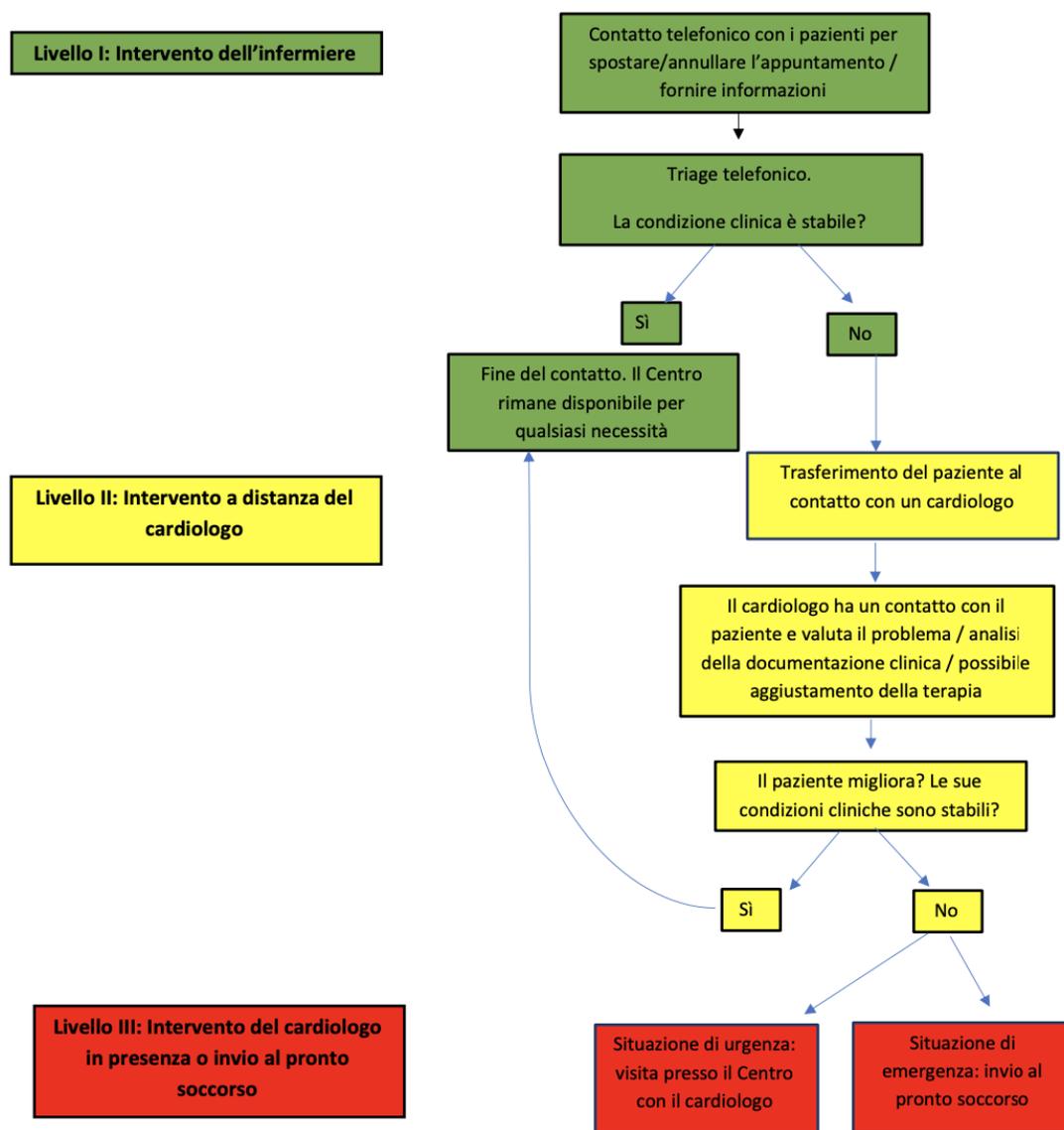
Le misure restrittive imposte dalla pandemia COVID-19 hanno reso necessario una veloce riorganizzazione del lavoro dei sanitari per garantire una continuità delle cure per i pazienti affetti da malattie croniche, spesso cambiando strategie in corso d'opera. Riportiamo un'esperienza nel complesso molto positiva vissuta presso la Unit Cardiomiopatie dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi durante il recente lockdown.

Parole chiave: COVID-19, cardiomiopatie, continuità delle cure, organizzazione dei servizi sanitari, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi

È ormai ampiamente documentato come la pandemia COVID-19 abbia messo a dura prova il Sistema Sanitario Nazionale, soprattutto durante il primo lockdown nazionale, nel marzo del 2020. Le misure restrittive utilizzate all'interno degli ospedali hanno certamente permesso un contenimento della diffusione del virus ma, allo stesso tempo, hanno messo a rischio la continuità delle cure dei pazienti con malattie croniche. Tale aspetto appare particolarmente critico poiché la continuità delle cure, intesa come una continu-

ità nel tempo della relazione di cura tra medico e paziente, si associa a numerosi esiti positivi, tra cui una migliore adesione al piano terapeutico e un miglioramento delle condizioni cliniche della patologia. La continuità delle cure per i pazienti con malattie croniche dovrebbe quindi essere sempre garantita, anche nelle situazioni di emergenza come quelle imposte dalla pandemia COVID-19. Questo approfondimento ha lo scopo di condividere l'esperienza di riorganizzazione della Unit Cardiomiopatie dell'Azienda Ospedaliero-

Universitaria di Careggi durante il *lockdown* nazionale (marzo-maggio 2020), per valutare se l'impostazione del lavoro che medici e infermieri hanno strutturato abbia permesso ai pazienti di percepire la necessaria continuità delle cure, pur dovendo sospendere le visite di controllo in presenza. La tipologia dei pazienti seguita dalla Unit è varia e complessa, e include uno spettro di patologie cardiache croniche tra cui la cardiomiopatia ipertrofica, la malattia di Fabry e l'amiloidosi cardiaca. L'organizzazione che in brevissimo tempo

**Figura 1.**

Organizzazione della Unit Cardiomiotipie dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi nel periodo del *lockdown* marzo-maggio 2020.

lo staff medico ha messo in piedi in risposta al *lockdown* può essere concettualizzata come un algoritmo a tre livelli (Fig. 1).

A un primo livello era attivo, 8 ore al giorno per 5 giorni la settimana, un numero di telefono al quale rispondeva un infermiere. Il Centro poteva essere comunque contattato anche tramite mail. A questo livello, il ruolo fondamentale è stato svolto dagli infermieri del Centro che hanno contattato telefonicamente ciascun paziente per informarlo della necessità di posporre la visita a dopo che fossero terminate le restrizioni.

Durante la telefonata, l'infermiere eseguiva un *triage* per valutare la condizione clinica del paziente. Se questa era ritenuta stabile, al paziente veniva data l'indicazione di utilizzare il numero del Centro o la mail per qualsiasi necessità, senza altri provvedimenti (Livello 1). Se l'infermiere riteneva che la condizione clinica del paziente avesse subito un peggioramento, o se vi fosse qualsiasi novità, il paziente veniva rimandato a un contatto con il cardiologo, o telefonicamente o tramite mail. A questo livello il cardiologo monitorava la condizione clinica, poteva

aggiustare la terapia farmacologica o esaminare eventuali esami o analisi (Livello 2). Laddove il cardiologo ritenesse che la condizione clinica del paziente fosse urgente, lo invitava a presentarsi per una visita in presenza presso il Centro o, in caso di una situazione clinica di emergenza, di recarsi al più vicino Pronto Soccorso (Livello 3).

Al fine di valutare se tale organizzazione abbia avuto un risvolto positivo sulla sensazione di continuità delle cure dei pazienti, è stata condotta un'indagine su 50 pazienti in cura presso il Centro. Inoltre, per ca-

Tabella I.
Caratteristiche dello staff medico e dei pazienti.

| | N/range | Media/% |
|--|----------------|----------------|
| Staff medico | | |
| Anni della professione | | |
| Cardiologi | 2-30 | 11,40 (11,99) |
| Infermieri | 26-30 | 27,75 (1,71) |
| Anni di lavoro presso il Centro | | |
| Cardiologi | 1-20 | 6,20 (8,11) |
| Infermieri | 11-24 | 19,25 (5,68) |
| Pazienti | | |
| Livello di educazione | | |
| Diploma di scuola elementare | 8 | 15,7 |
| Diploma di scuola media inferiore | 12 | 23,5 |
| Diploma di scuola media superiore | 19 | 37,3 |
| Laurea | 12 | 23,5 |
| Status lavorativo | | |
| Nessun lavoro | 3 | 5,9 |
| Disoccupazione | 1 | 2 |
| Lavoro occasionale | 2 | 3,9 |
| Lavoro <i>full-time</i> | 15 | 29,4 |
| Pensionato | 30 | 58,8 |
| Diagnosi | | |
| Genetica | 31 | 60,8 |
| Non genetica | 20 | 39,2 |
| Classe NYHA | | |
| I | 19 | 37,3 |
| II | 22 | 43,1 |
| III | 10 | 19,6 |
| IV | 0 | 0 |

pire come anche lo staff medico ha affrontato quel periodo, è stata condotta un'intervista semistrutturata a 9 operatori (4 infermieri e 5 medici cardiologi). Le caratteristiche dei pazienti e dello staff medico sono riportate nella Tabella I.

La maggior parte dei pazienti (l'84,3%) ha espresso una valutazione positiva delle cure ricevute e non ha riportato alcuna difficoltà a rimanere in contatto col Centro durante la fase di *lockdown*. Inoltre, il 92,2% dei pazienti ha trovato facilmente il

modo di contattare il proprio cardiologo in un momento di necessità. Tali sensazioni non erano legate alle caratteristiche dei pazienti, quali l'età, il genere, il livello di educazione o lo status lavorativo, il tipo di diagnosi o la classe NYHA. Questo dato appare estremamente importante poiché evidenzia come, anche in una situazione di simile emergenza, il lavoro degli operatori ha permesso ai pazienti di percepire un senso di continuità delle cure. Certamente questo non senza difficoltà, come emerso

dalle interviste con gli infermieri e i cardiologi. A questo proposito sono emersi due temi principali. Il primo riguarda la comunicazione con il paziente in assenza di contatto diretto, non sempre facile da gestire, soprattutto con quelli più anziani. Tale difficoltà viene ben rappresentata dalle parole di un cardiologo: *"Ho dovuto trovare altre strade per fare quello che facevo in una comfort zone, trovando altri modi per stare in contatto con i pazienti e fare una medicina per telefono, a cui ovviamente non eravamo abituati"*. L'altro tema emerso riguarda la preoccupazione per la salute dei pazienti. Tale preoccupazione, quando riportata dagli infermieri, era accompagnata da un senso di colpa per non essere presente come al solito e ha spinto gli operatori a esprimere la loro totale disponibilità (*"ho avuto paura di perdere la maggior parte dei nostri pazienti, e invece meno male, non so per quale fortunato meccanismo, ci sono stati pochissimi decessi, veramente pochi però ho avuto tanta paura"*; *"ci si sente anche in colpa nel dire "no guarda, non si può fare le visite, perché uno pensa vabbè, con le dovute precauzioni... ma non era possibile. Però tu sai che il paziente ha delle problematiche e non può venire"*; *"Si cercava di essere molto disponibili, si ripeteva "puoi chiamare in qualunque momento"*). Quando invece è stata riportata dai cardiologi era principalmente accompagnata da un senso di incertezza riguardo la comprensione della comunicazione stessa. Questo è stato evidente soprattutto in riferimento ai pazienti con diagnosi di amiloidosi, una patologia caratterizzata da una maggior fragilità e complicata da instabilizzazioni cliniche frequenti, in soggetti più anziani rispetto a quelli con altre forme di cardiomiopatia. I cardiologi che seguono pazienti con amiloidosi, quindi, hanno riferito più difficoltà a gestire i propri pazienti senza poterli vedere, in assenza della certezza che avessero compreso le loro indicazioni. Ciò ha comportato lunghe telefonate e una mag-

giore preoccupazione e stanchezza emotiva (*"Io l'ho vissuta male, per me è stata una cosa estremamente pesante, il rimandare [una visita a] delle persone che sapevo essere scarsamente rimandabili e con un grosso dubbio che per telefono riuscissero a cavarsela"*). Diversa la percezione dei cardiologi che seguono pazienti con cardiomiopatia ipertrofica: *"con i pazienti abbiamo un fittissimo scambio di mail, i pazienti erano già abituati a comunicare a distanza, perché molti sono pazienti da fuori regione, sono pazienti giovani e sono abbastanza stabili come patologia, da un anno a un altro, sui tempi più brevi, non ci sono grossi problemi"*.

In linea generale, i temi emersi dalle interviste con gli operatori del Centro possono essere legati alle risposte positive riferite dai pazienti. La sensazione di continuità delle cure infatti non passa solo attraverso il mero scambio di parole. Essa passa anche e soprattutto attraverso i vari aspetti della comunicazione, attra-

verso l'empatia, la preoccupazione per il benessere del paziente, la comprensione reciproca e la disponibilità del sanitario verso il paziente. Questi vissuti potrebbero quindi aver favorito la sensazione, tra i membri dello staff, di *sentirsi* in contatto con i pazienti e ai pazienti di *sentire* che la relazione con il Centro che li segue non si è mai interrotta. Il trovarsi all'interno di un patto terapeutico consolidato nel tempo (per alcuni pazienti anche di decenni) ha sicuramente facilitato e reso adattabile un canale comunicativo improvvisato in seguito all'improvviso instaurarsi del *lockdown*: la continuità nella normalità ha partorito la continuità nell'emergenza. In un'epoca in cui gli ospedali sono sempre più luoghi per pazienti acuti, e le risorse per la cronicità si riducono di conseguenza, questo esempio deve fare riflettere. Per far sì che quanto successo non rimanga un isolato episodio di esperienza dei singoli ambulatori o reparti, questi risultati sembrano suggerire

la necessità di sviluppare nuovi standard normativi di comunicazione interpersonale. In altre parole, sarebbe auspicabile che gli operatori sanitari fossero formati per garantire la continuità nel rapporto di cura in telemedicina con strumenti e modalità comunicative adatte alle diverse tipologie di pazienti. Inoltre, sarebbe importante che il Sistema Sanitario arrivi a disporre dei piani di emergenza sulla base dell'esperienza autogestita delle diverse cliniche e reparti ospedalieri che hanno ottenuto risultati incoraggianti, sia rispetto alla salute che alla continuità delle cure percepite dai pazienti. Ciò consentirebbe una maggiore prontezza nell'affrontare eventuali nuove situazioni di emergenza, con un'organizzazione del lavoro che tenga conto delle caratteristiche cliniche del paziente, e un minor senso di incertezza tra gli operatori.

pontilucia@gmail.com

Percorsi di medicina dello sport integrata. La fitness miocardica attraverso le frequenze musicali del canto lirico

di Laura Stefani, Goffredo Orlandi, Marco Corsi

Medicina dello Sport e dell'Esercizio, AOUC, Università degli Studi di Firenze

Parole chiave: medicina dello sport, fitness miocardica, canto lirico, follow-up cardiologico

Introduzione

I cantanti lirici effettuano esercizi continui che, per la loro tipologia, rappresentano un impegno emodinamico nel distretto muscolare e cardiopolmonare. La respirazione rappresenta, per il canto lirico, un aspetto fondamentale. Questa viene infatti concepita e utilizzata dal cantante quasi in modo egemonico rispetto ad altri aspetti parimenti importanti come quelli foniatrici. Tecnicamente, durante gli esercizi di canto, l'adattamento della postura e dell'attività dei muscoli addominali e del diaframma, producono modificazioni della pressione intratoracica con fisiologico impatto sugli organi contenuti nella gabbia toracica stessa, come polmone e cuore. Durante il canto i muscoli dell'addome e del plesso solare vengono spinti verso l'esterno, mentre la pancia nella regione ombelicale viene tirata in modo costante verso l'interno.

In aggiunta a tale evento meccanico, le vibrazioni prodotte dal segnale vocale in uscita, che viene poi anche ascoltato dal cantante e quindi la voce e i vocalizzi quotidiani, emessi a una certa frequenza, rappresentano

un ulteriore stimolo soprattutto sul sistema neurovegetativo del cuore e del cervello.

La musica è capace pertanto di influenzare mente e corpo a frequenze particolari. Le frequenze comprese tra 432 e 528 hz, sono state studiate per i loro effetti sul senso di armonia, sullo stato di benessere in generale, oltre che per l'impatto positivo emodinamico sul ritmo cardiaco e sulla pressione arteriosa.

Manca tuttavia in letteratura uno studio approfondito sulla *performance* cardiaca di questa tipologia di esercizio, quale il canto lirico nella sua complessità.

La medicina, come scienza volta alla tutela della salute umana, si è fino a ora occupata dei cantanti lirici prevalentemente sotto il profilo della anatomia delle strutture vocali, delle caratteristiche dei centri nervosi corticali e più recentemente di aspetti della composizione corporea che potessero esporre a un maggior rischio cardiovascolare.

La medicina dello sport, d'altro canto, che recentemente spazia su settori dello stile di vita, è attenta alla valutazione di aspetti che riguardano la risposta funzionale cardiaca

verso specifiche tipologie di esercizio. Nel canto lirico, che risulta essere un esercizio sia fisico che emozionale, con effetti adrenergici e serotoninergici, risulta particolarmente interessante verificare se questa categoria di soggetti si avvicini o raggiunga una vera e propria *fitness* miocardica sportiva.

La nostra attenzione si è rivolta in questo caso, specificamente alle valutazioni morfo-funzionali e di *performance* miocardica in una popolazione di cantanti lirici misti, appartenenti a diverse frequenze vocali, dal contralto al soprano, tenore e basso. Lo studio è stato effettuato mediante indagine ecocardiografica ed ECG. Sono stati presi in considerazione sia i principali parametri elettrocardiografici di base che quelli di *performance* miocardica sisto-diastolica sia tradizionali che di deformazione cardiaca (Strain) come stima indiretta della contrattilità.

Il gruppo dei cantanti lirici analizzato è stato confrontato con un gruppo di atleti allenati, praticanti sport a elevato impatto cardiovascolare, come il canottaggio.

Studio

Una popolazione di 17 cantanti d'opera/coreutici (M/F:7/9; 5 soprani; 2 tenori; 2 contralti; 2 bassi) è stata sottoposta a esame elettrocardiografico dove sono stati valutati la frequenza cardiaca, la durata dell'onda P, del tratto PR, del QRS e stima dell'intervallo QTc; successivamente è stato effettuato uno studio ecocardiografico (MLX8exp Release F1000001) di base a riposo con valutazione dei principali parametri sisto-diastolici. Tale valutazione è stata integrata con il calcolo dei parametri di deformazione, quali lo *strain* (*Global Longitudinal Strain*) delle camere ventricolare sinistra, rotazione apicale e basale e *twisting* del V sx (Fig. 1). I dati espressi come media come SD sono stati confrontati con un gruppo di atleti praticanti sport a elevato impatto cardiaco, come i canottieri, regolarmente allenati.

Risultati

Vengono riportati solo alcuni dei dati raccolti, più salienti ai fini della documentazione della validità della indagine svolta. Dal punto di vista antropometrico i cantanti risultavano essere lievemente sovrappeso (BMI: > 27), rispetto ai controlli. Nessuno risultava affetto da patologie cardiovascolari limitanti l'attività fisica come diabete compensato, cardiopatia ischemica o ipertensione arteriosa non controllata. Per quanto riguarda i parametri (2D) ecocardiografici standard, il gruppo dei cantanti lirici ha mostrato normali diametrie delle camere cardiache sx (LVDd: $47,31 \pm 3,77$ mm;

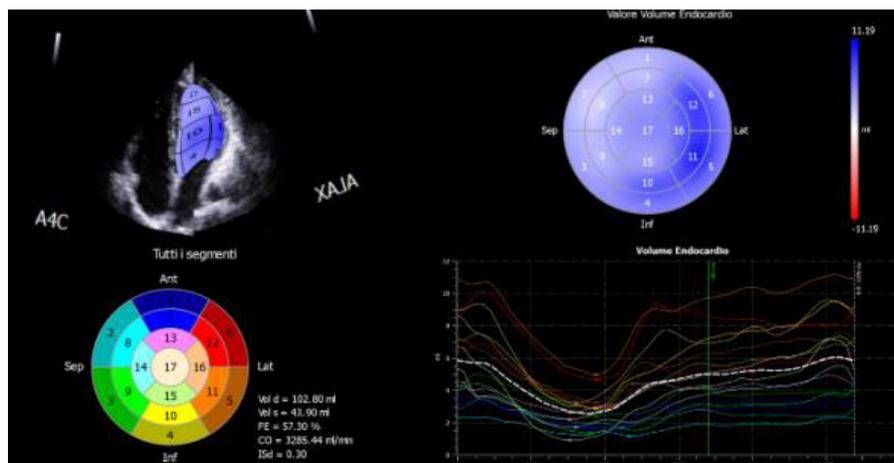


Figura 1.

Ricostruzione *Strain* del Ventricolo sinistro.

LVSd: $30,48 \pm 4,42$ mm nei cantanti; LVDd: $50,81 \pm 2,97$ mm; LVSd: $31,44 \pm 4,26$ mm) negli atleti. Normale funzione diastolica (E/A: $1,07 \pm 0,32$; RV: $27,63 \pm 4,50$ mm nei cantanti; E/A: $2,68 \pm 1,67$; RV: $27,63 \pm 4,50$ mm negli atleti P: NS). Nessuna differenza significativa rispetto al gruppo di controllo. Tutti i valori del V sx erano pertanto nel range di normalità a parte la massa cardiaca indicizzata ($78,9 \pm 17$ g/m² cantanti vs $109,27 \pm 13,36$ nei canottieri P < 0,05), che è risultata significativamente superiore nei canottieri rispetto ai cantanti. Per quanto riguarda le sezioni cardiache destre, anche queste risultavano nei limiti della norma, benché ai limiti superiori in entrambi i gruppi (Ventricolo dx. canottieri $27,6 \pm 4$ mm vs cantanti $27,1 \pm 3$ mm), con spessore della parete libera del Vdx maggiore negli atleti ($7,2 \pm 1,2$ mm) rispetto ai cantanti (V dx $5,9 \pm 1,2$ mm). Nella norma il valore delle PP calcolate indirettamente dal PHT

(*Pressure Half Time*). Tale reperto a carico delle sez. destre, potrebbe in prima analisi essere attribuito all'impegno respiratorio dovuto al sovraccarico di pressione degli esercizi stessi.

Nessuna differenza tuttavia tra i due gruppi riguardo alla FE (frazione di eiezione) $68,1 \pm 6,8$ g/m² negli atleti e $65,2 \pm 6,5$ nei cantanti.

Più interessanti sono stati i risultati sui parametri di deformazione che hanno mostrato nei cantanti valori nel range di normalità e assimilabili a una ottima *fitness* miocardica. IL GLS, come indice indiretto di contrattilità è risultato tuttavia più basso nei cantanti rispetto agli atleti. Nessuna differenza in merito ai parametri di rotazione e *twisting* (Tab. I).

La immagine si riferisce a una ricostruzione dei valori medi di *strain* del V sx.

All'esame elettrocardiografico non sono state evidenziate anomalie di conduzione né di morfologia a carico dei due gruppi analizzati.

Tabella I.

Caratteristiche generali e dei parametri di deformazione miocardica in atleti e cantanti.

| | BMI | CMI | EF% | GLS% | Rot B | Rot A | Twist |
|---|------------------|--------------------|------------------|-------------------|------------------|-----------------|-----------------|
| C | $27,98 \pm 6,27$ | $78,89 \pm 17,02$ | $68,13 \pm 6,80$ | $-19,36 \pm 4,89$ | $-4,51 \pm 1,97$ | $4,38 \pm 3,13$ | $7,80 \pm 3,66$ |
| A | $22,65 \pm 1,90$ | $109,27 \pm 13,36$ | $63,63 \pm 6,22$ | $-20,63 \pm 3,44$ | $-5,02 \pm 1,14$ | $5,15 \pm 2,14$ | $8,71 \pm 2,68$ |
| P | | < 0,01 | 0,06 | 0,04 | 0,7 | 0,6 | 0,6 |

C: cantanti; A: atleti

Conclusioni

La valutazione cardiologica nella pratica regolare del canto lirico svolge un ruolo fondamentale, nella stima della *performance* miocardica di soggetti che effettuano una particolare tipologia di esercizio, vocale ed emozionale, che impegna sia le sezioni sinistre che destre del cuore.

Dai risultati ottenuti emerge come lo studio della deformazioni miocardica, consenta una valutazione complessiva che conferma il mantenimento di una ottima *fitness* cardiaca, nonostante la coesistenza di parametri antropometrici nei cantanti nel range di maggior rischio cardiovascolare. Il canto lirico sembra ga-

rantire un allenamento sufficientemente performante. Ulteriori studi saranno necessari per evidenziare gli effetti positivi nel tempo su altri aspetti morfologici più dettagliatamente correlati agli eventi aritmici in generale.

laura.stefani@unifi.it

Long COVID-19: *follow-up* post-intensivo

di Luna Venturi¹, Luana Bichi¹, Chiara Tani¹, Giuditta Martelli², Elisa Comuniello³, Lisa Pelagotti³, Luisa Giuliani³, Giuseppina Paradiso³, Vincenzo Spada³, Lucia Salvadori⁴, Rosario Spina¹

¹ Anestesia e rianimazione, Ospedale di Empoli; ² Psicologa SOS Psicologia Clinica, Azienda Toscana Centro; ³ Infermieri; ⁴ Coordinatrice Infermieristica

La sindrome 'Long Covid' è una complessa serie di sintomi che persistono mesi dopo la guarigione dalla malattia da Sars-Cov2, e che possono inficiare sia le capacità funzionali sia la qualità di vita percepita. Abbiamo valutato l'espressione della sindrome in pazienti che sono stati ricoverati in Rianimazione per polmonite da Sars-Cov2, istituendo un follow-up post-intensivo multidisciplinare.

Parole chiave: long COVID, COVID, SARS-CoV-2, follow-up, sintomi post COVID

La pandemia da Coronavirus (COVID-19) causata dal virus Sars-Cov-2 ha finora colpito più di 100 milioni di persone e ha provocato più di due milioni di morti in tutto il mondo. Mentre un obiettivo chiave nel trattamento acuto dei pazienti ospedalizzati è quello di limitare la mortalità, è diventato chiaro che potrebbero esserci anche significativi effetti dannosi a lungo termine di un'infezione da COVID-19. Pertanto, i sistemi sanitari hanno anche iniziato ad aprire cliniche dedicate alla diagnosi e al trattamento dei sintomi persistenti dopo il COVID-19, il cosiddetto *Long COVID*. I sintomi di lunga durata sono frequenti; un nuovo studio su larga scala ha rilevato che il 75% delle persone ricoverate in ospedale con COVID-19 manifesta sintomi per almeno sei mesi dopo il recupero, tra cui affaticamento, debolezza muscolare, depressione e disturbi del sonno. Mentre la gravità dei sintomi persistenti è spesso correlata alla gravità dei sintomi durante la fase acuta della malattia, i sintomi di lunga durata possono veri-

ficarsi anche dopo una malattia lieve e in tutte le età.

Presso il presidio ospedaliero di Empoli è attivo dal 2016 l'ambulatorio di *follow-up* post-intensivo che con l'avvento della pandemia si è dedicato anche ai pazienti COVID, inserendoli in un progetto di valutazione ambulatoriale gratuita a 3, 6 e 12 mesi dalla dimissione dal reparto di Rianimazione. Chi non ha avuto modo di recarsi presso l'ambulatorio è stato contattato telefonicamente.

Tutti i pazienti hanno effettuato una Tac torace ad alta risoluzione dopo 3 mesi dalla dimissione dal nostro reparto. Durante la visita ambulatoriale o contatto telefonico sono stati valutati disabilità residua e qualità di vita soggettivamente percepita dai pazienti interessati, attraverso valutazione clinica, somministrazione e compilazione di questionari. La disabilità residua è stata valutata attraverso il punteggio *Glasgow Outcome Scale* (GOS).

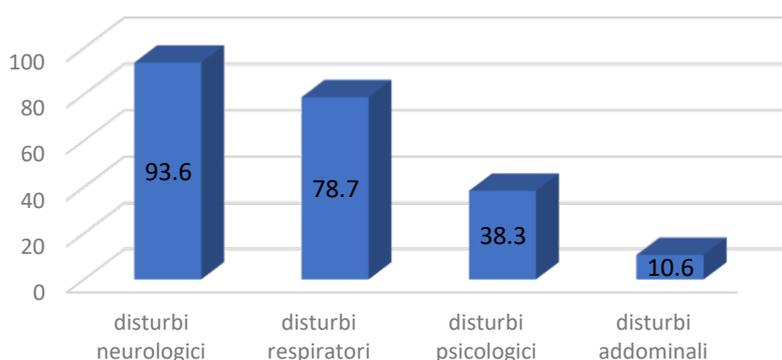


Figura 1. Percentuale di disturbi riferiti a 3 mesi dalla dimissione dalla rianimazione.

Più specificatamente, sono stati indagati sintomi respiratori (dispnea, tosse), neurologici (deficit di memoria a breve termine, disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione, sensazione di testa confusa, parestesie, acufeni, riduzione della vista, alterazioni olfattive, disgeusia, vertigini, disturbi dell'equilibrio, debolezza focale), psicologici (irritabilità, elevati punteggi nella Scala Clinica dell'Ansia e della Depressione e nella *Posttraumatic Checklist for DSM-5* che valuta segni di disturbo post-traumatico da stress), addominali (anoressia, dolori addominali, diarrea) e altri (disturbi sessuali, perdita dei capelli, altro).

Abbiamo valutato a 3 mesi dalla dimissione 102 pazienti, 78,4% di sesso maschile, 21,6% di sesso femminile, con degenza media totale di 18,6 giorni ed età media di 60,4 anni. Il 24,5% di questi pazienti non avevano comorbidità, mentre gli altri erano affetti da almeno una comorbidità, tra ipertensione arteriosa, obesità, broncopneumopatia cronica ostruttiva/asma, diabete mellito tipo 2, sindrome ansioso-depressiva o altro, senza una prevalenza significativa di una condizione morbosa preesistente rispetto alle altre.

A 3 mesi il 95% dei pazienti presentava sintomi. Tra i principali sintomi abbiamo rilevato una netta prevalenza di disturbi neurologici e respiratori (Fig. 1).

Dai dati non sembra emergere una differenza significativa nella percentuale di disturbi riportati a 3 mesi nei pazienti sottoposti a ventilazione invasiva rispetto a quelli sottoposti a ventilazione non invasiva, e la prevalenza di sintomi respiratori è risultata equivalente in entrambi i gruppi di pazienti.

Per quanto riguarda la disabilità psicofisica residua, la maggior parte dei pazienti ha mostrato un buon recupero funzionale dopo 3 mesi, ma il 30% è risultato affetto da una disabilità tra moderata e grave.

Alla domanda "come si sente rispetto al 100% delle sue migliori condi-

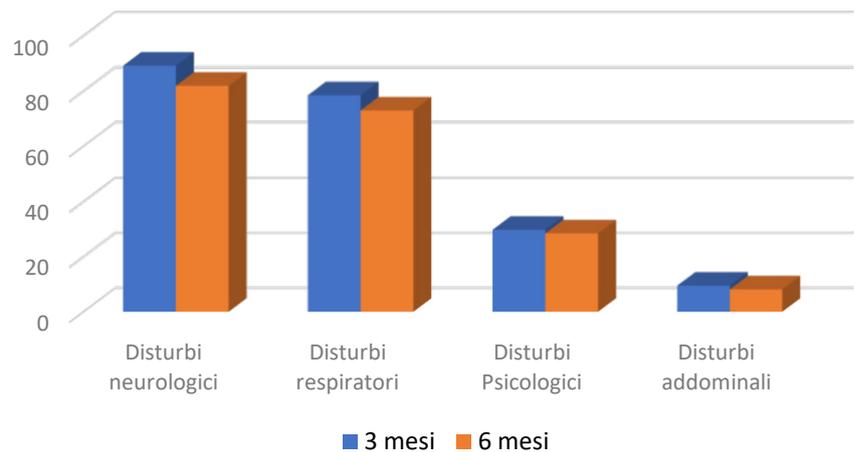


Figura 2. Sintomi post-COVID ai due tempi di follow-up.

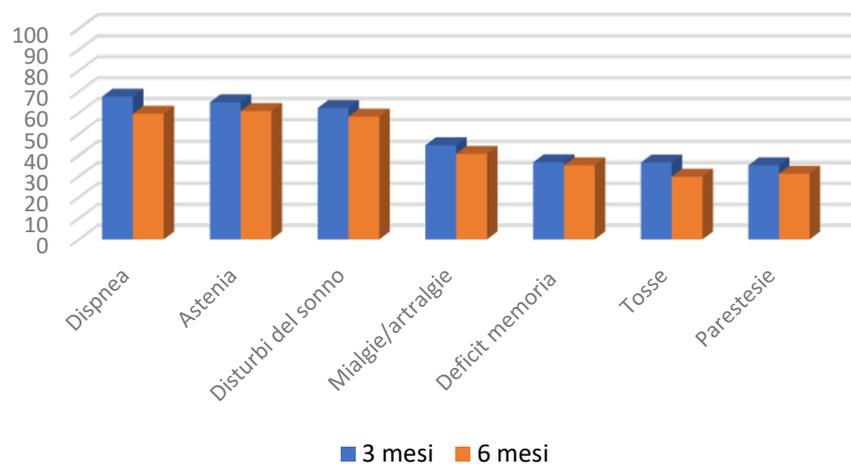


Figura 3. Frequenza dei sintomi principali ai due tempi di follow-up.

zioni?", solo il 4,1% dei pazienti ha riferito un completo recupero in assenza di sintomi, mentre il restante 95,9% ha riferito di sentirsi in media al 64,7% delle sue migliori condizioni.

Ci siamo successivamente concentrati sul follow-up a 6 mesi dalla dimissione, per poter valutare nel tempo l'evoluzione della sintomatologia riferita a 3 mesi.

La percentuale dei pazienti sintomatici a 6 mesi è scesa dal 95,9% al 93,2%, rimanendo quindi molto alta. L'89,2% di questi pazienti riferisce comunque un trend in miglioramento delle proprie condizioni psicofisiche (Fig. 2).

I disturbi neurologici, i disturbi re-

spiratori e quelli psicologici hanno mostrato a entrambi i tempi del follow-up un'incidenza molto elevata. La più alta percentuale di disturbi neurologici rispetto a quelli respiratori è verosimilmente dovuta al maggior numero di sintomi indagati in tale ambito e all'ampia varietà delle manifestazioni neurologiche descritte rispetto a quelle respiratorie; valutando singolarmente i disturbi riferiti, però, emerge che la dispnea diventa il sintomo con incidenza maggiore seguita da astenia, disturbi del sonno, mialgie/artralgie, deficit di memoria a breve termine, tosse, parestesie, disgeusia e/o alterazione dell'olfatto (Fig. 3).

Tra i vari sintomi che mostrano un

trend più favorevole a 6 mesi sono la perdita dei capelli, che passa dal 36,5 al 20,3%, con prevalenza nel sesso femminile, e i disturbi sessuali (riduzione della libido, difficoltà nell'erezione, dolore alla eiaculazione), a netta prevalenza maschile, che passano dal 18,9 al 12,1%.

Si segnala infine che il 25,8% di tutti i pazienti valutati ha riferito, nei 6 mesi successivi alla dimissione dalla Rianimazione, un significativo calo dell'acuità visiva.

Tra i sintomatici, la maggior parte dei pazienti con persistenza di disturbi respiratori e psicologici ha necessitato di un approfondimento in ambito specialistico (rispettivamente 62,1% e 77%), mentre per quanto riguarda i pazienti con disturbi neurologici solo il 20,9% ha necessitato di una valutazione specialistica, richiesta per studiare parestesie o deficit focali di forza.

Abbiamo confrontato, infine, la popolazione di pazienti COVID sottoposta al *follow-up* con una popolazione di pazienti affetti da polmonite non-COVID dimessi dalla terapia intensiva, simile per numerosità, età media, degenza media e *timing* di *follow-up*.

I pazienti che sono stati affetti da polmonite da Sars-coV-2 hanno manifestato sintomi respiratori persistenti a 6 mesi in percentuale nettamente superiore rispetto ai pazienti affetti da polmoniti non-COVID (52,7 vs 14.3%), con maggiore necessità di valutazione e trattamento specialistico. Inoltre i pazienti COVID hanno manifestato sintomi neurologici non presenti nella popolazione di polmoniti non-COVID. Questi disturbi non sembrano attribuibili al trattamento intensivo. Analogamente, l'incidenza di disturbi psicologici persistenti con necessità di supporto specialistico è stata riscontrata con un'incidenza decisamente maggiore nella popolazione COVID (23 vs 2%) (Fig. 4).

Quasi l'80% dei nostri pazienti ha riferito un buon recupero funzionale a

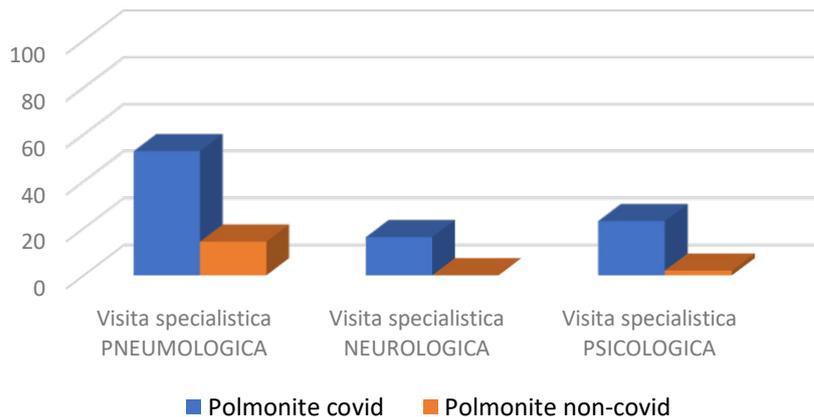


Figura 4. Attivazione specialistica a 6 mesi per persistenza e gravità dei sintomi.

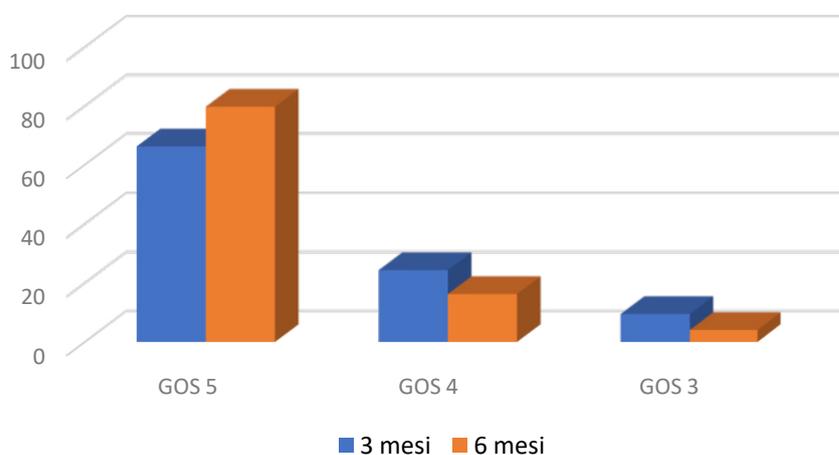


Figura 5. Disabilità post-COVID ai due tempi del *follow-up*.

| GOS | Interpretazione |
|-----------------------------|---|
| GOS 1 = deceduto | Deceduto |
| GOS 2 = stato vegetativo | Assenza di consapevolezza di sé e dell'ambiente |
| GOS 3 = disabilità grave | Necessità di totale o parziale assistenza nelle attività della vita quotidiana |
| GOS 4 = disabilità moderata | Indipendente nelle attività della vita quotidiana, ma non è in grado di riprendere lavoro/scuola/attività precedenti, o può farlo solo in parte |
| GOS 5 = buon recupero | Completo recupero o sintomi minori fisici o mentali che non influenzano la vita quotidiana, o lo fanno in modo marginale |

6 mesi, nonostante la persistenza di molteplici disturbi (Tab. I, Fig. 5). Alla domanda "come si sente rispetto al 100% delle sue migliori condizioni?", la percezione della propria qua-

lità di vita e benessere psicofisico nei pazienti sintomatici passa dal 64,7% a 3 mesi al 72,1% a 6 mesi (Fig. 6). In conclusione, nei pazienti affetti da polmonite da Sars-Cov-2 ricove-

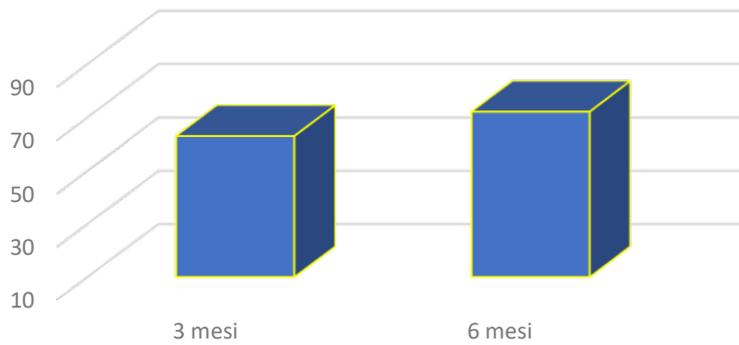


Figura 6.

Percezione della propria qualità di vita tra i pazienti sintomatici.

rati in terapia intensiva abbiamo riscontrato un'elevatissima frequenza di sintomi neurologici, respiratori e psicologici a 3 mesi dalla dimissione dal reparto, che persistono a 6 mesi anche se di intensità minore. Solo un'esigua percentuale di pazienti si è manifestata completamente asintomatica a entrambi i tempi del *follow-up*. I sintomi riscontrati riguar-

dano molteplici aspetti, sia fisici che relazionali. Per i pazienti con disturbi respiratori e psicologici persistenti c'è stata un'elevata percentuale di richiesta di valutazione e supporto in ambito specialistico, mentre è stata meno significativa la richiesta in ambito specialistico neurologico, anche se i disturbi neurologici sono tra i più frequenti.

Da sottolineare infine l'elevata percentuale di disturbi respiratori persistenti necessitanti supporto specialistico nei pazienti COVID rispetto ad analogo popolazione di pazienti affetti da polmoniti non COVID, nonché l'assenza in questi ultimi di disturbi neurologici e la bassissima incidenza di problematiche psicologiche post-ricovero.

La malattia da Sars-Cov-2 è una malattia sistemica. La persistenza dei sintomi per mesi e la mancanza di un completo recupero psicofisico sembra indicare, in un'elevata percentuale di pazienti, una sorta di resilienza dell'organismo che ritrova un equilibrio a un livello inferiore rispetto alle precedenti condizioni di base. Potremo evidenziare questo dato in maniera più accurata completando il *follow-up* attualmente in corso con una valutazione a 12 mesi.

luna.venturi@uslcentro.toscana.it

Ricordo di Rocco Mediati

Ho conosciuto il collega Rocco Mediati, direttore del servizio di algologia dell'Ospedale di Careggi, sul piano squisitamente professionale quando gli ho chiesto di collaborare sia con l'Ordine, pubblicando su Toscana Medica, sia col Consiglio Sanitario Regionale, per la stesura di linee guida o di percorsi assistenziale relativi ai suoi argomenti di studio e di lavoro.

Subito, insieme alla collaborazione, ne è nato un rapporto umano solido, di stima e di amicizia, che ho potuto sperimentare ancor più sul piano personalissimo della cura dovendo rivolgermi alla sua competenza per problemi personali.

Che dire dell'amico Rocco? Un medico vero, che sapeva unire le caratteristiche più concrete della professione, la competenza scientifica, l'empatia umana, la curiosità per l'innovazione, un esempio rigoroso di onestà intellettuale, una persona sempre disponibile e aperta all'ascolto e al colloquio.

Rocco mostrava sempre un raro equilibrio e razionalità. Lo ricordo nei tanti dibattiti per il nostro giornale nei quali assumeva sempre posizioni concrete e chiare e, tra le moltissime occasioni di collaborazione, rammento la complessa e spinosa questione dell'uso terapeutico della cannabis, un'acquisizione della scienza farmacologica sulla quale tuttavia, come spesso accade e lo constatiamo ogni giorno nella vicenda del Covid, si intrecciavano interessi commerciali, ostilità preconcepite e pregiudizi antiscientifici che non potevano non incidere sul decisore politico.

Se si è affermata, prima in Toscana e poi a livello nazionale, una linea di condotta nell'esclusivo interesse dei pazienti, del sollievo della sofferenza, lo dobbiamo anche a Mediati, al suo modo sereno e calmo di sostenere i dati e le evidenze.

Con Rocco Mediati, deceduto purtroppo in giovane età, quando ancora molto poteva dare alla comunità scientifica fiorentina, perdiamo un collega di grande professionalità e un esempio da seguire; questo è il modo migliore per onorarne la memoria. Lo ricordiamo con affetto e siamo vicini alla moglie e alla figlia in questo doloroso momento.

Antonio Panti

Crisi dei pronto soccorso e della sanità territoriale: consiglio aperto dell'ordine

Il 3 agosto us si è tenuto presso la sede di via Vanini, un Consiglio straordinario dell'Ordine al quale sono intervenuti, insieme ai professionisti della salute, anche numerosi rappresentanti delle istituzioni. Tema principale in discussione la crisi attuale dei Pronto Soccorso e più in generale del settore dell'emergenza – urgenza e le mille problematiche della sanità territoriale, due aspetti del medesimo problema che finiscono per dare vita ad un circuito autoalimentato i cui effetti drammatici sono oggi sotto gli occhi di tutti.

La situazione di crisi non riguarda solo la nostra Regione ma si concretizza in tutta Italia che, con i suoi 3,1 posti – letto ospedalieri per 1000 abitanti, si posiziona agli ultimi posti di una poco invidiabile classifica europea. In Toscana il problema è, se possibile, ancora più evidente visto che la percentuale di posti – letto disponibili negli ospedali scende addirittura al 2.7%.

Per affrontare la crisi dei Pronto Soccorso, secondo quanto emerso dalla discussione, si dovrebbe agire rapidamente e concretamente a tre livelli: formazione universitaria adeguata, giusta remunerazione e diverso inquadramento per i professionisti che lavorano in questo settore, educazione dei cittadini che dovrebbero essere resi consapevoli del reale impiego al quale le strutture dell'emergenza sono (o dovrebbero essere!) deputate.

A livello territoriale bisogna invece prevedere la realizzazione di strutture intermedie di degenza e di Case della Salute davvero operative e ben funzionanti, per garantire la migliore integrazione possibile delle attività territoriali con quelle ospedaliere.

Una conclusione importante emersa dalla discussione, sulla quale tutti gli intervenuti si sono trovati d'accordo, è stata la volontà di "salvare" il nostro sistema sanitario regionale a garanzia dell'universalità del diritto e dell'uguaglianza delle prestazioni.

"Troppi messaggi preoccupanti sono arrivati negli ultimi tempi. Ma il dibattito è stato positivo: dopo un'analisi approfondita delle problematiche, varie e reali, è emersa una resilienza del sistema nel volere dare risposte importanti", questa la dichiarazione del dottor Dattolo, Presidente dell'Ordine, al termine dell'iniziativa.

Simone Pancani

L'angolo delle notizie

Elezioni rinnovo Consiglio Direttivo FEDER.S.P.eV.

Le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo FEDER.S.P.eV, sezioni Firenze e Prato, si svolgeranno Mercoledì 5 Ottobre 2022, dalle ore 10.00 alle ore 12.00, a Firenze presso la "Sala ENPAM" dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Firenze, via G.C. Vanini, 15.

Regolarità ECM e assicurazione professionale

Riteniamo utile ricordare che la Legge 233/2021 di attuazione del PNRR prevede che a decorrere dal triennio formativo 2023-2025 l'efficacia delle polizze assicurative per la responsabilità civile verso terzi sarà condizionata all'assolvimento, in misura non inferiore al 70%, dell'obbligo formativo individuale ECM dell'ultimo triennio utile.

Obbligo formazione specifica in materia di Radioprotezione

Accedendo all'area riservata del sito Cogeaps con Spid è possibile imputare i crediti precedentemente acquisiti in questo triennio all'obiettivo n. 27 "Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione" così da essere aderenti alla normativa vigente.

Come ricordato nei giorni scorsi dal Ministero della Salute, infatti, la ratio dei commi 2 e 4 dell'art. 162 del D.Lgs 101/2020 è che i medici di qualsiasi specializzazione e modalità di esercizio della professione siano tenuti alla formazione e aggiornamento ECM di radioprotezione in quanto potenzialmente prescrittivi, inclusi gli odontoiatri.

Per i dettagli si rinvia al comunicato di giugno scorso:

<https://www.ordine-medici-firenze.it/modulistica-docman/varie/863-comunicato-su-ecm-08-06-2022>.

Si ricorda che è attivo fino al 31 dicembre 2022 il corso FAD gratuito "La radioprotezione ai sensi del D.Lgs. 101/2020 per medici e odontoiatri" promosso dalla FNOMCeO che dà diritto a 8 crediti ECM. Per maggiori informazioni:

<https://portale.fnomceo.it/la-radioprotezione-ai-sensi-del-d-lgs-101-2020-per-medici-e-odontoiatri/>

Riconosciuto il "Bonus Covid" per l'obbligo ECM gli ecm

È finalmente stato riconosciuto il "Bonus Covid" ECM ai professionisti sanitari.

Con la Delibera del 08 giugno scorso la Commissione Nazionale ECM ha dato mandato al Co.Ge.A.P.S. di procedere al riconoscimento del bonus ECM di cui all'art. 5 bis D.L. 19 maggio 2020 n.34 convertito con la Legge n. 77 del 17 luglio 2020. È possibile verificare l'obbligo formativo aggiornato nella pagina personale dell'area riservata del sito Co.Ge.A.P.S.

Esonero ECM per i professionisti over 70 anni

Il COGEAPS ha riconosciuto in modo automatico, per i professionisti che abbiano compiuto i 70 anni d'età, l'esenzione dall'obbligo ECM presupponendo l'esercizio saltuario della professione (sotto i 5000 Euro l'anno di reddito libero professionale).

Se invece la professione viene esercitata abitualmente, il professionista ultra 70enne deve comunicare al COGEAPS l'esercizio non saltuario dell'attività professionale perché in tal caso resta soggetto all'obbligo formativo ECM anche per la validità della polizza assicurativa di responsabilità civile verso terzi.

Tale operazione è eseguibile nell'area riservata del sito COGEAPS: www.cogeaps.it

Corsi FAD specifici per Odontoiatri

La Commissione Albo Odontoiatri della FNOMCeO ha organizzato due corsi FAD specifici per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri: "I difetti di sviluppo dello smalto" è realizzato in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Biomediche, Chirurgiche e Odontoiatriche dell'Università di Milano ed eroga 12 crediti ECM; "Prevenzione e gestione delle emergenze nello studio odontoiatrico" è realizzato in collaborazione con la Società Italiana di Odontoiatria e Chirurgia Maxillo-Facciale ed eroga 10,4 crediti ECM.

I corsi sono attivi fino al 31 dicembre 2022, gratuiti e fruibili sul portale FADINMED: <https://portale.fnomceo.it/corsi-fad>

Offerta formativa dell'Ordine e della FNOMCeO

<https://www.ordine-medici-firenze.it/formazione/eventi/promossi-dall-ordine>

<https://portale.fnomceo.it/corsi-fad>

Choosing Wisely: scegliere “saggiamente” in Pediatria

Il movimento *Choosing Wisely* – “scegliere saggiamente” – nato nel 2012 in Canada e negli Stati Uniti e poi diffuso in Europa è tuttora in crescita a livello internazionale. Tale campagna è rivolta sia ai medici che ai cittadini con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza delle scelte diagnostiche e terapeutiche e favorire il dialogo tra medici e pazienti.

Nella pratica medica, sia negli adulti che in Pediatria, vengono spesso intrapresi percorsi diagnostici complessi, non sempre appropriati e necessari, che possono condurre a scelte terapeutiche non efficaci, se non dannose per il paziente. Alla base di questa modalità, classificate come *overdiagnosis* o *overtreatment*, ci sono motivazioni non sempre “scientifiche” come l'abitudine, la paura di conseguenze legali o l'organizzazione dei medici e del sistema sanitario. La missione del movimento *Choosing Wisely* è quella di promuovere tra i medici la scelta clinica supportata dall'evidenza, in ambito sia diagnostico che terapeutico.

In Italia il progetto *Fare di più non significa fare meglio – Choosing Wisely Italy*, promosso da *Slow Medicine*, si basa sull'assunzione di responsabilità dei medici e degli altri professionisti sanitari nelle scelte di cura e sulla partecipazione dei pazienti e dei cittadini, e viene attuato attraverso:

- le raccomandazioni di Società Scientifiche e Associazioni Professionali italiane su esami diagnostici, trattamenti e procedure che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi a tutti i pazienti ai quali sono prescritti, ma possono, al contrario, esporli a rischi;
- il miglioramento del dialogo e della relazione dei medici e degli altri professionisti con pazienti, perché siano effettuate scelte informate e condivise, nell'ambito di un rapporto di fiducia;
- una diffusa informazione e formazione dei medici e degli altri professionisti sanitari;
- la messa a punto di materiale informativo per cittadini e pazienti;
- l'applicazione delle raccomandazioni, attraverso l'alleanza tra professionisti e pazienti.

Dal 2015 varie società scientifiche in ambito pediatrico hanno proposto le loro *Top 5 list*: ACP (Associazione Culturale Pediatri), SIMRI (Società Italiana per le Malattie Respiratorie Infantili), SIPPS (Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale), FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri). La SIP (Società Italiana di Pediatria) nel febbraio 2021 ha stipulato le cinque raccomandazioni sull'infezione da SARS-CoV-2 in età pediatrica-adolescenziale.

In Europa, dal 2018 si è costituito un gruppo di lavoro all'interno dell'*European Academy of Pediatrics* (EAP), formato da pediatri dei diversi paesi, con l'intento di portare avanti un confronto fra i diversi paesi europei e di stipulare una lista comune di raccomandazioni pediatriche.

Con l'obiettivo di far conoscere sempre più il movimento *Choosing Wisely* in ambito pediatrico e di creare un'occasione di discussione e di confronto fra pediatri generalisti, specialisti e pediatri di famiglia, è stato organizzato il primo Congresso italiano dal tema *Choosing Wisely: scegliere “saggiamente” in Pediatria*.

Il congresso **Choosing Wisely: scegliere “saggiamente” in Pediatria** si terrà il giorno **17 settembre 2022** presso Villa La Quiete a **Firenze** e sono invitati tutti i pediatri di famiglia, i pediatri ospedalieri e i neonatologi della Toscana. Ad aprire il congresso sarà la dottoressa Sandra Vernerò, che in prima persona ha contribuito a introdurre in Italia il movimento *Choosing Wisely*. Sarà poi discusso come il movimento *Choosing Wisely* dal mondo degli adulti può e deve essere applicato anche in Pediatria sia in ambito ospedaliero che nella Pediatria di famiglia. A seguire saranno affrontate altre tematiche fondamentali ma “nuove” in termini di *Choosing Wisely* nell'ambito della Pediatria specialistica in particolare in relazione alle malattie infettive, all'Immuno-allergologia, alla Reumatologia e alla Gastro-

enterologia. Infine, sarà dato spazio alla riflessione sull'utilizzo appropriato-inappropriato di indagini diagnostiche radiologiche da parte dei vari ambiti della Pediatria.

La giornata sarà pertanto l'occasione non solo per confrontarsi sulle principali *Top 5 lists* proposte dalle varie società scientifiche pediatriche, ma anche per affrontare nuove sfide con scelte sagge nelle varie discipline pediatriche in tema sia di metodiche diagnostiche che di trattamento.

Il congresso è gratuito e accreditato per gli ECM.

Segreteria scientifica:

Dottoressa Sandra Trapani, Dottoressa Alessandra Montemaggi, Dottoressa Donatella Lasagni, Professor Giuseppe Indolfi, Dottor Massimo Resti

Pediatria Medica, Dipartimento Specialistico Interdisciplinare, AOU Meyer



CHOOSING WISELY: SCEGLIERE "SAGGIAMENTE" IN PEDIATRIA

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA MEYER
VILLA LA QUIETE, VIA DI BOLDRONE 2, FIRENZE
17 SETTEMBRE 2022 - ORE 8:00-18:00

PAF 266/2022 - 8 ore
CREDITI ECM: in fase di accreditamento

Obiettivi Formativi Specifici: Conoscenza e acquisizione delle raccomandazioni in pediatria generale e specialistica

La partecipazione è gratuita previa iscrizione online che sarà disponibile dal mese di agosto

Per informazioni: ufficioformazione@meyer.it

Questionario
sulla messaggistica istantanea
nella professione medica

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 agosto 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>