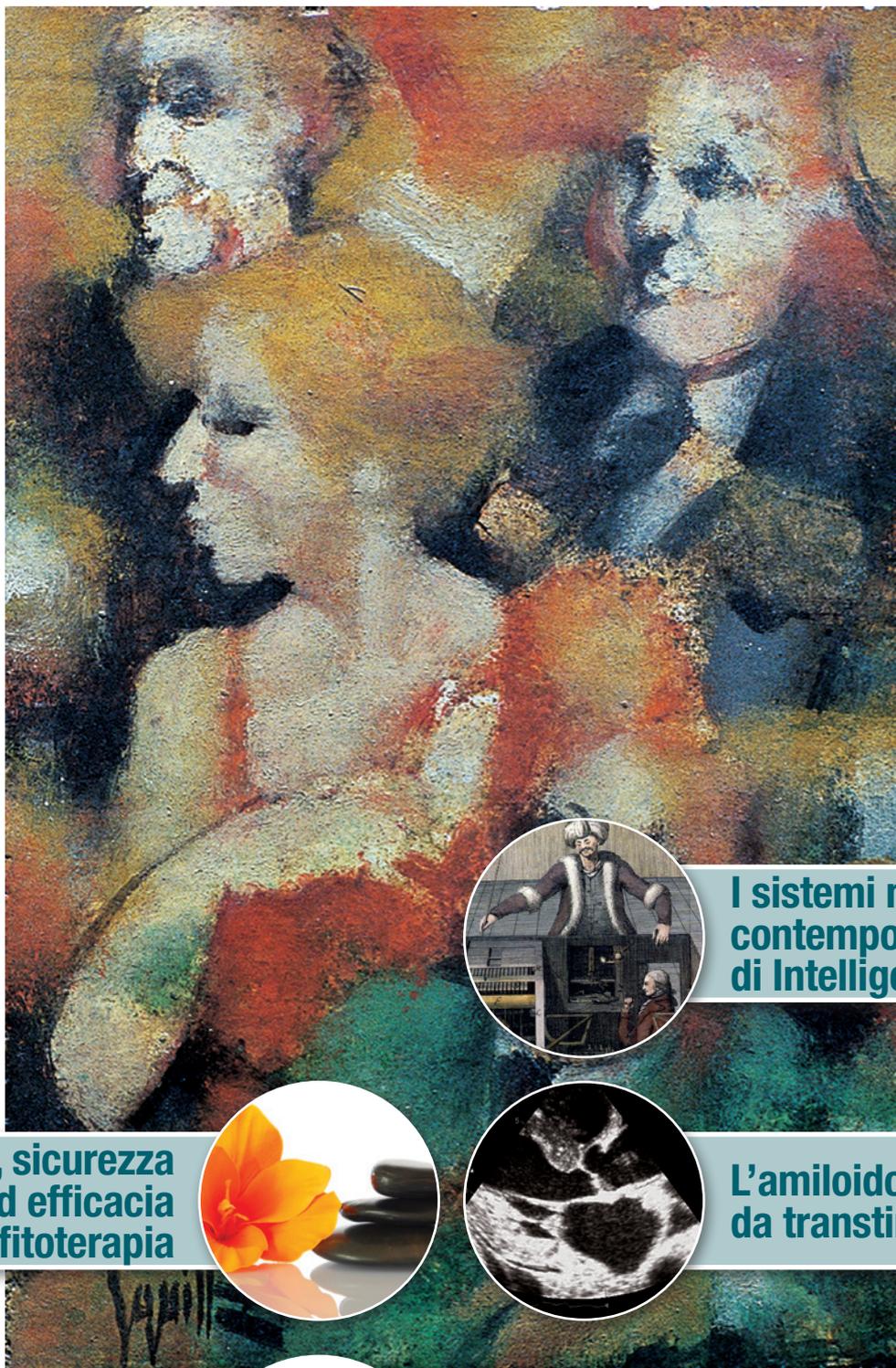


TOSCANA MEDICA

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

Mensile - Anno XXXVII n. 5 maggio 2019 - Spedizione in Abbonamento Postale - ISSN 2611-9412 (print) - ISSN 2612-2901 (online)
Stampe Periodiche in Regime Libero - FIRENZE n. MBPA/CN/FI/0002/2018 - Aut. Trib. Fi. n. 3138 del 26/05/1983

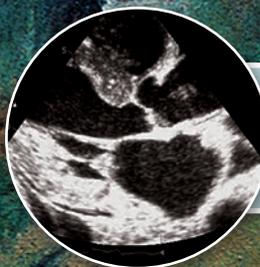
MAGGIO **5**



I sistemi medici contemporanei di Intelligenza Artificiale

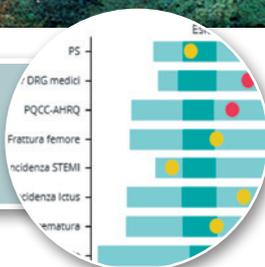


Clinica, sicurezza ed efficacia della fitoterapia



L'amiloidosi cardiaca da transtiretina

Il portale ARS per gli indicatori per le AFT



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE**







Anno XXXVII - n. 5 maggio 2019

Direttore Responsabile
Teresita Mazzei

Capo Redattore
Simone Pancani

Segretaria di Redazione
Antonella Barresi

Direzione e Redazione
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
Via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 05750625
telefax 055 481045
a.barresi@omceofi.it
www.ordine-medici-fiorenze.it

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

Editore

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

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

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

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

Stampa

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

Finito di stampare Maggio 2019 presso le IGP - Pisa
L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è
stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni.

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



LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

Fondato da
Giovanni Turziani

4 L'Ospedale di Santa Maria Nuova e la sua Fondazione
D. Lippi e coll.

EDITORIALE

In copertina
Remo Squillantini
Al teatro
Olio su faesite
cm 15x10
Firenze,
collezione privata

5 Le condanne ai tempi dell'ECM: riflessioni propositive
T. Mazzei

QUALITÀ E PROFESSIONE

6 Le nuove attività fisiche adattate per la Fibromialgia nella USL
Toscana Centro
G. Ballerini

9 Il percorso oncologico multidisciplinare della paziente
con tumore ovarico a Careggi
M. Fambrini e coll.

11 I malati di "cronicità" in Italia
S. Giustini e coll.

15 Fitoterapia: clinica, sicurezza, efficacia
F. Firenzuoli

17 Patologie psichiatriche e lavoro: problematiche quotidiane
del medico
P. Del Guerra e coll.

20 Il portale ARS degli indicatori per le AFT: strumento a supporto
dell'*audit* clinico dell'assistenza ai pazienti con malattie croniche
E. Sinisgalli e coll.

23 Il calcio ione: quale supporto alla clinica dalla biologia?
F. Prattichizzo

RICERCA E CLINICA

24 Sull'attitudine umana verso le innovazioni tecnologiche:
dal Turco Meccanico del XVIII secolo ai sistemi contemporanei
di Intelligenza Artificiale in medicina
R. Rasoini e coll.

27 Amiloidosi cardiaca da transtiretina, una patologia
misconosciuta con nuove prospettive terapeutiche
F. Cappelli e coll.

CLIMA E SALUTE

29 Marginalità e disastri
G. Brandani



Teresita Mazzei



Simone Pancani



Antonella Barresi

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Inviare gli articoli a: a.barresi@omceofi.it, con un abstract di 400 battute spazi inclusi e 5 parole chiave
- Lunghezza max articoli: 7.000 battute spazi inclusi (2-3 cartelle), più iconografia, max 3-4 immagini
- Lunghezza max Lettere al Direttore: 3.000 battute spazi inclusi
- Taglio divulgativo e non classicamente scientifico
- No Bibliografia ma solo un indirizzo e-mail a cui richiederla
- Non utilizzare acronimi
- Primo Autore: inviare una foto e un curriculum di 400 battute spazi inclusi da inserire nel testo e per motivi redazionali un numero telefonico e un indirizzo postale se non iscritto all'Ordine di Firenze
- Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di appartenenza

L'Ospedale di Santa Maria Nuova e la sua Fondazione

di Donatella Lippi, Giancarlo Landini

Tre anni fa, il 1° gennaio 2016, l'Azienda Sanitaria di Firenze confluiva nell'Azienda USL Toscana Centro, che accorpa la 4 precedenti aziende dell'area vasta (ex Asl 3 di Pistoia, 4 di Prato, 10 di Firenze, 11 di Empoli), coprendo un territorio di 70 comuni con 13 ospedali, 220 strutture territoriali, 8 zone-distretto, 7 Società della Salute. L'Azienda ha oltre 15.000 dipendenti e assiste 1.600.000 cittadini. Tra gli ospedali che fanno parte dell'Azienda USL Toscana Centro, Santa Maria Nuova, nel cuore di Firenze, rappresenta la struttura più antica e la risposta sanitaria immediata per la comunità dei residenti del centro storico e i numerosissimi turisti e residenti temporanei.

Santa Maria Nuova ha una storia antichissima ed è l'unico ospedale al mondo che, nato alla fine del XIII secolo, mantiene ancora oggi la sua funzione originaria, senza soluzione di continuità.

Correva il mese di giugno del 1288, infatti, quando Folco Portinari, il padre della Beatrice amata da Dante Alighieri, dava inizio alla storia dell'Ospedale di Santa Maria Nuova, che, attraverso i secoli, si è arricchito di lasciti e donazioni di opere d'arte, tanto che oggi, dopo le inevitabili alienazioni avvenute in passato per sostenere l'Ospedale, può ancora vantare oltre 700 opere tra dipinti, affreschi, sculture e arredi, che testimoniano il passaggio di alcuni dei più grandi artisti di tutti i tempi, da Pietro di Niccolò Gerini e Andrea del Castagno a Della Robbia, Bernardo Buontalenti, Pomarancio...

Lo stesso Leonardo da Vinci frequentò l'Ospedale per approfondire lo studio dell'anatomia.

Ammirato da Martin Lutero, che vi fu ricoverato e copiato, nel suo Statuto, dal Savoy Hospital di Londra, frequentato dai grandi medici del passato, San-

ta Maria Nuova detiene un patrimonio storico-artistico di eccellenza.

Ne è esempio il celeberrimo Trittico Portinari, un dipinto a olio su tavola, opera del pittore fiammingo Hugo van der Goes, databile al 1477-1478 e conservato nella Galleria degli Uffizi.

Il trittico, dedicato all'Adorazione dei pastori, era stato dipinto a Bruges su commissione del fiorentino Tommaso Portinari, banchiere a capo della filiale locale del Banco mediceo. Il dipinto giunse a Firenze dopo un lungo viaggio per nave, fino a Pisa, e successivamente fino a Firenze, dove arrivò nel maggio 1483.

Fu issato all'altezza di Porta San Frediano da sedici uomini e trasportato nella chiesa di Sant'Egidio, all'interno dell'Ospedale di Santa Maria Nuova.

Prima smembrato e poi ricomposto, pervenne nel 1900 agli Uffizi, insieme a un gruppo di altre opere importantissime, provenienti da Santa Maria Nuova. Se questo dipinto fa ora bella mostra di sé nella Galleria degli Uffizi, tante altre opere, invece, sono rimaste nel complesso dell'Ospedale e alcune sono state oggetto di recenti restauri, come i due quadri "Madonna che offre il bambino a Sant'Antonio da Padova con i Santi Francesco e Niccolò Vescovo con Bambino e Santi" di Felice Ficherelli (XVII sec.) e "La probatica piscina" di Giovan Battista Paggi (XVI sec.). Anche per tutelare e valorizzare questi beni di interesse storico-artistico di proprietà dell'Azienda, è stata creata, nel 2015, la "Fondazione Santa Maria Nuova ONLUS", che promuove anche i progetti di sperimentazione e organizzazione tecnica e tecnologica dell'Azienda USL Toscana Centro,



DONATELLA LIPPI
Professore di Storia della Medicina e Medical Humanities, Università degli Studi di Firenze



GIANCARLO LANDINI
Presidente Fondazione Santa Maria Nuova Onlus

amministrando le attività connesse al percorso museale dell'area monumentale, l'organizzazione degli eventi, gli interventi a favore del patrimonio storico-artistico.

Per raggiungere questi obiettivi, attrae finanziamenti e promuove attività di raccolta fondi, forte di un prestigio, che affonda le sue radici nella Firenze di Dante e Folco Portinari, per poi declinarsi nei grandi nomi della Medicina e della Chirurgia fiorentina: grazie alla Scuola, che era presente in Santa Maria Nuova, Firenze non rimase priva dell'insegnamento medico-chirurgico, anche dopo che lo *Studium*, nel 1472, venne trasferito a Pisa.

Qui, in Santa Maria Nuova, venne chiamato a "leggere la lezione di Cerusia a Giovani che vorranno imparare" Francesco Figliese fisico, così come Giuliano e Domenico Signi, negli anni di passaggio tra XVI e XVII secolo.

E poi, Antonio Cocchi, Vincenzo Chiarugi, Ferdinando Zannetti, Filippo Pacini, Carlo Burci...

È, questo, un elenco vistosamente lacunoso, ma fortemente allusivo, che vuole solo ricordare alcuni dei nomi in cui la tradizione medico-chirurgica fiorentina si può e si deve riconoscere.

Info per donazioni al link:
www.fondazioneasantamarianuova.com/contents/sostienici

donatella.lippi@unifi.it

Le condanne ai tempi dell'ECM: riflessioni propositive

di *Teresita Mazzei*

L'articolo 19 del nostro Codice Deontologico, che tratta di "Aggiornamento e formazione professionale permanente", recita testualmente: "il medico nel corso di tutta la sua vita professionale persegue l'aggiornamento costante e la formazione continua per lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze professionali tecniche e non tecniche, favorendone la diffusione ai discenti e ai collaboratori. Il medico assolve agli obblighi formativi. L'Ordine certifica agli iscritti ai propri Albi i crediti acquisiti nei percorsi formativi e ne valuta le eventuali inadempienze".

Medici e Ordini (insieme quindi a discenti e collaboratori) si trovano dunque ancora una volta legati indissolubilmente all'interno di quello straordinario contenitore di norme e precetti, il Codice Deontologico, che regola e sostanzia ogni aspetto del nostro essere medici.

Il fatto di essere un obbligo deontologicamente codificato ovviamente considera l'aggiornamento professionale una tutela imprescindibile di un bene così importante, la salute di ognuno e di tutti, da essere addirittura garantita dalla nostra Carta costituzionale che come tutti sanno all'articolo 32 riporta "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività".

Per poter esercitare pienamente "in scienza e coscienza" la nostra professione è quindi necessario un continuo impegno, uno sforzo costante per arricchire il nostro sapere degli enormi progressi che la Medicina compie quotidianamente in tutti i suoi settori.

Fatte salve queste premesse di carattere deontologico e giuridico, ricordiamo alcune tappe importanti nella vita recente dell'Educazione Continua in Medicina che, si legge sul sito Agenas, rappresenta il "processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni della salute, alle esigenze del

Servizio sanitario e al proprio sviluppo professionale".

Nel 2002 si dà dunque avvio al programma nazionale di ECM sulla scorta delle indicazioni contenute nel D.lgs 502/1992 integrato dal D.lgs 229/1999 che avevano sancito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità.

Dal 1° gennaio 2008 la gestione amministrativa del Programma ECM e il relativo supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua si trasferiscono dal Ministero della Salute all'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas).

Con il passare del tempo la situazione si è ampliata a dismisura e i medici hanno cominciato a doversi confrontare con termini nuovi e talvolta, diciamo, non proprio chiarissimi quali "provider", "crediti formativi", "e-learning", "formazione a distanza", "accreditamento", "obbligo formativo" ed è contemporaneamente iniziata la ricerca di tutte quelle iniziative, discutibili in alcuni casi, che potessero comunque garantire l'auspicato incremento del personale tessoretto ECM di ogni professionista.

Bisogna riconoscere che la questione ECM, seppure ben identificata all'interno di precisi limiti di legge e deontologia, per molto tempo ha faticato a vedersi riconosciuta la propria reale importanza e ha continuato ad andare avanti in tono sommesso, quasi fiammella a covare sotto la cenere dei mille adempimenti che gravano sulle spalle dei medici di oggi.

Proprio pochissimo tempo fa però la fiamma ha ripreso vigore, l'incendio si è sviluppato e le nostre ansie in ambito ECM si sono manifestate in tutta la loro importanza.

La storia è presto detta. Siamo ad Aosta dove un odontoiatra subisce un procedimento disciplinare da parte del locale Ordine in seguito alla denuncia di un paziente per una lesione causata da condotta colposa durante un intervento. Durante il procedimento emerge

che l'accaduto poteva essere almeno in parte addebitato a mancanze connesse con il mancato aggiornamento da parte del professionista. Da qui la decisione dell'Ordine di erogare la sanzione della sospensione per una durata di sei mesi. Il Collega decide di opporsi e presenta ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni sanitarie, in pratica l'organo di seconda istanza che interviene dopo il primo pronunciamento degli Ordini provinciali. La Commissione rigetta però il ricorso e conferma la sospensione, riducendone però la durata da sei a tre mesi, in considerazione del fatto che il professionista aveva negli anni precedenti, seppure in maniera incompleta, adempiuto all'obbligo formativo.

La vicenda di Aosta, a parte l'inevitabile e poco gradita ribalta mediatica, ha avuto tuttavia il pregio di attirare l'attenzione su una questione di innegabile rilevanza: **purtroppo la percentuale di medici che adempie correttamente agli obblighi ECM è ancora oggi drammaticamente bassa, con tutto quello che consegue quando, come nel caso di Aosta, qualcosa nel processo di diagnosi o cura vada sfortunatamente male.**

Oggettivamente anche i tempi difficili di questi nostri anni non aiutano noi professionisti se è vero che, ad esempio, i budget delle aziende in molti casi non permettono di garantire la formazione dei propri dipendenti secondo quanto previsto dalle norme vigenti. Sarebbe però importante che dall'episodio di Aosta ciascuno di noi traesse l'insegnamento di collegare positivamente l'obbligo del raggiungimento di un certo punteggio ECM con la parte fondante della nostra professione e cioè il poter offrire al nostro paziente il migliore aiuto per i propri bisogni di salute. Migliore significa competente, ma anche e soprattutto aggiornato e al passo con il progredire della conoscenza medica. Il compito non è facile ma ci deve vedere tutti uniti e impegnati in questo proposito di doverosa crescita professionale: l'Ordine sta organizzando un numero elevato di convegni formativi.

Sul nostro sito: www.ordine-medici-firenze.it troverete un elenco puntuale degli eventi completamente gratuiti.

Le nuove attività fisiche adattate per la Fibromialgia nella USL Toscana Centro

di Giovanna Ballerini

La Fibromialgia è una patologia multifattoriale in cui interagiscono più variabili e la cui origine non è stata del tutto chiarita. Nell'approccio multidisciplinare il programma *Attività Fisica Adattata* specifico per la Fibromialgia appare fondamentale come integrazione terapeutica della sindrome. In Toscana il numero di adesioni continua ad aumentare ogni anno, come risultato della soddisfazione dei partecipanti e dell'impegno in particolare delle Società della Salute che hanno svolto un ruolo di promozione e sostegno coinvolgendo i professionisti sanitari e i *providers*.

Parole chiave:
attività fisica adattata (AFA),
Fibromialgia, integrazione,
Società della Salute, associazioni

La Fibromialgia è una patologia multifattoriale in cui interagiscono più variabili (biologiche, psicologiche, sociali) e la cui origine (centrale o periferica) non è stata del tutto chiarita.

Molto verosimilmente il processo, una volta scatenato, viene alimentato sia da cause centrali che da fattori periferici. I pazienti fibromialgici possono prendere parte a un programma di esercizi fisici che li aiuti a raggiungere un senso di benessere psico-fisico, un aumento della resistenza muscolare e una diminuzione del dolore. In particolare, l'esercizio aerobico si è dimostrato efficace per i pazienti affetti da Fibromialgia. Il programma di esercizio fisico può basarsi su diverse tecniche tra cui lo stiramento muscolare (*stretching*) e l'incremento graduale del *fitness* cardiovascolare (aerobico). L'educazione e, pertanto, la conoscenza della malattia giocano inoltre un ruolo importante nella strategia terapeutica. Più il paziente è informato sulla Fibromialgia e più cerca di adattarsi alla malattia stessa, migliore è la prognosi. A questo proposito i gruppi di supporto, le pubblicazioni, i siti *internet* sono una fonte d'informazione per molti pazienti; spesso il sapere che non si è soli può costituire una fonte di aiuto e informazioni. Alcuni pazienti con Fibromialgia possono avere sintomi così severi da renderli incapaci di svolgere una normale attività lavorativa e una vita di relazione. Questi pazienti richiedono una maggiore attenzione e un approccio multidisciplinare che coinvolga l'algologo, il terapeuta della riabilitazione, il reumatologo e lo psicologo. Molti pazienti con la Fibromialgia migliorano e sono in grado di convivere con la propria malattia in maniera soddisfacente. Tuttavia, una migliore comprensione delle cause della Fibromialgia e dei fattori che la possono aggravare o rendere cronica è necessaria così come è auspicabile una migliore terapia farmacologica, oltre alla possibilità di misure pre-

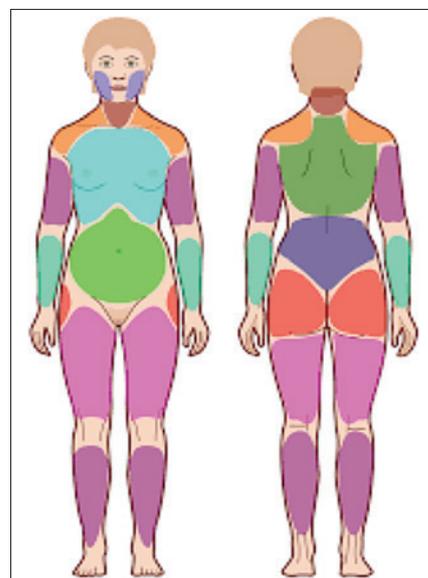


GIOVANNA BALLERINI
Algologa, fitoterapeuta. Da molti anni si occupa di Fibromialgia e di Terapia del Dolore, nonché di Medicina di Genere. È responsabile del Percorso Multidisciplinare per la Fibromialgia inserito nel Centro Multidisciplinare di Terapia del Dolore, USL Centro Toscana, Presidio Ospedaliero Piero Palagi Firenze

ventive. La letteratura internazionale sulla sindrome fibromialgica fornisce indicazioni ben precise infatti per un approccio terapeutico multidimensionale basato su un programma individualizzato di cura che includa diverse tipologie di interventi fra i quali, nell'ambito dei trattamenti non farmacologici di prima scelta, lo svolgimento di attività fisica, globalmente più efficace a lungo termine e sostanzialmente priva di effetti collaterali, svolta in modo continuativo e con modalità stabilite sia all'interno di piscine che di palestre.

La situazione in USL Toscana Centro: le AFA e AFA-Fibromialgia come supporto non medicalizzato

In Toscana questo approccio da molti anni si è andato via via sviluppando e implementando per molteplici patologie. Nel corso degli ultimi





10 anni sono nate attività di ginnastica o *Attività Fisica Adattata* rivolte al mantenimento motorio o al supporto di patologie croniche e invalidanti quali il Parkinson o le lombalgie croniche o le problematiche post ictus, ad esempio: semplici esercizi fisici alla portata di tutti, che permettono al corpo di rimanere in movimento creando anche l'occasione per stare in compagnia. L'attività fisica adattata di per sé non costituisce un'attività sanitaria riabilitativa, ma di mantenimento e di prevenzione, finalizzata a

facilitare l'acquisizione di stili di vita utili a mantenere la migliore autonomia e qualità di vita possibile, come precisato anche dal *Piano di indirizzo per la riabilitazione*, approvato dalla Regione Toscana. Si tratta cioè di un supporto non medicalizzato, ma diventa uno strumento di basso impatto estremamente utile a favorire le autonomie e la socializzazione. Le tariffe contenute (2-2,5 € a incontro per l'Attività Fisica Adattata base e 4 € per l'attività in acqua) e la capillarità delle sedi dove si svolge l'attività hanno consentito una rapida e ampia adesione da parte della popolazione interessata. In 10 anni di esperienza, sono stati coinvolti circa 30.000 pazienti (pari al 3,5% della popolazione toscana over 65) nei 1.891 gruppi di attività in 773 palestre sparse nell'81% dei Comuni della Toscana. Il numero di adesioni e i gruppi continuano ad aumentare ogni anno, come risultato della soddisfazione dei partecipanti e dell'im-

pegno del sistema. In particolare, le Società della Salute hanno svolto un ruolo di promozione e sostegno che ha coinvolto i professionisti sanitari e i providers, sia no-profit che profit.

L'AFA Fibromialgia in USL Toscana Centro

Solo recentemente ai programmi di *Attività Fisica Adattata* ormai consolidati si è aggiunta l'attività fisica adattata-fibromialgia che semplicemente, è stata deliberata nel giugno 2018 come un percorso specifico di supporto per

Quartiere 1				
UISP	Centro Anziani via Malcontenti 12	Martedì-giovedì 11.30-12.25	AFA Fibromialgia palestra	De Razza Francesco Giovanni cell. 3355419210 tel. 055 6583506 anziani@uispfirenze.it
Quartiere 2				
Stilnuovo	Viale dei Mille 41/A rosso	Lunedì-mercoledì 11.00-12.00	AFA Fibromialgia palestra	Carlo La Face cell. 3459922120 (segreteria: 055573683) direzionetecnica@stilnuovo.org matteo.cammarata@stilnuovo.org
Quartiere 3				
UISP	CGG via Gran Bretagna 48 (zona Gavinana)	Lunedì-giovedì 11.30-12.30	AFA Fibromialgia palestra	De Razza Francesco Giovanni cell. 3355419210 tel. 055 6583506 anziani@uispfirenze.it
Quartiere 4				
UISP	Circolo <i>Tre Pietre</i> via Carlo del Greco 7 (zona Rifredi)	Martedì-giovedì 17.45-18.45	AFA Fibromialgia palestra	De Razza Francesco Giovanni cell. 3355419210 tel. 055 6583506 anziani@uispfirenze.it
Quartiere 5				
UISP	Circolo <i>Le Torri</i> via Lunga 157	Martedì-venerdì 12.00-13.00	AFA Fibromialgia palestra	De Razza Francesco Giovanni cell. 3355419210 tel. 055 6583506 anziani@uispfirenze.it

Strutture presso le quali è possibile seguire programmi AFA Fibromialgia.

i pazienti con sindrome fibromialgica. In ambito fiorentino (Toscana Centro) sono attivi dal settembre 2018 almeno 12 percorsi di *Attività Fisica Adattata* per la Fibromialgia e altrettanti sono presenti nel Comune di Empoli o in altri comuni dell'*hinterland* fiorentino ed empolese nonché pratese.

Come accedere al servizio

Per il cittadino, la partecipazione

all'Attività Fisica Adattata è molto semplice: dopo avere avuto certezza della diagnosi, è sufficiente contattare gli specifici riferimenti che le Aziende Sanitarie e le Società della Salute hanno predisposto. Ai percorsi di Attività Fisica Avanzata i cittadini possono essere indirizzati anche dal medico di medicina generale o dallo specialista algologo o reumatologo. Gli indirizzi e i rife-

rimenti telefonici delle associazioni che partecipano ai progetti sono disponibili anche al seguente *link*: www.sds.firenze.it/stile_di_vita/afa_fibro_dic2018.pdf.

Per l'accesso all'attività AFA non è richiesta certificazione medica di alcun tipo.

giovanna.ballerini@uslcentro.toscana.it

PICCOLO VADEMECUM DELLA FIBROMIALGIA

Gestire e controllare il dolore

Il controllo del dolore è la chiave per andare avanti, grazie all'uso di alcuni strumenti è possibile avere una vita familiare normale e riprendere il lavoro. La capacità di gestire e controllare il dolore cronico deve essere imparata. Non fatevi scoraggiare, perché è possibile!

Ritmo giusto

Evita che la stanchezza diventi intollerabile! Suddividi in modo migliore il lavoro e le attività quotidiane e sarai in grado di fare di più senza che la fatica aumenti.

Lavoro di Gruppo

Il lavoro di gruppo è indispensabile. È necessario discutere i programmi delle attività quotidiane importanti per il raggiungimento delle mete e/o il comportamento da adottare in caso di recidive con tutte le persone che si occupano della tua salute, anche con la tua famiglia e i tuoi amici. In questo modo tutte le persone coinvolte saranno in grado di collaborare al tuo percorso di auto-responsabilità nella gestione del dolore, di aiutarti e condividere i tuoi successi.

Rilassamento

Le tecniche di rilassamento sono molto importanti per rilassare i muscoli tesi e per dare un po' di sollievo alla mente. Leggere, ascoltare musica, lavorare in giardino, incontrare amici, andare al cinema o al ristorante, ballare, fare passeggiate.

Movimento

Praticare regolarmente esercizi di *stretching* consente di migliorare i disturbi. Inoltre prepara il fisico per le altre attività. Lo sport tonifica i muscoli e favorisce il benessere fisico e psichico. Tuttavia è importante iniziare lentamente e aumentare gradualmente. Consulta il tuo fisioterapista o fisiatra per farti consigliare gli esercizi per il tono muscolare e lo *stretching* da poter svolgere regolarmente senza problemi.

Alimentazione

L'alimentazione appare uno dei cardini del trattamento in quanto recenti studi dimostrano la presenza nella popolazione fibromialgica di intolleranze varie (frumento, nichel ecc.) per le quali risultano di aiuto diete cosiddette "di evitamento".



AFA FIBROMIALGIA come accedere

La persona con diagnosi di Fibromialgia, inviata dal Reumatologo, Fisiatra, Algologo, Fisioterapista, MMG **accede direttamente** alla palestra o piscina dove si svolgono i corsi AFA dedicati. L'elenco dei corsi, distinto per sds/zona di riferimento, è disponibile nella sezione sul sito www.uslcentro.toscana.it oppure negli ambulatori dei Medici di Medicina Generale.

Per questa attività è richiesta a carico dei partecipanti una quota di € 2,50 per AFA in palestra e di € 4,00 per AFA in piscina, oltre una minima quota annuale per l'assicurazione

AFA A-B-C come accedere ai corsi

- | | |
|--------------------------|---|
| Ambito fiorentino | <ul style="list-style-type: none"> • telefonare al CUP Metropolitano 840 003 003 da rete fissa, 199175955 da cellulare dal Lun al Ven con orario 7.45-18.30/ sabato 7.45-12.30 • rivolgersi alle farmacie aderenti con servizio di prenotazione cup oppure recarsi ai Presidi sanitari dove sono presenti i punti cup |
| Ambito pistoiese | <ul style="list-style-type: none"> • telefonare al n.verde 800 251 822 dal lun al ven con orario 11.00-13.00 • contatti diretti con i nuclei operativi: Centro Riabilitazione di Valdibranca Pistoia 0573228720, Centro Fiorella Cappelli Borgo a Buggiano 0572460901 |
| Ambito pratese | <ul style="list-style-type: none"> • telefonare al Servizio di Riabilitazione, CSS Giovannini, 0574807851, dal lunedì al venerdì dalle ore 08.00 alle ore 14.00. |
| Ambito empolese | <ul style="list-style-type: none"> • telefonare al call center 0571/7051 oppure al numero 0571/705565 • telefonare ai numeri 0571/705566 - 0571/705716 (dal lun al ven dalle 8.00 alle 13.00) |

Per ulteriori informazioni
www.uslcentro.toscana.it

Il percorso oncologico multidisciplinare della paziente con tumore ovarico a Careggi

di Massimiliano Fambrini, Giuseppe Cariti, Felice Petraglia

MASSIMILIANO FAMBRINI,
GIUSEPPE CARITI,
FELICE PETRAGLIA
Dipartimento Scienze Biomediche,
Sperimentali e Cliniche,
Università degli Studi di Firenze;
Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

Il tumore ovarico rappresenta la principale causa di morte per tumore ginecologico per cui richiede da una parte una forma di prevenzione e dall'altra una strategia terapeutica a lungo termine dove l'obiettivo diventa la cronicizzazione della malattia.

Parole chiave:

tumore ovarico, diagnosi, trattamento, multidisciplinarietà

Il tumore ovarico rappresenta la principale causa di morte per tumore ginecologico e la quinta per tumore nella popolazione di sesso femminile nei Paesi sviluppati. Ogni anno si stima siano diagnosticati in Europa 65.000 casi, dei quali quasi 5.000 in Italia. A fronte di un'incidenza relativamente bassa il tumore ovarico è gravato da un'alta mortalità a motivo di una diagnosi per lo più tardiva.

Poiché diagnosticati prevalentemente in fase avanzata, i tumori dell'ovaio richiedono da una parte una forma di prevenzione e dall'altra una strategia terapeutica a lungo termine dove l'obiettivo diventa la

cronicizzazione della malattia, intesa come controllo dell'evoluzione del tumore nel massimo rispetto della qualità della vita.

Tali approcci richiedono necessariamente una collaborazione multidisciplinare fra le diverse figure professionali e trovano la giusta sintesi nella creazione di veri e propri centri di riferimento per la cura del tumore ovarico.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi in questi ultimi anni ha creato:

- Un ambulatorio di Genetica Oncologica in cui si effettuano *test* genetici nelle donne che hanno avuto il carcinoma della mammella (*Breast Related Cancer Antigens 1/2*) e sono predisposte al carcinoma ovarico (responsabile: prof.ssa Laura Papi - per appuntamento tel. 055 7946336).

Le pazienti a rischio genetico di sviluppare tumori dell'ovaio e della mammella sono le uniche verso le quali è possibile una strategia di prevenzione veramente efficace. Tali pazienti vengono selezionate in base alla storia familiare e personale e, se indicato, sottoposte ad accertamenti genetici. Per le pazienti mutate o comunque ritenute geneticamente ad alto rischio viene raccomandata la salpingo-ovariectomia bilaterale profilattica a ciclo riproduttivo ultimato nell'ambito di un programma generale di sorveglianza oncologica. Studi recenti hanno dimostrato anche una diversa sensibilità alla chemioterapia in funzione del profilo genetico della paziente.

- Un gruppo multidisciplinare d'intervento che vede presenti

ginecologi, oncologi medici, radioterapisti, anatomo-patologi, radiologi e chirurghi generali. L'accesso ai servizi è stato semplificato al massimo, aggiungendo alle modalità già note la creazione dell'*AIUTO point* (Assistenza, Informazioni, Urgenze nel Trattamento Oncologico) ovvero uno sportello attivato nell'ambito del progetto e dedicato alle persone con diagnosi o sospetto di tumore per avviarle ai diversi percorsi oncologici (tel. 055 794 8152 800; dal lunedì al venerdì 7:30-18:30, sabato 7:30-13:30).

All'interno del sistema la paziente con patologia ovarica viene presa in carico dal Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) per i tumori ginecologici e sottoposta agli esami di stadiazione con indicazione al trattamento entro 30 giorni dall'accesso al sistema (tel. 055 7949954). Il GOM segue il percorso diagnostico terapeutico delle pazienti riunendosi per discussione collegiale a settimane alterne e producendo indicazioni basate su protocolli clinico-assistenziali interni (PDTA) derivanti dalle linee guida nazionali e internazionali, appropriatamente conformate al singolo caso. La Figura 1 riporta il numero di casi complessivi di tumori ginecologici (ovaio, corpo uterino, cervice, vulva) presi in carico dal GOM dal 2012 al 2017 (n = 1.041) evidenziando un progressivo incremento della casistica che per circa un terzo è composta da tumori ovarici. Il percorso terapeutico della paziente con tumore ovarico prevede, in accordo alle linee guida di riferimento

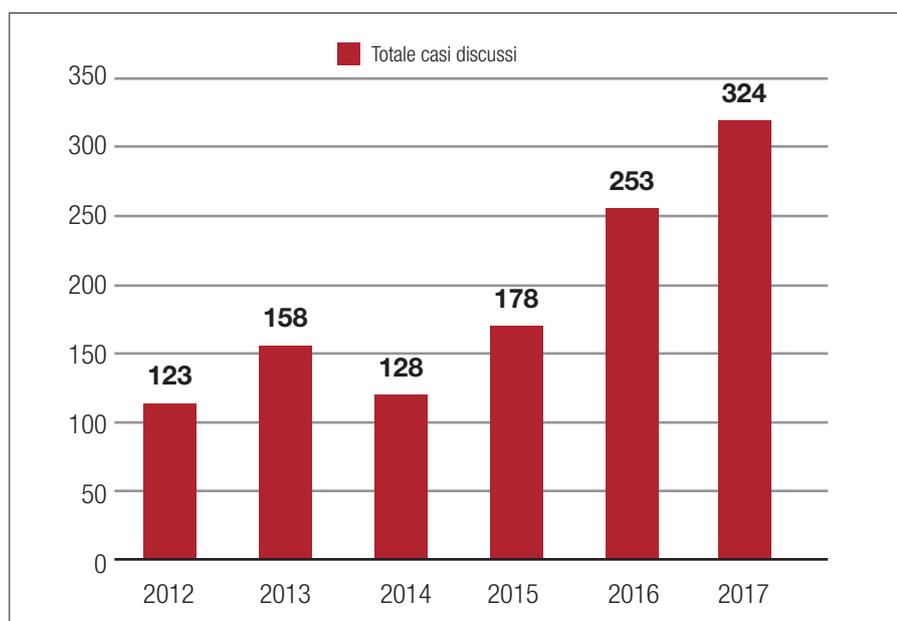


Figura 1 – Numero di casi oncologici (tumori ovaio, corpo uterino, cervice, vulva) presi in carico dal Gruppo Oncologico Multidisciplinare Ginecologico di Careggi dal 2012 al 2017.

adottate dal GOM¹, la valutazione della citoriducibilità mediante laparoscopia di *staging* seguita, in base all'estensione della malattia, da una chirurgia primaria in *équipe* multidisciplinare o da una chemioterapia neoadiuvante e una successiva chirurgia d'intervallo.

Nella rete oncologica assistenziale di Careggi sono poi presenti altre figure professionali affiancate al GOM appartenenti a discipline come la psico-oncologia, la menopausa oncologica, la terapia del dolore, la preservazione della fertilità, la fitoterapia e l'agopuntura. Tali professionalità, opportunamente formate e costantemente aggiornate, operano in sinergia per tutelare la qualità della vita nel lungo periodo di queste pazienti.

massimiliano.fambrini@unifi.it



¹ GOM tumori ginecologici, linee guida adottate:

- *National Comprehensive Cancer Network Guidelines*;
- *Raccomandazioni Cliniche*, Istituto Toscano Tumori;
- *Linee guida per la gestione del paziente oncologico*, Associazione Italiana Oncologia Medica;
- *Linee guida per la gestione del paziente oncologico*, *European Society Medical Oncology*;
- *Linee guida per la gestione del paziente oncologico*, *American Society Clinical Oncology*.

I malati di “cronicità” in Italia

di Saffi Giustini, Eleonora Baroni



SAFFI GIUSTINI
Medico di medicina generale, ASL Toscana-Centro; coordinatore AFT, SIMG Firenze

ELEONORA BARONI
Medico all'ultimo anno di formazione CFSMG, sede di Firenze. Svolge incarichi di medico sostituto a medici di medicina generale e continuità assistenziale, Asl Toscana Centro

Il problema della cronicità anche nel nostro Paese sta assumendo dimensioni sempre più preoccupanti, con connotazioni particolari quali il coinvolgimento dell'età pediatrica. Sono pertanto indispensabili nuove ed efficaci strategie di politica sanitaria.

Parole chiave:
cronicità, *welfare*, demografia, epidemiologia, *chronic care model*

ISTAT, Annuario statistico 2012:

- il 38,6% dei residenti in Italia dichiara di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche;
- il 54,8% dei residenti tra i 55 e i 59 anni e l'86,1% degli over 75 soffre di almeno una malattia cronico degenerativa;
- il 20,4% ha almeno due patologie e tra gli over 75 la percentuale si attesta al 69,4 % dei “grandi vecchi” (59,9% tra gli uomini e 75,1% tra le donne).

IX Rapporto Sanità CEIS-CREA - anno 2013, su stime dati ISTAT, *La disabilità in Italia - anni 2004-2005*:

- nel 2010 sono 2 milioni e 562 mila le persone stimate con disabilità di sei anni e più che vivono in famiglia, pari al 4,8% della popolazione italiana.

Il sistema di *welfare* italiano si trova a fronteggiare numerosi elementi di criticità, anche in conseguenza della crisi economica che ha attraversato il nostro Paese. In un contesto, da un lato, di riduzione dei fondi destinati alle politiche sociali e, dall'altro, di crescenti condizioni di disagio economico delle famiglie, si dipanano gli effetti delle trasformazioni demografiche e sociali, caratterizzate dall'accelerazione del processo di invecchiamento della popolazione e da mutamenti della struttura delle famiglie che riducono gli aiuti informali scambiati, a causa delle modificazioni delle reti.

Si vive sempre più a lungo ma resta bassa la propensione ad avere figli.

Nel 2012 la speranza di vita alla nascita è giunta a 79,6 anni per gli uomini e a 84,4 anni per le donne (rispettivamente superiore di 2,1 anni e 1,3 anni alla media europea del 2012).

Allo stesso tempo il nostro Paese è caratterizzato dal persistere di livelli molto bassi di fecondità, in media 1,42 figli per donna nel 2012 (media Ue 1,58).

Si accentua l'invecchiamento della popolazione. La vita media in continuo aumento, da una parte, e il regime di persistente bassa fecondità, dall'altra, ci hanno fatto conquistare a più riprese il primato di Paese con il più alto indice di vecchiaia del mondo: al 1° gennaio 2013 nella popolazione residente si contano 151,4 persone di 65 anni e oltre ogni 100 giovani con meno di 15 anni. Tra i Paesi europei ci supera solo la Germania (158), mentre la media Ue è pari a 116,6 (Figura 1). Questa misura rappresenta il “debito demografico” contratto da un Paese nei confronti delle generazioni future, soprattutto in termini di previdenza, spesa sanitaria e assistenza.

Trent'anni di tale evoluzione demografica ci consegnano un Paese profondamente trasformato nella sua struttura e nelle sue dinamiche sociali e demografiche.

Indipendentemente da una crescita effettiva del numero di pazienti con patologie croniche, il baricentro epidemiologico si modifica spostandosi dall'acuzie alla cronicità, alla quale si associano una *acuzie tardiva* e il tema delle *riacutizzazioni*.

Il profilo epidemiologico cambia drasticamente in tutte le classi di età: ne è riprova il fatto che oggi ci troviamo a predisporre percorsi assistenziali per il *bambino cronico*, quasi un ossimoro fino a pochi anni fa.

Sono quindi necessarie nuove strategie per poter rispondere più adeguatamente ai bisogni del cittadino, mantenendo *standard* di elevata qualità, adatti al mutare delle condizioni sanitarie e sociali ed economicamente sostenibili.

Dalla metà degli anni '90 diversi gruppi di ricercatori hanno ridefinito l'approccio alle malattie croniche spostando i modelli di cura da un approccio reattivo, basato sul paradigma “dell'attesa” dell'evento acuto, a un *approccio proattivo*, improntato al paradigma preventivo, mirato a evitare o rinviare nel tempo la progressione della malattia e a promuovere l'*empowerment*

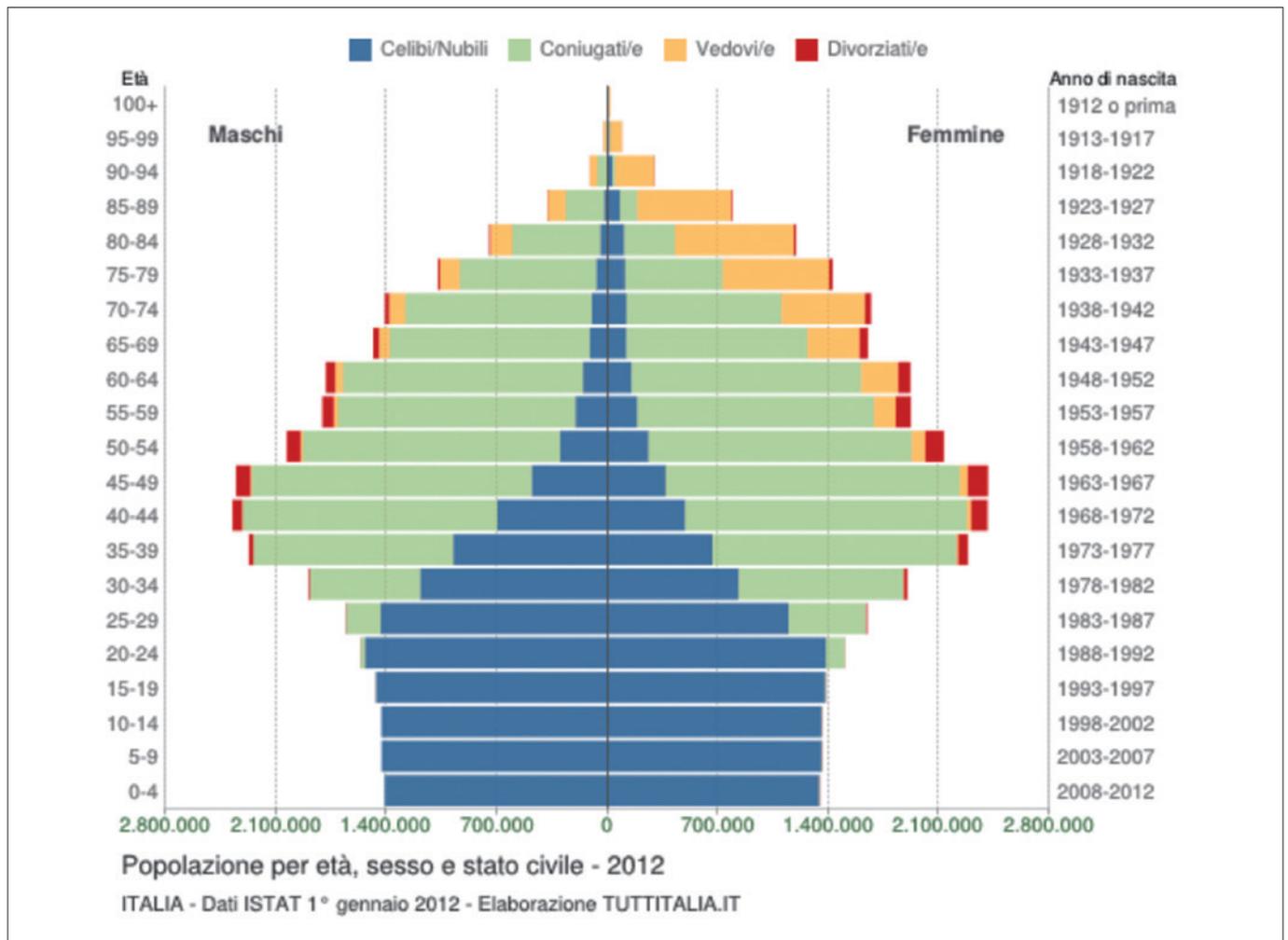


Figura 1 – Popolazione per età, sesso e stato civile - 2012 (da: www.tuttitalia.it/statistiche/popolazione-eta-sesso-stato-civile-2012/).

del paziente (e della comunità) e la *qualificazione del team assistenziale* (sanitario e sociale).

Il *Chronic Care Model* individua in modo puntuale le variabili fondamentali che rendono possibile un approccio *sistemico* alle malattie croniche, *sistemico* in quanto aziona tutte le leve organizzative e operative per promuovere un approccio appropriato da parte degli operatori.

La contaminazione dei saperi e delle visioni professionali

Lo specialista, attraverso il contatto ripetuto con il paziente e la relazione con il medico di medicina generale, modifica la sua visione, che si allarga dal ristretto campo dell'episodio di malattia alla presa in carico di un *paziente*, con il suo portato

anche sociale e culturale, mentre il medico di medicina generale affina, attraverso l'apporto dello specialista, una capacità di visione verticale dell'evento patologico.

L'infermiere delle cure primarie che potrà entrare in più stretto contatto con gli infermieri degli ambulatori specialistici ospedalieri nell'ambito dell'ambulatorio della CdS potrà acquisire competenze di 2° livello, mentre l'infermiere ospedaliero potrà sviluppare capacità di supporto a patologie croniche proprie del territorio.

Un esempio di applicazione: i PDTA e le pluripatologie

I PDTA richiedono una forte e radicata integrazione fra assistenza primaria, assistenza ospedaliera, assistenza di alta specializzazione.

Un numero crescente di pazienti richiede di essere trattato per più patologie contemporaneamente, che rendono necessari interventi multipli, contemporanei, integrati.

La possibilità di liberare risorse da aree mediche, in particolare quelle più frequentemente coinvolte nella gestione dei pazienti pluripatologici (cardio, pneumo, endo) permette una maggiore disponibilità alla presa in carico di queste e alla continuità assistenziale sui percorsi di presa in carico.

L'organizzazione in rete dei servizi è in grado d'altro canto di supportare con maggiore efficacia i PDTA che attraversano differenti *setting* assistenziali.

drsaffigiustini@gmail.com

Il Sole 24 Ore Sanità: “Il Piano nazionale cronicità chiede ai medici di medicina generale di ‘specializzarsi’. Per il medico di medicina generale una marcia in più. Ruolo di cerniera con l’ospedale - Care management agli infermieri”.

Atteso e chiesto da anni, annunciato e poi perso per strada. Rilanciato dal *Patto per la Salute 2014-2016* nel suo sforzo di “tenere insieme tutto”: la riorganizzazione del territorio così come l’integrazione socio-sanitaria, la rivisitazione del ruolo dell’ospedale, la prevenzione.

Il (primo) *Piano Nazionale della Cronicità*, messo a punto dal Ministero della Salute con il parziale coinvolgimento delle associazioni di pazienti e Cittadinanzattiva-TDM e prossimo all’invio in Conferenza Stato-Regioni, è una notizia in sé. Perché finalmente è il segnale tangibile di un’assunzione di responsabilità rispetto a problemi più che conclamati in Italia: il progressivo invecchiamento della popolazione, che ci fa tra i Paesi più longevi del mondo, l’*exploit* delle malattie croniche, la correlazione tra impoverimento e peggioramento delle condizioni del paziente e la presa in carico differenziata nelle singole Regioni.

Nel 2032 l’ISTAT stima che la quota di “over 65” sul totale della popolazione italiana raggiungerà il 27,6%, pari in termini assoluti a 17,6 milioni di anziani. Un dato preoccupante, soprattutto se si considera che le disuguaglianze sociali, oggi in peggioramento nel nostro Paese, sono tra i fattori che più incidono sulle condizioni di salute. Nel 2013 si dichiarava affetto da almeno due malattie croniche il 48,7% delle persone tra i 65 e i 74 anni e il 68% degli over 75.

E se in generale i malati cronici che si auto-definiscono “in buona salute” sono il 41,5%, tra gli anziani la quota scende al 24,2%. Calabria e Basilicata sono le Regioni in cui è più bassa la percentuale di cronici in buona salute. Il capitolo costi, oltre ai bisogni della popolazione, impone un’inversione di rotta: basti pensare che tra gli over 65 si concentra il 60% – circa 7 miliardi – della spesa farmaceutica territoriale, mentre la spesa *pro capite* di un assistito maggiore di 75 anni è 11 volte superiore a quella di una persona tra 25 e 34 anni.

La necessità di contenere costi crescenti e di intercettare adeguatamente i bisogni complessi dei pazienti ha imposto di “stringere” sulla stesura del *Piano*. Che tra luci e ombre – la più importante è l’assordante mancanza di una stima della spesa necessaria ad attuare il progetto – prova a tracciare una via: sia dettando le linee guida generali sia entrando nel merito dei percorsi su dieci patologie croniche.

Queste: malattie renali e insufficienza renale, artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva, rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn, insufficienza cardiaca cronica, malattia di Parkinson e parkinsonismi, BPCO e insufficienza respiratoria cronica, insufficienza respiratoria in età evolutiva, malattie endocrine in età evolutiva, malattie renali croniche in età evolutiva.

L’obiettivo del *Piano* è quindi indicare la strada a cui tendere, pur nel rispetto dei singoli modelli regionali che andranno elaborati o aggiustati sulla base delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione. E per questo servono sistemi informativi efficaci, capaci di dialogare. Poi, spetterà a una Cabina di regia nazionale *multitasking* ricondurre a unità gli interventi e promuovere le buone prassi.

Con i riflettori puntati su uniformità ed equità di assistenza ai cittadini, da perseguire con la stretta integrazione tra i diversi *setting* assistenziali.

Il paziente, primo destinatario degli interventi – ma c’è anche un capitolo dedicato all’età evolutiva –, è definito come “una persona, solitamente anziana, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente, le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche ma anche da altre determinanti (status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure)”.

Il *Piano cronicità* chiede soprattutto un salto culturale nell’approccio alla malattia: intanto non si punta a ottenere la guarigione ma la “salute possibile”, cioè lo stato di salute legato alle condizioni della persona. Ed è quest’ultima al centro del sistema, grazie alla costruzione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDTA) e a “una relazione empatica tra il team assistenziale e la persona con cronicità e i suoi caregiver di riferimento”.

La presa in carico complessiva è pensata per eliminare la cesura tra i tre classici livelli assistenziali (assistenza primaria, specialistica territoriale, degenza ospedaliera), dando vita a un *continuum* di “prodotti” clinici e non clinici da parte di ogni attore del *team* di assistenza.

Tra i punti di forza, il *focus* sulla cura domiciliare integrata, preceduta dalla valutazione multidimensionale necessaria per poter pianificare attività e intensità degli interventi. Il paziente cronico è inserito in un flusso individuale di assistenza, il più possibile personalizzato, che si declina in una sequenza *standard*: dalla valorizzazione della rete assistenziale si arriva all’*empowerment* del diretto interessato, passando per l’adeguamento dei modelli organizzativi, per un approccio integrato di assistenza e per la “stadiazione” della persona, in base al grado di sviluppo della patologia e dei relativi bisogni socio-assistenziali, su cui andrà tarato il PDTA.

Un *iter* complesso e ancora oggi lontano da molte realtà regionali. Per fornire una possibile rotta, il *Piano* richiama modelli internazionali come il *Chronic Care Model*, la Piramide di Kaiser e la Piramide del rischio – introdotta già in Veneto – che adotta il sistema ACG (*Adjusted Clinical Groups*) classificando la popolazione per livello di com-

plessità assistenziale, a partire dalle combinazioni di diagnosi acute o croniche presenti nello stesso soggetto. In Veneto il sistema ACG è stato inserito nel 2014, per sviluppare metodologie che consentano di stratificare la popolazione, attribuire pesi proporzionati al carico di malattia e destinare le risorse in modo più coerente con i bisogni di salute, garantendo la sostenibilità del sistema.

Nel percorso di cura disegnato dal *Piano cronicità* il paziente non è passivo ma “apprende” fino ad arrivare all’*empowerment*: in un contesto quanto più possibile “desanittizzato”, il malato arriva a stringere con l’*équipe* un patto di cura che gli consente di convivere con il proprio quadro patologico.

Perché tutto ciò non resti un libro dei sogni, serve muoversi per tempo: intanto investendo in prevenzione sia primaria che secondaria – il *Piano* rilancia per l’ennesima volta il ruolo del distretto – e in appropriatezza, con il minor ricorso all’ospedale ma anche, all’interno del contesto ospedaliero, con “percorsi di cura dell’acuzie nella cronicità”, definiti a priori, tutorati e garantiti da personale dedicato.

Ma medici, infermieri, professioni sanitarie e farmacisti potranno partecipare alla rivoluzione copernicana disegnata nel *Piano* soltanto se avranno ricevuto la giusta formazione, all’università e in ambito Ecm, in “tecniche di cura della cronicità”.

Figura centrale è il medico di medicina generale (MMG), supportato dagli operatori che di volta in volta intervengono nella presa in carico e attivo nei nuovi modelli – AFT e UCCP – disegnati da anni e in via di definizione con la prossima Convenzione per la medicina generale.

Il *Piano* del Ministero prefigura in definitiva un *puzzle* complesso, di cui molte tessere decisive vanno ancora costruite. Come i richiesti “sistemi informativi evoluti” – che tutte le Regioni sono chiamate ad adottare –, in grado di leggere i PDTA per poter monitorare i dati, i processi e valutare l’assistenza erogata ai pazienti.

Triplice la funzione di ogni sistema informativo: allerta che aiuta la *team* ad attenersi e a conformarsi alle linee guida; *feedback* per i medici, cui mostra i livelli di *performance* nei confronti degli indicatori delle malattie croniche; registro di patologia per pianificare l’assistenza al singolo paziente e per gestire un’assistenza *population based*.

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

E-mail e PEC: protocollo@omceofi.it • segreteria.fi@pec.omceo.it

Toscana Medica: a.barresi@omceofi.it

Orario di apertura al pubblico

Mattina: dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 11,00 - Pomeriggio: lunedì e mercoledì dalle ore 15,30 alle ore 17,30

Rilascio certificati di iscrizione

Uffici: in orario di apertura al pubblico - Internet: sul sito dell’Ordine - Tel. 055 496 522

Tassa annuale di iscrizione

Bollettino postale, delega bancaria SEPA Core Direct Debit (ex RID) o carta di credito tramite il sito: <http://italriscossioni.it> (POS virtuale fornito da Banca Monte dei Paschi di Siena)

Cambio di indirizzo

Comunicare tempestivamente ogni variazione della residenza anagrafica o del domicilio, specificando chiaramente presso quale indirizzo si desidera ricevere la corrispondenza

Commissione Odontoiatri: Il lunedì pomeriggio su appuntamento

Consulenze e informazioni: Consultazione Albi professionali sito Internet dell’Ordine

AMMI - e-mail: ammifirenze2013@gmail.com - sito: www.ammifirenze.altervista.org

FEDERSPEV - 1° mercoledì del mese dalle ore 10 alle ore 11,30

Newsletter: inviata per e-mail agli utenti registrati sul sito Internet dell’Ordine

Info: Via Giulio Cesare Vanini 15 - 50129 Firenze - Tel. 055 496 522 - Fax 055 481 045

Siti: www.ordine-medici-firenze.it - www.toscanamedica.org

Fitoterapia: clinica, sicurezza, efficacia

di Fabio Firenzuoli

L'articolo sulla fitoterapia è il quarto nel piano di presentazione delle Medicine Complementari su "Toscana Medica" in programma nel 2019 e illustra un percorso che prende le mosse dalle virtù delle piante all'origine di unguenti e pozioni. Tali virtù, con la sovranità/il sacro e dunque la parola da una parte, con la violenza e quindi la chirurgia dall'altra, danno vita alla struttura tripartita, trifunzionale, autoriproducendosi alla base di ogni attività di cura.

Gemma Brandi

Coordinatrice della Commissione per la Integrazione delle Medicine Complementari dell'OMCeO di Firenze

In molti Paesi le medicine a base di erbe sono sempre state una forma popolare di assistenza medica, spesso alimentata da bisogni economici, talvolta inserite in sistemi medici tradizionali (tipici quelli cinesi, ayurvedici ecc.) basati pure su impostazioni filosofiche o religiose proprie. Nella fitoterapia occidentale utilizziamo piante medicinali e derivati valutandone qualità, sicurezza ed efficacia secondo norme previste e con metodologia scientifica come richiesto dalle autorità sanitarie. Questo permette di utilizzare la fitoterapia clinica in strutture sanitarie pubbliche e insegnarla ai professionisti nelle scuole di medicina.

Parole chiave:
fitoterapia, fitoterapia tradizionale, medicine complementari, appropriatezza, fitovigilanza

Introduzione

La fitoterapia è quella disciplina medica che utilizza piante medicinali e derivati nella prevenzione e nel trattamento delle malattie, in relazione alle attività farmacologiche delle sostanze presenti nella pianta, o meglio nella preparazione utilizzata. In ogni Paese le medicine tradizionali trovano fondamento anche in filosofie o culture del luogo o comunque esperienze di usi popolari, ma nella medicina moderna la fitoterapia non segue particolari filosofie o credenze religiose, né metodi diagnostici o terapeutici diversi da quelli della medicina scientifica.

Norme e regole

La fitoterapia è infatti normata in maniera molto chiara. Esistono regole e norme ben specifiche che consentono di utilizzare i fitoterapici in forma di medicinale vero e proprio, con tutte le garanzie di sicurezza e qualità previste per le specialità registrate con tanto di AIC (registrazione *standard*) oppure per i medicinali vegetali tradizionali da automedicazione (registrazione semplificata). Quando invece il paziente necessita di un



FABIO FIRENZUOLI
Responsabile CERFIT, Centro di Ricerca e Innovazione in Fitoterapia e Medicina Integrata, AOU Careggi, Struttura di riferimento per la Fitoterapia della Regione Toscana. Docente e coordinatore scientifico Master Fitoterapia Generale e Clinica Università degli Studi di Firenze

medicinale personalizzato, il medico ricorre alla preparazione galenica magistrale, ma sempre di medicinale si tratta, governato da regole ben precise. Gli integratori invece sono altra cosa e hanno solo la funzione di integrare un'alimentazione carente in qualche sostanza o di mantenere il benessere in un organo.

Meccanismo d'azione

Il meccanismo è sempre farmacologico. Infatti, le piante medicinali sono un contenitore di sostanze chimiche, a volte utilizzate come tali (atropina, morfina ecc.), in altri casi modificate (aspirina, taxolo ecc.) oppure impiegate come *pool* di sostanze, quando si dimostra che proprio quel *pool* ha un effetto farmacologico diverso e migliore della singola sostanza: come per esempio nel caso dell'Iperico (*Hypericum perforatum*), noto anche come "Erba di San Giovanni", per il quale lavori di carattere sia farmacologico sia clinico hanno dimostrato come la migliore attività antidepressiva sia ottenuta dal cosiddetto *fitocomplesso* che vede la presenza standardizzata di flavonoidi, ipericine e iperforine.

Evidenze

L'efficacia clinica dei farmaci a base di erbe può essere dimostrata da studi in doppio cieco, controllati *vs* placebo e *vs* farmaci (*fitoterapia basata sull'evidenza*)

Effetti avversi

Sono possibili eventi avversi dovuti alla presenza di contaminanti, quando si realizza una raccolta fai-da-te di erbe oppure quando i fitoterapici sono usati senza controllo medico, anche perché in questi casi si rischia l'interazione con farmaci di sintesi. Esiste per questo il Sistema di Fitovigilanza previsto in collaborazione con ISS/Ministero/AIFA, attivo ormai da oltre 15 anni, utilizzabile di fronte a ogni dubbio.

Campi di applicazione

Oggi sappiamo di avere sufficienti prove di efficacia per il trattamento della depressione con estratti di Iperico, del colon irritabile con olio essenziale di Menta, di disturbi di ansia con olio essenziale di Lavanda, di disturbi da insufficienza venosa con estratti di Ippocastano, mentre possiamo utilizzare estratti di Agnocasto nelle pazienti con sindrome premestruale, Boswellia in numerose patologie infiammatorie osteoarticolari, Panax Ginseng nel controllo della *fatigue*, Cimicifuga nella sindrome climaterica, Partenio

nella prevenzione dell'emicrania ed estratti di Zenzero per nausea e vomito variamente indotto. Importante sapere che la fitoterapia non è tanto indicata per malati "quasi immaginari" o solo per patologie minori oppure funzionali, come la dispepsia.

Può essere utilizzata come terapia complementare anche per risolvere sintomi comuni in pazienti oncologici come ad esempio stitichezza, nausea, ansia ecc.

Appropriatezza

Dei numerosi lavori presenti nelle banche dati, la maggior parte sono relativi alla botanica, alla fitochimica e alla farmacologia di base delle sostanze vegetali, nonché alla loro tossicologia. Ebbene, nelle ultime decine di anni sono stati condotti e pubblicati numerosi studi clinici controllati *vs* placebo e *vs* farmaci, non solo con singole sostanze vegetali ma anche con fitocomplessi, di varia estrazione, per valutare efficacia e sicurezza dei prodotti. Inoltre sono disponibili revisioni sistematiche della letteratura con metanalisi.

In altri lavori abbiamo a disposizione dati ancora dubbi, soprattutto per la scarsa qualità metodologica o per l'esiguità dei casi trattati nei *trials*. Ma il metodo scientifico è sempre rispettato. E in base a questi dati si può anche misurare l'appropriatezza di un intervento.

In Regione Toscana la prima esperienza di attività pubblica in questo settore è nata nel 1997, con l'apertura dell'ambulatorio di Fitoterapia presso l'Ospedale di Empoli, poi divenuto UO di Medicina Naturale, e successivamente centro di riferimento regionale per la Fitoterapia. Nel 2011 l'attività della struttura si è completamente trasferita all'AOU Careggi, dove nel 2018 è stato istituito il CERFIT (responsabile, dottor Fabio Firenzuoli), Centro di Ricerca e Innovazione in Fitoterapia e Medicina Integrata, sede anche del Master in Fitoterapia Generale e Clinica di UniFI. Alcune ore di attività ambulatoriale di Fitoterapia sono presenti in altre Aree Vaste.

fabio.firenzuoli@unifi.it



Patologie psichiatriche e lavoro: problematiche quotidiane del medico

di Paolo Del Guerra, Daniela Lepore



PAOLO DEL GUERRA
Dirigente medico Dipartimento Prevenzione,
ASL Toscana-Centro Empoli



DANIELA LEPORE
Direttore SOS Medicina Legale Empoli,
Azienda USL Toscana-Centro

L'impatto globale delle patologie psichiatriche dà conto del 32,4% degli anni con disabilità (YLDs) e del 13,0% di *disability-adjusted life years* (DALYs). Perciò il problema (a un tempo sociale in termini di equità, sanitario ed economico-produttivo) si pone con forza all'attenzione medica.

Parole chiave:
disabilità, malattie psichiche,
lavoro, medici curanti, limiti

Secondo un recente studio, l'impatto globale delle patologie psichiatriche dà conto del 32,4% degli anni con disabilità (YLDs) e del 13,0% di *disability-adjusted life years* (DALYs), in luogo di precedenti stime inferiori di circa un terzo. La probabilità di manifestare una patologia di questa natura in età lavorativa è elevata, mentre è molto bassa quella di ottenere/mantenere un lavoro adeguato (ad esempio meno del 10% per la schizofrenia). Perciò il problema (a un tempo sociale in

termini di equità, sanitario ed economico-produttivo) si pone con forza all'attenzione medica.

Un primo spunto di riflessione riguarda lo scarso dialogo esistente tra le figure del mondo del lavoro, inclusi i medici competenti e i medici di medicina generale o i medici psichiatri, che dal canto loro manifestano a riguardo preoccupazioni anche legittime (Tabella I).

Si può fare di più, nell'interesse del paziente, se si condivide l'obiettivo dalla massima/migliore occupazione possibile?

Non solo il buon senso ma anche la letteratura mostra come per queste persone avere/mantenere un lavoro (possibilmente il proprio) abbia un valore sociale elevato (tale da prevenire l'esclusione, consentire/favorire l'autonomia), un notevole impatto su autostima e auto-efficacia e favorisca il mantenimento e la costruzione di relazioni, mentre la disoccupazione causi esclusione sociale (non solo dal lavoro) e riduca autostima e auto-efficacia. Analoghe considerazioni valgono per il *presenteeism*, cioè la presenza al lavoro in condizioni di salute non adeguate. La scarsa auto-efficacia durante l'assenza per malattia determina in-

vece scarsa fiducia nelle possibilità di rientro a lavoro, il che può indurre medico e paziente a convincersi della necessità di prolungare il periodo di malattia.

Un altro tema rilevante è che i medici di medicina generale e gli psichiatri si affidano principalmente al giudizio clinico, molto meno a *test* standardizzati (per ragioni di accesso, costi, criteri valutativi ecc.). È anche necessario valutare nel tempo gravità, prognosi ed evoluzione della malattia, ma anche l'adesione alla terapia, che rappresenta un fattore critico nel compenso e, conseguentemente, nell'inserimento lavorativo. Secondo la letteratura, sotto il profilo clinico i sintomi più spesso sperimentati in relazione al lavoro sono esaurimento delle risorse, ridotta

- Necessità di tutelare la riservatezza
- Esigenza di salvaguardare la relazione terapeutica
- Tempo disponibile per affrontare il tema con il paziente
- Limiti del proprio ruolo per condurre verifiche sulle affermazioni del paziente relative al lavoro
- Difficoltà ad affrontare problematiche di sicurezza per il paziente e per terzi

Tabella I – Curanti: preoccupazioni in relazione al lavoro di pazienti con patologie psichiatriche.

Processi psicologici - Funzioni	Esempi di capacità richieste	Esempi di patologie
Capacità cognitive	Intelligenza Memoria	Deficit cognitivi, schizofrenia, danni organici, depressione
Ritmo	Mantenere ritmi ragionevoli nei compiti Decidere autonomamente ritmo	Depressione, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi di personalità
Concentrazione	Focalizzarsi sul compito Mantenersi focalizzati	Disturbo bipolare, disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), disturbo personalità, disturbo da <i>stress</i> post-traumatico (PTSD), disturbo d'ansia, danni organici, schizofrenia
Persistenza	Riuscire a completare il compito	Disturbo bipolare, schizofrenia, disturbo somatizzazione, ADHD
Affidabilità	Raggiungere il posto di lavoro (sistematicità, puntualità)	Disturbo <i>borderline</i> , disturbo condotta anti-sociale, disturbo somatizzazione, disturbo bipolare, depressione
Coscienziosità e motivazione	Impegnarsi nel proprio lavoro Collaborare sinceramente con i colleghi per il risultato	Depressione, disturbo personalità
Relazioni lavorative - sfera emotiva	Accettare la supervisione Lavorare con colleghi e/o in gruppo Prendere decisioni autonome Instaurare relazioni interpersonali adeguate	Disturbo personalità, depressione, schizofrenia, disturbo adattamento, PTSD
Onestà, fiducia	Comportarsi secondo buona fede Astenersi da comportamenti illeciti (furto, falso, dissimulazione ecc.)	Disturbo <i>borderline</i> , disturbo condotta antisociale, dipendenze
Resilienza	<i>Coping</i> con le pressioni lavorative (ad es. scadenze, volumi di attività) Relazionarsi con utenza "difficile" Lavoro a turni o con orari complicati	Depressione, disturbo adattamento, PTSD, disturbo somatizzazione
Fattori compito-specifici	Eseguire compiti complessi Comprendere e applicare le istruzioni ricevute Rispondere a emergenze-imprevisti <i>Problem solving</i>	Problemi ipotizzabili in tutte le principali patologie, a seconda delle richieste specifiche

Tabella II – Fattori psicologici, capacità e patologie psichiatriche (da: Fischer GL. *Assessing fitness-for-duty and return-to-work readiness for people with mental health problems*. Minnesota Career Project Assn, The MDCA Comunique, 2000, mod.).

capacità di concentrazione, irritabilità, disturbi della memoria, sintomi somatici, talora anche *perfezionismo*; ma può essere necessario *profilare* il paziente/lavoratore in termini psicologici (per esempio dati di personalità o di funzioni/capacità richieste da una mansione specifica), in funzione delle richieste del lavoro e dei rischi (Tabella II). Non stiamo parlando di valutazioni medico-legali classiche, né tanto meno con finalità selettive, ma di strumenti per un sostegno efficace all'inserimento: hanno infatti rilievo aspetti quali personalità di base, valori (propri e dell'ambiente di lavoro), precedenti esperienze (lavorative e non), consapevolezza della malattia, disponibilità al trattamento, supporto sociale, risorse per l'adattamento.

Da parte sua, il paziente deve relazionarsi con una pletera di soggetti sanitari: DSM, psichiatra e/o psicologo, estensori dei certificati INPS (medici di medicina generale, specialisti), medici fiscali, medico competente (in caso di sorveglianza sanitaria) e organo di vigilanza (in caso di ricorsi), commissione L. 300/70 o altri organi che si esprimono sull'idoneità, sistema della L. 68/99 (quando applicabile). Ciascuno di questi *attori* ha una propria (legittima) prospettiva, con il risultato che il paziente-lavoratore è oggetto di richieste e/o risposte anche diverse, e persino conflittuali: ciò è fonte di confusione e di ulteriori difficoltà, per cui sarebbe utile promuovere almeno una migliore comunicazione.

Anche il rapporto del paziente con il lavoro può variare nel tempo, in senso migliorativo o peggiorativo, e proprio per questo è spesso opportuno che il giudizio di idoneità (medico competente o Commissione ex L. 300/70) abbia un carattere temporaneo per consentire valutazioni di efficacia anche longitudinali (*periodi di prova*). Per il rientro al lavoro non esistono in materia linee guida, ma la letteratura offre qualche indicazione. In ordine al *quando*, si può fare riferimento alla soggettività del lavoratore (che non sempre riesce però a valutare in modo *obiettivo*), ai sintomi (*stabilizzazione/miglioramento/ assenza*) o – meglio – alla valutazione delle effettive capacità di *coping* in relazione alle richieste del lavoro.

Relativamente al *come*, spesso risulta difficile rientrare in mansioni e compiti precedenti: può essere allora più utile focalizzarsi su piani di attività con adattamento del lavoro (compiti sì/no) che su limitazioni (*evitare...*). Spesso vengono proposti *part-time*, in quanto supposti meno stressanti, anche perché il paziente può avere almeno all'inizio dubbi sulle proprie capacità o sviluppare vere e proprie manifestazioni di ansia in relazione a una prestazione lavorativa completa. Anche la revisione dell'orario (per esempio evitare turnazione, orari *spezzati* o lavoro notturno) può essere una misura utile. Un'altra possibilità è rappresentata da

un periodo di supervisione, che tuttavia può essere mal tollerato dal lavoratore, mentre può rivelarsi più accettabile un affiancamento ad altri colleghi. La letteratura suggerisce anche l'opportunità di un *retraining* prima dell'inserimento in nuove mansioni e dà particolare enfasi al miglioramento della comunicazione come misura di supporto.

Un altro aspetto riguarda l'idoneità alla guida, a volte utile per gli spostamenti lavorativi, soprattutto per raggiungere il luogo di lavoro se ubicato in zone periferiche o distanti rispetto alla residenza. La certificazione/relazione specialistica sullo stato di attuale equilibrio del paziente e sull'assenza di con-

troindicazione alla guida fa sì che la Commissione Medica Locale possa rilasciare l'idoneità, ancorché breve e con prescrizioni anche multiple (divieto di andare in autostrada, zero alcool, percorso limitato, guida senza passeggeri ecc.).

In conclusione, il quadro appena delineato in questo breve contributo dovrebbe fornire al medico utili spunti per approfondimenti personali, in rapporto al contesto in cui esercita la professione, sulla relazione salute-lavoro (e quindi medicina-lavoro), in special modo per i pazienti *difficili*.

daniela.lepore@uslcentro.toscana.it

CONVEGNI ECM

ORDINE DI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

ISCRIZIONI SOLO ONLINE

www.ordine-medici-firenze.it/index.php/eventi/promossi-dall-ordine

5,6 Crediti ECM

ONCOLOGIA INTEGRATA EVIDENZE ED ESPERIENZE CLINICHE

Venerdì, 21 Giugno 2019, 9.00-18.00

Aula Magna Nuovo Ingresso Careggi

Via G. Caccini 2, Firenze

—

5 Crediti ECM

TUMORI MAXILLO FACCIALI IL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DELLA AOU CAREGGI

Sabato, 12 Ottobre 2019, 8.00-13.15

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Via G.C. Vanini 15, Firenze

Segreteria Organizzativa OMCeO Firenze: tel. 0550750625-612

Il portale ARS degli indicatori per le AFT: strumento a supporto dell'*audit* clinico dell'assistenza ai pazienti con malattie croniche

di Ersilia Sinisgalli, Paolo Francesconi



ERSILIA SINISGALLI
Laurea in Medicina e Chirurgia nel 2011 e specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva nel 2017 presso l'Università degli Studi di Firenze. Già funzionario di ricerca presso l'Osservatorio di Epidemiologia, settore sanitario, dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

PAOLO FRANCESCONI
Dirigente Osservatorio di Epidemiologia, settore sanitario, ARS Toscana

PARTECIPANTI AL COMITATO AFT
Lorenzo Roti (Direzione generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Regione Toscana, già responsabile settore "Organizzazione delle Cure e Percorsi di Cronicità"), Franca Bigioli (coordinatore AFT, ASL Centro), Paola Bonini (UOC Attività Sanitarie di Comunità, ASL Sud-Est), Vittorio Boscherini (già direttore dipartimento Medicina Generale, ASL Centro), Ugo Faralli (coordinatore AFT, ASL Sud-Est), Marco Farnè (UF Cure Primarie, ASL Nord-Ovest), Dario Grisillo (direttore dipartimento Medicina Generale, ASL Sud-Est), Loredana Lazzara (SOS Convenzioni MMG, ASL Centro), Valeria Massei (UF Cure Primarie, ASL Nord-Ovest), Guglielmo Menchetti (direttore dipartimento Medicina Generale, ASL Nord-Ovest), Renato Tulino (coordinatore AFT, ASL Sud-Est)

L'*audit* clinico è uno strumento di governo clinico finalizzato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. L'Agenzia Regionale di Sanità mette a disposizione delle AFT della Medicina Generale un portale che contiene indicatori utili al supporto di questa attività, in particolare per la gestione delle malattie croniche a livello territoriale.

Parole chiave:

portale di AFT, indicatori, *audit* clinico, medicina generale, cronicità

La Legge n. 189 del 2012 ha stabilito la creazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), una nuova forma organizzativa monoprofessionale, all'interno della quale i medici di medicina generale e della continuità assistenziale svolgono la propria attività condividendo obiettivi, percorsi assistenziali e linee guida,

nonché strumenti organizzativi e di valutazione, tra cui gli *audit*.

In Toscana le AFT sono state costituite in seguito all'Accordo Integrativo Regionale per la medicina generale (Delibera di Giunta n. 1231/2012), che recepisce le indicazioni della normativa nazionale, definendone compiti, criteri di individuazione, composizione e organizzazione.

Fra gli obiettivi delle AFT rientrano la partecipazione al governo clinico aziendale, il miglioramento della gestione delle cronicità e la riduzione della variabilità nell'operato dei medici, salvaguardando il rapporto medico-paziente. I servizi erogati nell'ambito delle AFT dai medici di medicina generale sono discussi periodicamente mediante la metodica dell'*audit* clinico e della revisione tra pari all'interno dell'AFT, anche con la partecipazione di medici specialisti e dei medici di distretto quando necessario.

L'*audit* clinico è un processo di miglioramento della qualità attraverso una revisione sistematica dei processi assistenziali in base a criteri espliciti di riferimento da perseguire; identificati eventuali scostamenti, si mettono in atto azioni di miglioramento, in un processo continuo di verifica e miglioramento. L'*audit* è uno degli strumenti del governo clinico.

Per lo svolgimento degli *audit* sono necessari dati sull'attività medica e clinica svolta: è questo l'obiettivo

principale del portale curato dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS), che sviluppa una serie di indicatori a partire dai flussi sanitari correnti per analizzare l'attività dei medici di medicina generale afferenti alle AFT nella gestione delle malattie croniche, valutarne la presa in carico e discutere l'applicazione dei relativi PDTA, analizzando i processi di cura, gli esiti di questi processi e i costi sostenuti dal servizio sanitario regionale.

I dati per le AFT sono raccolti nel portale *ProTer* (Programma di Os-

Assistiti con più di 15 anni	BPCO
Iperensione senza diabete né malattie cardiovascolari	Fibrillazione atriale non valvolare
Diabete	Pregresso ictus
Cardiopatia ischemica senza scompenso e senza pregresso IMA	Demenza
Pregresso IMA	Pazienti complessi
Insufficienza cardiaca cronica	Follow-up oncologico

Tabella I – Le coorti d’analisi.

servazione del Territorio, <https://proter.ars.toscana.it>), in cui sono presenti varie sezioni dedicate alle attività territoriali: malattie croniche, riabilitazione, specialistica ambulatoriale, *long term care* e AFT.

In questa sezione sono raccolti i dati di attività dei medici delle AFT toscane, elaborati annualmente: nella popolazione di assistiti dei medici di medicina generale appartenenti all’AFT, risultante dall’anagrafe sanitaria al 1° gennaio di ogni anno, vengono identificate delle coorti di pazienti su cui si calcolano gli indicatori nei successivi 12 mesi (Tabella I).

Le coorti dei pazienti affetti da malattia cronica sono identificate tramite algoritmi specifici, consultabili nella sezione “Malattie Croniche” del portale.

La coorte *pazienti complessi* individua i pazienti sulla base dei criteri previsti dal nuovo modello di Sanità d’Iniziativa (DGRT 650/2016).

Per ogni AFT è descritta la popolazione generale di assistiti (indicatori demografici, di complessità assistenziale) e sono riportati grafici di sintesi degli indicatori che confrontano i valori raggiunti nel complesso dai medici di medicina generale dell’AFT con la media regionale.

Gli indicatori di processo, calcolati per ogni coorte di pazienti, sono relativi al PDTA teorico specifico per patologia: la maggior parte sono rappresentati dalle percentuali di pazienti che effettuano gli esami di laboratorio, le visite di controllo e gli esami strumentali previsti con le tempistiche adeguate, o che risultano in trattamento con i farmaci specifici per la patologia. Recentemente sono stati inclusi anche in-

dicatori sull’utilizzo di antibiotici e sul fine vita.

Gli indicatori di esito sono invece uguali per tutte le coorti di pazienti cronici: tasso di mortalità generale e prematura, tasso di accesso al Pronto Soccorso e tasso di ricovero in reparti per acuti. Per la popolazione generale degli assistiti sono calcolati anche i tassi di ospedalizzazione per alcune condizioni suscettibili di cure territoriali (per esempio diabete, BPCO, ipertensione) e per patologie il cui ricovero è ben correlato con l’incidenza (per esempio ictus, frattura di femore negli ultra 75enni, STEMI) (Figura 1).

Gli indicatori di spesa misurano la valorizzazione tariffaria delle prestazioni erogate dal SSN alle diverse coorti di assistiti, differenziando tra spesa totale territoriale e ospedaliera, relativamente a:

- farmaci, suddivisa in spesa a erogazione diretta, attraverso le ASL e indiretta attraverso le farmacie;
- prestazioni specialistiche (visite,

diagnostica strumentale e di laboratorio) previste dai PDTA o ricomprese nelle esenzioni specifiche per patologia;

- ospedalizzazioni.

I dati sono disponibili pubblicamente in forma aggregata, ma i coordinatori di AFT e i medici di comunità possono accedere, tramite credenziali, ai dati per singolo medico di medicina generale (Figura 2). L’analisi è stratificata per adesione o meno alla Sanità di Iniziativa.

Data la non accessibilità pubblica ai dati delle schede cliniche ambulatoriali della medicina generale, i medici di medicina generale integrano con i propri dati quelli messi a disposizione da ARS per lo svolgimento degli *audit*, a seconda degli argomenti affrontati.

Limiti e sviluppi del portale AFT

Lo strumento è pensato specificamente per supportare l’attività di *audit* clinico all’interno della *governance* di produzione ed è soggetto a una revisione continua per rispondere alle diverse esigenze. È stato recentemente istituito un comitato tecnico-scientifico che supporta la crescita del portale, formato da rappresentanti della medicina generale e dei medici di comunità delle ASL toscane. Le novità introdotte per l’analisi sul 2017 sono state: fibrillazione atriale non valvolare, utilizzo di antibiotici, *follow-up* oncologico,

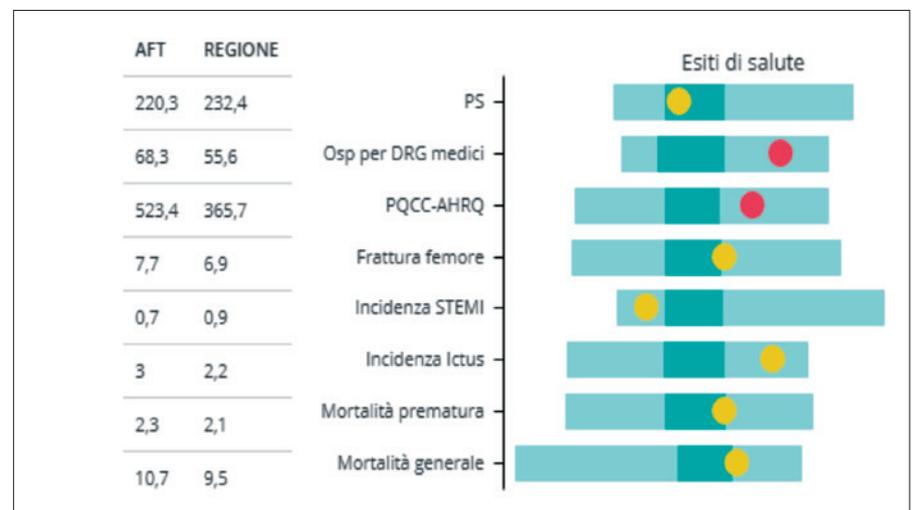


Figura 1 – Grafici di sintesi degli indicatori (da <https://proter.ars.toscana.it>).

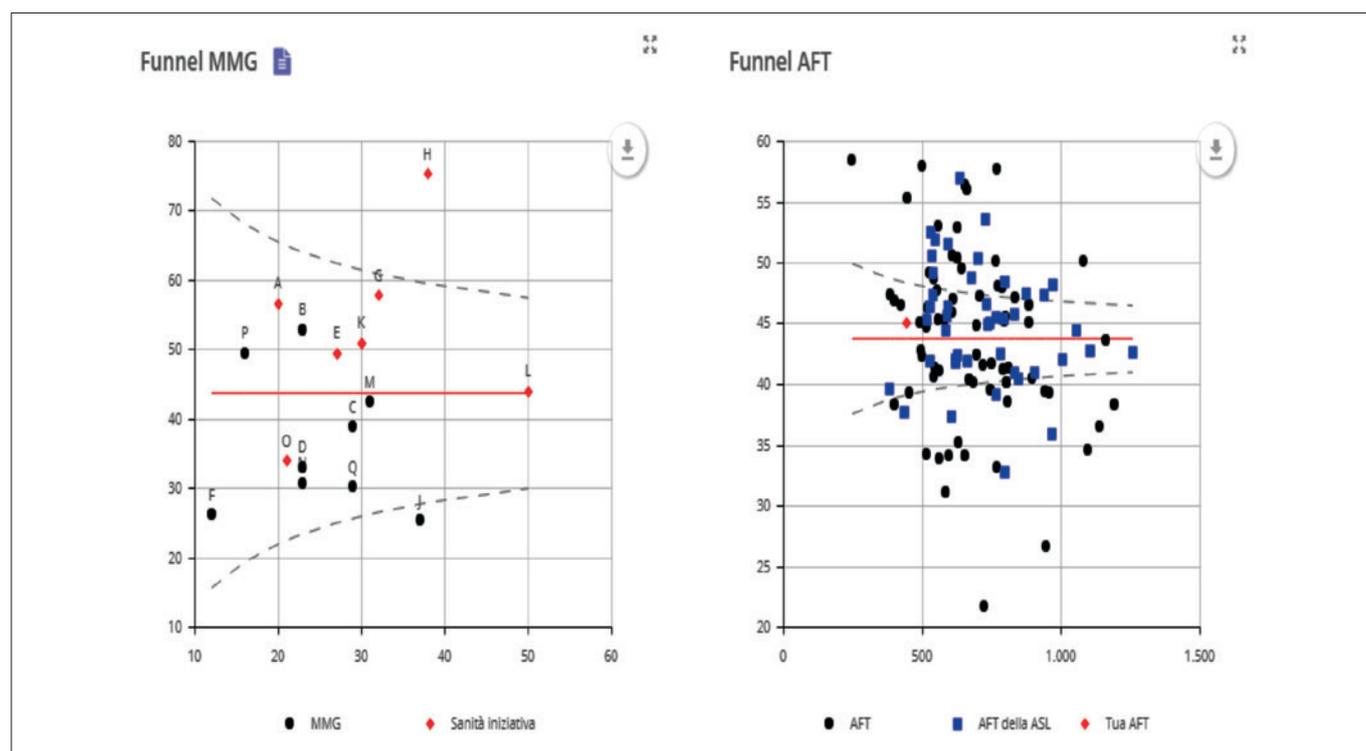


Figura 2 – *Funnel plot*: a sinistra il valore dell'indicatore per ogni medico di medicina generale di un'AFT; a destra i valori delle AFT della Regione (da [https://: proter.ars.toscana.it](https://proter.ars.toscana.it)).

fine vita, appropriatezza (*choosing wisely*).

Attualmente alcuni dei limiti sono rappresentati dall'intrinseca rigidità dei PDTA, costruiti per soggetti con una sola patologia cronica, situazione sempre meno frequente rispetto alla multi morbosità, e dalla non disponibilità di dati completi (per esem-

pio prestazioni erogate dal privato puro, prescrittore della prestazione). I prossimi sviluppi del portale prevedono l'inserimento di nuovi indicatori su ambiti finora non analizzati (per esempio malattie reumatiche, salute mentale ecc.) e l'acquisizione di ulteriori fonti dati oggi non disponibili per ARS (per

esempio dati di laboratorio, medico prescrittore). L'estensione della prescrizione dematerializzata e l'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico anche da parte dei medici di medicina generale saranno molto utili in tal senso.

ersiliasinisgalli@libero.it

SITO INTERNET DEDICATO A TOSCANA MEDICA

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

Il calcio ione: quale supporto alla clinica dalla biologia?

di Fernando Prattichizzo



FERNANDO PRATTICHIZZO
Specialista in Cardiologia,
Immunoematologia e Medicina Interna

L'interesse clinico alla correzione degli stati di ipocalcemia sembra trovare riscontro puntuale nelle nuove conoscenze di biologia cellulare su caderine, catenine, Klotho e apoptosi.

Parole chiave:
ipocalcemia, caderina, catenina, apoptosi, Klotho

Nell'articolo *A proposito delle linee-guida: il calcio ione*, apparso su "Toscana Medica" n. 7/2018, palesavo una serie di fattori valorizzanti il calcio in ambito clinico, cioè sia nella diagnostica, che nella terapia degli stati di carenza. È ben noto che l'ipocalcemia determina sul piano clinico disturbi psichici (come depressione, irritabilità, psicosi), spasmofilia, convulsioni, parestesie, aritmie, psoriasi, fragilità ungueale.

A proposito dello ione calcio la biologia cellulare fornisce importanti conoscenze, riguardanti l'adesione cellulare e l'apoptosi. Le caderine, infatti, sono glicoproteine transmembrana, caratterizzate dalla presenza nel dominio extracellulare di cinque moduli strutturali ripetuti e stabilizzati dal legame con ioni calcio. Da molti anni è noto che la rimozione di calcio dal terreno di coltura determina la dissociazione degli aggregati cellulari in singole cellule. Il calcio è richiesto per l'integrità dei tessuti, anche perché modifica la conformazione delle caderine e permette la loro funzione adesiva. Nella regione ammino-terminale

più esterna di molte caderine vi è una sequenza di tre aminoacidi (istidina, alanina, valina), che consente il processo di riconoscimento omofilo tra caderine ed è, quindi, essenziale per la funzione adesiva di questi recettori. Anche la regione citoplasmatica delle caderine è fondamentale per un'adesione stabile, in quanto si associa ai filamenti di actina del citoscheletro per mezzo di tre proteine, chiamate alfa-, beta- e gamma-catenine. L'interazione delle caderine con il citoscheletro è indispensabile per trasmettere alla cellula la forza meccanica dell'adesione. Le caderine E, che caratterizzano i desmosomi, giunzioni specializzate tra cellule epiteliali, presentano una regione citoplasmatica molto estesa. Nell'endotelio la caderina VE ha funzioni simili a quella della caderina E degli epitelii, consentendo la formazione di giunzioni strette, che – formando una barriera – sigillano il monostrato endoteliale. Invece, la caderina N, presente nelle cellule mesenchimali e nervose, media contatti meno stretti. Passando all'apoptosi, la cellula deve ricevere dei segnali specifici per crescere e dividersi (i fattori di crescita), ma deve anche ricevere in continuazione dei segnali di sopravvivenza per non morire. L'assenza di questi segnali innesca un processo di morte cellulare programmata, che dura una ventina di minuti. I segnali di sopravvivenza vanno dai già detti fattori solubili (di crescita) ai segnali d'interazione con la matrice extracellulare (innescati dalle integrine), fino ai segnali d'interazione cellula-cellula (attivati dalle caderine). La mancanza di un segnale di sopravvivenza innesca una risposta apoptotica. Poiché questa si manifesta anche in assenza di sintesi proteica, è evidente che il macchinario molecolare responsabile del controllo della morte cellulare è preconstituito all'interno della cellula e

che i segnali di sopravvivenza agiscono semplicemente da freni su questo macchinario. Se manca il freno, l'apoptosi si innesca immediatamente, senza che sia necessario regolare l'espressione di nuovi geni e produrre nuove proteine. I fattori solubili, le interazioni cellula-cellula e cellula-matrice extracellulare sono segnali cruciali per il differenziamento, la specificità e l'omeostasi tissutale. Tutto ciò premesso, ricordiamo il grande interesse che ha suscitato lo studio della proteina circolante *Fibroblast Growth Factor (FGF) 23*, prodotta dalle cellule ossee, che attraverso il cofattore della proteina Klotho agisce sulle cellule tubulari renali, aumentando il riassorbimento di calcio. Klotho, così chiamata in ricordo di una divinità greca che filava il destino della vita dell'uomo, ha azione antiapoptotica, riduce lo stress ossidativo, protegge il rene dal danno ischemico e influenza la crescita dell'osso. Questa molteplicità di azioni viene invocata per spiegare il suo ruolo protettivo nei confronti dell'invecchiamento. Nonostante sia generalmente accettato che l'iperfosfatemia costituisce il maggior determinante della calcificazione vascolare nell'insufficienza renale cronica, potrebbe avere un ruolo anche la deficienza di Klotho. D'altronde, i livelli circolanti di FGF23 rappresentano un forte predittore di mortalità nei soggetti con malattia renale cronica e si associano strettamente all'ipertrofia ventricolare sinistra.

Le nuove conoscenze derivanti dalla biologia avvalorano l'interesse del clinico per il calcio ione.

fernandoprattichizzo@gmail.com

Sull'attitudine umana verso le innovazioni tecnologiche: dal Turco Meccanico del XVIII secolo ai sistemi contemporanei di Intelligenza Artificiale in medicina

di Raffaele Rasoini, Camilla Alderighi

La ricerca sull'Intelligenza Artificiale e sulle sue potenziali applicazioni in medicina sta suscitando molto interesse. In questo articolo, attraverso una similitudine storica, evidenziamo il conflitto tra l'attitudine comune verso tale innovazione tecnologica e il *corpus* di prove scientifiche che (non) la supportano.

Parole chiave:
intelligenza artificiale,
Turco meccanico, *pro-innovation bias*.

Negli ultimi anni, il numero di pubblicazioni aventi come tema l'Intelligenza Artificiale e le sue potenziali applicazioni in medicina è aumentato considerevolmente. Numerosi studi, alcuni del tutto recenti, hanno messo in luce i progressi dei sistemi contemporanei di Intelligenza Artificiale, come l'elevata accuratezza

dimostrata nelle predizioni diagnostiche e prognostiche, e, su questa base, molti ricercatori hanno ipotizzato che sistemi evoluti di apprendimento automatico possano divenire in grado, nel prossimo futuro, di supportare virtuosamente o addirittura, in casi specifici, di sostituire i medici nello svolgimento dei propri compiti. Sebbene condividiamo l'idea che l'Intelligenza Artificiale sia ricca di potenzialità, nell'ambito della medicina contemporanea l'efficacia e la sicurezza di un nuovo intervento (sia esso un farmaco, un *test* diagnostico o un supporto decisionale basato sull'Intelligenza Artificiale) devono essere necessariamente definite da robuste prove scientifiche. Tuttavia, l'attitudine contemporanea prevalente nei confronti dei sistemi di Intelligenza Artificiale, nell'ambito sia della letteratura medica che della stampa laica, sembra in buona parte trascurare questo aspetto a favore di un'accoglienza entusiasta di tali innovazioni tecnologiche, atteggiamento che sintetizzeremo in questo articolo attraverso una curiosa similitudine storica.

Facciamo quindi un balzo indietro nel tempo e riferiamoci agli accadimenti che ebbero luogo a Vienna, alla corte di Maria Teresa d'Austria, dove nel 1770 fece la sua prima sorprendente apparizione il Turco. Vestito alla maniera mediorientale e seduto dietro a un grosso tavolo chiuso sul quale era posizionata una scacchiera, il Turco



RAFFAELE RASOINI
Laureato in Medicina nel 2002 e specializzato in Cardiologia nel 2006, è ricercatore presso l'IRCCS Don Carlo Gnocchi di Firenze e lavora presso vari centri medici dell'area fiorentina. Membro del gruppo Florence EBM Renaissance e del gruppo ISO-Spread, è interessato ai temi dell'evidence based decision making nella multimorbilità, dell'overdiagnosis e delle applicazioni dell'intelligenza artificiale in medicina

CAMILLA ALDERIGHI
IRCCS Fondazione Don Carlo Gnocchi, Firenze

era pronto a sfidare al gioco degli scacchi chiunque avesse osato fronteggiarlo. Ciò che sbalordì i presenti alla dimostrazione fu che il Turco non era affatto un essere umano, bensì un automa. Il suo inventore, il barone Wolfgang Von Kempelen, consigliere per la meccanica della casa reale d'Austria, lo aveva realizzato in un anno di lavoro per compiacere la regina.

Il Turco si dimostrò molto abile nel gioco degli scacchi, riuscendo a battere la grande maggioranza dei suoi sfidanti e fu persino portato in *tournee* nelle capitali europee, in Russia e in America. L'automa riscosse l'ammirazione e l'interesse di politici, letterati e matematici: sconfisse personaggi eminenti, come Giorgio III, Benjamin Franklin, Napoleone, e anche il giovane Edgar Allan Poe fu ispirato a scriverne in un noto racconto nel quale tentò di svelarne il funzionamento. Ma il Turco non era affatto un prodigio della tecnologia. Come venne reso noto diversi decenni dopo la sua prima apparizione, si trattava invece di una truffa, un imbroglio molto ben organizzato. Dentro al tavolo era infatti nascosto un essere umano, un uomo di piccola statura e molto abile nel gioco degli scacchi che era in grado, dal basso, di osservare le mosse degli avversari e fare le sue contromosse controllando il braccio meccanico del

Turco attraverso una serie di ingranaggi. Prima di ogni partita, nel momento in cui il barone Von Kempelen e i successivi proprietari del Turco aprivano gli sportelli sotto al tavolo proprio per dimostrare al pubblico come non ci fosse alcun trucco, quest'uomo si spostava rapidamente a destra o a sinistra, nascondendosi tra gli ingranaggi secondo uno schema prestabilito.

La similitudine tra il caso del Turco meccanico del XVIII secolo e i sistemi contemporanei di Intelligenza Artificiale potrebbe sembrare forzata: come noto, infatti, in epoca recente sistemi di Intelligenza Artificiale si sono davvero dimostrati capaci di battere a scacchi i più abili giocatori al mondo e oggi truffe come quella del Turco non avrebbero più alcun senso o risonanza. Anzi, avrebbe senz'altro maggior probabilità di realizzarsi il contrario, ovvero che un giocatore di scacchi umano, deciso a vincere con ogni mezzo, nascondesse da qualche parte un sistema di Intelligenza Artificiale per farsi supportare durante la partita.

Inoltre, a differenza del caso del Turco, non esiste alcun aggirio alla base dell'Intelligenza Artificiale: quest'ultima riguarda infatti l'abilità, da parte di alcuni algoritmi matematici, di "migliorarsi" nel tempo attraverso un processo di apprendimento automatico, costellato di prove ed errori, e, in ultima istanza, di generare predizioni derivate dall'elaborazione di vasti insiemi di dati.

A nostro avviso, tuttavia, l'aneddoto del Turco può permettere di rintracciare alcune analogie utili a rendere più comprensibili diversi aspetti della retorica contemporanea sull'Intelligenza Artificiale.

In primo luogo, così come nel caso del Turco, il meccanismo attraverso cui un sistema evoluto di Intelligenza Artificiale genera le proprie predizioni è spesso incomprensibile a noi umani. Ricorriamo infatti al concetto di *Black Box*, scatola nera, per riferirci ad alcuni modelli di Intelligenza Artificiale, come quelli di *deep learning*, la cui accuratezza è inversamente proporzionale all'interpretabilità, tanto che abbiamo equiparato questi algoritmi

agli antichi oracoli, le Pizie, il cui parere, ritenuto altamente affidabile e non discutibile, scaturiva attraverso un rituale volutamente complesso e incomprensibile ai questuanti.

Tuttavia, per dirla con una citazione cinematografica, "*Il potere non è mai stato con gli oracoli, bensì con i preti, anche se questi ultimi hanno dovuto inventare gli oracoli [per conservarlo]*" (*Minority Report*, 2002).

In altre parole, che lo si veda o meno, sebbene ben celato all'interno dei complessi meccanismi che stanno alla base dell'algoritmo, il ruolo dell'essere umano è centrale e imprescindibile anche nel caso dei sistemi di Intelligenza Artificiale. Questo è intuibile, dal momento che sono gli umani ad aver pensato e costruito questi sistemi, ma sono soprattutto gli umani ad averli *istruiti*, alimentandoli con vasti insiemi di dati, selezionati, *ripuliti* e classificati sempre a opera di umani. Infine, questi sistemi sono stati validati, in molti casi, attraverso un confronto con il giudizio di altri umani. Dunque, il fatto che nessun algoritmo di Intelligenza Artificiale possa prescindere dall'intervento umano realizza il paradosso secondo cui sistemi estremamente accurati riflettono necessariamente nel loro operato qualità e limiti eminentemente antropici, non ultimi i pregiudizi, le fallibilità e le idiosincrasie.

Altra analogia riguarda il fatto che gli scacchi sono un sistema chiuso e costituito da regole. Similmente, molte eccellenze contemporanee dell'Intelligenza Artificiale, che negli ultimi anni hanno contribuito a riportare alla notorietà questa disciplina anche al di fuori della medicina, sono sistemi chiusi. L'antica dama cinese "*Go*", il gioco "*Jepoardy!*", gli scacchi presuppongono, da parte di sistemi di Intelligenza Artificiale, risposte specifiche a domande specifiche come "Quale è la migliore mossa successiva da fare data l'attuale posizione delle pedine e date le regole del gioco?" oppure "Quale è la data di nascita di Winston Churchill?".

I sistemi algoritmici, nel gioco così come in medicina, primeggiano all'interno di confini ben delineati che non sono tuttavia in grado di oltrepassare.

Traslando la questione al nostro settore, come medici è giusto allora domandarci quanto spesso nella nostra professione ci vengano poste domande specifiche che presuppongono risposte ben definite e quanto spesso, invece, siamo chiamati a rispondere a quesiti e a prendere decisioni che richiedono l'interazione di più sistemi complessi, l'inclusione di elementi di contesto e una forte componente di giudizio individuale e inter-individuale.

In altre parole, lo iato che separa la predizione (di un algoritmo) dalla decisione (umana) è molto profondo e, a nostro avviso, certamente non colmabile da un approccio matematico e riduzionista.

Altra analogia concerne la simbolica antitesi umano-macchina, anche questa emblemizzata nell'esperienza del Turco Meccanico. Ciò riflette molto della retorica contemporanea sull'Intelligenza Artificiale, ovvero pone l'accento sul ruolo competitivo dell'Intelligenza Artificiale rispetto a quello collaborativo: l'umano contro la macchina, lo scacchista umano contro l'automa, il medico contro l'Intelligenza Artificiale, come se l'impiego dell'uno escludesse l'altro. Ma, ci domandiamo, è corretto affrontare la nostra relazione con l'automazione in termini oppositivi?

Infine, vogliamo porre l'accento sulla credulità del "pubblico", prima alla corte di Maria Teresa d'Austria, e, successivamente, in tutto il mondo occidentale. La *favola* del Turco andò avanti per oltre tre quarti di secolo prima che fosse svelato l'inganno. Tuttavia, l'ingenuità dell'epoca era comprensibile: era infatti l'inizio della rivoluzione industriale e le persone erano così affascinate dal rapido sviluppo della tecnologia che si era diffuso l'assunto secondo cui l'automazione avrebbe rimpiazzato gli umani in molti compiti, tra cui il lavoro. Ricorda qualcosa?

Ma, al di là della propensione iniziale verso l'accettazione acritica dell'innovazione (fenomeno noto come *pro-innovation bias*), quale è davvero l'evidenza scientifica dietro ai sistemi di Intelligenza Artificiale

in medicina? Per adesso, molto limitata. La maggioranza degli studi sul tema sono stati infatti pubblicati su piattaforme di *pre-print* come *ArXiv* o *BiorXiv*, e dunque non sottoposti al vaglio della *peer review*. Esiste poi una crescente quota di lavori pubblicati su riviste *peer reviewed*, ma si tratta di studi che hanno analizzato dimensioni, di questi sistemi, che riteniamo *surrogate* (rispetto agli esiti clinici primari), come l'accuratezza delle predizioni in ambito diagnostico o prognostico. Se andiamo, tuttavia, a valutare quanti studi siano stati condotti in contesti clinici reali anziché sperimentali e quanti abbiano testato l'efficacia e la sicurezza di sistemi di Intelligenza Artificiale in riferimento agli *outcome* riguardanti la salute e la qualità di vita dei pazienti, la risposta è, per adesso, nessuno. Quali possibili indicazioni, allora, per il futuro della ricerca sull'Intelligenza Artificiale? In primis, vogliamo sottolineare che è necessario

superare l'attitudine di focalizzarsi sull'accuratezza come unica metrica di valutazione dei sistemi di Intelligenza Artificiale. Occorrono, infatti, studi che ne analizzino efficacia e sicurezza riguardo alla capacità di modificare favorevolmente gli *outcome* di salute e che ne valutino anche la tollerabilità sia da parte dei medici che da parte dei pazienti.

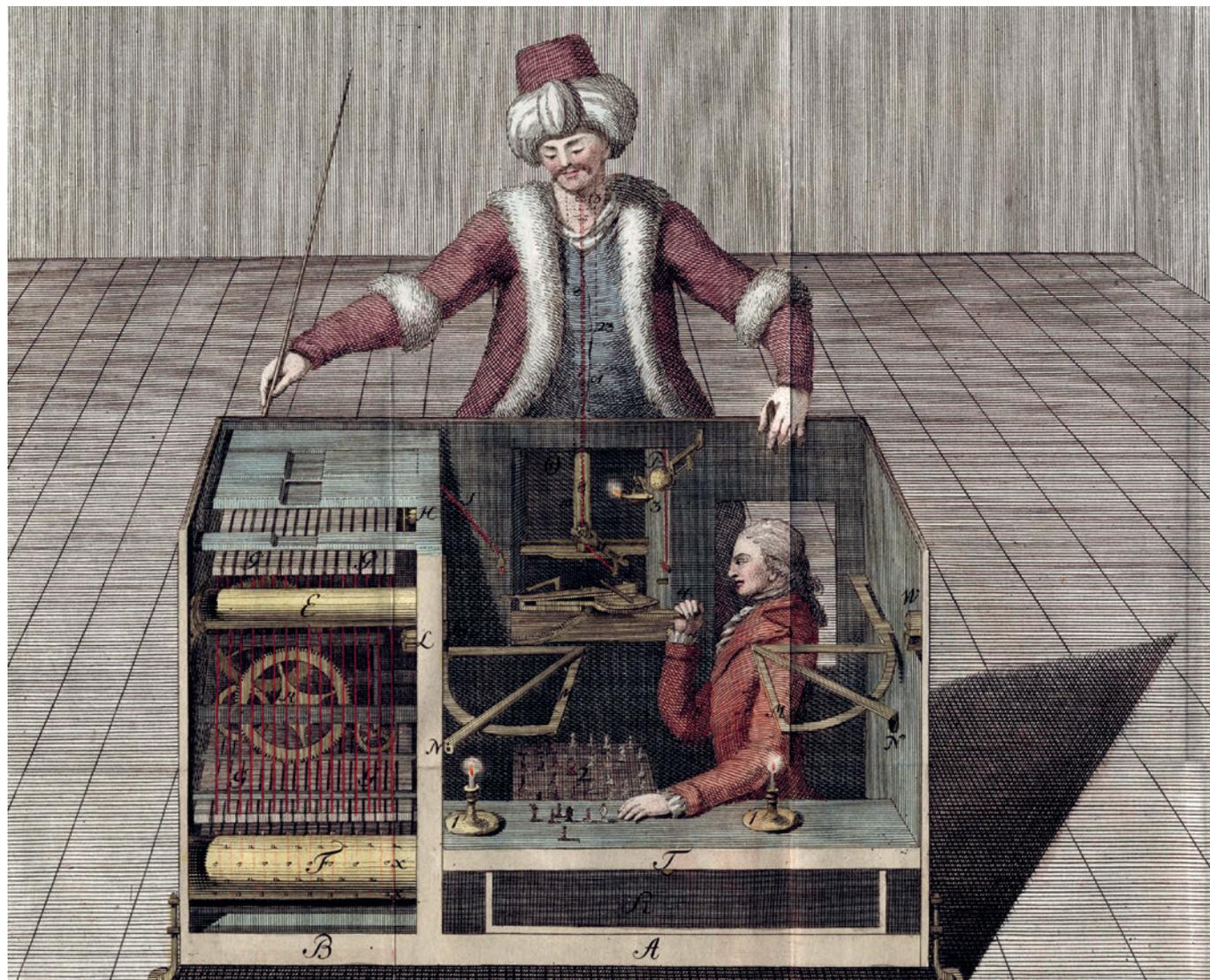
Se, ad esempio, dovesse emergere che gli *outcome* per una specifica patologia non si modificano a seguito dell'introduzione dell'Intelligenza Artificiale, ma che i medici devono impiegare molto più tempo davanti a un *computer* per inserire i dati necessari ad alimentare questi sistemi, limitando ulteriormente il tempo da dedicare al rapporto diretto con il paziente, ne sarebbe valsa la pena? Inoltre, dovremmo riuscire a evadere dalla mitografia del confronto/sfida tra medici e sistemi di Intelligenza Artificiale, che sottende di fatto una presunta sostituibilità della nostra

professione da parte dell'automazione, ipotesi a oggi del tutto inverosimile; bensì dovremmo confrontare gli esiti clinici derivanti da gruppi di medici che si avvalgono del supporto di sistemi di Intelligenza Artificiale, in contesti clinici reali, con quelli di gruppi di medici che non si avvalgono di questo supporto.

Infine, non è ovviamente pensabile un'implementazione acritica e deregolamentata dei sistemi di Intelligenza Artificiale, ma occorre che questi, una volta approvati dagli enti regolatori per l'utilizzo clinico sulla base di prove di efficacia e sicurezza, siano sottoposti a un monitoraggio *post-marketing* simile a quello a cui vanno incontro farmaci e dispositivi, con lo scopo di evidenziare, nel lungo periodo, anche le conseguenze inattese derivanti dalla loro applicazione pratica in contesti clinici diversi da quelli sperimentali.

raffaele.rasoini@gmail.com

Joseph Racknitz, Humboldt University Library, 1789



Amiloidosi cardiaca da transtiretina, una patologia misconosciuta con nuove prospettive terapeutiche

di Francesco Cappelli, Simone Bartolini, Carlo Di Mario, Iacopo Olivotto, Alberto Moggi Pignone, Federico Perfetto



FRANCESCO CAPPELLI
Dal 2010 Dirigente Medico in cardiologia presso il Dipartimento CardioToracoVascolare della AOU Careggi, SOD Interventistica Cardiologica e Strutturale, Unità di Terapia Intensiva Cardiologica. Dal 2009 cardiologo del Centro di Riferimento Regionale Toscano per la Cura della Amiloidosi presso la AOU Careggi dove si occupa di diagnostica e gestione terapeutica dei pazienti con amiloidosi cardiaca.

SIMONE BARTOLINI
Centro Regionale di Riferimento per lo studio e la cura della Amiloidosi, AOU Careggi, Firenze

CARLO DI MARIO
Interventistica Cardiologica e Strutturale, AOU Careggi, Firenze

IACOPO OLIVOTTO
Unit Cardiomiotopie, AOU Careggi, Firenze

ALBERTO MOGGI PIGNONE
Medicina per la complessità assistenziale 4, AOU Careggi, Firenze

FEDERICO PERFETTO
Centro Regionale di Riferimento per lo studio e la cura della Amiloidosi, AOU Careggi, Firenze; Medicina per la complessità assistenziale 4, AOU Careggi, Firenze

L'amiloidosi rappresenta un gruppo eterogeneo di patologie caratterizzate dall'accumulo di proteine negli organi bersaglio. Il cuore viene spesso interessato dalla deposizione sia nelle forme AL sia nelle forme da transtiretina (familiare e *wild-type*). La prevalenza reale della patologia è in costante aumento e nel prossimo futuro saranno disponibili terapie efficaci come emerso dai recenti *trials*.

Parole chiave:
amiloidosi, transtiretina, trattamento farmacologico

L'amiloidosi rappresenta un gruppo di patologie, acquisite o ereditarie, caratterizzate dalla deposizione extracellulare di proteine fibrillari insolubili con conseguente alterazione dell'architettura e della funzione dei tessuti coinvolti. Il cuore rappresenta uno dei principali organi bersaglio. Il coinvolgimento cardiaco può essere riconducibile a due forme eziologiche distinte: l'amiloidosi AL, forma sistemica non ereditaria, secondaria alla

presenza di cloni plasmacellulari mi-dollari che producono catene leggere libere circolanti delle immunoglobuline responsabili dei depositi fibrillari e la amiloidosi da transtiretina (TTR) una proteina prodotta dal fegato che trasporta nel sangue il retinolo e gli ormoni tiroidei. L'amiloidosi da TTR si divide a sua volta in due forme, una acquisita legata alla deposizione di TTR non mutata o *wild-type* a interessamento pressoché esclusivo cardiaco e denominata amiloidosi cardiaca senile (SSA) e una ereditaria a trasmissione autosomica dominante, in cui i depositi possono interessare principalmente il sistema nervoso periferico, il cuore o entrambi i distretti. La deposizione di fibrille nel miocardio comporta un incremento dello spessore delle pareti dei ventricoli che diventano più rigide riducendone l'efficienza contrattile e alterando il rilasciamento. Mentre negli ultimi anni il numero di diagnosi di amiloidosi AL è rimasto relativamente costante, la frequenza dell'amiloidosi da transtiretina sia mutata che, soprattutto, nella sua forma senile è andata progressivamente crescendo. Questo incremento è sicuramente ascrivibile all'invecchiamento della popolazione, ma anche alla maggiore attenzione dei clinici di fronte a questa malattia e alla disponibilità e a un aumentato impiego di un *test* semplice, affidabile e accurato, come la scintigrafia ossea con difosfonati (Figura 1). Tale *test* ha infatti aiutato a identificare e diagnosticare correttamente soggetti che altrimenti sarebbero stati considerati come genericamente affetti da scompenso cardiaco a frazione di eiezione conservata. Studi di prevalenza hanno

infatti dimostrato come l'amiloidosi cardiaca da TTR sia responsabile di circa il 15% dei casi di scompenso cardiaco a frazione di eiezione conservata negli over 65. La Toscana nella sua dorsale appenninica a cavallo con Emilia Romagna e alte Marche ha una frequenza elevata di una particolare forma ereditaria (mutazione patogenetica Ile68Leu) che è caratterizzata da un interessamento cardiaco predominante, praticamente indistinguibile dall'amiloidosi senile. Per quanto concerne la terapia, mentre il trattamento dell'amiloidosi AL negli anni ha potuto giovare di numerosi protocolli chemioterapici mutuati dalla terapia del mieloma, con sopravvivenze anche molto lunghe, il tratta-

mento dell'amiloidosi da transtiretina, fino a oggi, era limitato a una terapia di supporto basata principalmente sui diuretici. Finalmente nell'arco del 2018 abbiamo assistito alla presentazione di tre studi di fase 3, con farmaci che hanno dimostrato un'efficacia nel trattamento dell'amiloidosi da TTR. Inotersen, un oligonucleotide anti-senso che inibisce la produzione epatica di transtiretina, è stato valutato in pazienti con amiloidosi familiare da transtiretina complicata da polineuropatia. Inotersen, somministrato settimanalmente per via sottocutanea, ha dimostrato un miglioramento del quadro neurologico e della qualità della vita in confronto al placebo. Nello studio Apollo è stato invece valutato l'efficacia di Patisiran, farmaco che riduce la produzione epatica di transtiretina distruggendo all'interno delle cellule l'Rna messaggero che codifica la sintesi della proteina. Nello studio Apollo pazienti con ATTR familiare sono stati randomizzati a Patisiran, somministrato per via endovenosa o a placebo. A un *follow-up* di 18 mesi è stato osservato un miglioramento della neuropatia, della qualità della vita e un miglioramento di alcuni parametri funzionali come la velocità del cammino; in un sottogruppo dei pazienti con coinvolgimento cardiaco, Patisiran ha mostrato una significativa riduzione dei valori di NTproBNP, marker prognostico importante nei pazienti con amiloidosi e un miglioramento della contrattilità miocardica. Il terzo studio invece ha riguardato Tafa-

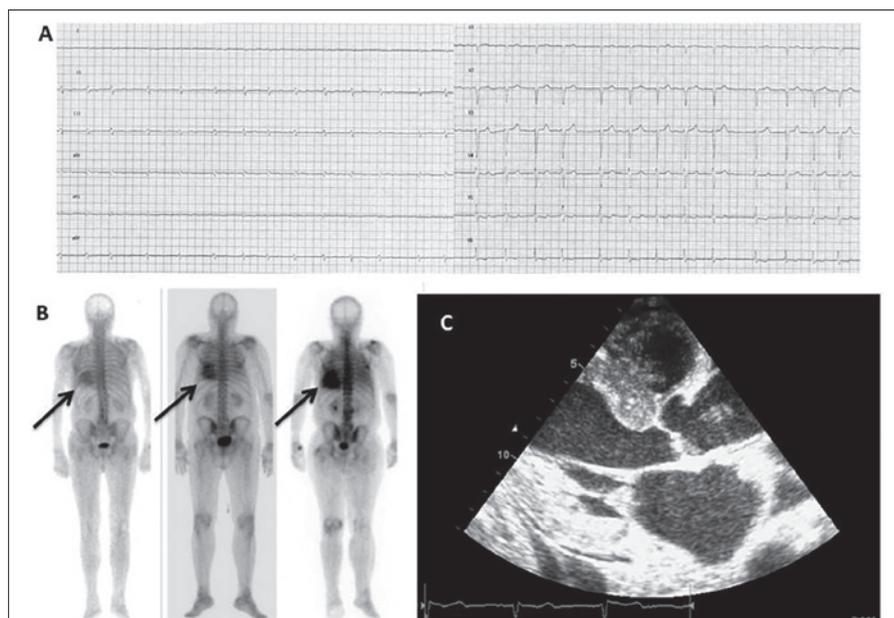


Figura 1 – Panel A: Elettrocardiogramma con diffusi bassi voltaggi nelle derivazioni periferiche. Panel B: gradi crescenti (da sinistra a destra) di captazione cardiaca durante scintigrafia con tracciante osseo, indicativi di amiloidosi cardiaca; Panel C quadro ecografico suggestivo di amiloidosi cardiaca con ispessimento delle pareti del ventricolo sinistro associate a marcata iperreflettenza del miocardio.

midis, una piccola molecola ad alta affinità per la TTR, che legandosi al tetramero di transtiretina lo stabilizza e ne impedisce la frammentazione e precipitazione nei tessuti. Nello studio ATTR-ACT, presentato all'ultimo congresso europeo di cardiologia, sono stati arruolati 264 pazienti con amiloidosi cardiaca da TTR, sia nella forma familiare che nella forma *wild-type*, trattati con Tafamidis con due differenti dosaggi contro un braccio placebo. Per la prima volta la molecola di Tafamidis ha mostrato una riduzione sia della mortalità per tutte

le cause, sia dell'incidenza di ricoveri ospedalieri per scompenso cardiaco. Questo risultato era associato anche a un rallentamento nel declino della capacità funzionale e a un miglioramento della qualità di vita rispetto al gruppo placebo. Per concludere l'amiloidosi cardiaca da transtiretina rappresenta una malattia con una prevalenza in rapida crescita, ma ancora largamente sottodiagnosticata. I risultati delle ultime ricerche hanno, per la prima volta, dimostrato che la storia naturale di questa malattia può essere modificata efficacemente rallentando la deposizione di nuova amiloide e quindi bloccando l'evoluzione di ulteriore disfunzione d'organo. Ciò deve spingere i clinici a conoscere le caratteristiche salienti di questa malattia, i suoi segni e sintomi caratteristici (*red flags* e *flow chart* diagnostica gestionale) (Tabella I) in modo da mantenere alto il livello di attenzione e quindi riferire i casi sospetti per conferma diagnostica e eventuale trattamento presso i centri multidisciplinari per la cura dell'amiloidosi, auspicabilmente prima dell'instaurarsi di una grave e irreversibile disfunzione d'organo.

Red Flags
Segni e sintomi di scompenso destro inspiegabili dopo indagini di primo livello
S. Tunnel carpale (in particolare se bilaterale) in soggetti di sesso maschile
Discrepanza tra bassi voltaggi ECG e elevati spessori del ventricolo sinistro all'ecocardiogramma
Ipertrofia ventricolare sinistra non spiegata
Grave disfunzione diastolica
Elevati valori di peptidi natriuretici associati a lieve ma costante incremento dei valori di troponina
Indagini diagnostiche strumentali
Elettrocardiogramma
Ecocardiogramma
RM cardiaca
Scintigrafia <i>total body</i> con traccianti ossei

Tabella I – *Red Flags* utili per sospettare la presenza di amiloidosi cardiache ed esami per una sua conferma o esclusione diagnostica.

cappellif@aou-careggi.toscana.it

Marginalità e disastri

di Giada Brandani



GIADA BRANDANI
Centro di Bioclimatologia,
Università degli Studi di Firenze

Parole chiave:
emergenze, disastri, disabilità,
vulnerabilità, resilienza

Le persone che si trovano in condizioni di marginalità, vivendo spesso al limite della sussistenza, in povertà, in condizioni di esclusione sociale, di discriminazione risultano inevitabilmente vulnerabili in un contesto di emergenza, non avendo accesso a tutti i tipi di risorse disponibili. La gestione dei gruppi marginali da parte degli attori coinvolti (Protezione Civile, Croce Rossa, Vigili del Fuoco, Sistemi Sanitari, Aziende Ospedaliere ecc.) risulta, purtroppo, non sempre efficiente per lacune nelle procedure di intervento. Il lavoro presentato riassume parte dei risultati del progetto CARISMAND (*Culture and Risk Management in Man-made and Natural Disasters*, D2). Il progetto CARISMAND ha ricevuto finanziamenti dal programma di ricerca e innovazione Horizon 2020 dell'Unione Europea nell'ambito della convenzione di finanziamento n. 653748.

Introduzione

Secondo la definizione proposta da Gatzweiler et al. (2003), la marginalità indica una posizione involontaria oppure la condizione di un individuo o di un gruppo di persone, ai margini dei sistemi sociali, politici, economici, ecologici o biofisici, che impedisce loro l'accesso a risorse e servizi, ne limita la libertà di scelta, lo sviluppo delle capacità, causandone povertà. In aggiunta, in linea con Gaillard e Cadag (2009), le cause della marginalità possono essere fisiche (ad esempio vivere in luoghi o in spazi pericolosi, avere una mobilità ridotta a causa di menomazioni fisiche), sociali (come essere membri di etnia o minoranza etnica, avere problemi di salute mentale), economiche (ad esempio essere senza casa a causa della povertà) ecc.

La disabilità, sia essa fisica o mentale, è una delle condizioni che può determinare l'aumento del rischio in caso di disastro. La presenza di procedure specifiche e la formazione dei soccorritori risultano essenziali per mitigare gli impatti di un disastro, a partire dalle prime fasi della risposta alle emergenze.

Nella prossima sezione l'attenzione sarà focalizzata sui disabili e altri gruppi vulnerabili.

Disabili

In caso di disastro, le persone con disabilità sono più vulnerabili poiché impossibilitate a reagire in modo efficace nelle situazioni di crisi, necessitando di procedure e attenzioni particolari da parte dei soccorritori. In un contesto di emer-

genza, infatti, è necessario che i soccorritori siano preparati a gestire in modo efficiente diverse tipologie di disabilità dal momento che ciascuna richiede un'adeguata e specifica competenza. Esistono tante forme di disabilità come la paraplegia, la cecità, la sordità, il ritardo mentale, la demenza senile, il morbo di Alzheimer. Le disabilità comprendono anche la dipendenza da apparecchi elettromedicali, attrezzature e rifornimenti per il sostegno delle funzioni vitali. Tutto questo rende le persone con disabilità molto vulnerabili nonché soggette a discriminazione perché non in grado di usufruire degli stessi mezzi per poter far fronte all'emergenza e mitigare gli impatti del disastro. Solo per fare un esempio, le persone sorde, o affette da difetti visivi, potrebbero non riconoscere un pericolo o non sentire istruzioni verbali che intimino l'evacuazione (Kailes 2002).

Negli ultimi anni è emersa una maggiore sensibilità riguardo a questo tema, soprattutto nei Paesi europei. La *Carta di Verona sul salvataggio delle persone con disabilità in caso di disastri*, adottata nel 2007, che si è aggiunta alla risoluzione del Parlamento Europeo sulle catastrofi naturali e alla Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità, all'articolo 11 ricorda l'impegno assunto da tutti gli Stati Membri a prendere "tutte le precauzioni necessarie per garantire la protezione e la sicurezza delle persone con disabilità in situazioni di rischio, incluse le situazioni di conflitto armato, emergenze umanitarie

e disastri naturali”. Lo scopo della *Carta di Verona* (art. 1) è quello di delineare le basi per articolare una visione comune e universale riguardo tutti gli aspetti delle attività necessarie per garantire la protezione e la sicurezza di persone con disabilità in situazioni di rischio (Protezione Civile, 2011).

Un altro esempio è rappresentato dal *Toolkit for good practice on major hazards and people with disabilities* proposto in Belgio (2015) al fine di fornire esempi di buone pratiche per i professionisti della protezione civile, per ridurre la vulnerabilità delle persone con disabilità ai disastri, descrivendo alcune iniziative intraprese in vari Paesi europei. Il *Toolkit* è stato concepito sul principio di uguaglianza secondo il quale le persone con disabilità non meritano di avere meno diritti rispetto ad altri gruppi, non solo durante le emergenze, ma anche durante l'intero “ciclo del disastro”, *prevenzione* (compresi l'adattamento degli edifici e l'educazione alla preparazione al rischio) - *risposta* - *ripristino*.

Relativamente a un'altra forma di disabilità, e cioè persone con problemi di salute mentale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha

pubblicato il Piano di Azione 2013-2020 per l'approccio alla salute mentale durante le emergenze, includendo strumenti e raccomandazioni tecniche a supporto dei Paesi per lo sviluppo di politiche e piani atti a migliorare globalmente la qualità e la disponibilità delle cure.

Risulterebbe, pertanto, di fondamentale importanza dare un ruolo primario alle persone con disabilità nella pianificazione delle attività e nella ricerca di soluzioni per la riduzione del rischio nelle situazioni di disastro, migliorando sempre di più le procedure di intervento da parte dei soccorritori.

Senza fissa dimora

Un altro gruppo vulnerabile è rappresentato da persone senza fissa dimora o senzatetto. A oggi questa categoria ha ricevuto una scarsa attenzione nel campo della gestione delle catastrofi, con poche eccezioni (Settembrino 2013; Walters & Gaillard 2014). È importante sottolineare che l'attenzione ai senzatetto è stata del tutto trascurata in una politica orientata alla riduzione del rischio di catastrofi (ad esempio, la Strategia Internazionale delle Nazioni Unite per la riduzione dei disastri del 2011). Per essere in grado

di pianificare meglio gli interventi mirati, è fondamentale spiegare adeguatamente le cause che hanno portato al problema dei senzatetto, poiché le strategie di resilienza che possono essere attivate sono molto diverse nel caso di problemi di salute economica, sociale o mentale.

Conclusioni

Le caratteristiche psicosociali e culturali di alcuni gruppi specifici potrebbero renderle particolarmente fragili e vulnerabili nel contesto di catastrofi. Nei decenni passati è stata dedicata grande attenzione ad alcuni gruppi (ad esempio donne e bambini), tuttavia altri gruppi necessitano di molta più attenzione (ad esempio i disabili). Un'attenzione specifica per gruppi particolarmente fragili e vulnerabili dovrebbe essere resa obbligatoria nelle discussioni e nelle politiche sull'agenda internazionale. Solo quando saranno esplorati in profondità i processi attraverso i quali i fattori di rischio di questi gruppi si traducono in livelli più elevati di marginalità e vulnerabilità nel contesto di disastri, sarà possibile sviluppare strategie preventive e gestionali efficaci.

giada.brandani@unifi.it







**PROF. MANFREDO
FANFANI**
RICERCHE CLINICHE

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