

TOSCANA MEDICA

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

Mensile - Anno XXXIX n. 6 agosto-settembre 2021 - Spedizione in Abbonamento Postale - Stampe Periodiche in Regime Libero - FIRENZE n. MBPA/CN/FI/0002/2018 - Aut. Trib. Fi. n. 3138 del 26/05/1983

AGOSTO-SETTEMBRE

6



**Il riscontro diagnostico
in epoca COVID**



**Il *time management*
in Sanità**



**Il GIROT della USL
Toscana Centro**



**Citomegalovirus
in gravidanza**

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE







Anno XXXIX - n. 6 agosto-settembre 2021
ISSN 2611-9412 (print) – ISSN 2612-2901 (online)

Direttore Responsabile
Pietro Claudio Dattolo

Capo Redattore
Simone Pancani

Segretaria di Redazione
Monica Marongiu

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

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

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

Redazione e Impaginazione: Margherita Cianchi
Tel. 050 3130232 • mcianchi@pacineditore.it

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

Finito di stampare luglio 2021 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 personali", Lei ha diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, di consultare, far modificare o cancellare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista. Tale Suo diritto potrà essere esercitato semplicemente scrivendo a:
m.marongiu@omceofi.it



Fondato da
Giovanni Turziani

In copertina
Corrado Cagli
Figura
Pennarello
su cartone telato,
cm 15x10
Collezione privata,
Firenze



Pietro Claudio Dattolo



Simone Pancani



Monica Marongiu

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 *Amorevoli convicini, non è vero che c'habbiamo la peste*
E. Diana

EDITORIALE

- 6 *I mille dubbi, le domande e le aspettative del PNRR*
P.C. Dattolo

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 8 *L'attività di riscontro diagnostico in corso di pandemia da SARS-CoV-2: l'esperienza dell'Azienda Toscana Nord-Ovest*
D. Bonuccelli e coll.
- 11 *La presa in carico condivisa del paziente complesso tra ospedale e territorio: l'esperienza del GIROT all'interno della USL Toscana Centro*
E. Benvenuti e coll.
- 14 *La vita sessuale nella terza età*
A. Ghizzani
- 25 *Citomegalovirus in gravidanza: inserimento di valaciclovir in legge 648/96 e possibile screening universale*
M. Trotta, L. Zammarchi
- 29 *Il time management in Sanità*
M. Montomoli
- 32 *Il Percorso Codice Rosa in AOU Careggi: dall'istituzione del percorso alla Unit*
P. d'Onofrio
- 35 *Interventi Assistiti con gli Animali*
F. Mugnai

OPINIONI A CONFRONTO - a cura di S. Pancani

- 18 *Dialisi peritoneale: oggi il paziente si segue da remoto*
E. Altì, I. Benedetti, G. Gensini, S. Michelassi, R. Russo

31 - LETTI PER VOI - A. Panti

38 - IN RICORDO DI PIERLUIGI TOSI - P.C. Dattolo, A. Panti



OPEN ACCESS

La rivista è open access e divulgata sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribution - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). Il fascicolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Amorevoli convicini, non è vero che c'habbiamo la peste

di Esther Diana



ESTHER DIANA
Fondazione Santa Maria Nuova,
Onlus - Firenze

Le contingenze del momento hanno riproposto un tema che avevamo dimenticato certi che appartenesse al passato; a quel mondo occulto dove la malattia conservava – anche quando più conosciuta – un alone di mistero e superstizione all'interno del quale il termine “contagio” costituiva, di quel sapere contrastato, la massima esemplificazione. Oggi – nonostante tutto il progresso che la scienza e la medicina in particolare hanno conseguito – ci troviamo a trattare ancora l'argomento quasi con la stessa angoscia e lo stesso stupore.

Sul “contagio” molto è stato scritto in quest'ultimo anno: forse anche troppo. *Toscana Medica* ne ha trattato con intelligenza suscitando molto interesse. Abbiamo “assaporato” i testi di Riccardo Beoncini e di Barbara Affolter che ci hanno presentato, per le criticità sanitarie incorse a Firenze, l'operosità elargita da un ente laico privato quale la storica *Misericordia*.

Ebbene, nei prossimi appuntamenti, questo stesso argomento verrà trattato dal punto di vista dell'autorità pubblica, ovvero di come l'emergenza sanitaria tra i secoli XV e XVII è stata gestita dallo Stato, organizzata dai suoi organismi e applicata dai suoi funzionari senza dimenticare come ciò è stato vissuto nella quotidianità da quegli “huomini dabbene” o “huomini da poco” in cui era suddivisa la società fiorentina.

Prima regola dello Stato: negare il contagio

Durante le epidemie pestose del Cinquecento ma, soprattutto, per la peste del 1630-31, lo Stato viene

a conoscenza di un contagio in atto tramite tre strade: quella dei “sentito dire” più o meno autorevoli di cui ne sono araldi i viandanti, i pellegrini, i mercanti, i nobiluomini in viaggio da una corte principesca all'altra; quella ufficiale (ma assai rara) proveniente direttamente dallo Stato colpito; infine, quella rivelata dai referenti sanitari delle città o terre soprattutto di frontiera che, dai mercanti in transito, raccolgono le notizie trasmettondo poi alla Magistratura degli Ufficiali di Sanità.

È a questo punto che si attivava la macchina burocratica di allerta. Infatti, a questo Ufficio spettava il compito di inviare sul posto propri medici per verificare la veridicità delle notizie e, qualora la malattia fosse stata accertata, ingiungere ai podestà di tutte le città, dei borghi e dei castelli del dominio (specialmente quelli confinanti con i luoghi infetti) di predisporre guardie alle porte cittadine e lungo le strade che conducevano alle frontiere per interdire l'accesso a uomini e merci. A leggere la documentazione pervenutaci sull'argomento così ricca di norme e regolamenti – tutti tendenti a subordinare l'agire dei singoli e dello Stato al conseguimento del “bene universale” – nasce immediato il plauso per la meticolosità e l'incisività di questa normativa. In realtà, ieri come oggi, nulla è perfetto ed è proprio sul tema del “chiudere” le frontiere – ovvero i commerci – che si evidenziano i primi “cedimenti” del sistema che inducono all'elusione delle notizie e spesso ai compromessi.

Chiudere le comunicazioni con una città, con uno Stato – ieri come oggi –

significa interrompere traffici e mercati quindi nella pratica comportare miseria per le categorie sociali già deboli ma anche proibire introiti alle categorie più elitarie, quelle, in sintesi, che reggono l'economia e le finanze dello Stato stesso.

Così l'ente pubblico è indotto a prendere tempo mediante silenzi diplomatici o tramite risposte sibilline del tipo: “un pocho di peste ch'ha colpito... se ne vede già la guarigione”; “piace a Iddio laverce-ne liberato subito”; “et però si spera che non essendo infezione dell'aria sia per risolversi presto”. In tale contesto acquista importanza quel “gioco di alleanze” che, a seconda degli interessi politici o economici intercorrenti tra i vari Governi, detta le regole dei comportamenti da adottare. Si sta a vedere cosa farà il “vicino”: chiuderà le proprie frontiere? disdeterà quel mercato? quella fiera?

La diplomazia spesso rappresenta l'unica strada da intraprendere: le lettere che intercorrono tra i vari organismi statali demandati all'informazione sanitaria sono sempre molto formali, quasi ossequiose; raramente esternano ira per mancate omissioni, per ritardi; sempre viene invocato l'intervento di Dio quasi che sia la sua volontà – e non il comportamento dell'uomo – ad accrescere o affievolire la virulenza del male. In ultimo, queste missive rivelano un'ulteriore ipocrisia: ovvero sollecitano a fornire ragguagli e aggiornamenti sul dilagare del morbo anche se si sa in partenza che le notizie che giungeranno saranno comunque parziali se non mendaci.

Emblematica la missiva – tra l’adirato e l’ironico – che la Repubblica di Lucca invia a Firenze nell’agosto del 1630: “Non possiamo negare che la lettera delle SS. VV. di questa settimana non ci habbia apportato notabilissimo disgusto e messoci in gran pensiero e travaglio perché se bene [...] si dicano che le malattie che sono nella città loro sono cagionate da patimenti, nondimeno soggiungono che per lo più sono petecchie con qualche bolle, ma non reputata però contagiosa guarendone di molti. Questi nostri medici ci assicurano che mentre vi siano le petecchie con le bolle dubitano che no’ possa esser mal contagioso [...]. Crediamo che sia anche interesse delle SS. VV. che il male si allarghi meno che sia possibile, così le preghiamo a’ significarci con quella sincerità che è propria di loro medesimi, sullo stato che si trovano cotesti malati”.

La disinformazione colpisce soprattutto il popolo. Si tenta di tenerlo all’oscuro fin tanto che si può proprio per non fomentare quella circolazione di “sentito dire” che, tuttavia, non si riesce mai del tutto a precludere. Il 1592 è per Firenze un anno difficile: già dal febbraio Livorno e Portoferraio devono vietare l’attracco ai vascelli provenienti dalla Catalogna, e da Marsiglia; ciò nonostante, nel giugno di quello stesso anno la peste sbarca all’isola d’Elba condottavi dalla Santa Maria, una nave proveniente da Alicante che ha eluso la quarantena attraccando di nascosto a Por-

toferraio dopo averne corrotte le guardie. Già da tempo Firenze ha dovuto chiudere anche le sue frontiere ai commerci con la Valtellina e la Terra dei Grigioni invase dalla pestilenza. Il 1592 è l’anno della violenta epidemia che dall’Isola di Candia si allargherà a Malta, alla Sicilia, all’Inghilterra per giungere, nell’anno successivo, a interessare decisamente le città italiane di Milano, Ferrara, Parma, Venezia.

È dunque uno Stato accerchiato, in allerta, quello toscano di questo momento. La sua attività preventiva contro l’epidemia va di pari passo con l’esigenza di salvare l’immagine di estraneità a quel “mal di contagio” che, colpendo l’Elba, ha gettato sospetto sull’intero Stato come già inizia a trapelare da alcune richieste di ragguagli sanitari che governi confinanti reclamano.

Per questi motivi non può tollerare nessuna “cappellata” individuale come, ad esempio, quella di cui è protagonista un povero medico di Scarperia di cui Firenze viene a conoscenza per il suo prodigarsi a informare i compaesani che sta curando un malato di peste nell’intento di metterli in guardia dal frequentare la casa infetta. Tale notizia giunge nella capitale suscitando allarme. La naturale barriera degli Appennini, schermo ideale protettivo contro qualsiasi ingresso indesiderato nel Granducato, è stata superata: quella Terra è già contado fiorentino.

Ferdinando I dei Medici si affretta a chiedere informazioni al Magistrato di Sanità che non sa nulla ma

che è pronto a inviare propri medici a controllare. Di questo sopralluogo ci è pervenuto l’ultimo atto: la lettera che il 18 giugno 1593 gli ufficiali inoltrano al Sovrano e nella quale si legge: “Habbiamo trovato no’ essere cosa alcuna ma solo essere stata una chavata del medico residente in detto luogo, al quale habbiamo fatto intendere per via ordinaria che comparisca dinanzi a noi et nostro Magistrato per dimostrazione di che maniera deve procedere in simili occasioni e che renda ragione della voce da lui divulgata”.

Un falso allarme, dunque, e l’esito felice non distoglie dal doverlo considerare un atto grave. Non è l’accusa di aver errato la diagnosi a essere fulcro della vicenda, bensì l’aver agito di testa propria. Ecco perché quel medico deve comparire dinanzi al Magistrato: lo si deve non solo redarguire ma, soprattutto, catechizzare su come deve procedere in simili questioni. La qualcosa va letta fra le righe: a te il compito di una diagnosi corretta, a noi (organo statale competente) l’onere di scegliere il modo di gestire e divulgare quella diagnosi, qualunque essa sia, secondo le forme che via via appariranno essere le più idonee.

Nulla ci è dato di sapere sulla sorte di quel medico incauto (o forse lungimirante?); tuttavia, il suo nome non compare negli anni successivi quale “medico del luogho di Scarperia”.

dianadionisio@tiscali.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, 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 verranno apprezzate la facile fruibilità (è ottimizzato anche per *tablet* e *smartphone*) e la chiarezza della struttura e dei contenuti. Naturalmente in attesa di suggerimenti e idee migliorative, che saranno i benvenuti!

Info: m.marongiu@omceofi.it

I mille dubbi, le domande e le aspettative del PNRR

Pietro Claudio Dattolo

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza si occupa di Sanità territoriale senza però svelarne la cornice politica e per questo è lecito domandarsi con un certo timore: cosa aspettarsi, rafforzamento del servizio pubblico o apertura al mercato privato?

Se ce ne fosse stato bisogno, la pandemia ha chiaramente dimostrato che il progressivo smantellamento dell'assistenza sul territorio da anni costringe a rivolgersi al Pronto Soccorso per qualunque cosa e fa aumentare i ricoveri impropri soprattutto per diabete, malattie polmonari e ipertensione, mentre la cronicità continua a non trovare risposte al di fuori delle mura degli ospedali.

La Missione 6 (M6C1) del PNRR si occupa di Reti di prossimità e di telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: *gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), al rafforzamento dell'assistenza domiciliare e a una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.*

Altra domanda cruciale: come si declinerà in concreto la strutturazione del piano inviato dall'Italia a Bruxelles per spendere i 7 miliardi di Euro messi a disposizione dal *Recovery Fund* da utilizzare in 5 anni per cambiare il nostro modello di Sanità? Immediatamente dopo l'approvazione definitiva del progetto da parte della UE il ministro della Salute Roberto Speranza dovrà avviare la riforma i cui cinque pilastri sono descritti nei dettagli in un documento presentato al Policlinico San Matteo di Pavia dall'Agencas, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Proviamo ad analizzare i principali aspetti di

questa che potrebbe essere a buona ragione una stagione forse irripetibile per la nostra Sanità.

Le Case della Comunità

Le Case della Comunità riuniranno in un'unica struttura di quartiere medici di famiglia, pediatri di libera scelta, specialisti, infermieri di famiglia e assistenti sociali. La struttura, dotata di Punto prelievi, macchinari diagnostici e di laboratorio nonché delle necessarie infrastrutture informatiche, dovrà offrire assistenza alla popolazione dalle 8 alle 20 mentre il servizio notturno sarà garantito dalla presenza dei medici della Continuità Assistenziale. Per un'assistenza capillare l'ideale sarebbe disporre di una Casa ogni 20.000 abitanti. Con i fondi del *Recovery Fund* ne saranno aperte 1.288 entro il 2026 a fronte delle 489 attualmente in attività. La Regione che ne ha di più è l'Emilia Romagna (124), seguita da Veneto (77), Toscana (76) e Piemonte (71). Nessuna in Lombardia, dove se ne dovranno realizzare 216. Sarà il Governo centrale a decidere quante farne in ogni Regione, mentre spetterà alle Regioni decidere dove farle. La Casa della Comunità diventerà la sede delle cure primarie e lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti in particolare ai malati cronici e ospiterà anche il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie.

Gli Ospedali di Comunità

Partendo dalla considerazione che in ospedale bisognerebbe andare solo per una malattia grave o un intervento chirurgico, per ricoveri brevi e per situazioni a bassa intensità di cura ci si rivolgerà all'Ospedale di Comunità, una struttura a gestione prevalentemente infermieristica, dotata di almeno 20 posti

letto aumentabili fino a un massimo di 40. Teoricamente ce ne dovrebbe essere uno ogni 50.000 abitanti e con i fondi europei se ne potranno realizzare 381 per 7.620 posti letto che, aggiunti agli oggi esistenti, dovranno portare il numero dei letti attivi negli Ospedali di Comunità a 10.783. Attualmente i posti sono solo 3.163 concentrati in Veneto (1.426), Marche (616), Lombardia (467) ed Emilia Romagna (359). L'idea di fondo sarebbe di non edificare tutte strutture nuove, ma anche adattare e riconvertire quelle che esistono già.

L'Ospedale di Comunità potrà inoltre facilitare la transizione dalle cure ospedaliere post-acuzie a quelle domiciliari, consentendo alle famiglie e alle strutture di assistenza territoriali di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

Cure domiciliari

Casa come primo luogo di cura e assistenza domiciliare, i punti cardini di quest'ambito di intervento. L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare. Il numero dei pazienti seguiti a casa va portato dai 701.844 di oggi a oltre 1,5 milioni in modo da garantire l'assistenza ad almeno il 10% della popolazione over 65 più bisognosa (oggi è seguito a casa solo il 5,1% di questa classe di popolazione).

L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti ultrasessantacinquenni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. L'obiettivo di raggiungere il 10% riguarda ogni Regione italiana, seppure nella consapevolezza che la situazione di partenza è molto differenziata tanto che attualmente tale *standard* è raggiunto solo in 4 realtà regionali.

La presa in carico del paziente si realizza attraverso la definizione di un piano/progetto assistenziale individuale che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno per livello di complessità e, sulla base dei bisogni di cura, definisce i livelli di assistenza specifici nonché i tempi e le modalità di erogazione delle prestazioni per favorire le migliori condizioni di salute e benessere. L'investimento mira a: identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (telemedicina, domotica, digitalizzazione); realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici e informazioni di carattere sanitario in tempo reale.

Centrali operative territoriali (COT)

Saranno attivate dalle ASL le Centrali Operative Territoriali (COT) con la funzione di coordinare le attività domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza, sostenendo lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari e facendo da punto di riferimento per familiari e *caregivers*. È prevista la presenza di una COT ogni 100.000 abitanti, in corrispondenza di ciascuna area geografica in cui verrà suddiviso il territorio nazionale (distretti). In totale dovrebbero essere 602, da organizzare entro 5 anni, di cui 101 in Lombardia, 59 in Lazio, 49 in Veneto, 45 in Emilia Romagna.

I medici di famiglia

I medici di famiglia oggi sono liberi professionisti convenzionati con il Sistema Sanitario Nazionale, il che vuol dire che il loro lavoro è disciplinato da accordi collettivi sottoscritti dalle rappresentanze sindacali e dalla Conferenza Stato-Regioni. L'accordo in vigore prevede che lo studio del professionista debba essere aperto 5 giorni a settimana per monte ore dipendente dal numero

degli assistiti, dalle 5 ore settimanali fino a 500 pazienti alle 15 per 1.500 assistiti, numero massimo consentito.

L'erogazione dei finanziamenti destinati a questo settore dal *Recovery Fund* è subordinata a una revisione delle "regole di ingaggio" che impegnano questi Colleghi, nella convinzione che l'intero progetto rischia di schiantarsi senza il loro forte e partecipato coinvolgimento. La questione più spinosa che dovrà affrontare il ministro della Salute sarà dunque decidere se farli diventare dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale o trasformarli in un ibrido esternalizzando il lavoro, secondo un meccanismo per cui il medico resta un libero professionista convenzionato, ma viene arruolato da cooperative intermedie che garantiscono la copertura dell'assistenza nelle sopraccitate Case della Comunità.

Forse si deciderà di potenziare strutture organizzative forti, quali ad esempio i Distretti disegnati dalla legge 299/99, dotati di un'autonomia gestionale propria, baricentro e motore per l'assistenza territoriale da cui dipendono strutture e professionisti sanitari, compresi i medici di medicina generale e i professionisti del settore sociale. Si tratta a questo punto di chiarire se si vuole veramente dare credito sempre maggiore all'attività distrettuale oppure indirizzarsi verso il settore privato dove predomina la logica della produzione di prestazioni, chiunque ne sia il produttore (sottinteso quasi esclusivamente privato) e con i produttori suddetti che si muovono in competizione tra loro e con il settore pubblico che si limita a esercitare una funzione di controllo amministrativo o al massimo di coordinamento. Chi ha redatto il PNRR sembra aver in mente questo secondo scenario affermando che *l'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare, come se questa funzione già non facesse parte dei compiti principali della direzione distrettuale a cui, in tale cornice, si vogliono affidare solo*

compiti amministrativi sul modello adottato in Lombardia. Ma, al di là delle supposizioni, il PNRR per ora non indica una scelta tra le due possibili opzioni e rimanda *l'identificazione del modello organizzativo condiviso della rete di assistenza territoriale tramite la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e le strutture a essa deputate* all'approvazione di un decreto ministeriale (da adottarsi entro il 31 ottobre 2021). I giochi pertanto non sono ancora fatti ed è necessaria una forte mobilitazione.

La realizzazione del piano

È utile ricordare che già in passato sono state tentate riforme simili: nelle *Linee del programma di Governo per la promozione della salute* del giugno 2006 l'allora ministro Livia Turco intendeva realizzare *un nuovo progetto di medicina del territorio attraverso la promozione della Casa della Salute, una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale con l'ospedale*. Ma, come dimostra il numero delle Case della Salute oggi esistenti, il progetto si è arenato a causa delle diverse politiche regionali. La differenza con allora è che stavolta sarà il Governo a imporre alle Regioni la tabella di marcia, gli obiettivi da raggiungere e il controllo sui risultati, proprio perché i soldi arrivano dal *Recovery Plan*. È il motivo per cui ogni Regione sarà chiamata a firmare un *contratto istituzionale di sviluppo*, assumendosi degli obblighi e, in caso di inadempienza, il Ministero della Salute potrà nominare un *commissario ad acta*.

La ricognizione dei luoghi dove far sorgere Case e Ospedali di Comunità è prevista per l'autunno, la definizione esatta del progetto entro marzo 2022, per procedere poi velocemente con la firma dei contratti.

L'attività di riscontro diagnostico in corso di pandemia da SARS-CoV-2: l'esperienza dell'Azienda Toscana Nord-Ovest

di Diana Bonuccelli, Benedetta Guidi, Marco Conti, Laura Evangelisti, Scilla Lenzi, Andrea Cavazzana, Laura Giusti, Massimo Martelloni, Sara Niballi

La comunità scientifica riconosce il riscontro diagnostico come strumento per migliorare la qualità delle cure. Nel caso di un nuovo agente patogeno come il SARS-CoV-2, l'autopsia è un momento indispensabile di studio clinico e ricerca. L'Azienda Nord-Ovest ha implementato questa attività in corso di pandemia mediante l'UOC Medicina Legale di Lucca in integrazione con l'UOC Anatomia Patologica.

Parole chiave:
riscontro diagnostico, autopsia, istopatologia, studi *post-mortem*, COVID-19

L'attuale emergenza sanitaria ha portato all'attenzione una cronica carenza nazionale delle strutture obitoriali (territoriali e aziendali), che spazia dalla disponibilità di infrastrutture tecnologiche al numero di celle frigorifero per

la conservazione dei cadaveri, sino all'adeguatezza delle sale settorie per l'esecuzione degli accertamenti autoptici con finalità diagnostica e giudiziaria.

A tal proposito, il censimento delle sale settorie a norma per l'effettuazione delle autopsie per casi sospetti o confermati di infezione da SARS-CoV-2, ossia con capacità di contenimento del rischio biologico di livello 3, ha consentito di individuare pochissime realtà in grado di soddisfare i necessari requisiti di sicurezza, contribuendo negativamente al numero totale di accertamenti autoptici effettuati nei primi mesi della pandemia.

Sul tema ha assunto un grande rilievo l'interessamento della Società Scientifica Nazionale di Medicina Legale COMLAS e della Società Scientifica Nazionale di Anatomia Patologica e Citologia SIAPEC, che fin da marzo 2020 hanno fornito un contributo di sicuro valore scientifico, emanando un documento nazionale di indirizzo per l'esecuzione delle autopsie da cadave-



DIANA BONUCCELLI
Responsabile f.f. UOC Medicina Legale
Lucca - ATNO

BENEDETTA GUIDI, MARCO CONTI, LAURA
EVANGELISTI, SCILLA LENZI
Dirigenti Medici UOC Medicina Legale
Lucca - ATNO

ANDREA CAVAZZANA
Direttore UOC Anatomia Patologica - ATNO

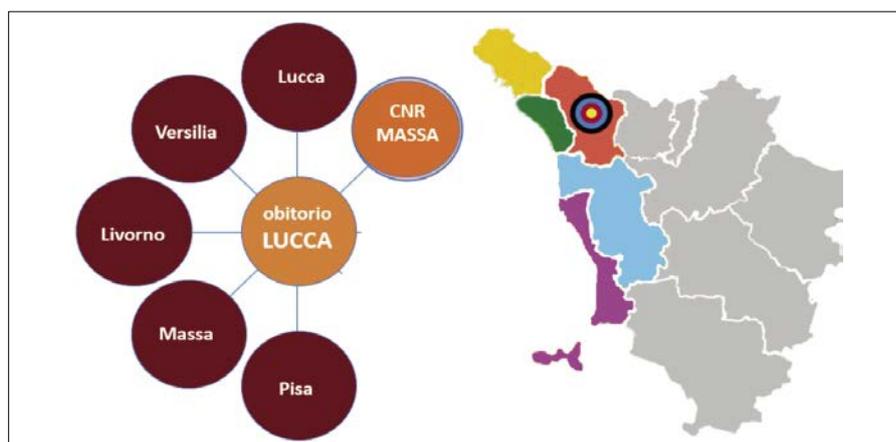
LAURA GIUSTI
Dirigente Medico UOC Anatomia e Istologia
Patologica Lucca - ATNO

MASSIMO MARTELLONI
Past Presidente società scientifica COMLAS,
Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

SARA NIBALLI
Medico tirocinante UOC Medicina Legale
Lucca - ATNO

re deceduto a seguito di infezione da virus SARS-CoV-2.

È così che l'attività di accertamento delle cause di morte attraverso il riscontro diagnostico ha ridefinito nella fase pandemica le priorità della Medicina Legale e dell'Anatomia Patologica, valorizzandone le competenze all'interno dei confini delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale ed evidenziandone una valenza anche epidemiologica di sicuro valore.



Attività di riscontro diagnostico con modello *hub-spoke* centralizzato sull'obitorio di Lucca.

Da sottolineare che l'attività di riscontro diagnostico rientra nei livelli essenziali di assistenza ed è quindi una priorità del Sistema Sanitario Nazionale sulla base del fatto che, in ambito clinico, oltre a essere uno strumento diagnostico, con le conoscenze e prove oggettive scientifiche che apporta nello studio dei casi a esito infausto riveste le funzioni di: strumento di medicina preventiva, poiché contribuisce a ridurre successive morti evitabili; strumento di rischio clinico, poiché riduce gli eventi avversi prevenibili; strumento di gestione del contenzioso medico-legale, poiché contribuisce alla riduzione della conflittualità con l'utenza, instaurando un clima di trasparenza nei confronti del cittadino, e, come ormai appurato dalla Letteratura internazionale, comportando un contenimento della soccombenza in un eventuale successivo procedimento giudiziario.

In Toscana, le aziende sanitarie, fin da marzo, sono state sollecitate a dotarsi di protocolli specifici di medicina necroscopica, anche volti a prevedere le investigazioni cliniche *post-mortem* e l'attività autoptica dove possibile.

L'Azienda Toscana Nord-Ovest è riuscita a garantire, anche in condizioni di emergenza sanitaria, la continuità dell'attività di riscontro diagnostico, grazie all'avanzamento tecnologico e alle professionalità disponibili, potenziando il modello organizzativo già esistente di tipo *hub-spoke* centralizzato sulla UOC Medicina Legale di Lucca, dotata di obitorio con sala autoptica di livello 3 di biosicurezza, presso la quale l'attività autoptica è eseguita in integrazione con l'UOC di Anatomia Patologica. È stata, inoltre, ulteriormente potenziata la rete di laboratori aziendali ed extra-aziendali e in particolare la collaborazione con il servizio di virologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Pisa, di riferimento regionale, oltre che con altri centri ospedalieri e universitari nazionali per gli approfondimenti di secondo e terzo livello.

Da gennaio 2020 a luglio 2021 presso l'obitorio di Lucca sono stati eseguiti 210 riscontri diagnostici. Circa il 50% sono stati gestiti come casi fortemente sospetti per COVID-19, per i quali si è proceduto a una diagnosi differenziale

completa di *test* genetici *post-mortem*. Di questi circa il 40%, all'esito delle risultanze autoptiche, sono risultati positivi per infezione da SARS-CoV-2.

Il range di età dei casi positivi è risultato da 29 a 86 anni, con età media pari a 62 anni. Nel 75% soggetti di sesso maschile (Figura 1).

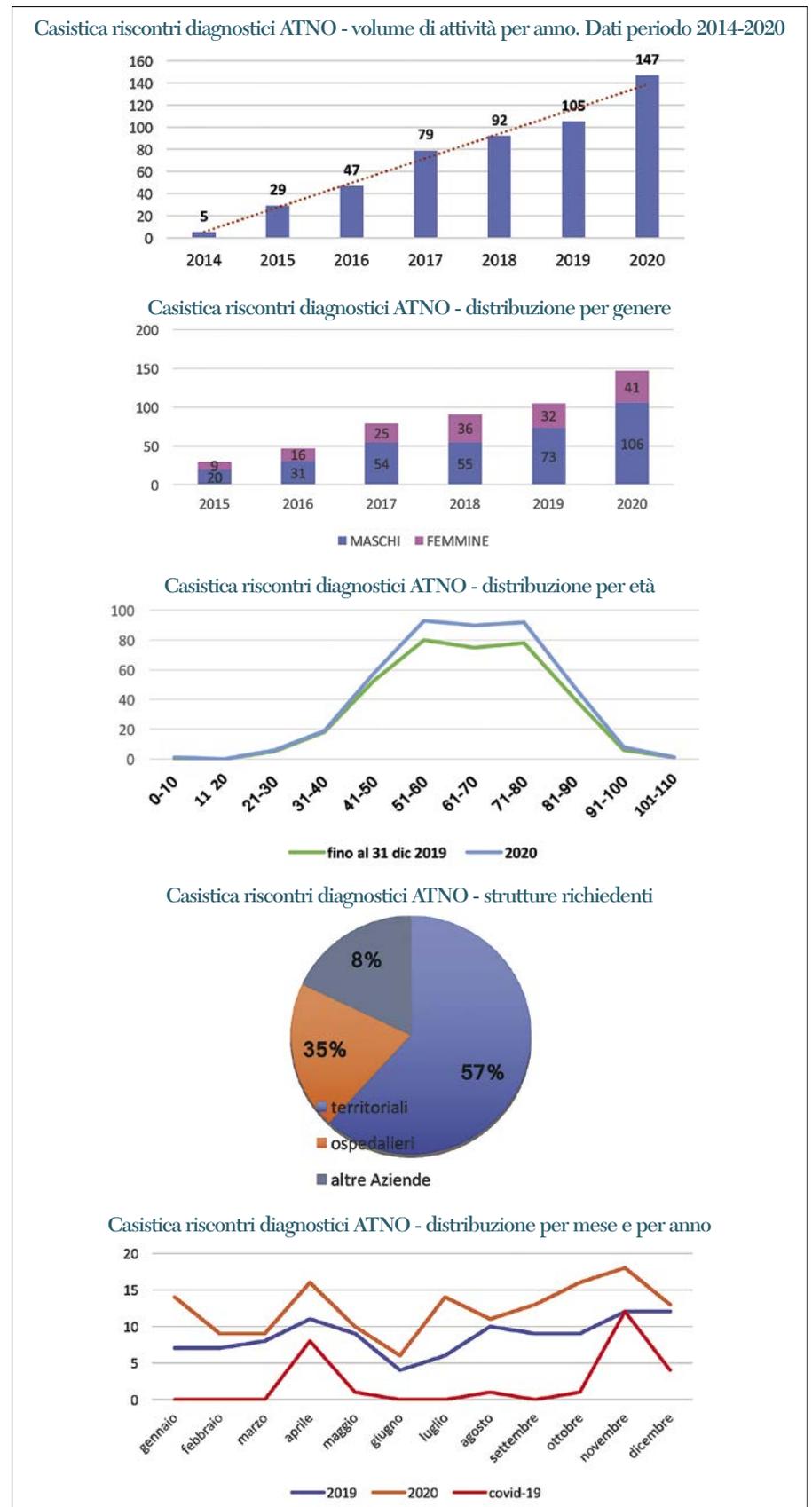


Figura 1 – La casistica dell'Azienda Toscana Nord-Ovest.

I decessi correlabili a malattia virale con interessamento polmonare sono stati il 70%; negli altri casi si è rilevato un quadro di ischemia miocardica acuta in corso di infezione virale con sfumato interessamento polmonare.

Le principali comorbidità nei soggetti deceduti per insufficienza respiratoria acuta in polmonite COVID-19 sono risultate coerenti con i dati statistici nazionali (diabete mellito, ipertensione arteriosa, obesità, cardiopatie).

Per ogni riscontro diagnostico si è proceduto a un protocollo autoptico completo (e non mininvasivo) secondo le raccomandazioni in materia dell'Istituto Superiore di Sanità (rapporto COVID-19 n. 6/2020), per uno studio più ampio della fisiopatologia di malattia e per una corretta diagnosi differenziale sulle effettive cause di morte.

Si è scelto, inoltre, un approccio diagnostico multidisciplinare, comprendente le specialità cliniche (per l'integrazione del dato morfologico con quello clinico), la diagnostica per immagini (per prelievi mirati), la microbiologia, la virologia, la genetica e la microscopia elettronica per un adeguato affinamento diagnostico.

Le evidenze autoptiche macroscopiche e microscopiche ottenute sono risultate caratterizzate da alterazioni polmonari tipiche, in analogia con i dati di letteratura più recenti (Figure 2, 3).

Inoltre, i riscontri diagnostici COVID-19 si stanno rilevando fondamentali per lo studio delle manifestazioni extra-respiratorie della malattia, sempre più importanti per la diagnosi precoce e la cura completa del malato.

Le autopsie consentono, infatti, lo studio di tessuti non esaminabili *in vivo*, permettendo, ad esempio, di studiare direttamente i centri del respiro e del bulbo olfattivo, effettuare prelievi mirati di tessuto nervoso ed eseguire studi diretti sull'interessamento virale del sistema endocrino e sull'apparato genitale maschile e femminile. In questo senso i nostri studi sono in corso.

In generale, si può affermare che le risultanze autoptiche possono consentire un miglior inquadramento dei meccanismi fisiopatologici complessivi dell'infezione da SARS-CoV-2, utile per definire specifiche strategie dia-



Figura 2 – Caratteristiche macroscopiche dei polmoni COVID-19.

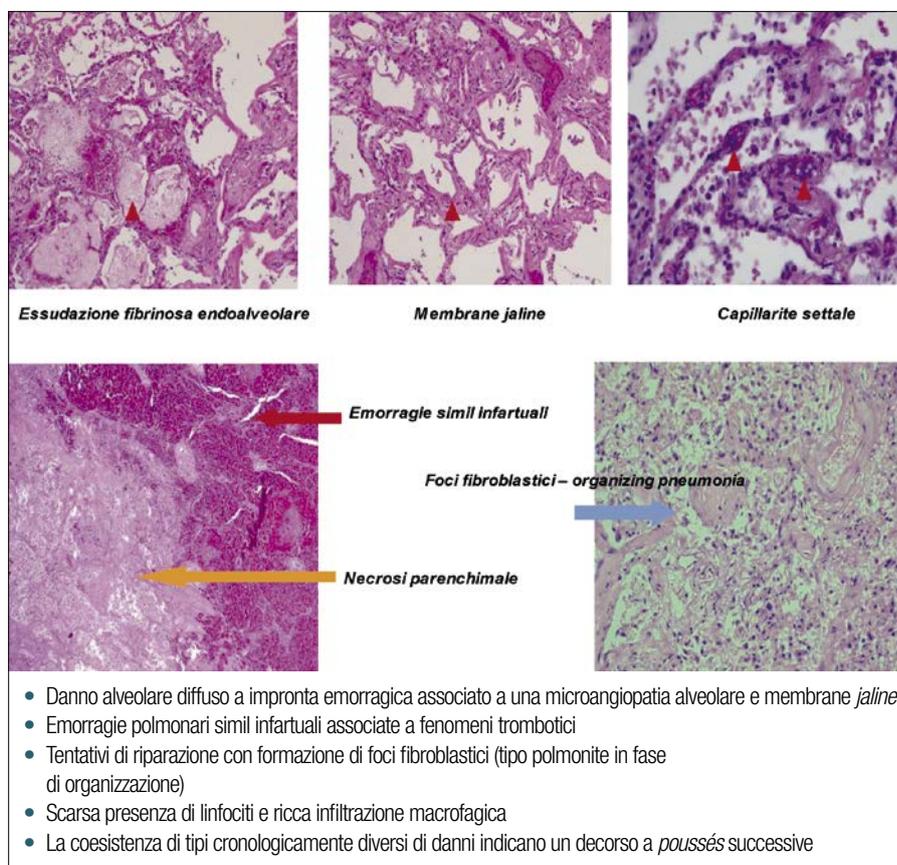


Figura 3 – Aspetti istopatologici.

gnostico-terapeutiche dei pazienti.

Un altro aspetto non meno importante è che la casistica autoptica in corso di pandemia, esclusi i casi con infezione da SARS-CoV-2, ha evidenziato relativamente alle principali cause di morte una netta prevalenza di quadri correlati a morte improvvisa per cardiopatia ischemica misconosciuta, con un *trend* in aumento rispetto agli anni precedenti; ciò merita di essere messo in correlazione alle conclusioni di più studi di letteratura che riportano come gli arresti

cardiaci extra-ospedalieri abbiano avuto esiti a breve termine peggiori durante la pandemia rispetto a un periodo non pandemico, suggerendo anche effetti indiretti conseguenti al blocco e rallentamenti dei servizi sanitari.

Lo studio autoptico delle cause di morte, pertanto, diventa un possibile strumento di analisi anche per studi epidemiologici relativi al nostro specifico ambito territoriale.

diana.bonuccelli@uslnordovest.toscana.it

La presa in carico condivisa del paziente complesso tra ospedale e territorio: l'esperienza del GIROT all'interno della USL Toscana Centro

di Enrico Benvenuti, Matteo Bulgaresi, Riccardo Barucci, Ilaria del Lungo, Marina Cappugi, Donatella Calvani, Carlo Adriano Biagini, Andrea Ungar, Alberto Fortini, Fiorella Piani, Giancarlo Landini, Marco Nerattini, Lorenzo Baggiani, Paolo Zoppi



ENRICO BENVENUTI
 Direttore SOC Geriatria Firenze-Empoli e Responsabile GIROT AUSL Toscana Centro.
 Medico Geriatra dipendente Ospedale "I Fraticini" INRCA dal 1999 al 2006 quando insieme al gruppo geriatrico è stato trasferito presso l'ASF 10. Dal 2009 Responsabile dell'Unità Funzionale di Ortogeriatrics. Dal 2015 Responsabile della Geriatria ASF 10. Si è occupato dei disturbi del movimento nell'anziano fin dagli anni della specializzazione



MATTEO BULGARESI
 Medico Strutturato SOC Geriatria Firenze-Empoli

Parole chiave:
 ospedale e territorio,
 paziente complesso, SARS-CoV-2,
 RSA, Geriatria

La crisi sanitaria, determinata dalla pandemia SARS-CoV-2, ha repentinamente indotto a un ripensamento sul tema della cura e dell'organizzazione dei servizi del paziente in età geriatrica. L'ospedale del futuro deve poter abbattere i limiti mentali e strutturali così da potersi proiettare nel territorio. Tenendo conto di quanto espresso, l'Azienda USL Toscana Centro ha messo a punto un modello di cura integrato tra ospedale e territorio, chiamato GIROT (Gruppi di Intervento Rapido Ospedale Territorio). Il GIROT è composto da un'equipe multiprofessionale specialistica medica (geriatra, internista ecc.) e infermieristica che prende in carico i malati segnalati dal medico di medicina generale, dal medico dell'Ospedale e dall'ACOT.

La recente crisi sanitaria, determinata dalla pandemia SARS-CoV-2, ha repentinamente indotto a un ripensamento sul tema della cura e dell'organizzazione dei servizi del paziente in età geriatrica sul territorio e specialmente nelle RSA. È noto che l'approccio olistico multidimensionale e interdisciplinare rappresenta il miglior metodo per dare risposta alle molteplici necessità del paziente anziano. La maggiore difficoltà nell'organizzare un modello così strutturato risiede in un problema culturale, per cui medici e operatori sanitari sono abituati a lavorare in "comparti" di assistenza, non comunicanti tra loro. Seguendo, *vice versa*, un approccio olistico, le cure ospedaliere dovrebbero essere bilanciate e integrate in modo interdisciplinare con le cure domiciliari e territoriali, in cui il medico di medicina generale rimane il principale artefice. L'obiettivo è giungere a un'equipe unica di cura fra ospedale e ter-

ritorio, per dare risposta in modo integrato ai bisogni del paziente anziano complesso.

Questi principi furono già espressi in un articolo pubblicato nel 2013 dal BMJ, che ha definito l'ospedale del futuro *without walls* ("senza muri"): un ospedale che non solo svolge la propria attività per le emergenze e ammissioni/dimissioni, ma anche si proietta nel territorio in modo da intercettare il paziente complesso a casa, con la possibilità di utilizzare già in questo *setting* una diagnostica strumentale di base e pianificare una cura proporzionata alla "resilienza" del paziente, evitando così lo stress di un'inutile ospedalizzazione, in modo da raggiungere un giusto equilibrio tra "ageismo" e "accanimento".

Tenendo conto di quanto espres-

so, il Dipartimento delle Specialistiche Mediche della Azienda USL Toscana Centro ha messo a punto un modello di cura integrato tra ospedale e territorio, chiamato GIROT (Gruppi di Intervento Rapido Ospedale Territorio), rivolto al paziente complesso, di solito anziano.

Descrizione del GIROT

Il GIROT è composto da un'equipe multiprofessionale specialistica medica (geriatra, internista, cardiologo, neurologo, pneumologo ecc.) e infermieristica che prende in carico i malati segnalati dal medico di medicina generale, dal medico dell'Ospedale e dall'ACOT (in accordo con il medico di medicina generale). Il servizio è attivo dal lunedì al sabato. La sede fisica, dove è presente l'infermiere che coordina le attività, è situata presso le ACOT per tutte le zone dell'Azienda USL Toscana Centro, dove saranno presenti i GIROT. L'infermiere e il medico *tutor* del GIROT svolgono la funzione di *triage*/percorso. Le segnalazioni sono raccolte telefonicamente oppure attingendo direttamente a una *mail* di servizio (specificatamente dedicata) o alla cartella condivisa attraverso *Caribell*.

Strumentazione del GIROT

Per intervenire rapidamente al domicilio del paziente, il GIROT utilizza una diagnostica strumentale di primo livello, comprensiva di ecografia, ECG, emogasanalisi e radiografia portatile. Lo specialista di fronte al paziente anziano riacutizzato può avere accesso rapidamente a tutti i sistemi di cura e diagnosi dell'ospedale: *day service*, *day hospital*, Cure Intermedie, fino al ricovero diretto nei reparti per acuti, senza ricorrere al Pronto Soccorso. È possibile, inoltre, impostare un progetto di riabilitazione/riattivazione/supporto nutrizionale e socio-assistenziale. Il GIROT lavora in sinergia con il Servizio Specialistico di Cure Palliative.

Il GIROT in epoca COVID

Durante la pandemia SARS-CoV-2 il GIROT, insieme a USCA e medici di medicina generale, d'intesa con la *task-force* Socio-sanitaria dell'Azienda USL Toscana Centro, ha svolto il proprio servizio prendendo in carico i pazienti SARS-CoV-2 positivi all'interno delle RSA, in ottemperanza all'Ordinanza Regionale n. 28 del 7 aprile 2020. Le strutture colpite dalla pandemia sono state prese in carico dal GIROT costituito da specialisti dell'ospedale (geriatri e internisti dell'Azienda USL Toscana Centro e AOU Careggi) e da un'equipe infermieristica, indicata dal Dipartimento Infermieristico Ostetrico, con l'obiettivo di trasformare una parte della RSA in Cure Intermedie di tipo III, per accogliere i pazienti positivi all'interno di un "reparto bolla" di isolamento. Il GIROT ha organizzato i percorsi pulito-sporco all'interno delle strutture secondo un modello standardizzato, seguendo le indicazioni della valutazione igienico-sanitaria e del Servizio Prevenzione e Protezione Luoghi di Lavoro. Stante l'elevato numero di operatori colpiti dalla malattia, nelle strutture in cui il personale addetto all'assistenza risultava carente è stata attuata un'integrazione di infermieri e OSS della ASL per supplire al bisogno.

All'interno delle RSA colpite da SARS-CoV-2 vi è stata la presenza quotidiana del medico del GIROT e delle USCA. I pazienti sono stati sottoposti a una mini valutazione multidimensionale, che ha permesso di identificare quelli più fragili, suddivisi, poi, secondo un criterio di priorità clinica che ha previsto la presa in carico medica e infermieristica a seconda della gravità dei pazienti (codice rosso = paziente con sintomi respiratori o gastroenterici rilevanti, con valutazione clinica anche più volte al giorno; giallo = pazienti con sintomi clinici di tipo lieve con valutazione trisettimanale;

verde = pazienti asintomatici con valutazione settimanale). In tempi brevissimi (inferiori a 24 ore) la struttura è stata rifornita di farmaci, ossigeno, integratori alimentari di tipo calorico e presidi sanitari; sono stati prescritti esami ematici e radiologici (con sistema di radiografia portatile). Il personale medico del GIROT ha utilizzato l'ecografo (per ecografia clinica *bed-side*), EGA ed elettrocardiografo per una diagnostica strumentale di primo livello. Le cure sono state pianificate in accordo con i medici dell'USCA e il medico di medicina generale (con comunicazioni nella fase acuta quotidiana), così come si è provveduto a una costante informazione dei familiari dei pazienti sintomatici.

In casi selezionati, quando si reputava fosse necessario elevare l'intensità delle cure, i pazienti sono stati trasferiti direttamente in ospedale o in Cure Intermedie. I dati raccolti da ottobre 2020 al 15 febbraio 2021 indicano la presa in carico di oltre 50 strutture, per un totale di oltre 1.700 pazienti con una mortalità inferiore alla media nazionale e internazionale (18-20%) e un tasso di ricovero inferiore al 7% per tutta la durata di questo periodo, dimostrando che un modello di cura mantenuto all'interno del luogo dove l'anziano vive favorisce la guarigione e la ripresa in termini funzionali.

In conclusione, l'esperienza COVID nelle RSA mette in luce che un modello di cura multidimensionale e interdisciplinare che prenda gli anziani in carico all'intero del loro ambiente di vita e si serva di una diagnostica strumentale di primo livello, di assistenza infermieristica e di cure adeguate è la migliore risposta per il paziente anziano complesso riacutizzato.

enrico.benvenuti@uslcentro.toscana.it

matteo.bulgaresi@uslcentro.toscana.it

RICCARDO BARUCCI, ILARIA DEL LUNGO, MARINA CAPPUGI
Medici Strutturati SOC Geriatria Firenze-Empoli

FIGURELLA PIANI
Responsabile ff. SOC Medicina Interna OSMA

DONATELLA CALVANI
Direttore SOC Geriatria Prato

GIANCARLO LANDINI
*Direttore Dipartimento Specialistiche Mediche Azienda USL
 Toscana Centro*

CARLO ADRIANO BIAGINI
Direttore SOC Geriatria Pistoia

MARCO NERATTINI
Direttore SDS Firenze

ANDREA UNGAR
*Direttore Geriatria UTIG AOU Careggi e Università degli Studi
 di Firenze*

LORENZO BAGGIANI
Direttore SOS Cure Primarie Firenze

ALBERTO FORTINI
Direttore SOC Medicina Interna NSGD

PAOLO ZOPPI
*Direttore di Dipartimento Assistenza Infermieristica Ostetrica
 e Sanitaria*

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: m.marongiu@omceofi.it

**Nella pagina del sito ordinistico
 “ORDINE”- “UFFICI: SEDE E CONTATTI”
 sono riportati orari di apertura e contatti**

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

La vita sessuale nella terza età

di Anna Ghizzani



ANNA GHIZZANI

Laurea in Medicina e Chirurgia 1977. Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia 1982, Università di Siena. Diploma Sexual Therapy Teaching Program, Cornell University Medical Center 1989) e Human Sexuality Program, Mt. Sinai School of Medicine, 1986, New York, USA. Gli interessi professionali includono dolore sessuale e riabilitazione sessuale dopo tumore

L'invecchiamento dipende da genetica, stile di vita, ambiente sociale, assetto psicologico e malattie. Erezione e lubrificazione dipendono dai sistemi endocrino, neurologico e vascolare e la diminuzione di estrogeni e testosterone dà atrofia vaginale e problemi sessuali. Il medico di famiglia cura e aiuta il paziente a cambiare abitudini, ma la terapia sessuale interviene se la disfunzione è su base emotiva.

Parole chiave:

invecchiamento, sessualità, uomini, donne, terapia sessuale

Che cosa è l'invecchiamento?

La definizione di un vecchio dizionario sembra calzante: "Deterioramento graduale di un organismo maturo che è provocato da cambiamenti inevitabili portati dal tempo" (*Stedman's Medical Dictionary*, 25th ed.) La sfida della Medicina, che si deve occupare di un numero sempre crescente di anziani, è di distinguere l'invecchiamento fisiologico in buona salute da quello patologico. Come sappiamo, con

l'aumentare dell'età aumenta l'incidenza delle patologie croniche e delle disabilità che peggiorano le condizioni dell'invecchiamento. È quindi necessario saper riconoscere i processi inevitabili, irreversibili, progressivi e programmati geneticamente che costituiscono l'invecchiamento primario e che avvengono anche in condizioni ottimali dai danni portati dallo stile di vita, dall'inquinamento ambientale e dalle patologie, cioè l'invecchiamento secondario.

Una volta escluse le patologie, i fattori che contribuiscono alla variabilità dei modi d'invecchiare sono il corredo genetico, lo stile di vita, l'ambiente sociale e l'assetto psicologico. Qui vale la pena di soffermarsi. Le abitudini di vita, l'influenza dell'ambiente e l'atteggiamento emotivo sono fattori modificabili che si può imparare a controllare per vivere meglio perché invecchiare non sia un processo subito ma un evento dinamico, per quanto possibile. Acquisire una consapevolezza riguardo al vivere positivo e salutare è particolarmente utile per le relazioni sessuali. La componente organica della risposta erotica subisce l'insulto del tempo, il deterioramento dei sistemi che la sostengono e del tono dell'umore, ma rappresenta una fonte di soddisfazione fisica ed emotiva per tutte le coppie armoniche fin nella tarda età. È dunque importante non accettare supinamente gli eventi negativi.

Sulle probabilità di invecchiamento più o meno positivo pesano alcune condizioni, come l'obesità, la sedentarietà e il fumo e patologie come il diabete, l'ipertensione e l'ipercolesterolemia. Tutte queste sono destinate a peggiorare con la vecchiaia, ma rispondono in maniera sorprendente ai cambiamenti dello stile di vita. L'attività fisica

e un regime alimentare adeguato migliorano sensibilmente la regolazione della glicemia e della pressione che si riflettono sul senso di benessere e sulla capacità sessuale, soprattutto del maschio. Va da sé che la consapevolezza personale e una guida attenta possono cambiare il destino geriatrico e sessuale di alcuni pazienti.

Rifacendosi al concetto d'invecchiamento come deterioramento graduale e progressivo di un organismo e di tutti gli organi e sistemi che lo compongono, possiamo capire in che modo i cambiamenti metabolici influenzano la risposta sessuale. Sia nei maschi che nelle femmine, la trasformazione dei genitali che tutti possiamo osservare in risposta allo stimolo erotico è governata dai sistemi endocrino, neurologico e vascolare che sono soggetti al deterioramento dell'età. In queste circostanze è inevitabile che la capacità di risposta diminuisca e rallenti anche di fronte a uno stimolo erotico adeguato. Le alterazioni si manifestano in maniera diversa negli uomini e nelle donne, perché l'anatomia e la funzione dei genitali sono profondamente diverse. Nei due sessi è comunque sempre un processo sostenuto dal sistema endocrino, trasmesso dal sistema neurologico ed effettuato attraverso modificazioni locali del sistema

vascolare, che sostiene erezione e lubrificazione.

Le differenze tra uomo e donna sono influenzate non solo dai processi biochimici, ma anche da condizionamenti culturali che mediano fattori quali l'esposizione al rischio, la percezione dei sintomi, il ricorso alle cure e l'aderenza alle terapie. In particolare, la suscettibilità per il rischio cardiovascolare rimarca la relazione tra fisiologia e stile di vita, che è diversa fra uomini e donne e che include elementi socioculturali come la nutrizione, l'attività fisica, il fumo e lo stress psicosociale che, in linea di massima, giocano a sfavore dell'uomo. Dall'altra parte, alla menopausa è associato un aumento del rischio cardio vascolare per il quale il clima estrogenico dell'età fertile aveva garantito protezione. Per questa ragione, la menopausa precoce è riconosciuta come un fattore di rischio per eventi come ictus o infarto che colpiscono le donne dopo i 70 anni, mentre il danno coronarico è il più frequente per uomini di tutte le età.

Le differenze di genere

Per vedere cosa succede con l'invecchiamento, possiamo partire dalla menopausa. Si presenta a un'età media di 52 anni, è caratterizzata da una diminuzione nella produzione degli estrogeni e rappresenta una specie di spartiacque endocrino per le donne; però i meccanismi veri e propri dell'invecchiamento che riguardano il sistema cardiocircolatorio e il metabolismo si presentano alla fine della VI decade, quando per convenzione inizia la vecchiaia. La ridotta produzione di estrogeni in menopausa si riflette sul funzionamento degli organi bersaglio: il sistema vasomotorio, il basso tratto genitale e il metabolismo osseo. Il malfunzionamento di questi sistemi e apparati dà rispettivamente le caldane, l'atrofia genitale e l'osteoporosi che si manifestano in tempi diversi: precocemente, entro qualche anno e in modo tardivo.

Le caldane sono un effetto vasomotorio molto disturbante per la vita

sociale e per l'attività lavorativa. Quando capitano di notte, alterano la qualità del riposo con stanchezza, nervosismo e difficoltà di concentrazione.

L'atrofia peggiora la funzionalità dei genitali esterni e degli organi pelvici. Si istaura in modo lento e graduale, riguarda mucosa, muscoli e legamenti e va avanti nel tempo con un impatto negativo sia sul benessere che sulla sessualità. La mucosa atrofica perde la capacità di mantenere il pH vaginale e di difendersi contro batteri e miceti; per questo le vaginiti sono comuni nelle signore d'età. La riduzione degli estrogeni indebolisce i legamenti e i muscoli del pavimento pelvico, che sono le strutture di sostegno di utero e vescica; da qui originano l'incontinenza urinaria e il prolasso dell'utero, anch'esse condizioni ben note. L'assottigliamento atrofico della mucosa di rivestimento dei genitali comporta una riduzione della capacità funzionale con perdita di elasticità e di lubrificazione, qualità essenziali per una sessualità attiva. Quando i tessuti diventano meno elastici e la mucosa non produce una lubrificazione sufficiente, la penetrazione si fa difficoltosa, dolorosa o del tutto impossibile. L'alterazione dei tessuti avviene lentamente ma è inevitabile nel lungo periodo. A dare un quadro più o meno precoce o più o meno grave concorrono tanti fattori: l'età alla menopausa, lo stato di salute generale e l'assetto genetico. Anche lo stile di vita sessuale, cioè la frequenza dei rapporti, ha importanza per il mantenimento di queste funzioni. Infatti, il sistema "vagina" è mantenuto in attività dalla risposta erotica che produce la lubrificazione e dalla penetrazione che stimola i tessuti elastici.

L'osteoporosi è una condizione progressiva e rappresenta una patologia importante nell'età avanzata; trova il suo inizio nella ridotta produzione di estrogeni che rallenta la fissazione del calcio nelle ossa e indebolisce la struttura trabecolare. La regolazione del profilo lipidico, della pressione sanguigna, della

glicemia e del deposito di grasso addominale risentono della diminuzione degli estrogeni e tendono a peggiorare. Dipendono, però, anche da errori alimentari e dalla propensione femminile verso la sedentarietà che aumenta andando avanti negli anni. In questo senso possono essere considerati come fattori di rischio modificabile e quindi un campo dove l'aiuto del medico può essere cruciale per il benessere della paziente. Anche la tendenza all'ansia e l'instabilità dell'umore rispondono ai cambiamenti del clima estrogenico e colpiscono le donne con una frequenza doppia degli uomini; per questo le fluttuazioni ormonali tipiche della transizione menopausale accentuano la suscettibilità agli eventi stressanti e agli stati d'ansia e di depressione nelle persone predisposte.

L'invecchiamento nell'uomo sano si manifesta dopo i 60 anni e riguarda il metabolismo e i sistemi cardiocircolatorio, neurologico ed endocrino come nella donna. L'uomo, però, è più soggetto a patologie come il diabete, l'ipertensione e le malattie cardiache e ai danni del fumo. In specifico, il diabete, l'ipertensione e il fumo hanno un'azione diretta sull'endotelio vascolare e lo danneggiano in maniera sinergica quando sono associati in uno stesso individuo. Il loro meccanismo d'azione si esplica attraverso la ridotta capacità del vaso di dilatarsi e di assumere ossigeno dai polmoni. Alla minor disponibilità di ossigeno seguono la sofferenza ipossica di tutti i tessuti e organi irrorati da questo sangue impoverito e il danno cardiovascolare. In particolare, la relazione tra malattia cardiovascolare e disfunzione erettile passa per il danno a carico dell'endotelio che riduce la produzione di ossido nitrico e la capacità del vaso di dilatarsi. L'erezione che modifica i genitali maschili in risposta allo stimolo erotico ha bisogno di un sistema neurologico integro e di una produzione di ormoni androgeni adeguata, ma nell'ultima fase è principalmente un fenomeno su base vascolare. Per questo motivo,

ci dobbiamo aspettare che nei pazienti con una patologia predisponente la funzione sessuale sia colpita più di quanto sarebbe normale aspettarsi per l'età.

I cambiamenti endocrini nell'uomo non sono segnalati da un evento macroscopico come la menopausa, ma il sistema coinvolto è sempre l'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi che regola la produzione degli estrogeni e quella degli androgeni. A differenza della donna, per la quale la produzione di estrogeni rimane stabile fino alla pre-menopausa, nell'uomo la riduzione di piccole quote di testosterone (1% annuo) inizia intorno ai quarant'anni, molto tempo prima dei fenomeni dell'invecchiamento che arrivano nella VI decade. Il testosterone ha un impatto positivo su vari aspetti del benessere e della sessualità maschile. Sostiene la capacità erettile, il desiderio sessuale, l'orgasmo e la soddisfazione erotica, oltre al senso soggettivo di benessere e aspetti metabolici come il trofismo della massa muscolare e la forza fisica che si riducono quando viene a mancare; lo stesso succede alla capacità cognitiva mentre peggiorano condizioni negative come la sarcopenia, la rarefazione ossea e l'anemia.

Caratteristica di estrogeni e testosterone è di essere prodotti in maniera ciclica, con il mantenimento di un certo ritmo nell'unità di tempo. A differenza degli estrogeni che sono liberati con un ritmo circa mensile, gli androgeni lo sono giornalmente con un ritmo circadiano che manca nell'invecchiamento: si perde il picco della mattina e le concentrazioni non variano nell'arco della giornata. Questo è il secondo fattore che, insieme alla ridotta quantità, influenza negativamente la funzione sessuale anche se le ampie variazioni tra individui suggeriscono che lo stato di salute generale, la presenza di malattie croniche e la qualità della relazione di coppia giochino un ruolo per la vita sessuale anche in questa fascia d'età.

Che cosa può fare il medico?

Le patologie che incidono sul sistema cardiocircolatorio sono considerate fattori di rischio modificabili perché rispondono ai cambiamenti di stile di vita. Purtroppo è difficile che una persona riesca a cambiare abitudini senza aiuto. Chi la può consigliare con autorevolezza sulle scelte per il benessere e la sessualità è il medico di famiglia che conosce lo stato di salute, lo stile di vita e l'ambiente familiare e che può inquadrare al meglio un problema. Bisogna però riconoscere che parlare di sessualità con il proprio medico non è facile perché la tanta familiarità può costituire un deterrente. Pensiamo all'esistenza di una relazione extraconiugale o a un comportamento intimo che non si vogliono rivelare, pensiamo al medico che si sente inopportuno ad affrontare per primo un argomento delicato oppure a un certo divario d'età: la persona d'età verso il medico giovane, l'adolescente verso quello più anziano. L'argomento della sessualità può essere affrontato più facilmente da uno specialista come il ginecologo o l'urologo perché è consequenziale agli argomenti che trattano. Infatti, è del tutto pertinente far seguire alla visita urologica o ginecologica una domanda come "va tutto bene ai rapporti?" Una frase semplice da parte del medico che potrebbe essere cruciale per aiutare il paziente a superare il suo imbarazzo e ottenere l'aiuto di cui ha bisogno.

Per mantenere la capacità sessuale, il ginecologo cura il trofismo del basso tratto vaginale e ha molti strumenti a sua disposizione: i farmaci locali, la terapia ormonale sostitutiva, i SERM specifici per i genitali esterni e le nuove terapie fisiche per la ricostruzione dell'epitelio vaginale. A questi si aggiunge il dilatatore vaginale che è usato in Medicina Sessuale per risolvere le difficoltà di penetrazione in disfunzioni senza causa organica apparente, come sono il vaginismo e la vulvo vestibolite (o vulvodinia). La sua associazione con i farmaci specifici ne

migliora l'efficacia contro il dolore sessuale da atrofia.

L'urologo cura la difficoltà erettile su base organica con la somministrazione di farmaci orali o transuretrali, con le iniezioni intracavernose oppure con interventi più complessi.

La terapia sessuale

Non sempre l'intervento medico è sufficiente a risolvere le difficoltà del comportamento sessuale perché non può curare il senso di inadeguatezza e l'aspettativa del fallimento che accompagnano la disfunzione organica e neppure i conflitti relazionali. Tanto più l'inefficacia dei farmaci è provata quando manca una patologia e la causa risiede in un disagio psicologico nei confronti della sessualità o nella difficoltà di accettare se stessi come *partner* desiderabili. Qui si entra nel campo della terapia sessuale che interviene sulla disfunzione con esercizi mirati per modificare il comportamento disfunzionale e ricreare interazioni intime emotivamente soddisfacenti. Gli interventi di terapia sessuale comportamentale si possono proporre a coppie che mantengono un legame emotivo nonostante le difficoltà sessuali. In corso di terapia spesso vediamo che la relazione intima migliora perché si rimuovono gli ostacoli che impediscono di esprimere amore. Com'è ovvio, l'armonia promuove e rinforza l'esperienza della sessualità e la soddisfazione emotiva. Per l'importanza che gioca l'equilibrio diadico, non è auspicabile proporre un intervento di terapia sessuale in coppie che hanno una relazione ostile, quando c'è risentimento o rifiuto del *partner* o quando, pur senza un'ostilità evidente, c'è indifferenza. In questi casi, è indicato un intervento di psicoterapia per rendere consapevole la coppia dei conflitti alla base delle interazioni negative.

annaghizzani@gmail.com



TRASFORMIAMO IL LINGUAGGIO DELLA VITA IN FARMACI ESSENZIALI

Crediamo che le risposte della medicina siano scritte nel linguaggio del nostro DNA. Amgen, tra i leader mondiali nelle biotecnologie, conosce e utilizza questo linguaggio per creare farmaci essenziali nella battaglia alle patologie più gravi e migliorare la vita dei pazienti.

www.amgen.it



Dialisi peritoneale: oggi il paziente si segue da remoto

a cura di Simone Pancani



ELISABETTA ALTI
Medico di medicina generale a Firenze,
Direttore Dipartimento di Medicina
Generale ASL Toscana Centro



ILEANA BENEDETTI
Infermiera ASL Toscana Centro



GIANFRANCO GENSINI
Direttore Scientifico IRRCs MultiMedica
Sesto San Giovanni, già Preside
della Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università degli Studi di Firenze

TOSCANA MEDICA - Inquadriamo la malattia renale cronica (MRC) e illustriamo le opzioni di cura a oggi disponibili.

MICHELASSI - La malattia renale cronica (MRC) è definita da un'alterata funzione renale, evidenziata da un diminuito filtrato glomerulare, e/o da un danno strutturale del rene, dimostrato da opportune tecniche di *imaging* o da un alterato esame delle urine persistente per oltre tre mesi. La combinazione dei valori di filtrato glomerulare stimato (valutabile con varie equazioni delle quali oggi la CKD-EPI è considerata generalmente la più attendibile) e di albuminuria permette di classificare la malattia renale cronica in stadi di progressiva gravità con la quale aumentano progressivamente non solo il rischio di un ulteriore peggioramento funzionale renale fino alla necessità di un trattamento sostitutivo ma anche quello di morbilità/mortalità cardiovascolare e di morte per tutte le cause.

Le strategie di cura per chi raggiunge lo stato terminale della malattia renale cronica sono il trapianto renale (opzione evidentemente migliore) da donatore vivente o cadavere e il trattamento dialitico, extracorporeo (emo-

dialisi) o peritoneale. A queste opzioni si deve però aggiungere anche la possibilità di continuare il trattamento conservativo ottimizzando al massimo la terapia dietetica ed eventualmente ricorrendo a una stretta collaborazione con le strutture di Cure Palliative, soprattutto nei grandi anziani e nei soggetti estremamente fragili nei quali il ricorso alla dialisi potrebbe addirittura accelerare l'*exitus*.

RUSSO - La malattia renale cronica colpisce circa il 10% della popolazione mondiale e in Italia la prevalenza è di circa il 6-7% della popolazione adulta. L'insufficienza renale cronica (IRC), definita come una velocità di filtrazione glomerulare minore di 60 ml/minuto, si riscontra in circa il 3% della popolazione. Le malattie in grado di provocare IRC sono numerose e possono essere primitive e sistemiche; tra queste ultime le più importanti sono il diabete mellito e l'ipertensione arteriosa. Attualmente ci sono in Italia circa 42.000 pazienti in emodialisi, 4.500 in dialisi peritoneale e oltre 27.000 con trapianto di rene. Il costo delle cure destinate a questi soggetti è molto significativo e si avvicina a circa il 2% della spesa sanitaria totale, per un ammontare annuo oscillante tra 2 e 2,5 miliardi di Euro.



STEFANO MICHELASSI
Nefrologo SOC Nefrologia e Dialisi
Firenze 2, responsabile Day Service Malattia
Renale Cronica e Dialisi Peritoneale



ROBERTO RUSSO
Consigliere dell'Ordine dei Medici
della Provincia di Bari. Coordinatore
del Gruppo di Progetto sulla Dialisi
Peritoneale, Società Italiana di Nefrologia

TOSCANA MEDICA - Parliamo di dialisi peritoneale: come funziona, indicazioni e vantaggi/svantaggi.

BENEDETTI - Il trattamento dialitico è un processo di depurazione del sangue che ha lo scopo di allontanare dall'organismo le tossine uremiche in modo da far scomparire per quanto possibile le manifestazioni cliniche che possono interessare vari organi e apparati.

I metodi analitici si differenziano in base al tipo di membrana utilizzata per realizzare la funzione di depurazione del sangue: nell'emodialisi la membrana è artificiale, mentre in quella peritoneale è appunto il peritoneo a svolgere azione di filtro.

Riduzione dei segni e sintomi dell'uremia insieme a rapidità ed efficacia di azione rappresentano i principali vantaggi della dialisi, che si effettua generalmente in una struttura sanitaria 3 volte alla settimana per una durata di circa 3-5 ore. Le sue limitazioni più gravose sono rappresentate dalla necessità per il paziente di assumere farmaci, imparare nuove combinazioni alimentari, limitare l'introito di liquidi. È inoltre necessario utilizzare degli aghi nei cui confronti alcuni soggetti potrebbero presentare una forte avversione, la settimana deve essere necessariamente scandita in base agli orari delle sedute e il centro di dialisi potrebbe essere distante dall'abitazione del paziente. Assolutamente poi da non sottovalutare la possibilità che il malato non disponga di un patrimonio vascolare adeguato al confezionamento dell'accesso per il trattamento.

La dialisi peritoneale, che si esegue generalmente a casa quotidianamente, presenta i seguenti vantaggi: attenua i sintomi dell'uremia, mantiene più a lungo la funzione renale residua, ha ripercussioni meno pesanti sull'organismo, permette di seguire una dieta meno rigida, libera il paziente dalla presenza obbligatoria in ospedale, rendendogli più agevole lo svolgimento di viaggi e impegni di lavoro.

Gli svantaggi sono essenzialmente rappresentati da: presenza a permanenza di un catetere inserito nella cavità addominale, possibilità di comparsa di peritonite, necessità di assumere farmaci e di far entrare il trattamento dialitico nella gestione della normale *routine* di ogni giorno. Concludo sottolineando un concetto importante: quando la condizione clinica del paziente lo consente, emodialisi e dialisi peritoneale sono intercambiabili o meglio riescono a garantire un'efficacia dialitica sostanzialmente sovrapponibile.

MICHELASSI - La membrana depurativa nel processo di emodialisi è artificiale e situata nell'apparecchio per dialisi all'esterno dell'organismo. Nel caso invece della dialisi peritoneale la membrana depurativa è il peritoneo del paziente al cui interno scorrono i vasi capillari. In pratica è inserito nell'addome del paziente un catetere a permanenza attraverso il quale viene caricata nella cavità addominale la soluzione dialitica che è lasciata *in situ* per un intervallo di tempo determinato durante il quale avvengono gli scambi depurativi tra il sangue dei capillari peritoneali e la suddetta soluzione dialitica. Trascorso il tempo necessario la soluzione viene scaricata all'esterno e sostituita con altra "pura" fino a completamente dell'intero processo.

Esistono due tipi di dialisi peritoneale, quella manuale (CAPD, *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis*) e quella automatica (APD, *Automated Peritoneal Dialysis*). Nell'esecuzione della prima sono previste semplici manovre (da 1 a 4 volte al giorno) che il paziente effettua nelle ore diurne, rimanendo libero di compiere le normali attività quotidiane tra una manovra e l'altra. La dialisi peritoneale automatizzata richiede invece l'impiego di un particolare apparecchio, il *cycler*, che viene posizionato generalmente in camera vicino al letto. Prima di coricarsi il paziente dispone sul *cycler* tutte le sacche necessarie e lo mette in funzione. Durante la notte, mentre la persona dorme, l'apparecchio effettua in automatico tutti gli scambi dialitici prescritti fino al mattino successivo quando verrà spento. Questa metodica richiede un periodo di addestramento relativamente più lungo da parte del paziente che però, responsabilizzato alla gestione della propria dialisi, può disporre di tutta la giornata per le normali attività di socialità e lavoro.

La dialisi peritoneale può essere utilmente impiegata anche in pazienti "fragili" perché rispetto al trattamento emodialitico attua una depurazione molto più graduale causando minore *stress* all'organismo in generale e sul sistema cardiovascolare in particolare,

come dimostrato dalla virtuale assenza degli episodi di malessere, ipotensione e aritmie cardiache frequentemente riscontrati al termine delle sedute emodialitiche.

Da non trascurare infine il fatto che la dialisi peritoneale, rispetto all'emodialisi, è più economica, presenta risultati clinici sovrapponibili e garantisce un più lungo mantenimento della diuresi e della funzione renale residua.

RUSSO - A oggi circa il 10% della popolazione dialitica italiana ricorre alla dialisi peritoneale, metodica come già detto prettamente domiciliare gestita direttamente dal paziente o da un *caregiver*. Attualmente nella comunità nefrologica prevale l'orientamento di proporre la dialisi peritoneale come primo trattamento della malattia renale cronica in fase terminale per i numerosi vantaggi clinici e sociali che presenta, alla luce anche del risultato di numerosi studi che hanno dimostrato che i tassi di sopravvivenza dei malati in dialisi peritoneale sono superiori a quelli delle persone in trattamento emodialitico.

Tra i principali vantaggi della terapia peritoneale meritano di essere ricordati la già citata capacità di conservazione per lunghi periodi di tempo della funzionalità renale residua, la stabilità cardiovascolare intradialitica che la rende particolarmente indicata nei soggetti con malattie cardiache croniche, la salvaguardia del patrimonio vascolare non utilizzato per la creazione delle fistole arterovenose e la complessiva migliore qualità della vita che, in assenza delle limitazioni imposte dagli orari dei trattamenti ospedalieri, ben si concilia con il lavoro, la frequenza scolastica e le normali attività di tutti i giorni.

Le controindicazioni della dialisi peritoneale sono rappresentate essenzialmente dalla compromissione eventuale dell'integrità del peritoneo a causa di interventi chirurgici addominali e le difficoltà all'autogestione del trattamento. Quest'ultimo aspetto è purtroppo sempre più frequente a causa del progressivo invecchiamento della popolazione dialitica la cui età media, all'inizio del trattamento, si attesta intorno ai 70 anni.

Tra gli svantaggi il più importante è rappresentato dall'aumentato rischio infettivo responsabile delle peritoniti e dell'infezione del catetere, anche se l'applicazione di appropriati protocolli igienici appresi durante la fase di addestramento al trattamento consente al paziente di ridurre significativamente questo rischio.

TOSCANA MEDICA - *La pandemia da COVID-19 ha visto aumentare le indicazioni alla dialisi peritoneale al fine di evitare l'accesso in ospedale a soggetti oggettivamente fragili. Esistono delle osservazioni in merito da parte delle Società scientifiche del settore?*

RUSSO - In tempo di pandemia tutti i trattamenti domiciliari e quindi anche la dialisi peritoneale si sono dimostrati effettivamente molto validi nel ridurre il rischio di contagio COVID-19 per molte classi di malati.

Nello specifico una *survey* condotta dalla Società Italiana di Nefrologia ha evidenziato una positività COVID-19 nel 3,41% degli emodializzati contro l'1,36 dei pazienti in dialisi peritoneale, risultati sovrapponibili a quanto riscontrato negli USA. Questo può essere almeno in parte spiegato con il fatto che i trattamenti domiciliari riducono il numero degli accessi in ospedale e garantiscono le necessarie misure di distanziamento sociale. Non per niente la Società Internazionale di Dialisi Peritoneale ha prodotto delle apposite linee-guida che raccomandano fortemente il ricorso in tempi di pandemia COVID-19 ai sistemi di controllo a distanza dei trattamenti dialitici con la possibilità di inviare via *web* al centro di riferimento dati e video.

MICHELASSI - "Stai a casa". È il messaggio che è stato ripetuto all'infinito alla popolazione nei mesi della pandemia. Un simile invito si adatta alla perfezione alla popolazione dei pazienti in trattamento renale sostitutivo. È infatti evidente che, contrariamente ai malati in dialisi domiciliare, quelli emodializzati in centro vengono necessariamente in contatto con un

numero elevato di persone e questo aumenta in maniera significativa il rischio di contagio virale. Non per niente, già nel 2009 durante la pandemia influenzale da virus H1N1, il rischio di infezione fra gli emodializzati in centro risultò più alto rispetto a quello riscontrato tra i soggetti trattati a domicilio.

Nell'aprile 2020, a poche settimane dall'inizio dello scoppio pandemico, erano già disponibili i risultati di uno studio condotto dalla Società Italiana di Nefrologia su circa 60.000 pazienti (circa 30.000 in emodialisi, 4.000 in dialisi peritoneale e 25.000 trapiantati) seguiti da 365 centri nefrologici su tutto il territorio nazionale. Fino al 9 aprile la percentuale di positività COVID-19 registrata era complessivamente del 2,26%, significativamente più alta in emodialisi (3,55%) e molto migliore in dialisi domiciliare (1,38%) e nei pazienti trapiantati di rene (0,86%). Dati simili arrivavano in quel periodo anche da altri Paesi, compresa la tristemente nota città cinese di Wuhan.

Sulla scorta di tali dati già il 27 aprile 2020 il Ministero della Salute inviava a tutti gli Assessorati regionali alla Sanità e alle Province Autonome una circolare in cui si raccomandava in chiave di prevenzione del contagio COVID-19 l'implementazione dei trattamenti dialitici domiciliari, indicazioni che peraltro il Ministero aveva già prodotto anche in tempi non pandemici.

GENSINI - La telemedicina nella gestione del dializzato rappresenta uno strumento che permette utilmente di ridurre accessi urgenti del paziente al reparto per problematiche cliniche. Ovviamente il tempo di contatto fra medico e familiare non cambia (che il paziente rimanga a casa o che venga in ospedale il tempo visita è sostanzialmente invariato), ma il paziente non ha il tempo viaggio (con tutto quanto questo comporta, soprattutto nel caso di pazienti che vivono distanti dal centro dialisi). La possibilità inoltre di inviare immagini attraverso *tablet* o *smartphone* consente anche a chi non ha familiarità con *internet*

o *mail* di poter inviare immagini al centro. Quello che in passato era visto essenzialmente come un servizio per aree rurali, lontane dal centro (basterà ricordare la trasmissione tramite *smartphone* Apple dell'elettrocardiogramma fatto in mezzo alla savana) oggi diviene uno strumento di utilità rilevante anche nelle nostre comunità. Rimane sempre aperto il problema della *privacy*, della gestione delle immagini, ma se non fosse avvenuta la pandemia COVID questi strumenti utilissimi per la gestione clinica dei pazienti avrebbero continuato a essere elementi di nicchia, per cultori della tecnologia. Quindi la pandemia ci ha "obbligato" all'utilizzo di tali strumenti, alla loro implementazione, ad adattarli ai bisogni di ogni specialità (la lettura da parte di un radiologo residente a New Delhi di immagini fatte a New York è ormai nota) che ovviamente sono diversi da specialista a specialista. Ai nefrologi servono per comunicare col paziente (sia per visite programmate che per l'urgenza), per valutare lo stato clinico del paziente, per eventuale *training* o *re-training* del paziente o del *caregiver*, per fare un teleconsulto fra specialisti o con il medico di medicina generale. Quante visite vengono fatte a livello ambulatoriale in urgenza, ma con contenuti poco o per niente urgenti, perché il medico di medicina generale non sa come gestire un problema nefrologico? Con un teleconsulto, che può essere attivato in fasce orarie definite, si possono gestire problemi senza "ingolfare" gli ambulatori specialistici. La teledialisi può servire anche come "supporto psicologico" per il paziente dializzato. Tutti noi abbiamo pazienti che hanno timore nel gestire a domicilio una terapia quale la dialisi. Avere uno strumento che permette ai pazienti, soprattutto nelle prime settimane, di comunicare con il centro dialisi e con lo specialista nefrologo è di indubbia utilità, e può consentire anche di espandere il numero di pazienti che trattiamo a domicilio.

ALTI - La pandemia ha drammaticamente dimostrato come il territorio rappresenti il *setting* ideale per la ge-

stione della cronicità, specie per i pazienti più fragili, e come ogni accesso in ospedale, quando improprio o non necessario, possa rappresentare prima di tutto un rischio per i pazienti più che uno spreco di risorse per il sistema. Poter disporre di trattamenti da eseguire al proprio domicilio deve però necessariamente prevedere un'organizzazione territoriale strutturata adeguatamente in termini di personale, strumentazioni diagnostiche e tecnologia.

La continuità assistenziale tra medico di medicina generale e specialista inserita in un'offerta coordinata di servizi assicura reali vantaggi di processo ed esito a pazienti individuati per poter essere sottoposti a casa a dialisi peritoneale.

TOSCANA MEDICA - *La dottoressa Altì ha introdotto una questione di grande rilevanza, vale a dire il ruolo del medico di medicina generale nel percorso di diagnosi e cura del paziente con malattia renale cronica.*

MICHELASSI - Si tratta di un ruolo fondamentale, essendo compito del medico di medicina generale l'intercettazione, tra tutti i propri assistiti, di quelli affetti da malattia renale cronica e il loro invio al nefrologo. A sua volta lo specialista, dopo i necessari approfondimenti, deve identificare i soggetti *progressor* (quindi con malattia progressiva, di propria competenza) e i *non progressor* (con condizione patologica sostanzialmente stabile) che potrà rimandare al collega di Medicina Generale con le dovute indicazioni. Il rapporto dinamico tra medico di base e specialista era già presente nelle linee di indirizzo della malattia renale cronica redatte dal Ministero della Salute nel 2014 e lo si ritrova pressoché invariato nei percorsi diagnostico-terapeutici operativi in molti altri Paesi. Un altro aspetto della fondamentale importanza del medico di medicina generale nel campo della malattia renale cronica è rappresentato dalla gestione di alcuni principali fattori di rischio, le cosiddette "malattie del benessere" quali diabete, obesità e ipertensione arteriosa. In pratica

la precoce intercettazione da parte del medico di medicina generale del paziente nefropatico sta alla base di un'efficace prevenzione secondaria della malattia renale cronica mentre la corretta gestione delle principali condizioni di rischio consente un'altrettanto efficace prevenzione primaria, assai più vantaggiosa in termini economici e di salute per il paziente.

ALTI - Sono assolutamente d'accordo con quanto affermato ora dal dottor Michelassi. La capillarità e la prossimità dei medici di medicina generale ai propri assistiti permette realmente di individuare i soggetti a rischio di sviluppare la malattia renale cronica e di inquadrarli correttamente con semplici *test* di laboratorio e/o strumenti diagnostici di primo livello. Nella popolazione che accede quotidianamente agli studi della Medicina Generale una grossa percentuale è infatti rappresentata da persone a rischio maggiore di sviluppare una malattia renale cronica e per questo il corretto inquadramento diagnostico e la programmazione del *follow-up* secondo protocolli codificati garantiscono una sorveglianza clinica realmente capace di riconoscere i *fast progressor* (di stretta competenza specialistica) dagli *slow progressor* che possono essere seguiti dal medico di medicina generale, almeno fino a quando la situazione clinica non peggiori tanto da richiedere il ricorso al nefrologo.

Negli stadi più avanzati di malattia la condivisione di un progetto assistenziale tra medico di medicina generale, specialista e tutte le altre figure impegnate in questo campo rappresenta per il paziente la certezza di una presa in carico efficace ed efficiente da parte del Sistema Sanitario Nazionale e per i professionisti sanitari la possibilità di costruire percorsi di cura individualizzati nei vari *setting* con una reale appropriatezza in termini sia di risorse che di corretto utilizzo del personale. Quando poi si arriva alla terapia dialitica il paziente deve poter trovare in tutte le figure deputate alla sua assistenza una risposta progettata e realizzata

all'interno dell'ambito multidisciplinare che lo ha in carico.

RUSSO - Anche io concordo sul fatto che la gestione del paziente nefropatico per la sua cronicità non può prescindere dalla stretta collaborazione tra il medico di medicina generale e lo specialista di riferimento. Per tale ragione sono sempre più frequenti i documenti di indirizzo e i protocolli che prevedono tale collaborazione per la condivisione dell'assistenza al soggetto con malattia renale cronica. Non bisogna inoltre dimenticare che anche gli stadi avanzati di malattia renale cronica e l'avvio al trattamento sostitutivo, campi di intervento dello specialista, possono beneficiare dell'intervento della Medicina Generale, soprattutto per quanto riguarda la gestione dei malati in dialisi domiciliare. L'uso della telemedicina e la condivisione di una cartella nefrologica e dialitica informatizzata possono migliorare in maniera significativa la comunicazione tra i tutti i professionisti impegnati nell'assistenza ai soggetti con malattia renale cronica.

TOSCANA MEDICA - *Approfondiamo il concetto dell'importanza della telemedicina nella gestione della malattia renale cronica.*

GENSINI - Nel suo discorso di insediamento alle Camere il Presidente Draghi recentemente ha per due volte fatto riferimento alla telemedicina e per nove volte al digitale e questo deve fare comprendere quanto l'innovazione tecnologica diventerà in un futuro ormai prossimo sempre più importante. Nel PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) il termine "digitale" ricorre in 110 pagine su 168. L'innovazione tecnologica corre, noi non dobbiamo essere impreparati (o come i luddisti contrari alla sua affermazione) di fronte a quanto la ricerca ci mette a disposizione. La medicina digitale non è più il futuro. È il presente!

MICHELASSI - Per telemedicina si intende la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere sanitario

in situazioni nelle quali il sanitario e il paziente non si trovino nella stessa località. Già dal 2012 il Ministero della Salute aveva previsto l'uso della telemedicina in un documento in cui, tra l'altro, si faceva espresso riferimento alla teledialisi.

Nel trattamento dei soggetti in dialisi peritoneale esiste ormai un consolidato utilizzo della trasmissione a distanza dei dati, non per niente i contatti telefonici tra i pazienti in trattamento a casa e il personale del centro di riferimento sono praticamente quotidiani e questo consente in linea di massima che le visite di controllo possano avere una cadenza mensile o addirittura bimestrale, con evidente vantaggio per le persone che per svariati motivi hanno difficoltà a raggiungere il centro.

In particolare per i soggetti in dialisi peritoneale automatizzata si è progressivamente sviluppata negli ultimi anni una tecnologia che permette di effettuare da remoto la prescrizione e l'ottimizzazione della terapia dialitica e il controllo dell'andamento delle sedute. Con la più recente acquisizione della videodialisi l'operatore del centro può vedere e assistere in tempo reale il paziente a casa e aiutarlo nella risoluzione di eventuali problemi.

RUSSO - La telemedicina rappresenta uno *standard* per la cura del paziente nefropatico e trova particolari indicazioni in quello in dialisi peritoneale, il quale, secondo gli studi più recenti, manifesta un alto grado di soddisfazione dall'impiego di questa tecnologia.

La valutazione in tempo reale dei parametri dialitici che consente di modificare il programma della macchina di dialisi in base al variare della situazione clinica e permette di prevenire eventuali complicanze durante il trattamento con conseguente riduzione degli accessi ospedalieri sia per le visite periodiche in ambulatorio che per eventuali ricoveri. Infatti il tasso di ospedalizzazione e il numero dei giorni di degenza sono significativamente ridotti nei soggetti in dialisi peritoneale automatizzata con *Remote Patient Monitoring* (RPM) rispetto a quelli trattati con sistemi non RPM. La creazione di vere e proprie *Control*

Rooms presidiate da personale medico e infermieristico può consentire alla *team* di assistenza di seguire a distanza più pazienti contemporaneamente e non appare verosimilmente lontano nel tempo lo scenario in cui tali stanze di controllo potranno prendersi cura di pazienti residenti anche a molti chilometri interagendo con le strutture nefrologiche territoriali, il medico di medicina generale e i servizi di assistenza domiciliare.

GENSINI - Le società specialistiche, la scuola di medicina e le scuole di specialità dovrebbero obbligatoriamente prevedere nel percorso formativo momenti sull'utilizzo delle nuove tecnologie assistenziali al fine di avere professionisti sempre più *smart* nella gestione del paziente. La telemedicina non deve escludere il rapporto medico-paziente (spesso dopo una, due visite in telemedicina il paziente chiede di poter venire in ambulatorio), ma può permetterci di recuperare tempo evitando accessi ai reparti per problematiche gestibili a domicilio o per risolvere rapidamente problemi tecnici (un allarme dell'apparecchiatura, un dubbio sulla presenza di un quadro di peritonite sul dialisato ecc.).

TOSCANA MEDICA - *In Italia e in particolare in Toscana nel trattamento di dialisi peritoneale automatizzata quali sistema di monitoraggio da remoto vengono utilizzati?*

MICHELASSI - Le principali aziende presenti sul mercato hanno ognuna sviluppato un proprio sistema di teledialisi da remoto per il controllo e la gestione a distanza del trattamento dialitico peritoneale. Questi sistemi sono utilizzati anche in centri operativi nella nostra Regione.

In linea di massima si può dire che tutti i sistemi hanno in comune la possibilità di controllare a distanza dati clinici, andamento delle varie fasi di carico, sosta e scarico e ultrafiltrazione di ciascuna seduta dialitica e impostarne e/o modificare i vari parametri (numero di ore e di cicli, volume totale di soluzione dialitica da infondere, volumi di carico, tempi di sosta). Sep-

pure con qualche differenza, questo tipo di tecnologia consente un facile controllo giornaliero dell'aderenza del paziente al trattamento e dell'efficacia della terapia dialitica effettuata che eventualmente può essere modificata prima della seduta successiva. Tutte queste operazioni possono essere effettuate da qualsiasi dispositivo dotato di connessione *internet*, ad esempio lo *smartphone* dei sanitari che hanno in gestione il paziente.

Vorrei sottolineare che comunque l'aspetto più innovativo del controllo a distanza è senza dubbio rappresentato dalla videodialisi che, dopo l'installazione a casa del paziente di una telecamera ad alta risoluzione con *zoom* ottico connessa alla Rete mediante linea ADSL/HDSL, permette non solo di osservare *online* le varie manovre effettuate dal paziente (con la possibilità di correggere/prevenire eventuali errori e magari completare via *web* l'addestramento in tutta sicurezza) ma anche di effettuare un parziale esame obiettivo per verificare, ad esempio, la condizione dell'*exit site* del catetere peritoneale, la trasparenza del liquido drenato e la presenza di eventuali edemi periferici.

BENEDETTI - La dialisi peritoneale è uno dei pochi ambiti della Medicina in cui esiste già un modello organizzato e definito di integrazione ospedale-territorio per la cura a domicilio di pazienti con elevate necessità assistenziali.

Ormai da molto tempo la dialisi peritoneale assistita ha rappresentato uno strumento assai efficace nel superamento, tra l'altro, delle barriere fisico-cognitive, linguistiche, socio-economiche dei pazienti e delle loro famiglie, ma dalla continua evoluzione delle tecniche di telemedicina è lecito aspettarsi risultati ancora più significativi in termini sia di miglioramento della qualità della vita dei pazienti attraverso la deospedalizzazione che di beneficio sulla spesa pubblica.

Se è vero che per migliorare la vita dei malati la dialisi deve per quanto possibile adattarsi alle esigenze di tutti i giorni, bisogna però tenere presente che la prevenzione, la diagnosi preco-

ce e la cura delle eventuali complicanze del trattamento dialitico appaiono di fondamentale importanza e possono essere raggiunti solo attraverso l'addestramento personalizzato, i controlli periodici in ospedale e le visite domiciliari in presenza che potrebbero almeno in parte essere sostituite da quelle virtuali della videodialisi.

In particolare per i pazienti in dialisi peritoneale automatizzata la teledialisi rappresenta un progresso tecnologico di elevato valore predittivo per l'insorgenza di eventuali complicanze in quanto permette di valutare immediatamente durante le 24 ore successive al trattamento dialitico l'aderenza e la *compliance* terapeutica da parte del paziente, eventualmente permettendo al nefrologo di mettere in atto i necessari aggiustamenti.

Questa particolare attenzione al controllo dell'andamento dialitico rende i pazienti fiduciosi nei confronti della terapia domiciliare e migliora la relazione/comunicazione con il personale di assistenza. Paziente, familiare e professionista vengono infatti posti al centro di un rapporto unico e privilegiato basato sulla fiducia reciproca strutturato all'interno della casa dove il malato è abituato a vivere.

Ovviamente il telemonitoraggio infermieristico del processo dialitico richiede da parte dell'operatore ade-

guata conoscenza tecnologica, preparazione e formazione continue basate sui più aggiornati modelli di *best practice* anche in campo informatico, costante attenzione alla tutela della *privacy* degli assistiti.

La videodialisi, metodica utilizzabile anche da persone senza una specifica competenza tecnologica, permette di individuare e correggere in tempo reale errori di esecuzione della tecnica e problemi clinici eventualmente insorti, garantisce la riduzione dei ricoveri in ospedale, favorisce l'*empowerment* dei pazienti nella gestione della propria malattia, riducendo contestualmente il carico di impegno richiesto ai familiari.

Il Centro di Dialisi Peritoneale dell'Ospedale Santa Maria Annunziata di Firenze gestisce il processo di teledialisi impiegando la piattaforma di gestione remota *Sharesource* in associazione con la macchina per dialisi peritoneale automatizzata *Homechoice Claria*.

Dal giugno 2017 al settembre 2019 sono stati arruolati 45 pazienti in dialisi peritoneale automatizzata che hanno firmato il necessario consenso alla metodica.

Il gradimento del personale sanitario coinvolto nel progetto (3 infermieri e 2 medici) è stato ottimale grazie alla semplicità di gestione del sistema

operativo (dotato anche di funzionalità multilingue), all'efficacia della programmazione delle sedute e alla facilità di lettura dei dati protetti con efficacia sul *web* e resi agevolmente disponibili su *pc* o *smartphone*.

I pazienti hanno molto apprezzato la facilità della gestione da remoto della programmazione *online* dei differenti programmi dialitici personalizzati e nessuno di loro ha chiesto l'interruzione del processo di telemonitoraggio.

La teledialisi ha inoltre permesso ad alcuni pazienti di mantenere la metodica di dialisi peritoneale automatizzata anche durante particolari ricoveri specialistici (anche in ospedali fuori dalla Toscana), evitando così di dover cambiare modalità dialitica o addirittura essere costretti a ricorrere all'emodialisi.

Il controllo a distanza delle procedure dialitiche può essere potenziato con l'acquisizione di dati biofisici e biochimici (peso corporeo, pressione arteriosa, glicemia, saturazione del sangue) da parte di dispositivi dotati di tecnologia *bluetooth* che trasferiscono i dati a una centralina in grado di inviarli ad apposite piattaforme *cloud* alle quali ha accesso il personale sanitario che, dopo averli valutati, contatta il paziente per suggerire gli interventi da mettere in pratica.

Si ringrazia Baxter S.p.A. per aver contribuito alla pubblicazione

Il futuro è adesso

Lo sviluppo della tecnologia delle comunicazioni ha permesso di implementarne l'uso anche in area nefrologica. Infatti, mediante la telemedicina è possibile gestire pazienti in trattamento dialitico, in particolare dialisi e dialisi extracorporea domiciliare, al proprio domicilio. Con questa metodologia è possibile quindi ridurre gli accessi in ospedale per le visite periodiche (un paziente in dialisi domiciliare esegue normalmente una visita ogni mese o ogni 5 settimane, con la

telemedicina possiamo fare una visita ogni 3 mesi oppure ogni 10 settimane). In un programma ben gestito di integrazione dei dati di laboratorio con la cartella clinica, possiamo monitorare a distanza il dializzato, modificare rapidamente il programma della seduta dialitica, richiedere accertamenti emato-chimici urgenti. Inoltre possiamo acquisire importanti elementi clinici utilizzando la telecamera che consente il contatto visivo con il paziente (o il *caregiver*). Siamo

in grado infatti di valutare la presenza/assenza di edemi periferici, lo stato dell'emergenza del catetere peritoneale, l'aspetto del liquido peritoneale nel caso di sospetto di peritonite. Questi sono solo alcuni esempi della potenzialità della telemedicina nella gestione del dializzato, uno strumento che permette quindi anche di ridurre accessi urgenti del paziente al reparto per problematiche cliniche. Ovviamente il tempo di contatto fra medico e familiare non cambia (che il pa-

ziente rimanga a casa o che venga in ospedale il tempo visita è sostanzialmente invariato), ma il paziente non ha il tempo viaggio (con tutto quanto questo comporta, soprattutto nel caso di pazienti che vivono distanti dal centro dialisi). La possibilità inoltre di inviare immagini attraverso *tablet* o *smartphon* consente anche a chi non ha familiarità con *internet* o *mail* di poter inviare immagini al centro di riferimento. Quello che in passato era visto essenzialmente come un servizio per aree rurali, lontane dal centro (basterà ricordare la trasmissione tramite *smartphone Apple* dell'elettrocardiogramma fatto in mezzo alla savana) oggi diviene uno strumento di utilità rilevante anche nelle nostre comunità. Rimane sempre aperto il problema della *privacy*, della gestione delle immagini, ma se non fosse avvenuta la pandemia COVID questi strumenti utilissimi per la gestione clinica dei pazienti avrebbero continuato a essere elementi di nicchia, per cultori della tecnologia. Quindi la pandemia ci ha "obbligato" all'utilizzo di questi strumenti, alla loro implementazione, ad adattarli ai bisogni di ogni specialità (la lettura da parte di un radiologo residente a New Delhi di immagini fatte a New York è ormai noto) che ovviamente sono diversi da specialista a specialista. Ai nefrologi servono per comunicare col paziente (sia per visite programmate che per l'urgenza), per valutare lo stato clinico del paziente, per eventuale *training* o *re-training* del paziente o del *caregiver*, per fare un teleconsulto fra specialisti o con il medico di medicina generale. Quante visite vengono fatte a livello ambulatoriale in urgenza, ma con contenuti poco o per niente urgenti, perché il medico di medicina generale non sa come gestire un problema nefrologico? Con un teleconsulto, che può essere attivato in fasce orarie definite, si possono gestire problemi senza "ingolfare" gli ambulatori specialistici. La teledialisi può servire anche come

"supporto psicologico" per il paziente dializzato. Tutti noi abbiamo pazienti che hanno timore nel gestire a domicilio una terapia quale la dialisi. Avere uno strumento che permette ai pazienti, soprattutto nelle prime settimane, di comunicare con il centro dialisi e con lo specialista nefrologo è di indubbia utilità e può permettere anche di espandere il numero di pazienti che trattiamo a domicilio.

Fra i vari insegnamenti della pandemia da COVID abbiamo rilevato che i nostri pazienti con trattamenti domiciliari (dialisi extracorporea, dialisi peritoneale, trapianto di rene) hanno avuto un'incidenza di problematiche da 3 a 4 volte più bassa rispetto ai pazienti che sono costretti ad accedere alla sala dialisi 3 volte/settimana. Con la tecnologia possiamo gestire i pazienti a domicilio, interagire con il medico di medicina generale, con l'infermiere dell'assistenza domiciliare, con altro specialista. Non utilizzare quanto ci viene messo a disposizione sarebbe un grosso errore non solo operativo ma anche relazionale, perché sempre più i nostri pazienti hanno conoscenze tecnologiche e sempre più ci chiedono di interagire con questi nuovi strumenti.

Le società specialistiche, la scuola di medicina e le scuole di specialità dovrebbero obbligatoriamente prevedere nel percorso formativo momenti sull'utilizzo delle nuove tecnologie assistenziali al fine di avere professionisti sempre più *smart* nella gestione del paziente. La telemedicina non deve escludere il rapporto medico-paziente (spesso dopo una, due visite in telemedicina il paziente chiede di poter venire in ambulatorio), ma può permetterci recuperare tempo evitando accessi ai reparti per problematiche gestibili a domicilio o per risolvere rapidamente problemi tecnici (un allarme dell'apparecchiatura, un dubbio sulla presenza di un quadro di peritonite sul dialisato ecc.).

Programmi integrati fra telemedicina

e cartella clinica permettono di accedere a tutta una serie di dati funzionali alla gestione della seduta dialitica. Ad esempio ai valori pressori (i *monitor* per emodialisi extracorporea hanno già incorporato il rilevatore della pressione, quindi anche i monitor per dialisi peritoneale devono averlo), con una bilancia a infrarossi posso rilevare il peso e farlo "leggere" al *monitor* della dialisi domiciliare, posso acquisire manualmente la diuresi giornaliera, nel caso di dialisi manuale il volume degli scambi, i valori di glicemia letti col glucometro e interfacciati col *monitor*, i valori di saturazione dell'O₂, tutti i dati relativi alla seduta dialitica (durata scambi, fase di ingresso dialisato, fase di drenaggio, fase di stasi del dialisato ecc.). Tutti questi dati possono essere raccolti nella cartella clinica e visti dal medico in reparto, senza che il paziente porti nel corso della visita diari giornalieri, spesso lacunosi, e se necessario possono essere valutati con andamento settimanale, mensile, trimestrale al fine di cogliere anche visivamente le variazioni che insorgono nel tempo. Inoltre è possibile gestire la terapia giornaliera, con *alert* al paziente sul cellulare per gli orari di assunzione della terapia, l'annotazione dei sintomi (possibile l'uso della tendina per i predefiniti), attività fisica, diario apporti nutrizionali ecc. Nel suo discorso di insediamento alle Camere il Presidente Draghi recentemente ha per due volte fatto riferimento alla telemedicina e per nove volte al digitale. Nel PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) il termine digitale ricorre in 110 pagine su 168. L'innovazione tecnologica corre, noi non dobbiamo essere impreparati (o come i luddisti contrari alla sua affermazione) di fronte a quanto la ricerca ci mette a disposizione. La medicina digitale non è più il futuro.

È il presente!

Pietro Claudio Dattolo

Il partecipante dr. Roberto Russo dichiara di aver ricevuto i seguenti finanziamenti o di avere i seguenti contratti in corso, personali o istituzionali, con soggetti pubblici o privati i cui prodotti o servizi sono citati nella discussione: Baxter S.p.A., Fresenius Kabi Italia s.r.l.

Citomegalovirus in gravidanza: inserimento di valaciclovir in legge 648/96 e possibile screening universale

di Michele Trotta, Lorenzo Zammarchi

con la collaborazione di: Beatrice Borchi, Irene Campolmi,
Giulio Capecci, Mariarosaria Di Tommaso, Viola Seravalli,
Lucia Pasquini, Luisa Galli, Alessandra Ipponi, Alessandro Bartoloni

Con una prevalenza stimata attorno allo 0,7% alla nascita, l'infezione congenita da citomegalovirus rappresenta un'importante causa di sordità neurosensoriale e altri deficit neurologici permanenti.

Recenti studi indicano che il trattamento con valaciclovir in gravidanza può essere utile nel ridurre il rischio di trasmissione materno-fetale e la percentuale di infezioni sintomatiche alla nascita tanto che AIFA ha deliberato l'inserimento del farmaco nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (secondo legge 648/96). Questi dati impongono una seria riflessione da parte dei decisori sull'opportunità di introdurre uno screening sierologico universale in gravidanza.

Parole chiave:

citomegalovirus, valaciclovir, off-label, gravidanza, screening

Come si trasmette l'infezione da CMV?

L'infezione da citomegalovirus (CMV) si trasmette principalmente per contatti interpersonali diretti o indiretti in cui si abbia scambio di saliva o altri liquidi biologici. Una frequente fonte di infezione

è rappresentata da bambini piccoli che, in assenza di sintomi, possono eliminare il virus con la saliva e le urine per periodi prolungati. Il virus può essere trasmesso anche per via verticale durante la gravidanza e tale evento è associato a un rischio variabile di sequele permanenti nel nascituro. In particolare, in caso di infezione primaria contratta in gravidanza il rischio di trasmissione materno-fetale è di circa il 30-40% mentre in caso di infezione non-primaria (ovvero riattivazione o reinfezione) la trasmissione si ha in meno del 2% dei casi.

Quali sono i quadri clinici dell'infezione post-natale e congenita?

Nell'individuo immunocompetente l'infezione primaria è caratterizzata da un quadro clinico completamente silente o meno frequentemente da una sindrome simil mononucleosica o una febbre aspecifica associata o meno a blandi sintomi respiratori. Gli esami ematici possono talora mostrare linfomonocitosi e ipertransaminasemia. Le caratteristiche del virus fanno sì che siano possibili riattivazioni (talvolta anche molto gravi negli immunodepressi) e reinfezioni che nella maggior parte decorrono in assenza di sintomi. In caso di trasmissione verticale l'infezione congenita può essere asintomatica o determinare dei sintomi transitori alla nascita o ancora determinare sequele permanenti nel bambino quali sordità neurosensoriale, deficit neurologici e visivi. Il rischio di sequele permanenti si aggira intorno al 20-25% in caso di infezione primaria contratta dalla madre durante la gravidanza (soprattutto nel primo tri-



MICHELE TROTTA

È specialista in Malattie Infettive, Allergologia e Immunologia Clinica e in Dermatologia e Venereologia. Attualmente è Dirigente Medico presso la SOD Malattie Infettive e Tropicali dell'AOU Careggi, Firenze. È fondatore, responsabile e referente del Centro di Riferimento per la Regione Toscana per le Malattie Infettive in Gravidanza

LORENZO ZAMMARCHI

Centro di Riferimento Regionale per la Regione Toscana per le Infezioni in Gravidanza, Firenze. SOD Malattie Infettive e Tropicali, AOU Careggi, Firenze. Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica Università degli Studi di Firenze

mestre) mentre il rischio è inferiore in caso di infezione non-primaria.

Qual è il ruolo dei test diagnostici per CMV in gravidanza?

A differenza di altre malattie del gruppo TORCH, al momento in Italia non è previsto uno screening sierologico per CMV in gravidanza in quanto, fino a poco tempo fa, non erano disponibili dati convincenti riguardanti interventi terapeutici efficaci. Ciò nonostante, non di rado la sierologia viene prescritta durante la gravidanza sia in donne asintomatiche (cosiddetto "screening spontaneo" su donne a rischio di contagio quali insegnanti di asilo nido, mamme con bambini di età inferiore ai 2 anni o su donne senza fattori di rischio) che in caso di sintomi o alterazioni bio-umorali o ecografiche sospette. Le donne che nel primo trimestre presentano IgG positive e IgM negative (in Italia circa il 40% delle gestanti) non sono considerate ad aumentato rischio in quanto presentano un rischio personale molto basso di poter sviluppare una reinfezione o riattivazione nel corso della gestazione. In questo caso sono consigliati solo i controlli di routine. Le gestanti con sierologia negativa (IgG e IgM negative) non hanno mai contratto l'infezione da CMV e potrebbero acquisirla durante

la gestazione. In queste donne è stata suggerita la ripetizione della sierologia su base mensile fino alla 18-20^a settimana di gestazione e successivamente alla 35-37^a per identificare precocemente un'eventuale infezione primaria. Le donne che presentano IgG e IgM positive nel primo trimestre di gestazione sono meritevoli di un approfondimento diagnostico per cercare di datare l'infezione. A tale scopo l'esame più utile è rappresentato dall'IgG *avidity* che se risulta elevato indica un'infezione primaria avvenuta più di 16 settimane prima del prelievo. Risulta quindi fondamentale per una corretta interpretazione, poter eseguire il *test* prima possibile in gravidanza (infatti se eseguito oltre la 16^a settimana il *test* risulta difficilmente interpretabile). Il riscontro di IgG *avidity* bassa indica invece un'infezione primaria recente. Per un completo inquadramento e per tentare di discernere tra infezione primaria, non-primaria e movimenti anticorpali aspecifici, i centri di riferimento si avvalgono anche di *test* molecolari (*Polymerase Chain Reaction*) per ricercare il DNA del virus su sangue, urine e saliva.

Qual è il ruolo della diagnosi prenatale in caso di infezione da CMV in gravidanza?

Le ecografie ostetriche di secondo livello sono indicate nei casi in cui gli approfondimenti sierologici e virologici indicano che la donna ha acquisito l'infezione primaria in gravidanza e possono essere utili anche in caso di documentata infezione non-primaria. Le ecografie possono rilevare presenza di alcune alterazioni suggestive di infezione congenita da CMV quali polioidramnios, ventricolomegalia, microcefalia, ipercogenicità peri-ventricolare. La ricerca del DNA del virus su liquido amniotico tramite PCR (da eseguire ad almeno 8 settimane dalla data di presunta infezione e ad almeno 20 settimane + 1 giorno di gestazione) è generalmente riservata ai casi di infezione primaria o quando vi siano alterazioni ecografiche sospette.

Vi sono terapie per l'infezione da CMV da effettuare in gravidanza?

Da diversi anni sono state impiegate immunoglobuline iperimmuni anti CMV per ridurre il rischio di trasmis-

sione verticale e trattare l'infezione fetale durante la gravidanza. Nonostante numerosi studi osservazionali abbiano indicato una possibile utilità di questo approccio, i risultati non sono stati confermati in uno studio randomizzato e controllato. Recentemente in uno studio non randomizzato sono stati utilizzati dosaggi più elevati rispetto a quelli impiegati nel *trial* randomizzato appena citato con risultati apparentemente promettenti.

Dati interessanti stanno emergendo a favore dell'utilizzo di valaciclovir. In particolare, in un *trial* randomizzato che ha coinvolto gestanti con infezione primaria da CMV, valaciclovir è stato somministrato al dosaggio di 8 g al giorno fino al momento dell'amniocentesi determinando una riduzione del 70% del tasso di trasmissione verticale. Alcuni neonati con amniocentesi negativa sono risultati infettati alla nascita suggerendo una possibile trasmissione tardiva post-amniocentesi. Uno studio clinico di fase 2, a braccio singolo, ha mostrato che valaciclovir al medesimo dosaggio somministrato fino al parto a gestanti con feti con infezione da CMV confermata (amniocentesi positiva) e alterazioni fetali ecografiche e/o biomorali lievi-moderate aumenta significativamente la percentuale di neonati asintomatici alla nascita dal 43% (dato ricavato da una coorte storica) all'82%.

Come viene gestito il neonato in caso di possibile infezione congenita da CMV?

Entro 2 settimane dalla nascita il neonato con possibile infezione da CMV deve essere sottoposto a ricerca del DNA del virus tramite PCR su urina e saliva (eventualmente anche su sangue). In caso di infezione confermata il neonato, solo se sintomatico, può essere trattato per 6 mesi per via orale con valganciclovir, che si è dimostrato utile nel migliorare parzialmente problemi uditivi e di neurosviluppo. Prima di intraprendere la terapia con valganciclovir deve comunque occorre effettuare un *counselling* ai genitori, spiegando i potenziali effetti collaterali e i benefici attesi del trattamento che, a tutt'oggi, resta *off-label* nel neonato con infezione da CMV. Appare opportuno, inoltre, che i neonati nati da madri che

abbiano ricevuto valaciclovir durante la gestazione siano opportunamente valutati e seguiti anche se gli esami virologici alla nascita risultano negativi.

Quali sono le strategie per prevenire l'infezione da CMV in gravidanza?

Mentre gli studi sui vaccini proseguono, alcune norme igienico-comportamentali (Tabella I) si sono dimostrate efficaci nel ridurre il rischio di acquisire l'infezione primaria da CMV durante la gravidanza e dovrebbero essere sempre raccomandate specialmente alle gestanti sieronegative che abbiano contatti con bambini.

Cosa viene fatto presso il Centro di Riferimento della Regione Toscana per le Malattie Infettive in Gravidanza?

Il Centro di Riferimento della Regione Toscana per le Malattie Infettive in Gravidanza, che ha sede presso la SOD Malattie Infettive e Tropicali dell'AOU Careggi (telefono per appuntamenti: 055-7949425, attivo in orario 10-14 da lunedì a venerdì), si occupa da più di ventennio della gestione delle infezioni del gruppo TORCH in gravidanza. Nei casi in cui è ritenuta opportuna e previo consenso informato della gestante, da circa un anno presso il Centro viene proposta la terapia *off-label* con valaciclovir in gravidanza per la prevenzione e il trattamento dell'infezione congenita da CMV.

Infine, del tutto recentemente, a seguito di richiesta elaborata con la collaborazione del Centro di Riferimento della Regione Toscana per le Malattie Infettive in Gravidanza e inviata formalmente all'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) da Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT), Associazione Microbiologi Clinici Italiani (AMCLI) e Società di Medicina Perinatale (SIMP) è stato decretato l'inserimento del medicinale valaciclovir (originatore o biosimilare) nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, per la prevenzione dell'infezione fetale e il trattamento della malattia fetale da citomegalovirus ai sensi della legge 648/96 (determina n. 142618/2020 - 20A07138 - GU Serie Generale n. 322 del 30-12-2020).

- Non condividere con il bimbo stoviglie (es. tazze, piatti, bicchieri, posate), cibo (es. non assaggiare la sua pappa con lo stesso cucchiaino), biancheria (es. asciugamani, tovaglioli), strumenti per l'igiene (es. spazzolino da denti)
- Non portare alla bocca succhiotti o ciò che il bimbo possa aver messo in bocca
- Non baciare il bambino sulla bocca o sulle guance
- Lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone dopo un contatto diretto con qualunque materiale organico (es. pulito il naso e la bocca del bambino, cambio del pannolino, maneggiato la biancheria sporca e i giocattoli ecc.)
- Lavare frequentemente giocattoli e superfici varie (es. seggiolone, box, passeggino) con acqua e sapone

Tabella I – Precauzioni per ridurre il rischio di infezione da citomegalovirus in gravidanza.

CITOMEGALOVIRUS IN GRAVIDANZA, TAKE-HOME MESSAGES

- L'infezione congenita da CMV ha una prevalenza alla nascita dello 0,7% e rappresenta un'importante causa congenita di sordità neurosensoriale e altri deficit neurologici
- In caso di infezione primaria in gravidanza la trasmissione verticale avviene nel 30-40% dei casi e il 20-25% dei neonati infetti svilupperà sequele permanenti
- In caso di infezione non-primaria (reinfezione o riattivazione) in gravidanza la trasmissione verticale avviene in < 2% dei casi e una percentuale inferiore di neonati infetti potrà sviluppare sequele permanenti
- La diagnosi dell'infezione in gravidanza si basa su metodiche sierologiche e molecolari per l'interpretazione delle quali può essere necessario il consulto con personale esperto
- Le ecografie ostetriche di secondo livello sono raccomandate in caso di infezione primaria contratta in gravidanza ma anche in caso di infezione non-primaria, mentre l'amniocentesi per la ricerca del DNA del virus (da eseguirsi con *timing* adeguato) è indicata generalmente in caso di infezione primaria o in presenza di alterazioni ecografiche
- Studi recenti mostrano che la terapia con valaciclovir durante la gravidanza può essere utile sia nel ridurre il rischio di trasmissione materno-fetale in seguito a infezione primaria che nei casi di infezione fetale confermata
- Recentemente AIFA ha deliberato l'inserimento di valaciclovir nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, per la prevenzione dell'infezione fetale e il trattamento della malattia fetale da citomegalovirus (determina n. 142618/2020 - 20A07138 - GU Serie Generale n. 322 del 30-12-2020)
- I neonati con possibile infezione congenita da CMV devono essere sottoposti a ricerca del DNA del virus tramite PCR su urina e saliva (eventualmente anche su sangue). In caso di infezione confermata sintomatica vi è indicazione al trattamento per 6 mesi con valganciclovir, che si è dimostrato utile nel migliorare parzialmente problemi uditivi e di neurosviluppo
- Alcune norme igienico-comportamentali (Tabella I) sono utili nel ridurre la probabilità di contrarre l'infezione primaria in gravidanza e dovrebbero essere consigliate soprattutto alle gestanti sieronegative e in contatto con bambini piccoli
- Sebbene a oggi lo *screening* sierologico universale per CMV in gravidanza non sia previsto, i dati relativi a valaciclovir impongono una seria riflessione da parte dei decisori sull'opportunità di introdurlo

Quali sono le prospettive future?

I dati su valaciclovir, e il riconoscimento ricevuto da AIFA con l'inserimento del farmaco nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale secondo

legge 648/96 impongono una riflessione seria su un'eventuale introduzione dello *screening* sierologico universale per CMV in gravidanza in Italia. Infatti, il motivo principale per il quale lo *screening* non viene a oggi offerto,

ovvero l'assenza di interventi terapeutici di comprovata efficacia in caso di riscontro di infezione primaria in gravidanza, sembrerebbe non sussistere più.

trottam@aou-careggi.toscana.it

BEATRICE BORCHI, IRENE CAMPOLMI
Centro di Riferimento Regionale per la Regione Toscana per le Infezioni in Gravidanza, Firenze. SOD Malattie Infettive e Tropicali, AOU Careggi, Firenze

GIULIO CAPECCHI
Scuola di Scienze della Salute Umana, Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Firenze

MARIAROSARIA DI TOMMASO, VIOLA SERAVALLI
SOD Ostetricia e Ginecologia, AOU Careggi, Firenze. Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

LUCIA PASQUINI
Medicina e Diagnosi Fetale, AOU Careggi, Firenze

LUISA GALLI
SODc Malattie Infettive, Dipartimento Attività Integrate di Pediatria Internistica, AOU Meyer, Firenze. Dipartimento di Neuroscienze, Area del Farmaco e Salute del Bambino, Università degli Studi di Firenze

ALESSANDRA IPPONI
Farmaceutica Ospedaliera e Politiche del Farmaco, AOU Careggi, Firenze

ALESSANDRO BARTOLONI
Centro di Riferimento Regionale per la Regione Toscana per le Infezioni in Gravidanza, Firenze. Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica Università degli Studi di Firenze



TRASFORMIAMO IL LINGUAGGIO DELLA VITA IN FARMACI ESSENZIALI

Crediamo che le risposte della medicina siano scritte nel linguaggio del nostro DNA. Amgen, tra i leader mondiali nelle biotecnologie, conosce e utilizza questo linguaggio per creare farmaci essenziali nella battaglia alle patologie più gravi e migliorare la vita dei pazienti.

www.amgen.it



Il *time management* in Sanità

Parte 1. Una visione sistemica del tempo in Sanità

di Marcello Montomoli



MARCELLO MONTOMOLI
 Responsabile Formazione DEU Azienda USL Toscana Sud-Est. Specialista in Geriatria e in Scienza dell'Alimentazione. Professore a contratto Scuola di Specializzazione in Medicina di Emergenza-Urgenza, Cardiologia e Anestesia e Rianimazione Università di Siena. Membro della National Faculty SIMEU corsi BLS, ACLS, PALS, American Heart Association. Ufficiale Medico della Riserva della Marina Militare Italiana, ha partecipato a operazioni nazionali e internazionali. Professional Coach (Life style-Coaching, Team-Coaching, Leadership-Coaching)

La gestione del tempo costituisce anche in Sanità un elemento di fondamentale importanza per l'organizzazione del lavoro. Imparare a usarlo al meglio finisce per migliorare anche il rapporto medico-paziente.

Parole chiave:

time management, principio di Pareto, *coaching*, organizzazione del lavoro

La gestione del tempo (*time management*) è una delle competenze personali, di *team* e aziendali più rilevanti per la *performance*, la sicurezza e il benessere a livello personale e organizzativo. La letteratura manageriale e la manualistica su questo tema sono già molto ampie, tuttavia la complessità e la delicatezza della gestione del tempo applicata all'ambito sanitario richiedono un approccio e una visione articolati, multidisciplinari e sistemici. In questa prima parte intendiamo offrire una breve panoramica su aspetti particolarmente rilevanti dell'uso del tempo nei diversi *setting* e contesti della Sanità. Nella seconda parte entreremo nello specifico del *time management* del medico, adottando un approccio di *self-coaching*. Anche se nella nostra epoca la componente quantitativa del tempo è quella maggiormente enfatizzata, già gli antichi Greci distinguevano il

kronos dal *kairos*, cioè una dimensione quantitativa, lineare, cronometrica e una dimensione qualitativa del tempo. Dal punto di vista quantitativo tutti noi abbiamo ogni giorno a disposizione 24 ore, ma elemento strategico del *time management* è quello di fare il "miglior uso" del tempo. Sostanzialmente esistono due approcci al *time management*: uno basato prevalentemente sull'efficienza, che porta a svolgere un maggior numero di compiti nel minor tempo possibile; l'altro basato sull'efficacia, che porta a concentrare l'allocatione del tempo verso i compiti ad alto valore, rispetto a obiettivi predefiniti e rilevanti per gli scopi finali. In questo ultimo caso, si tratta in pratica di una delle tante applicazioni del Principio di Pareto (80/20). Descritto da Vilfredo Pareto (1848-1923), uno dei maggiori economisti e sociologi italiani, il principio è un risultato di natura statistico-empirica che si riscontra in molti sistemi complessi dotati di una struttura di causa-effetto e trova applicazione in diversi ambiti e discipline. Il Principio di Pareto afferma che circa il 20% delle cause provoca l'80% degli effetti (questi valori sono da intendersi come qualitativi e approssimativi). Nel *time management* tutto ciò implica la focalizzazione verso le attività ad alto valore, cioè quelle che hanno maggiore impatto sui risultati che si vogliono ottenere. A livello macro-organizzativo, esempi di *time management* sono rappresentati dall'introduzione di sistemi automatizzati di gestione dei laboratori, dalle crescenti applicazioni della telemedicina, dall'ingegnerizzazione dei processi, dal *project management* in ambito sanitario, aree in cui la dimensione quantitativa del tempo riceve, e sempre più riceverà, uno stra-

ordinario sviluppo: tutto più veloce, sempre più veloce. Se questa velocità crescente andrà a erodere il *time wasting* (spreco di tempo), si tratterà di processi virtuosi, assolutamente da sostenere e su cui investire. Ma tutto ciò non basta. Man mano che ci si sposta all'area interpersonale della Sanità, la dimensione quantitativa del tempo non è sufficiente a realizzare lo scopo ultimo dell'assistenza e della cura, che è centrato sulle persone. Spersonalizzazione, frettezza, riduzione, disumanizzazione, conflittualità, insoddisfazione, perdita di senso del lavoro e della propria missione sono drammatici effetti della gestione disgiunta del tempo in Sanità: troppa enfasi sulla componente quantitativa, cronometrica, troppa poca attenzione alla componente qualitativa, cairologica. In termini metodologici e di pratica clinica è nell'ambito dei Percorsi Clinici o PDTA che occorrerebbe applicare queste due dimensioni e chiaramente esplicitarle e prevederle, rispondendo ad almeno una domanda chiave: "con quali modalità quali-quantitative sarà allocato il tempo all'interno di un dato percorso clinico?". Per esempio: le spiegazioni sull'automedicazione o sull'*auto-assessment* in caso di una patologia cronica quando

verranno fornite? In quali spazi riservati all'apprendimento e alla comunicazione? In quali tempi e con quanto tempo di apprendimento riservato al paziente e ai suoi familiari? Probabilmente uno dei limiti metodologici degli attuali PDTA è proprio un certo sbilanciamento tra la componente di *evidence-based practice* e la componente di *interpersonal practice*. In realtà questo dualismo è artificioso: le due dimensioni non sono antitetiche, sono assolutamente complementari!

Time management nelle relazioni di assistenza e cura

Aree particolarmente rilevanti del *time management* clinico sono quelle dei processi di assistenza e cura medico-infermieristici. In questi ambiti l'allocazione del tempo deve prevedere anche il tempo di relazione, il tempo dedicato alla comunicazione e alla narrazione appropriata. Assistenza e cura prevedono un investimento di tempo per attività "tecniche" e, parimenti, hanno bisogno di tempo per le relazioni interpersonali. La Sanità non può essere pensata come un'impersonale catena di montaggio: vi è un imperativo etico e morale in tutti i codici deontologici delle professioni sanitarie che fa identificare chiaramente il tempo dedicato alla relazione e alla comunicazione come componente irrinunciabile della professionalità. Questi concetti rimangono validi persino nel contesto delle emergenze, laddove, pur essendo ovviamente preminente la componente *kronos* del tempo, esiste uno specifico spazio di relazione e comunicazione.

• Rimandare ristrutturazioni edilizie essenziali	• Rimandare interventi di <i>risk-management</i>
• Rimandare investimenti in innovazioni e tecnologie essenziali	• Rimandare conversazioni difficili
• Gestire le liste di attesa in modo non dipendente da fattori di rilevanza clinica e appropriatezza	• Rimandare la gestione costruttiva dei conflitti
• Rimandare ristrutturazioni organizzative essenziali	• Rimandare eventi formativi e di aggiornamento professionale essenziali

Tabella I – Esempi di aree di procrastinazione disfunzionale in Sanità.

Time management nelle riunioni aziendali

Nel mondo aziendale, e quello sanitario non fa eccezione, le riunioni sono il più frequente strumento organizzativo del lavoro. Le riunioni sono pertanto una parte fondamentale della vita lavorativa, il tempo di riunione è lavoro (ed ha un costo), tuttavia le riunioni possono essere un'arma a doppio taglio: da elemento irrinunciabile del lavoro di squadra, possono talvolta diventare una perdita di tempo capace solo di esaltare i difetti dei singoli (protagonismo, litigiosità, invidia, rancori ecc.). Proprio la rilevanza di quest'area rende indispensabile l'applicazione di principi e strategie di *time management*. La produttività (o l'improduttività) delle riunioni di lavoro può essere notevolmente incrementata ricorrendo ai migliori *standard* organizzativi: chiara definizione degli obiettivi della riunione, dettagliati in un ordine del giorno corredato di cronoprogramma della riunione; allestimento tempestivo della logistica, delle tecnologie e dei materiali di supporto alla riunione; elevate *skill* di moderazione e di verbalizzazione; blocco

delle interferenze e delle interruzioni inappropriate ecc.

Procrastinazione: le conseguenze negative dell'abitudine a rimandare

La tendenza sistematica a rimandare attività programmate può essere un attributo della persona o dell'intera organizzazione. Nel prossimo articolo tratteremo alcune tecniche per evitare la procrastinazione a livello di singolo professionista, ma è necessario considerare che a livello macro-organizzativo la procrastinazione può portare a conseguenze disastrose. In Tabella I sono riportati alcuni esempi di procrastinazione disfunzionale in Sanità: un approccio proattivo rappresenta in questi casi la strategia di *time management* più idonea.

In conclusione, un approccio sistemico al *time management* può essere uno dei collanti fondamentali tra tutte le componenti di quel complesso mondo che è la Sanità: pazienti, familiari, operatori sanitari, *manager*, amministrativi potrebbero trovare in quest'area un rilevante punto di incontro, di approfondimento e, infine, di sintesi.

marcello.montomoli@uslsudest.toscana.it

UN RINGRAZIAMENTO

A seguito della recente assegnazione del Fiorino d'oro quale (giusto) riconoscimento ai soli medici pensionati rientrati in servizio per effettuare le vaccinazioni nell'hub del Mandela Forum, io vorrei ringraziare personalmente i medici toscani pensionati che hanno risposto all'appello della protezione civile nel marzo 2020 e sono rientrati al lavoro quando il rischio personale era grande, per operare nelle USCA e nei reparti COVID, servizi dove il pericolo di ammalarsi è elevato. A tutti costoro che, nel silenzio della politica e delle istituzioni ufficiali, hanno dimostrato e continuano a dimostrare coi fatti la loro etica civica e professionale, vada almeno il mio plauso e la mia riconoscenza di medico, di cittadino e di consigliere regionale della scorsa legislatura (quella della prima ondata, quando i professionisti sanitari lavoravano anche a mani nude e volto scoperto perché non sempre c'erano i DPI).

Andrea Quartini

La diagnosi ritrovata

di Giampaolo Collecchia, Riccardo De Gobbi, Roberto Fassina, Giuseppe Ressa, Renato Luigi Rossi

Il Pensiero Scientifico Editore

Di fronte al travolgente sviluppo della tecnologia informatica e alle promesse dell'Intelligenza Artificiale non è ancora apparsa in letteratura una riflessione a tutto campo sulle modalità del ragionamento clinico, sulla metodologia clinica e sull'epistemologia della scienza medica. Fino a quale punto le *app* e la disponibilità dei cosiddetti *big data*, cioè la possibilità di coniugare i dati personali del paziente, clinici e non, con le conoscenze scientifiche e le linee guida, possono diventare, combinando *precision medicine* con l'EBM, uno strumento vantaggioso per l'esercizio della professione?

La questione assilla i clinici e si fa particolarmente sentire nella medicina generale che spesso oscilla tra diversi approcci diagnostici, dalla diagnosi algoritmica a quella bayesiana all'ermeneutica che, a sua volta, richiede ascolto e comprensione olistica del paziente. Altresì l'approccio metodologico non può limitarsi alla relazione tra medico e paziente bensì implica l'intervento di molteplici altri approcci o distorsioni, la tecnologia informatica, le aspettative sociali, l'interesse collettivo, il quadro antropologico della modernità.

Forse allora un atteggiamento descrittivo del tipo groopmaniano: "come pensano i dottori" può essere più utile al lavoro diagnostico del medico pratico. È quello che hanno tentato, riuscendoci appieno, Giampaolo Collecchia, Riccardo De Gobbi, Roberto Fassina, Giuseppe Ressa e Renato Luigi Rossi che ci offrono un voluminoso testo, scritto a più mani, *La diagnosi ritrovata*, un testo di metodologia, redatto da medici pratici a uso dei clinici e di chiunque sia curioso di capire come i medici scoprono la diagnosi giusta o almeno quella che più lo appare.

Mi sono chiesto, perché "diagnosi ritrovata"? L'estensione enorme delle conoscenze mediche, quasi non più dominabile senza l'aiuto dell'Intelligenza

Artificiale, mantiene il medico in una condizione di sicurezza insicura, come se, in tempi di trionfi scientifici come questa pandemia ha mostrato, tuttavia mantenesse sempre, nel ragionamento clinico, uno sfondo di incertezza, di probabilismo, di rischio, di "sapere di non sapere" che provoca disagio e non è causa ultima di strisciante *burn out*.

Allora, nella medicina generale ancor più che nell'internistica o nella specialistica, la diagnosi non è la somma di molteplici atti cognitivi su un corpo frammentato ma il recupero olistico, appunto il "ritrovamento", della diagnosi come sintesi dei dati, delle conoscenze e dell'ascolto della narrazione del paziente, una diagnosi insiemistica, fisica, psicologica e sociale. Insomma una sorta di svelamento che porta la diagnosi dalla sfera della negoziazione a quella dell'antropologia sia pur ferreamente agganciata alle evidenze. Ne è sortito un testo utile per chiunque eserciti una branca clinica della medicina ma in particolare volto ai medici generali, sia già attivi sul campo sia in formazione nel corso triennale complementare di medicina generale. Per questo mi sento di proporlo come testo di studio da consigliare e sul quale basarsi per la parte metodologica del corso.

Il testo è diviso in tre parti. In una prima si fa un rapido ma efficace *excursus* sulla storia del pensiero diagnostico medico da Ippocrate ai nostri giorni, mostrando in sintesi i fondamenti filosofici delle diverse scuole di pensiero. In tal modo l'allievo, ma anche l'esperto spesso dimentico dei fondamenti epistemologici della professione, possono farsi un quadro concentrato ma completo delle motivazioni del ragionamento, logiche, filosofiche, storiche, funzionali, nel quadro dell'evoluzione complessiva del pensiero della e sulla medicina.

Nell'ultima parte gli autori propongono

un utilissimo dizionarietto delle parole base e dei *bias* più frequenti e quindi dei numerosi *caveat* che il clinico deve saper affrontare e conoscere per non inficiare il proprio percorso mentale.

La parte più corposa e utile è quella centrale in cui sono presentate alcune centinaia di storie cliniche, più alcune decine di casi rari, tutte realmente accadute e suddivise in una partizione didatticamente assai efficace. Ogni caso viene descritto da molteplici punti di vista e si offre una storia argomentata dello sviluppo del ragionamento che ha portato alla diagnosi e alla proposta terapeutica. Poi, sempre per ogni caso, si scompone in parti logicamente e storicamente successive il ragionamento diagnostico, riferendolo esplicitamente sia alle metodiche usate dal medico in quel determinato caso sia agli errori e ai *bias* in cui è incorso prima di giungere alla conclusione diagnostica.

Insomma si costringe il lettore o il discente a riflettere imparando e a imparare nella consapevolezza. Le basi logiche e filosofiche nascono dalla prassi del clinico di cui sono ineliminabile strumento. Quindi, ed è il commento più significativo, si giunge al metodo attraverso la pratica quotidiana mentre la prassi conferma il metodo.

Ne sorte non solo un bel libro cui qualsiasi clinico può far riferimento anche per confrontare il modello di pensiero personale con i criteri generali più accreditati ma, e più che altro, un testo utile per i discenti. Insisto nel consigliarlo ai giovani colleghi iscritti al corso di formazione complementare in medicina generale perché unisce le conoscenze di un trattato di internistica con una serie infinita di esercizi didattici non astratti ma nati dalla stessa casistica. Auguriamo un buon successo a questo nuovo frutto della medicina generale italiana.

Antonio Panti

Il Percorso Codice Rosa in AOU Careggi: dall'istituzione del percorso alla *Unit*

di Paola d'Onofrio

con la collaborazione di Lina Bartolini, Beatrice Caiulo, Marco Carnevali, Francesca Romana Ermini, Martina Focardi, Silvia Gasperoni, Barbara Gualco, Regina Maria Lammel, Rosa Liotto, Maria Marsilio, Laura Masi, Pina Mertino, Francesca Pampaloni, Laura Stefani, Valentina Tucci



PAOLA D'ONOFRIO

Laurea in Medicina e Specializzazione in Anestesia e Rianimazione. Master in Salute e Medicina di Genere, Master Management e Sanità, Certificazione Project Management ISIPM. In forza come Anestesista Rianimatore in AOU Careggi dal 2002 e dal 2011 in Direzione Sanitaria. Dal 2014 Responsabile Sanitario del Dipartimento Medico Geriatrico e dal 2019 Responsabile Unit percorso Codice Rosa AOU Careggi

Il Percorso Codice Rosa nasce, grazie alla dottoressa Doretti, nella ASL di Grosseto nel 2010 e nei successivi quattro anni viene esteso a tutte le Aziende Sanitarie della Regione. Il progetto ha come obiettivo la creazione di una rete strutturata che metta in relazione l'ospedale con gli organismi territoriali, gli enti e le istituzioni che supportano le vittime di violenza di genere e crimini di odio.

Parole chiave:
Codice Rosa, genere, crimini di odio

Il Percorso Codice Rosa, inserito nel 2016 nelle reti cliniche tempo-dipendenti della Regione Toscana, ha lo scopo di attivare, in ogni ospedale della Regione, un sistema di accoglienza e supporto uniforme e strutturato dedicato

alle vittime di violenza di genere e di crimini di odio.

Con l'espressione "violenza di genere" ci si riferisce ai crimini perpetrati sulla base di una discriminazione relativa all'identità e/o al ruolo di genere; i crimini di odio, dall'inglese *hate crimes*, comprendono tutte le violenze perpetrate nei confronti di persone discriminate per l'appartenenza vera o presunta a un gruppo, identificato sulla base dell'etnia, della religione, dell'orientamento sessuale, dell'identità di genere o di particolari condizioni fisiche o psichiche. Il Percorso si attiva prevalentemente all'interno dei Pronto Soccorso ma può essere avviato in qualsiasi struttura del Sistema Sanitario Regionale, quali ambulatori e strutture di degenza.

Quando il Percorso è attivato per vittime di violenza di genere femminile si parla di Percorso Donna, così come previsto dal Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 24 novembre 2017.

Alla base dell'attivazione del Percorso vi è l'assoluto rispetto del principio di autodeterminazione della persona stessa. Solo dopo adeguata informazione su ogni singolo processo clinico, assistenziale e forense, la persona può esprimere il suo consenso a tutto il Percorso o a parte di esso. Indipendentemente dall'adesione o meno al Percorso,

continuano per l'intero *iter* assistenziale l'ascolto e l'accoglienza empatica, in modo da garantire alla persona la possibilità di trovare, anche in momenti successivi, persone in grado di fornire supporto e aiuto. Nel caso in cui la persona accetti il Percorso, anche alla luce di valutazioni quali il grado di rischio che il maltrattamento possa essere nuovamente perpetrato, viene attivata la Rete che consente una presa in carico globale della persona, attraverso la cooperazione con la ASL, le strutture territoriali, le Forze dell'Ordine, la Procura, i Centri Anti Violenza, al fine di accogliere e mettere in condizioni di sicurezza la persona stessa.

L'AOU Careggi ha aderito al Codice Rosa nel 2013 e ha istituito nel 2017 la Rete Aziendale Codice Rosa, formalizzando nel 2019 l'organizzazione di tale Rete, che richiede il coordinamento di oltre 180 medici, 220 infermieri e 120 ostetriche, in *Unit* per la presa in carico di una media di 220 vittime l'anno di maltrattamento e/o violenza. La *Unit* Percorso Codice Rosa di Careggi è costituita da:

- *Nucleo Operativo* che riunisce tutti i medici e gli operatori delle Professioni Sanitarie che lavorano nel Trauma Center e nel Diparti-

mento Materno Infantile. Le due strutture prevedono la presenza dei medici di Pronto Soccorso, di radiologi, ortopedici, chirurghi e ginecologi presenti 24 ore su 24 e specialisti quali oculisti e otorinolaringoiatri, maggiormente consultati in tali tipologie di violenze. Il Nucleo Operativo è coordinato da due Referenti delle Professioni Sanitarie e due Referenti Medici;

- *Referenti Dipartimentali e Sentinelle di Aree di Attività*, che curano la formazione dei professionisti e supportano medici e infermieri nella corretta erogazione delle risposte clinico-assistenziali;
- *Medico Legale*, presente sulle 24 ore, per le valutazioni di competenza ed eventuale supporto agli adempimenti normativi. La funzione consulenziale è finalizzata all'emissione di parere nei casi di dubbia interpretazione, alla necessità o meno di inviare denuncia all'Autorità Giudiziarie e alle modalità e tipologie di repertazione dei campioni a fini forensi;
- *Psicologo del Centro di Riferimento Criticità Relazionali*, per il supporto psicologico o sostegno, sia al singolo operatore che all'*équipe*, nel caso di eventi critici relativi al sostegno alla persona oggetto di violenza;
- *Ginecologo del Centro di Riferimento Regionale Abuso e Violenza sessuale su adulti e minori*, per quanto attiene in modo specifico la violenza sessuale su donne adulte o minori.

Il Responsabile della *Unit*, i Referenti Medici e delle Professioni Sanitarie del Nucleo Operativo, i Referenti di Dipartimento, il Medico Legale, lo Psicologo del Centro di Riferimento Criticità Relazionali, il ginecologo del Centro di Riferimento Regionale Abuso e Violenza sessuale su adulti e minori costituiscono il Comitato Tecnico Organizzativo, con funzione di raccolta e trasmissione dei dati, controllo dell'applicazione delle indicazioni

regionali, monitoraggio del corretto funzionamento dei percorsi, aggiornamento e revisione delle procedure, pianificazione delle iniziative di sensibilizzazione, informazione e formazione, raccordo con i soggetti istituzionali.

La *Unit* si avvale inoltre delle specifiche competenze della Diagnostica Genetica e della Tossicologia Forense, con le quali sono state definite le modalità operative per la corretta raccolta e conservazione dei campioni prelevati ai fini giuridico-forensi, e del servizio di Mediazione Culturale, attivo in azienda 24 ore su 24.

Nel corso degli anni Careggi ha strutturato il Percorso nell'ottica della medicina *taylor made e gender sensitive*, individuando due locali Codice Rosa, nel Trauma Center e del Dipartimento Materno-Infantile, all'interno dei quali sono garantite sicurezza e *privacy* e viene erogata l'assistenza senza trasferire la persona in altri padiglioni dell'Ospedale.

Nel momento in cui si presenta presso il Trauma Center o Dipartimento Materno-Infantile, la vittima di maltrattamento/violenza riceve un codice di priorità appropriato relativo alle condizioni cliniche e un Codice Rosa relativo al percorso specifico. Il Percorso Codice Rosa quindi non confligge con il codice di priorità clinica, ma assicura la messa in sicurezza in 20 minuti presso il locale Codice Rosa in modo da evitare alla persona di dover sostare, in attesa della presa in carico, nelle aree comuni dove potrebbe essere esposta a ulteriori rischi.

I locali Codice Rosa sono organizzati in modo da poter accogliere anche minori che accompagnano la persona oggetto di violenza e contengono tutti i materiali e i dispositivi necessari per i processi previsti nel percorso: istruzioni operative, elenchi dei numeri telefonici e contatti intra ed extra-aziendali, *brochure* informative, elenco dei reati perseguibili d'ufficio e di quelli perseguibili a quere-

la, macchina fotografica, lampada di *wood*, schede per la registrazione dei dati, *kit* per la violenza sessuale e per il maltrattamento.

I *kit*, sigillati e verificati periodicamente nella loro composizione e integrità, contengono l'occorrente per la raccolta di campioni e sono strutturati in modo da consentire il prelievo guidato dei campioni solo dopo raccolta dello specifico consenso. Tale costituzione aiuta il personale a ricordarsi ogni singolo *step* della procedura, garantendo la corretta esecuzione della repertazione. Tutto il materiale raccolto è garantito, nel trasferimento e nella conservazione, dalla Catena di Custodia, la quale traccia ogni singolo operatore che entra in contatto con le buste sigillate e firmate contenenti i campioni e attraverso la quale viene garantita, ai fini medico-legali, la tracciabilità delle diverse fasi riguardanti indagini genetiche e/o tossicologiche che vanno dal momento del prelievo di materiali biologici fino alla conservazione adeguata dei campioni.

Presso l'AOU Careggi è possibile inoltre, in momenti successivi all'accesso in Pronto Soccorso, ricevere supporto ginecologico, infettivologico, medico-legale per la fruizione da parte della vittima di una visita con finalità di tutela dei diritti della persona in ambito sia civile che penale e prenotare visite presso l'Ambulatorio Relazioni Pericolose.

L'AOU Careggi nel corso degli ultimi anni ha organizzato eventi formativi in collaborazione con la Questura di Firenze, i Carabinieri, la Procura della Repubblica; partecipa annualmente alla giornata mondiale contro la violenza, collabora con il Consolato Americano per l'organizzazione di incontri con i direttori delle scuole americane e con il COSPE Onlus che opera in 25 Paesi del mondo per un cambiamento che assicuri lo sviluppo equo e sostenibile, collabora nel progetto V-Start per la sensibilizzazione e il lavoro di rete per le vittime dei crimini d'odio.

Nel 2018 l'AOU Careggi ha accolto la Commissione Triveneto per l'esposizione del Percorso, al fine della diffusione di una rete analoga in Friuli Venezia Giulia e nel

2019 ha ospitato la Commissione Europea *Eurohealthnet*, *partnership* di organizzazioni, agenzie e organi Europei che lavorano per contribuire a un'Europa più sana

promuovendo l'equità in materia di salute tra e all'interno dei Paesi europei.

donofriop@aou-careggi.toscana.it

LINA BARTOLINI

Dirigente Medico SOD Radiodiagnostica di Emergenza Urgenza AOU Careggi, FI

BEATRICE CAIUOLO

Psicologa Centro di Riferimento Criticità Relazionali AOU Careggi, FI

MARCO CARNEVALI

Infermiere Professionale Trauma Center PS DEAS AOU Careggi, FI

FRANCESCA ROMANA ERMINI

Dirigente Medico SOD Medicina e Chirurgia d'Urgenza e Accettazione AOU Careggi, FI

MARTINA FOCARDI

Dirigente Medico UO Medicina Legale AOU Careggi, FI

SILVIA GASPERONI

Dirigente Medico SOD Oncologia Translazionale AOU Careggi, FI

BARBARA GUALCO

Psicologa, UO Medicina Legale AOU Careggi, FI

REGINA MARIA LAMMEL

SOD Medicina Interna a Indirizzo Cardiovascolare Perioperatorio AOU Careggi, FI

ROSA LIOTTO

Dirigente Medico SOD Neuroanestesia e Rianimazione AOU Careggi, FI

MARIA MARSILIO

Ostetrica DAI Materno-Infantile AOU Careggi, FI

LAURA MASI

Dirigente Medico SOD Malattie del Metabolismo Minerale e Osseo AOU Careggi, FI

PINA MERTINO

Dirigente Medico SOD Ostetricia e Ginecologia AOU Careggi, FI

FRANCESCA PAMPALONI

Direttore f.f. SOD Ginecologia Infanzia e Adolescenza AOU Careggi, FI. Referente Centro di Riferimento Regionale Consulenza Clinica in situazioni di abuso e violenza sessuale su donne adulte e minori

LAURA STEFANI

Dirigente Medico SOD Medicina dello Sport e dell'Esercizio Fisico AOU Careggi, FI

VALENTINA TUCCI

Infermiere Case Manager DAI Professioni Sanitarie AOU Careggi, FI

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Inviare gli articoli a: protocollo@omceofi.it, con un abstract di 400 battute spazi inclusi e 5 parole chiave
- Lunghezza max articoli: 9.000 battute spazi inclusi, più iconografia, max 3-4 immagini
- Lunghezza max Lettere al Direttore: 3.000 battute spazi inclusi
- Taglio divulgativo e non classicamente scientifico
- No Bibliografia ma solo un indirizzo e-mail a cui richiederla
- Non utilizzare acronimi
- Primo Autore: inviare una foto e un curriculum di 400 battute spazi inclusi da inserire nel testo e per motivi redazionali un numero telefonico e un indirizzo postale se non iscritto all'Ordine di Firenze
- Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di appartenenza

Interventi Assistiti con gli Animali

di Francesca Mugnai



FRANCESCA MUGNAI

Esperta in Interventi Assistiti con Animali, direttore scientifico del Centro di Ricerca Antropozoa, responsabile degli Interventi Assistiti con Animali all'AOU Meyer di Firenze. Responsabile psicoeducativa del Centro Pet Therapy Antropozoa nel Valdarno aretino.

Laureata in Filosofia, Scienze e Tecniche Psicologiche dell'Età Evolutiva e con laurea magistrale in Psicologia Clinica, è mediatore familiare, specialista in osservazione psicoanalitica dell'infanzia e adolescenza alla Tavistock Clinic, tiene docenze in tutta Italia.

È l'unico membro italiano della International Society for Animal Assisted Therapy. Collabora con clinici e specialisti internazionali; è autrice di numerosi testi divulgativi e articoli scientifici pubblicati in Italia e a livello internazionale

Gli Interventi Assistiti con gli Animali sono sempre più richiesti, ma necessitano di professionalità, formazione, multidisciplinarietà. Perché gli effetti benefici sono ormai indiscussi, ma non si tratta della panacea a tutti i mali: vanno presi in considerazione i rischi e anche l'impatto psicofisico sia sull'uomo che sull'animale in un costante monitoraggio per il benessere di entrambi.

Parole chiave:

pet therapy, attività assistita con gli animali, socializzazione, bambini in ospedale

Si chiamano Interventi Assistiti con gli Animali (IAA), declinati in "Terapia Assistita con gli Animali" (TAA), "Attività Assistita con gli Animali" (AAA) e "Educazione Assistita con gli Animali" (EAA), ma nel gergo popolare sono conosciuti come *pet therapy*. Si tratta di un intervento complesso che facilita l'approccio medico e terapeutico delle varie figure sanitarie, soprattutto laddove il paziente non dimostra collaborazione spontanea. La

presenza di un animale spesso consolida un rapporto emotivo con la persona, stabilisce un nuovo canale di comunicazione e uno stimolo alla partecipazione attiva.

Da quasi 20 anni ormai l'associazione Antropozoa sperimenta e rafforza gli Interventi Assistiti con gli Animali anche all'interno dell'AOU Meyer di Firenze con un metodo basato sull'attivazione di un rapporto di aiuto all'interno del triangolo "soggetto dell'intervento - animale - operatore specializzato". Questo rapporto va verso una cura umanizzante, permette di rompere le barriere relazionali, di operare su blocchi emotivi, di favorire l'autostima e fornire uno stimolo multidimensionale per il raggiungimento dell'equilibrio e dell'omeostasi attraverso l'autoregolazione emotiva assistita.

Numerosi studi internazionali dimostrano che gli effetti positivi degli Interventi Assistiti con gli Animali vertono sull'area della socializzazione (depressione, autismo, disturbi generici dello sviluppo), cognitiva (disturbi psichiatrici e neurologici), emotiva (difficoltà di adattamento, disturbi dell'apprendimento) e neuromotoria. Altro settore è la riabilitazione motoria: cane o cavallo fungono da motivatori al recupero psicofisico e da stimolo alla coordinazione psicomotoria. Effetti benefici sono indicati per problemi di comunicazione, di relazione e di socializzazione. Per l'autismo, i disturbi pervasivi dello sviluppo, i disturbi del comportamento e le patologie psichiatriche, è uno strumento riabilitativo importante. Lo è anche per le malattie croniche, a seconda della fase di malattia a livello psicologico. Per le persone con



Antropozoa

Alzheimer o con demenza, riduce l'ansia, aumenta le manifestazioni di piacere e interesse e riduce quelle di tristezza, operando sul tono dell'umore.

In particolare, nel caso dei bambini in ospedale, il rapporto con l'animale è immediato, diretto, con vantaggi psicologici, educativi

e fisici. Sempre con l'ausilio di un operatore di *pet therapy*, formato in un percorso accreditato a livello istituzionale e capace di operare e agire nella relazione di aiuto, l'animale diventa un mediatore emozionale: aiuta a conoscere l'importanza del linguaggio non verbale, attraverso le carezze e le coccole allontana i pensieri ruminanti invasivi, dona stimoli nei sensi e nelle relazioni. È una presenza che distrae, fa sorridere, rilassa, stimola a movimenti fisici spontanei o finalizzati.

Non esiste un cane giusto per ogni reparto o ogni patologia, il cane viene scelto fin da piccolo in base al percorso da fare in ospedale. In un reparto oncologico, dove si vive un blocco delle emozioni, serve un cane con calma, leggerezza, contenimento emotivo: promuove emozioni positive e di tranquillità. In una rianimazione - terapia intensiva con paziente allettato, è necessario rompere uno schema di quotidianità sempre uguale: un animale grande colpisce l'attenzione. A livello di razza, i retrievers sono tra i più adatti: per istinto hanno l'entusiasmo nella collaborazione. Anche i cani piccoli (mesticci) sono molto utili in determinati ambiti: possono stare sulle gambe di un paziente durante una visita riducendo il suo stress oppure salire sui letti di chi non può alzarsi.

Tra le specie idonee agli Interventi Assistiti con gli Animali ci sono anche i cavalli, gli asini, i conigli e i gatti. In ospedale è più facile introdurre un cane, ma a seconda dell'animale inserito nel progetto, si hanno leve motivazionali diverse. Tutto è programmato nell'*équipe* di cui fanno parte un responsabile di progetto, un referente d'intervento, un coadiutore dell'animale e un veterinario esperto in Interventi Assistiti con gli Animali, col coinvolgimento di medici di varie specializzazioni, psichiatri, psicologi, educatori, riabilitatori e un costante monitoraggio dell'impatto animale/umano.



Giulia Righi - Archivio AOU Meyer



Giulia Righi - Archivio AOU Meyer



Giulia Righi - Archivio AOU Meyer

Gli interventi assistiti però non sono una panacea per tutto: possono avere effetti controindicati sia sulla persona sia sull'animale, come la riattivazione di vissuti emotivi che, se non ben compensati ed elaborati dal clinico, possono aggravare aspetti umorali e relazionali. Per il cane poi l'impegno psicofisico è notevole: va costantemente controllato sia a livello clinico attraverso esami specifici sullo stress, come le indagini veterinarie sul cortisolo, che a livello comportamentale.

Anche nello svolgimento della *pet therapy* la gestione del rischio è indispensabile per garantire la sicurezza igienico-sanitaria negli ospedali. Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresentano un grave problema e studi internazionali confermano che è impossibile eliminarne completamente il rischio, tanto che questo aspetto è al centro di valutazioni ed elaborazioni da oltre vent'anni, oggetto

delle Linee Guida del *Center for Disease Control and Prevention di Atlanta (USA)* nel 2003 e di quelle nazionali del 2015, che sono anche molto dettagliate sulla salute fisica e mentale dell'animale in stretta collaborazione col veterinario referente.

Il movimento *One Health* (che si sta allargando a livello internazionale) prende in forte considerazione il legame tra la salute degli esseri umani e quella degli animali e degli ecosistemi. Promuove l'applicazione di un approccio collaborativo, multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti. Nell'ambito degli Interventi Assistiti con gli Animali, occorre prendere in considerazione la possibilità di trasmissione di microrganismi patogeni dall'animale all'uomo, ma anche viceversa: il cane può diventare vittima di infezioni contratte dall'essere umano e costituire un poten-

ziale serbatoio per microrganismi antibiotico-resistenti, che possono essere introdotti nelle strutture sanitarie. Le zoonosi inverse, cioè le infezioni che gli animali contraggono dagli uomini, meritano una crescente attenzione nell'attuazione degli Interventi Assistiti con gli Animali a qualsiasi livello e sono oggetto di studi a livello internazionale. Una revisione sistematica del 2014 ha dimostrato come le malattie trasmesse dall'uomo all'animale siano in costante aumento e includono soprattutto MRSA (*Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus*) e il virus dell'Influenza A. Gli animali da compagnia coinvolti da questo fenomeno nelle pubblicazioni scientifiche alla base del lavoro citato costituivano il 23%.

antropozoa@gmail.com

In ricordo di Pierluigi Tosi

Lo conoscevo da oltre trent'anni, era un amico, per anni impegnato come Consigliere dell'Ordine, lo ricordo come sindacalista prima e come Direttore sanitario poi, ruoli sempre ricoperti con il massimo impegno e sacrificio. Con Pierluigi scompare un punto di riferimento per tutta la Sanità fiorentina e toscana. Con lui ho condiviso esperienze importanti, qualche volta ci siamo scontrati sulle idee ma sempre con reciproco rispetto dei ruoli dell'altro.

Con grande piacere ho appreso che la Direzione del *Lean Award* della *Lean Organization*, impegnata a divulgare la metodologia operativa tesa a ridurre gli sprechi generati durante l'organizzazione e la realizzazione dei processi gestionali in Sanità, ha deciso di dedicare il premio che ogni anno viene assegnato alla struttura sanitaria meritevole di aver raggiunto, seguendo questa impostazione, i migliori risultati a Pierluigi, uno dei massimi esperti italiani in questo campo. Un carattere forte, onesto moralmente che mancherà tanto a ognuno di noi.



Pietro Claudio Dattolo

Poteva dare ancora moltissimo alla Sanità toscana, Piero; era in quell'epoca della vita in cui si combinano, nelle persone intelligenti e sagge, esperienza e cultura in una visione complessiva che consente di sciogliere le mille difficoltà della vita quotidiana mantenendo ben ferma la stella polare dei valori per cui ci si è battuti. Nel momento in cui poteva dare di più Piero Tosi è mancato, in brevissimo tempo, nonostante avesse lottato con tutte le sue forze al di là dei progressi della scienza medica. Conobbi Piero neolaureato quale giovane sostituto nella mia attività professionale, allora ancora mutualistica. Nacque subito una profonda amicizia che mi ha consentito poi di seguirlo lungo tutta l'evoluzione di un percorso professionale e umano, vario e molteplice, segno di una grande vivacità intellettuale e di una profonda serietà d'impegno.

Piero infatti era un ottimo clinico e seguì la carriera ospedaliera divenendo ancor giovane primario di Nefrologia; nello stesso tempo si dedicava alla professione sul piano sia deontologico che politico percorrendo una duplice strada, quella sindacale quale segretario regionale della CIMO e quella come consigliere e in seguito segretario dell'Ordine dei Medici. Lo ricordo in mille riunioni durante la mia presidenza, ricordo i suoi interventi vivaci e centrati, la sua vivissima carica polemica, sempre contenuta nei limiti di un'assoluta correttezza e di una grandissima onestà intellettuale. Sapeva controbattere duramente sorridendo.

Se devo richiamare alla mente una dote precipua di Piero è proprio l'onestà intellettuale, il rigore del pensiero, dentro a una personalità apparentemente semplice perché trasparente e aperta, sempre pronta allo scherzo, capace di battute degne della miglior tradizione fiorentina. Ma un'altra cifra non posso dimenticare del carattere di Piero, l'amicizia, quella che ci legava e che teneva unito un gruppo di persone che ha giocato un ruolo non marginale nella Sanità toscana e nazionale e che, pur composito, si è mosso nello stesso terreno di simpatia umana e di reciproco rispetto.

Per vent'anni siamo stati insieme nell'Ufficio di Presidenza del Consiglio Sanitario Regionale. Questo è un altro lato della complessa personalità di Piero: il contributo dato alle istituzioni sia nel CSR sia come Direttore Sanitario nell'Azienda fiorentina sia come Direttore Generale a Siena Le Scotte. In tutte queste attività Piero ha portato un contributo fattivo di competenza e una capacità di lavoro veramente straordinarie. Questo era il frutto di un'intensa visione politica delle cose, da un lato della sua capacità di indignarsi per le storture e le disuguaglianze nel servizio sanitario e di agire per correggerle, dall'altro dell'onestà e della coerenza con cui ha costantemente perseguito gli stessi fini in ogni ambito del suo impegno. Piero era convinto, come me e come tutto il consiglio dell'Ordine di cui abbiamo fatto parte, che difendere la professione significava tutelare la salute della gente e il ruolo dei medici e che questa sintesi era non solo possibile ma doverosa.

Piero lascia un vuoto enorme, di amicizia, di simpatia, di competenza, di onestà politica, un vuoto che ci spinge a proseguire nel difendere i valori per cui ha speso la vita con il suo stesso impegno e con la stessa serenità. Lo piangiamo insieme ad Anita, a Benedetta, Nicola, Angelica e Duccio e a tutti coloro che lo hanno stimato e gli hanno voluto bene.

Antonio Panti





**PROF. MANFREDO
FANFANI**
RICERCHE CLINICHE

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