



TORINO

anno XXXII
numero 2
2021

comunicazione
informazione
formazione

MEDICA

LA RIVISTA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TORINO



Labirinti della Salute

La leggerezza è nella nostra natura.



Per il tuo benessere quotidiano
scegli l'acqua più leggera d'Europa.

Residuo fisso
14 mg/l

Sodio
0,88 mg/l

Durezza
0,60 °f

Acqua Lauretana è un dono della natura, di fonte montana, che ha origine in un **territorio incontaminato**.

Lauretana è l'acqua più leggera d'Europa e con solo 14 mg/litro di residuo fisso, **favorisce un'elevata diuresi, aiutando l'organismo ad eliminare i residui del metabolismo** come urea e creatinina.

Lauretana con le sue proprietà uniche è destinata al consumo quotidiano e dedicata al benessere di tutta la famiglia.



LAURETANA®

L'acqua più leggera d'Europa

consigliata a chi si vuole bene

Segui la leggerezza



www.lauretana.com

Sommario

numero 2_2021

La Rivista è inviata a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino e provincia.



omceo-to.it



facebook.com/omceoTorino



@OmceoTo

Per l'invio di proposte, contributi, segnalazioni e per informazioni è possibile scrivere alla redazione all'indirizzo:
torinomedita@omceo.to.it

4 tribuna
Assemblea iscritti
Esserci nonostante tutto
Guido Giustetto

8 Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Torino
Ordine delle Professioni Infermieristiche di Torino
ANAAO ASSOMED Piemonte
CIMO-FESMED Piemonte
AAROI-EMAC Piemonte

12 Indagine dell'Ordine dei Medici di Torino su oltre 11.000 sanitari
Andrea Gatta

13 editoriale
Il referto delle immagini radiologiche: un preoccupante enigma?
Mario Nejrotti

17 focus
Labirinti della salute

18 La vera innovazione nel post-COVID
A cura di Luca De Fiore.
Il Pensiero Scientifico Editore

27 COVID-19 e medici in prima linea. Quali nuovi modelli?
A cura di Laura Tonon.
Il Pensiero Scientifico Editore

36 Nasce la fondazione Amref – CCM
Teresa e Silvio Galvagno

38 Malattie rare e COVID-19: una fotografia della situazione
Enrico Fusaro

41 Elementi di navigazione consapevole in medicina
Francesco Del Zotti,
Claudio Destri, Giulio Rigon

46 Il design del packaging oltre la pandemia
Chiara Remondino, Paolo Tamborrini

48 L'umanizzazione pittorica dei luoghi di cura
Sally Galotti

54 oncologia contemporanea
Salute allo specchio: il turbante per educare alla bellezza nella malattia oncologica
Lara Frassine

56 L'oncologia contemporanea in area pediatrica: innovazione e umanizzazione
Intervista alla Prof.ssa Franca Fagioli
A cura di Rosa Revellino

Direzione, Redazione
Corso Francia 8
10143 Torino
Tel. 011 58151.11 r.a.
Fax 011 505323
torino.medica@omceo.to.it
www.omceo.to.it

Presidente
Guido GIUSTETTO

Vice Presidente
Guido REGIS

Segretaria
Rosella ZERBI

Tesoriere
Emanuele STRAMIGNONI

Consiglieri
Domenico Bertero
Patrizia Biancucci (Od.)
Tiziana Borsatti
Vincenzo Michele Crupi (Od.)
Gianluigi D'Agostino
Riccardo Falcetta

Riccardo Faletti
Gilberto Fiore
Ivana Garione
Aldo Mozzone

Fernando Mujà
Angela Salvadori
Renato Turra
Roberto Venesia

Commissione Odontoiatri
Presidente:
Gianluigi D'AGOSTINO
Patrizia BIANCUCCI
Vincenzo Michele CRUPI

Revisori dei Conti
Presidente:
Tonini Maurizio
Alessandra TARASCHI
componente
Giorgio VISCA
componente
Chiara DACOMO
supplente

TORINO MEDICA

Direttore:
Guido Giustetto

Direttore responsabile:
Mario Nejrotti

Caporedattore:
Rosa Revellino

Collaborazione redazionale:
Il Pensiero Scientifico Editore

Aut. del Tribunale di Torino
793 del 12-01-1953

Per spazi pubblicitari: SGI Srl Via Pomaro 3 - 10136 Torino
Tel. 011 359908 - Fax 011 3290679 - e-mail: info@sgi.to.it - www.sgi.to.it
Grafica e Design SGI Srl

Chiuso in redazione il 22-06-2021

SGI

2_2021

3

ASSEMBLEA ISCRITTI

ESSERCI NONOSTANTE TUTTO

Guido Giustetto
Presidente OMCeO Torino

Un'assemblea straordinaria quella di quest'anno 2021.

Attesa e organizzata nonostante il difficile periodo sanitario e l'impegno dei molti operatori, alcuni dei quali direttamente coinvolti in prima linea.

La relazione del Presidente Guido Giustetto ha raccontato visivamente l'impegno dell'OMCeO di Torino in questi mesi faticosi ma che non hanno impedito all'Istituzione di essere presente nei principali dibattiti di salute pubblica e politica sanitaria.

Un'attività incessante ed efficace sulla comunicazione ampiamente ripresa dai media che ancora una volta testimonia l'importanza del coinvolgimento dell'istituzione ordinistica e del suo sempre più forte impegno.

Vi proponiamo una rassegna delle molte uscite stampa dell'Ordine di Torino negli ultimi mesi.

LA STAMPA

"Il Piemonte più forte del virus"

**Piemonte
I medici:**

la Repubblica

I medici Il presidente "Disperati i colleghi in prima linea Il governo ci aiuti"

**PROTEGGI
CHI TI CURA
PER PROTEGGERE
TE STESSO**

la Repubblica

Virus, colpiti 200 medici

**Medici bianchi
el mirino**

la Repubblica

La protesta

I medici si ribellano "Nessuno scudo legale a chi ci ha lasciati soli"

la Repubblica

"Attenti alla cura fai da te" L'Ordine e la pericolosa corsa al farmaco antimalarico

OMCeO Torino
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

ASSEMBLEA ORDINARIA 2021

Relazione del Presidente

Cosa succede se il test sierologico da esito positivo al coronavirus

la Repubblica

Torino

Ostacoli alla pillola abortiva, l'appello dell'Ordine dei Medici a Cirio: "Non modifichi le linee del ministero"

la Repubblica

Torino

Tamponi ai senza tetto e alle persone in difficoltà: la campagna dell'Ordine dei medici

sky tg24

Covid, Ordine Medici Torino: "Necessario un lockdown immediato"

Politecnico al lavoro a sostegno del volontariato del terzo settore

Corriere Torino

Giustetta: «Con il Covid il piano è più urgente Per i bambini qualche sono punti molto critici»

illumina di donne

«Sono preoccupato per i positivi che escono ora dagli ospedali»

Relazione Torinity News 24

La sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Torino si illumina di rosso in occasione della Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne, che come ogni anno si celebra il 25 novembre.

La relazione del Presidente della Commissione Albo Odontoiatri Gianluigi D'Agostino ha ribadito l'importanza dell'istituzione nella gestione di decisioni e operatività rapide per far fronte a un agente patogeno per molti aspetti ancora poco conosciuto.

Gentili Colleghe, Egregi Colleghi,

ricordo che la Commissione Albo Odontoiatri è rappresentata, oltre che da me, dal Dottor Claudio Brucco, in qualità di Vice-Presidente, dalla Dottoressa Bianca Carpinteri in qualità di Segretaria, dalla Dottoressa Patrizia Biancucci, dal Dottor Giancarlo Di Bartolomeo, dal Dottor Michele Crupi e dal Dottor Sebastiano Rosa.

Nel corso del 2020 la CAO si è riunita 11 volte.

L'anno scorso come ha detto il Presidente Giustetto è stato segnato dalla pandemia che ci ha obbligati a prendere decisioni rapide per far fronte a un agente patogeno di cui ancora oggi non sappiamo abbastanza.

Come Commissione Albo Odontoiatri all'inizio della seconda settimana di marzo abbiamo dato indicazione per una drastica riduzione dell'attività, da un lato per ridurre come richiesto dal Governo la mobilità della popolazione e dall'altro perché non sapevamo quali dovessero essere le precauzioni a garanzia della salute di operatori e pazienti.

L'indicazione è stata quella di limitarsi alle urgenze non differibili. È evidente che si tratti di una indicazione che si basa su una valutazione soggettiva ma, a fronte di un DPCM che non chiudeva gli studi medici, l'unica possibilità era quella di affidarsi a buon senso e coscienza dei colleghi.

Posso affermare che, anche grazie all'azione congiunta con le associazioni di categoria con cui abbiamo fatto comunicati e una diretta Facebook, la risposta della professione è stata ottima.

Per quanto riguarda chi non ha rispettato le indicazioni si sta procedendo dal punto di vista disciplinare. Già a fine marzo siamo stati coinvolti nei lavori per definire, a livello nazionale, il protocollo che si sarebbe dovuto applicare nel momento della riapertura.

Il lavoro è stato impegnativo e ci ha visto collaborare con tutte le rappresentanze della professione, con medici legali e con consulenti di valore assoluto come il Professor Crisanti e il Professor Pregliasco.

Il protocollo è stato fatto proprio dal Ministero e dal Comitato Tecnico Scientifico ed è diventato riferimento nazionale.

Ad oggi la raccomandazione è quella di non abbassare la guardia e mantenere tutte le misure precauzionali, dal doppio triage al ridotto afflusso di pazienti, dall'uso dei DPI ai diversi sistemi di disinfezione.

Non appena i tamponi per la diagnosi di COVID sono stati disponibili, gli odontoiatri si sono offerti di effettuarli nei loro studi: pratica che l'Ordine ha ritenuto possibile e giustificata solo nell'ambito del triage preventivo del paziente.

A fine anno si sono svolte le elezioni per il rinnovo della Commissione Medici, della Commissione Odontoiatri e del Consiglio dell'Ordine.

In applicazione della legge Lorenzin, la Commissione Odontoiatri è passata da cinque a sette membri effettivi.

Rispetto alla CAO precedente abbiamo avuto la rinuncia del Dottor Griffa a ripresentarsi, a lui un grande ringraziamento per la spirito di servizio e l'abnegazione con cui si è impegnato per anni con ruoli diversi, ricordo la sua presidenza per due mandati a cui, anche in quella occasione, ha lui stesso rinunciato facendo un passo indietro.

Nella migliore tradizione bulgara si è presentata una sola squadra e sono risultati eletti il Dottor Claudio Brucco, nominato Vicepresidente, Bianca Carpinteri, nominata Segretaria, Patrizia Biancucci, Michele Crupi, Giancarlo Di Bartolomeo, Sebastiano Rosa e il sottoscritto. Sono state le prime elezioni in applicazione della legge Lorenzin per cui gli organi istituzionali rimarranno in carica per un quadriennio.

Si va verso la piena applicazione della riforma Lorenzin con il nuovo procedimento disciplinare, il riconoscimento dell'autonomia della professione odontoiatrica, il riconoscimento della rappresentanza esponenziale da parte del Presidente CAO di tutti gli iscritti all'Albo. Tutto questo passerà attraverso i Decreti Attuativi e lo Statuto, già approvato dal Comitato Centrale, che entro l'estate verrà presentato in Consiglio Nazionale e avrà ricaduta su tutti gli Ordini Provinciali.

Passerei ora alle comunicazioni sulle attività svolte dalla CAO nel 2020.

Come abbiamo detto ci sono state 11 riunioni.

A fronte degli esposti ricevuti, abbiamo provveduto a inoltrare ai NAS ventuno segnalazioni, venti per colleghi che hanno lavorato nel periodo del lockdown o non hanno rispettato il protocollo e una per informazione sanitaria scorretta.

Per segnalazioni relative a messaggi informativi di società odontoiatriche che non presentavano il nominativo del Direttore Sanitario abbiamo richiesto tre verifiche da parte della Commissione di Vigilanza dell'Asl.

La Commissione ha archiviato sedici segnalazioni/esposti a carico di colleghi o strutture.

Abbiamo deliberato ed effettuato sedici audizioni ex articolo 39 per ricevere chiarimenti relativi a esercizio abusivo della professione, pubblicità scorrette, custodia dei dati sensibili di pazienti nel caso del fallimento di una catena odontoiatrica e per dichiarazioni contro le vaccinazioni.

Abbiamo concluso tre procedimenti con una sospensione per sei mesi, per favoreggiamento dell'esercizio abusivo, e due censure.

Abbiamo formulato pareri su 74 quesiti posti da colleghi, abbiamo iscritto due StP, concesso cinque patrocinii e vidimato cinque parcelle.

Nel 2020 sono iniziati i corsi regionali per le ASO, assistenti di studio odontoiatrico, che richiedono che la Commissione nomini un Commissario di esame in rappresentanza della professione per cui abbiamo designato 17 colleghi quali "esperti del mondo del lavoro".

Ci siamo infine costituiti parte civile in un processo per esercizio abusivo della professione che ha portato, oltre a un rimborso economico, la confisca dell'immobile in cui l'attività veniva esercitata.

Come CAO Torino abbiamo organizzato un convegno sul Dossier Formativo in ECM.

In conclusione, i ringraziamenti al Presidente, all'Esecutivo con cui lavoriamo ogni settimana per affrontare la realtà dell'Ordine e al Consiglio.

Ovviamente grazie a tutte le segretarie, in particolare Marina e Silvia, che l'anno scorso hanno seguito in prima persona la CAO.

Grazie soprattutto all'Avvocato Longhin che mi ha costantemente assicurato la sua presenza, i suoi consigli e il suo appoggio, insostituibile riferimento legale di ogni decisione assunta sia a livello provinciale che nazionale.

Tutti gli altri materiali dell'Assemblea saranno presto disponibili on line.

Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino

CONSIDERAZIONI SUL PROGETTO

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di
Torino Ordine delle Professioni Infermieristiche di Torino
ANAAO ASSOMED Piemonte
CIMO-FESMED Piemonte
AAROI-EMAC Piemonte

Il progetto del Parco della Salute di Torino non è all'altezza dei bisogni di salute dei cittadini e presenta, così come previsto attualmente, una serie di criticità insormontabili che l'esperienza della pandemia Covid ha fatto emergere in modo ancora più evidente.

Di seguito la lettera firmata dall'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Torino, dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Torino, dai sindacati medici ANAAO ASSOMED, AAROI-EMAC, CIMO-FESMED.



L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Torino, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Torino, i Sindacati Medici ANAAO ASSOMED, CIMO FESMED e AAROI-EMAC in riferimento alla Deliberazione della Giunta Regionale 24 luglio 2017, n. 5-5391 Approvazione dello "Studio di Fattibilità del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione (PSRI) di Torino - aggiornamento Luglio 2017" e del "Documento Programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del Servizio Sanitario della Regione Piemonte - aggiornamento Luglio 2017", di cui alle DGR 28-4150 02.11.2016 e DGR 20-479 20.03.2017 ed al crono programma presentato dalla Regione Piemonte il 30/3/2021, esprimono le seguenti considerazioni.

Premessa

Nel quadro di una ampia riflessione sulla vetustà del sistema sanitario piemontese, la città di Torino è stata individuata come l'ambito nel quale operare una profonda ristrutturazione dell'intero sistema sanitario, a partire dalla attuale Città della Salute e della Scienza (CSS), che rappresenta, con l'inserimento dell'Università torinese, il baricentro regionale più ampio del sistema socio-sanitario assistenziale e formativo.

Dopo numerose proposte susseguitesesi negli anni, fu deciso di scegliere la sede del comprensorio Fiat Avio e di denominare la struttura "Parco della Salute Ricerca e Innovazione" (PSRI).

Dalla lettura dello "Studio di fattibilità" relativo al PSRI sono emersi parecchi elementi che avrebbero dovuto essere discussi, valutati e condivisi. Tuttavia, né l'Ordine né le organizzazioni sindacali sono state coinvolte in questa fase istruttoria. Nel mese di luglio del 2018 l'Ordine decise di elaborare e pubblicare un documento denominato: "Osservazioni sullo studio di fattibilità del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino", link al documento: https://omceo-to.it/post_istituzionali/osservazioni-parco-della-salute-omceo-torino/.

Il documento teneva conto dei rilievi fatti dalla Consulta delle professioni, insieme con associazioni, ordini e collegi professionali e metteva in evidenza quesiti relativi alle numerose complesse problematiche ambientali, spaziali e strutturali legate alla nuova sede. Nel Gennaio 2019 ANAAO ASSOMED sollevava in una audizione presso la IVa commissione regionale sanità, il problema del taglio di posti letto previsti nel progetto, e anche gli altri sindacati lamentavano in vario modo criticità.

Dopo l'esperienza drammatica della pandemia da COVID-19, siamo ancora più fermamente convinti che il progetto non sia adeguato ai bisogni di salute dei cittadini.

Sicuramente la creazione di un polo della salute che tratti l'alta complessità potrà mettere il Piemonte in concorrenza con altri poli di eccellenza, diminuendo la mobilità passiva e rappresentando un forte momento di riqualificazione e volano di ripresa per la Regione.

Tale nuovo Polo della Salute potrà superare le attuali condizioni di criticità strutturale e impiantistica degli Ospedali della AOU Città della Salute e della Scienza di Torino (CSS). Ma non con il progetto attuale.

Discussione

La visione del futuro contenuta nel progetto è affascinante ma a parere dell'OMCeO TO, di ANAAO ASSOMED, CIMO-FESMED e AAROI-EMAC, esistono molteplici criticità. La drammatica esperienza della pandemia da COVID-19 ha poi fatto emergere ulteriori argomenti di discussione che non possono essere ignorati e alla luce dei quali l'intero progetto andrebbe ridiscusso. ▶



Le maggiori perplessità riguardano l'area destinata al PSRI:

1. per la limitata estensione rispetto alle necessità, con conseguente riduzione posti letto e necessità di conversione dell'ospedale CTO in presidio di I livello con sdoppiamento dei DEA;
2. per le limitate possibilità di ampliamento richiesto da future emergenze, dalla didattica o dalla progressiva implementazione di nuove tecnologie negli anni a venire;
3. per la contaminazione dei terreni e l'impatto ambientale sulla popolazione residenti del nuovo insediamento.

1. Limitata estensione e sue conseguenze

Per quanto riguarda il primo punto appare evidente che la soluzione ideale di trasferire l'intera attività degli ospedali Molinette, CTO, S. Anna e Regina Margherita, comprese tutte le attività di formazione e ricerca universitaria, in un unico polo sia di fatto resa impossibile dall'area prescelta. Dalla ridotta possibilità di estensione orizzontale e verticale immaginiamo derivino la necessità di ridurre i posti letto (discutibile nel 2019, improponibile alla luce delle esperienze della pandemia) che passerebbero dagli attuali 2.300 ai 1.040 della nuova struttura, ai quali si affiancherebbero i 400 posti del CTO trasformato in ospedale di I livello con annesso DEA. Non vediamo altra ragione, per questa operazione, che l'impossibilità di trasferire l'intera attività nella nuova area di dimensioni molto limitate, perché diventa difficile comprendere, anche in termini di costo/benefici, l'utilità di dividere fisicamente, all'interno della stessa azienda, l'alta e la medio-bassa complessità. Ricordiamo, se ce ne fosse bisogno, che tale divisione comporterebbe:

- **a livello dei reparti** la necessità di duplicare il personale di guardia in tanti servizi (le guardie interdivisionali attuali non sarebbero sufficienti perché non potrebbero coprire reparti distanziati da interi isolati);
- **a livello dei due DEA** enormi potenziali di conflitto e frequenti necessità di trasferimento dall'uno all'altro (se oltre il 75% dei pazienti si reca in Pronto Soccorso con mezzi propri appare difficile ipotizzare che questo flusso si diriga autonomamente verso il DEA di livello appropriato per i propri disturbi o che riesca a non essere attratto dalla eccellenza del PSRI);
- **a livello didattico** la subalternità della casistica generalista necessaria alla didattica e formazione, anche come oggetto di esercitazione, di cui necessita lo studente del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Infine, dettaglio secondario ma a nostro avviso non trascurabile, il limitato spazio a disposizione sacrifica inevitabilmente la possibilità di **aree verdi e giardini**, che possano in qualche modo offrire ai pazienti un ambiente accogliente. Come è oramai ben dimostrato sia l'esito della malattia che la sua percezione, da parte di parenti e pazienti, sono influenzati dalla bellezza che li circonda.

2. Limitata espandibilità e sfide future

Se prima del 2020 lasciava perplessi la soluzione di costruire l'ospedale di riferimento regionale del futuro in un'area geograficamente costretta per collocazione urbanistica, sul piano del progresso delle tecnologie e degli spazi dedicati alla didattica, l'esperienza COVID-19 solleva perplessità enormi sulle limitate possibilità di espansione della struttura per quanto riguarda l'assistenza. I nuovi ospedali dovrebbero essere flessibili, capaci di trasformarsi. Le principali criticità emerse nella recente pandemia sono state le carenze di posti letto sia a bassa, sia a media sia ad alta intensità di cura, la difficoltà nel dividere i percorsi, nel riadattare gli spazi, nell'ampliare rapidamente la capacità

ricettiva: carenze e difficoltà che hanno portato ad aperture frettolose di spazi extraospedalieri (vedi OGR o struttura del Valentino). In questa ottica, andare avanti con un progetto con visione “antepandemia” che è già caratterizzato da limitate possibilità di ampliamento e nel quale non sia possibile prevedere aree “ridondanti” da utilizzare in caso di emergenza all’interno dello stesso polo appare una scelta infelice.

3. Impatto ambientale

Già nel documento dell’Ordine del 2018 ci si interrogava sull’impatto dei rischi ambientali (contaminazione terreni e bonifica degli stessi, impatto traffico e rumore, benessere sociale complessivo della comunità). Quale valutazione è stata effettuata circa gli effetti prodotti dal traffico aggiuntivo generato dalla presenza delle strutture ospedaliere? E dall’impatto generato dal rumore, data l’alta probabilità che i suoi livelli, a opera compiuta, e funzionante, rischino di superare le soglie normative attuali? E quale valutazione è stata fatta circa i riflessi psico-sociali sulla popolazione locale, da cui, è ben noto, dipende il benessere mentale e fisico dei singoli individui e della comunità?

Conclusioni

In conclusione riteniamo che le perplessità già espresse prima dell’emergenza COVID sul progetto PSRI siano state ulteriormente aggravate dai recenti eventi.

Dopo aver verificato, durante la pandemia, come la riduzione di posti letto con 5 anni di tagli degli stessi (piano di rientro, DGR 1-600/2014) si sia ampiamente dimostrata scellerata, ora scommettiamo su un ospedale del futuro che parte con:

- una significativa riduzione del numero di posti letto;
- una divisione in due DEA in parte sovrapposti come competenze a qualche centinaio di metri di distanza;
- una separazione tra alta e medio-bassa complessità in due strutture distinte con ricadute negative sul personale e sulla didattica, con dubbi vantaggi in termini di costo-benefici;
- la costruzione su terreni pesantemente contaminati da inquinanti;
- la mancanza di possibilità di future espansioni, in base alle necessità del progresso o di eventuali emergenze sanitarie;
- un impatto ambientale (per traffico veicolare e rumore) per i residenti non valutato.

La Regione Piemonte ha programmato tra agosto 2021 e febbraio 2022 la predisposizione dei progetti definitivi, che verranno consegnati a marzo 2022. Esprimiamo nuovamente – e dopo la pandemia con maggiore convinzione ed evidenze – la nostra forte contrarietà a un progetto, come quello finora delineato.

Ci auguriamo un nuovo progetto che non preveda suddivisioni in presidi distaccati, frammentazione dei poli didattici, duplicati di Pronto Soccorso né tagli dei posti letto e che si presenti come un vero ed unico “Parco della Salute, della Ricerca e dell’innovazione” in una struttura estesa, flessibile, modulabile ed ampliabile, in un’area adeguata sia alle necessità assistenziali, sia alla didattica che alla ricerca.

Indagine dell'Ordine dei Medici di Torino su oltre 11.000 sanitari: il 97% protetto dal contagio dopo la vaccinazione anti-COVID

Andrea Gatta

Ufficio Stampa OMCeO Torino

Le persone vaccinate contro il COVID-19 possono comunque essere infettate ed essere in grado di trasmettere il virus? E sono completamente protette dallo sviluppo della malattia, nonostante le varianti che sono state individuate?

Per rispondere a queste domande, in questi mesi sono stati compiuti i primi studi sulla popolazione vaccinata, sia a livello nazionale che internazionale.

Si è recentemente conclusa anche l'indagine conoscitiva che l'Ordine dei Medici di Torino ha effettuato sul personale sanitario che ha ricevuto il vaccino, iniziativa a cui hanno aderito gli ordini di tutte le professioni sanitarie.

È stato preparato un breve questionario compilabile online in forma anonima, in cui è stato chiesto a tutti gli iscritti se, dopo il completamento del ciclo vaccinale anti-COVID, siano mai risultati positivi e dopo quanto tempo dalla vaccinazione. L'indagine si è svolta fra il 29 marzo e il 2 maggio, la raccolta dati è stata curata dal dottor Mario Nejrotti e dal dottor Gabriele Gallone.

Hanno aderito complessivamente 11.910 sanitari di tutte le professioni: 4.600 medici e odontoiatri, oltre 2.500 infermieri, quasi 1.500 psicologi, quasi 700 veterinari, oltre 500 farmacisti, circa 400 fisioterapisti, 350 educatori professionali, quasi 1.300 da tutte le altre professioni sanitarie.

Appena l'1,41% di tutti i partecipanti (la stragrande maggioranza ha ricevuto Pfizer) **ha contratto il Sars-CoV-2 dopo la vaccinazione**, 168 su 11.910. La percentuale scende all'1,18% – 54 su 4.575 – se si considerano solo medici e odontoiatri. Dati che confermano l'ormai acclarata efficacia dei vaccini nel fermare la malattia, anche in una categoria come quella dei sanitari, più esposta di altre al rischio di contagio.

L'obiettivo dell'iniziativa era però conoscere soprattutto in che misura il vaccino, oltre a proteggere i singoli individui dallo sviluppo del COVID-19, sia in grado di limitare la circolazione del virus.

Fra i partecipanti al questionario, 5.823 sono stati sottoposti a tampone dopo la vaccinazione, dalla fine di gennaio all'inizio di maggio: i **positivi** sono stati 179, **il 3,07% del totale**. E dunque, in un periodo di osservazione che si estende su circa tre mesi, **il 96,93% dei soggetti sottoposti a tampone dopo la vaccinazione non ospitava il virus nelle prime vie aeree**, non risultando così potenziale veicolo di contagio per il prossimo. Il dato è ancora inferiore per medici e odontoiatri, con il 2,25% dei positivi al tampone e quindi il 97,75% di negativi.

Alla luce di questi dati, che si accordano con i risultati di altre ricerche analoghe fatte anche in campo internazionale, si può dunque ragionare in modo efficace per un allentamento delle restrizioni, almeno per tutte le persone che hanno ricevuto il vaccino.

Per approfondire:



Il referto delle immagini radiologiche: un preoccupante enigma?

Mario Nejrotti

I progressi nella diagnostica radiologica e in quella interventistica negli ultimi decenni sono stati importanti e la possibilità di formulare diagnosi precoci e sempre più precise è aumentata in modo straordinario.

L'IMAGING NEL PERCORSO DIAGNOSTICO

In campo oncologico la radiologia diagnostica trova la sua applicazione in tutti i momenti del percorso della malattia neoplastica: dallo screening, alla prima diagnosi, allo staging e al follow up.

Nel primo, l'intervento dello specialista radiologo riguarda una popolazione apparentemente sana, sicuramente asintomatica, dove si ricerca la presenza di una iniziale malattia neoplastica, allo scopo di porre una diagnosi il più precoce possibile.

L'utilità di questo intervento è evidente, per esempio, per le neoplasie della mammella nella popolazione generale femminile tra i 50 e i 69 anni, ovvero sperimentalmente tra i 45 e i 74, eseguendo l'esame ogni due anni.



Le diagnosi sono aumentate, ma è diminuita considerevolmente la mortalità, grazie alla precocità dell'individuazione delle lesioni.

In questa fase di screening il radiologo non ha la necessità assoluta di conoscere a fondo il cittadino nei suoi aspetti generali, ma senza dubbio resta fondamentale il rapporto con il clinico e con il soggetto stesso per valutare, durante lo screening, quale rischio a priori corre il soggetto di sviluppare malattia, in base all'anamnesi familiare e all'appartenenza a particolari gruppi a rischio.

Comunque il rapporto con il cittadino in questa fase è relativamente semplice, perché nella stragrande maggioranza dei casi si esaurisce con un referto negativo, facilmente comprensibile e non ansiogeno, che soddisfa e tranquillizza l'utente.

Anche durante gli screening di massa, però, nei casi dubbi, quando serve un secondo livello diagnostico o quando si ha una diagnosi positiva per neoplasia, ci si trova di fronte alle problematiche degli altri momenti del percorso.

Infatti, è più rilevante l'attività clinica e il rapporto del paziente con lo specialista radiologo nelle fasi di prima diagnosi, staging e follow up.

L'influenza del parere radiologico sul sospetto diagnostico, sulle successive scelte clinico-terapeutiche e sul giudizio prognostico è diventata nel corso degli anni sempre più rilevante, se pure associata ad altri parametri e ad altre valutazioni.

Nel follow up poi spesso è la bussola su cui si basa il clinico per le decisioni terapeutiche o per il giudizio della loro efficacia.

L'affermarsi delle terapie personalizzate ha affiancato alla diagnostica radiologica anche quella genetica, ma allo stato dell'organizzazione sanitaria, il parere del radiologo in moltissime realtà del nostro Paese può condizionare prioritariamente le decisioni del clinico.

IL REFERTO: STRUMENTO DI COMUNICAZIONE

Questo grandissimo valore diagnostico e questa forte influenza decisionale si esplicano molto frequentemente solo attraverso il referto, veicolato al clinico, oncologo o curante, dal paziente o trasmesso per via informatica. Mentre è spesso carente il rapporto diretto tra professionisti per una discussione clinica delle immagini riscontrate.

Ciò accade per numerosi motivi, che vanno dall'organizzazione sanitaria, specie ospedaliera, che rende complessa una visione uniforme dei casi clinici, affidata per necessità a operatori e servizi diversi, alla mancanza di tempo, alla cronica carenza di personale, all'eterogeneo rapporto tra assistenza territoriale e livelli specialistici.

La compilazione del referto in campo oncologico contiene molto spesso termini generici o parole e frasi di scarsa comprensibilità per il paziente, che sovente corrispondono a una mera descrizione delle immagini riscontrate, che per la cultura media poco o nulla aiutano nella comprensione dello stato reale della malattia.

Nei casi più complicati poi non è subito chiaro per il comune cittadino nemmeno la presenza o l'assenza di lesioni e il loro reale significato.

Senza l'interpretazione del clinico il paziente è completamente disarmato e l'intervallo di tempo che intercorre tra il ritiro del referto e la successiva visita clinica, spesso fisiologico, ma sempre angosciante per chi è in attesa, si popola di tutte le ataviche paure che la malattia neoplastica porta ancora oggi con sé.

REFERTO: PONTE O OSTACOLO TRA PROFESSIONISTI?

Lo strumento di comunicazione del referto presenta problematiche anche rispetto al rapporto tra professionisti.

Infatti, oncologi e curanti sottolineano che spesso lo scritto è soprattutto descrittivo, a scapito di una interpretazione clinica dei risultati – elemento indispensabile come ricordato dal documento SIRM (Società Italiana di Radiologia Medica) del 2019 sull'Atto Medico Radiologico.

Inoltre spesso si fa notare che il linguaggio usato per descrivere risulta eterogeneo, con sfumature personali di tipo letterario, che oltre a renderne complessa e imprecisa l'interpretazione, presenta difficoltà di confronto tra valutazioni scritte di operatori diversi in tempi diversi.

I radiologici dal canto loro lamentano da parte dei curanti una troppo scarsa informazione anamnestica, sullo stato di salute complessivo del paziente e sul decorso della malattia.

Queste due posizioni meritano entrambe correttivi affidati non a sterili regole imposte dal sistema, ma a procedure condivise e concordate tra livelli operativi, in quanto un buon rapporto di collaborazione tra colleghi va a tutto vantaggio della gestione del paziente e non può dipendere da diktat amministrativi, né dall'estemporanea buona disponibilità di singole persone.

Un tale processo di condivisione riuscirebbe a correggere uno stato di "comunicazione diseguale" spesso presente tra oncologi e clinici in generale e radiologi.

Infatti, come accennato, lo specialista radiologo, generalmente, descrive tecnicamente le immagini, senza conoscere bene lo stato clinico del paziente, a cui collegare ciò che osserva e che può avere valore e significato differenti a seconda dei precedenti, del decorso della malattia e del tipo di terapia instaurata. Infatti l'interpretazione delle immagini spesso non può essere chiarita dall'esclusivo confronto di esami radiologici dello stesso tipo, eseguiti in precedenza.

Il clinico, per contro, conosce la situazione generale del soggetto e della patologia da studiare, ma può ignorare o avere difficoltà a interpretare il significato della descrizione del radiologo. E non è richiesto che abbia competenze sufficienti per sostituirsi allo specialista dell'immagine nell'interpretazione tecnica delle medesime.

OBBIETTIVI DEL REFERTO

Lo scopo primario della richiesta ed esecuzione degli esami radiologici non si può esaurire nella sola risposta a un quesito clinico, più o meno chiaramente espresso, ma deve tendere alla migliore cura possibile del paziente oncologico, che necessita della più stretta collaborazione tra il livello clinico e quello radiologico.

Molti sforzi e progressi si sono fatti su questo fronte, come su quello della comunicazione con il paziente e la rete che lo circonda, allo scopo di evitare angosce inutili o dannose.

Resta il fatto che una comunicazione specialistica sullo stato di malattia in forma scritta ha un valore sulla psiche del paziente che non può essere ignorato, perché spesso molto più pesante delle parole dei curanti.

Difficoltà di comprensione, ambiguità, addirittura "non scritti" possono precipitare il paziente in una angoscia profonda, difficile da recuperare anche con il miglior colloquio di aiuto da parte dei curanti.

Perché ambiguità scritte e incomprensioni da loro derivanti, generano il dubbio. Esso mina la fiducia e contribuisce a creare un clima di sospetto, che lede il rapporto medico-paziente e rende debole anche la comunicazione di una notizia rassicurante.

Un referto ambiguo, su cui il curante deve dare spiegazioni o chiarimenti o addirittura giungere a conclusioni diverse dello specialista radiologo, può creare insicurezza e paura che qualche cosa venga nascosto, perché occorre ricordare che "ciò che è scritto è sempre più convincente di ciò che viene detto".

Domande come: "Mi dirà tutto?", "Mi mentirà?", "Mi vuole indorare la pillola?" riportano indietro il processo di cura agli albori dell'oncologia, quando l'omertà era dominante e anche il codice deontologico medico¹ non fissava gli obblighi di trasparenza e sincerità, che oggi sono indispensabili.

Una comunicazione disarmonica tra livelli diversi di diagnostica e assistenza può indebolire la fiducia anche in conquiste tecnologiche e scientifiche e ridurre drasticamente la qualità di vita dei pazienti. Migliorare anche la comunicazione scritta è un obiettivo da raggiungere, soprattutto in questo periodo di più diffuso aumento della sopravvivenza, ►

dove coloro che stanno riconquistando il loro tempo e le loro vite normali hanno bisogno di pareri certi, condivisi e non contrastanti, naturalmente nei limiti delle conoscenze e delle esperienze dei singoli operatori.

UNIFORMITÀ DI PROCESSO NELLA DIAGNOSTICA RADIOLOGICA

Sono sempre più importanti, quindi, uno studio approfondito e una maggiore diffusione del “referto strutturato”, a cui lavora da tempo la SIRM.

La maggiore diffusione di questa forma di strumento di comunicazione scritta: permetterebbe di ridurre i problemi legati all’eterogeneità delle risposte da parte di radiologi diversi e macchine diverse, se pur compatibili; renderebbe più omogeneo e ordinato il processo di lettura, riducendo il rischio di omissioni ed errori; contribuirebbe a uniformare il lessico tra diversi operatori, riducendo frasi oscure, ambigue o letterarie; permetterebbe più fruibilità dello scritto anche al paziente.

Quest’ultimo punto suggerisce una domanda: “Di chi è il referto?”.

La risposta sembrerebbe ovvia. La proprietà delle informazioni non possono essere di nessun altro che del paziente, ma spesso occorre una mediazione.

Questo compito potrebbe essere svolto, oltre che dall’oncologo e dal curante, con maggiore immediatezza dal radiologo, che potrebbe consegnare personalmente il referto al paziente. In primis il cittadino avrebbe un filtro competente nell’evenienza di una “cattiva notizia”, che potrebbe attutirne le conseguenze psicologiche; si potrebbe inoltre limitare l’impatto negativo, derivante dalla poca comprensione di termini “difficili”, con il risultato di ridurre l’ansia, legata a un basso o diverso livello culturale. Infine si verrebbe a creare un importante, e forse troppo poco diffuso, rapporto medico-paziente.

Questo sistema di incontro al momento della consegna del referto è già possibile, ad esempio, nella Regione Veneto, come racconta sul suo blog <https://www.silviamagnaldi.com/chi-sono/> la dottoressa Silvia Magnaldi, radiologa: “Nella Regione Veneto questa procedura è già resa possibile dal Fascicolo Elettronico Sanitario, che all’atto della firma del referto permette di spuntare la voce “Richiesta di mediazione del referto” e invia al Paziente la comunicazione di disponibilità del Medico Radiologo al dialogo. Questo aumenta in maniera considerevole il riconoscimento della nostra funzione da parte del Paziente, che spesso non incontra mai il Medico Radiologo durante l’esecuzione del suo esame.”

Il referto radiologico in tutti i campi della medicina, ma specialmente in quello oncologico, deve diventare sempre più uno “strumento di comunicazione” vero e proprio, con le sue regole e le sue specificità, anche abbandonando zavorre legate a una malintesa “medicina difensiva”.

Uno strumento che necessita di due vie in uscita: una adatta al paziente e l’altra rivolta ai clinici per l’ineliminabile necessità di discutere e condividere opinioni tra medici.

Maggiore sarà la capacità di migliorare questo strumento e il rapporto circolare paziente-clinico-radiologo e maggiore sarà la possibilità di aggiungere uno strumento potente alla comunicazione ottimale della malattia neoplastica, con un netto miglioramento della fiducia nei medici e nella medicina, della qualità di vita dei pazienti e della possibilità di cura e assistenza.

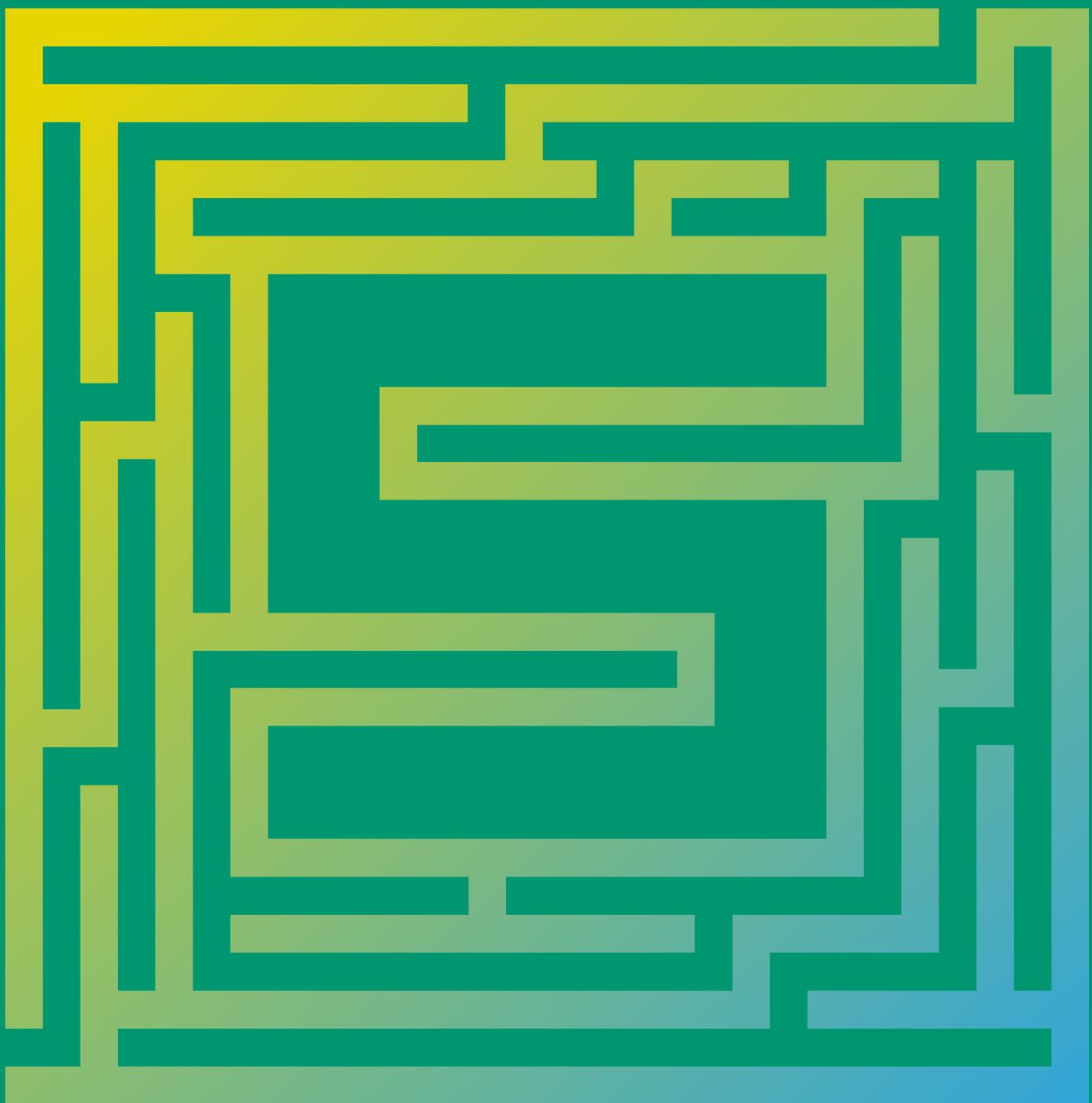
1. Codice Deontologico Medico 2014

Articolo 33 - informazione e comunicazione con la persona assistita.

Il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un’informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostiche terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura. Il medico adegua la comunicazione alla capacità di comprensione della persona assistita o del suo rappresentante legale, corrispondendo a ogni richiesta di chiarimento, tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi, in particolare in caso di prognosi gravi o infauste, senza escludere elementi di speranza. Il medico rispetta la necessaria riservatezza dell’informazione e la volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l’informazione, riportandola nella documentazione sanitaria. Il medico garantisce al minore elementi di informazione utili perché comprenda la sua condizione di salute e gli interventi diagnostico terapeutici programmati, al fine di coinvolgerlo nel processo decisionale.

focus

Labirinti della Salute





La vera innovazione nel post-COVID. Nuovi modi, nuovi percorsi

A cura di Luca De Fiore
Il Pensiero Scientifico Editore

La pandemia ha prima spiazzato e poi travolto i servizi sanitari del 90% dei Paesi del mondo, scrive l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS)¹. L'inchiesta dell'OMS – da cui sono desunti i dati che sostengono il comunicato che abbiamo citato – si riferisce soprattutto alla mancata erogazione di cure essenziali dovuta all'assorbimento di risorse organizzative, umane ed economiche da parte di COVID-19 – un problema importante sul quale torneremo – ma è certo che questa *disruption* ha interessato ogni componente dei sistemi. Ha messo in discussione i percorsi del paziente, la continuità tra ospedale e territorio, i ruoli dei professionisti, gli ambiti di azione della medicina territoriale e di quella ospedaliera. “Non torneremo più alla precedente normalità” aveva detto il direttore dell'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, nel luglio del 2020. Molte cose sono cambiate e altre stanno ancora cambiando sotto i nostri occhi. Nel rapporto che abbiamo con la salute, con la malattia, con la vita. Nel modo in cui il medico e gli altri operatori sanitari vivono la propria professione.



Il cambiamento in atto, giorno dopo giorno, ha reso indispensabili formazione e aggiornamento intenso di tutti i protagonisti del servizio sanitario

L'INFORMAZIONE, I SAPERI, LA CONOSCENZA

Tra tutte le rivoluzioni a cui abbiamo assistito negli ultimi mesi, una tra le più eclatanti riguarda l'informazione, la condivisione e, infine, la costruzione di conoscenza. Molti cittadini sono oggi più consapevoli di quanto sia complesso e non rettilineo il percorso verso la conoscenza: quello che stiamo imparando a proposito del virus e della sindemia lo terremo con noi anche in futuro quando la pandemia sarà un ricordo. "Tutte le conoscenze che abbiamo raccolto su COVID-19 sono state ottenute attraverso una sorta di *work in progress*" confessa la giovane Elisa Manera. "Questa è la differenza più grande rispetto a quello a cui eravamo abituati: normalmente, si studiava la malattia, si ragionava sul trattamento e ci si aspettava un determinato andamento". Uno dei cambiamenti più grandi, nelle parole dei giovani medici intervistati dal progetto *Forward*, è la convivenza con una quasi generalizzata condizione di incertezza². Condizione che si ripercuote necessariamente su modi e percorsi diagnostici, sulla determinazione delle terapie e sul loro adattamento che è sempre dietro l'angolo alla luce dei risultati di nuovi studi. Incertezza che informa anche il monitoraggio dei malati domiciliari, la vigile attesa e la decisione sull'eventuale ricovero e, infine, la dimissione e i tempi e i modi del recupero funzionale. "L'incertezza è la componente essenziale di questa emergenza di sanità pubblica", ha sottolineato in un tweet nella scorsa primavera Julio Frenk, maestro della medicina di comunità e oggi preside della facoltà medica di Miami.

Il cambiamento ha talvolta influenzato anche le relazioni tra i professionisti, andando spesso a modificare ruoli e gerarchie: in un terreno sconosciuto, può accadere che nella posizione di maggiore vantaggio finisca con il trovarsi il medico più fresco di studi e ancora testardamente motivato a trovare il tempo per aggiornarsi, addirittura per prevedere l'evoluzione dei problemi, a livello globale o locale. Era il 3 marzo 2020 quando il giovane medico Alessandro Tosetto anticipava al proprio direttore di distretto l'istituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) ricevendo di ritorno una frase quasi urlata: "Non disturbarmi con queste cose: è fantamedicina!". Dopo una settimana sarebbe stato pubblicato il decreto rendendo pubblica la decisione riguardo una novità che ora si sta rivelando fondamentale nella gestione della pandemia. E il giovane medico "visionario" è stato nominato responsabile della USCA del proprio distretto.

Il cambiamento in atto, giorno dopo giorno, ha reso indispensabili formazione e aggiornamento intenso di tutti i protagonisti del servizio sanitario. Una volta nominato responsabile della USCA del distretto – spiega Tosetto – "ho chiesto che si organizzassero dei corsi ai ragazzi neolaureati coinvolti, perché si sarebbe trattato di visitare a domicilio pazienti complessi e soprattutto di prendere decisioni in pochi minuti, riguardo la possibilità di mantenere il paziente a casa o la necessità di ulteriori analisi ed esami strumentali in regime di ricovero". In diverse realtà sono stati organizzati dei tirocini potendo contare sull'appoggio non solo della dirigenza del distretto ma anche dei colleghi delle diverse unità operative complesse, la competenza dei quali avrebbe potuto dare preziose indicazioni ai medici coinvolti nelle USCA. "A volte ci siamo confrontati con i colleghi delle USCA di Bergamo e di Pavia, ad esempio, che avevano maggiore esperienza maturata nel corso della prima ondata di pandemia", ma sempre in un'ottica di costante disponibilità a modificare l'approccio clinico al paziente e soprattutto alla malattia. Tante attività definite o organizzate sono state riconsiderate o addirittura abbandonate, come nel caso del ricorso all'elettrocardiografia portatile: "Di fatto era l'unica tecnologia innovativa che ci sembrava di avere a disposizione, ma nel momento in cui l'Agenzia Italiana del Farmaco ha deciso di raccomandare di non prescrivere l'idrossiclorochina per mancanza di prove di efficacia e per un aumentato rischio di reazioni avverse, anche l'ECG è stato messo da parte".

Così, la disponibilità a cambiare direzione e la prontezza nel saperlo fare sono probabilmente due dei cambiamenti più macroscopici ai quali la crisi sanitaria ci sta abituando e, forse, la giovane età può giocare un ruolo positivo: "L'essere così giovani è stato un punto di forza nel lavorare a contatto con problematiche così nuove", conferma Tosetto. ▶

“Se dal COVID-19 dobbiamo portarci a casa qualcosa, certamente è l’importanza di visitare a domicilio il paziente, pratica pressoché dimenticata nel tempo che faceva di più il medico di famiglia negli anni Settanta e Ottanta”, aggiunge il collega Luca Cunial sottolineando l’importanza e l’utilità delle USCA e delle visite domiciliari per prevenire ricoveri inappropriati².

L’USO DELLE TECNOLOGIE

Alcuni cambiamenti erano da tempo preannunciati e sono stati invece molto accelerati dalla emergenza sanitaria. “Ad aprile 2020, uno studio nazionale statunitense ha rilevato che le visite effettuate mediante telemedicina rappresentavano già il 13% di tutte le richieste mediche rispetto allo 0,15% dell’anno precedente” spiega un interessante “contro editoriale” sul *New York Times* a firma di Elisabeth Rosenthal³. “E COVID-19 non aveva ancora colpito gravemente gran parte del Paese. A maggio, ad esempio, il dipartimento di neurologia della Johns Hopkins conduceva virtualmente il 95% delle visite dei pazienti”. Un numero enormemente maggiore rispetto all’anno precedente. I Centers for Medicare e Medicaid Services – l’agenzia federale che, nell’ambito dei National Institutes of Health, governa la rete assistenziale dei cittadini statunitensi – hanno riferito che tra metà marzo e metà ottobre 2020 oltre 24,5 milioni di 63 milioni di pazienti idonei hanno ricevuto un servizio di telemedicina coperto dal sistema assicurativo⁴. “COVID-19 ha fatto uscire la medicina virtuale dalla bottiglia” prosegue Rosenthal, avvertendo che è indispensabile conoscere e affrontare questa novità per governarla nel migliore dei modi. “Se non lo facciamo, c’è il pericolo che diventi un pilastro delle nostre cure mediche senza che neanche ce ne accorgiamo”. Diffondere troppo o troppo rapidamente la telemedicina rischia di condurre a un’assistenza di peggiore qualità, a disuguaglianze e a costi in un sistema già sotto accusa come quello statunitense.

La pandemia sembra aver dimostrato che la medicina virtuale è sufficiente per molte visite di tipo ordinario, sostiene l’autrice del commento sul quotidiano statunitense. Ma Rosenthal – che ha lavorato per diversi anni come medico d’emergenza – sostiene che molte delle “soluzioni” di telemedicina promosse da diverse start-up promettono valore aggiunto più per le tasche dei produttori e degli azionisti che per la salute dei pazienti. “In questo momento ci si concentra molto su tutto quel che luccica piuttosto che sulla soluzione dei problemi” – osserva Peter Pronovost, uno dei grandi nomi della medicina americana, coautore di un commento molto incisivo uscito sul *JAMA*⁵. Ad ogni modo, il mondo finanziario è in fermento per le opportunità di investimento. Nei primi sei mesi del 2020, le società di telemedicina hanno ottenuto finanziamenti da record, con cinque start-up che hanno raccolto ciascuna più di 100 milioni di dollari. Questa corsa all’adeguamento tecnologico è comprensibile ma anche spiazzante nella misura in cui non sono pochi i casi e i contesti in cui l’assistenza sanitaria deve ancora dimostrare di sapere – e di volere – usare strumenti che sono entrati nell’uso quotidiano da decenni: “I telefoni vanno bene nel tempo che separa gli appuntamenti di persona, non per sostituirli” ha tweettato nel maggio 2021 Margaret McCartney, medico inglese di cure primarie e collaboratrice del *BMJ*.

“L’assistenza virtuale – spiegano Herzer e Provonost sul *JAMA* – si riferisce alle interazioni medico-paziente relative a diagnosi, valutazione e gestione della malattia condotte in remoto utilizzando testi, audio e video in modo sincrono o asincrono”. Fin qui tutto secondo le attese: le relazioni online hanno ampiamente integrato le tradizionali visite in ambulatorio. “Ma la pandemia ha dato sostanza a una nuova forma di assistenza virtuale che sembra invece voler soppiantare le cure tradizionali”, al punto che in alcune discipline le cure da remoto potrebbero diventare la forma prevalente di assistenza. “Nonostante il crescente entusiasmo e la diffusione dell’assistenza virtuale, la discussione sulla sua qualità e sui principi che dovrebbero informarne lo sviluppo e l’integrazione nel sistema sanitario statunitense è stata limitata”. Quasi abbagliati dalle prospettive avveniristiche

La pandemia sembra aver dimostrato che la medicina virtuale è sufficiente per molte visite di tipo ordinario

promesse dal digitale, ci siamo dimenticati di chiedere di vedere le prove dell'efficacia dell'innovazione. Studi citati nel commento sul *JAMA* indicano che alcuni esami di base, come la misurazione della pressione o la prescrizione di test per il controllo dei valori di colesterolo sono diminuiti rispettivamente del 37% e del 20% durante la pandemia, probabilmente per effetto del diffondersi delle visite online, sostengono Herzer e Provonost.

Tre punti chiave dell'assistenza virtuale secondo Herzer e Provonost⁵

1. L'assistenza virtuale dovrebbe raggiungere sicurezza ed efficacia paragonabili a quelle dell'assistenza tradizionale.
2. L'assistenza virtuale dovrebbe raggiungere un netto aumento dell'efficienza all'interno del sistema sanitario e non aumentare il costo totale dell'assistenza.
3. L'assistenza virtuale dovrebbe essere rispettosa delle preferenze e dei valori dei pazienti e non esacerbare le disparità sanitarie all'interno di una popolazione.

Se qualche esame utile potrebbe andar perso, non pochi test inutili potrebbero essere prescritti in una cascata diagnostica ispirata alla più prudente medicina difensiva⁵. "I medici potrebbero ordinare in modo incrementale più esami per compensare la mancanza di una valutazione fisica del paziente o per mitigare le preoccupazioni circa la responsabilità riguardo a possibili errori diagnostici. Prese insieme, queste fonti di inefficienza potrebbero aumentare inutilmente il costo totale delle cure, in particolare se la telemedicina continuasse a essere rimborsata in modo simile all'assistenza di persona". Ma, a essere sinceri fino in fondo, possiamo solo prevedere il futuro prossimo: in modo più o meno distopico a seconda del nostro entusiasmo o dell'umore del momento. Di nuovo, è l'incertezza a dominare la scena.

"Mai come in questo periodo sarebbe urgente coltivare l'arte di convivere con l'incertezza. La tecnologia avanza a una velocità mai prima conosciuta ed è ormai chiaro che nei prossimi decenni lo sviluppo dell'intelligenza artificiale consentirà ai sistemi informatici di svolgere assai meglio degli umani tutti i compiti per i quali sia possibile produrre un algoritmo o calcolare una probabilità. Il valore di un medico si giocherà allora proprio all'interno delle aree grigie della conoscenza e delle decisioni. Il suo compito – essenziale nella costruzione di una relazione medico-paziente forte e significativa – sarà sempre di più quello di sostenere i suoi assistiti nel difficile e spesso incerto rapporto con le possibilità e le proposte della tecnologia medica."

Daniele Coen

L'arte della probabilità. Certezze e incertezze della medicina.

Milano: Raffaello Cortina, 2021

Quando sono i dubbi a prevalere, può essere conveniente ricorrere a una misura di prudenza in più, evitando eccessivi entusiasmi e avendo fiducia nella ragione umana: "Sicuramente la medicina non può (non potrà) mai essere soltanto virtuale né affrontabile soltanto con sensori o algoritmi. L'auspicio è non tanto che la tecnologia cambi la medicina ma che questa possa modulare la tecnologia secondo i propri valori: uguaglianza, bisogni reali, accessibilità, comunità di cura. Questa dovrebbe essere la vera innovazione tecnologica, ad alto valore aggiunto, flessibile, potente ed economica, orientata ai bisogni veri delle persone" scrivono Giampaolo Collecchia e Riccardo De Gobbi, entrambi Medici di Medicina Generale⁶.

IL CONCETTO DI PRECISIONE

Se guardiamo indietro nello specchio retrovisore di questa automobile velocissima che ci sta facendo attraversare i mesi di pandemia, scopriremo di essere entrati in questa drammatica emergenza forti delle speranze alimentate dalla medicina di precisione, una delle certezze pubblicizzate da molti governi⁷ e dalla medicina accademica dei nostri anni. È una prospettiva seducente, che – per esempio in ambito oncologico – ha già portato a qualche risultato ed è prevedibile possa portarne altri e significativi in futuro. Ma, come spiega Massimo Di Maio – oncologo dell’Azienda ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino – in un commento⁸ a un’analisi condotta da ricercatori statunitensi⁹, la cosiddetta medicina ritagliata a misura del paziente è più una speranza che una realtà. La pandemia sta confermando questa sensazione, tra le difficoltà sperimentate nella definizione di linee guida per i pazienti che tengano conto dei diversi fattori di rischio e la disomogeneità delle decisioni regolatorie dei diversi Paesi a proposito delle indicazioni sulle popolazioni elettivamente destinatarie dei diversi vaccini.

Paradossalmente, la condizione di incertezza sta condizionando la precisione e, in certa misura, c’era da aspettarselo. In questa cornice, la consapevolezza dell’importanza della qualità dei dati e della capacità di interpretarli è cresciuta: un altro cambiamento. “Siamo ancora distanti dall’esatta conoscenza della diffusione dell’infezione da SARS-CoV-2 in Italia” ha scritto Paola Michelozzi¹⁰. “Le fonti di dati nazionali – dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS) e del Dipartimento della Protezione Civile – forniscono un quadro riassuntivo ma impreciso dell’epidemia attraverso il numero dei contagi, dei ricoveri e dei loro esiti, dei decessi associati alla COVID-19”. Un’indigestione di numeri ha cambiato il nostro rapporto con i dati, ma non nella direzione che potevamo aspettarci: la familiarità con i ricercatori sta instillandoci dubbi, più che certezze. Il cambiamento che dovremmo augurarci è quello che potrebbe indurci a dare valore alla “importanza delle domande invece delle risposte, delle argomentazioni invece dei post assertivi e ipersemplicitistici” spiega lo

La cosiddetta medicina ritagliata a misura del paziente è più una speranza che una realtà



scrittore Paolo Giordano¹¹. “Sarebbe una grande occasione per arginare questa pandemia di semplicismo. Perché i sistemi in cui siamo immersi sono complessi e lo sono a un livello mai visto in passato. Ma se il nostro pensiero si ritrae da questa complessità, allora sempre più persone vivranno in un mondo che interpretano solo in piccolissima parte. Le scienze decriptano, interpretano, spiegano le innumerevoli pieghe del sistema e, proprio per questo motivo, andrebbero accolte nella discussione pubblica. Tuttavia questo richiede un cambio di prospettiva che va inaugurato nelle generazioni giovani, nell’istruzione di base. Non si può cambiare la struttura di pensiero di una popolazione adulta: bisogna crescere individui più vicini alle scienze, più capaci di leggere questa complessità”.

IL RISPETTO E L'EQUITÀ

Leggere la complessità è la premessa del sapere accettare la diversità e, quindi, di un maggiore rispetto per i colleghi con i quali lavoriamo o i pazienti/cittadini con cui ci troviamo a interagire. È un altro dei “cambiamenti” che possono esserci stati suggeriti dalla sindemia¹², quest’onda travolgente che ha interessato non solo la sanità ma anche il tessuto sociale della quasi totalità delle nazioni. Tutte le forme di cura e di assistenza dovrebbero essere rispettose delle preferenze e dei valori del paziente e qualità e modi dell’approccio non dovrebbero variare in qualità in ragione delle caratteristiche personali della persona che si ha di fronte. La crisi che stiamo attraversando ha restituito un ruolo centrale alle emozioni, agli affetti, alla solidarietà. Ma ha anche svelato alcuni lati della personalità di colleghi o pazienti che non ci erano noti e non sempre la nostra reazione è stata improntata al rispetto.

Tornando ai dati, di cui abbiamo detto nel paragrafo precedente, alcuni studi recenti spiegano che sono proprio le persone più spaventate dal rischio di contagio a essere più refrattarie ad adottare comportamenti preventivi o protettivi della propria salute¹³. La complessità psicologica delle reazioni degli italiani – e non solo – alle prescrizioni



preventive è stata affrontata in modo diverso da professionisti e istituzioni. “Gran parte degli approcci tradizionali alla comunicazione preventiva ha puntato sull’emozione della paura quale leva principale per sensibilizzare la popolazione a un cambio comportamentale”¹². Tuttavia il processo di educazione e sensibilizzazione è molto più complesso sul piano emotivo e psicologico, soprattutto per le fasce della popolazione più giovani e culturalmente più evolute. “In questo caso spaventare o assumere toni troppo punitivi e severi può generare l’effetto opposto, di chiusura e di disattenzione verso il comportamento preventivo predicato. Al contrario veicolare una comunicazione che valorizzi la possibilità delle persone di diventare protagoniste nella gestione della propria salute e che coltivi il loro coinvolgimento attivo nella prevenzione può risultare più efficace”¹³. Queste evidenze sono state recepite in maniera non omogenea: molti medici, infermieri, farmacisti, ostetriche hanno raccolto la sfida contribuendo a costruire un ecosistema della comunicazione sulla salute che sembra oggi più ricco e aperto che all’inizio dell’emergenza sanitaria. Un cambiamento necessario può dunque prevedere una maggiore disponibilità a comprendere le ragioni dell’altro, uno tra gli elementi chiave – parafrasando Danielle Ofri – di quel “tutto il resto” che rappresenta una parte enorme della cura: rispetto, attenzione, conforto, empatia, comunicazione, contatto – spesso la parte del leone nell’assistenza medica¹⁴.

“Resta da vedere se l’ambiente virtuale faciliti questa relazione e coinvolga i pazienti come partecipanti attivi nell’assistenza” osservano Herzer e Provonost⁵ toccando un tema delicato: l’equità. A questo proposito, l’assistenza mediata dalle tecnologie informatiche potrebbe rendere più facile l’accesso alle cure per chi ha limitazioni alla mobilità, svolge un lavoro che lo obbliga a orari incompatibili con i servizi sanitari, o non riesce a trovare specialisti nel luogo in cui vive. Ma l’accesso alle cure virtuali richiede l’accesso a Internet, a uno smartphone o a un computer, una qualche competenza digitale. La pandemia è un forte determinante di disuguaglianza: “Sono tre i diversi *pathway* che bisogna tenere in considerazione: le disuguaglianze nell’esposizione, caratterizzate ad esempio dall’attenzione alla prevenzione, dalla qualità delle abitazioni, dal *contact tracing*; le disuguaglianze nella suscettibilità, aspetto su cui oggi si può fare poco perché bisognava intervenire quando negli anni si sono amplificate le disuguaglianze di salute; le disuguaglianze generate dalle conseguenze del lockdown, come la perdita di reddito, di lavoro, la povertà educativa, la caduta della capacità di cura sociale e di presa in carico”, ha spiegato Giuseppe Costa, professore di Igiene presso l’Università di Torino e direttore del servizio di epidemiologia dell’ASL TO3¹⁴.

Siamo di fronte a problemi complessi: può suonare strano, ma se ben usata anche la telemedicina potrebbe essere uno strumento di maggiore comprensione reciproca nella relazione tra il medico e l’assistito. Per esempio, se ben organizzata potrebbe regalare del tempo all’incontro. Non solo: la partita si giocherebbe in campo neutro, e anche in questo caso conviene fermarsi su un’altra pagina del libro di Danielle Ofri: “La più grande paura dei pazienti è di non essere ascoltati dai medici e di non ricevere quindi le cure di cui hanno bisogno. Fin dal principio, la partita non si svolge alla pari, e i pazienti lo sanno. Sono consapevoli di essere in svantaggio in fatto di conoscenza ed esperienza medica. Ciò va ad aggiungersi a una dinamica di potere intrinseco in un sistema che per lo più conferisce ai medici il controllo. Per di più, tutta l’interazione avviene nel «campo» del medico, non del paziente. Il medico ha il vantaggio di giocare in casa, è a suo agio con le complessità del setting assistenziale che, per la maggior parte della gente, risulta appena un po’ più attraente di un’ispezione dell’Agenzia delle Entrate”¹³. Online, potenzialmente nessuno gioca in casa e questo potrebbe tradursi in un vantaggio per il paziente.

Non è finita. La telemedicina potrebbe sorprenderci come mezzo capace di avvicinare il paziente al medico, rendendo il malato più “vero”: “Molti medici consapevoli dell’importanza dei determinanti sociali della salute stanno dando il loro primo vero sguardo alle case dei loro pazienti, alle loro condizioni di vita, alla sicurezza di ciò che mangiano e del-

Siamo di fronte a problemi complessi: può suonare strano, ma se ben usata anche la telemedicina potrebbe essere uno strumento di maggiore comprensione reciproca nella relazione tra il medico e l’assistito

le medicine che assumono, al numero di componenti della famiglia che convivono in uno spazio limitato, così come ai sistemi di supporto esistenti". Nulla di tutto questo emerge quando i pazienti si siedono nel loro camice di carta, privati di gran parte della propria identità personale, in un'asettica sala di un ambulatorio. Venire a conoscenza del fatto che un paziente sta chiamando da un'automobile per motivi di privacy o per l'assenza di una connessione Internet affidabile è indicativo. Essere presentati a un familiare o a un animale domestico, o vedere quello che un paziente giudica importante per la propria identità è sia gratificante sia utile per dare raccomandazioni su misura per la persona".

UNO SGUARDO DIVERSO

Accettare la condizione di incertezza con il desiderio di ridurla. Essere consapevoli dell'importanza dei dati a patto di avere garanzie sulla loro qualità. Dare valore all'altro, al prossimo, rispettandone le scelte e impegnandosi per ridurre le disuguaglianze – di diritti, di reddito, di conoscenza – che possono aver condizionato la sua storia personale e le sue convinzioni. Sono solo alcuni dei cambiamenti possibili – personali e di gruppo – a cui può averci portato la crisi sanitaria, sociale ed economica che stiamo ancora attraversando.

Serve uno sguardo diverso se davvero vogliamo non tornare alla normalità, quella che per qualcuno "era il problema". Aiutati – o meno – dai saperi che stanno via via consolidandosi, dai dati che stiamo raccogliendo, dal rispetto e dalla solidarietà che stiamo costruendo – potremmo essere sempre capaci di quella che il medico diabetologo Victor Montori ha definito una visione non sfocata sul paziente, ma non solo.

“Quando le condizioni sono vincolate non dalla necessità ma dall'incompetenza, dall'avidità e dalla corruzione, prendersi cura di pazienti come fossero una visione sfocata può portare all'erosione del tessuto morale e professionale del sistema e dei suoi professionisti. In queste condizioni, da cui alcuni traggono profitto a scapito della disperazione di molti, i clinici possono diventare insensibili, pieni di rabbia, cinici e incapaci di empatia. Si tratta di sentimenti contagiosi che si diffondono fino a raggiungere la gerarchia amministrativa. Senza un attimo di tregua, tutti smettono di prendersi cura degli altri. Ma la visione indistinta dei pazienti è il risultato modificabile di scelte umane, non l'inevitabile conseguenza di leggi naturali. Per vedere il paziente nella sua individualità, il clinico deve comprendere il contenuto e il contesto della situazione del paziente e come sono in relazione l'uno con l'altro. Le cose dette, sottintese ed espresse a gesti vanno riconosciute, le battute scappate di bocca e i mormorii sommessi vanno approfonditi. Questo paziente, qui e ora, è quello che il clinico deve distinguere chiaramente. Per trattare le persone con rispetto, i clinici devono considerare i pazienti non avendone una visione sfocata, ma come singoli individui messi bene a fuoco in alta definizione. Vedere ogni persona in alta definizione non significa conoscere una persona nella sua totalità (questa, a mio parere, è una meta irraggiungibile). Non richiede l'eliminazione dell'ambiguità e dell'incertezza altrimenti inevitabili, ma piuttosto la loro integrazione nella cura. Vedere i malati in alta definizione richiede più informazioni sul paziente, ma non è ancora chiaro se queste informazioni debbano provenire da auto-misurazioni ossessive delle funzioni corporee o dalla valutazione dei geni, delle proteine o dei batteri intestinali. Io ritengo piuttosto che una quantità sufficiente di dettagli possa essere messa insieme semplicemente notando quello che è disponibile a livello umano e molto concreto.”

Victor Montori

Perché ci ribelliamo. Una rivoluzione per una cura attenta e premurosa.

Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2018

Serve uno sguardo diverso nella cura, nell'assistenza e nella presa in carico, che ritrovi il proprio fondamento in quella che Gianni Tognoni ha definito "l'epidemiologia della evitabilità"¹⁶ – dall'attenzione alle malattie all'adozione dei problemi e delle popolazioni: "cause e conseguenze delle malattie curabili, accompagnamento, assistenziale e di ricerca, di condizioni di vita per le quali l'intervento strettamente o prevalentemente sanitario non è disponibile".

Serve uno sguardo diverso per esercitare occhi nuovi che rendano visibili i bisogni reali dei cittadini, dei pazienti, dei familiari. Più che nell'introduzione di strumenti tecnologici, la vera innovazione sarebbe nel ripensamento di modi e percorsi attraverso i quali rendere possibili questi cambiamenti. Percorsi condivisi, partecipati, inclusivi: per non tornare a quella normalità che era un problema.

Bibliografia

1. World Health Organization. *Covid-19 continues to disrupt essential health services in 90% of countries*. News release, 23 aprile 2021. Ultimo accesso 10 maggio 2021.
2. *Prossimità con l'incertezza*. In: Prossimità. Recenti Prog Med 2021; Suppl. Forward; 2: in corso di stampa.
3. Rosenthal E. *Telemedicine is a tool. Not a replacement for your doctor's touch*. New York Times 2021; 29 aprile. Ultimo accesso 10 maggio 2021.
4. Zulman DM, Verghese A. *Virtual care, telemedicine visits, and real connection in the era of COVID-19*. JAMA 2021; 325: 437-8.
5. Herzer KR, Provonost PJ. *Ensuring quality in the era of virtual care*. JAMA 2021; 325: 429-30.
6. Vedi Collecchia G, De Gobbi R. *L'ossimoro della medicina digitale. Ovvero: riusciremo ad umanizzare il digitale prima che questo cancelli la nostra umanità?* Recenti Prog Med 2021; Suppl. Forward 3: in corso di stampa.
7. <https://obamawhitehouse.archives.gov/precision-medicine>
8. Di Maio M. *L'oncologia di precisione: quanti pazienti si beneficiano dei trattamenti "intelligenti"?* Oncotwitting 2021; 1 maggio. Ultimo accesso 11 maggio 2021.
9. Haslam A, Kim MS, Prasad V. *Updated estimates of eligibility for and response to genome-targeted oncology drugs among US cancer patients, 2006-2020*. Ann Oncol 2021; S0923-7534.
10. Michelozzi P. *Misurare COVID-19: la distanza dai numeri reali*. Recenti Prog Med 2020; Suppl. Forward 18: S37.
11. Giordano P. *Il dubbio, più prezioso della verità*. Recenti Prog Med 2020; Suppl. Forward 18; S10-1.
12. Horton R. *Offline: COVID-19 is not a pandemic*. Lancet 2020; 396: 874.
13. Graffigna G. *Esitanti. Quello che la pandemia ci ha insegnato sulla psicologia della prevenzione*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2021.
14. Ofri D. *Cosa dice il malato, cosa sente il medico*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2021. De Fiore R,
15. De Fiore R, Ambrosino F. *COVID-19, serve equità per sconfiggere un virus disuguale*. Senti chi parla 2021; 15 aprile. Ultimo accesso 11 maggio 2021.
16. Tognoni G. *Per una visibilità concreta dei soggetti della salute come diritto umano/bene comune*. Assistenza Inf Ric 2021; 40: 39-43.

A cura di Laura Tonon
Il Pensiero Scientifico Editore

COVID-19 e medici in prima linea. Quali nuovi modelli?



I tempi della politica poco si conciliavano con quelli dettati da una pandemia ormai fuori controllo. Serviva agire sul campo subito, nel giro di pochi giorni, per far fronte a una maxi emergenza di cui, allora come oggi, si poteva conoscere l'inizio ma non la fine

“Dato che finora la percentuale di pazienti che richiedono la Terapia Intensiva è vicina al 10% degli infetti, ipotizziamo che, almeno in Lombardia, potremmo aver bisogno fino a 4.000 posti letto di Terapia Intensiva durante il periodo peggiore dell'infezione, che sarà probabilmente tra circa quattro settimane. Ci rendiamo conto che verosimilmente a questo numero non si possa arrivare. Una percentuale speriamo significativa di pazienti accederà alla Terapia Intensiva, gli altri saranno trattati con supporti respiratori meno invasivi. Questa è una grossa sfida per l'Italia, perché ora ci sono in totale poco più di 5.200 posti letto in Terapia Intensiva. Teniamo conto poi che abbiamo solo poche settimane per l'approvvigionamento di personale, attrezzature tecniche, e materiali”. Lo scriveva sul *Lancet*¹ Giuseppe Remuzzi, direttore del Mario Negri di Milano, insieme al fratello, Andrea Remuzzi, bioingegnere dell'Università di Bergamo.

Era il 13 marzo del 2020, poco più di un anno fa. L'Italia del Nord stava diventando l'epicentro europeo di un nuovo coronavirus di cui si sapeva soltanto che causava una polmonite interstiziale, ribattezzata “polmonite di Wuhan” dal nome della città cinese epicentro della pandemia. Il Governo era già al lavoro per approvare una legge finalizzata all'assunzione di decine di migliaia tra medici e infermieri e per la fornitura di ventilatori agli ospedali italiani. Ma non c'era tempo da perdere. I tempi della politica poco si conciliavano con quelli dettati da una pandemia ormai fuori controllo. Serviva agire sul campo subito, nel giro di pochi giorni, per far fronte a una maxi emergenza di cui, allora come oggi, si poteva conoscere l'inizio ma non la fine. Medici e infermieri dell'Emergenza-Urgenza erano già in prima linea, con gli strumenti a disposizione. Ma ancor prima con le proprie competenze, consapevoli che non sarebbe più stato come prima e che serviva fare rete e lavorare in squadra. Condivisione, resilienza e creatività le tre parole chiave.

In poco tempo, la Regione Piemonte si era attrezzata istituendo un'Unità di Crisi per la gestione dell'emergenza epidemiologica. Con sede a Torino, l'Unità doveva coordinare una rete formata da 23 Pronto Soccorso e Dipartimenti di emergenza e 34 Ospedali. Dall'inizio dell'epidemia alla fine di maggio, a più di 30.000 pazienti era stato diagnosticato il COVID-19 con una mortalità del 12,6%. Un alto carico di lavoro che aveva richiesto un raddoppio dei posti letto di Terapia Intensiva e un incremento del 60% dei posti letto di terapia Sub-intensiva, molti dei quali gestiti dai Dipartimenti di emergenza².

“Il nostro servizio sanitario pubblico, le strutture di Emergenza-Urgenza, si sono trovati investiti di un grande impegno ‘non previsto’, nonostante il virus fosse presente già da vari mesi prima della registrazione dei primi casi confermati. Per questo oggi è molto importante condividere una prospettiva che derivi dall'esperienza concreta di chi si è trovato per primo al centro della gestione dell'incertezza di una crisi”, scriveva in quegli stessi giorni il Presidente della Società Italiana della Medicina di Emergenza-Urgenza (SIMEU), Salvatore Manca, nel presentare il *Rapporto Prima Linea COVID-19 assetto organizzativo gestionale dei Pronto Soccorso/DEA nell'ambito di focolaio epidemico o pre-epidemia*³. Già da una prima indagine era emerso un carico di lavoro enorme sui Pronto Soccorso. Circa metà dei COVID-19 positivi veniva diagnosticata nei Pronto Soccorso, un'altra metà presa in carico e valutata ma comunque in Pronto Soccorso. Inoltre, parte dei COVID-19 positivi sintomatici veniva seguita nelle Sub-intensive delle Medicine d'urgenza, contribuendo a diminuire il sovraccarico delle Terapie Intensive e facendo quindi la differenza⁴.

E dopo la prima ondata, la seconda e poi la terza, senza tregua e senza una vera pausa dall'una all'altra.

GUADAGNARE SUL TEMPO E GESTIRE GLI SPAZI

“La Lombardia è stata la prima Regione a essere colpita e anche con più violenza”, racconta a *Torino Medica* Antonio Voza, responsabile dell'Unità Operativa Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza dell'Humanitas Milano. “Non eravamo pronti. A soffrire di più sono state le province di Lodi e Bergamo dove l'ondata è arrivata nel giro di pochi giorni

In tutte le Regioni le maggiori criticità erano legate alla fatiscenza e alla carenza di spazi in molti Ospedali, come anche alla carenza di personale e di posti letto

dal primo caso, quello di Codogno. Milano invece ha potuto sfruttare quei 15 giorni di decantazione per capire e organizzarsi di conseguenza: rispetto a tutte le altre urgenze passate questa andava affrontata in maniera completamente differente, sin dalla porta, con flussi separati tra pazienti potenzialmente infetti e pazienti infetti. Fondamentale è stata la collaborazione tra tutti i responsabili dei Pronto Soccorso regionali per trasferire l'esperienza acquisita nelle strutture che erano già in piena emergenza e ottimizzare e omogeneizzare i criteri di pre-triage da adattare ai singoli Pronto Soccorso sulla base delle rispettive caratteristiche organizzative e strutturali”.

La messa a punto del pre-triage è stata istantanea e facilitata dalle competenze derivate dal triage con i noti codici colori o numerici per definire le priorità e ridurre i tempi di attesa. “Il triage è il pacemaker del funzionamento e organizzazione dell'intero Pronto Soccorso”, aggiunge Marina Civita, Presidente regionale SIMEU Piemonte, del Pronto Soccorso Ospedale di Pinerolo di Torino. “Inserire un doppio percorso – sporco e pulito – in spazi contenuti e strutturalmente diversi, con lo stesso personale che era già ridotto all'osso, è stata una grande ‘sfida creativa’. Per esempio nel nostro Pronto Soccorso valutavamo i pazienti in ambulanza prima dell'ingresso per portarli direttamente nelle stanze di isolamento e abbiamo introdotto un timbro imbevuto nell'alcol che veniva apposto sulla mano dei pazienti per distinguere quelli che potevano transitare in sicurezza”.

In tutte le Regioni le maggiori criticità erano legate alla fatiscenza e alla carenza di spazi in molti Ospedali, come anche alla carenza di personale e di posti letto. “In Liguria per i pazienti positivi a bassa intensità di cura o che non avevano possibilità di isolamento domiciliare si sono utilizzati una nave in porto a Genova, tende da campo, ospedali militari o altre aree alberghiere dedicate con assistenza prevalentemente infermieristica, che hanno parzialmente decongestionato i presidi ospedalieri. Praticamente ovunque i percorsi sono stati differenziati spesso dedicando completamente alcuni ospedali ai malati COVID-19”, ci scrive Giuseppina Fera, componente dell'Ufficio di Presidenza SIMEU Nazionale e dirigente medico di Pronto Soccorso in Liguria. “La risposta rapida è stata ostacolata soprattutto dalla impossibilità di eseguire i tamponi molecolari diagnostici in tempi brevi e in tutti i presidi ospedalieri del territorio ligure e tutt'ora subiamo la carenza di aree buffer o grigie dove ospitare i pazienti non ancora sicuramente COVID o non-COVID”.

Altro capitolo è stata la protezione degli operatori sanitari. “Fortunatamente la Regione Liguria ha saputo fronteggiare meglio di altre Regioni le difficoltà a reperire i DPI, che nei reparti di Emergenza-Urgenza e ad alta intensità di cura erano razionati, ma praticamente sempre forniti al personale” prosegue la dottoressa Fera. Ma in molte Regioni i DPI sono arrivati in ritardo. Inoltre andava formato il personale alla vestizione e svestizione, all'adozione di una serie di misure per tenere “puliti” gli ambienti. Di per sé, per il cosiddetto biocontenimento, non sono necessari enormi investimenti, ma un insieme di precauzioni atte a definire un approccio efficace e coordinato nella gestione dei pazienti con probabile o confermata patologia infettivo-diffusiva. Si tratta di tecniche la cui apparente semplicità contrasta con la difficoltà insita nella loro corretta applicazione. Nessuna manovra deve essere lasciata. Politiche lungimiranti possono fare la differenza in una prossima maxi-emergenza a partire dalla formazione del personale sanitario⁵.

CONDIVIDERE L'ESPERIENZA E FARE SQUADRA

Come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità si può definire emergenza ogni situazione in cui il personale e i mezzi disponibili in un determinato territorio siano insufficienti per l'attuazione di un efficace intervento sanitario. Le emergenze riguardano eventi improvvisi e imprevedibili, imponderabili, che “richiedono un'azione decisa e immediata e che possono essere dovuti a cause epidemiche, naturali o tecnologiche”. La condivisione di linee guida e protocolli locali e nazionali è stata essenziale per prepararsi ad affrontare l'emergenza e per gestirla al meglio con le risorse a disposizione, cercando ▶

di mettere a frutto le competenze proprie della Medicina dell'Emergenza-Urgenza, nonché sfruttando al meglio le risorse. Si sono pubblicati e condivisi documenti e protocolli nati dall'esperienza diretta sul campo perché fossero di aiuto ai tanti colleghi, in Italia e nel mondo, disorientati dalla crescita esponenziale di pazienti in carenza di percorsi strutturati.

L'Australasian College of Emergency Medicine ha sviluppato una guida per i medici di Pronto Soccorso nei Paesi a basso e medio reddito che si dovevano preparare a un'ondata di pazienti con COVID-19. Una checklist sviluppata basandosi su un documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità su come preparare il Pronto Soccorso, come organizzare il pre-triage o lo screening, come proteggere i pazienti e la struttura e come minimizzare il volume di pazienti in Pronto Soccorso e isolare quelli infetti o sospetti.

Quello che ha fatto la differenza in questa pandemia è stato fare rete e fare squadra. "Mai come in questo periodo c'è stata una collaborazione stretta, costruttiva e di assoluta cooperazione tra urgentisti, rianimatori e pneumologi. Non ultimo in tutti gli ospedali si è assistito a una sorta di chiamata alle armi che ha coinvolto anche figure non prettamente dedicate all'urgenza, o comunque al paziente respiratorio, che si sono messe a disposizione totale in questa situazione particolare acquisendo le competenze necessarie per la gestione di pazienti ricoverati a bassa intensità di cura. Questa operazione è stata fondamentale perché in una situazione già critica il rischio che nella prima ondata l'organizzazione saltasse era francamente molto elevato", spiega il dottor Voza. "Senza il loro aiuto sicuramente sarebbe andata molto peggio rispetto a come è andata".

In una TED il chirurgo statunitense Atul Gawande spiegava che "in ogni campo la conoscenza è cresciuta in modo esponenziale, alzando il livello di complessità e introducendo delle specializzazioni. E siamo arrivati a un punto in cui non possiamo far altro che riconoscere, nonostante il nostro individualismo, che la complessità richiede il lavoro di gruppo, per poterla gestire bene. Tutti noi abbiamo bisogno di squadre coordinate"⁶.

"Fondamentale è stata l'integrazione tra il sistema di emergenza e la Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza appunto o di Terapia Sub-intensiva e Pronto Soccorso. Come lo è stata la rete dei direttori della Medicina d'Urgenza che è servita per scambiarsi tutta una serie di informazioni, dai decreti legislativi ministeriali e le indicazioni del Ministero della Salute, a una serie di protocolli interni, e monitorare insieme la situazione dei Pronto Soccorso. In collaborazione con la rete di epidemiologi abbiamo costruito un'applicazione con una tabella da compilare giornalmente, alle ore 10, con i numeri di pazienti – sia COVID sia non COVID – che erano in attesa di ricovero in Pronto Soccorso" racconta la dottoressa Civita. Questa attività è stata fondamentale per condividere i dati e tenere sotto controllo il *boarding*, cioè la permanenza in Pronto Soccorso di malati in attesa di posto letto, in relazione all'andamento dell'indice RT nella popolazione. Subito dopo l'RT aumenta il *boarding*, ancor prima di vedere un incremento dei contagi e dell'aumento degli accessi in Pronto Soccorso e dei ricoveri. Per cui l'aumento del *boarding* COVID era l'indice più preciso e rapido per capire che stava riprendendo la pandemia (vedi grafico). Con l'innalzarsi del *boarding* (ancor prima dei contagi) le strutture dell'Emergenza-Urgenza dovevano quindi essere pronte a convertire posti letto non-COVID in posti letto COVID prevedendo un aumento di contagi e a seguire dei ricoveri. Un ritardo in questa conversione determinava un aumento precoce del *boarding*.

Ma se durante la prima ondata in Pronto Soccorso arrivavano quasi esclusivamente pazienti COVID, o probabilmente tali, nella seconda e terza ondata il quadro è cambiato. Si sono aggiunte anche le persone "negative" e affette da altre patologie. Inoltre, alla ripresa epidemica c'era ancora un numero elevato di pazienti COVID ricoverati. Lo sforzo quindi è stato di gran lunga maggiore, in Piemonte come nelle altre Regioni italiane. D'altronde, "la risposta doveva e deve essere uguale per tutti, non orientata solo al COVID", afferma Civita sottolineando il dovere morale e deontologico dell'equità delle cure.

Se durante la prima ondata in Pronto Soccorso arrivavano quasi esclusivamente pazienti COVID, o probabilmente tali, nella seconda e terza ondata il quadro è cambiato

L'APPORTO DEGLI OSPEDALI DA CAMPO

Se, come considera il dottor Voza, “in pandemia come in tutte le maxi emergenze vale tutto quello che può dare una mano e decongestionare le strutture principali” allora il supporto logistico e diagnostico degli ospedali da campo e di fortuna ha fatto la differenza. E non solo in Liguria, come ci ha raccontato la dottoressa Fera, ma anche in diverse altre Regioni. Sono strutture attivate all’occorrenza dalle Protezione Civile e Croce Rossa. Anche Emergency è arrivata in soccorso quando a Crotone, in Calabria, il reparto COVID, già approntato dall’ospedale con 30 posti letto, non risultava sufficiente per rispondere ai bisogni. “L’intervento era iniziato a novembre 2020, quando su sollecitazione del Governo e con il coordinamento della Protezione Civile abbiamo dato la nostra disponibilità per contribuire concretamente alla risposta sanitaria contro l’epidemia di COVID-19 in Calabria”, spiega Gina Portella, Medical Division Coordinator di Emergency. “Un nostro team composto da medici, infermieri e addetti alla logistica ha lavorato alla realizzazione di un secondo reparto per malati di COVID-19, dotato di 25 posti letto completamente equipaggiati e di 8 posti letto nella struttura tendata esterna pronti in caso di necessità. Il reparto COVID-2 ha iniziato le attività a dicembre 2020”. L’ospedale da campo veniva gestito dallo staff di Emergency in stretta collaborazione con il personale dell’ospedale San Giovanni di Dio.

“Gli ospedali da campo sono sicuramente utili se inseriti in un’organizzazione funzionale con una diagnostica completa per gestire in maniera autonoma i pazienti in arrivo”, continua Voza. Serve quindi che queste strutture di supporto non solo logistico siano dotate della strumentazione adeguata e il personale formato per fare l’emogasanalisi e un’ecografia toracica o una tac quando necessario, per garantire un supporto ventilatorio idoneo. “Fondamentale è un’organizzazione strutturata e un coordinamento efficace delle risorse non solo economiche ma anche umane e di competenze. Il rischio altrimenti è una sovrapposizione di competenze in alcune zone lasciando scoperte altre zone e rendendo meno efficace l’approccio al paziente”.



LA GENERAZIONE COVID-19

La medicina delle emergenze/urgenze è una specializzazione che più di altre richiede tenacia e passione e la capacità di lavorare in squadra. “Abbiamo deciso di diventare Medici di Medicina d’Urgenza perché è una delle specialità mediche più complete”, raccontano i colleghi del Dipartimento di Emergenza dell’Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna in occasione dell’Emergency Day. “Ogni giorno, notte e giorno, sfidiamo una moltitudine di patologie, dalle più urgenti a quelle non urgenti, dalla malattia più rara a quella più comune. Con il supporto e l’impegno di tutta l’équipe di Medicina d’Urgenza, cerchiamo ogni giorno di migliorare il nostro lavoro e le nostre conoscenze. Facciamo del nostro meglio per trasmettere la nostra passione al medico più giovane, al fine di diventare una squadra di emergenza ancora migliore”.

Questa pandemia lascerà sicuramente un segno sui professionisti della Medicina dell’Emergenza di oggi. “Saremo gli urgentisti della generazione COVID-19”, dice il dottor Voza. “Indipendentemente dal fatto che si cerchi di razionalizzare il tutto e di vedere sempre il lato positivo delle cose, come in tutte le circostanze forti che si vivono, non siamo gli stessi rispetto a un anno fa. Nessuno di noi lo è”.

Lascerà un segno anche sui giovani medici in formazione. Nella prima ondata per far fronte alla carenza di organico sono stati assunti medici neolaureati, senza alcuna esperienza nella gestione di pazienti tanto complessi. Molti specializzandi del quarto e quinto anno sono stati precettati dall’Unità di crisi per prestare servizio negli ospedali. Si sono trovati a dover acquisire competenze sul campo con un notevole carico di stress psicologico e fisico dovuto alla condizione emergenziale. Saper garantire loro una valida formazione sul campo era fondamentale, prosegue la dottoressa Civita. “Abbiamo cercato di assegnare dei compiti adeguati per non rischiare di ‘rovinare’, in un momento già così emotivamente difficile, il loro percorso formativo e il loro entusiasmo. Abbiamo quindi dovuto dosare l’affiancamento e i turni in autonomia con la presenza sempre di un tutor esperto di riferimento. Per loro poter crescere sul campo negli ultimi due anni di specializzazione, avere a disposizione il sapere comune e anche le competenze specifiche dei colleghi senior frutto di anni di lavoro è stato e sarà un valore aggiunto”.

La pandemia ha accelerato la risposta a un’altra emergenza: la carenza di personale medico e infermieristico nella Medicina d’Emergenza-Urgenza ha ormai raggiunto proporzioni critiche. Dopo le misure emergenziali con l’assunzione di specializzandi agli ultimi anni per arginare momentaneamente la necessità di personale, si è cercata una soluzione programmatica a lungo termine con il raddoppio delle borse di specializzazione in Medicina d’Emergenza-Urgenza che erano troppe poche per sostenere il carico di lavoro nelle oltre 800 strutture di PS/DEA distribuite sul territorio, un terzo delle quali ad alta complessità.

“Questo in prospettiva nei prossimi cinque anni ci metterà abbastanza in sicurezza – ma in questi cinque anni transitori non ci dà nessuna sicurezza, perché le criticità sono evidenti. Lo sforzo maggiore dal punto di vista societario è dimostrare che la formazione che potremo mettere a disposizione degli specializzandi è una formazione valida e in linea con gli standard europei, una formazione che deve sempre più vedere l’urgentista come figura leader all’interno di tutte quelle che sono le patologie tempo-dipendenti”, chiosa il dottor Voza.

IL “MALE OSCURO” IN PRIMA LINEA

La pandemia da Coronavirus è stato motivo di burnout dei professionisti sanitari impegnati in prima linea. Lo stress è derivato da un carico di lavoro troppo alto, con la difficoltà di riuscire a coprire i turni senza staccare quasi mai, il peso psicologico di contagiarsi e a propria volta contagiare i colleghi e, tornati a casa, anche i propri familiari, la responsabilità di dover lavorare in emergenza e di dover riorganizzare il lavoro in risposta, il farsi carico del fine vita di pazienti lontani dai loro cari.

La pandemia ha accelerato la risposta a un’altra emergenza: la carenza di personale medico e infermieristico nella Medicina d’Emergenza-Urgenza ha ormai raggiunto proporzioni critiche

“L’impegno della nostra Medicina d’Urgenza è stato grandissimo sia a livello di DEA che di Pronto Soccorso. Basti considerare che i numeri delle Sub-intensive sono quadruplicati in Piemonte” conclude la dottoressa Civita

“Medici e infermieri in emergenza incontrano continuamente tali storie interrotte di vita, portando con sé la voglia di cura e a volte l’impotenza. Tali volti, mani, vite si intrecciano alle proprie sviluppando vissuti emotivi difficili da elaborare”, scrive Sergio Pintaudo, già Direttore del Dipartimento di Emergenza dell’ARNAS Garibaldi di Catania⁴. “Il trauma del paziente così come dell’operatore pone le basi in tali premesse, che possono evolversi in fisiologici stati compensativi che, a volte, possono svilupparsi, a lungo o a breve termine, in condizioni psicopatologiche, da qui nasce il bisogno del supporto psicologico e di dare spazio ai vissuti emotivi non solo di chi ‘ha bisogno di cura’, ma anche di chi ‘si prende cura’”.

“Nel mio Pronto Soccorso – racconta la dottoressa Civita – due giorni dopo l’inizio della pandemia è stato attivato su mia richiesta un servizio di psicologia dell’emergenza come supporto emotivo di fronte alla morte, alla gravità dei pazienti, all’isolamento dei pazienti e anche ai temi del fine vita, quando sappiamo che non c’è più nulla da fare, e all’autoisolamento dalle nostre famiglie e dalla paura di infettarci tra di noi e contagiare i nostri familiari, genitori, figli, mogli e mariti”.

Ma il lavoro in Emergenza-Urgenza è stressante e usurante a prescindere dalla emergenza COVID-19. Un aspetto considerato nel mondo dell’Emergenza-Urgenza anglosassone, ma meno in quello europeo e del nostro Paese. Il sistema dell’Emergenza-Urgenza, sia intra che extraospedaliero, era già in crisi prima della pandemia, con un drastico calo vocazionale degli specialisti in questo settore, per le carenze strutturali e organizzative a fronte di un sovrautilizzo del sistema, nonché per lo scarso riconoscimento economico e professionale. “Questa crisi vocazionale è legata soprattutto alla percezione di non poter gestire uno stress lavorativo-emotivo a lungo termine” spiega il dottor Voza. “Tale stress è dovuto anche al fatto che non sempre si lavora in maniera efficacemente organizzata, con una preparazione e una formazione adeguate e in sicurezza. Cardini questi sui quali bisognerebbe focalizzare l’attenzione e gli interventi, proprio e soprattutto perché l’investimento richiesto a chi sceglie questa bellissima specialità è fortemente oneroso in termini di energia e stress mentale”.

FAR DI NECESSITÀ VIRTÙ

La pandemia ha reso visibili fragilità della rete dell’emergenza italiana: riduzione spropositata dei posti letto per acuti, carenze strutturali, dotazioni organiche spesso al di sotto dei numeri indispensabili per la copertura dei turni, mancanza di attrezzature e materiale, e molto altro. Quel che non dovrà accadere è dimenticare. Dovranno essere rapidamente e concretamente affrontati i gravi problemi strutturali e organizzativi venuti tragicamente a galla in questa occasione. Si dovrà far tesoro dell’esperienza vissuta e delle pratiche acquisite per non farsi trovare impreparati di fronte a un’emergenza di questa portata ma ancor prima, per rendere più efficiente la rete dell’emergenza più vicina al territorio.

“L’impegno della nostra Medicina d’Urgenza è stato grandissimo sia a livello di DEA che di Pronto Soccorso. Basti considerare che i numeri delle Sub-intensive sono quadruplicati in Piemonte” conclude la dottoressa Civita. “Il problema del boarding non è solo di oggi. Con la differenza che con la pandemia il lavoro si è moltiplicato dovendo gestire i doppi percorsi e con tempi più lunghi per la gestione delle visite e delle procedure di cura. Tutti i Pronto Soccorso dovranno continuare a farlo e chissà per quanto tempo”, rimarca la dottoressa Civita. “Le competenze sono la base per affrontare qualsiasi tipo di emergenza, anche un maxi afflusso di feriti. Serve quindi investire in formazione”.

Nel tirare le fila il dottor Voza aggiunge che “quello che per esperienza personale mi porto a casa maggiormente da questa situazione, e indipendentemente da COVID-19, è che la contiguità degli spazi a diverse intensità di cura, molto vicini tra di loro e gestiti con un personale unico, è molto funzionale sia in termini di ottimizzazione delle risorse sia in termini di ottimizzazione del percorso clinico del paziente. Questo è molto importante e ►



credo che in futuro per una riflessione da parte di chi dovrà organizzare i dipartimenti di emergenza sarà necessario trarre insegnamento da questa esperienza”.

“È importante una sinergia tra territorio e servizi di emergenza, che sono il fulcro tra ospedale e territorio: è basilare la comunicazione tra tutte le figure professionali e non ultimo il coordinamento con RSA, hospice, servizi sociali, cure primarie, ecc. per ridurre la pressione sugli ospedali. I sistemi informatici vanno potenziati e resi facilmente fruibili per condividere le informazioni cliniche”, aggiunge la dottoressa Fera. Inoltre, vista la scarsa gratificazione anche economica, esiste un problema di reclutamento di personale specialistico e specializzato. “Ricorrere a non specialisti e a medici senza percorsi specifici per l’Emergenza-Urgenza non è la soluzione per evitare la chiusura dei Pronto Soccorso, perché con personale non adeguatamente formato si rischia di creare una pressione ingestibile su tutto il sistema, con un aumento del rischio clinico e una diminuzione della qualità della cura. Bisogna prevedere, oltre all’aumento dei posti nella scuola di specializzazione, la possibilità di ingresso ‘fuori borsa’ ai medici che hanno fatto il corso di emergenza territoriale e che hanno anni di esperienza (e spesso di precariato) alle spalle per incrementare le risorse e migliorare le prestazioni”.

UNA GOVERNANCE UNITARIA, VICINA AL TERRITORIO

Nell’ultimo anno i nostri medici e infermieri d’Emergenza-Urgenza nei Pronto Soccorso, nelle OBI e nelle Unità operative di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d’Urgenza hanno curato oltre 450.000 pazienti COVID-19. L’esperienza derivata da questo immenso lavoro ha permesso risposte rapide e immediate sulla gestione di questa tipologia di malati, contribuendo alla produzione di indicazioni sulla stratificazione del rischio clinico. Tutte le indicazioni sono state condivise e hanno fornito una guida sui percorsi assistenziali più appropriati, sin dalle prime ore della pandemia.

Ma con la pandemia, commenta il Presidente della SIMEU, “sono stati messi in evidenza tutti i limiti di una sanità frazionata, applicata nelle varie realtà da interpretazioni delle norme regionalistiche e spesso aziendalistiche. Di questa politica applicata ha pagato molte conseguenze proprio la Medicina d’Emergenza-Urgenza con una frammentazione tra Pronto Soccorso, Osservazione Breve Intensiva (OBI) e Terapie Sub-intensive di Medicina d’Urgenza”.

Quanto viene richiesto in documento congiunto⁶, sottoscritto da diverse società scientifiche del settore AAROI, EMAC, AcEMC, ANIARTI, COSMEU, SIAARTI, SIEMS, SIET, SIMEU

che riuniscono oltre 30.000 soci in tutto il territorio, è “una governance unitaria del sistema di Emergenza-Urgenza, anche in considerazione del ruolo fondamentale che esso deve interpretare nella gestione di maxiemergenze (epidemiche, ambientali, naturali, ecc.)”. Il documento intersocietario presentato a ottobre dello scorso anno offre ai legislatori delle proposte concrete per il riordino del Sistema Emergenza e Urgenza Territoriale - 118 previsto con il DdL 1715. La direzione da prendere è quella del superamento della frammentazione dei modelli gestionali parcellizzati a livello provinciale o addirittura locale, nel rispetto delle prerogative proprie delle regioni in materia di organizzazione dei rispettivi servizi sanitari regionali, della valorizzazione e qualificazione delle competenze non solo di tutte le figure professionali sanitarie, sia mediche sia infermieristiche, ma anche di quelle tecniche e volontaristiche. Alle Regioni spetta la riorganizzazione del Sistema di Emergenza-Urgenza sanitaria pre-ospedaliero, inteso come parte del sistema di risposta ai bisogni sanitari dei cittadini, che accedono ai servizi attraverso il numero unico dell'emergenza 112. In questo quadro, e in forma integrata, le centrali operative regionali 118 svolgono inoltre (ex DL 34/2020) le funzioni di raccordo con tutti i servizi territoriali. Un altro punto è la definizione di un sistema unico nazionale di monitoraggio della qualità delle prestazioni erogate e del finanziamento del sistema di Emergenza-Urgenza territoriale, che consenta di valutare l'efficacia e l'efficienza dei vari servizi sanitari regionali.

Si pone quindi l'accento su una regia centralizzata per coordinare e organizzare una rete efficiente nella gestione delle emergenze-urgenze, anche al di fuori della pandemia. Per garantire quel diritto alla salute, uguale per tutti, sancito dall'articolo 32 della Costituzione che in situazioni di emergenza si traduce in bisogno a cui dare una risposta tempestiva.

Nota. Marina Civita, Giuseppina Fera e Antonio Voza si sono espressi come rappresentanti della Società Scientifica SIMEU a prescindere dai loro incarichi nella unità operative di Pronto Soccorso e di dipartimenti di Emergenza-Urgenza in cui lavorano.

Bibliografia

1. Remuzzi A, Remuzzi G. *COVID-19 and Italy: what next?*. Lancet 2020; 395: 1225-8.
2. Petrino R, Cibinel GA; *Emergency Medicine Piedmont Working Group (ED Piedmont Directors)*. *COVID-19 outbreak and Emergency Department response in Piedmont region*. Ital J Emerg Med 2020; 9: 112-7.
3. Rapporto SIMEU *Prima Linea COVID-19. Assetto organizzativo gestionale dei PS/DEA nell'ambito di focolaio epidemico o pre-epidemico*. Pubblicato il 6 marzo 2020.
4. Lettera di Salvatore Manca, Presidente nazionale SIMEU, al Presidente del Consiglio dei Ministri Giuseppe Conte e al Ministro della Salute Roberto Speranza. *Cosa lascerà l'emergenza COVID-19. necessario nuovo modello per emergenza e SSN*. 20 aprile 2021. <https://www.simeu.it/w/articoli/leggiArticolo/4036/leggi>
5. Gawande A. *How do we heal medicine?* TED2012, marzo 2012. https://www.ted.com/talks/atul_gawande_how_do_we_heal_medicine
6. Pintaudo S. *Manuale di biocontenimento. Dalla tubercolosi alla COVID-19*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2020.
7. *Proposta di riordino del Sistema di Emergenza e Urgenza Territoriale (SET 118)*. Documento intersocietario AAROI EMAC - AcEMC - ANIARTI – COSMEU SIAARTI - SIEMS - SIET – SIMEU.

NASCE LA FONDAZIONE AMREF – CCM



**Più impatto ed efficienza a tutela della salute
in Africa e in Italia**

Teresa e Silvio Galvagno

Soci fondatori del Comitato Collaborazione Medica CCM

L'unione fa la forza: più assistenza, cure e formazione grazie all'unione di Amref e CCM. Le due Ong che operano da 60 anni in Africa danno vita a un unico soggetto per rispondere, con più forza, ai sempre maggiori bisogni.



“Sono stati 52 anni intensi, dal 1968 anno di fondazione del CCM da parte di un gruppo di medici torinesi ad oggi, che hanno visto un cambiamento profondo nel fare e nell’essere attori della cooperazione internazionale. Sempre guidati da due concetti chiave: l’universalità del diritto a essere curati, anche e soprattutto per le persone più povere e vulnerabili, e lo sguardo orizzontale con le comunità dove operiamo, che si è sempre tradotto in vera collaborazione e nell’impegno a portare la capacità di farcela da soli. L’ultima mia grande soddisfazione come Presidente del Comitato Collaborazione Medica - CCM è la nascita di questa Fondazione, basata su quei concetti chiave da noi sempre sostenuti, primo fra tutti il diritto universale di ogni essere umano alla salute, personale e collettiva” afferma Ugo Marchisio, medico, consigliere della neo Fondazione, sintetizzando le basi valoriali comuni alle due realtà che hanno permesso l’avvio del dialogo e guidato il processo di fusione.

“In Africa i bisogni in salute sono grandi e in aumento già da anni, questa pandemia ha causato un’impennata che richiede sforzi prima inimmaginabili. Per una risposta più forte servono soggetti più “solidi”, per sfide più complesse e cambiamenti a lungo termine.” – spiega Guglielmo Micucci, Direttore di Amref Health Africa Italia e ora alla guida della nuova Fondazione Amref - CCM che al momento della sua costituzione conta circa 60 programmi di sviluppo in Etiopia, Sud Sudan, Kenya, Somalia, Uganda, Senegal e in Italia, uno staff in Italia di circa 50 dipendenti in 5 sedi – Roma, Milano, Padova, Pisa e Torino. “Oggi l’incontro con il CCM porta un rafforzamento delle competenze in ambito sanitario, maggiore presenza nei territori africani e italiani. Aspetti che ci permetteranno di essere più preparati a sfide complesse e a risposte ambiziose.”

MEDICI VOLANTI AMICI DEL CCM

Tra gli anni '80 e '90 Silvio e io lavoravamo in Kenya presso l’ospedale missionario di Sololo. Lì abbiamo conosciuto un piccolo gruppo di medici pilota. Erano i primi Flying Doctors, diventati poi una leggenda in Africa! Con i loro Piper volavano circa una volta al mese alla volta del nostro ospedale. Partivano dal Wilson Airport di Nairobi, atterravano spericolatamente sulla pista accanto all’ospedale, dopo un giro rasoterra per spaventare mucche, capre e cammelli che vi passeggiavano tranquilli. Pantaloni di tela blu consumati e casacca azzurra da pilota, portavano medicine, esiti di biopsie ed esami inviati in capitale, notizie dal mondo con un giornale magari del giorno prima, qualche manciata di verdura fresca che suddividevano fra le varie fermate in programma nel loro giro al nord del Paese. I loro Piper riuscivano ad arrivare in zone inaccessibili in auto e raggiungibili solo con molti giorni di cammino.

Dopo il giro in ospedale e la discussione insieme dei casi più impegnativi, solitamente si fermavano con noi per la cena. Le nostre serate in compagnia dei Flying Doctors terminavano immancabilmente con un sigaro, un caffè e animate discussioni su sanità o politica. La mattina successiva ripartivano presto. A volte ci invitavano a seguirli, nel giro dei dispensari e centri di salute ai confini con Etiopia, Somalia e Sudan. Qui spesso si visitava all’ombra del Piper: controlli, consulti, piccoli interventi. A volte caricavamo qualche malato che necessitava di essere trasportato e curato nella capitale. Erano giornate intense, faticose, senza sosta. Ma la sera, se eravamo fortunati, ci fermavamo alla missione di Loyongalani, in territorio Turkana, dove una piscina formata da acqua calda spontanea ci rinfancava.

In quegli anni abbiamo avuto la fortuna di conoscere e ospitare a Sololo anche Michael Wood, distinto baronetto inglese e ottimo chirurgo, anch’egli pilota, che fondò Amref insieme agli altri medici volanti. Sia noi medici volontari torinesi che avevamo dato vita al CCM, che i medici volanti Amref, praticavamo una medicina “povera”, adatta a quelle situazioni, cercando di portare aiuto nei luoghi più inaccessibili, sperduti e dimenticati. Volevamo raggiungere anche la persona più lontana e in difficoltà, quella che per un motivo o per l’altro non riusciva ad arrivare al dispensario o all’ospedale per ricevere le cure. E Amref inventò e ci insegnò l’“Outreach program”: una volta al mese specialisti chirurgici, oculisti, dentisti, tutti estremamente competenti e alcuni di grande fama, si spostavano nelle zone più remote e visitavano e operavano i pazienti che confluivano dai vari villaggi vicini. Grazie a un ponte radio che collegava anche le postazioni più periferiche e al passaparola dei capi villaggio, le comunità venivano avvisate. Donne, uomini e bambini arrivavano in gran numero, l’attesa durava ore e ore, sotto il sole... ma veniva sempre premiata: nessun medico si fermava prima di aver visitato fino all’ultimo paziente.

Erano giorni impegnativi, ma anche di grande incontro con le comunità e un ottimo aiuto formativo e di aggiornamento per i medici locali, che partecipavano sempre vivendo questi momenti come occasioni di scambio, crescita e gratificazione.

Abbiamo un bellissimo ricordo di quegli anni, ricchi di incontri, dove abbiamo imparato moltissimo. L’idea di farlo nuovamente insieme, con coloro che hanno mosso con noi i primi passi per il diritto alla salute universale, uniti ancora oggi dagli stessi valori di rispetto e di parità, alla ricerca di un’Africa che veda crescere i propri operatori sanitari, ci fa vivere la nascita della nuova Fondazione Amref - CCM come un momento altrettanto indimenticabile.

Continuiamo insieme, per rendere universale il diritto alla salute.



Malattie Rare e COVID-19: una fotografia della situazione

Enrico Fusaro

Coordinatore Commissione Cronicità e Malattie rare

La pandemia ha sconvolto la nostra vita, non lasciando un angolo della terra indenne. Ha sconvolto a maggior ragione la vita di chi portava già il peso di una malattia. La pandemia ha alterato pesantemente l'organizzazione sanitaria e di conseguenza l'offerta di prestazioni e servizi. E tutti noi ne siamo testimoni.

Gli sforzi dell'organizzazione sanitaria si sono inevitabilmente indirizzati sulla necessità di affrontare il contingente, concentrandosi sulla cura dei pazienti affetti dall'infezione e limitando il più possibile l'accesso alle strutture sanitarie se non per situazioni improcrastinabili.

Se da un lato vi era un grave problema di sanità pubblica su cui dovevano essere concentrate le risorse, dall'altro vi era la necessità di evitare concentrazioni di pazienti nelle strutture sanitarie e negli studi dei Medici di Medicina Generale.

Ne è però conseguito un "vuoto" di assistenza per la gran parte delle malattie croniche, ivi comprese le malattie rare.

Questo fenomeno è stato denunciato da Associazioni di tutela dei pazienti, Istituzioni, Ordini professionali, Sindacati e Società scientifiche, che si sono impegnati a segnalare il rischio di una parentesi temporale in cui le diagnosi potevano essere ritardate e i controlli annullati o quantomeno diradati.

Tra le prime iniziative, già nel marzo 2020, c'è stata l'attivazione di un'indagine, promossa dal Centro Nazionale Malattie Rare dell'ISS e da UNIAMO (Federazione Italiana Malattie Rare Onlus) con lo scopo di raccogliere i bisogni delle persone con patologie rare e dei loro caregiver¹.

I risultati forniscono una fotografia delle difficoltà e dei disagi di questa fascia di popolazione particolarmente fragile. Sono significativi alcuni dati: il 52% delle persone che hanno risposto al questionario (1.174) hanno dichiarato di aver rinunciato a terapie ospedaliere per non essere esposti al contagio e il 46% ha riscontrato problemi nella continuità assistenziale o terapeutica legati alla chiusura delle strutture ambulatoriali. Il 52% dei rispondenti ha dichiarato che nella propria zona è attiva la consegna di farmaci a domicilio, ma la percentuale scende al 26% quando si parla di consegna di farmaci ospedalieri. Le difficoltà si sono presentate anche in ambito riabilitativo e solo il 23% era al corrente della sospensione delle terapie riabilitative senza perdita di diritto, così come solo il 31%, era a conoscenza della proroga dei piani terapeutici. Questi dati è verosimile siano migliorati nel tempo in quanto l'indagine riguardava un periodo molto vicino all'inizio della pandemia, ma denota comunque una difficoltà organizzativa, specie, purtroppo, del sistema pubblico.

Oltre alla necessità di mantenere un contatto con i propri riferimenti clinici e la possibilità di accedere



Un fenomeno cui abbiamo assistito è stato il tentativo di limitare la lontananza tra medici curanti e pazienti attraverso il monitoraggio a distanza

ai servizi, tra i bisogni più sentiti vi è stato quello di avere maggiori informazioni sulla propria patologia soprattutto in relazione alla eventuale maggiore suscettibilità al virus SARS-CoV-2, sulle tutele in ambito lavorativo, sulla necessità di un supporto psicologico o di sollievo. Molto frequente anche il bisogno di un sostegno dal medico curante, di sostegno scolastico, riabilitazione domiciliare e la possibilità di avere una scorta adeguata di ausili e il mantenimento dell'abituale assistenza da parte dei propri caregiver. L'indagine ha evidenziato anche un altro importante aspetto, vale a dire la complessità dei bisogni; infatti il 60% dei rispondenti ha dichiarato di avere più di una necessità.

Il Censimento ISS-UNIAMO è stato di stimolo a iniziative e provvedimenti, sia dal punto di vista delle Istituzioni, quali la Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Ministero della Salute, lo stesso ISS e le Regioni, con provvedimenti sulla tutela del lavoro delle persone fragili, attività informative, facilitazioni per i pazienti (una fra tutte la diffusione in tutte le Regioni della proroga dei piani terapeutici), sia da parte del volontariato, in particolare con sportelli ed eventi informativi e con sostegni socio-sanitari.

Un fenomeno cui abbiamo assistito è stato il tentativo di limitare la lontananza tra medici curanti e pazienti attraverso il monitoraggio a distanza. Credo che ognuno di noi ci si sia impegnato, con i mezzi a disposizione e per lo più con il solo contatto telefonico. La diffusione di questi contatti ha riacceso i riflettori sulla telemedicina, modalità di assistenza di cui negli anni scorsi si era parlato molto (le prime Linee di indirizzo del ministero della Salute risalgono al 2012² e facevano riferimento a una comunicazione della Commissione Europea del 2008³, ma che non aveva mai avuto una diffusione, limitandosi a realtà circoscritte o situazioni sperimentali. La telemedicina è vista da molti come un'opportunità nell'assistenza del futuro. Dal punto di vista normativo si sono fatti dei significativi passi avanti, attraverso le *Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina* del 27 ottobre 2020⁴ e, per la Regione Piemonte, le indicazioni contenute in due DGR^{5,6}. In particolare le indicazioni ministeriali inserivano le malattie rare tra le patologie "di maggior ►

rilievo per la governance del SSN”, sia per i pazienti adulti che per i pazienti in età pediatrica ed evolutiva. Certamente la telemedicina è un’opportunità ma non risolverà tutti i problemi del mantenimento della continuità assistenziale, né sarà per tutti. Prendiamo per buoni gli sforzi normativi ma dal punto di vista pratico permangono difficoltà. Da un lato vi sono condizioni cliniche che meglio si prestano di altre a un’assistenza a distanza, dall’altro sono necessarie tecnologie e competenze tecnologiche che non tutti i pazienti o i caregiver possiedono e ancora una volta non vi è uniformità per quanto riguarda le infrastrutture informatiche.

Sul versante delle vaccinazioni, qualche difficoltà interpretativa l’ha data la tabella 1 delle *Raccomandazioni ad interim sui gruppi target dalla vaccinazione anti-SARS-Cov-2/COVID-19* del 10 marzo scorso⁷, nella definizione delle persone estremamente vulnerabili (cui discende, a seconda dei casi, anche la vaccinazione dei caregiver) ma con l’impegno di tutti, istituzioni, associazioni e professionisti, si sono affrontati molti casi singoli anche se non vi è ancora la certezza di avere raggiunto la quasi totalità dei vulnerabili.

Per superare queste difficoltà il 15/03/2021 il Tavolo Interregionale Malattie Rare ha redatto un documento che identifica 115 codici di malattia rara corrispondenti alle Indicazioni Ministeriali. Il documento, che ha visto l’impegno collaborativo di molte Associazioni di Pazienti, è stato recepito da alcune Regioni. L’utilizzo di questo documento va però valutato sulla base dell’andamento della campagna vaccinale. In Regione Piemonte l’attuale diffusione della vaccinazione si è estesa ai soggetti rispondenti alla Tabella 3 delle *Raccomandazioni ad interim sui gruppi target dalla vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19* del 10/3/2021, tabella che individua soggetti da vaccinare secondo aree di patologia e i relativi codici di esenzione, per cui è verosimile che siano stati raggiunti anche pazienti non individuati precedentemente.

L’ultima sfida che abbiamo davanti è il ritorno all’operatività normale. Recuperare le prenotazioni precedenti dopo lunghi periodi di sospensione appare un processo complesso. Per molti servizi specialistici non era stato neppure possibile recuperare le prenotazioni della prima ondata nell’arco di tempo precedente alla seconda, per cui le liste si sono sovrapposte.

L’auspicio è che davanti a queste difficoltà, e per colmare quel “vuoto” assistenziale, più volte denunciato, a danno dei malati cronici in genere e in particolare per quelli affetti da malattie rare, le istituzioni provvedano con investimenti atti non solo al recupero delle liste di attesa, ma anche a un ritorno a un’offerta assistenziale commisurata ai bisogni dei cittadini.

Bibliografia

1. *Censimento dei bisogni (23 marzo - 5 aprile 2020) delle persone con malattie rare in corso di pandemia da SARS-CoV-2. Rapporto ISS COVID-19 n. 39/2020.* https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/rapporti-iss-covid-19-n.-39-2020-censimento-dei-bisogni-23-marzo-5-aprile-2020-delle-persone-con-malattie-rare-in-corso-di-pandemia-da-sars-cov-2.-versione-del-30-maggio-2020 consultato il 17/5/2021
2. Ministero della Salute - *Telemedicina: linee di indirizzo nazionali.* https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf
3. Comunicazione della commissione Europea COM(2008)689 *“Telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società”*, 4 novembre 2008. [https://ec.europa.eu/transparency/documents-register/detail?ref=COM\(2008\)689&lang=it](https://ec.europa.eu/transparency/documents-register/detail?ref=COM(2008)689&lang=it)
4. Ministero della Salute - *Indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni di telemedicina*, 27 ottobre 2020. <http://www.statoregioni.it/media/3221/p-3-csr-rep-n-215-17dic2020.pdf>
5. Regione Piemonte - *Deliberazione della Giunta Regionale 3 Luglio 2020, n. 6-1613.* http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2020/29/attach/dgr_01613_1050_03072020.pdf
6. Regione Piemonte - *Deliberazione della Giunta Regionale 20 novembre 2020, n. 17-2318.* http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2020/49/attach/dgr_02318_1050_20112020.pdf
7. Ministero della Salute - Vaccini anti Covid-19 www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglio-FaqNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=255



ELEMENTI DI NAVIGAZIONE CONSAPEVOLE IN MEDICINA¹

Francesco Del Zotti (1), Claudio Destri (2), Giulio Rigon (3)

(1) *Medicina Generale Verona, Vicepresidente di SicurDott e membro Commissione ICT (Information Communication Technology) della FNOMCeO*

(2) *Cittadino, Presidente di SicurDott (<https://sicurdott.blogspot.com/>)*

(3) *Medicina Generale Verona, membro dell'esecutivo di SicurDott*

In qualità di cultori della Sicurezza in medicina abbiamo sentito il dovere di valutare quali obiettivi consigli dare ai colleghi sulla possibilità non tanto di una navigazione sicura in rete, oggi impossibile, quanto di una *navigazione consapevole*. Per scendere nel concreto abbiamo voluto per prima cosa valutare una raccolta di elementi e consigli pratici, ottenuta dalla lunga frequentazione di ingegneri esperti di sicurezza e delle fonti e siti più qualificati; successivamente abbiamo voluto produrre una sorta di pre-test non-anonimo, di 12 domande, da rivolgere come questionario-pilota a un gruppo di medici, a cui nel contempo è stato chiesto di fornire la propria email per partecipare a un webinar successivo. Hanno risposto al questionario 52 medici di varie Regioni italiane. Il primo webinar è stato offerto, nel dicembre scorso, ai corsisti del Master in Etica, Deontologia e Politica Sanitaria (MEDPOS) organizzato dall'Ordine dei Medici di Torino.

In questo breve articolo analizzeremo alcuni risultati e domande del questionario e faremo una sintesi delle raccomandazioni fornite durante il webinar.

RISULTATI DEL QUESTIONARIO

La Sicurezza della Navigazione in Rete è un campo piuttosto poco battuto dall'aggiornamento medico. E come ci aspettavamo, le risposte sono state il più delle volte una prova di non diffusione di cultura della sicurezza tra i medici e un motivo ulteriore per organizzare il webinar.

Rispetto al punteggio massimo uguale a 12 la mediana è risultata di 3 punti con il 75% uguale a 5: quindi solo il 25% dei rispondenti ha raggiunto il punteggio di 6 o più di 6. Ciò ha fornito un'ulteriore motivazione alla preparazione e partecipazione al webinar. È interessante notare che una collega e un collega sono stati in grado di avere un punteggio 10/12: pur con un test piuttosto ostico, per colleghi probabilmente da tempo fortemente motivati a conoscere questo campo è stato possibile ottenere un ottimo punteggio.

In questi anni sia dall'esterno della Medicina sia dall'interno della professione sono giunte forti pressioni a condividere dati sensibili il più velocemente possibile e con le minori nostre remore possibili; in effetti sia lo Stato, sia le Regioni e le aziende informatiche e telematiche hanno dato una forte spinta al fascicolo e alla dematerializzazione e condivisione dei dati. ▶

Chi desidera ulteriori informazioni sul questionario può scrivere a: delzotti@libero.it

1. Questo articolo sarà anche pubblicato su www.rivistaqq.it



La Sicurezza della Navigazione in Rete è un campo piuttosto poco battuto dall'aggiornamento medico. E come ci aspettavamo, le risposte sono state il più delle volte una prova di non diffusione di cultura della sicurezza tra i medici e un motivo ulteriore per organizzare il webinar

Nessuna di queste importanti entità ha messo l'accento sulla necessità di un progresso che sia rispettoso delle colonne portanti della professione (ad esempio: il segreto professionale) e di un progresso tecnologico che investa in sicurezza oltre che in velocità.

Il paradosso è che, nell'epoca della velocità istantanea della Rete, la sicurezza va a rilento. Pensiamo all'azienda automobilistica, nata nel 1885: le prime vere frizioni apparvero tra il 1899, e nel 1902 il primo freno a disco – ovvero dopo circa 15 anni dalla nascita delle prime auto.

Invece, nel 2021, dopo 40 anni dalla nascita del primo personale computer, e dopo 28 anni dalla nascita, nel 1993, del Web, non sono ancora stati sviluppati efficaci "frizioni" e "freni" della Rete, come dimostrano gli usi impropri di dati sensibili. Per restare ai soli ultimi mesi, basti fare due esempi che coinvolgono pazienti:

- A) nel settembre scorso il primo morto ufficialmente dovuto a hackeraggio di un grande ospedale tedesco²;
- B) nel mese di dicembre '20 emerge lo scandalo che ha colpito Amazon. Dal sito del Guardian³ leggiamo che vi è una class action contro il gigante da parte di acquirenti della telecamera Ring, acquistata per sorvegliare la propria casa. Si tratta di un prodotto con una funzione molto delicata, che non si è rivelato sicuro, anche perché il suo software è stato addirittura incrociato con i tracker (tracciatori) di molte aziende di terze parti. E così molti guardoni, hacker e poco di buono hanno potuto sorvegliare l'intimità delle famiglie. Ad esempio una donna, che aveva comprato questo prodotto per sorvegliare la figlia di 4 anni affetta da crisi convulsive, ha denunciato di aver sentito provenire dalla telecamera una musica derivata da un film horror e di aver poi sentito la voce dell'hacker pronunciare le parole "hello there".

2. https://www.ilmattino.it/primopiano/esteri/ospedale_attacco_hacker_morta_donna_germania_oggi-5470869.html

3. <https://www.theguardian.com/technology/2020/dec/23/amazon-ring-camera-hack-lawsuit-threats>

Commento a un campione di 4 domande del questionario:

I. Vuoi comunicare per messaggistica con un paziente. Quali le DUE App più sicure e indipendenti tra queste quattro seguenti?

Signal; Telegram; WhatsApp; Wire; Viber



Molti hanno avuto difficoltà a rispondere a questa domanda. Sono in pochi a conoscere le due app ritenute più sicure dagli esperti: la più famosa (l'americana Signal) è nota a meno della metà dei rispondenti; ancora meno conosciuta l'europea Wire, nota solo al 15% dei rispondenti.

La comparazione delle varie caratteristiche di sicurezza qualitative è ben visibile in un sito molto articolato e documentato.

Da giorni circola in Rete un'immagine che riassume la lista dei dati raccolti da ogni app durante il funzionamento⁴.

L'immagine è stata realizzata da Forbes per mettere a confronto le Privacy Label di cinque usatissime app di messaggistica istantanea. Il confronto tra queste app è evidente: Signal non raccoglie nulla, a parte il numero di telefono. iMessage di Apple e Telegram raccolgono qual-

che informazione in più, mentre WhatsApp e soprattutto Facebook Messenger raccolgono molti più dati.

Al di là della conoscenza delle app più sicure, emerge un diffuso uso di WhatsApp (WA). Essa è meno sicura delle due citate in precedenza, ma comunque criptata. Il dato più macroscopico è quello della proprietà: è in mano al gigante chiacchierato Facebook che pur non potendo "vedere" i contenuti dei messaggi può incrociare i metadati tra le sue molto usate (anche dai medici) applicazioni: Facebook e Instagram. Non a caso l'Unione europea si è espressa sconsigliando l'uso di WA e consigliando quello di Signal.

II. Durante una visita ambulatoriale cerchi sul web informazioni sul disturbo del paziente. Tra queste risposte quali sono i DUE motori di ricerca che meno ti profilano?

Bing; Duckduckgo; Google; Yahoo; Startpage

Poco più della metà ha indicato correttamente la statunitense Duckduckgo; pochi conoscono l'altra risposta (l'olandese Startpage), che si basa anche sull'uso di proxy. Quello che sarebbe interessante è sapere quanti, al di là della conoscenza di alternative, usano soprattutto o soltanto Google. Vi è nel mondo un uso esagerato del motore di ricerca di Google che ormai da solo supera il 65-70% del traffico totale. Si tratta di un uso rischioso per un medico che lo impieghi per valutazioni riguardanti i pazienti o la sua professione: Google non registra solo le caratteristiche dell'oggetto della ricerca del navigante, ma anche quelle personali. Cosa che non fanno i due motori citati, i quali, al massimo, se abbiamo effettuato ricerche su film ci fanno arrivare pubblicità inerenti all'argomento; ma, per fare un esempio, non fanno mai arrivare al medico possidente che cerca notizie sugli errori medici pubblicità di avvocati costosi o di psicoterapeuti o di prestiti per cause legali.

La nostra esperienza di questi anni è che su Duckduckgo si trova almeno l'80-90% di quel che cerchiamo. Andiamo sul più potente Google meno di una volta su 10. Ci ha confortato in ciò la lettura di un pezzo sul Guardian del 2019⁵ o un altro del 2020 sul New York Times che sostengono prodotti che vadano oltre la mono-cultura googleana. ▶

4. <https://www.massa-critica.it/2021/01/il-confronto-fra-le-privacy-label-di-signal-imessage-telegram-whatsapp-e-facebook-messenger-mostra-i-dati-raccolti-dalle-diverse-app/>

5. <https://www.theguardian.com/technology/askjack/2019/dec/12/duckduckgo-google-search-engine-privacy>

Per le altre due domande che qui esamineremo è meno utile fornire i dati di conoscenza, quanto valutare gli stimoli alla discussione che ne derivano.

III. Una madre, in una chat di gruppo di WhatsApp, chiede consiglio sulla eventuale normalità medica dei genitali del proprio figlio di 18 mesi. Commette reato? Scegliere una sola delle seguenti risposte:

No, non è reato; Reato di pedopornografia; Atti osceni in luogo pubblico

Di primo acchito possiamo solidarizzare con questa madre premurosa che cerca di capire meglio la "normalità" di suo figlio. Ma, durante una riunione della FNOMCeO su questi argomenti, un noto magistrato ci spiegò che tale comportamento può configurare il reato di diffusione di immagini pedo-pornografiche. Ma, al di là del reato, come medici e come cittadini dobbiamo comprendere che la facilità di "socializzare" in pubblico le nostre curiosità e preoccupazioni può essere un danno di immagine per noi adulti e un danno concreto per i nostri minori, che ad esempio possono così più facilmente essere esposti a osservatori perversi. Nell'era della Rete dobbiamo insegnare, quindi, a noi stessi e ai nostri pazienti la virtù antica evocata allo scrittore Jonathan Bazzi; si tratta della "epochè": "Contiamo fino a cento prima di premere il tasto invio"⁶.

IV. La foto di un ragazzo alla Comunione è un dato...? Scegli una sola delle seguenti:

Dato personale; Dato sociale; Dato sensibile; Dato proprietario

Questa domanda è legata a un fatto reale, descritto da vari quotidiani nel maggio del 2020⁷. In Olanda a una nonna è stato ingiunto di togliere la foto del nipote minorenne da Facebook (FB), su richiesta della madre. Alla fine, il giudice ha deciso di multare per 50 euro al giorno la nonna sino a che non avesse tolto la foto. Secondo il GDPR se la nonna avesse tenuto la foto sul suo PC non ci sarebbero stati problemi. Ma la pubblicazione sul social ha cambiato la situazione. Resta la domanda: è un dato personale o sensibile?

La foto e l'età del ragazzo sono dati personali più che sensibili. Ma ciò se astraiano dal contesto. In questo caso si è deciso che fosse un dato sensibile visto che la foto era legata alla Comunione, che è un dato di appartenenza religiosa, e quindi valutato molto sensibile al pari, ad esempio, dei dati medici. Probabilmente si sarebbe verificata, quindi, la stessa situazione se la foto su FB avesse ritratto il ragazzo sorridente in un reparto chirurgico dopo intervento riuscito di "piedi piatti". In ogni caso ancora una volta il giudice ha agito per proteggere il bambino. Nell'articolo di quotidiano citato l'esperto di giurisprudenza della Rete, prof Ziccardi, dichiara: "Ormai molti bambini finiscono sui social fin da piccolissimi e non è affatto detto che sia un bene o che crescendo siano d'accordo". E l'articolista conclude: "Insomma, un domani la causa legale la potrebbero tentare direttamente loro".

RACCOMANDAZIONI

Con questo articolo abbiamo solo l'intenzione di aprire una fessura nel vaso di Pandora della mancata sicurezza nella Medicina in Rete.

Per finire, riassumiamo nella Tabella 1 alcune raccomandazioni fornite durante il webinar, dopo aver commentato il questionario di cui sopra. Il nostro augurio è che esse servano come base per ulteriori valutazioni in Italia del grado di conoscenza e uso di elementi di navigazione sicura.

6. <https://www.editorialedomani.it/idee/commenti/preghiera-del-tutto-umana-per-lanno-nuovo-vagpu6c7>

7. https://www.repubblica.it/tecnologia/social-network/2020/05/22/news/nonna_condannata_a_rimuovere_le_foto_dei_nipoti_dai_social_network-257340173/

Il paradosso è che, nell'epoca della velocità istantanea della Rete, la sicurezza va a rilento

DECALOGO PER UNA NAVIGAZIONE CONSAPEVOLE (TABELLA 1)

- 1. Ogni medico deve approfondire la conoscenza delle tecniche per un uso consapevole e più sicuro della Rete.** E, assieme ai cittadini, deve esigere che la digitalizzazione della sanità si affianchi alle migliori pratiche di uso di sicurezza della Rete, al fine di conservare il più possibile il segreto professionale, base ineliminabile del rapporto fiduciario e della continuità di cura.
- 2. Password:** lunga e articolata; nei siti importanti: uso di password con verifica in due passaggi.
- 3. Web Browser:** per navigare o costruire siti in Rete in maniera sicura come medici dobbiamo scegliere siti con la "s" nel suffisso (https). È piuttosto agevole trasformare, con poche mosse, il proprio sito in un sito di questo tipo. È preferibile scegliere motori di ricerca che diano anche la possibilità, in automatico o con un'"estensione", di evidenziare e bloccare il "fingerprinting". Nel sito di Firefox il fingerprinting è ben spiegato: "è un tipo di tracciamento online più invasivo del normale tracciamento basato sui cookie. Un'impronta digitale viene creata quando un'azienda crea un profilo unico di te in base all'hardware, al software, ai componenti aggiuntivi e persino alle preferenze del tuo computer. Le tue impostazioni come lo schermo che usi, i caratteri installati sul tuo computer e persino la tua scelta di un browser web possono essere utilizzate per creare un'impronta digitale".
- 4. Motori di ricerca:** nell'uso professionale e nell'incontro con il paziente il medico deve usare il più possibile motori di ricerca non-traccianti il comportamento e le condizioni del paziente e dello stesso medico (ad esempio: Duckduckgo; Startpage). Bisogna evitare un equivoco frequente: la navigazione in "anonimo" serve ad anonimizzare, parzialmente, le tracce della navigazione nel proprio PC, ma non comporta l'anonimato della navigazione in rete.
- 5. VPN:** Una navigazione protetta (soprattutto se si usano sistemi "wifi" non personali) può avvalersi di uso di VPN di qualità. Vi sono VPN-software di basso prezzo e facili da adoperare. Bisogna comunque affidarsi ad aziende di una certa accountability, visto il loro delicato ruolo.
- 6. Programmi di posta elettronica:** bisogna avvertire il paziente del fatto che l'uso di posta elettronica non può sostituire la relazione più tradizionale (incontro; telefonata) e che essa comporta rischi non piccoli. Le caselle di posta elettronica abituali non sono criptate, e il provider spesso ha il diritto di leggere il contenuto. Bisogna evitare anche un altro equivoco: la posta "certificata" garantisce l'identità dell'inviante o ricevente, ma non la cifratura del contenuto. Esistono, anche se ancora molto pochi, programmi di posta elettronica con cifratura completa e agevole. I medici devono chiedere alle autorità sanitarie di sviluppare un ecosistema criptato tra operatori, e tra operatori e pazienti, al pari di quanto avvenuto in alcuni Paesi del Nord-Europa.
- 7. Programmi di chat:** in genere la cifratura di questi programmi è garantita. Restano in piedi tutti i caveat indicati nel punto precedente (le email). Molti dei programmi di chat più usati sono fuori dalle regole del GDPR.
- 8. I social network:** per quel che è possibile: rifiutare la richiesta di "amicizia" da parte dei pazienti; o almeno creare diversi profili, di cui uno non-professionale ricordando che l'utilizzo dei social è un po' "mettere in piazza" informazioni e che la non conoscenza delle varie opzioni d'utilizzo può creare problemi non indifferenti per sé stessi o per le persone di cui si "parla" (ad esempio negli USA vi è un fiorire di cause tra ex-amici).
- 9. Contenuto dei messaggi scritti nelle email, chat o social da parte dei medici:** in questi nuovi mezzi ricordare che "scripta manent" per sempre e con diffusione dovunque. Quindi il medico, dopo aver avvisato i pazienti dei rischi di comunicare con questi mezzi, dovrà evitare il più possibile di rispondere con messaggi molto specifici per quel paziente e tanto più con messaggi che possano apparire "giudicanti" o diffamatori.
- 10. Uso del cellulare:** molti dei programmi precedenti vengono usati sul cellulare, che moltiplica i problemi (si è tracciati continuamente e dappertutto). L'attivazione della funzione "posizione" comporta un rischio ulteriore per la relazione medico-paziente. Famoso è il caso di uno psichiatra a cui un paziente mostrò una lista di nomi che gli avevano chiesto "l'amicizia". Lo psichiatra sbiancò: erano tutti suoi clienti. Molto probabilmente lui o il paziente (e anche gli altri pazienti) avevano accesso in studio "la posizione". Tra gli "automatismi comodi" ci sono anche quelli che "tradiscono la riservatezza", anche in app considerate più sicure come Telegram. Lo strumento si chiama "Persone vicine", e trasmette ai server di Telegram la propria posizione per trovare amici nelle vicinanze oppure gruppi di utenti accomunati da interessi geografici, come ad esempio una chat di quartiere. Questa opzione non è attiva per impostazione predefinita ma non poche volte la si attiva per compiacere una compagnia del momento e poi resta attiva per lunghi periodi.

Il design del packaging oltre la pandemia

Chiara Remondino, Paolo Tamborrini



Chiara Remondino, PhD.

La sua ricerca si concentra nell'ambito della comunicazione e visualizzazione di sistemi complessi di dati.

Ha co-fondato l'Innovation Design Lab e dal 2013 collabora alle attività di ricerca legate al packaging design sostenibile.

Paolo Tamborrini è architetto e professore associato di design. Coordinatore del Corso di Studi in Design del Politecnico di Torino; fondatore e responsabile scientifico dell'Innovation Design Lab (www.innovationdesignlab.it).

Il controverso rapporto tra forma e funzione, tra contenuto, contenitore e ambiente, è storia assai antica. Siamo nel 1845, quando l'ufficiale britannico J. Franklin avviò la spedizione volta alla scoperta del discusso passaggio a nord-ovest. Due navi, Erebus e Terror, due navi robuste, equipaggiate, all'avanguardia. All'interno erano presenti derrate alimentari in scatola sufficienti per anni, e per tutto l'equipaggio. La scelta di approvvigionare le navi presso un fornitore al ribasso, però, fu fatale. Le oltre ottomila confezioni ordinate vennero chiuse con saldature al piombo, saldature in seguito definite "rozze e grossolane", al punto che parte del piombo contaminò il cibo, causando la malattia e la morte di praticamente tutto il personale di bordo. Delle due navi, o meglio della scomparsa della spedizione Franklin, ancora oggi poco è dato sapere.

Ma arriviamo ai giorni nostri.

Le restrizioni praticate universalmente, la tensione verso un'igiene mai sufficiente, nonché il bisogno di continue rassicurazioni in ottica di sicurezza e accessibilità, hanno ormai completamente trasformato le nostre abitudini di consumatori, costringendoci alla sanificazione di qualsivoglia prodotto, essenzialmente perché colpevole di provenire dallo scaffale del negozio al dettaglio sotto casa.

Una "distanza di insicurezza". Sì, perché la pandemia ha soprattutto trasformato, in modo repentino e inderogabile, i nostri atteggiamenti nei confronti degli acquisti e la prossemica verso il packaging, rendendoci molto più sensibili non solo a tutti quegli aspetti legati alla salute, ma anche a quelli legati all'approvvigionamento dei generi di prima necessità e alle nuove pratiche di consumo quotidiano. Basti pensare, come emer-

ge dal sondaggio COVID-19 Barometer di Kantar, che ben il 52% delle persone manterrà anche in futuro i comportamenti acquisiti durante il lockdown (tra cui maggior igiene e alimentazione sana); il 66% del campione continuerà a evitare i luoghi affollati tra cui i negozi al dettaglio; e che ben due terzi dei consumatori teme di contrarre il virus dagli imballaggi alimentari e più del 40% utilizza disinfettanti per sanificarli.

Se da un lato la diffusione della pandemia COVID-19 ha sottolineato la fragilità di alcuni sistemi, forse della maggior parte, dall'altro lato ha avuto e continua ad avere il merito di generare opportunità di rimodulazione del modo in cui produciamo, distribuiamo e consumiamo, in ottica di sostenibilità nel breve come nel lungo periodo.

Questo nuovo scenario, da un punto di vista oggettivo e critico, ha aperto nuove opportunità sia per l'industria del packaging che per la disciplina del design in generale. Ha portato alla luce riflessioni necessarie e urgenti, atte a ripensare il sistema packaging andando oltre l'oggetto esteticamente appagante, andando oltre il concetto di "male minore" quale connubio tra convenienza e prestazione. Ha sollevato sfide urgenti lasciando intravedere nuovi interrogativi e possibilità di sviluppo sia nell'affrontare le dinamiche di progettazione che nella definizione di un rinnovato ruolo del progetto e della ricerca.

Questo perché il settore del packaging è uno dei pochi settori che non si è fermato; si è dovuto velocemente riorganizzare, forse nuovamente inventare, ma è stato, nel bene e nel male, uno dei settori chiave di questo difficile periodo storico.

Le tradizionali funzioni del packaging, operativo/prestazionali oltre che comunicative, hanno subito ridefinizioni e revisioni per garantire maggiore sicurezza, altre sono state al centro di un forte dibattito, anche a discapito della questione ambientale, e altre ancora sono emerse spontaneamente per rispondere e disinnescare la paranoia e la confusione legata alla possibilità di contagio attraverso contatti tattili.

Ed è proprio in questo scenario che i concetti di sostenibilità e insostenibilità, di giusto e sbagliato, di urgente e prorogabile hanno subito una riformulazione del loro significato più intrinseco e originale.

Tuttavia, la vera battaglia si stava combattendo fuori dalle mura domestiche. L'aumento delle procedure di sicurezza all'interno degli ospedali si è tradotto in un aumento di imballaggi sanitari e relativi sottoprodotti tra cui blister e packaging monouso. Analogamente, nelle pratiche quotidiane sono aumentate le forniture essenziali di farmaci dedicati alle allergie e alle terapie di lungo periodo dei quali si aveva necessità di fare scorta durante la chiusura. In altri casi, e per altri settori, l'emergenza sanitaria ha attivato sinapsi positive e proattive. Alcune aziende, ad esempio, hanno approfittato dell'aumento delle vendite per investire in materiali plastici riciclati e bio-plastiche, immaginando nel tempo il mantenimento del trend di sanificazione da parte dei consumatori, altre hanno deciso di sostituire i packaging tradizionali con imballaggi in carta, cartone o canna da zucchero, sino ad arrivare alle possibili sperimentazioni nell'ambito dei trattamenti superficiali.

Il prodotto packaging quale protagonista dibattito dell'era pandemica, evidenzia le implicazioni di questo artefatto quale sistema complesso per consentire comportamenti futuri sostenibili e sicuri.

Materiali, soluzioni tecniche, nuove linee di confezionamento, riprogettazione dei formati, re-design delle confezioni: la crisi ha evidenziato che serviranno idee funzionali quanto creative, per conservare, garantire e riposizionare la percezione sia dei prodotti che consumiamo quotidianamente, sia di quelli che sono stati acquistati in maniera straordinaria durante l'emergenza. In questo scenario, indagare il packaging come sistema complesso richiederà, con sempre maggior urgenza, la collaborazione e la mediazione di competenze diverse anche in ambito medicale, soprattutto in questo momento, per aprire – finalmente – un nuovo dialogo tra forma e funzione, ampliando così lo spazio d'azione tra ricerca e progettazione. Un dialogo in grado di offrire inedite opportunità per una nuova attenzione alle persone.

L'umanizzazione pittorica dei luoghi di cura

Come capire qual è il **colore** che “cura”

di Sally Galotti - *Healthcare Designer*
(redattrice Tiziana Marchesi)

La mia professione di designer in ambito sanitario iniziò nel 1997, grazie all'incontro con Mino Damato, in occasione dei lavori di ristrutturazione della clinica Victor Babes a Bucarest, dedicata a ospitare bambini sieropositivi abbandonati; come illustratrice per la Walt Disney Company, animatrice e cartoonist nel mondo della pubblicità e della televisione, ero abituata a calarmi nel mondo immaginativo dei bambini ma non ero mai entrata in contatto, prima di allora, con la sofferenza fisica e psicologica di chi ha poche aspettative di vita, in una condizione di dolore aggravata dalla solitudine: il 99% dei bambini erano orfani e come se non bastasse, avevano trascorso la maggior parte della loro esistenza dentro un ospedale, senza conoscere il mondo esterno. Per rispondere alla richiesta di illustrare alcune pareti della clinica, mi sono trovata a domandarmi quali fossero le immagini e i colori da scegliere per ottenere una qualità affettiva di ambienti pediatrici destinati a contenere diverse situazioni di criticità clinica¹. Come illustratrice professionista, conoscevo il grande valore delle immagini e quali effetti potessero avere sulle persone; è stato dunque istintivo per me appoggiarmi alle competenze in psicologia della comunicazione e, focalizzati gli obiettivi del contesto sanitario, intraprendere un cammino di ricerca per acquisire gli strumenti necessari a elaborare immagini corrette, che potessero essere d'aiuto alle persone nel disagio: è nato così il mio lavoro di Healthcare Design, destinato a diventare il progetto di una vita.

Mi è apparso chiaro fin dall'inizio che mi trovavo in un campo nuovo, senza testi letterari a cui attingere per avere informazioni scientifiche, tecniche e teoriche; tuttavia, il vivere nelle corsie mi aveva resa consapevole dell'importanza del mio ruolo, poiché tutto mi portava a comprendere che un ambiente adeguatamente predisposto sarebbe potuto diventare la parte olistica della “cura”.

Inizialmente, ho attinto le idee per i colori e i disegni dallo stretto contatto con i primari dei reparti, i bambini ospedalizzati, gli infermieri e tutto il personale sanitario ma successivamente ho sentito la necessità di condividere le mie esperienze con il dipartimento di Psicologia dell'Università Alma Mater Studiorum di Bologna, per maturare competenze più approfondite e dare un valore scientifico al mio operato. Da questo affiancamento è nato il sistema di Umanizzazione Pittorica®, termine conia-

1. Secondo W.H. Ittelson, uno dei fondatori degli studi in questo campo, il primo livello di risposta delle persone verso gli ambienti è quello affettivo: esso dirige e influenza le relazioni successive con gli ambienti stessi. (*Environment and Cognition*, Academic Press, New York, 1973).

to con l'Università di Bologna per descrivere l'intervento di riqualificazione dell'ambiente ospedaliero al fine di renderlo più accogliente, dando alla parola "accogliente" la più ampia sfera di significato, che racchiude tutto il vissuto emozionale del paziente durante il percorso di cura².

Molti studi (Pendleton, 1983³; Mosconi, Groth, 2002⁴) hanno sottolineato che un buon livello di soddisfazione dei pazienti e del personale medico sanitario in ambito ospedaliero è strettamente connesso con la modalità di comunicazione fra il paziente e il medico; per questo motivo, umanizzare un ambiente sanitario attraverso interventi pittorici non vuol dire illustrare a caso le pareti dei reparti al solo scopo di renderli migliori ma significa studiare molto attentamente una strategia di comunicazione che faciliti il processo di alleanza terapeutica tra medici e degenti, condizione indispensabile a favorire una migliore qualità della vita del paziente e della sua famiglia, nel percorso verso l'obiettivo della guarigione⁵. Ogni reparto va dunque valutato nelle sue specifiche caratteristiche ed esigenze, per non rischiare di cadere in grossi errori che potrebbero perfino ostacolare il processo di cura. Per fare alcuni esempi, nel caso di pazienti oncologici in età pediatrica, l'ospedalizzazione è vissuta dai bambini con ripercussioni importanti sulla vitalità generale; in questa tipologia di reparti è dunque necessario che i colori siano sussurrati: i tre colori primari vanno reinterpretati con cromatiche brillanti ma utilizzando mezzi toni rilassanti, non eccessivamente animati, che inducano distensione e favoriscano l'attenuarsi del vissuto doloroso del paziente; al contrario, nei reparti di breve degenza si è dimostrato più utile decorare le stanze e gli spazi comuni in modo molto attraente e vivace, per invitare il paziente a deambulare lungo i corridoi e favorirne una ripresa più veloce, aiutandolo anche a ridurre i tempi di degenza. Occorre quindi avere sempre presenti le necessità legate a ogni tipo di ospedalizzazione. In linea generale, nei reparti in cui le persone vivono uno stato di sofferenza elevato, come ad esempio le Terapie Intensive, dove anche il personale medico sanitario si trova in una condizione di forte stress legato al costante stato di allerta, non è positivo un ambiente eccessivamente colorato ma occorre privilegiare elementi e colori che richiamino un vissuto emotivo di calma e distensione, meglio se ispirati a elementi della natura⁶. Lo stesso discorso vale per le aree

-
2. Nel 1973 Robertson (Robertson J., (1973), *Bambini in Ospedale*, Feltrinelli, Milano) fu il primo a parlare di "umanizzazione" dell'assistenza ai piccoli pazienti in ospedale, favorendo la nascita di strategie organizzative che sostenessero il processo di cura e stimolando successive ricerche che hanno portato la medicina da una concezione di "medicina fisica", che considerava la malattia e la terapia in un rapporto causale, a una medicina più umanizzata, che considera l'ospedale non come luogo in cui "ospitare" ma come luogo in cui "prendersi cura del paziente" (Gaddini De Benedetti R. (1984), *Dal Biologico al Mentale*, Lombardo, Roma).
 3. Pendleton D. (1983), *Doctor-Patient Communication*, Academic Press, New York.
 4. Mosconi P., Groth N. e coll. (2002), La soddisfazione del paziente, *Effective Health Care* (ed. italiana), 5, pagg. 1-4.
 5. La percezione della qualità affettiva degli ambienti di Unità Pediatrica da parte dei parenti dei bambini ospedalizzati, oltre che dei bambini stessi, è stata oggetto della ricerca scientifica condotta dall'Università di Bologna all'interno dei reparti umanizzati dell'Ospedale Bufalini di Cesena nel 2012. Questi studi hanno evidenziato come una percezione positiva dell'ambiente possa contribuire ad abbassare i livelli di stress anche nelle famiglie dei pazienti, favorendo un decorso più sereno delle degenze e degli interventi di cura. (Monti F., Agostini F., Dellabartola S., Neri E., Bozivic L., Pocecco M. (2012), *Pictorial intervention in a pediatric hospital environment: Effects on parental affective perception of the unit*, in "Journal of Environmental Psychology", n. 32, pp. 216-224).
 6. Alcuni studi sottolineano l'impatto positivo di immagini raffiguranti paesaggi o ambienti naturali in situazioni di forte stress emotivo, di disagio e di malattia (Sternberg, E. (2009). *Healing spaces: The science of place and well-being*. Cambridge, MA: Harvard University Press; Ulrich, R. S. (1981). *Natural versus urban scenes: Some psychophysiological effects*. Environment and Behavior, 13, 523-556; Van den Berg, A., Koole, S. L., & Van der Wulp, N. Y. (2003). *Environmental preference and restoration: (How) are they related?* Journal of Environmental Psychology, 23, 135e146). Per una bibliografia più completa sull'argomento, si rimanda allo studio di Monti et. al (2012), ibidem, pp.222-224.

focus labirinti della Salute



Oncoematologia pediatrica, Rimini, interno stanza



Ospedale Santobono Pausillipon Napoli



Ospedale Bufalini Cesena, corridoio

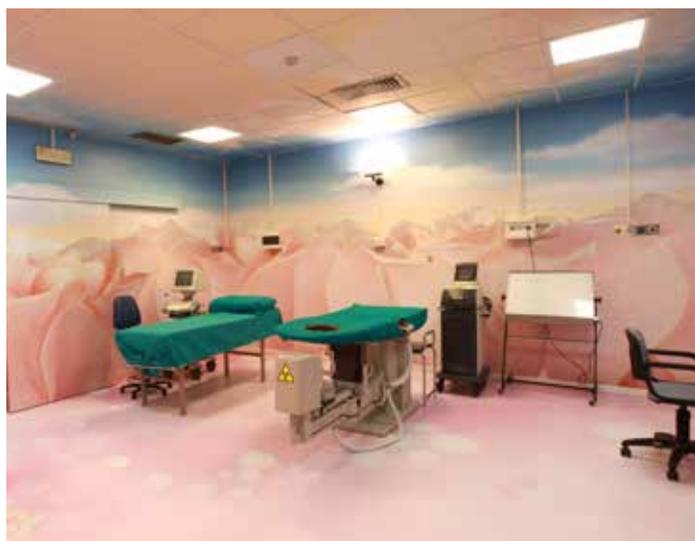


Sala giochi Sant'Orsola Bologna

TIN Rimini



RMN Bari



Radiologia Senologica Mangiagalli Milano



Fibrosi Cistica Ospedale Infermi Cesena



**Centro Bambi
Regina Margherita Torino**

dedicate agli esami diagnostici, in cui lo stato psicologico del paziente può essere altamente turbato ed è necessario abbassare i livelli di ansia o di paura, specialmente nei bambini; in questi contesti, si è constatato che interventi pittorici mirati sui macchinari di risonanza magnetica, per trasformarli in oggetti che ricordino il gioco, permettono di ridurre in modo significativo il ricorso a sedazione nei piccoli pazienti, con il doppio vantaggio di evitare il sovraccarico di medicinali in organismi già debilitati dalle molte terapie e migliorare il vissuto psicologico in questa specifica situazione. La ricerca scientifica condotta dall'Università di Bologna presso l'Unità Ospedaliera di Radiologia Senologica Mangiagalli di Milano ha mostrato come l'Umanizzazione pittorica dell'ambiente "possa rappresentare un'utile tecnica per migliorare l'accoglienza negli ambienti ospedalieri, riducendo gli effetti negativi del sottoporsi a esami medici"⁷. In questo contesto, in cui c'è un vissuto altamente stressante per la donna, poiché l'esame cui si sottopone può diagnosticare la presenza di carcinoma mammario, l'impatto positivo dell'intervento di umanizzazione sulla valutazione della percezione affettiva dell'ambiente da parte delle donne ha indicato come un ambiente più accogliente possa influire positivamente sulla sensazione di "sentirsi prese in cura", favorendo anche l'instaurarsi di una relazione di fiducia con gli operatori, nonché migliorando parzialmente il vissuto di stress psicologico. In questo caso, era compito del designer tenere in considerazione l'estrema delicatezza di questo specifico momento diagnostico, che andava accolto con molta sensibilità, offrendo un ambiente che non rischiasse di risultare offensivo per l'emotività delle donne con elementi troppo vivaci, che sarebbero risultati inadeguati.

L'attenzione alle necessità di ogni singolo contesto è sempre di estrema importanza per ottenere risultati validi a sostenere il percorso di cura e occorre analizzarne di volta in volta tutti gli aspetti specifici, perché ogni patologia ha esigenze diverse. L'esperienza nei reparti dedicati alla fibrosi cistica offre un importante spunto di riflessione, poiché grazie all'allungamento delle aspettative di vita dei piccoli pazienti fino a tarda età, si tratta di ambienti che accolgono utenze molto diversificate, che vanno dall'età pediatrica ai giovani adolescenti fino agli adulti, che ritornano negli anni per effettuare le terapie. In questi casi, occorre decorare le pareti dei corridoi facendo attenzione a non inserire elementi troppo attrattivi fino ad "altezza bambino", per evitare che i pazienti immunodepressi siano portati a toccare le pareti, alimentando rischi di contagio; è inoltre importante considerare l'aspetto psicologico dei "giovani adulti", affinché non avvertano il disagio legato a un ambiente troppo infantile⁸, nel quale non potrebbero riconoscersi e che aumenterebbe la sofferenza già presente per la condizione di diversità rispetto ai coetanei sani.

Grande attenzione va posta anche alle proporzioni dei soggetti raccontati sui muri, che non devono correre il rischio di diventare possibili feticci di tutte le paure di un bambino.

In presenza di sofferenza fisica e psicologica, un ruolo importante è rivestito dal momento dell'accoglienza nella struttura ospedaliera e un ambiente appositamente studiato può fare la differenza. Un esempio calzante è offerto dagli spazi del Centro Bambi - Pediatria d'Urgenza dell'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino, dedicato all'accoglienza di minori abusati e maltrattati, i cui ambienti sono stati umanizzati nel 2020. In un contesto come questo, il momento di accesso del bambino con un sospetto di maltrattamento o abuso presso l'ambulatorio è un momento delicatissimo, da diversi punti di vista. La cornice in cui avviene l'incontro deve essere sia contenitiva delle angosce e dei vissuti del bambino, sia sufficientemente accogliente per favorire l'emergere della sua vita interiore; per tali motivi gli ambienti dell'attesa e del dialogo con il personale diventano quello spazio relazionale in cui è possibile essere ascoltati in una situazione di tranquillità e di fiducia negli adulti, per permettere alla sofferenza di manifestarsi. L'intervento di Umanizzazione pittorica doveva quindi

7. Cit.: Agotini F., Neri E., Sfondrini M.S., Pedilarco S., Galotti S., Monti F., Minelli M., *Percezione delle qualità affettive ambientali e livello di stress in Radiologia Senologica: effetto di un intervento di umanizzazione pittorica*, in "Psicologia della salute", n. 3, Franco Angeli, 2018, pag. 95.

8. Blumberg R., & Devlin, A. S. (2006). *Design issues in hospitals: The adolescent client*. Environment and Behavior, 38, 293-317.

rispettare la funzione di questo luogo, per accompagnare e sostenere le emozioni dei minori e degli operatori socio-sanitari, utilizzando colori sommessi e immagini poco invadenti, che non contaminassero in alcun modo l'esplicitarsi del vissuto dei minori ma che lo favorissero senza porvi ostacoli. In conclusione, possiamo ricordare che già nel 1986 l'OMS aveva definito la salute come uno stato di benessere che deriva dall'equilibrio tra fattori fisici, psichici, sociali e ambientali⁹; in quest'ottica, il miglioramento delle caratteristiche degli ambienti di cura rappresenta un argomento di crescente interesse scientifico e clinico e molti sono i campi di applicazione che necessitano di essere considerati in modo adeguato. Per questo motivo, verrà presto realizzato un testo che tratti il tema l'Umanizzazione Pittorica® in sinergia con il Dipartimento di Psicologia di Bologna, in cui verranno rivisitati gli *abstract* delle diverse ricerche scientifiche, le testimonianze dei medici e dei pazienti insieme all'esperienza diretta del designer, per fornire utili strumenti in nuovi ambiti di applicazione.

Studi scientifici su ambienti ospedalieri riqualificati da interventi di Umanizzazione pittorica®, realizzati con questionari su campioni significativi di utenti, prima e dopo le installazioni.

Unità pediatrica ospedale Bufalini, Cesena:

Monti F., Agostini F., Dellabartola S., Neri E., Bozievic L., Pocecco M. (2012), *Pictorial intervention in a pediatric hospital environment: Effects on parental affective perception of the unit*, in "Journal of Environmental Psychology", n. 32, pp. 216-224.

Journal homepage: www.elsevier.com/locate/jep

Radiologia senologica, Ospedale Mangiagalli, Milano:

Agostini F., Neri E., Sfondrini M.S., Pedlarco S., Galotti S., Monti F., Minelli M. (2018), *Percezione delle qualità affettive ambientali e livello di stress in Radiologia Senologica: effetto di un intervento di umanizzazione pittorica*, in "Psicologia della salute", n. 3, Franco Angeli, pp. 95-113.

9. OMS (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Canadian Journal of Public Health, 77(6): 425-430.

Salute allo specchio: il turbante per educare alla bellezza nella malattia oncologica

A cura di Lara Frassine

Dott.ssa Lara Frassine

*Collabora con il corso di educazione degli adulti e degli anziani
(Prof.ssa Micaela Castiglioni), Università di Milano Bicocca,
dipartimento di scienze umane per la formazione "Riccardo Massa".*

*Si occupa di educativa domiciliare e
di riduzione del danno nell'ambito delle tossicodipendenze.*

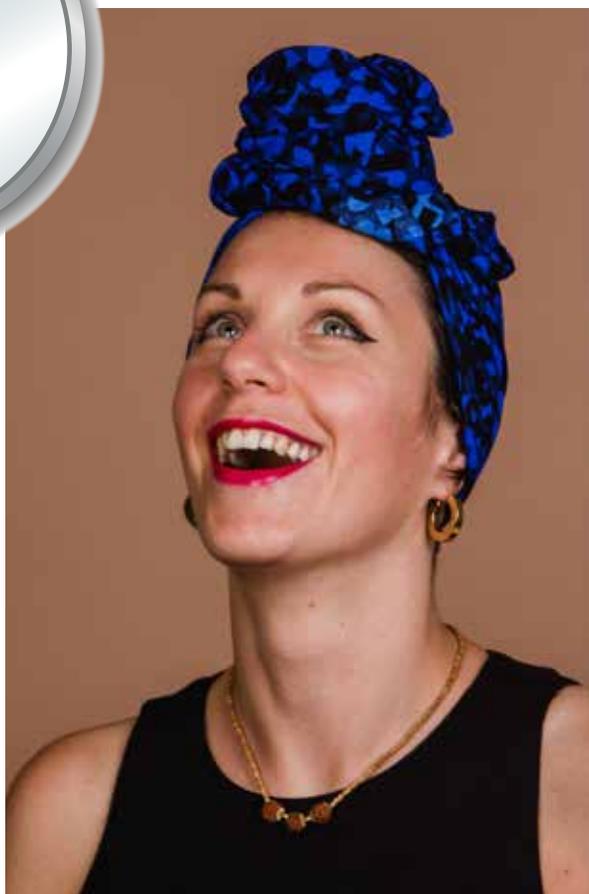
La bellezza, nelle storie di malattia oncologica, acquisisce una nuova declinazione: è bellezza di ritrovarsi, di ritrovare se stessi in un corpo modificato e stravolto dalla malattia, un corpo che a volte si fatica a riconoscere

I trattamenti antitumorali causano notevoli cambiamenti nel corpo; uno dei più evidenti, e spesso difficile da sopportare, è la perdita dei capelli.

La mancanza dei capelli è una caratteristica che costantemente rimanda alla malattia; il soggetto è messo bruscamente di fronte al cancro e a un corpo stravolto nel quale non si riconosce più. È proprio qui che entrano in gioco la bellezza e il turbante.

La bellezza, nelle storie di malattia oncologica, acquisisce una nuova declinazione: è bellezza di ritrovarsi, di ritrovare se stessi in un corpo modificato e stravolto dalla malattia, un corpo che a volte si fatica a riconoscere. Si tratta di una bellezza in grado di ascoltare i messaggi che il corpo manda e di farne tesoro, di rispondervi con cura e amore. È una bellezza che parla di una ri-scoperta continua. Georges Vigarello ci suggerisce che: "Essere bello o bella non significa più somigliare a qualcosa o a qualcuno ma sentirsi bene nel proprio corpo [...] e in armonia con il proprio corpo"¹. In questa concezione pedagogica della bellezza come strumento di significazione identitaria il turbante si rivela estremamente efficace grazie alla sua versatilità. La storia antropologica del turbante, le diverse valenze che ha acquisito e continua ad acquisire nelle varie culture e nei vari contesti che incontra, ci raccontano che il turbante permette micro cambiamenti continui, permette al soggetto di trovare il suo particolare modo di indossarlo. È infatti possibile fare turbanti molto diversi tra di loro con uno stesso tessuto, ma al tempo stesso possono essere utilizzati una grandissima varietà di tessuti per farsi un turbante. Il turbante quindi permette di seguire i microcambiamenti quotidiani che parlano della storia di vita del soggetto e che gli danno sempre colori e

1. Vigarello Georges, *Storia della bellezza: il corpo e l'arte di abbellirsi dal Rinascimento a oggi*, Donzelli editore, Roma, 2007, P. 260



forme nuove. Il soggetto, tramite questi strumenti, ha la possibilità di rivivere la propria condizione di malattia, dandole significati nuovi e permettendo a se stesso di ritrovarsi passo dopo passo, nella propria storia.

La versatilità del turbante permette un adattamento specifico alle caratteristiche personali ma non solo: permette anche di seguire il percorso che il soggetto sta svolgendo. Il turbante si rivela quindi in grado di far emergere la storia del soggetto che lo indossa e questo fa sì che diventi, anche, strumento di narrazione, elemento fondamentale nelle storie di malattia. Come ci ricorda Castiglioni, infatti: "L'esternalizzazione della vicenda di malattia tramite il racconto – non necessariamente soltanto in forma scritta – sia a se stesso, tra sé e sé, sia a coloro che il paziente considera i personali di riferimento emotivamente significativi, può costituire un aiuto lungo il possibile percorso di ri-elaborazione, ri-significazione e interiorizzazione bonificata dei vissuti di malattia"². La narrazione permessa dal turbante è una narrazione delicata; il turbante si prende cura della testa nuda senza capelli, la protegge, ma, allo stesso tempo, le dà nuova

vita. Una delle ragazze che ho avuto la fortuna di incontrare mi ha raccontato: "Le persone mi hanno sempre guardato con una punta di curiosità, no? E non come una certezza, non capivano quanto io fossi un personaggio o quanto io fossi una persona malata". Le parole che questa ragazza, dolcemente, ci ha donato, ci parlano di come il turbante le abbia permesso di mostrarsi non solo per la sua malattia ma anche, se non soprattutto, per il suo essere Donna.

È il soggetto quindi che sceglie cosa narrare e acquisisce una posizione attiva nella narrazione della sua storia. La malattia stravolge completamente la vita del soggetto, irrompe in modo violento portando con sé la paura della morte. Da un momento all'altro l'individuo sente che la sua stessa vita subisce un attacco e in tutto questo lui rimane un passivo spettatore. È necessario quindi un atto di intenzionalità da parte del soggetto, il quale deve prendere la situazione in mano, diventare protagonista non solo della propria storia di malattia ma anche della propria storia di vita. In questa lotta il turbante e la bellezza si rivelano strumenti per combattere e per mettere in atto strategie resilienti. Il turbante non ha paura di apparire in tutto il suo splendore e i suoi colori, chi lo indossa ha la capacità di rubare la scena, di proiettare su di sé l'attenzione della gente ed è un'attenzione che non ha a che fare con l'immagine della malattia, ma che è strettamente legata all'immagine di una donna forte e sicura. A questo proposito voglio ricordare la meravigliosa immagine che una ragazza mi ha donato: il turbante come una corona in grado di dare una posizione regale, unica e speciale, in grado di dare nuova vita e nuova luce alla donna che lo indossa e di mostrare tutta la sua bellezza nonostante la malattia e i cambiamenti che questa ha portato; proprio come una corona per la sua regina.

Ci tengo a concludere dicendo che dietro a questo progetto ci sono incontri, sguardi, sorrisi, uomini e donne, soprattutto donne, donne a cui devo tutto il mio lavoro e a cui tutto questo è dedicato. Tra tutte mia nonna, che con la sua storia mi ha regalato l'idea per la mia tesi, e Micaela Castiglioni, la mia relattrice che con le sue parole si è presa cura di me e del mio lavoro. Questo lavoro di tesi mi ha inoltre donato la possibilità di incontrare il progetto "Salute allo specchio" che nasce nel 2013 dalla volontà di un gruppo di psicologi clinici e di ginecologi dell'ospedale San Raffaele di Milano e dell'Università Vita-Salute San Raffaele. Importante anche il dialogo e il confronto con Francesca che ho conosciuto durante la stesura della mia tesi e che ora, con il suo progetto Illumina, insegna alle pazienti oncologiche come indossare i turbanti.

2. Castiglioni M., "Le pratiche di cura e il contesto medico-sanitario" in Demetrio D., *Educare è narrare*, Mimesis edizioni, Milano, 2012, P. 125

L'Oncologia contemporanea in area pediatrica: innovazione e umanizzazione

A cura di Rosa Revellino

Intervista alla Prof.ssa Franca Fagioli

Direttore Oncologia Pediatrica "Regina Margherita",

Direttore Rete Oncoematologica pediatrica del Piemonte e Valle d'Aosta e

Direttore facente funzione Rete Oncologica Piemonte e Valle D'Aosta.



Cosa è cambiato nell'oncologia pediatrica negli ultimi 10 anni dal punto di vista della comunicazione della diagnosi e della cura?

Grazie alla ricerca biologica e clinica e all'uso di protocolli cooperativi nazionali e internazionali sempre più efficaci, la probabilità di guarigione in oncoematologia pediatrica che negli anni '70 era inferiore al 40% supera attualmente l'80%. Stiamo attraversando un'era caratterizzata dal fervido sviluppo di nuove molecole, guidata dalle più recenti conoscenze sulle basi molecolari della patologia tumorale e sempre più indirizzata a colpire selettivamente i più rilevanti target intra/extracellulari. È infatti fondamentale approfondire gli aspetti biomolecolari (genomici, proteomici, metabolomici) caratteristici dei tumori pediatrici per poter sviluppare nuove strategie terapeutiche, mirate a colpire uno specifico meccanismo d'azione o alterazioni caratteristiche di ogni singolo paziente in modo da utilizzare terapie sempre più personalizzate e con profili di tossicità ridotti.

Di pari passo anche la comunicazione della diagnosi è profondamente cambiata e risulta fondamentale per la presa in carico globale del paziente e della sua famiglia. Una delle principali innovazioni è quella che riguarda la multidisciplinarietà che fornisce oltre che risposte ai quesiti clinici anche supporto emotivo, guida e comprensione. La relazione instaurata è di fondamentale importanza per la presa in carico dei bisogni del paziente e per favorire l'adesione al trattamento.



Dal punto di vista comunicativo, la triangolazione che si immagina – paziente, genitore, medico – fino a che età è realistica e quando il rapporto con il piccolo paziente prende il sopravvento?

La comunicazione con il paziente pediatrico è sempre mediata dalla presenza del genitore o di un adulto di riferimento e deve essere sempre soppesata in base alle caratteristiche del bambino e alle sue esperienze. Gli stadi di sviluppo delle capacità di pensiero del bambino influiscono direttamente sulla comprensione di concetti quali malattia, dolore e terapie, condizionando il processo comunicativo, che dovrebbe svolgersi con spiegazioni di complessità crescente all'aumentare dell'età. Ad esempio, fino ai 6 anni circa, la comunicazione dovrebbe focalizzarsi esclusivamente su aspetti pratici e un canale molto

utile può essere quello del gioco. I bambini di questa età sono molto vulnerabili e tendono a colpevolizzarsi per la malattia ed è quindi fondamentale che i sanitari favoriscano in tutti i modi la vicinanza con il genitore, che svolge un ruolo rassicurante e di contenimento per ansie e paure. In questa fase è molto importante cercare di tranquillizzarli, spiegando loro che cosa sta succedendo e preparandoli alle procedure, aiutandoli a capire che possono avere un ruolo attivo nelle cure e nel processo di guarigione. È solo dopo i 10 anni che il ragazzino raggiunge un livello di comprensione della malattia molto simile a quello dell'adulto. Da quell'età in avanti (minore maturo) possono partecipare appieno al processo delle cure, essere direttamente coinvolti nell'acquisizione del consenso informato. Verità, trasparenza e chiarezza nella comunicazione con il paziente pediatrico sono quindi sempre i presupposti fondamentali non solo per una relazione di accettazione e fiducia genitore, medico-paziente, ma anche per sostenere il paziente, il più delle volte adolescente, di fronte a eventuali crisi e difficoltà.



Secondo lei la mediazione della comunicazione attraverso i genitori è un elemento positivo o negativo e in che misura?

La mediazione dei genitori o degli adulti di riferimento durante la comunicazione è un elemento fondamentale. Questo non vuol dire che al paziente verranno nascoste o falsate le informazioni, ma che verranno filtrate attraverso l'aiuto dei genitori a cui i bambini fanno riferimento per il contenimento delle paure. Per tale motivo il modello vincente è senza dubbio quello di parlare in prima istanza ai genitori, insieme allo psicologo di riferimento, al fine di contenere le loro ansie rispondendo a tutti i diversi possibili quesiti usando un linguaggio semplice, comprensibile, adatto al livello socio-culturale ►



Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche

A.M.I.A.R. – TORINO

www.agopuntura.to.it

SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO IN AGOPUNTURA

Direttore: Dott.ssa Tiziana Pedrali

Coordinatore scientifico: dott. Giovanni Battista Allais

Coordinatore didattico: dott. Giuseppe Lupi

La Scuola di Perfezionamento in Agopuntura C.S.T.N.F. con D.D. n° 288 del 3 maggio 2017 è stata **inserita nell'elenco regionale degli Istituti pubblici e privati accreditati per la formazione nelle Medicine non Convenzionali**, come previsto dalla DGR n° 19-4764 del 13/03/2017.

La Scuola, attiva dal 1978, che da dicembre inizierà il suo 44° anno di attività, è **abilitata**, quindi, a rilasciare ai medici diplomati un **attestato per l'iscrizione negli elenchi degli esperti in Agopuntura depositati presso gli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri di tutt'Italia**, avendo l'accreditamento valenza nazionale. L'attestato è equipollente a quello di un Master Universitario con pari monte-ore.

In virtù dell'accreditamento, gli iscritti avranno diritto all'**esonero dai previsti crediti ECM annuali**.

Il **programma** didattico sviluppa gli aspetti tradizionali e scientifici dell'Agopuntura attraverso un **corso triennale composto da 500 ore di lezioni teorico-pratiche**. Il monte-ore è composto da: 400 ore di lezioni teoriche, 50 ore di esercitazioni pratiche e 50 ore di pratica clinica in regime di tutoraggio presso **5 ambulatori pubblici convenzionati con il CSTNF per la didattica e la ricerca scientifica**.

Il CSTNF è convenzionato con l'**Università di Medicina Tradizionale Cinese di Nanchino** per l'organizzazione di Masters di pratica clinica, lo scambio di docenti e la ricerca scientifica. Dal 2019 ha iniziato la collaborazione con la **ZCMU (Zhejiang Chinese Medical University) di Hangzhou**.

Tutti i diplomati sono inseriti nel **Registro dei Medici Agopuntori F.I.S.A. (Federazione Italiana delle Società di Agopuntura)**, consultabile sull'app *MyAgopuntura*.

In qualità di **Provider ECM n° 820** il C.S.T.N.F. ha finora organizzato **218 edizioni** di eventi ECM.

della famiglia a cui si sta parlando. Inoltre ai genitori deve essere spiegato che, anche se non sarà comunicato subito al bambino il nome esatto della malattia nel rispetto dei suoi tempi, non gli verranno mai dette bugie. Una comunicazione completa, ma soprattutto realistica e veritiera consentirà ai sanitari di offrire un supporto alla genitorialità stabilendo una buona alleanza con i genitori stessi e aiutandoli nel processo di comprensione e accettazione della nuova situazione.



Nell'ambito dell'oncologia pediatrica il peso dello stigma e del pregiudizio è senza dubbio più forte e doloroso. Secondo lei si è modificato qualcosa negli ultimi anni? Dal punto di vista culturale, da quello delle famiglie coinvolte in questo percorso? In ambito scolastico lo stigma provoca dei disagi che voi oncologi potete registrare, specie in età adolescenziale?

Negli ultimi anni molto è stato fatto per superare lo stigma e il pregiudizio nell'ambito dell'oncologia pediatrica.

Questo è stato possibile grazie soprattutto ai progetti educativi che insieme alle Fondazioni e alle Associazioni che da sempre ci sostengono abbiamo messo in atto per i giovani e i cittadini in generale. Le campagne di informazione aiutano i bambini e gli adolescenti ad avvicinarsi e comprendere le esperienze vissute dai coetanei colpiti dal tumore (attraverso ad esempio racconti, scritti, video) facilitando un atteggiamento empatico che sarà di supporto nel momento in cui il guarito riprende le sue normali attività scolastiche e relazionali e ha bisogno di accettazione e comprensione piuttosto che isolamento e pregiudizio.

Quando pensiamo a una possibile attività per i giovani, partiamo sempre dal presupposto che un cittadino informato è un cittadino più consapevole delle proprie scelte e quindi più libero. E in questa ottica i giovani sono per noi un interlocutore irrinunciabile.



Come potremmo descrivere con una parola chiave l'oncologia pediatrica contemporanea?

Una non basta ne servono almeno due: innovazione e umanizzazione. Non esiste progresso scientifico in termini di eccellenza diagnostica e terapeutica senza un suo risvolto in termini di presa in carico globale.



Umanizzazione delle cure e la fiducia di base ossia l'affidamento sereno: potremmo dire che sono due elementi forti del progresso costante in questo settore?

Assolutamente sì. Ribadisco che l'umanizzazione delle cure e una alleanza medico-paziente-famiglia sono elementi necessari per il continuo progresso del percorso di diagnosi e cura del bambino e adolescente con patologia oncologica.



Come hanno vissuto gli oncologi pediatrici la forzata solitudine dei piccoli pazienti in periodo di pandemia COVID? E in che misura è riuscito il personale sanitario a riempire il vuoto affettivo della mancata vicinanza di genitori e famiglie?

A seguito all'introduzione delle misure in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica COVID-19 gli oncologi pediatri hanno lavorato nell'ottica di garantire la specificità dei percorsi di diagnosi e cura. La presa in carico di nuove diagnosi e la prosecuzione dell'ordinaria attività clinica non è mai stata interrotta anche attivando le nuove tecnologie come la telemedicina. Nonostante l'emergenza COVID, l'Oncoematologia Pediatrica ha mantenuto inalterata la sua attività, assicurando elevati livelli di assistenza e garantendo approcci terapeutici di eccellenza.

Per i pazienti ricoverati si è reso necessario attuare un isolamento ancora più severo, come la limitazione dell'assistenza al bambino a un solo genitore e la sospensione di tutte le attività educative (scuola in ospedale) e ludico-ricreative presenti quotidianamente presso il reparto. Grazie al sostegno delle Associazioni di Volontariato e alle donazioni di molte aziende private è stato tuttavia possibile offrire attività in remoto, al fine di limitare al massimo la solitudine e proporre occasioni di svago.

E DI TE CHI SI PRENDE CURA?

ANAAO ASSOMED TUTELA LA TUA PROFESSIONE
CON LE SUE POLIZZE ESCLUSIVE

Primo sindacato in Italia, Anaa Assomed offre a medici e dirigenti sanitari una polizza di **Tutela Legale**, completa e **gratuita**, con un **massimale di 50.000 €**, anche in ambito di **circolazione stradale**.



Scopri tutti i servizi su anaao.it



MEDICAL
INSURANCE BROKERS

anaao.it

DA SPAZIO SPECIALI CONDIZIONI DI ACQUISTO RISERVATE ALLA VOSTRA ASSOCIAZIONE



E' con piacere che comunichiamo gli Accordi Quadro Nazionali che FCA ha stipulato con l'ENPAM.



Di seguito le principali condizioni di acquisto di particolare favore a voi riservate su ogni brand.

L'iniziativa, non cumulabile con altre promozioni, è valida per i veicoli ordinati entro il 31 dicembre 2021. I nostri consulenti alla vendita saranno lieti di accogliere i vostri associati presso le nostre sedi e di far loro provare su strada la vettura preferita.

Per usufruire della scontistica dedicata il Cliente è tenuto a comunicare al venditore l'appartenenza all'associazione prima dell'inizio della trattativa. *Scontistica massima per ogni brand riferita a: Fiat Tipo - Lancia Ypsilon - Abarth 595 - Fiat Professional Ducato - Alfa Romeo Giulietta - Jeep Renegade, Compass, Wrangler.



Per maggiori informazioni sulle offerte non esiti a contattarci: **Tel. 335 1855305**
e-mail deborah.rinaldi@spaziogroup.com



TORINO Via Ala di Stura, 84 Tel. 011 22 51 711
TORINO Corso Valdocco, 19 Tel. 011 52 11 453

TORINO Via G. Reiss Romoli, 290 Tel. 011 22 62 011
MONCALIERI Corso Savona, 10 Tel. 011 64 04 840