

medical network

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE
ANNO XX
NUMERO 2 | 2020
TRIMESTRALE



Sindacato Unico Medico
Pediatero, Neonatologo
e Perinatologo del Nord-Sud



SOCIETÀ ITALIANA
DI FORMAZIONE PERMANENTE
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA

EMERGENZA
COVID-19

Ridisegnare l'assetto del territorio

La **pandemia ha evidenziato** la necessità di nuovi modelli organizzativi per fronteggiare la complessità delle malattie croniche e dare risposte efficaci attraverso le reti clinico-assistenziali a tutte le eventuali emergenze sanitarie.

network

medical

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE

Direttore responsabile

Antonio Magi

Consulenza redazionale

Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18, 00147 Roma
Telefono 06.594461 Fax 06.59446228

Coordinatore editoriale

Stefano Simoni

Hanno collaborato

Giuseppe Nielfi,
Stefano Simoni,
Luigi Sodano

Progetto grafico e impaginazione

Edizioni Health Communication, Roma

Editore

Sumai - Viale di Villa Massimo, 47 - Roma
Tel. 06.232912 E-mail sumai@sumaiweb.it



Pubblicità

Edizioni Health Communication, Roma
Telefono 0331.074259

Edizioni Health Communication

Edizioni e servizi di interesse sanitario



Registrazione al Tribunale di Roma
n.446 del 22.10.2001 Roma

Diritto alla riservatezza: "Medical Network"
garantisce la massima riservatezza dei dati
forniti dagli abbonati nel rispetto della
legge 675/96

Chiuso in redazione
nel mese di giugno 2020

Non sprechiamo questa crisi e cogliamone l'opportunità

Care colleghe e cari colleghi

il numero di *Medical Network* che state leggendo è interamente dedicato alla drammatica pandemia che ha colpito il mondo intero e che continua a fare vittime e contagi. Gli articoli che compongono il giornale parlano delle nostre esperienze, delle nostre storie di specialisti ambulatoriali interni, di quanto fatto nelle scorse settimane nelle realtà locali, e di quello che sarebbe utile fare per evitare di ripetere gli errori.

Già perché di errori ne sono stati commessi, specie sotto l'aspetto organizzativo. In particolare, e questa crisi lo ha dimostrato, incentrare il sistema di cura sugli ospedali non può funzionare senza il filtro del territorio. Quello che serve realmente è un nuovo modello organizzativo per fronteggiare la complessità delle malattie croniche e dare risposte efficaci attraverso le reti clinico- assistenziali a tutte le eventuali emergenze sanitarie.

Sotto il profilo del riassetto organizzativo sembrano esserci novità interessanti a partire dall'attenzione che stiamo registrando nei confronti della specialistica ambulatoriale convenzionata interna.

Rispetto al recente passato, dove eravamo soli, anche la politica, sia nazionale che regionale, si sta accorgendo che così non si può più andare avanti. Il territorio da concetto astratto deve diventare vero luogo di cura alternativo al modello ospedaliero in quanto non in grado di garantire né un efficace livello di prevenzione né i livelli di appropriatezza indispensabili di cura.

E così da più parti stanno riconoscendo la nostra importanza e il nostro ruolo al punto che sempre più spesso il Sumai, a vari livelli, è chiamato a suggerire, a proporre, a discutere con decisori al fine di formulare nuovi modelli organizzativi. Le nostre richieste sono ascoltate e le nostre proposte a partire dalle 38 ore e dell'equipe territoriale iniziano a circolare e suscitano interesse nell'interlocutore che le ascolta.

Già in passato ci siamo "illusi" che la politica aveva compreso il valore della nostra proposta ma poi non è stato così. Però questo è un momento storico particolare, unico nella sua drammaticità al punto. Come ha detto Papa Francesco "peggio di questa crisi c'è solo il dramma di sprecarla". Ecco non la sprechiamo, cogliamo quest'opportunità per ridisegnare il nostro Ssn e offrire un sistema di cure adeguato a partire dal Territorio.

Antonio Magi
Segretario Generale
Sumai Assoprof

EMERGENZA COVID-19

È necessario ripensare il modello assistenziale lombardo, potenziando il territorio con una più stretta collaborazione tra specialisti ambulatoriali e mmg per formare equipe territoriali con infermieri e operatori sanitari



Giuseppe Nielfi
Presidente Sumai

Non c'è stato giorno negli ultimi due mesi in cui non si sia parlato della Lombardia e di come questa regione, la mia, sia stata così duramente colpita dall'infezione da Covid-19. Quando tutto questo sarà superato e ci sembrerà solo un brutto ricordo, sarà importante capire come e perché il virus si sia manifestato qui in modo così letale: sfortuna, errori, o tutti e due?

Intanto registriamo finalmente un miglioramento sul versante ospedaliero con la riduzione dei ricoveri, specie nei reparti di terapia intensiva. Speriamo che comportamenti responsabili possano portare a un rapido miglioramento. Un ricordo commosso va a tutte le Colleghe e i Colleghi scomparsi, colpiti dal virus mentre davano con coraggio e generosità la risposta della categoria medica alle tante richieste di aiuto disperato che salivano dai nostri territori; con loro ricordiamo anche tutti i deceduti fra gli operatori sanitari e non sanitari,

anche loro in prima linea a combattere questa maledetta pandemia. Esaminiamo più in dettaglio come la pandemia ha impattato sulla specialistica ambulatoriale. Prima nel focolaio di Codogno, poi in tutta la regione, i servizi ambulatoriali ospedalieri e territoriali sono stati sospesi per le prestazioni non urgenti con delibera della Giunta regionale, per evitare che gli ambulatori stessi diventassero, come i Pronto Soccorso, luoghi di contagio. Ci si è limitati ad erogare le prestazioni urgenti, i trattamenti oncologici, le terapie anticoagulanti e salvavita. La sospensione è in atto dai primi di marzo, da quando è apparso sempre più evidente come il distanziamento fisico fosse l'unica arma per contenere la diffusione del virus, ed è proseguita nei mesi di aprile e maggio.

Ma se si è fermata l'attività ordinaria, non si è fermato il lavoro degli specialisti. Grazie all'impegno dei nostri rappresentanti sindacali e dei refe-

renti di Aft, abbiamo proposto e attivato la partecipazione degli specialisti ambulatoriali alla erogazione delle prestazioni urgenti, supportato per quanto possibile il lavoro dei colleghi ospedalieri, partecipato in prima linea alle attività di tracciamento dell'infezione. Inoltre, gruppi di colleghi hanno operato anche nei reparti ospedalieri Covid, impegnati nei compiti assistenziali quale che se fosse la loro specialità e ben al di là delle specificità di incarico quali specialisti ambulatoriali.

Con il blocco delle attività e spesso anche dell'accesso fisico gli ambulatori, le nostre Aft hanno sperimentato con successo nuove modalità di lavoro, attivando lo *smart working* ancora prima dell'entrata in vigore del nuovo Acn, il teleconsulto, il telemonitoraggio dei pazienti cronici, il triage telefonico da parte dello specialista che, nel caso di visite di controllo, oltre ad essere molto apprezzato dai pazienti, ha spesso portato alla risoluzione in

“ Nella regione in cui il virus si è manifestato nel modo più devastante, dobbiamo tenere alta la guardia: sono necessarie misure di protezione di livello più elevato rispetto al minimo consigliato dall’Oms

ambulatoriale



remoto dei problemi motivo della richiesta di visita.

Ora, con la fase due, i referenti di Aft stanno partecipando con le direzioni aziendali alla definizione delle regole per la riapertura dei poliambulatori sia alle prestazioni non urgenti, perché, se si attende ancora, queste prestazioni corrono il rischio di diventare non più differibili, sia alle attività specialistiche a più alto rischio di diffusione virale (quali cure odontoiatriche, esami endoscopici, esami funzionali, es. la spirometria).

Ci troviamo ad affrontare nuovi problemi: mantenere il distanziamento fisico fra i pazienti con accesso scaglionati, assicurare la sanificazione e l'aerazione dei locali fra un paziente e l'altro, eseguire il triage in accesso per individuare e isolare con percorsi separati i pazienti con sintomi respiratori o sospetta infezione da Covid-19. E dobbiamo sempre sperare di poter disporre degli adeguati dispositivi di protezione individuale, il cui

Il cimitero monumentale di Bergamo illuminato in blu in occasione del concerto pubblico in onore della visita del Presidente della Repubblica per la commemorazione delle vittime di Covid-19

approvvigionamento rischia di tornare ad essere difficoltoso. Su questo punto, specie nella regione in cui il virus si è manifestato nel modo più devastante, dobbiamo tenere alta la guardia: sono necessarie misure di protezione di livello più elevato rispetto al minimo consigliato dall’Oms, misure coerenti con l’ampia diffusione dell’infezione. Su questo punto l’impegno del Sumai e dei referenti di Aft è massimo.

L’obiettivo, che si è posta l’amministrazione regionale, è riuscire a raggiungere il 60 - 70 % delle visite e delle prestazioni effettuate prima della pandemia; resta però almeno un 30-40 % di prestazioni che, con le ore di specialistica attualmente attive, non troverà modo di essere soddisfatta, aggravando ancor più il problema delle liste d’attesa. Il problema colpisce soprattutto i malati cronici, che rischiano di vedere compromesso il percorso di presa in carico che si era finalmente avviato con l’adozione del *Chronic Care Model* anche in Lombardia. Da qui la necessità assoluta di incrementare le ore di specialistica ambulatoriale, in misura tale non solo da recuperare un’adeguata offerta specialistica ma da offrire più specialisti per le attività territoriali a fronte di una richiesta sicuramente maggiore. I primi nefasti effetti della sospensione delle attività cliniche di monitoraggio dei malati cronici si sono già visti in campo cardiologico con l’incremento sia del numero, che della gravità delle complicanze cardiovascolari acute.

Sappiamo che la Regione Lombardia ha puntato molto in passato sul privato accreditato; ma, per quanto concerne le attività ambulatoriali, grossi dubbi nutriamo sulla capacità del privato accreditato di reggere l’impatto combinato della riduzione dei ricavi (meno prestazioni) con l’aumento dei costi di produzione a seguito di tutte le misure cautelative che devono es-

sere assunte, a meno di una pesante revisione al rialzo di un sistema tariffario costruito per premiare alti volumi di produzione in costanza di spese fisse.

Inoltre, le neocostituite Usca, che si stanno rivelando molto utili nel monitoraggio nei pazienti in fase attiva di infezione da Covid-19, non possono certo farsi carico anche del monitoraggio dei pazienti guariti da gravi polmoniti spesso con postumi respiratori. Questi pazienti vanno individuati, seguiti con un supporto specialistico, riabilitativo e farmacologico di durata indefinita, che rischia di essere inefficace se non c’è uno stretto coordinamento fra le Aggregazioni funzionali territoriali degli specialisti ambulatoriali e i medici di medicina generale.

È quindi ancora più urgente ripensare il modello assistenziale lombardo, potenziando la presenza pubblica sul territorio con una più stretta collaborazione tra specialisti ambulatoriali, organizzati nelle Aft, e medici di medicina generale, a formare equipie territoriali nelle quali siano presenti gli infermieri, i fisioterapisti, gli psicologi ambulatoriali, così da evitare che questa emergenza da sanitaria ospedaliera si trasformi in socio-assistenziale territoriale, con pesantissimi riflessi anche sulla ri-presa in carico della cronicità e della fragilità.

Occorre ricreare una cabina di regia di questo percorso territoriale pubblico (chiamasi distretto) nella quale i diversi attori, specialisti ambulatoriali, medici di famiglia, igienisti, psicologi, infermieri, personale amministrativo, possono prendere insieme in carico i pazienti evitando il collasso del sistema non tanto per una seconda ondata epidemica quanto per la incapacità a far fronte alle vecchie e nuove cronicità.

Evitiamo che l'emergenza vissuta nelle terapie intensive diventi emergenza della medicina del territorio.

EMERGENZA COVID-19

La proposta del Sumai

Riorganizzare l'attività specialistica territoriale

La pandemia ha evidenziato la necessità di ridisegnare l'assetto del territorio attraverso l'introduzione di nuovi modelli organizzativi basati sull'integrazione con l'ospedale: per la gestione della cronicità e per dare risposte efficaci ad eventuali emergenze sanitarie future.

La reale riorganizzazione dell'assistenza territoriale, soprattutto nell'attuale contesto socio- demografico ed epidemiologico, rappresenta una delle sfide più importanti anche per la nostra Regione e costituisce una priorità ormai irrinunciabile per il nostro Servizio Sanitario.

È un processo complesso che impone un nuovo paradigma della sanità: spostare l'asse della programmazione degli interventi dall'ospedale alla comunità. Saranno richieste nuove modalità di lavoro degli operatori, cambiamenti dei rapporti tra le Istituzioni, del modo di comunicare, formazione e aggiornamenti specifici, coinvolgimento dei singoli cittadini e delle associazioni.

Le attuali principali criticità dell'assistenza territoriale

La principale criticità dell'assistenza territoriale è a nostro avviso costituita dall'assenza di un vero modello organizzativo di riferimento che possa garantire la *funzione* delle cure primarie.

La svolta in tal senso è stata la Legge n° 158 del 2012, cosiddetta "Legge Balduzzi", che con le Uccp e le Aft della Medicina Generale, dei Pediatri

di famiglia e degli Specialisti Ambulatoriali Interni definiva un primo livello organizzativo per le cure primarie. A distanza di anni la Legge è rimasta completamente disattesa sia nella forma che nella sostanza.

Come segnalato più volte alle precedenti Amministrazioni, le principali criticità del nostro Sistema Sanitario a livello territoriale possono essere sintetizzate nei seguenti punti:

- Gestione a prevalente impronta burocratico - amministrativa delle attività assistenziali territoriali distrettuali;
- Limitata possibilità di *governance* clinica da parte degli attori territoriali, spesso considerati erogatori di prestazioni "esterni" al sistema e monadi isolate;
- Assenza di strumenti gestionali che favoriscano coordinamento ed integrazione tra gli attori dei servizi Territoriali ed Ospedalieri;
- Carenza o indisponibilità di dati aggiornati sia di natura epidemiologica che gestionale per l'analisi dei bisogni ed il governo delle attività territoriali;
- Prevalente logica prestazionale (paradigma dell'attesa) senza o scarsa promozione di progetti di

A cura di
Renato Obrizzo
segretario Sumai
regione Piemonte

Fernando Muia
Segretario Sumai
Torino

Giorgio Visca
Vice Segretario
Sumai Regione
Piemonte





- reale presa in carico del paziente;
- Carenza di requisiti strutturali ed organizzativi minimi per le principali attività assistenziali territoriali;
- Modello organizzativo basato sulla sede dell'erogazione delle cure e dell'assistenza (casa, studio medico, ospedale, poliambulatorio, RSA, Hospice, etc);
- Mancata attivazione o implementazione dei modelli e delle articolazioni organizzative già previsti dai vigenti Acn e dispositivi normativi;
- Parziale appropriatezza clinica per la carenza di linee guida e percorsi diagnostico terapeutici dedicati

alla cronicità, alla co-morbilità ed al territorio;

- Insufficiente appropriatezza organizzativa con frequente richiesta di prestazioni specialistiche superflue o ripetute con carente valutazione di circostanze e contesto di erogazione degli interventi;
- Scarso riconoscimento della specificità dell'assistenza specialistica di comunità;

Durante l'emergenza Covid-19 queste criticità sono chiaramente emerse palesando drammaticamente le molteplici carenze organizzative-gestionali dell'assistenza territoriale piemontese con gravi ripercussioni sull'assistenza specialistica anche dei

Torino, maggio 2020. Sulla facciata del municipio, sotto le bandiere, c'è un lenzuolo con il disegno dell'arcobaleno e il messaggio "andrà tutto bene"

pazienti anziani cronici pluripatologici bloccati dal lockdown, e sulla salute dei pazienti e degli operatori per l'insufficiente valutazione dei rischi specifici delle attività specialistiche territoriali.

Modelli organizzativi

È possibile adattare alla realtà regionale piemontese i modelli internazionali (*Chronic Care Model* e le sue evoluzioni) e nazionali già ampiamente consolidati favorendo la costruzione di "Reti" di assistenza territoriale basate sul lavoro di gruppo e sulla condivisione di percorsi di cura da parte tutti i medici e professionisti del territorio (Medici Medicina

La gestione integrata

Come applicare il triangolo di stratificazione del rischio

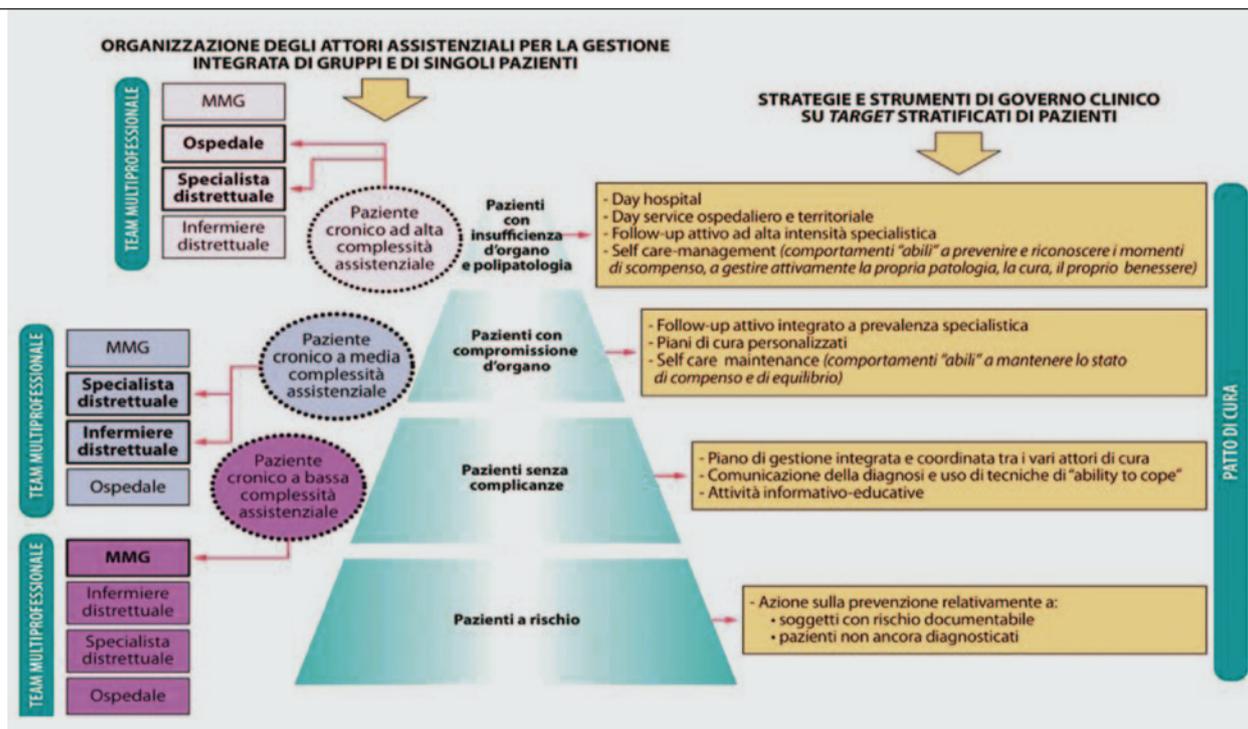


Tabella 1

Forme di aggregazione degli Specialisti Ambulatoriali Interni

	Mono professionali	Multi professionali	Funzionali	Strutturali
AFT	X		X	
UCCP		X		X

Generale, Specialisti Ambulatoriali Interni, Pediatri di Libera Scelta) organizzati nelle forme di aggregazione (Aft, Uccp) previste dagli accordi collettivi e dalla vigente normativa. Dovrà affermarsi un modello organizzativo “unico”, con forte integrazione intra-territoriale ed ospedale-territorio, un sistema “multicentrico”, nel quale ogni componente del sistema dovrà essere in grado di raccordarsi con le altre componenti. Il disegno assistenziale dovrà essere correlato all’ “intensità” di cura in grado cioè di diversificare i pazienti sulla base del loro grado di complessità e di differenziare l’offerta attraverso piani di assistenza individualizzati e concordati tra i componenti dei Team multi-professionali. Il cambiamento dovrà accompagnarsi alla valorizzazione delle nuove funzioni e responsabilità degli attori nella gestione dei PDTA nelle reti. Diventerà a questo proposito fondamentale e indispensabile l’adozione a livello regionale di un solido sistema di modellizzazio-

ne dell’intensità assistenziale per la programmazione e la progettazione dei vari livelli di assistenza, anche basandosi sulle esperienze già messe da tempo in atto in altre Regioni.

Gli Specialisti Ambulatoriali Interni in Piemonte

Gli specialisti Ambulatoriali Interni (medici specialisti, medici specialisti veterinari, specialisti psicologi, specialisti biologi, specialisti chimici) esercitano un’attività convenzionale operante in regime di parasubordinazione nell’ambito dell’organizzazione del SSN con impegno orario settimanale fino a 38 ore.

Gli ultimi dati regionali forniti nel 2019 dalla Direzione Sanità Settore Sistemi Organizzativi e Risorse Umane evidenziano:

- n° rapporti di lavoro attivi dei medici specialisti: 1050
- n° rapporti di lavoro attivi degli psicologi: 472
- n° rapporti di lavoro attivi dei medici veterinari: 98

- n° rapporti di lavoro attivi dei biologi: 34
- n° rapporti di lavoro attivi dei chimici: 2

Il numero complessivo di ore per anno è di 1.648.265 (31.697 ore/settimana) effettuate presso 12 Aziende Sanitarie Locali e 4 Aziende Sanitarie Ospedaliere.

Le specialità mediche esercitate sono 40 e quelle maggiormente rappresentate sono: Odontoiatria (2940,5 ore settimanali), Oculistica (1830,5 ore settimanali), Ostetricia e Ginecologia (1706), Neuropsichiatria Infantile (1630). Il costo orario medio è di euro 44,80/ora (costo lordo + oneri previdenziali).

Forme di aggregazione degli Specialisti Ambulatoriali Interni

Sulla base di quanto previsto dalla Legge Balduzzi e dagli Accordi Nazionali il modello organizzativo relativo alla costituzione ed al funzionamento delle Unità Complesse di Cure Primarie (Uccp) e delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (Aft) è concordato a livello regionale.

Nella tabella 1 sono riportate in sintesi le principali caratteristiche di entrambe

Istituzione delle Uccp

In ogni Distretto dimensionato in ac-

L'ex ministro Fazio è stato nominato alla guida della task force per la Fase 2

Istituito con delibera regionale un gruppo di esperti a supporto dell'Assessorato alla Sanità e della Giunta

Ne fanno parte figure autorevoli del mondo istituzionale, medico e scientifico a cominciare da **Ferruccio Fazio**: all'ex ministro della Salute, oggi sindaco di Garessio (CN), sarà affidato il compito di presiedere la task force. Medico nucleare e pioniere in Italia nell'utilizzo della PET, fu proprio Ferruccio Fazio nel 2009, allora vice ministro della Salute, a gestire l'emergenza in Italia da virus A/H1N1 - la cosiddetta influenza suina - coordinando una specifica Unità di crisi nazionale per affrontare la pandemia. Al suo fianco nel gruppo di lavoro c'è il prof. **Giovanni Di Perri**, responsabile delle Malattie infettive dell'Ospedale Amedeo di Savoia di Torino, il presidente dell'Ordine dei Medici di Torino, **Guido Giustetto**, **Pietro Presti**, coordinatore straordinario per il coronavirus dell'Asl di Vercelli ed esperto in management strategico, innovazione nel settore sanitario e scienze della vita e **Mas-similiano Sciretti**, presidente dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Torino.

Compito della task force formulare delle proposte per il miglioramento dell'assistenza territoriale, analizzando il contesto attuale alla luce delle crescenti criticità cumulatesi negli ultimi anni, ma anche mettendo a confronto l'esperienza piemontese con quella di altre Regioni italiane. Obiettivo costruire una strategia per la futura programmazione sanitaria con particolare attenzione alla medicina di territorio e al corretto rapporto assistenza ospedaliera e territoriale. Ai lavori partecipa anche il prof. **Alessandro Stecco**, neuroradiologo e presidente della Commissione Sanità del Consiglio regionale.

La task force, inoltre, s'interfacerà nei suoi vari obiettivi con i rappresentanti di tutte le categorie di riferimento sia in ambito accademico che sanitario.

Esempio di integrazione con struttura a matrice



cordo con la DGR 1-600/2014 è prevedibile l'attivazione di almeno 102 Uccp (bacino d'utenza: circa 100.000-120.000 abitanti ciascuna)

Istituzione delle Aft

Al fine di porre le basi per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale riteniamo prioritaria ed essenziale la costituzione delle Aft degli specialisti territoriali per l'assistenza specialistica di riferimento nei diversi setting assistenziali dal domicilio, alla RSA, al poliambulatorio ecc.

Finalità delle Aggregazioni Funzionali Territoriali degli Specialisti Ambulatoriali

- Facilitare l'accesso ai servizi territoriali socio-sanitari e garantire equità rispetto alle varie aree geografiche.
- Realizzare la continuità dell'assistenza mediante la costruzione di percorsi integrati con l'ospedale.
- Realizzare percorsi di presa in carico proattiva e precoce dei malati cronici e complessi.
- Includere la specialistica territoriale nella gestione del patologie croniche e nel garantire l'esecuzione sul territorio degli esami diagnostici di primo e secondo livello.

Il modello proposto prevede:

- 1 Aft di "prossimità" per 30.000-40.000 abitanti (numero di assistiti di due attuali Equipe della Medicina Generale)
- 1 Aft operante nelle Uccp per

100.000-120.000 abitanti Sarà possibile prevedere nelle realtà più periferiche e disagiate organizzazioni più snelle e articolate.

L'attuale sistema di coordinamento delle Branche specialistiche (DGR 18 Dicembre 2006 n. 37-4929) dovrà integrarsi con le aggregazioni funzionali territoriali che in forma strutturata potranno condividere obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi. Nello schema in alto viene riportato l'esempio di integrazione con struttura a matrice

In conclusione riteniamo che l'attuale pandemia abbia evidenziato l'urgente necessità di ridisegnare l'assetto del territorio attraverso l'introduzione di nuovi modelli organizzativi basati sull'integrazione territorio-ospedale per fronteggiare soprattutto la complessità delle malattie croniche ma che siano anche in grado di dare risposte efficaci attraverso le reti clinico-assistenziali a tutte le eventuali emergenze sanitarie. Il Sumai-Asso-prof, come già in passato, con la presente proposta esprime la propria completa disponibilità a collaborare alla costruzione del nuovo modello assistenziale, con l'auspicio che il presente documento possa costituire lo spunto per un percorso di comune progettualità e condivisione.



Ferruccio Fazio
Ex ministro della Salute, oggi sindaco di Garessio (CN). A lui affidato il compito di presiedere la task force della Regione Piemonte

Speriamo sia solo Pandemia!

I coronavirus sono estremamente abili nel salto di specie e il Covid-19 ha messo in luce la stretta connessione esistente tra salute animale e salute dell'uomo. Nella fase 2 si devono considerare gli studi che hanno accertato la trasmissione del Sars-cov2 al cane, al gatto e ad altri felini, come tigri e leoni

Nella fase 1 i Medici Veterinari specialisti operanti per le ASL di tutto territorio nazionale, per la maggior parte hanno continuato a svolgere la propria attività in maniera silenziosa e attenta; sia nei controlli effettuati sui prodotti di origine animale, ad esempio nei macelli o nei controlli legati a provvedimenti di allerta sugli alimenti, sia per le attività effettuate negli allevamenti stessi. D'altra parte anche gli animali stabulati nei canili o gattili sanitari e/o randagi sul territorio, hanno sicuramente avuto tutelato il loro benessere, con l'assistenza veterinaria comunque garantita, come previsto dalle indicazioni date dal Ministero della Sanità con circolare del 2 marzo 2020.

Bisogna dire che, in verità, in alcune Regioni o Aassll, le prestazioni nella fase 1 si sono ridotte, anche se mai completamente interrotte.

I colleghi impegnati invece in quelle attività considerate differibili per un periodo di 30 giorni, quindi preva-

Tiziana Felice
Specialista in
Malattie Infettive
Profilassi e Polizia
Veterinaria

lentamente attività di *front-office* come anche i controlli programmati, sono stati in alcuni casi, impiegati a supporto delle attività di sorveglianza per il Covid-19, svolte dai Dipartimenti Prevenzione.

Il benessere animale è stato sempre garantito, così come tutte quelle attività necessarie per arginare il rischio sanitario o, comunque, d'importante impatto economico sulle produzioni.

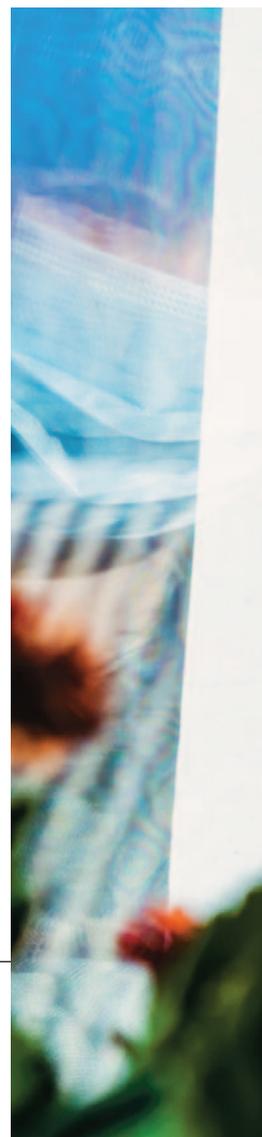
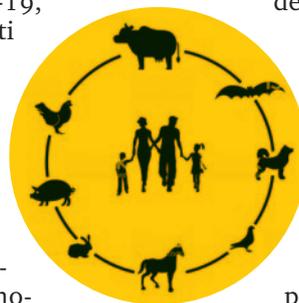
Tutte le prestazioni si dovevano svolgere con le dovute precauzioni, e con procedure validate dai vari Servizi, atte a garantire la salvaguardia della Salute Pubblica.

Non sempre e non in tutte le realtà, i Medici Veterinari specialisti sono stati dotati dei necessari Dpi. L'utilizzo dei Dpi, di norma, in medicina veterinaria, rappresenta una pratica di

biosicurezza necessaria a tutela della salute umana ed animale, in relazione ai numerosi patogeni zoonotici a cui uomo e animale, sono vicendevolmente esposti.

La filiera della salute animale e del benessere animale, non è stata sottoposta al lockdown e i Medici Veterinari hanno continuato a lavorare nel territorio; alcuni di essi hanno dovuto purtroppo lottare per ottenere quei Dpi che, anche in assenza

dell'emergenza Covid-19, avrebbero dovuto essergli forniti; altri invece, hanno, almeno in questi tempi, "girovato" dell'emergenza per recarsi a lavorare negli allevamenti, con le migliori protezioni che gli siano mai state fornite negli ultimi anni. Quindi, anche per gli specialisti veterinari nelle varie Regioni, si sono viste le più disparate realtà.





Durante le varie attività, abbiamo dovuto tener conto, non solo dei pericoli derivanti dal contatto tra tutti gli attori della filiera: Medici Veterinari, il personale ausiliario e gli stessi allevatori, che, necessariamente, dovevano contenere gli animali, altresì abbiamo dovuto sempre tener presente che poco si sapeva sulla possibile trasmissione del Sars-cov2 dagli animali all'uomo e dall'uomo agli animali.

D'altra parte i coronavirus sono virus estremamente abili nel salto di specie.

Il tempo del Covid-19 ha solo messo in luce, a tratti tramite i media, la stretta connessione esistente tra salute animale e salute dell'uomo, ma questa c'è ed è forte.

Nella fase 2, sempre nell'ottica dell'approccio *One Health*, non si possono non considerare gli attuali studi che hanno accertato la trasmissione del Sars-cov2 al cane, al gatto e ad altri felini, come tigri e leoni (negli zoo).



Tener presente, che non è possibile escludere che questa cosiddetta pandemia non sia poi da considerare in maniera più ampia soprattutto per ciò che si sta rivelando essere, e cioè una vera e propria panzoozia

I cani erano cani di proprietà di due pazienti ammalati di covid-19, due casi dimostrati ad Hong Kong, il primo il 26 febbraio ed il secondo il 18 marzo; in entrambe le situazioni gli animali sono risultati positivi ma senza sintomi.

Tra i gatti infettati dagli stessi proprietari, invece, si sono riscontrati sintomi gastroenterici e respiratori; negli altri felini, infettati dagli operatori dello zoo, i sintomi erano prevalentemente respiratori, com'è tipico di questo coronavirus.

Nei gatti, per giunta, alcuni studi hanno dimostrato anche la trasmissione intraspecifica di questo stesso virus.

Nei giorni a seguire, sarà necessario tenere ben presente che gli animali non possono indossare Dpi (come convincerli ad usare la mascherina?) e che, proprio per questo, la trasmissione tramite droplets, è una delle cose per nulla improbabili in medicina veterinaria. Tosse, starnuti liberano

nell'aria droplets che potremmo ritrovare anche sul mantello, ma lo stesso lambimento del pelo crea altra fonte di contagio.

I Medici Veterinari convenzionati, sono chiamati responsabilmente ad arginare il rischio e a tener presente, che non è possibile escludere che questa cosiddetta pandemia non sia poi da considerare in maniera più ampia soprattutto per ciò che si sta rivelando essere, e cioè una vera e propria panzoozia. Quindi, è importante in questa fase, segnalare e monitorare tutto ciò che di "nuovo" possa presentarsi sui nostri "coinquilini", abitanti come noi, di questo stesso Pianeta.

EMERGENZA COVID-19

La Specialistica Ambulatoriale Interna Dall'emergenza al ritorno alla normalità

Luigi Sodano
Direttore Scuola
Formazione Sindacale
Sumai

Alla **Specialistica** Ambulatoriale Interna appartengono tutti quei Medici e altri professionisti sanitari (biologi, psicologi, chimici) che assicurano in regime di convenzione le diverse prestazioni specialistiche, cliniche e strumentali, nei poliambulatori distrettuali vicino al domicilio o al luogo di lavoro del cittadino, ma anche negli ospedali e policlinici dove hanno dato una forte mano in questi anni di carenza di personale medico, ed infine anche i medici veterinari che lavorano nelle strutture delle aziende sanitarie deputate alla salute degli animali e alla qualità degli alimenti.

A parte i tanti specialisti ambulatoriali che hanno affrontato in prima linea le attività negli ospedali Covid e non, nel periodo dell'emergenza sanitaria, in quasi tutte le regioni gli ambulatori territoriali specialistici hanno continuato a lavorare per i cittadini perché se è purtroppo vero che nel nostro Paese ci sono stati migliaia di morti per il coronavirus ed ancora più migliaia di contagiati dal virus, è altrettanto vero che hanno continuato ad esserci centinaia di migliaia di pazienti sofferenti con diabete, cardiopatie, bronchiti, patologie neoplastiche e tantissime patologie acute e croniche che non potevano essere certamente trascurate in attesa che si uscisse dall'incubo della pandemia.

Considerata la parte debole della Sanità territoriale in questi anni è stata depauperata e sottofinanziata nella realtà però la Specialistica è ricca di risorse umane e professionali pronte a riprendere appieno la propria mission

Alle visite ambulatoriali specialistiche a priorità urgente e breve che comunque dovevano essere assicurate per i suddetti pazienti e a cui i nostri specialisti non si sono sottratti, si sono spesso affiancati altri servizi, spesso avviati in maniera spontanea dai singoli specialisti, ma talmente apprezzati soprattutto dai pazienti più anziani, più fragili, spesso meno autonomi e con molteplici patologie croniche, per cui in alcune Aziende Sanitarie o Distretti Sanitari di base sono stati opportunamente fatti propri cominciando a pubblicizzarli

sui siti aziendali.

Tra questi particolarmente gradito è stato il servizio di controllo telefonico dei cittadini regolarmente prenotati per le visite ambulatoriali utilizzato per verificare lo stato di salute del paziente prenotato e valutare anamnesticamente la necessità o meno di farlo accedere comunque all'ambulatorio specialistico o rimandarlo, sempre in accordo con il medico di medicina generale di fiducia, ad un momento successivo. Similmente per le visite specialistiche domiciliari per i tanti pazienti cronici





non deambulanti è stato in numerosi ambulatori attivato un triage telefonico utile in questi casi non solo per confermare o meno sempre anamnesticamente la necessità della visita ed eventualmente consigliare o modificare terapie a pazienti spesso abituali, ma anche per valutare lo stato di salute del paziente in rapporto alla sintomatologia Covid-19 e ciò per la sicurezza della visita nell'interesse dello specialista ma anche dello stesso paziente eventualmente contagiato che poteva essere sfuggito ad altri controlli.

Se vogliamo sono state anticipate una serie di novità, o meglio di attività, che il nuovo Accordo Collettivo Nazionale del 31 marzo 2020 prevede per il futuro quali lo smart working, le attività di supporto e consulenza con il teleconsulto e la telemedicina con le quali già oggi si possono affiancare direttamente dagli ambulatori i medici di medicina generale e le unità di crisi anche nella gestione dei pazienti Covid-19 in quarantena o terapia domiciliare.

Credo che oggi, in previsione di un graduale ritorno alla normalità anche nel campo sanitario che tutti ci auguriamo, il Sumai, che rappresenta la grande maggioranza degli specialisti ambulatoriali, abbia tutto il diritto di pretendere dal Ministero della Salute, dalle Regioni, dalle Aziende Sanitarie di prevedere una particolare attenzione a tutta la medicina territoriale e, ovviamente in particolare, alla specialistica distrettuale purtroppo completamente abbandonata da troppi anni e invece obbligatoriamente da attrezzare per metterla nelle condizione di affrontare la ripresa ordinaria delle attività territoriali che, purtroppo ancora non possiamo sapere per quanto, coesisteranno con la gestione del post Covid-19.

La necessità di una sanità territoriale funzionante è stata evidenziata dalla tragedia che ci ha colpiti e le obiezioni ad investire le indispensabili risorse per renderla adeguata alle necessità, si sono dimostrate drammaticamente sbagliate. Indubbiamente per rendere sicura l'attività sia per gli operatori che per gli stessi cittadini non si potrà prescindere da un protocollo di sicurezza che preveda la sanificazione costante dei locali, la fornitura continua e non occasio-



La necessità di una sanità territoriale funzionante è stata evidenziata dalla tragedia che ci ha colpiti e le obiezioni ad investire le indispensabili risorse per renderla adeguata alle necessità, si sono dimostrate sbagliate

nale dei Dpi (dispositivi di protezione individuale), mascherine e guanti a ciascun sanitario, ma soprattutto per alcuni specialisti che non possono sottrarsi ad un rapporto ravvicinato con i pazienti senza anche visiere e occhiali protettivi.

La fornitura di camici monouso, o almeno di camici puliti, dovrà diventare quotidiana e garantita, non occasionale come purtroppo è avvenuto finora in troppi ambulatori. Sarà ovviamente necessario anche prevedere un adeguato incremento del personale infermieristico da affiancare agli specialisti non solo nell'attività clinica ma anche per l'accoglienza dei pazienti che dovranno essere forniti di mascherine chirurgiche, regolati nell'accesso agli ambulatori e alle sale di attesa previo controllo della temperatura.

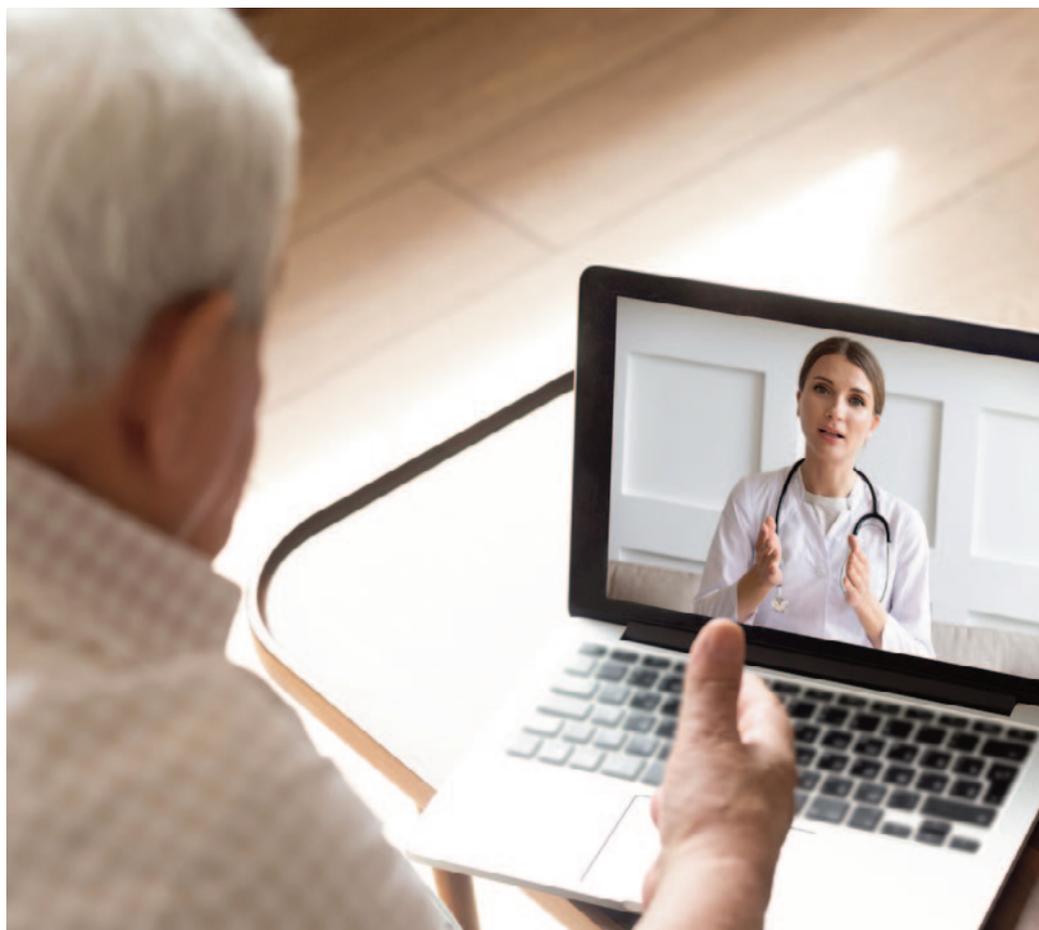
La Specialistica territoriale è la parte debole della Sanità perché in questi anni è stata depauperata, sottofinanziata, mai adeguatamente ammodernata tecnologicamente e strutturalmente, sottostimata nelle sue capacità di affrontare le patologie sia acute che croniche, ma nella realtà è ricca di risorse umane e professionali pronte a riprendere appieno la propria "mission", ricca anche di specialità che si dovranno per forza utilizzare nella prevenzione, nelle campagne vaccinali, nei controlli della sicurezza dei luoghi di lavoro e di salute necessari per evitare nuove diffusioni epidemiche.

Il tutto sempre nel rispetto della tutela sia dei professionisti che dei cittadini che alla specialistica territoriale si rivolgono per avere assistenza, conforto ma anche per tenere sotto controllo le pluripatologie che sono state spesso la causa degli esiti più letali della malattia virale.

Gli strumenti del nuovo Acn

Per lavorare in sicurezza in tempi di pandemia

La convenzione doveva riguardare solo la parte economica invece è pieno di elementi di innovazione che guardano al futuro della categoria offrendo norme a tutela degli specialisti e dando ai cittadini strumenti utili a soddisfare in maniera appropriata i loro bisogni



Il 31 marzo scorso la Conferenza Stato Regioni ha recepito, mediante atto d'intesa, l'Acn della Specialistica Ambulatoriale Interna e delle altre Professionalità Sanitarie. È stato firmato il 25 giugno 2019 e conclude il triennio 2016-2018 sia sul piano normativo che economico, riguarda più di 18.000 specialisti, tra medici, odontoiatri, veterinari ed altri professionisti che hanno erogato un totale di circa 22 milioni di ore di assistenza. L'iter prima di giungere all'approvazione è stato lungo e tortuoso. Il Sumai e solo il Sumai ha seguito passo dopo passo tale percorso, intervenendo sempre nei momenti critici per rimuovere gli ostacoli e per risolvere le molteplici problematiche per far sì che l'accordo proseguisse il suo corso senza intoppi. Non è stato facile, al contrario direi che è stato molto faticoso e impegnativo, ma con nostra grande soddisfazione l'obiettivo è stato raggiunto.

È un Acn veramente innovativo, lo definirei sicuramente epocale, quasi premonitore per le innumerevoli e qualificanti conquiste raggiunte, alcune di queste di grossa attualità in relazione alla pandemia Covid-19 in corso. Si è introdotta, su nostra richiesta, la possibilità per gli specialisti ambulatoriali e per i professionisti di lavorare in modalità smart working. Nell'ambito dell'isolamento fiduciario e della quarantena, oltre alla possibilità della sorveglianza attiva con triage telefonici, è stato di grande rilevanza l'utilizzo della telemedicina. Alla luce dell'esperienza maturata sul campo in questi pochi mesi, in cui sono state sospese tutte le visite specialistiche tranne quelle con priorità urgente o breve per limitare al massimo la mobilità dei cittadini, si sono rivelate preziosissime e insostituibili la videovisita o il videoconsulto, introdotte anche queste su nostra richiesta nell'Acn. Tali prestazioni, erogate av-

valendosi di piattaforme sanitarie, hanno consentito di gestire e curare il maggior numero di pazienti paucisintomatici a domicilio, limitandone l'aggravamento e il conseguente ricovero, in un momento in cui gli ospedali e in particolare le terapie intensive erano al collasso. Tale modalità operativa è stata di fondamentale importanza per la gestione dei pazienti fragili (malati rari, cronici, comorbidi, ecc.) e per consentirne la presa in carico. Senza questi strumenti innovativi questi numerosissimi pazienti sarebbero rimasti senza assistenza. Ciò ovviamente è stato possibile solo in quelle realtà dove il territorio era ben organizzato. Tale strumento sarà indispensabile anche nella fase 2 per far sì che gli specialisti ambulatoriali interni e i professionisti sanitari, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici di continuità assistenziale, i medici dei servizi e delle Usca possano utilizzare le videovisite e i videoconsulti per gestire al meglio tali pazienti. Ciò potrà contribuire a creare quella rete assistenziale e quella integrazione da anni invocata e quasi mai compiutamente realizzata tra i diversi professionisti del territorio soprattutto a cui si dovranno affiancare gli infermieri, i tecnici sanitari e della riabilitazione.

Inoltre consentirà di limitare gli spostamenti dei pazienti contribuendo così a garantire il distanziamento nelle strutture poliambulatoriali o negli studi degli Mmg e dei Pls limitando gli accessi. Qualora tale strumento non fosse appropriato per gestire il singolo caso, allora si potrà programmare una visita ambulatoriale o domiciliare nei casi di pazienti non deambulanti. Il Sumai ha inoltre offerto a tutte le Regioni una piattaforma utile per la gestione dei pazienti Covid e per le videovisite o i videoconsulti.

Segue



Nell'ambito dell'isolamento fiduciario e della quarantena, oltre alla possibilità della sorveglianza attiva con triage telefonici, è stato di grande rilevanza l'utilizzo della telemedicina

Tutte le modifiche contrattuali apportate al nuovo Acn

- rafforzato il concetto per cui le Regioni dovranno rispettare le clausole contrattuali dell'Acn e della tutela del rapporto individuale di lavoro;
- l'inserimento dell'Accordo del 2018 che diventa parte integrante dell'accordo 2016-2018;
- riconoscimento del trattamento economico incrementato con il 3,48% (oltre lo 0,75% pari all'indennità di vacanza contrattuale come da Articolo 5); cui si sono aggiunti gli arretrati dell'Art. 38 Del D.L. 23/2020;
- si rafforza il concetto che le Aziende si avvalgano degli specialisti ambulatoriali per l'erogazione delle prestazioni specialistiche utilizzando "interamente" le ore di attività formalmente deliberate nonché per la copertura delle espansioni di attività dell'area complessiva dell'assistenza specialistica; In applicazione delle procedure di cui all'articolo 20, comma 1 e seguenti le ore disponibili per cessazione dell'attività sono assegnate dall'Azienda nella stessa branca/area professionale, o in branca/area professionale diversa, anche per le finalità di cui all'articolo 4;
- si integrano maggiormente le attività specialistiche con le forme organizzative della medicina generale e della pediatria di libera scelta;
- viene riconosciuto un trattamento economico al referente di Aft;
- istituzione di un tavolo di consultazione nazionale SISAC-OOSS;
- nuove procedure per favorire l'accesso con lo snellimento delle modalità di iscrizione in graduatoria (procedura telematica);
- creazione di meccanismi di divulgazione delle disponibilità di incarico;
- istituzione delle graduatorie di disponibilità;
- possibilità del frazionamento orario, purché finalizzato al completamento orario;
- gli incarichi pubblicati non possono essere revocati;
- possibilità di assumere l'incarico a tempo indeterminato per chi ha acquisito il titolo di specializzazione dopo la scadenza del termine ultimo per la presentazione della domanda per l'inserimento in graduatoria;
- possibilità di assumere l'incarico per gli specialisti già titolari di incarico a tempo indeterminato in regioni non confinanti;
- dimezzata la durata degli incarichi a tempo determinato;
- possibilità di svolgere l'attività anche con modalità innovative: smart working, teleconsulto e telemedicina, videovisita/videoconsulto;
- integrazione piena dei medici veterinari in tutte le parti dell'Acn e ribadito il loro ruolo. Questo era un atto dovuto per un impegno assunto in occasione della trattativa per l'Acn precedente;
- chiarita l'assenza di incompatibilità per coloro che beneficiano delle prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto, o che fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);
- presa in carico dei pazienti;
- possibilità di attribuire ai responsabili di branca compiti relativi all'organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale;
- ribadito che le Aziende garantiscono i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e di sicurezza necessari allo svolgimento dell'attività;

Segue

Segue da pag 15

Tutte le modifiche contrattuali apportate al nuovo Acn

- possibilità di effettuare mobilità intraziendale da attuare prima delle procedure di cui all'articolo 18;
- estensione dei benefici della legge 104/92 anche agli stessi specialisti portatori di handicap;
- possibilità di assegnazione ad altra attività compatibile in caso di inidoneità temporanea dello specialista;
- ribadita la possibilità di sospensione dell'incarico non solo per l'attribuzione di incarico aziendale di struttura complessa ma anche per quello di direzione di Distretto;
- presenza di uno specialista ambulatoriale, di un medico veterinario o un professionista nell'UPD;
- possibilità di essere coinvolti nell'ambito della formazione sul campo. È previsto un finanziamento regionale vincolato per la formazione continua;
- viene incrementata la quota oraria;
- viene incrementata la quota del fondo per l'Air;
- viene incrementato il fondo con le quote per la realizzazione degli obiettivi dell'Articolo 4;
- viene costituito il fondo per i veterinari;
- introdotte le prestazioni di particolare interesse (P.P.I.) per cui viene prevista un'apposita quota nel fondo;
- possibilità di concordare con l'Azienda l'esecuzione di interventi chirurgici in libera professione intra-moenia;
- viene istituita l'indennità di disponibilità;
- viene richiamata la legge 8 marzo 2017, n. 24;
- si specifica che le Aziende devono versare mensilmente i contributi previdenziali;
- istituzione della APP (anticipo della prestazione previdenziale) che nasce da un patto generazionale tra colleghi anziani che hanno già maturato i requisiti, stanchi ma ancora desiderosi di svolgere l'attività e giovani colleghi che hanno bisogno di entrare nel mondo del lavoro quanto prima. Ciò favorirebbe anche una trasmissione di competenze e agevolerebbe l'equilibrio dei nostri fondi previdenziali, offrendo stabilità lavorativa ai giovani. Perché sia attuata si dovrà attendere la convocazione del tavolo di trattativa presso la SISAC per apportare le modifiche richieste dalla Corte dei Conti nella relazione di approvazione dell'Acn;
- aggiornamento degli elenchi delle specializzazioni come previsto dal DM del 23 marzo 2018;
- la certificazione regionale attestante quanto previsto dall'Articolo 1, comma 522 della L. 30 dicembre 2018, n. 145 è titolo valido per l'inserimento nella graduatoria relativamente alla branca di Cure palliative.
- Essendo state istituite le scuole di specializzazione in ambito odontoiatrico, è stato modificato il criterio di accesso per la branca di odontoiatria. Sarà richiesto il possesso del titolo di specializzazione di area odontoiatrica per l'inserimento nella relativa graduatoria. È stata prevista una norma di salvaguardia per i già titolari di incarico (norma finale n. 6) e per chi è inserito nella graduatoria corrente e in quella che andrà in vigore nel 2021 (norma transitoria n. 2).



Abbiamo portato a casa un Acn importante, ricco di forti elementi di innovazione e qualificanti che guardano al futuro della categoria

Segue da pag 15

Gli strumenti del nuovo Acn

Il Sumai ha fortemente contestato l'obbligo del possesso del titolo di specializzazione per gli odontoiatri, purtroppo ha dovuto subirlo in virtù delle norme legislative (Legge Balduzzi). Il Segretario Generale si è subito attivato a livello politico per poter giungere il prima possibile ad una modifica della legge.

Si tenterà anche a livello del costituendo tavolo di trattativa sopraccitato di apportare delle modifiche migliorative per poter continuare a garantire i Lea odontoiatrici ai cittadini, anche perché le scuole di specializzazione sono solo 3 (odontoiatria pediatrica, ortognatodonzia e chirurgia orale), pertanto per tutti gli altri ambiti odontoiatrici non sono state istituite le relative scuole.

Concludo questo articolo con la speranza di riaprire il tavolo quanto prima possibile per poter effettuare piccole integrazioni e precisazioni tecniche ad alcuni articoli come ad esempio all'Articolo 19 in maniera tale che quest'ultimo possa essere armonizzato con l'articolo 54 (App), all'articolo 54 secondo le indicazioni della Corte dei Conti e rimodulare l'accesso alle graduatorie per l'odontoiatria.

Mi sembra doveroso come segretario organizzativo del settore convenzioni mettere in risalto che questo avrebbe dovuto essere solo una trattativa riguardante la parte economica invece abbiamo portato a casa un Acn importante, ricco di forti elementi di innovazione e qualificanti che guardano al futuro della categoria, offrendo nuove prospettive e che danno al Ssn e soprattutto ai cittadini nuovi strumenti utili a soddisfare in maniera appropriata i loro bisogni.

Un accordo concreto!

Il nuovo Acn per la categoria pone fine ad una serie di interpretazioni scorrette da parte delle Aziende a partire dal riconoscimento che il veterinario è il solo responsabile di tutto ciò che lui stesso compie

Dopo il lungo e tortuoso iter percorso, il nostro Acn, siglato in data 25 giugno 2019, dopo 9 mesi finalmente è giunto all'approvazione definitiva da parte della Conferenza Stato Regioni il 31 marzo scorso. Dopo essere passato per il Mef, per la Presidenza del Consiglio, e per la Corte dei Conti è divenuto vigente in via definitiva proprio il 31 marzo, anche grazie all'impegno del nostro Segretario Nazionale che non ha lasciato nulla al caso...

L'Accordo, oltre a prevedere incrementi relativi alla quota oraria, permette a tutti gli Specialisti di percepire anche gli arretrati in essere. Ma il nuovo Acn rappresenta per i medici Veterinari, prima di ogni cosa, la fine tanto agognata, di una lunga serie di errate interpretazioni e scorrette considerazioni da parte delle Aziende, ma, soprattutto, da parte di chi più volte, ha voluto "strumentalizzare" l'interpretazione di un contratto che, ahimè, non ha mai conosciuto davvero.

Tra le novità introdotte per i Medici Veterinari, e per suggellare una volta per tutte che il Medico Veterinario convenzionato operante nel SSN è il solo responsabile di tutto ciò che lui stesso compie e, pertanto, è il solo a poterlo certificare negli atti e in ogni verbale derivante dalla sua stessa attività, è stato aggiunto all'art 25 il comma 4, che recita: "Le funzioni e i compiti previsti dal presente articolo costituiscono responsabilità individuali del veterinario e rappresentano condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione con il Ssn".

Per tutti coloro che avevano dubbi, invece ora sono meglio specificati alcuni punti, grazie all'istituzione, in via definitiva, del fondo per la veterinaria.

In particolare nell'articolo 29, riguardante l'Organizzazione del lavoro, finalmente viene ben specificato, al comma 5, la possibilità

di superare occasionalmente l'orario d'incarico anche per i Medici Veterinari (cosiddetto plus-orario). Analoga considerazione per quanto riguarda l'attività esterna, nell'articolo 32 viene ora specificato, al comma 3, che il Medico Veterinario svolge tale attività presso strutture pubbliche e private sottoposte ai controlli ufficiali. Al comma 7 dello stesso articolo, si stabilisce invece, in via definitiva, la modalità del compenso per tale attività ed i rimborsi chilometrici, spettanti se si usa il proprio mezzo per raggiungere la sede esterna dove svolgere l'attività lavorativa, e la pronta disponibilità per la quale, ricordiamo, è previsto lo stesso compenso del Personale dipendente. Nell'articolo 51 è finalmente definito che ai Medici Veterinari, spetta l'istituto del rimborso delle spese di viaggio se residenti fuori comune. Inoltre, su alcuni articoli, sono state meglio definite le tutele per tutti gli specialisti, al comma 10 dello stesso articolo 29 è stato ben rappresentato, che le Aziende garantiscono i requisiti strutturali tecnologici organizzativi e di sicurezza, necessari allo svolgimento delle attività. Mentre, nell'articolo 30, è precisato, ancora una volta, che in caso di non agibilità temporanea della struttura, l'Azienda assicura l'impiego temporaneo in altra struttura idonea, senza danno economico per l'interessato.

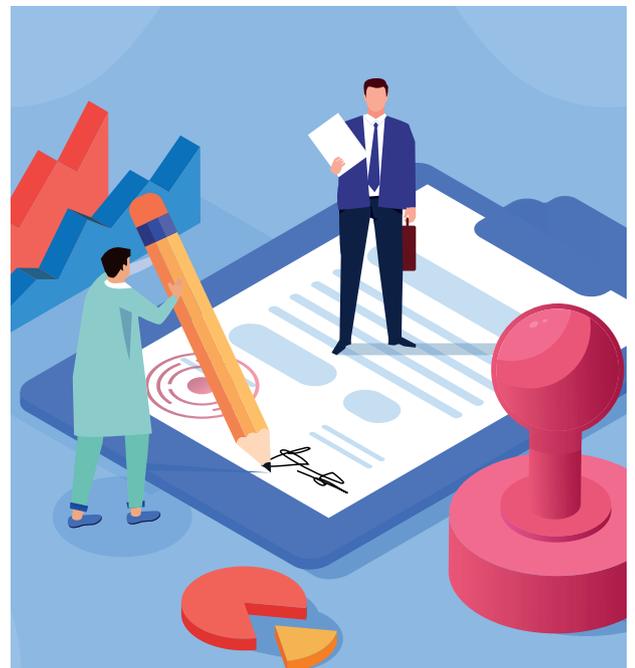
L'articolo 33 e l'articolo 50, inseriscono una novità assoluta per i Medici Veterinari, ossia il riconoscimento dell'indennità di rischio radiologico ed un incremento di 15 giorni di riposo biologico (cosiddette ferie radiologiche) per i Medici Veterinari che usufruiscono dell'indennità in questione. Nell'articolo 41 viene specificato che anche i Medici Veterinari partecipano ai programmi e progetti finalizzati ed introduce la novità delle prestazioni di particolare interesse (P.P.I.). Altra novità assoluta è rappresentata

Tiziana Felice
Coordinatore
Nazionale Sumai
Medici Veterinari

dall'indennità di disponibilità del rapporto convenzionale, istituita per incentivare lo svolgimento del rapporto di lavoro nell'ambito del Ssn spettante ai titolari di incarico a tempo indeterminato per un minimo di 12 ore settimanali, instaurato con una o più Aziende, che non svolgono contemporaneamente nell'anno, attività libero professionale, fatta salva quella dell'intramoenia. La presentazione della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio attestante l'esclusività del rapporto di lavoro, deve essere presentata entro il 15 gennaio di ogni anno ma per l'anno corrente, in ragione dell'approvazione tardiva dell'Acn, i termini sono stati posticipati al 1 ottobre 2020. Tanti sono i vantaggi raggiunti ma ancor più è stata la fatica per dirimere, in via definitiva, tutte le diatribe che nel tempo, e negli anni, avevano reso difficile, e mal applicato, il nostro Acn per i Medici Veterinari; ora senza più scuse, e senza appigli, si va avanti, auspicando un'applicazione uniforme, e concreta, su tutto il territorio.



Per tutti coloro che avevano dubbi, invece ora sono meglio specificati alcuni punti, grazie all'istituzione del fondo per la veterinaria



Giorgio Visca
Centro Studi
Nazionale Sumai

L'attività di formazione dell'Istituto Superiore di Sanità nel corso dell'emergenza sanitaria



L'Istituto Superiore di Sanità (Iss) pubblicherà a breve un rapporto tecnico dedicato alla formazione del personale sanitario messa in atto da parte dell'Istituto stesso durante l'emergenza Covid-19.

Il rapporto è frutto del Gruppo di Lavoro istituito presso l'Iss con decreto proprio e composto dal personale dell'Istituto e da esperti esterni con il coordinamento del dr. A. Mazzaccara



È stato avviato un programma formativo articolato su tre principali modalità di training: didattica formale, relazioni ed esperienze

Lo scopo del Gruppo di Lavoro è stato quello di avviare una prima e sintetica descrizione ed analisi dell'esperienza formativa realizzata da parte Iss per affrontare l'emergenza Covid-19 fin dalla sua prima comparsa ed esplosione in Italia al fine di migliorare gli standard formativi nazionali e regionali nel contesto di possibili ed analoghe future situazioni emergenziali.

In considerazione della singolarità dell'esperienza occorsa, anche da un punto di vista della formazione, l'analisi ed il rapporto sono stati condotti e strutturati, in analogia alla clinica, secondo il modello del "Case Report", adattando per la sua redazione la check list Core.

L'Italia, la seconda Nazione a livello mondiale e la prima fra quelle occidentali ha, infatti, dovuto affrontare la drammatica necessità di fornire rapidamente e ad un elevato numero di persone, risposte assistenziali per un problema sanitario non solamente connotato da risvolti clinici potenzialmente letali, ma anche completamente "nuovo" e per la gran parte sconosciuto.

Unitamente al carattere assolutamente emergenziale di livello nazionale, il principale problema è stato infatti, "l'incertezza" derivante dall'improvvisa comparsa di un patogeno sconosciuto all'uomo e in grado di essere rapidamente mortale. Di conseguenza la necessità di avviare in brevissimo tempo un progetto informativo/formativo nazionale per il personale sanitario, ha rappresentato fin dall'esordio dell'epidemia una delle principali priorità nella gestione della stessa.

Fondandosi sul modello teorico del *Competency Framework* e del Ciclo di Apprendimento è stato avviato un programma formativo articolato su tre principali modalità di training: didattica formale, relazioni (*mentoring, coaching and buddying*) ed esperienze "on-the-job".

Sono quindi stati progettati tre principali filoni didattici:

- didattica via Fad;
- conferenze da remoto/Meeting scientifici in Videoconferenza con o senza streaming;
- corsi da remoto e formazione sul campo.

L'urgenza dettata dalla necessità di formare il maggior numero di operatori sanitari possibile in tutto il territorio nazionale in un breve arco temporale, congiuntamente all'esigenza di garantire il distanziamento sociale, ha imposto la scelta di utilizzare pre-

valentemente la modalità di Formazione a Distanza attraverso la piattaforma dedicata dell'Iss (EDUIss).

Un team di facilitatori e moderatori del Servizio Formazione dell'Iss è stato quindi identificato ed incaricato di seguire e supportare gli eventi progettati e, sulla base degli obiettivi specifici, sono stati individuati i singoli docenti esperti relativamente ai contenuti trattati sulla base delle specifiche expertise.

Sono state quindi progettate tre tipologie di corsi Fad intitolati:

- Emergenza sanitaria da nuovo coronavirus Sars CoV-2: preparazione e contrasto (per tutti gli operatori sanitari);
- Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza Covid-19 (per gli operatori con obbligo Ecm nonché per Operatori di supporto e gli Assistenti sociali);
- Emergenza epidemiologica Covid-19 ("Specialistiche"): elementi per il *contact tracing*, gestione del paziente dializzato, Psico-Oncologia, gestione del paziente odontoiatrico.

Il corso di Formazione a Distanza (Fad) "Emergenza sanitaria da nuovo coronavirus Sars CoV-2: preparazione e contrasto", organizzato dalla Presidenza, dal Servizio Formazione e dal Dipartimento Malattie Infettive dell'Iss, è stato reso disponibile dal 28 febbraio al 28 aprile 2020 per tutte le professioni sanitarie con il riconoscimento di 20,8 crediti Ecm e raccogliendo 215.857 iscritti.

Parallelamente lo stesso corso è stato reso disponibile al Crui (Conferenza dei Rettori delle Università Italiane) per la distribuzione in ambito universitario per gli studenti tirocinanti in ambiente assistenziale dei corsi di laurea di medicina e delle professioni sanitarie attraverso la piattaforma Google Classroom .

Per soddisfare inoltre le molteplici richieste di operatori socio-sanitari e di Enti del terzo settore coinvolti nell'emergenza non accreditabili, in quanto non appartenenti alle profes-

Segue a pagina 38

L'evento drammatico dell'emergenza covid-19 ha evidenziato luci ed ombre in tutto il sistema Ssn con le varie realtà regionali e provinciali. A Modena il Sumai si è distinto per la messa in atto delle Usca prima ancora del coinvolgimento dei medici di famiglia

La cura degli anziani



In questi momenti così drammatici l'ingegno e la voglia di farsi carico delle sofferenze dei pazienti e famigliari sviluppano nuovi modelli organizzativi implicando nuove relazioni con gli attori sanitari. È il caso della Geriatria di Modena diretta da Andrea Fabbo e composta da oltre 20 colleghi Sumaisti. Barbara Manni ha costruito e portato avanti questo progetto sull'intera rete di Modena

Come possiamo comprendere tutti, l'organizzazione dei servizi e la vita di ognuno di noi è stata improvvisamente sconvolta dalla epidemia da Coronavirus. L'invasione è stata così rapida e veloce che ci ha spiazzato e sorpreso, tutto ciò ci ha portato a una riorganizzazione sanitaria più centrata sull'interventismo piuttosto che efficace ed efficiente come l'abbiamo sempre conosciuta e di cui ce ne facevamo vanto. La risposta è stata reattiva ma con scelte non sempre facili da parte della Direzione Sanitaria che ha dovuto in pochi giorni rivedere le priorità del territorio a favore della nuova ondata epidemiologica pur garantendo i servizi essenziali, seppur in maniera diversa.

Le criticità si sono sommate tutte le volte che gli operatori sanitari si sono infettati e quindi erano impossibilitati a continuare la loro mansione, per cui la situazione contingente ha richiesto a ognuno di noi specialisti territoriali di uscire dalla rigidità dei

ruoli a favore di una collaborazione multiprofessionale e condivisa di intenti. I Geriatri dell'u.o.c. Geriatria e Disturbi Cognitivi e Demenze, specialisti ambulatoriali e non, hanno da subito garantito la loro disponibilità a supportare la Direzione Sanitaria in questo difficile momento nei diversi ruoli e setting che si ritenevano necessari soprattutto nella cura degli anziani fragili pur garantendo un supporto alle criticità tipiche della nostra specialistica di anziani con demenza in scempenso.

Il nostro naturale approccio di condivisione in equipe e di ascolto dei bisogni soprattutto delle persone più "fragili" è stato molto apprezzato in tutti i setting in cui siamo stati coinvolti: dal lavoro ospedaliero, alle cure intermedie (Ospedale di Comunità), dalle Usca (Unità speciali di continuità assistenziale per i casi Covid) al la-

Pietro Procopio
Direttore Centro Studi Nazionale Sumai Assoprof

Barbara Manni
Geriatra,
Responsabile percorso urgenze Puass e Responsabile Ricerca Clinica, Innovazione tecnologica e sistemi informativi presso Ausl Modena

voro nelle Case Residenze e nelle cure palliative.

Come dichiara il nostro Direttore A. Fabbo: "La condivisione è la chiave per ottenere fiducia e per fare in modo che le decisioni anche difficili siano accettate; la condivisione (che ho imparato dai miei colleghi che si occupano delle cure palliative e dagli operatori che lavorano inRSA) ti permette di "reggere il peso" e di farti capire che non sei solo ma che sei parte di un gruppo che si supporta che si aiuta e che se si condividono le scelte si ottengono risultati migliori. Questa è la base del nostro lavoro difficile e al tempo stesso "delicato", una base che però mi ha aiutato in un periodo difficile come questo a cercare di fare le cose fattibili (non ho la pretesa di definirle "giuste" o "migliori") per i nostri anziani.

Gli anziani hanno sofferto e stanno

soffrendo moltissimo in questo periodo: quelli ospedalizzati (che sono riusciti a sopravvivere che erano “coscienti”) hanno vissuto un isolamento terribile e l’angoscia della morte imminente, quelli nelle strutture l’allontanamento dai familiari e la sofferenza di scelte che hanno fatto fatica a comprendere e forse ad accettare, quelli a casa l’incertezza del futuro, la paura di ammalarsi e di “aver bisogno di tutto” e soprattutto lo stigma dell’essere “persone a rischio” più di altri che vanno “confinare” ed isolate ancora di più e come tali da evitare.”

La nostra equipe di Geriatri si è suddivisa durante l’emergenza Covid in diverse realtà: 6 colleghi hanno supportato i medici ospedalieri nei reparti Covid o nei reparti “sospetti”, 4 colleghi hanno fatto parte delle unità territoriali Usca per i casi Covid a domicilio, 2 colleghi hanno lavorato in Ospedale di Comunità Osco per agevolare le dimissioni ospedaliere di anziani fragili instabili, 4 colleghi hanno supportato i Mmg in Case Residenza con casi Covid e non, e una collega si è impegnata in Hospice per le cure palliative.

Le psicologhe dell’equipe hanno realizzato un servizio telefonico di aiuto ai famigliari di persone con demenza per supportarli in caso di peggioramento della malattia e dare consigli su come gestire l’isolamento a casa pur stimolandolo in attività. L’isolamento forzato del lockdown infatti, a volte ha esacerbato l’irrequietezza delle persone con demenza abituate a passare le giornate fuori casa o presso Centri Diurni ormai chiusi. L’incapacità cognitiva di comprendere la pericolosità del contagio e la complessità della situazione sfogava in una inevitabile litigiosità e scontro verso i famigliari che impedivano le uscite.

Nonostante parte della nostra giornata era impegnata per l’emergenza Covid, siamo riusciti, grazie anche alla collaborazione del personale infermieristico, a gestire queste emergenze. Per alcuni selezionati casi, grazie alle direttive Regionali, è stato possibile stilare certificazioni per dare

la possibilità di uscire e permettere qualche piccolo giro intorno a casa con i propri famigliari. Alcuni Centri Diurni poi si sono organizzati con un operatore a domicilio per organizzare attività ludiche-creative e di stimolazione cognitiva al fine di ridurre i danni dell’isolamento sul peggioramento cognitivo e funzionale degli anziani.

I colleghi Geriatri che sono stati coinvolti nei vari reparti ospedalieri raccontano di straordinarie catene di solidarietà in cui altri specialisti in vari campi si sono uniti per lo stesso obiettivo. È stata una occasione di condivisione, aggiornamento, formazione reciproca che ha portato un salto di qualità alla propria disciplina e la possibilità concreta di una futura collaborazione preziosa tra Ospedale e Territorio e di opportunità di integrazioni tra vari specialisti territoriali. Questo Periodo penso che possa essere ricordato come un grande passo avanti tra il mondo dell’ospedale, spesso chiuso e arroccato tra le mura delle corsie e il mondo un po’ più aperto e del territorio. Un passo che segna la reale possibilità di integrazione tra questi due mondi distinti ma che mirano entrambi allo stesso obiettivo ovvero la salute e il benessere delle persone.

Inoltre questa emergenza è riuscita a dare una accelerata all’innovazione tecnologica all’interno del nostro servizio con la possibilità di video consulenze, chat o consulenze telefoniche per rispondere alle emergenze durante il periodo del lockdown oppure di telemedicina per una gestione condivisa di casi Covid direttamente con i consulenti ospedalieri. Dopo le chiusure forzate a qualsiasi ospite esterno alle Strutture, compresi i famigliari, per non lasciare gli anziani soli senza i contatti con le loro famiglie, le strutture e gli ospedali si sono organizzati con tablet/cellulari per mettere in comunicazione video. Da tale innovazione si è riusciti a preservare la sicurezza del paziente pur senza rinunciare al contatto sociale. Tale opportunità ci ha insegnato che il distanziamento non vuol dire per forza isolamento anche se si tratta di

anziani fragili, che tali strumenti aiutano anche i famigliari a sentirsi rassicurati sulla salute e il benessere del proprio caro e, inoltre, ci siamo resi conto inaspettatamente che gli anziani si destreggiano bene con la nuova tecnologia nonostante il deficit cognitivo.

L’anziano al tempo del Covid è la reale vittima del virus, non solo per i rischi di letalità dati dal connubio fragilità ed età, ma anche per i rischi secondari all’isolamento sociale, sensoriale e fisico che riduce la mobilità e l’interazione sociale con conseguente disorientamento, peggioramento cognitivo e funzionale. Un altro effetto collaterale è la paura che riduce la resilienza e accelera la depressione. Essere geriatra al tempo del Covid vuol dire portare empatia e rassicurazione alle persone anziane nonostante le tensioni, i rigidi protocolli terapeutici e di isolamento. Essere geriatra nei nuovi contesti e setting ospedalieri ha significato facilitare la comunicazione e creare strategie per evitare il peggioramento cognitivo e funzionale. Per tale motivo tra i colleghi c’è chi ha promosso video chiamate, chi ha promosso l’idea di portare in reparto oggetti di casa per rendere l’ambiente più famigliare, chi ha organizzato incontri tra carrozzine nei corridoi del reparto nel rispetto delle regole di distanziamento, per favorire la socialità, chi si è soffermato oltre il tempo della visita per fare due chiacchiere e scherzare, chi ha utilizzato tempo per la rassicurazione in caso di agitazione, chi ha promosso comunque una mobilitazione quotidiana.

Essere geriatra al tempo del Covid è inventarsi un nuovo modo di lavorare ma con un obiettivo sempre chiaro in mente, che è quello che mi ha fatto scegliere questo lavoro, pensare sempre al benessere dell’anziano come primario obiettivo di cura, un benessere fatto di empatia e vicinanza, che non può sottostare alle regole di anonimato, freddezza, paura e distanza sociale dettate da questo terribile Coronavirus. Non si può morire di solitudine prima di morire di coronavirus.



Essere geriatra al tempo del Covid vuol dire portare empatia e rassicurazione alle persone anziane nonostante le tensioni, i rigidi protocolli terapeutici e di isolamento

Il contributo degli psicologi

La salute psichica della Comunità è messa alla prova come non mai nel corso della storia recente della nostra civiltà. Con la vulnerabilità fisica abbiamo conosciuto quella psicologica. È vero che ogni giorno potenzialmente siamo esposti a situazioni angoscianti, catastrofi naturali, possibili lutti o eventi dolorosi, tuttavia, in questi mesi ci siamo confrontati con un pericolo ignoto e invisibile, con il quale attuare tutte le strategie di coping di cui siamo dotati.

Come professionisti sanitari che promuovono e tutelano la categoria - e più in generale come promotori di una cultura del benessere psicologico e dei costrutti della salute - abbiamo sentito il dovere di attivare tutta una serie di azioni finalizzate a raggiungere tali scopi.

Il Comitato scientifico **Psicologi per la salute pubblica** - Comitato campano - nasce per iniziativa di un gruppo di professionisti psicologi psicoterapeuti (tra cui molti sumaiisti) da tempo impegnati nel Servizio Pubblico, negli Ambiti territoriali, nel settore Convenzionato e nelle Comunità, che quotidianamente si confronta con la responsabilità dei percorsi di diagnosi e cura secondo le linee e gli indirizzi della sanità regionale. Raccolge al suo interno competenze ed esperienze con l'obiettivo comune di offrire supporti operativi ed essere parte attiva nella concretizzazione di adeguate risposte assistenziali, multilivello e multidisciplinari, connesse alla pandemia in atto. Nasce quale strumento tecnico - clinico al servizio della collettività colpita in questo mo-

In questo momento storico così drammatico e surreale che la nostra società si trova a vivere, il nostro apparato psichico, individuale e collettivo, tenta di mettere in atto tutte le strategie che ha a disposizione per fronteggiare una situazione fortemente stressante.

Filippo Cantone
responsabile nazionale Area
Psicologi
Psicoterapeuti

Vincenzo Martino
Psicologo
Psicoterapeuta

mento da un'emergenza sociale e sanitaria senza precedenti, quale organismo per la ricerca e l'informazione scientifica tesa alla promozione e alla valorizzazione degli interventi della professione psicologica, con il compito di elaborare studi e documenti di supporto alle attività regionali, territoriali nella costruzione di orientamenti per la pianificazione d'interventi in ambito socio - sanitario. Considerata l'esigenza di prestare la massima importanza e attenzione ai problemi di ordine psicologico e psicopatologico che si stanno manifestando in tutta la popolazione, sia tra le vittime che tra i soccorritori, si contribuirà alla predisposizione degli in-

dirizzi operativi per l'attuazione delle misure dell'emergenza d'intesa con Comuni, Aziende sanitarie, Istituzioni, Autorità, Associazioni. Valutato che le ÉQUIPE PSICOSOCIALI per le Emergenze (EPE) sono previste in una situazione del genere (direttiva PCM G.U. n.200 del 29.08.2006), che l'evento catastrofico è di quelli che travalicano le potenzialità di risposta delle strutture socio-sanitarie locali, che occorra utilizzare metodologie e procedure peculiari che esaminino il numero dei soggetti coinvolti e la precarietà delle condizioni ambientali che si determinano (incluso l'osservazione delle capacità di reazione e di adattamento





“ In sensibile aumento sintomi quali ansia, angoscia, fobie, ritiro sociale, insonnia, depressione e difficoltà sessuali

del singolo e della Comunità), questo organismo agirà, in rapporto alle varie fasi dell'intervento psicologico e sociale, per contribuire e provvedere alla tutela della salute psichica attraverso l'attivazione di riconosciuti supporti per le risorse personali e collettive, in coordinamento con le altre azioni previste ed attivate dalla catena dei soccorsi socio-sanitari in atto. Attraverso la disponibilità a collaborazioni, a patrocini, a protocolli d'intesa s'impegna inoltre a formulare proposte per l'analisi del fabbisogno di psicologi e di psicoterapeuti da prevedere per la complessa opera di tutela della dignità e del rispetto del cittadino in tutte le fasi dell'assistenza, salvaguardando la più opportuna attenzione per le specificità culturali, religiose, di genere e di etnia. Alcuni Comuni, come Nola, Casoria, hanno già condiviso queste proposte ed è allo stato intenso il lavoro di presentazione delle sue linee progettuali a tutte le Istituzioni e forze politiche.

L'attività clinica e di ricerca finora effettuata dai membri del Comitato porta a ritenere in sensibile aumento sintomi quali ansia, angoscia, fobie, ritiro sociale, insonnia, depressione e difficoltà sessuali. Altro dato importante è anche l'aumento di patologie strettamente correlate ad aspetti riguardanti il mondo psichico del soggetto. Inoltre sono da segnalare i chiari aggravamenti dovuti all'angoscia di impoverimento legata alla precarizzazione della vita.

Anche nei quadri narcisistici si è assistito alla slatentizzazione delle angosce depressive in seguito al mancato riconoscimento da parte dello "sguardo degli altri" di cui tali soggetti si nutrono. Si segnala, in questi soggetti, un aumento dell'utilizzo di alcool, droghe, cibo o sostanze stupefacenti insieme ad un incremento dell'irritabilità di fondo. Il cibo, in questo caso, rappresenta l'oggetto di sostituzione per compensare la mancanza di gratificazioni sociali, dell'impossibilità di realizzarle.

Il pericolo di natura psicosociale ha interessato tutte le fasce d'età. La nostra osservazione dei bambini e degli adolescenti ci ha fatto conoscere come molti di loro temono per la perdita dei nonni, in quanto target maggiormente a rischio, oltre che ai tanti dubbi e interrogativi circa la chiusura delle scuole, attività ricreative e sportive. È necessario pertanto riportarli gradualmente verso la normalità evitando assolutamente lo sviluppo di forme di isolamento affettivo, noto come fenomeno della "Sindrome della capanna o del prigioniero".

Essa si manifesta con la percezione della realtà esterna come ansiogena, con vissuti emotivi di tristezza, angoscia, frustrazione e paura di uscire, letargia, difficoltà di concentrazione, tendenza all'autoisolamento. Questi primi dati sono certamente da considerare solo una parte di un quadro complesso e ancora da scrivere, che si unirà ad altri contributi futuri nella volontà di collaborare sinergicamente e scientificamente per il bene della Comunità intera, per una nuova organizzazione dei Servizi, per la ripresa e lo sviluppo del nostro Paese.

Dopo il lockdown

Linee guida per la ripresa dell'attività fisica

Finita la fase in cui siamo stati costretti a casa, ecco alcune raccomandazioni che ci possono accompagnare in un percorso di riadattamento virtuoso ai corretti stili di vita, contribuendo così anche alla prevenzione delle malattie

L'emergenza legata all'infezione da Coronavirus (Covid-19) ha imposto a tutta la popolazione, e quindi anche alle persone fisicamente attive o che abitualmente svolgono attività sportiva, scelte di responsabilità per favorire la salvaguardia della salute collettiva. Nonostante fossero il modo migliore per prevenire e contrastare la diffusione dell'infezione, le raccomandazioni proposte hanno comportato restrizioni negli spostamenti e per la pratica di attività fisica all'aperto, riducendo inevitabilmente la quantità di esercizio fisico svolto e aumentando la sedentarietà. In accordo con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), la mancanza di attività fisica e uno stile di vita sedentario comportano circa 3.2 milioni di morti ogni anno.

Infatti, è ben noto che l'attività fisica rappresenta un potentissimo strumento per ridurre il rischio di mortalità e di numerose malattie croniche. È stato dimostrato che l'esercizio fisico regolare riduce efficacemente

Antonio Chiacchio
Responsabile UOSD
Medicina dello
sport Asl Napoli 2
nord, Responsabile
settore dipendenza
Sumai

il rischio di malattie del sistema cardiovascolare, riduce il rischio di sindrome metabolica e diabete di tipo 2, aumenta la densità minerale ossea e la massa muscolare e, influisce positivamente sulla salute mentale.

Una corretta quantità di attività fisica, svolta con le dovute cautele e in condizioni di assoluta sicurezza, è quindi un elemento imprescindibile della vita di tutte le persone. Dal lato opposto, studi di fisiologia dell'esercizio mostrano come anche brevi periodi di ridotta attività fisica (minori di 4 settimane) o completo allenamento (vedasi ad esempio gli studi di Bed-Rest eseguiti per simulare le condizioni di ridotta gravità nello spazio) comportino profonde alterazioni strutturali e funzionali a livello di tutti gli organi, muscoli inclusi.

Sebbene l'importanza di mantenersi "attivi" sia regolarmente presente nei principali quotidiani e mezzi di comunicazione e, nonostante numerosi centri sportivi e organizzazioni ab-



biano messo a disposizione programmi di allenamento gratuiti, accurate e precise raccomandazioni per la ripresa di uno stile di vita attivo sono necessarie per garantire un efficace mantenimento della salute generale ed evitare possibili conseguenze negative.

La Federazione Medico Sportiva Italiana (Fmsi), Federazione medica del Coni fin dal 1929, unica società Scientifica accreditata dal Ministero della Salute per la Medicina dello



Sport, vuole scendere in campo per offrire una corretta gestione dell'emergenza attraverso una serie di indicazioni che possano contribuire alla ripresa di un corretto stile di vita da parte della popolazione, dopo un lungo periodo di lockdown, incentivando la ripresa di un'attività fisica regolare ma tenendo ben presenti le misure di sicurezza che l'attuale situazione ci impone.

Del resto la Fmsi fu invitata all'Assemblea generale dell'Onu il 5 luglio

2018 fornendo un'audizione sul tema delle azioni di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili (Ncds),⁵ proprio perché caratterizzata dalla cultura della prevenzione che ha come tratto distintivo la riduzione del rischio di malattia. È una cultura che affonda le sue radici 2000 anni fa, quando già il Senato degli antichi romani promulgava leggi per difendere i diritti dei cittadini e la Società intera. Recenti ricerche epigenetiche hanno avvalorato gli effetti

positivi dell'esercizio fisico su geni responsabili, inclusi quelli rilevanti per le funzioni immunitarie, muscolari e cerebrali, con conseguenze estremamente importanti per il patrimonio epigenetico transgenerazionale. In poche parole, la prevenzione primaria comincia prima del concepimento e continua per tutta la vita, al fine di migliorare l'età biologica rispetto all'età anagrafica. Non possiamo pensare di azzerare il rischio, ma possiamo agire per ridurlo significativamente, proprio partendo dall'esperienza sugli atleti olimpici, su cui viene testata l'efficacia dell'esercizio fisico correttamente prescritto, per poi applicare i risultati ottenuti su tutta la popolazione, così aiutando il Servizio Sanitario Nazionale. In un Paese come l'Italia, con il più basso indice di fertilità in Europa, questo è un buon momento per auspicare una ripresa della natalità; vale sicuramente la pena ricordare il fondamentale valore dell'esercizio fisico per le coppie che intendono concepire. È stato infatti dimostrato il suo agire positivo sulle cellule germinali (spermatozoi e cellule uovo) per una crescita ottimale del futuro bambino e una diminuzione del rischio di malattie croniche nell'età adulta.

Conseguenze fisiologiche della ridotta attività fisica

La riduzione della quantità quotidiana di attività fisica (genericamente definibile come detraining) comporta una perdita parziale o completa degli adattamenti fisiologici indotti dall'esercizio fisico. Le evidenze scientifiche mostrano che la massima capacità di svolgere attività aerobiche si riduce già dopo 2-4 settimane di inattività, in primo luogo come conseguenza di una riduzione della capa-

cità del cuore di spingere il sangue verso i tessuti periferici (i.e. gittata cardiaca) nonostante un aumento della frequenza cardiaca del 5-10% a parità di attività fisica sub-massimale svolta. Nello stesso modo, il detraining causa alterazioni sia nella struttura che nella funzionalità del muscolo: la letteratura scientifica mostra che la densità capillare del muscolo, la distribuzione delle fibre muscolari, gli enzimi muscolari, la sezione trasversale (Csa), la forza e la potenza muscolare sono tutte influenzate negativamente da periodi variabili di detraining, fino a portare il muscolo a non disporre più delle sue caratteristiche funzionali e strutturali (atrofia muscolare) se l'inattività è prolungata per numerose settimane.

Raccomandazioni per la ripresa dell'attività fisica

Per quanto affermato in precedenza è fondamentale che dopo un periodo di ridotto esercizio fisico e aumentata sedentarietà un'adeguata attività fisica, finalizzata alla tutela della salute, venga praticata con le dovute cautele e in condizioni di assoluta sicurezza, con gradualità e periodicità corrette. Atleti professionisti, sportivi amatoriali o anche coloro che svolgono attività lavorative usuranti e gravose non possono quindi riprendere le proprie attività senza tener conto degli effetti deleteri del detraining. Questo, infatti, esporrebbe a situazioni di affaticamento precoce per ridotte capacità aerobiche o a infortuni per alterata funzione dei muscoli, risultando controproducente per la salute. Nella ideazione e nello svolgimento delle sessioni di esercizio fisico sarà quindi importante attenersi a determinate indicazioni in termini d'intensità, frequenza, volume e modalità di esercizio, applicando quanto suggerito dalle comunità scientifiche internazionali e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e, come già



La ripresa dell'attività fisica dovrebbe prevedere un programma di allenamento contenente esercizi posturali, di stretching, di core-stability e di equilibrio



Alcune raccomandazioni generali che consigliamo di seguire per la costruzione di un programma di ricondizionamento fisico

Gradualità

Dopo un periodo di detraining è fondamentale rispettare un concetto di gradualità nella ripresa. Una ripresa dell'attività fisica aumentando sia volume che intensità ma senza modulare al meglio i tempi di recupero potrebbe comportare eccessiva stanchezza o, in alcuni casi, causare infortuni muscolari o problemi di salute. Il ricondizionamento fisico dovrebbe prevedere un programma di allenamento contenente esercizi posturali, di stretching, di core-stability e di equilibrio. Raggiunti questi obiettivi di base, sarebbe consigliato introdurre esercizi per l'aumento del tono muscolare e, contemporaneamente un programma di attività di resistenza per migliorare la capacità aerobica. Nella fase iniziale può essere utile alternare i giorni di allenamento con giorni di riposo o aumentare di qualche minuto ogni giorno il volume di attività fisica quotidiana praticata. In seguito sarebbe opportuno introdurre gradualmente movimenti specifici delle eventuali attività sportive praticate.

Quantità

Fino a quando non sarà possibile riprendere la regolare attività fisica all'aperto e/o in palestra, il suggerimento è quello di mantenere uno stile di vita attivo dedicando almeno 30-45 minuti ogni giorno alla pratica di attività che permettano il mantenimento di un buono stato di salute. Non appena le direttive governative lo permetteranno, la quantità di attività fisica quotidiana potrà essere aumentata fino a rispettare le linee guida internazionali esistenti sull'attività fisica, così come quelle dell'FMSI, che suggeriscono di praticare attività fisica per un totale di 150-300 minuti a settimana, in combinazione con esercizi di tonificazione muscolare e flessibilità.





Intensità

L'intensità del lavoro deve variare a seconda delle condizioni fisiche individuali e dell'età, nonché delle condizioni climatiche, possibilmente aumentandola gradualmente nel tempo. Per le attività di tipo aerobico le linee guida consigliano attività d'intensità moderata per la maggior parte della settimana, con una parte delle singole sedute svolta ad intensità più alta. Tuttavia nelle attuali condizioni d'isolamento potrebbe essere difficile eseguire esercizi di intensità vigorosa e il decondizionamento fisico potrebbe esporre a rischi, compresa la riduzione della risposta del sistema immunitario verso l'infezione. La scelta ideale dovrebbe quindi essere quella di svolgere attività d'intensità moderata, con frequenza cardiaca intorno al 60-70% della massima frequenza cardiaca teorica (generalmente calcolata con la formula: $FC_{max} = 208 - 0.7 \times \text{età}$). Se non si può monitorare la frequenza cardiaca durante l'esercizio, ci si può basare sul livello di fatica percepito, cercando di gestire l'intensità tra leggero e moderatamente intenso (i.e. percepisco lo sforzo impegnativo ma sono in grado di parlare mentre faccio esercizio).



Frequenza

Si consiglia di praticare esercizio fisico nella maggior parte dei giorni della settimana, associando attività aerobiche di moderata intensità in combinazione con esercizi di rafforzamento muscolare e flessibilità due volte a settimana. Dal momento che evidenze scientifiche mostrano effetti negativi sulla salute se si supera la soglia di 6-8 ore al giorno di tempo totale in posizione seduta, sarebbe consigliabile interrompere la sedentarietà ogni 30-60 minuti con attività fisica a bassa intensità o attività quotidiane.

Modalità

I programmi variano a seconda se l'attività fisica viene svolta *indoor* (a casa) o all'aperto (al momento della ripresa autorizzata). Il programma di attività fisica dovrebbe comprendere sia attività per la tonificazione muscolare sia attività aerobica. Per il mantenimento del tono muscolare si possono usare piccoli pesi e/o elastici. Nel caso non fossero a disposizione, si possono praticare esercizi a corpo libero (ad es. piegamenti e flessioni) o sostituire i pesi con oggetti di uso quotidiano (ad es. bottiglie d'acqua, libri, ecc.). Per le attività aerobiche, si possono utilizzare attrezzi per l'home-fitness (ad es. cyclette, tapis roulant, ellittica) oppure marciare sul posto, saltare la corda o utilizzare le scale. Le varie fasi di esercizio o i diversi esercizi possono essere intervallati da fasi di riposo che, con il miglioramento delle condizioni fisiche, possono ridursi di durata. Prima dell'inizio dell'attività fisica è opportuno dedicare 5 minuti allo stretching ed altrettanto dedicare gli ultimi 5 minuti ad una fase di defaticamento con esercizi di allungamento muscolare.



suggerito dalla Fmsi nelle recenti Linee Guida Italiane di Prescrizione dell'Attività Fisica per adulti sani.

Raccomandazioni per la ripresa dell'attività fisica all'aperto

Quando sarà possibile riprendere l'attività fisica all'aperto sarà necessario aumentare gradualmente la quantità di esercizio praticato quotidianamente fino a raggiungere le linee guida indicate. Se il periodo d'isolamento ha comportato un aumento di peso corporeo, sarà assolutamente raccomandato il ritorno al peso forma, abbinando alla ripresa dell'attività fisica anche un regime dietetico controllato, moderatamente ipocalorico e ricco di vitamine e con attenzione ad una appropriata idratazione. Inoltre, potrebbe essere utile una valutazione presso un medico specialista in medicina dello sport per un corretto inquadramento delle proprie condizioni di salute e delle effettive possibilità fisiche, soprattutto per quelle persone con fattori di rischio per malattie croniche o persone in età oltre i 50 anni. Per le persone che sono state affette da coronavirus, dopo il benessere dell'infettivologo ma prima della ripresa dell'attività, è certamente consigliabile una valutazione da parte dello specialista. Nelle fasi iniziali sarà estremamente importante attenersi alle precauzioni suggerite a tutela della salute di tutti. Sarà quindi consigliabile: praticare attività fisica a livello indi-

Norme e raccomandazioni del Governo per tutti gli atleti, professionisti e non

viduale, rispettando le eventuali indicazioni governative;

mantenersi a distanza da altre persone. Considerato che l'attività fisica aumenta la frequenza e la profondità degli atti respiratori e di conseguenza lo spazio percorso dalle goccioline di saliva presenti nel nostro respiro, sarà necessario aumentare la distanza di sicurezza portandola ad almeno 5 metri durante cammino, corsa e altre attività aerobiche come yoga e pilates e ad almeno 20 metri nel caso del ciclismo;

evitare di lasciare in luoghi condivisi con altri gli indumenti indossati per l'attività fisica, ma riporli in zaini o borse personali e, una volta rientrato a casa, lavarli separatamente dagli altri indumenti;

- appena possibile, dopo l'attività fisica, lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone per almeno 20 secondi, sciacquandole ed asciugandole con una salvietta monouso. Se non si ha accesso ad acqua corrente è possibile ricorrere, se sono disponibili, a prodotti di disinfezione;

- bere sempre da bicchieri monouso o bottiglie personalizzate;

- buttare subito in appositi contenitori i fazzolettini di carta o altri materiali usati come cerotti, bende, ecc., (ben sigillati);

- non toccarsi gli occhi, il naso o la bocca con le mani non lavate;

- coprirsi la bocca e il naso con l'incavo del gomito o con un fazzoletto, preferibilmente monouso, ma non con la mano, qualora si tossisca o starnutisca.

Il periodo di lockdown ha sicuramente messo a dura prova la nostra tenuta psicofisica e per molti ha rappresentato un problema di efficienza funzionale del nostro organismo. La Federazione Medico Sportiva Italiana si augura che queste raccomandazioni possano accompagnare i cittadini ad un percorso di riadattamento virtuoso ai corretti stili di vita, contribuendo così alla prevenzione delle malattie.

Antonio Chiacchio
Responsabile UOSD
Medicina dello sport
Asl Napoli 2 nord,
Responsabile settore dipendenza
Sumai

In vista della ripresa anche dell'attività sportiva l'esecutivo, in particolare il Ministro per le Politiche giovanili e lo Sport, ha emanato un protocollo redatto da un'apposita Commissione. Nel documento si precisa che tutti gli esami e i test di seguito riportati devono essere svolti nel rispetto delle raccomandazioni emanate dalla Federazione Medico Sportiva: "Covid-19 e visita medico sportiva di idoneità", pubblicate anche sul sito www.sport.governo.it.

A. ATLETI PROFESSIONISTI (Legge 23/03/81 n.91)

Tutti gli Atleti devono essere in possesso della certificazione di idoneità agonistica (D.M. 18/02/82) in corso di validità e ottemperati gli accertamenti di cui alla legge 23/03/81 n.91. Gli atleti vengono divisi in due gruppi:

1. Atleti Covid + accertati e guariti e atleti che su giudizio del responsabile sanitario abbiano avuto sintomi riferibili tra i quali, a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia.

2. Atleti Covid - e atleti asintomatici nel periodo (non testati). Anche coloro che sono stati a contatto con positivi ma sempre rimasti asintomatici e non testati. Inoltre, e in particolare, staff tecnico/societario o familiari.

- Esame Clinico per tutti effettuato dal Responsabile sanitario, specialista in Medicina dello Sport.

- Tutti gli atleti verranno sottoposti alla ricerca del RNA virale (Tampone o altro test rapido validato) prima della ripresa e comunque al Tempo zero del raduno.

Gli Atleti RNA negativi vengono sottoposti a Test per IgG/IgM/ [IgA]^{^^} (con prelievo venoso).

- Se positivi IgG e negativi IgM/ [IgA], hanno verosimilmente contratto la malattia e sono probabilmente immuni e dovranno essere sottoposti agli accertamenti del Gruppo 1.

- Se positivi IgG e positivi IgM/ [IgA], dovranno ripetere il tamponamento e dovranno essere sottoposti agli accertamenti del Gruppo 1.



ne e dovranno essere sottoposti agli accertamenti del Gruppo 1.

- Se negativi IgG/IgM/[IgA], dovranno periodicamente (ogni 4 giorni) sottoporsi a ricerca RNA virale (Tampone o altro test rapido validato) fino alle disposizioni governative.

Gli Atleti RNA positivi sono infetti e seguono le normali procedure di Covid+ previsti dalle Autorità competenti.

Nel gruppo 1:

1. Test da sforzo massimale con valutazione polmonare (test cardio polmonare) e saturazione O₂ a riposo, durante e dopo sforzo.
2. Ecocardiogramma color doppler.
3. ECG Holter 24hr. Inklusivo di una seduta di allenamento o di sforzo.
4. Esame Spirometria Completo (FVC, VC, MVV).
5. Esami ematochimici.
6. Radiologia polmonare: TAC per Covid+: consigliabile e a giudizio del medico responsabile sanitario.
7. Nulla osta infettivologico alla ripresa (per gli atleti Covid +).



In caso di positività di un atleta, la possibilità di contagio è alta e pertanto tutti coloro che sono venuti a contatto (compagni eventuali di squadra, avversari, staff tecnico, personale, dirigenti, etc) devono seguire le indicazioni e i protocolli definiti dalla Autorità governativa

Gli atleti Covid+ dovranno osservare un periodo individuale di graduale ripresa nei successivi 15 gg prima di iniziare gradualmente gli allenamenti e sotto l'attento controllo del Responsabile sanitario, che a suo giudizio potrà ampliare test ed esami.

Nel gruppo 2:

Se risultano negativi IgG/IgM/ [IgA], dovranno periodicamente (ogni 4 giorni) sottoporsi a ricerca RNA virale (Tampone o altro test rapido validato).

1. Test da sforzo massimale.
2. Ecocardiogramma color doppler.
3. Esame Spirometria Completo (FVC, VC, MVV).
4. Esami ematochimici. Esami ematochimici: Emocromo, ALT/AST, Gamma GT, Creatininemia, CPK isotipi, Troponina, LDH, PT/PTT, INR, Elettroforesi proteica, D-dimero, PCR, Ferritina, IL-6, Esame urine completo.

A ulteriore specificazione: Se il risultato è positivo per IgG e negativo per IgM (con Tampone negativo) vuol dire che hanno contratto il virus in tem-

pi remoti e hanno anticorpi e non sono verosimilmente infettanti. Quindi possono riprendere, ma devono rientrare nel gruppo 1.

Se sono IgM/ [IgA] positivi, devono sottoporsi a un nuovo test per l'RNA virale (il tampone, o, altro test rapido validato). IGM/ [IgA] positivi hanno alte probabilità di non essere più infettanti (le IgM/[IgA] si trovano però anche alla fine del periodo infettante in soggetti asintomatici).

Se IgG e IgM/ [IgA] negativi, dovranno periodicamente (ogni 4 giorni) sottoporsi a ricerca RNA virale (Tampone o altro test rapido validato) e rientrano nel Gruppo 2.

B. ATLETI DILETTANTI

Tutti gli Atleti devono essere in possesso della specifica certificazione di idoneità agonistica (D.M. 18/02/82) o non agonistica (D.M. 24/04/13) o di particolare ed elevato impegno cardiovascolare (D.M. 24/04/13), in corso di validità. Gli atleti vengono divisi in due gruppi in base all'autodichiarazione attestante la presenza ovvero l'assenza di infezione da Sars-COV-2 e di rischi di contagio per gli altri per quanto di propria conoscenza:

1. Atleti Covid+ accertati e guariti e atleti che abbiano avuto sintomi riferibili tra i quali, a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia.
2. Atleti Covid- e atleti asintomatici nel periodo della pandemia. Per gli Atleti di cui al Gruppo 1, si

esegue lo stesso screening previsto per gli Atleti Professionisti Covid+ e sintomatici di cui sopra.

Gli atleti Covid+ dovranno osservare un periodo individuale di graduale ripresa nei successivi 15 gg prima di iniziare gradualmente gli allenamenti e sotto l'attento controllo del Medico sociale o, in assenza, del Medico di Medicina Generale. Il Medico potrà, a suo giudizio, ampliare test ed esami.

Negli Atleti d'élite, durante gli allenamenti intensivi e le gare, gli elevati flussi respiratori oronasali, con componente orale al 60%, compromettono l'azione di filtro dei microorganismi del tratto respiratorio superiore, favorendo l'inalazione profonda di molti irritanti, allergeni e agenti infettanti.

Compreso il Sars-CoV-2, che può giungere rapidamente e facilmente nelle aree più profonde dei polmoni (bronchioli alveolari e alveoli) e da lì iniziare la propria azione distruttiva. Inoltre, i livelli di IgA salivare, importanti per contrastare le infezioni delle alte vie respiratorie, si abbassano negli atleti durante e dopo gli allenamenti e le gare.

Il rationale è ben spiegato nel recente lavoro online: Matricardi P., Dal Negro R., Nisini R., The First, Comprehensive Immunological Model of Covid-19: Implications for Prevention, Diagnosis, and Public Health Measures. Preprints 2020, 2020040436.

Tutto ciò porta a due considerazioni.

La prima: chi ha avuto la malattia, indipendentemente che sia stata severa o lieve, DEVE essere sottoposto a valutazione polmonare [spirometria completa (FVC, VC, MVV)] e preferibilmente a TAC polmonare, come già indicato.

La seconda: in caso di positività di un atleta, la possibilità di contagio è alta e pertanto tutti coloro che sono venuti a contatto (compagni eventuali di squadra, avversari, staff tecnico, personale, dirigenti, etc) devono seguire le indicazioni e i protocolli definiti dalla Autorità governativa.

Realtà e professionalità diverse, ma stessi problemi e stessa passione

Sono i giovani del Sumai che raccontano la loro esperienza professionale in questa crisi. Tra difficoltà lavorative, mancanza di Dpi e amore per il proprio lavoro che li porta a superare i problemi e a credere che, nonostante tutto, quella scelta sia ancora la miglior professione al mondo

Elena Bosco
referente
Sumai Giovani,
Sostituta
Odontoiatra
specializzanda
in Ortognatodonzia

“La sanità torni a noi che siamo i sanitari, gli amministrativi facciamo gli amministrativi” e ancora “sarà difficile un cambiamento radicale se la politica non si metterà al servizio della Sanità, e non il contrario com’è accaduto fino ad oggi”. Questo in sintesi è il pensiero di **Massimo Campagna**, giovane veterinario che lavora a Latina, iscritto al Sumai, il quale ci racconta la sua esperienza “negativa” in questi mesi di crisi sanitaria dovuta al Coronavirus.

“Durante l'emergenza – dice – gli specialisti veterinari impegnati in prima linea per il controllo della sanità pubblica e della prevenzione delle malattie alimentari e zoonotiche hanno constatato con mano tutte le inadempienze del Servizio pubblico, o meglio di chi lo amministra. La mia esperienza è stata decisamente negativa avendo vissuto da vicino le incompetenze varie di chi amministra la sanità e di chi deve prendere decisioni importanti non solo quando si tratta di soldi ma anche e soprattutto di salute.

Per quanto mi riguarda soltanto il 19 Maggio, quindi dopo due mesi, ho ricevuto le mie prime cinque mascherine chirurgiche, un camice monouso e un paio di occhiali che sicuramente non potrò usare sotto i quaranta gradi mentre controllo mandrie di animali. “All’inizio della crisi ho subito messo in guardia la nostra dirigenza dell’im-



possibilità di lavorare in cinque, in un ufficio di venti metri quadri, senza mascherine, ho chiesto quindi di poter lavorare da casa per chiamata e recarmi direttamente nelle aziende per svolgere il lavoro. Ho chiesto qualche giorno di congedo per stare con i miei tre figli minori e mi è stato negato e quando mi sono presentato a lavoro con mascherina e guanti mi hanno addirittura preso in giro. Dopo qualche giorno siamo venuti a sapere che il collega che mi sostituiva era risultato positivo al Covid-19. Da quel momento si sono allarmati tutti, hanno sanificato gli uffici e hanno fatto il tampone ai quattro colleghi. Il veterinario positivo è uscito dall’isolamento domiciliare soltanto dopo 45 giorni. Siamo stati fortunati a non ammalarci poiché ci siamo trovati a lavorare senza presidi sanitari.

“Sotto l’aspetto professionale c’è stato un rallentamento delle attività visto che ci è stato chiesto di evitare le attività differibili, ma ad oggi che si sta tornando alla normalità non esiste, almeno nella mia ASL, un protocollo da seguire; non ci sono direttive chiare e soprattutto i presidi sanitari risultano ancora insufficienti. Per uno come me che visita almeno dieci aziende a settimana, incontrando circa 70 persone tra proprietari, lavoratori e colleghi direi che è un miracolo se ancora non sono stato contagiato. “L’esperienza della crisi fino ad ora credo ci abbia portato un po’ a riflettere sull’essenzialità del nostro lavoro e sul ruolo dei sanitari, ma resto convinto che sarà difficile un cambiamento radicale se la politica non si metterà al servizio della Sanità, e non il contrario com’è accaduto fino ad oggi.

Per evitare di ripetere gli errori commessi credo sia necessario un “azzeramento” e un ritorno alle competenze per cui la sanità torni a noi che siamo i sanitari, gli amministrativi facciano gli amministrativi.

“Una famiglia ben coordinata e unita”. È così che **Federico Neri**, giovane psicologo che opera nel penitenziario di Reggio Emilia descrive la sede del Sumai della sua provincia e di questo ringrazia il lavoro della coordinatrice, Paola Franceschetti, che ha “creato un gruppo di supporto con tutti i sumaisti del territorio reggiano con cui sono state condivise le esperienze giornaliere”.

“Nel penitenziario in cui opero – continua Neri – la situazione è stata complessa perché quello che hanno vissuto i cittadini è stato sentito in maniera esponenziale.

Ci sono stati malumori che hanno creato rivolte, gli psicologi hanno però continuato a lavorare per prestare soccorso sia ai detenuti che al personale sanitario e alla polizia penitenziaria, fortemente sotto stress. I detenuti avevano timore di morire dentro una ‘gabbia’ senza riuscire a poter vedere i propri cari. “Dal punto di vista dell’organizzazione devo invece lamentare anche qui in Emilia Romagna la mancanza di dispositivi che quando sono arrivati sono arrivati in quantità ridotta e in netto ritardo rispetto alla crisi. “Sotto l’aspetto professionale sono però soddisfatto di essermi reso utile. La coordinatrice Paola Franceschetti, cardiologa e segretaria provinciale Sumai di Reggio Emilia, è stata molto presente e dunque si è creato un gruppo di supporto con tutti i sumaisti del territorio reggiano con cui sono state condivise le esperienze giornaliere: una famiglia ben coordinata e unita.

“Ora – conclude – la situazione sanitaria è decisamente più tranquilla”.

Segue a pagina 34

La Banca del Plasma del Veneto contro il Coronavirus

Partite le lettere indirizzate ai pazienti che sono guariti dal coronavirus per invitarli a donare il proprio sangue. La lettera sarà inviata a 3.000 cittadini veneti. L’iniziativa è stata voluta da Zaia

Antonio Ildo Fania
Coordinatore Area
Medicina generale

“La Regione Veneto richiede cortesemente la collaborazione della popolazione per compiere un ulteriore passo sul cammino della sfida alla pandemia da virus Sars-COV-2 che è responsabile della malattia Covid 19. Negli ospedali della nostra regione, e in particolare nell’AodP, che ha assunto ruolo di centro coordinatore, è in atto la sperimentazione della trasfusione ai pazienti con forma grave di Covid-19 del plasma raccolto dai pazienti guariti dalla stessa malattia che hanno prodotto nel loro organismo degli anticorpi in grado di neutralizzare il virus. I confortanti risultati ottenuti nel decorso clinico dei pazienti così trattati ci ha dato la forza per sostenere e avviare la ricerca delle persone che hanno superato la malattia e potrebbero diventare sorgente benefica donando un po’ del loro plasma”.

Questo il testo della lettera con cui la giunta Zaia chiede ai veneti, guariti dal coronavirus, di collaborare donando il proprio sangue allo scopo di creare la prima banca del plasma in Italia per battere il Covid 19. Infatti, a partire dallo scorso mese di aprile, la Regione Veneto ha iniziato una sperimentazione dalla quale è emerso che i pazienti che hanno avuto la malattia sviluppano anticorpi specifici neutralizzanti in grado di inibire l’infezione causata dal Coronavirus. L’efficacia



del risultato dipende dal quadro clinico generale. La persona per donare il plasma deve aver contratto la malattia. Se ha avuto solo il tampone positivo, ma senza sintomi, non è idonea a donare il plasma. Infatti, negli asintomatici la quantità di anticorpi non è sempre sufficiente per curare il malato. Le sacche dei donatori, 600ml, che stanno aderendo all’iniziativa verranno conservate per 2 anni a - 30°C presso il Centro Immunotrasfusionale dell’Azienda Ospedale Università di Padova che rappresenterà il Punto unico regionale di raccolta e conservazione del plasma.

Al fine di costruire una vera e propria Banca del Plasma la Regione Veneto ha avviato una campagna di comunicazione per implementare l’adesione da parte dei soggetti guariti da Covid-19. Le ULSS del Veneto in collaborazione con la Medicina Generale hanno iniziato ad inviare una lettera a chi ha contratto la malattia invitandolo a recarsi presso il centro trasfusionale della propria città per poter aiutare concretamente la guarigione di altri pazienti. I Medici di Medicina Generale si attiveranno con ogni possibile mezzo per il reclutamento dei loro pazienti convalescenti allo scopo di implementare l’accettazione alla raccolta del plasma.



La gestione del laboratorio di biologia

L'esperienza del laboratorio di biologia molecolare nell'Asl Roma 2 in grado di rispondere alle richieste dell'Ospedale Pertini e a quelle esterne provenienti da tutto il territorio dell'Azienda che conta circa 1.300.000 assistiti

A novembre 2019, forse anche prima già ad ottobre, il nuovo coronavirus Sars-CoV-2 comincia a circolare in Cina, in particolare a Wuhan, la città più popolata dell'Est Asiatico.

La prima data ufficiale in cui inizia la storia del nuovo coronavirus è il 31 dicembre 2019, in cui le autorità sanitarie locali danno notizia di casi di polmoniti anomale.

L'11 febbraio 2020 l'Oms attribuisce un nome alla nuova malattia causata dal coronavirus: Covid-19.

In Italia i primi casi riscontrati, il 29 gennaio 2020, riguardano due turisti cinesi provenienti da Wuhan.

Il 21 febbraio 2020 emergono diversi casi di coronavirus in Lombardia: si tratta di un nuovo focolaio che coinvolge persone non provenienti dalla Cina.

L'11 marzo 2020 l'Oms dichiara lo stato di pandemia, facendo appello alle Nazioni di mettere in atto tutte le possibili misure preventive per contrastare la diffusione del virus.

Presso l'Ospedale Sandro Pertini di Roma tutto è cominciato i primi di marzo quando il Primario della UOC

a cura di
Michela Visca¹,
Sara Romano¹,
Roberta Longo¹,
Nicoletta Gagliardi¹,
Elena Barrese¹

¹ Specialista ambulatoriale ASL Roma 2, Ospedale Sandro Pertini

di Microbiologia e Virologia e la Responsabile del laboratorio di Biologia Molecolare hanno integrato un settore Sars CoV-2 nel laboratorio di Biologia Molecolare dell'ospedale. Il 18 marzo 2020 ha preso il via il nuovo percorso diagnostico, inizialmente in grado di analizzare circa 200 tamponi al giorno e oggi capace di raggiungere e superare i 700 test. Il laboratorio, appartenente alla rete CoroNet della Regione Lazio, è operativo h12 e ha una strumentazione per il trattamento dei tamponi che allo stato attuale prevede l'uso di tre metodiche. Due test vengono integrati per processare il numero maggiore possibile di campioni nelle 12 ore (occorrono circa 4 ore per ogni seduta di lavoro da 40 o 94 campioni a seconda dello strumento). Vi è inoltre la possibilità d'impiegare una metodica rapida (4 campioni ogni 50 minuti circa) che consente di analizzare i casi urgenti provenienti dal pronto soccorso e dai reparti dell'Ospedale Sandro Pertini.

Il settore Sars CoV-2 oggi è in grado di rispondere alle richieste dell'Ospe-

dale Sandro Pertini e a quelle esterne provenienti da tutto il territorio della ASL Roma 2, che conta circa 1.300.000 assistiti. I tamponi effettuati nel territorio di competenza riguardano tutti gli operatori sanitari e i casi/contacti domiciliati nei 6 distretti della Asl, comprese strutture come le RSA e i centri d'accoglienza. I risultati vengono prodotti e inviati nel più breve tempo possibile in modo da individuare e interrompere quanto prima le catene di contagio territoriali.

Ogni 24 ore i dati di laboratorio vengono inseriti nella piattaforma regionale sorveglianza Covid-19 di raccolta dati, al fine di integrare gli esiti dei tamponi con i dati clinici e poter monitorare la popolazione selezionata. La squadra Covid dell'Ospedale Sandro Pertini è composta da 6 biologi e 10 tecnici di laboratorio. Il gruppo dei biologi comprende 6 laureate e specializzate in Microbiologia e Virologia, di cui 5 con contratto Sumai; di queste, una è a completamento orario, mentre le altre 4 sono a tempo parziale. Nelle ultime settimane si è





Esame delle macchie di mucosa. Studio dei virus nell'espettorato dei polmoni. Test per infezione da influenza o coronavirus

Le terapie sperimentali



aggiunta al gruppo una biologa specializzata, assunta temporaneamente per l'emergenza.

Nel percorso lavorativo della squadra Covid sono state affrontate molte emergenze (Sars-CoV, influenza suina, WNV) e dal 2007 il gruppo partecipa alla gestione delle donazioni di sangue di tutta la Regione Lazio, refertando ogni giorno le analisi molecolari per HBV, HCV e HIV che servono per la validazione biologica del sangue da trasfondere.

Forte di questa profonda esperienza nell'ambito della Biologia Molecolare, il gruppo è riuscito in breve tempo ad ottimizzare il flusso di lavoro, grazie anche all'istituzione di due turni nell'arco della giornata, sette giorni su sette.

Questa nuova sfida lavorativa ha fatto emergere il lato migliore di ogni professionista coinvolto nel processo, nonostante le vite di tutti siano state travolte sia dal punto di vista professionale che personale.

Tiziana Guastafierro
Specialista
ambulatoriale ASL
Roma 2, Ospedale
Sandro Pertini

Il ruolo del laboratorio di Patologia Clinica HUB 1 dell'Ospedale Sandro Pertini di Roma che ha svolto un'azione coadiuvante nell'individuazione di cure sperimentali

Nelle primissime fasi della pandemia Covid-19 l'Aifa, nell'ambito del piano nazionale di gestione dell'emergenza, ha autorizzato l'uso *off-label* di alcuni farmaci tra cui la cloroquina o in alternativa l'idrossicloroquina e il tocilizumab. Il laboratorio di Patologia Clinica dell'Ospedale Sandro Pertini di Roma (che nel frattempo era divenuto Covid-hospital) ha svolto un'azione coadiuvante le terapie sperimentali attraverso la determinazione dell'attività cinetica dell'enzima glucosio-6-fosfato deidrogenasi (G6PDH) e, in seguito, il dosaggio e il monitoraggio dell'interleuchina-6 (IL-6).

La cloroquina è un farmaco normalmente impiegato per la prevenzione

e il trattamento della malaria, mentre l'idrossicloroquina è utilizzata nel trattamento dell'artrite reumatoide e il lupus eritematoso sistemico. Alla luce di alcuni studi, che avevano dimostrato l'attività antivirale dei due farmaci nei confronti dei virus della Sars e dell'influenza aviaria, si è deciso di testarne l'azione nel trattamento della Covid-19 data la sua capacità di inibire la replicazione del virus Sars-CoV-2 in vitro.

L'uso di cloroquina e idrossicloroquina impone, però, l'esigenza di valutare l'attività cinetica dell'enzima G6PDH. Infatti, la carenza di G6PDH determina una maggiore difficoltà a metabolizzare le specie reattive dell'ossigeno, sviluppando in alcuni casi gravi forme di anemia emolitica. Tali crisi emolitiche sono determinate da fattori scatenanti quali l'ingestione di fave o l'assunzione di farmaci con azione ossidante tra cui la cloroquina e l'idrossicloroquina.

Considerando che il deficit di G6PDH è una condizione endemica nel no-

Segue a pagina 34

Segue da pagina 31

Realtà e professionalità diverse, ma stessi problemi e stessa passione

la, e conseguentemente anche il picco emotivo vissuto nei mesi scorsi si è allentato. Nelle strutture detentive restano però i controlli con presa della temperatura all'ingresso, stick sierologico ogni 15-20 giorni per la tutela dei pazienti, che essendo reclusi, sono i evidentemente anche i più sani".

Infine vorrei portare la mia esperienza di giovane sostituta odontoiatra specializzanda in ortognatodonzia. Il lockdown, purtroppo, ha annientato la maggior parte delle attività ambulatoriali per via del possibile contagio diretto ad eccezione di quelle urgenti e brevi. Tra le branche più colpite l'odontoiatria, già messa sotto pressione da tempo, soprattutto in alcune regioni. Infatti, il tipo di trasmissione del virus, attraverso droplets, rende difficile l'espletamento delle prestazioni ad eccezione dell'emergenza-urgenza. Questo non ha fatto altro che aumentare esponenzialmente le già lunghe liste d'attesa.

E così le difficoltà incontrate hanno costretto alcuni pazienti a riversarsi nel bacino privato, cosa che a mio avviso non dovrebbe accadere specie per quella fetta di popolazione che per necessità si rivolge costantemente al Sistema Sanitario Nazionale.

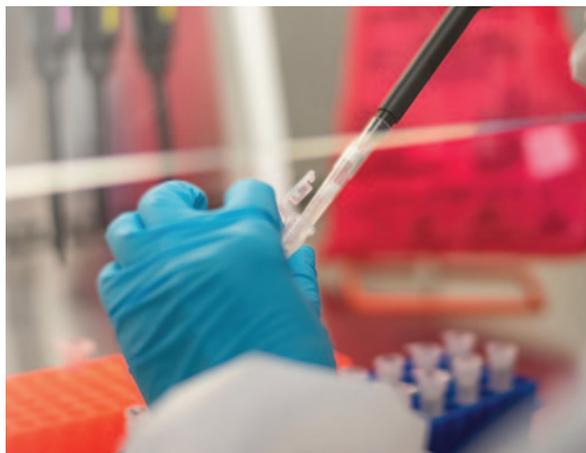
Le difficoltà dell'odontoiatria nel settore privato e pubblico si sono riscontrate in egual maniera con la differenza che nel primo caso la ripartenza è stata meno faticosa e drammatica.

La riduzione delle attività odontoiatriche, il riavvio affannato e a macchia di leopardo post covid, la marginalizzazione di questa specialistica presa sempre meno in considerazione, mette questa branca prossima all'estinzione dal Ssn.

Per questo credo sia fondamentale trovare presto degli accorgimenti per arrestarne la rapida discesa. Altrimenti il Ssn, già fortemente indebolito da questa crisi, rischia di perdere del tutto l'odontoiatria pubblica e questo, se dovesse accadere, sarebbe un'amara sconfitta per il sistema sanitario nel suo insieme.

Segue da pagina 33

Le terapie sperimentali



Evidente l'importanza della sinergia tra il clinico e il laboratorista e più in generale il ruolo della diagnostica di laboratorio

stro paese, stabilirne lo status è fondamentale per garantire la corretta gestione del paziente Sars-CoV-2 positivo prima di intraprendere il trattamento farmacologico. Sono pervenute presso il nostro laboratorio numerose richieste per il dosaggio dell'attività di G6PDH negli eritrociti di pazienti Covid-19 positivi. L'analisi condotta su sangue intero, utilizzando il kit Sentinel sul sistema integrato Vitros 5600 (Ortho Clinical Diagnostics), ha permesso di individuare una carenza dell'attività cinetica di G6PDH nel 21% dei pazienti, nel 15% dei pazienti abbiamo riscontrato valori intermedi, mentre il restante 64% ha mostrato valori normali (valori di riferimento 10,10-14,19 U/gHb). Ad ogni modo, l'uso di clorochina/idrossicloroquina nel trattamento del Covid-19 è stato fortemente dibattuto, in quanto non è chiaro il rapporto benefici/effetti collaterali della terapia. Nel frattempo l'AIFA ha dato il via libera allo studio di fase III per testare gli effetti del tocilizumab nei pazienti affetti da Covid-19. Il tocilizumab è un anticorpo monoclonale umanizzato, attivo contro il recettore dell'IL-6. Si tratta di un farmaco immunosoppressore utilizzato principalmente per il trattamento dell'artrite reumatoide. L'IL-6 e altri componenti della cascata infiammatoria contribuiscono alla difesa dell'ospite contro le infezioni tuttavia, mentre in alcuni pazienti l'infezione

da Sars-CoV-2 induce la produzione di una quantità di citochine infiammatorie moderata, in altri la sintesi di IL-6 è esagerata e può portare a una risposta infiammatoria sistemica acuta grave, nota come sindrome da rilascio di citochine (CRS).

Quindi il tocilizumab gioca un ruolo chiave interrompendo la tempesta di citochine che si instaura in questi pazienti.

Presso il nostro laboratorio sono state determinate le concentrazioni sieriche di IL-6 circolante su una coorte di pazienti, prima di intraprendere il trattamento farmacologico. I dosaggi sono stati successivamente ripetuti su ciascun paziente approssimativamente ogni 24/48 ore per monitorare gli effetti della terapia, utilizzando l'IL-6 (Mono Poly) kit su strumento Immulite 2000 (Siemens Medical Solutions-Diagnostics).

Abbiamo osservato che circa l'80% dei pazienti affetti da Covid-19 mostrava valori di IL-6 superiori ai valori di riferimento (7 pg/mL) al momento del ricovero, di questi circa il 36% aveva valori che superavano di 5-10 volte il valore minimo rilevabile. In linea con la letteratura, in alcuni casi abbiamo osservato un drastico aumento dei livelli di IL-6 (correlato all'aggravamento dello stato ematochimico del paziente) fino a circa 4 volte i valori riscontrati al momento del ricovero, prima di ritornare a livelli prossimi a quelli iniziali. Il monitoraggio della concentrazione dell'IL-6 nel decorso della malattia da Sars-Cov-2 è di notevole importanza in quanto l'efficacia del trattamento farmacologico viene valutata sulla base della risposta clinica, radiologica e dei marcatori ematochimici, ivi incluso l'andamento delle concentrazioni sieriche di IL-6.

In questo scenario, è risultata ancora una volta evidente l'importanza della sinergia tra il clinico e il laboratorista e più in generale il ruolo della diagnostica di laboratorio, peculiare per favorire la diagnosi di Covid-19 e fondamentale nella sorveglianza sanitaria, anche con finalità epidemiologiche.

L'Odontoiatria Speciale: un'eccellenza della specialistica ambulatoriale

Questa nuova opera editoriale, la prima nel suo genere nel panorama didattico, pensata dalla S.I.O.H. (Società Italiana di Odontoiatria per Handicap), fortemente voluta dal suo Presidente Marco Magi, ci offre l'occasione di raccontare di numerosi esempi in tutta Italia, dove la specialistica ambulatoriale, sia integrata all'interno di strutture ospedaliere che in attività territoriali, ha prodotto progetti fortemente innovativi di erogazione di prestazioni ad alto contenuto professionale e ad alta valenza sociale. Si tratta di servizi capaci di integrare l'approccio preventivo alla cura mirata delle patologie orali nella popolazione con disabilità e di affrontare come una nuova sfida l'assoluta complessità e comorbilità che questo tipo di assistenza richiede

Tra i numerosi coautori, oltre 150, molti sono gli specialisti ambulatoriali che hanno promosso in tutta Italia la creazione di servizi odontoiatrici dedicati; esempio dell'efficace sinergia che si può creare tra la funzione di promozione di salute propria delle strutture ambulatoriali e la potenzialità terapeutica complessa propria di una struttura ospedaliera.

Nella progettazione del piano di trattamento odontoiatrico di un soggetto fragile non si può prescindere dalla promozione della salute orale nonché dall'apprendimento e dall'adesione ad uno stile di vita sano e ciò rappresenta il cardine su cui far ruotare l'attività. L'attività terapeutica va integrata con un lavoro d'informazione capillare di educazione e motivazione rivolto ai pazienti, alle famiglie e agli operatori socio sanitari. L'obiettivo non è solo ridurre il rischio malattia in una popolazione dove la mancanza di collaborazione del paziente rende



Elena Pozzani
Specialista
Ambulatoriale ULSS
9 Scaligera-Regione
Veneto,
Servizio di
Odontostomatologi
a per Disabili
Segretario
Nazionale SIOH
(www.sioh.it)



Anna Patrizia Ucci
Specialista
ambulatoriale asst-
pg23 Bergamo
Servizio di
Odontoiatria per
Pazienti Disabili
Vice-segretario
provinciale Sumai-
Bergamo
Socio attivo SIOH
(www.sioh.it)
Consigliere
Nazionale AISOD
(www.aisod.it)



il trattamento odontoiatrico (di per sé un atto semplice), complesso e rischioso, ma soprattutto i far diventare l'esperienza di approccio e terapeutica uno dei numerosi percorsi di apprendimento sensoriale e con un profondo valore educativo ed evolutivo, comportamentale, responsabilizzante ed autonomizzante per la vita complessiva del paziente, anche nella relazione con la sua famiglia ed i caregivers. La SIOH, Società Italiana di Odontostomatologia per l'Handicap, fondata ad Arezzo nel 1985, rappresenta un riferimento importante nel nostro Paese per l'aggiornamento scientifico degli odontoiatri che operano sia in ambito pubblico, che privato, dedicandosi alla cura orale di soggetti con disabilità. SIOH dedica le sue energie all'aggiornamento e approfondimento professionale in materia di "Odontoiatria Speciale", cioè alla prevenzione e cura odontoiatrica di soggetti di tutte le età affetti da

disabilità intellettiva, medica, fisica, psichica o psichiatrica e lo fa organizzando annualmente decine di eventi scientifici su tutto il territorio nazionale (aggiornamento continuo su www.sioh.it).

La “Special Care Dentistry” è una branca specialistica dell’odontoiatria che richiede competenze particolari per affrontare pazienti “special needs”.

Di recente SIOH ha realizzato un obiettivo ambizioso, la pubblicazione del “**MANUALE DI ODONTOIATRIA SPECIALE SIOH**” (ed. EDRA), presentato al XX Congresso Nazionale SIOH di Torino, lo scorso novembre. Il Manuale approfondisce le seguenti tematiche: disabilità e fragilità sanitaria; disabilità e odontoiatria speciale; approccio psicologico al paziente con disabilità e fragilità sanitaria; trattamenti odontoiatrici nel paziente con patologie sistemiche e, a conclusione della pubblicazione, c’è uno spazio importante dedicato al futuro dell’odontoiatria speciale. SIOH ha potuto avvalersi della preziosa collaborazione di numerosi professionisti che in Italia, a vari livelli e in un’ottica multidisciplinare, si occupano quotidianamente delle cure mediche e odontoiatriche del soggetto con fragilità sanitaria e/o malattie croniche invalidanti: dal piccolo paziente in età evolutiva, all’anziano istituzionalizzato affetto da pluripatologie e in trattamento con terapie farmacologiche multiple.

Nel Manuale vengono approfondite le patologie croniche invalidanti di interesse odontoiatrico dalle patologie congenite (genetiche o cromosomiche) alle patologie acquisite; dalle malattie rare alle malattie autoimmuni fino a tutte le patologie di interesse internistico che possono interferire con le cure odontoiatriche.

La progettazione del manuale si è basata su un’approfondita valutazione della letteratura scientifica disponibile con particolare attenzione sia alle review relative alle problematiche odontoiatriche che rappresentano comorbidità delle singole patologie; sia ai

protocolli clinici che la letteratura consiglia nel paziente con Special Needs. La ricchezza dell’opera è rappresentata dal “fattore umano”, cioè dalla pratica clinica dei numerosi coautori che da anni, su tutto il territorio nazionale, si impegnano perché l’Odontoiatria Speciale venga riconosciuta come parte imprescindibile del percorso riabilitativo medico dei pazienti con Special Needs.

Attualmente in Italia non esistono percorsi formativi specifici per i giovani odontoiatri che si vogliono occupare di Odontoiatria Speciale. Tale opera vuole dunque essere un manuale di facile consultazione per l’odontoiatra che debba affrontare quotidianamente, come noi specialisti ambulatoriali, pazienti affetti da patologie croniche invalidanti ed è rivolta in particolare ai giovani odontoiatri, affinché comprendano che la cura odontoiatrica ha sì una dignità medica ed uno scopo curativo ma soprattutto preventivo.

Lo specialista ambulatoriale, che sceglie di occuparsi di pazienti “special needs”, necessita di doti umane unite alla capacità professionale per potersi relazionare in modo empatico con pazienti e caregivers; deve saper lavorare in modo costruttivo in gruppo per collaborare in modo propositivo con gli uffici dell’Azienda Sanitaria referenti per la sua attività, ma anche nell’ambito del suo gruppo di lavoro formato dai colleghi odontoiatri, dagli altri specialisti ambulatoriali, dai riabilitatori (logopedisti, fisioterapisti), infermieri professionali e operatori socio-sanitari; nuove figure professionali, che in futuro entreranno con forza sempre maggiore nel team di lavoro, sono gli igienisti dentali e le assistenti di studio odontoiatrico (Aso).

Fondamentale, per il successo della cura odontoiatrica nel soggetto con disabilità, è anche la predisposizione alla relazione multidisciplinare con gli altri colleghi che hanno in carico il paziente a cominciare dal curante fino ai colleghi ospedalieri e ai colleghi dei centri di ricerca universitari, ai quali ci si potrà rivolgere in caso il paziente necessiti di cure di più alto profilo. Lo

specialista deve saper garantire al paziente la massima sicurezza e minimizzare le potenziali complicanze sapendo quando è il caso di demandare la cura ad altri colleghi più esperti oppure ad altre strutture. Ciò è ancor più vero nell’ambito dell’odontoiatria speciale, a causa della grande molteplicità di richiesta di cura del paziente special needs, che va dal piccolo paziente con patologie congenite o acquisite, dove frequenti sono i dismorfismi facciali e le alterazioni delle funzioni neuro-muscolari orali, fino alla persona adulta con disabilità. Inoltre nel paziente della Terza età si riscontrano spesso tutte le problematiche legate al peggioramento delle funzioni orali legate all’edentulismo parziale o totale.

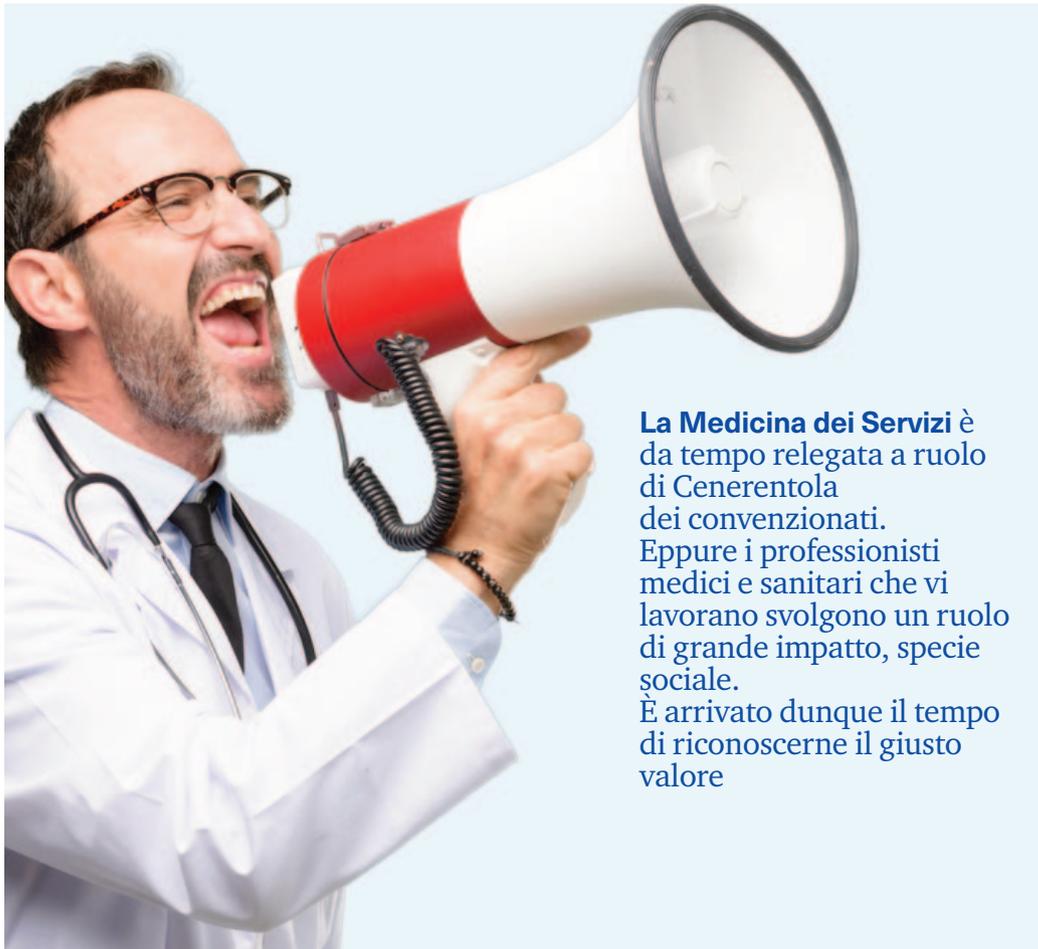
Lo specialista ambulatoriale odontoiatra deve saper programmare il piano di cura in base alle possibilità collaborative del paziente e organizzare eventuali sedute di cura in sedazione/narcosi, quando la cura ambulatoriale sia impossibile o sconsigliata (sedute demandate a colleghi ospedalieri o in cui lo specialista stesso può essere il primo operatore, se la sua sede di lavoro è adeguata), avendo però prima dedicato più sedute alla desensibilizzazione del paziente: in particolare, i piccoli pazienti possono quasi sempre essere efficacemente indotti alla collaborazione con tempo ed adeguato approccio psico-comportamentale.

In un momento complesso come questo (che porterà inevitabilmente ad un processo di rideterminazione delle politiche assistenziali in campo odontoiatrico con sempre maggior attenzione alla prevenzione delle patologie orali attraverso strategie mirate di intervento per categorie e fasce d’età), l’assistenza alla fragilità si pone ad esempio di una medicina specialistica ambulatoriale al centro di un sistema erogativo pubblico di alta valenza sociale, professionalità e coerente allocazione di risorse.



In un momento complesso come questo l’assistenza alla fragilità si pone ad esempio di una medicina specialistica ambulatoriale al centro di un sistema erogativo pubblico di alta valenza sociale, professionalità e coerente allocazione di risorse

Non siamo figli di una sanità minore



La Medicina dei Servizi è da tempo relegata a ruolo di Cenerentola dei convenzionati. Eppure i professionisti medici e sanitari che vi lavorano svolgono un ruolo di grande impatto, specie sociale. È arrivato dunque il tempo di riconoscerne il giusto valore

Carissimi, quando ho ricevuto dal Comitato di redazione l'invito a scrivere sullo stato dell'arte del nostro settore, piuttosto che un articolo che parlasse delle cose che vanno bene, poche in verità, e di quelle che non vanno bene, molte di più purtroppo, ho pensato di rivolgermi direttamente a Voi con questa lettera.

In primo luogo lo faccio perché voglio esprimervi l'ammirazione e il rispetto che provo per il nostro servizio in questa terribile pandemia che ancora

Rosanna Petrangeli
Segretario organizzativo settore medicina dei Servizi

stiamo vivendo.

So che spesso il nostro impegno è vissuto come minore rispetto ad altri compiti più blasonati o meglio accreditati, ma ciò non toglie che noi siamo medici come tutti gli altri capaci di cose nobili e generose come tutti gli altri colleghi e, in quest'occasione, lo abbiamo dimostrato e questo deve renderci fieri.

Tutti siamo rimasti al nostro posto, ognuno ha continuato a fare quello che doveva, nessuno, che io sappia,

si è nascosto anche se più di tanti altri, siamo stati esposti al rischio, consapevoli di esserlo.

Con gli scarsi mezzi che ci sono stati dati, almeno nei primi tempi, abbiamo mantenuto le nostre posizioni, difeso la nostra trincea, fatto onore al nostro ruolo e qualcuno purtroppo, come avrete saputo, fino all'estremo sacrificio.

Proprio noi che spesso siamo considerati figli di un Dio minore, un po' funzionari e un po' sanitari senza particolari qualifiche. Eppure tanti fra noi possiedono specializzazioni e hanno scelto di rimanere convenzionati proprio perché desideravano non essere solo medici di istituto ma anche esercitare la professione curando il Paziente.

Certamente per chi come me ha compiuto questa scelta, continuare a vedere giorno per giorno i propri assistiti ha rappresentato una straordinaria occasione per valorizzare la propria umanità, per sentirsi più vicini alla gente che vive e racconta le proprie esperienze e le proprie sofferenze svolgendo un ulteriore servizio alla comunità, oltre il suo prezioso lavoro di istituto.

E questo orgoglio che sento per il nostro lavoro mi ha portato a protestare a nome della categoria quando un Direttore di una delle Aziende di Roma ho disposto di far effettuare il tampone a tutti i medici dell'Azienda, dimenticandosi proprio di noi.

E che questa sia stata una dimenticanza, o un mero refuso, poco importa. Noi, grazie al nostro spirito di corpo e grazie al Sumai, abbiamo la voce per farci sentire e così faremo, come già stiamo facendo in questi giorni, in quelli che, speriamo migliori verranno.

Non ci stancheremo di chiedere condizioni di lavoro più giuste e meglio retribuite perché al di là e oltre le belle parole chiediamo concrete prove di rispetto.

Con questo pensiero vi saluto augurandovi di cuore buon lavoro e buona fortuna.

Segue da pagina 19

L'attività di formazione dell'Istituto Superiore di Sanità nel corso dell'emergenza sanitaria

sioni sanitarie, i materiali del corso sono stati resi disponibili in formato pdf ed il corso erogato in modalità off-line.

Il corso Fad intitolato "Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza Covid-19" è stato invece realizzato adattando e integrando al contesto italiano il corso dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms): "*Infection Prevention and Control (IPC) for novel coronavirus (Covid-19)*". Sempre attraverso la piattaforma Eduiss sono state offerte tre diverse edizioni rivolte agli operatori maggiormente esposti al rischio di contagio da Sars CoV-2: professionisti con obbligo Ecm, Oss, Osa, Assistenti sociali. Il corso è stato organizzato in 8 moduli articolati in materiali di lettura e tutorial, con periodo di erogazione compreso da 30 marzo 2020 – 28 settembre 2020. Solamente nei primi due mesi di erogazione i corsi hanno registrato complessivamente più di 150 mila iscritti con circa 20-22 mila iscrizioni settimanali durante il primo mese.

Nell'ambito di un accordo di collaborazione scientifica tra l'Istituto Superiore di Sanità e la Federazione delle Società Medico Scientifiche (Fism) è stato anche sviluppato un percorso Fad per la gestione del nuovo coronavirus in ambito specialistico. A partire dalla fine di aprile 2020 sono stati quindi progressivamente attivati corsi Fad per la Gestione del paziente dializzato, la Psico-Oncologia, Elementi per il *contact tracing*, la Gestione del paziente odontoiatrico.

Fra le numerose attività formative attivate da parte dell'Iss nel contesto dell'emergenza Covid-19 un ruolo di rilievo è stato sicuramente svolto anche dalle numerose conferenze da remoto e meeting scientifici che hanno visto la partecipazione interattiva di molteplici professionisti attivi sul

campo consentendone la discussione ed il confronto delle varie esperienze assistenziali vissute.

Solo da un punto di vista quantitativo sono stati realizzati in questo ambito:

- 18 meeting settimanali di ambito nazionale con Regioni, Asl, Ao;
- 6 webinar per Rsa;
- 7 webinar su Malattie rare e Acque;
- 105 riunioni dei vari Gruppi di Lavoro Iss attivati per l'emergenza.

Durante l'epidemia l'Iss ha infine supportato diverse forme di formazione sul campo, attraverso il sostegno tecnico-scientifico a gruppi di lavoro, network e comunità di pratica, come ad esempio quelli realizzati per la revisione alla luce delle nuove problematiche dei percorsi di presa in carico delle donne in gravidanza, delle madri, dei padri e dei neonati.

Attraverso l'attività di *debriefing* strutturato realizzata da parte del Gruppo di Lavoro sulla Formazione sono state analizzate e raccolte inoltre le varie criticità ed i punti di forza dell'esperienza vissuta durante la pandemia Covid-19.

Fra le principali criticità emerse nel corso dell'analisi è sicuramente da citare la prevalente polarizzazione della formazione sulla dimensione più prettamente ospedaliera della gestione pandemica, dettata dall'immediata urgenza di risposta ai numerosi e crescenti casi critici in tale setting, con conseguente minor attenzione in prima istanza al livello territoriale, anche a causa della carenza di strumenti operativi per il reclutamento attivo e capillare nel progetto formativo degli operatori sanitari "esterni" al Servizio Sanitario.

Accanto a questa dimensione è inoltre emerso come la possibilità di fruizione degli eventi formativi offerti, in particolar modo via Fad, sia stata limitata dalla reale disponibilità a livello periferico dei necessari supporti logistico-strutturali, nonché dai livelli di alfabetizzazione disomogenea all'uso degli strumenti digitali da parte degli operatori sanitari in ambito nazionale.

L'analisi ha tuttavia rilevato che la principale criticità sia senza dubbio stata quella attribuibile all'incertezza in merito alle evidenze disponibili sul Sars-CoV2 e sulle relative manifestazioni cliniche, con il conseguente rischio di strutturare pacchetti formativi rapidamente obsoleti o incompleti.

Fra i principali punti di forza del percorso realizzato è emersa in primo luogo la possibilità, non sempre presente in altre Nazioni, di mettere in campo in tempi rapidissimi le risorse umane, tecnologiche ed organizzative, di un Ente istituzionale come l'Iss, completamente integrato nel sistema e membro fin dall'esordio dell'epidemia del Comitato tecnico-scientifico nazionale costituito per la gestione della stessa.

La possibilità inoltre di offrire in breve tempo, in modo pressoché contemporaneo, a tutta la platea degli operatori sanitari italiani, una serie d'informazioni comuni, così come l'adozione di un comune linguaggio e la condivisione delle definizioni relative ad esempio ai casi, ai contatti, alle misure di isolamento e prevenzione, ha rappresentato sicuramente uno strumento indispensabile nella lotta al Covid-19.

L'esperienza vissuta permette al momento di concludere che la gestione della formazione in fase di emergenza pandemica, in particolar modo nel rischio di epidemie da agenti sconosciuti, non possa prescindere dalla presenza di una pre-esistente solida programmazione organizzativa e funzionale della stessa e dalla possibilità di disporre nell'immediatezza delle necessarie risorse umane, tecnologiche ed organizzative per la sua messa in atto.

Risulta al contempo imprescindibile inoltre l'implementazione delle potenzialità della tecnologia digitale e online dedicata alla formazione sanitaria in emergenza attraverso lo sviluppo di specifici standard di riferimento e la garanzia della fruizione della stessa da parte degli operatori in ambito nazionale a livello ospedaliero e territoriale.



Sumai

A S S O P R O F

Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria



www.sumaiassoprof.org





Quotidiano on line di informazione sanitaria



Quotidiano on line



**Il primo quotidiano on line
interamente dedicato
al mondo della sanità.**

quotidiano **sanità.it**

**Scienza, medicina, farmaci,
politica nazionale e regionale,
economia e legislazione.**

**Notizie, interviste, dibattiti,
documenti, analisi e commenti
dal mondo della sanità.**



www.quotidianosanita.it

Utenti unici
1,2 MLN
Pageviews
1,4 MLN
Dati da
Google Analytics
dell'ultimo mese

QSe

**Quotidiano
Sanità**
edizioni

Ogni giorno sul web tutta la sanità che conta.