

medical network

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE

ANNO XXI
NUMERO 2 | 2021
TRIMESTRALE



Sindacato Unico Medico
Pediatriale, Neonatologico
e Professionista dell'Area Sanitaria



SOCIETÀ ITALIANA
DI FORMAZIONE PERMANENTE
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA

LEA NECESSARIA UNA RIDEFINIZIONE

Per l'assistenza
specialistica territoriale,
di comunità e di prossimità

network

medical

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE

Direttore responsabile

Antonio Magi

Consulenza redazionale

Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18, 00147 Roma

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 luglio 2021

Senza i medici non si fa la sanità

Care colleghe e cari colleghi

dopo oltre un anno in cui la nostra vita professionale e sociale è stata fortemente condizionata dalla pandemia siamo giunti ad un punto di svolta. Mai come in questo momento la sanità territoriale, il nostro perimetro professionale quotidiano, è al centro del dibattito politico come testimoniano il PNRR del Governo e l'azione delle Regioni che stanno lavorando ad una riforma del territorio.

È dunque un periodo di grande cambiamento e allo stesso tempo di attenzione per il nostro ruolo. In più, proprio in queste settimane, è ripartita l'azione di Alleanza per la Professione Medica – APM – l'intersindacale che rappresenta oltre 100mila medici espressione di sette sigle sia dei convenzionati che dei dipendenti che di cui il SUMAI è parte fondante.

Attraverso APM abbiamo voluto ribadire che i medici non possono accettare riforme calate dall'alto. Qualunque modifica che riguarda la loro attività professionale deve vedere il loro diretto coinvolgimento. Questo concetto lo abbiamo ribadito con forza sia al ministro della Salute, che ai vari parlamentari che si sono susseguiti dal palco della nostra iniziativa "PNRR: cosa ne pensano i medici" che abbiamo organizzato a Roma a fine luglio.

Chiediamo un cambio di mentalità e un cambio di procedura perché senza i medici non si fa la sanità. Mi riferisco in particolare al fatto che il famoso Recovery oggi è completamente privo di riferimenti ai professionisti medici. Nel PNRR si prevedono Case della Comunità e Ospedali di Comunità che però rischiano di essere delle scatole vuote senza i medici. E allo stesso tempo anche il Servizio sanitario nazionale senza di noi rischia di non essere più tale, non potendo svolgere il suo ruolo di tutela della salute dei cittadini. Tutto ciò in un momento storico in cui, anche a causa del Covid, la gobba pensionistica sta per raggiungere il suo apice e il carico burocratico è sempre più preponderante, a discapito del tempo da dedicare al rapporto medico-paziente.

Non possiamo essere sempre noi a pagare per responsabilità altrui. Se la pandemia ha fatto vacillare molte certezze, una verità resta incontrovertibile: in tutto il mondo dall'emisfero boreale a quello australe, quindi da Nord a Sud del pianeta, il lavoro del medico è fondamentale per il benessere delle persone.

Ecco, ciò che noi chiediamo è di poter svolgere in condizione ottimale il nostro lavoro, affinché tutti possano beneficiarne.

Antonio Magi
Segretario Generale
Sumai Assoprof

Verso una ridefinizione dei Lea

Per l'assistenza
specialistica territoriale,
di comunità e di prossimità

CRONICITÀ

Antonio Magi
Segretario Generale
SUMAI Assoprof

Giorgio Visca
Medico specialista
ambulatoriale
interno, S.S. UOCP -
ASL TO4
Regione Piemonte

Nel campo della Sanità Pubblica pochi sono gli eventi che possono essere considerati “storici”, ossia tali da segnare una differenza fra il prima ed il dopo. Uno di questi fu senza dubbio nel 1978 la Conferenza di Alma Ata nel corso della quale 134 nazioni e 67 organizzazioni internazionali siglarono la Dichiarazione omonima che riconosceva formalmente l'assistenza sanitaria primaria come strategia chiave per il conseguimento ed il mantenimento della salute.

Fra le esperienze ispiratrici della Dichiarazione di Alma Ata ci fu quella dei cosiddetti “medici scalzi”, un programma assistenziale sorto nella Cina rurale negli anni '60 del XX° secolo al fine di rendere accessibili le principali cure sanitarie nelle vaste e popolate aree extra-urbane cinesi allora prive di qualsiasi forma di assistenza.

Pubblichiamo l'articolo apparso sull'ultimo numero di *Panorama della Sanità*, nr. 7- Luglio 21, in cui Giorgio Visca, specialista ambulatoriale interno di Torino e il segretario generale Sumai, Antonio Magi ipotizzano una nuova gestione della cronicità da attuare attraverso la ridefinizione dei LEA

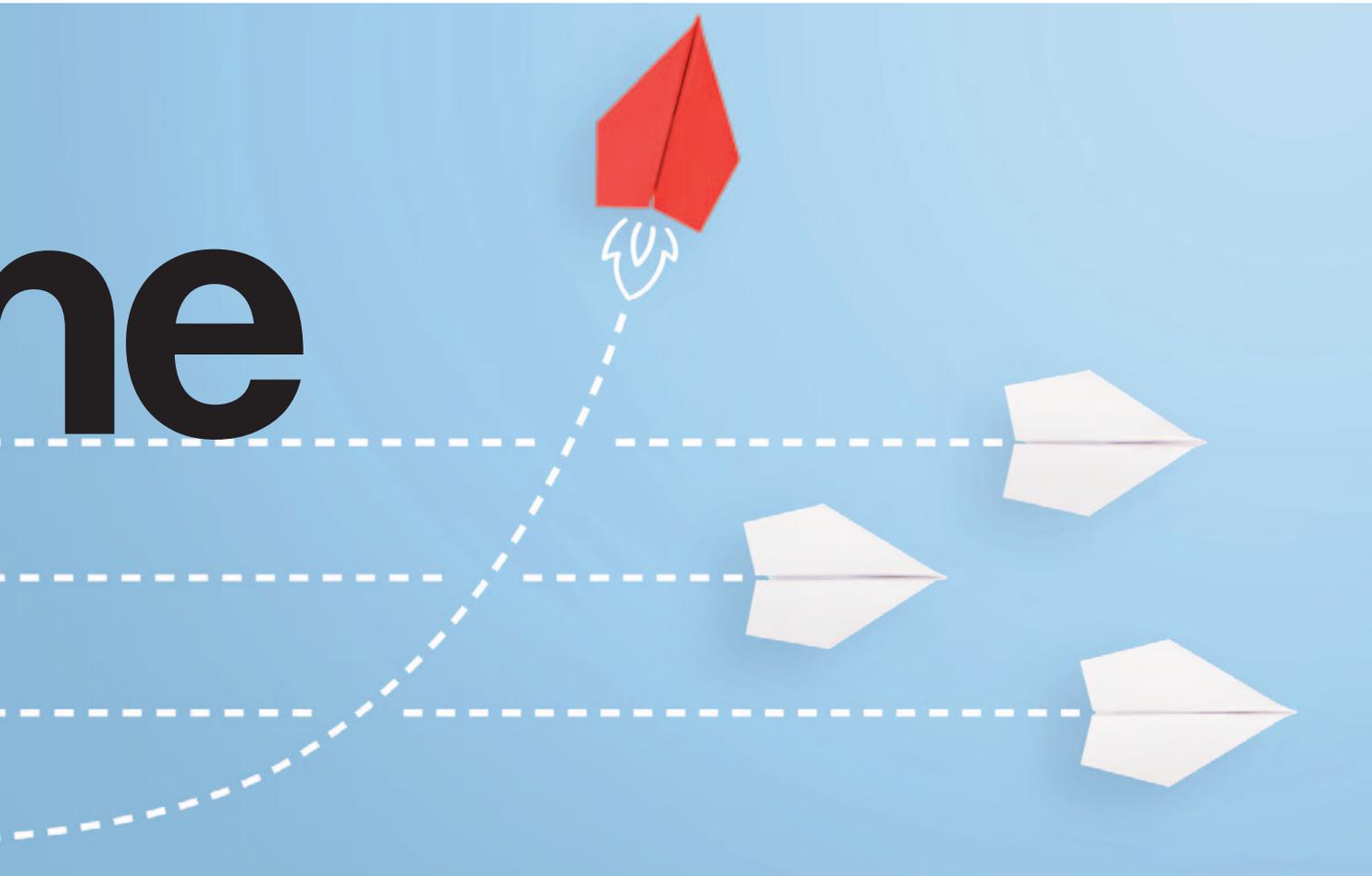
I “medici scalzi”, in realtà prevalentemente contadini con diploma superiore e specificamente formati nel campo della prevenzione e delle cure primarie, erano in grado di fornire in modo capillare a livello delle comunità locali i principali interventi di educazione sanitaria e profilassi per le malattie epidemiche tipiche di quel contesto storico-sociale, nonché i primi trattamenti sanitari.

Il successo del progetto, sia in termini di impatto sulla salute sia di sostenibilità economica, fu determinante nel

promuovere a livello internazionale il cambiamento del paradigma assistenziale verso le cure primarie e nell'identificazione da parte della Conferenza di Alma Ata nel 1978 dell'assistenza sanitaria primaria come chiave per il raggiungimento di un livello di salute che permetta a tutti i popoli di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva.

Il progetto dei “medici scalzi” in Cina e, più in generale, il modello delle cure primarie promosso in quell'epoca

ne



nei paesi occidentali, venne tuttavia concepito ed organizzato sulla base del quadro demografico ed epidemiologico contingente e destinato quindi ad una popolazione tendenzialmente più giovane e con un quadro di morbosità non sovrapponibile a quello odierno.

L'Italia in particolare ha osservato nel corso degli ultimi 40 anni un radicale cambiamento della propria struttura di popolazione, con un sovvertimento della piramide demografica fra i più importanti a livello mondiale ed una conseguente massiccia transizione verso l'attuale quadro epidemiologico improntato dalla cronicità. **(Box 1)** Parallelamente a questi cambiamenti, l'Italia ha inoltre messo in atto in questi anni, più che in altri Paesi europei, una massiccia revisione della propria offerta assistenziale ospedaliera, con un'importante riduzione sia del numero di posti letto che delle giornate di degenza. **(Box 2)**

Nel contesto epidemiologico odierno, l'assistenza ospedaliera, che resta ancora oggi quella che continua ad assorbire le maggiori risorse organizzative ed economiche, è stata infatti

destinata nel nostro sistema sanitario alla gestione delle fasi acute delle malattie, lasciando all'assistenza territoriale il "prima" ed il "dopo" della cronicità.

Il processo appena descritto di riduzione dell'offerta assistenziale ospedaliera, associato alla profonda transizione epidemiologica, ha quindi comportato un importante aumento del "carico" assistenziale del territorio che è stato investito dalla "massa della cronicità" senza tuttavia venir dotato delle sufficienti risorse umane, strutturali ed organizzative per la sua gestione ed essendo strutturato su un modello di assistenza primaria improntato sulla base di condizioni demografiche ed epidemiologiche di fatto svanite.

Tale peso assistenziale è stato infatti traslato nel tempo su un'impostazione delle cure primarie concepita all'inizio degli anni '80 e che vedeva fondamentalmente nel medico generico e nel contenuto della sua borsa i principali strumenti di risposta ai principali bisogni della popolazione in ambito extra-ospedaliero.

La medicina generale, formalmente

1 **L'aspettativa di vita alla nascita è aumentata di 9,5 anni e la popolazione degli ultrasessantacinquenni è passata dal 12,5% al 22,4% della popolazione nel 2017 (13,7 milioni di persone), percentuale che nel 2058 raggiungerà il 34% della popolazione (18,9 milioni). Il 21,1 per cento della popolazione ha dichiarato nel 2020 di essere affetto da due o più patologie croniche, percentuale che raggiunge il 64,4% tra gli ultra settantacinquenni (Fonte ISTAT)**

responsabile e unica "titolare" del processo assistenziale del paziente a livello territoriale, è stata infatti chiamata dagli anni '80 ad oggi, seppur con un numero di medici in progressiva riduzione, a gestire un numero di pazienti in costante aumento, sempre più anziani e fragili e con bisogni assistenziali più complessi e di frequente interesse specialistico. **(Box 3)**

Per questi stessi pazienti - persone con cardiopatie, broncopneumopatie, malattie neurodegenerative, oncologiche in fase avanzata, spesso pluripatologici - sono stati attivati nel tempo, in misura peraltro ancora nettamente insufficiente, una serie di regimi as-

sistenziali domiciliari e residenziali, senza tuttavia rendere loro accessibili in tali setting, oltre alle altre, anche le sufficienti risorse specialistiche specifiche e riducendo anzi la già scarsa offerta di specialistica ambulatoriale che è infatti passata a livello nazionale dai 21,54 minuti all'anno per abitante del 1998 ai 17,46/anno del 2018.

Tutte queste criticità, purtroppo note già da anni agli operatori, sono state rese brutalmente di evidenza comune dalla pandemia COVID-19 che ha fatto emergere violentemente tutti i limiti del modello e l'ormai ineludibile necessità di potenziare le cure territoriali, oltre che con le imprescindibili risorse infermieristiche e residenziali, anche con la necessaria assistenza specialistica di comunità e di prossimità.

La consapevolezza della necessità di rivisitare la concezione delle cure primarie riorganizzandole ed allargandole anche alla dimensione specialistica, era già tuttavia leggibile in trasparenza nella Legge 8 novembre 2012, n. 189, la cosiddetta Legge Balduzzi, e in particolare con la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) specifiche per la specialistica ambulatoriale attraverso le quali, congiuntamente a quelle della medicina di famiglia e della pediatria, erogare l'assistenza primaria in modo organizzato.

A distanza di otto anni tuttavia il processo di riorganizzazione dell'assistenza primaria previsto dalla Legge non ha ancora trovato compimento, facendo rimanere ad oggi nella sostanza "lettera morta" quanto prescritto dalla Legge nella quasi totalità delle Regioni.

Un analogo richiamo al ruolo dell'assistenza specialistica territoriale era peraltro presente anche nel Piano Nazionale Cronicità del 2016 che evi-

2

Il numero di posti letto disponibili è passato, al netto della psichiatria, dai 8,2 del 1981 ai 3,1 per mille abitanti del 2018, a fronte di una media europea di circa 5 posti letto nel 2017.

La degenza media ospedaliera è passata da una media nazionale di 12,6 giorni del 1981 ai 6,9 del 2016. (Fonte ISTAT)

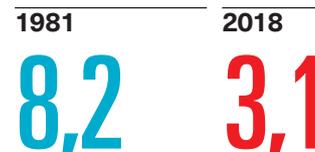
denziava la necessità di "potenziare le formule alternative al ricovero e valorizzare la rete specialistica ambulatoriale", di attivare "formule organizzative che prevedano la creazione di reti multispecialistiche dedicate e dimissioni assistite nel territorio", nonché di creare percorsi per "eliminare la discontinuità tra i tre classici livelli assistenziali (assistenza primaria, specialistica territoriale, degenza ospedaliera)". Purtroppo, nonostante il suo recepimento da parte delle Regioni, anche il Piano Nazionale Cronicità, come la Legge Balduzzi, è rimasto ad oggi in gran parte disatteso.

Il ruolo stesso della specialistica territoriale, peraltro definita dal Piano Nazionale Cronicità come uno dei tre classici livelli assistenziali, risulta infatti ancora aspecifico all'interno di un'impostazione del Servizio Sanitario "antica" e profondamente dicotomizzata fra la medicina di base e la specialistica ospedaliera, un'impostazione così profondamente radicata tanto da non fornire emblematicamente neppure una rappresentazione della realtà specialistica territoriale anche solo nell'Annuario Statistico Nazionale, nonostante i più di 15.000 Specialisti Convenzionati Interni.

L'inclusione dell'assistenza specialistica nell'ambito delle cure primarie prevista dalla legge Balduzzi e gli



Numero di posti letto disponibili



Giorni di degenza media ospedaliera



espliciti richiami al ruolo della specialistica territoriale del Piano Nazionale Cronicità, costituiscono tuttavia probabilmente i primi importanti passi nel processo di esplicitazione del bisogno e del ruolo in ambito territoriale di quelli che potremmo chiamare, mutuando l'esperienza cinese ispiratrice di Alma Ata, "gli specialisti scalzi", ossia di specialisti quali ad esempio geriatri, cardiologi, neurologi, pneumologi, palliativisti e via dicendo, dedicati in modo specifico all'assistenza dei pazienti cronici non solo a livello dei poliambulatori distrettuali, ma soprattutto nell'ambito dei programmi di assistenza domiciliare e residenziale a supporto della medicina di famiglia.

È necessario precisare che l'assistenza specialistica territoriale è tuttavia differente rispetto a quella tipica dell'ambiente ospedaliero e richiede specifiche competenze professionali ben note a chi "abita" il territorio ed essenzialmente plasmate dal contesto extra-ospedaliero, dalla lenta progressività tipica delle patologie cronico-degenerative e dalla conseguente necessità di continuità assistenziale sia nel tempo, sia nei diversi setting assistenziali della comunità. Tali dimensioni, profondamente influenzate dall'ambiente sociale e familiare dei pazienti, comportano la capacità di "adattamento" e "negoiazione"



degli indirizzi specialistici alle specifiche realtà contingenti dei singoli e determinano sostanzialmente l'appropriatezza e gli *outcome* non solo dei singoli interventi assistenziali, ma dei percorsi di cura.

Tutti questi elementi identificano la specificità dell'assistenza specialistica di comunità e rendono di fatto oggi inappropriata la prevalenza del paradigma strettamente prestazionale che domina l'attuale accezione strettamente "ambulatoriale" della specialistica extra-ospedaliera e che rende i poliambulatori distrettuali prevalentemente dei "visitifici", talvolta con scarsi elementi di integrazione con le stesse comunità nelle quali sono inseriti.

Non è tuttavia possibile negare che l'attuale formulazione dello stesso Livello Essenziale di Assistenza (LEA) prevista all'art. 15 del DPCM "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" del 12/01/2017 - *Assistenza Specialistica Ambulatoriale* - "congela" di fatto nel setting dell'ambulatorio l'erogazione delle cure specialistiche in ambito distrettuale, a differenza ad esempio della denominazione del LEA per l'assistenza sanitaria di base che identifica propriamente il livello assistenziale garantito senza specifiche di contesto.

L'attuale denominazione del LEA per

la specialistica non prevede infatti esplicitamente un livello assistenziale specialistico che possa essere definito propriamente "territoriale", ossia erogabile in tutti i contesti di comunità, ma identifica di fatto il *Livello* in oggetto con il *Nomenclatore* previsto dallo stesso DPCM, confondendo concettualmente quello che dovrebbe essere un livello essenziale di assistenza garantito con un elenco di prestazioni erogabili nel setting ambulatoriale a livello distrettuale od ospedaliero.

Il Nomenclatore nazionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, non prevede peraltro esplicitamente prestazioni erogabili in setting differenti ed infatti, su più di 50.000 prestazioni, la parola "domiciliare" compare solo una volta relativamente al "Training per dialisi peritoneale domiciliare" (Cod. 39.95 E). Risulterebbe inoltre altresì improprio pensare di far valere lo stesso Nomenclatore e le relative codifiche e tariffe anche per le prestazioni eseguite in altri contesti rispetto all'ambulatorio, non essendo queste spesso sovrapponibili nelle loro modalità di esecuzione e nelle loro definizioni di dettaglio.

La sovrapposizione concettuale indotta dall'attuale impostazione normativa tra le prestazioni ambulatoriali, ossia le unità di prodotto, e un

3

Il numero di medici di medicina generale e pediatri è diminuito da 11 per 10.000 abitanti del 1985 a 7,1 del 2018.
(Fonte ISTAT)

settore di attività, l'assistenza specialistica territoriale, si è spesso tradotta nella realtà in una limitazione dell'accesso all'assistenza specialistica proprio nei contesti nei quali il bisogno è maggiore, ossia le cure domiciliari e residenziali, setting nei quali il diritto al livello specialistico viene spesso oggi interpretato con il carattere dell'eccezione e non della regola, nonostante i bisogni della cronicità. Questa stessa modalità interpretativa è per la verità rafforzata anche da ulteriori criticità nell'attuale formulazione di altri LEA distrettuali in merito alla componente specialistica dell'assistenza, ed in particolare proprio di quelli relativi alle cure domiciliari e residenziali.

Analizzando infatti quanto previsto nello specifico dal DPCM del 12/01/2017, si rileva che l'assistenza specialistica in ambito distrettuale è esplicitamente prevista e dichiarata solo per alcune categorie di pazienti per i quali sono stati identificati specifici livelli di assistenza. L'assistenza specialistica in ambito territoriale è infatti un diritto garantito esplicita-



Oltre all'inderogabile potenziamento e supporto alla medicina di famiglia, il rilancio dell'assistenza territoriale nel nostro Paese, reso peraltro esplicitamente necessario dalla pandemia da SARS-CoV2, non appare di conseguenza facilmente realizzabile senza la messa in atto di alcune modifiche legislative che garantiscano l'accessibilità territoriale anche di specifiche risorse specialistiche competenti per la gestione della cronicità nei setting di comunità, alcune delle quali già peraltro presenti, ma solo parzialmente valorizzate



mente dagli attuali LEA distrettuali per i minori, le coppie, i minori con disturbi neuropsichici, le persone con disturbi mentali, disabilità o dipendenze o nella fase terminale della vita, mentre risultano privi di qualsiasi esplicito riferimento in tal senso le Cure Domiciliari, comprese quelle di terzo livello, l'Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario e l'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti (Articoli 22-33), ossia proprio i contesti che assistono la maggior parte dei pazienti anziani e fragili e che sopportano il principale carico della cronicità.

Il diritto alle cure specialistiche territoriali *tout court* non sembra quindi oggi connotato dal principio dell'equità, ma condizionato dalla presenza solo di alcune specifiche problematiche per le quali viene esplicitamente garantita l'assistenza specialistica in qualsiasi setting del territorio, lasciando tutte le altre condizioni, peraltro statisticamente prevalenti, al limbo interpretativo ed al "buon cuore" delle varie Regioni, ASL e Distretti in merito alla fruibilità di tale diritto al di fuori del contesto ambulatoriale.

Può essere utile ricordare che, paradossalmente, una definizione dei LEA in oggetto più aderente alle citate necessità assistenziali era quella originariamente presente nella prima formulazione dei LEA del D.P.R. 24 dicembre 1992, poi annullato dalla Corte Costituzionale per la mancata intesa con la Conferenza Stato-Regioni, che prevedeva un più ampio livello di "Assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale".

Appare quindi necessario un perfezionamento ed una riformulazione dell'attuale inquadramento normativo nazionale non solo in merito alla definizione del ruolo della stessa nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, ma anche delle garanzie fornite ai cittadini sulla sua piena fruibilità.

Le riformulazioni dovrebbero in particolare riguardare il LEA distrettuale attualmente definito dall'art. 15 del DPCM 12/01/2017, "Assistenza specialistica ambulatoriale", denominazione che appare soggetta ad interpretazioni restrittive ed inadatta alle attuali esigenze della popolazione e che dovrebbe quindi essere rivisitata includendo espliciti riferimenti al contesto della comunità ed al criterio della prossimità. Analoghe precisazioni dovrebbero inoltre essere introdotte anche nei LEA relativi alle Cure Domiciliari, all'Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario e all'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti, con l'esplicitazione, attualmente assente, anche del livello specialistico erogabile in tali LEA.

In conclusione il quadro demografico ed epidemiologico odierno improntato alla cronicità ed alla long-term care, associato al massiccio processo di deospedalizzazione, ha fatto emergere la necessità di rendere disponibili in ambito territoriale, oltre ai medici, anche gli "specialisti scalzi", ossia specialisti di prossimità che, nell'ottica della Dichiarazione di Alma Ata, siano in grado di rispondere ai bisogni della popolazione in tutti i setting assistenziali di comunità, anche secondo i percorsi assistenziali del Chronic Care model. L'attuale assetto normativo italiano tuttavia, particolarmente proprio in merito alla legislazione "madre" che definisce i livelli essenziali di assistenza, non prevede in realtà esplicitamente nella sua attuale formulazione un tale livello, ma limita al contesto dell'ambulatorio ed ad alcune specifiche patologie la possibilità di assistenza specialistica in ambito distrettuale. Oltre all'inderogabile potenziamento e supporto alla medicina di famiglia, il rilancio dell'assistenza territoriale nel nostro Paese, reso peraltro esplicitamente necessario dalla pandemia da SARS-CoV2, non appare di conseguenza facilmente realizzabile senza la messa in atto di alcune modifiche legislative che garantiscano l'accessibilità territoriale anche di specifiche risorse specialistiche competenti per la gestione della cronicità nei setting di comunità, alcune delle quali già peraltro presenti, ma solo parzialmente valorizzate.

Ringraziamo la Redazione di Panorama della Sanità per la concessione



Grazie a tutti i Biologi che hanno svolto il proprio lavoro senza aspettarsi alcunché

È indubitabile il contributo che questi professionisti hanno dato nella lotta al Covid-19. Dalla scoperta del virus, ai suoi antigeni, agli anticorpi fino alle varianti. Senza dimenticare il supporto analitico per diagnosi certe e il processo dei tamponi

Loredana Di Natale
coordinatore area
biologia SUMAI
Assoprof

Ho aspettato, aspettato ed ancora aspettato dall'inizio di questa pandemia che qualcuno Vi rivolgesse un "Grazie di cuore" per quello che state facendo Collegli Biologi: Ambulatoriali, Ospedalieri, Ricercatori e Volontari, ma come sempre non è arrivato e allora Ve lo rivolgo io questo Grazie.

La Vostra attività è stata ed è di straordinaria importanza, scopre la presenza del **virus**, dei suoi **antigeni**, dei suoi **anticorpi** e delle sue **varianti**, ma passa in modo silente, perché è proprio così che svolgiamo il nostro lavoro, in silenzio al chiuso dei nostri laboratori, che fanno parte di un mondo sconosciuto, fatto di tanti macchinari sofisticati, microscopi, pipette automatiche etc... che sembra debbano avere vita propria, il **Biolo-**

go fa da comparsa a tutta questa tecnologia. Invece no mi dispiace deludere molti, ma senza di Lui non avreste potuto combattere nessun Covid, non avreste potuto trovare alcun vaccino, non avreste avuto il supporto analitico per delle diagnosi certe, i tamponi molecolari o rapidi non si analizzano da soli, le indagini sierologiche non si analizzano da sole.

Mi potreste rispondere *sei di parte e tiri acqua al tuo mulino*, ci sono i tecnici. Non è così semplice gli esiti vanno elaborati, studiati, compresi e valutati per questo il nostro percorso di studi è così lungo 5 anni di laurea e 4 di specializzazione.

Non pensiate che io abbia dei rancori, lungi da me questi sentimenti, la mia è solo una riflessione su ciò che accade quando non si conosce a pieno

un'attività professionale. Tutti noi sappiamo l'importanza di un Cardiologo, di un Oncologo, del nostro Medico di famiglia, migliora o salva la vita, ma potrebbero farlo nel migliore dei modi se non ci fossero nelle retrovie tanti Biologi che gli danno supporto professionale consegnandogli accertamenti diagnostici validi? Ognuno svolge il suo compito per questo vanno parimenti rispettati come professionisti e come Uomini.

Forse quest'articolo non l'avrei mai scritto se non si fosse creata un'ulteriore confusione con il Protocollo d'Intesa firmato dal Presidente dell'Ordine dei Biologi che consente ai Biologi di dare un supporto alla vaccinazione di massa, dando al Biologo un ruolo subordinato che non gli appartiene e confondendo ancora di più quale è il suo ruolo in sanità: Biologo Analista, Biologo Molecolare, Genetista, Nutrizionista e via dicendo.

Per tutti questi motivi Grazie ed ancora Grazie a tutti Voi che avete svolto la Vostra parte senza aspettarvi alcunché

Regolamento elettorale dell'Enpav

I ministeri vigilanti bocchiano le modifiche allo Statuto

“No” secco da parte del dicastero dell'Economia e del Lavoro alla proposta di estensione dei mandati dei rappresentanti degli Organi e “no” altrettanto secco al tentativo di far passare il concetto del: “chi vince prende tutto”



Le osservazioni dei due Ministeri vigilanti (ovvero: Economia e Finanze da un lato e Lavoro e Politiche Sociali dall'altro) si sono abbattute contro l'Ente di previdenza dei Medici Veterinari in seguito alle ultime decisioni prese in un'assemblea dove un terzo dei delegati provinciali ha contestato le proposte di modifica del regolamento elettorale perché ostacolerebbero il necessario ricambio generazionale e avvicendamento democratico nelle cariche. Il richiamo dei Ministeri ha così rimesso in discussione il progetto di modifica, mentre si avvicinano le prossime votazioni programmate per aprile 2022.

I campanelli di allarme dei ministeri riguardano soprattutto la proposta di estensione dei mandati dei rappresentanti degli Organi, nonché la decisione dell'Ente di giocare le partite elettorali su liste contrapposte per poi attribuire tutti i posti di membro del Consiglio di Amministrazione e del Collegio sindacale ai soli candidati presenti nella lista maggioritaria. Insomma, chi vince, prende tutto.

In particolare, al comma 1 dell'arti-

Massimo Campagna
Medico Veterinario
Sumaista, AUSL
Latina

VOTE



colo 10, la nuova versione dello Statuto prevede che *“I componenti l’Assemblea Nazionale dei Delegati durano in carica cinque anni e sono eleggibili nella medesima carica per non più di quattro mandati anche se non consecutivi”*.

Una modifica bocciata dal Ministero del Lavoro che, acquisito il parere del Mef, rileva come *“l’aumento del numero dei mandati dell’Assemblea si muove in direzione opposta rispetto alla necessità di evitare il consolidamento (in questo caso pluridecennale) di posizioni di potere per garantire il necessario ricambio generazionale e l’avvicendamento democratico nelle cariche”*. Il covigilante Ministero dell’Economia non usa mezzi termini nel segnalare come la proposta appaia, in poche parole, *“una decisione degli organi attuali per favorire un prolungamento delle proprie cariche”*.

Discorso simile per gli articoli 13, 21, 24 e 26, che stabiliscono l’aumento del numero dei mandati quinquennali, da due a tre, per i membri del Consiglio di Amministrazione, per quelli del Collegio sindacale, per il Presidente e per il Vice Presidente, pur con la precisazione *“anche se non consecutivi”*.

La scure dei ministeri si abbatte poi sull’articolo 12 in materia di norme per l’elezione del Consiglio di Amministrazione, del Collegio Sindacale, del Presidente perché non garantirebbero il pluralismo nella rappresentanza degli interessi della categoria.

Il comma 4 dell’art. 12, prevede che ad essere eletti Presidente, componenti del Consiglio di Amministrazione, Sindaci effettivi e Sindaci supplenti, siano *“i candidati facenti parte della lista che ha ottenuto il maggior numero di voti e che hanno ottenuto il maggior numero di preferenze per le rispettive cariche, nel rispetto della*

rappresentatività delle componenti veterinarie libero professionale e pubblica”.

Anche questa ipotesi bocciata dai ministeri, perché con le nuove norme, il Consiglio di Amministrazione e il Collegio sindacale diventerebbero, in pratica, espressione di un’unica lista elettorale - la maggioritaria, appunto. In questo modo non sarebbe evidentemente garantita alcuna rappresentanza alle minoranze.

Quanto all’elezione del vice presidente, il comma 7 dello stesso articolo prevede che sia *“il Consiglio di Amministrazione nella prima riunione successiva alla sua proclamazione elegge tra i suoi componenti, con la maggioranza semplice dei voti, il Vice Presidente ed il componente del Comitato Esecutivo”*. Quindi neanche il Vice Presidente sarebbe espressione dell’Assemblea, bensì del solo CdA che lo elegge a maggioranza semplice. Ciò rafforza il concetto del *“chi vince prende tutto”*, senza alcuna possibilità di contraddittorio.

Dai ministeri arriva anche il no all’estensione dei casi in cui spetta ai rappresentanti degli organi l’indennità di presenza. Se il vecchio Statuto attribuiva questa possibilità per *“ciascuna riunione dei rispettivi Organi di appartenenza, nonché per la partecipazione alle riunioni convocate per singole zone territoriali per il tramite degli Ordini professionali”*, le modifiche proposte estenderebbero l’indennità ad altri cinque casi:

a) per la partecipazione alle giornate di formazione organizzate per gli studenti dei Dipartimenti di Medicina Veterinaria;

b) per la partecipazione alle riunioni di altri Associazioni e Organismi dei quali i componenti degli Organi dell’Ente fanno parte in rappresentanza dell’Enpav, ove non sia già prevista la corresponsione di un’indennità di presenza da parte

di tali altri Associazioni e Organismi;

c) per la partecipazione ai Congressi di Categoria individuati di volta in volta dal Consiglio di Amministrazione;

d) per la partecipazione ad altri Congressi, per i quali sia stata richiesta la presenza di un componente di un Organo in qualità di relatore;

e) per la partecipazione a giornate di formazione e aggiornamento su temi di tipo economico-finanziario e previdenziale e comunque attinenti l’attività dell’Ente.

Per il Mef una proposta che non può essere ritenuta assentibile in quanto *“non appare ascrivibile a motivazioni di carattere non necessario ai fini istituzionali dell’Ente”*, se non nei casi previsti dalla *“lettera a), lettera d), ed alla lettera e)”*.

Infine un altro diniego dal ministero è al comma 4 dell’articolo 34 che prevede: *“Per coloro che sono in carica alla data di entrata in vigore delle modifiche allo Statuto deliberate dall’Assemblea Nazionale dei Delegati del 25 luglio 2020, il computo del numero di mandati di cui ai precedenti articoli 10, 13, 21, 24 e 26 si effettua dal mandato in cui è stato introdotto nello Statuto per la prima volta il limite stesso dei mandati nella medesima carica, ossia dalle elezioni relative al mandato 2012/2017”*. In pratica, in base a questa norma, il computo dei mandati per gli organi in carica decorre dal 2012/2017. E dunque coloro che sono in carica alla data di entrata in vigore delle modifiche allo Statuto, sono al contempo i destinatari delle disposizioni che ampliano il numero dei mandati.

Una proposta che il Ministero del Lavoro definisce *“irragionevole e solo strumentale al prolungamento del mandato di coloro che siedono attualmente nelle cariche dell’ente”*.



Arriva anche il no all’estensione dei casi in cui spetta ai rappresentanti degli organi l’indennità di presenza

a cura di
Stefano Giordani *,
Simona D'Amico **,
Laura Patrucco **,
**Ferruccio
Marraffa** *,
Vita Mutri *,
**Stefania
Moscardelli** *,
Fosco Foglietta ** e
Antonio Maestri ***

* Oncologia
Territoriale AUSL
Bologna –
Casa Salute
Casalecchio di
Reno,

** Associazione
Onconauti (Bologna
e Milano)

*** Direttore UOC
Interaziendale
Metropolitana
(Imola e Bologna)

Ambulatorio di oncologia territoriale

“Un modello di riferimento per tutte le regioni italiane”

Così il presidente Sumai, Giuseppe Nielfi, definisce l'esperienza nata nell'ambulatorio di oncologia territoriale di Casalecchio di Reno (Bo) in collaborazione con l'associazione Onconauti. Un modello che al paziente garantisce Trattamenti, PDTA & stili di vita



La Formazione dei pazienti Oncologici all'interno dei percorsi di Cura Post COVID: di questo tema si è dibattuto nel Webinar organizzato il 15 maggio dall'Associazione Onconauti, l'organizzazione no-profit nata a Bologna circa 10 anni e oggi divenuta punto di riferimento in Italia nel settore dei trattamenti complementari Integrati e nella Formazione dei pazienti oncologici e dei loro familiari.

Argomento di estrema importanza anche per la specialistica ambulatoriale in quanto il ruolo del paziente, in Oncologia come in altre branche, è ormai in continua evoluzione. I percorsi di cura richiedono, infatti, competenze e partecipazione di tutti gli interlocutori del sistema salute, paziente incluso. Esiste oggi più che mai, nella fase post-COVID, la necessità di una formazione mirata che renda tutti consapevoli e competenti nell'affrontare temi di assistenza, di ricerca, di advocacy e di sviluppo digitale.

Il Webinar ha affrontato questi temi in maniera innovativa, coinvolgendo nel dibattito di elevato livello scientifico sia esponenti delle Istituzioni, sia Specialisti ospedalieri che territoriali, sia i Pazienti che le loro Associazioni, tutti con il comune obiettivo di identificare modelli di cura oncologica interdisciplinare condivisa e partecipata.

Hanno partecipato, tra gli altri, Giordano Beretta, Presidente di AIOM; Stefania Gori, Presidente di Fonda-

zione AIOM e di ROPI; Giuseppe Nielfi, (Presidente SUMAI Assoprof); Stefano Giordani, oncologo, segretario SUMAI Assoprof Bologna e Direttore Scientifico Ass. Onconauti; oltre ad alcuni oncologi e volontari dell'Associazione Onconauti e di altre associazioni che si occupano di formazione dei pazienti oncologici.

Nella sessione centrale del Webinar, moderata da Fosco Foglietta, past President CUP 2000 e già Direttore Generale a Bologna e Ferrara, il dr Giordani e il dr Maestri hanno proposto il modello bolognese di formazione del paziente oncologico in *follow up* sul territorio, svolto in collaborazione tra Oncologia Territoriale e Associazione Onconauti.

punto di vista scientifico), può fornire strumenti pratici di ascolto dei bisogni del proprio corpo e costituire un contesto gradevole che rende più facile mettere in pratica le raccomandazioni mediche sullo stile di vita. L'importante è che le tecniche mente-corpo vengano inserite in un percorso interdisciplinare che sappia gestire un trattamento personalizzato degli esiti a distanza dei trattamenti oncologici, soprattutto il dolore cronico e la mancanza di energia, insieme ad un accettabile controllo dei piccoli deficit cognitivi e delle emozioni negative collegate (rabbia, sconforto, ostilità, ansia e depressione, ecc).



Il metodo di riabilitazione integrata e recupero funzionale

Il razionale di questo metodo, che si basa sull'integrazione tra pratiche mente-corpo, è rappresentato dalle crescenti evidenze scientifiche che ci mostrano come il 50% circa dei casi delle recidive dei più frequenti tipi di tumori (seno, colon, prostata, con iniziali evidenze anche per il polmone), e dei secondi tumori che si verificano nei 10 anni successivi alla prima diagnosi in circa il 15-20% degli Onconauti, sarebbero evitabili attraverso un miglioramento complessivo dello stile di vita.

Allo stesso tempo, si è scoperto che il miglioramento dello stile di vita considerato nel senso più ampio (alimentazione, attività fisica, ambiente, lavoro) è in grado di gestire lo stress, di migliorare rapidamente lo stato di benessere psico-fisico e aumentare la resilienza nella fase post-trattamenti

Tuttavia, sappiamo bene che cambiare stile di vita è molto difficile. Ecco perché la pratica delle tecniche mente-corpo (Yoga, Shiatsu, riflessologia facciale, Chi Gong, Tai Chi testati dal

Risultati del progetto

Dopo 10 anni dalla sua nascita, il metodo di riabilitazione integrata dei pazienti oncologici lungo-sopravvissuti dell'Associazione Onconauti sta diventando un punto di riferimento a livello non solo bolognese, ma anche nazionale

Attraverso la somministrazione di questionari validati a livello internazionale è stata verificata, in una casistica di circa 80 pazienti, l'efficacia del percorso riabilitativo integrato proposto, che ha una durata di tre mesi e prevede incontri (di gruppo e individuali) a cadenza settimanale. Il risultato principale (pubblicato per la prima volta al Congresso Nazionale AIOM 2016) è stato un miglioramento statisticamente significativo dello stato di salute fisico, psichico e della qualità di vita in quasi il 90% dei partecipanti; parallelamente si è riscontrato significativo miglioramento del dolore cronico.

Una particolare efficacia si è riscontrata nei confronti di quella che per primi abbiamo identificato come la c.d. "Triade degli Onconauti", rap-

presentata dalla «fatigue», dal dolore muscolo-scheletrico (causati dai trattamenti oncologici) e dai deficit di concentrazione, aggravati dai disturbi dell'umore, correlati anche al timore della recidiva. Molte persone inoltre, dopo i corsi, hanno effettivamente migliorato la propria alimentazione, divenendo più resilienti e autonomi, e soprattutto in grado di reinserirsi in modo più soddisfacente nella vita di coppia e lavorativa, dimostrando quindi un pieno recupero funzionale.

Fino ad oggi l'Associazione, i cui interventi sono strettamente complementari all'offerta sanitaria pubblica, ha stipulato convenzioni (non onerose) con due AUSL (Bologna e Imola), con l'Università (Bologna, Ferrara e Catania) per progetti di ricerca e ti-

rocini formativi; collabora inoltre attivamente su progetti specifici (tra cui bando E-care) con molti Comuni.

Dal 2020, è diventata Associazione di riferimento per la Fondazione AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) e da gennaio 2021 è tra i soci fondatori di R.O.P.I. (Rete Oncologica Pazienti Italia), un "Network Oncologico" impegnato nella Formazione dei pazienti Oncologici.

Gli onconauti durante l'emergenza Covid

Durante il lockdown l'associazione Onconauti ha attivato la serie digitale intitolata: "Pillole di benessere" su yoga, alimentazione, attività fisica. Il progetto ha avuto l'obiettivo nel momento della restrizione di rimanere vicino agli Onconauti e alle loro famiglie. Ha inoltre attivato, per la prima in Italia, la app "Pink Trainer", che ha consentito di proseguire lo svolgimento dei propri Corsi in chiave digitale e totalmente da remoto. Durante la fase 2: Oltre alla prosecuzione delle attività digitali, che hanno

riscontrato un grande favore tra i pazienti più "evoluti" da questo punto di vista, è iniziata la ripresa dei Corsi in presenza (all'aperto con numero ridotto di partecipanti, o al chiuso con incontri individuali ove disponibili spazi adeguati) in accordo con le disposizioni regionali. Sono inoltre ripartiti anche gli interventi domiciliari per gli Onconauti anziani

L'esperienza di "formazione" congiunta nella casa della Salute di Casalecchio di Reno

Nella AUSL di Bologna, a partire dall'esperienza pilota di Casalecchio nata nel 2001, è stata implementata una piccola rete di Ambulatori di Oncologia Territoriale gestita esclusivamente da Specialisti Ambulatoriali, con la mission specifica di supportare i MMG nella gestione dei pazienti oncologici sul territorio, sia a livello ambulatoriale (invio diretto o via CUP) sia domiciliare (consulenze in ADI). Dal 2012 al 2020, gli Oncologi Territoriali sono stati tra i fondatori della Rete di Cure palliative della AUSL Bologna. Successivamente, sulla base



di un formale Percorso di Continuità Ospedale-Territorio preventivamente condiviso nel gennaio 2020 tra AUSL bologna e SUMAI Assoprof, per i Centri di Oncologia Territoriale, situati in 5 Case della Salute, è stata definita l'integrazione nella Rete Oncologica Metropolitana (UOC Interaziendale-territoriale) e sono state istituite Agende per invio diretto all'Ambulatorio da parte delle UOC del Dipartimento Oncologico (Oncologia, Radioterapia, Chirurgia Senologica). In caso di necessità di trattamenti di 2° livello, i casi vengono nuovamente discussi (oggi in modalità telematica) nei Board Oncologici Aziendali. Dal 2021, un Oncologo Territoriale coordina il Gruppo tecnico del Board di Telemedicina della AUSL Bologna, con il mandato di attuazione di un

Corsi gratuiti offerti nei Centri Onconauti

1	Riabilitazione Integrata Oncologica post-trattamento	Gruppi di 5-12 persone, durata 3 mesi
2	Riabilitazione Integrata Domiciliare Oncologica negli anziani	RIDO, Durata: 3 mesi
3	Pre-abilitazione, in preparazione a un intervento chirurgico oncologico	Durata: 4 settimane
4	Supporto integrato nel corso dei trattamenti oncologici. Chemio, farmaci biologici	Durata: varia
5	Promozione integrata della salute, in persone con stili di vita a rischio o malattie croniche	Gruppi di 5-12 persone, durata 3-4 mesi
6	Interventi individuali	Durata 4-6 settimane
7	Sostegno ai Caregiver Oncologici	Interventi vari, in funzione delle problematiche
8	Percorsi di Return to Work (Reinserimento Lavorativo) per lavoratori fragili	Durata: 3 mesi

Conclusioni

La formazione prioritaria, nel paziente oncologico in follow up, è quella riguardante il miglioramento dello stile di vita e il recupero funzionale e del benessere, oltre ovviamente a tutte le nozioni utili ad orientarsi nella complessa rete dei servizi e dei PDTA del SSN. Un gradino più sopra stanno invece i percorsi formativi avanzati, come quelli organizzati da EUPATI e da ROPI, finalizzati a formare pazienti esperti di “2° livello”, che nei prossimi anni saranno sempre più presenti nei Board interdisciplinari, nelle riunioni dei PDTA, nei Comitati Etici, ecc).

L'esperienza di Bologna, nata da una integrazione Ospedale-Territorio tra specialistica ambulatoriale e una UOC della rete oncologica aziendale, con la collaborazione di un'associazione no-profit, l'associazione Onconauti, ha permesso la presa in carico continuativa, anche durante la pandemia COVID, di centinaia di pazienti, che hanno ricevuto in questo modo non solo le fondamentali “sentenze diagnostiche” e cure mediche, ma anche una amichevole presa in carico digitale e un supporto qualificato ed efficace, diretto a tutto il nucleo familiare, che li ha orientati ad un progressivo miglioramento del benessere e dello stile di vita, rendendoli maggiormente proattivi.

Come emerso dai lavori del congresso, e come sintetizzato molto lucidamente dal Giuseppe Nielfi, Presidente SUMAI Assoprof, l'esperienza promossa dall'oncologia territoriale della AUSL Bologna e dall'Associazione Onconauti ha tutti i requisiti per diventare un modello di riferimento in tutte le regioni italiane, e presenta un particolare interesse anche per la specialistica ambulatoriale, considerate le molte affinità di intenti, ad esempio per la promozione della salute e per l'impiego della telemedicina, previste anche per le AFT.



L'esperienza promossa dall'oncologia territoriale della AUSL Bologna e Associazione Onconauti ha tutti i requisiti per diventare un modello di riferimento in tutte le regioni italiane



Progetto di integrazione telematica tra specialisti ambulatoriali e MMG. Tutti i pazienti inviati dai MMG o dalle UOC Oncologiche vengono presi in carico nell'ambulatorio oncologico per i successivi controlli e trattamenti; in caso di bisogni legati al miglioramento dello stile di vita o alla necessità di trattamenti complementari per la presenza di sintomi psico-fisici, a Casalecchio al paziente viene offerta l'opportunità di un colloquio nella sede dell'Associazione Onconauti all'interno della Casa della Salute, dove il volontario di turno provvede ad informarlo sulla possibilità di supporto e di formazione offerte dall'Associazione. In caso di accettazione, al paziente viene richiesto di firmare un modulo specifico di consenso e uno sulla qualità di vita (POMS), e di pro-

durare una copia del referto Oncologico e/o una relazione del proprio MMG. il percorso viene condiviso anche con il MMG (che d'altra parte spesso è anche l'inviante). Successivamente, il paziente e i suoi familiari vengono inviati alla sede Onconauti più accessibile rispetto alla propria residenza, e proseguono la presa in carico oncologica e quella complementare in modo indipendente; in caso di criticità di qualsiasi genere l'Oncologo viene informato dai volontari dell'Associazione. Al termine del percorso (in genere dopo 3-4 mesi), viene proposto un re-test con il questionario di qualità di vita e uno di gradimento (che, fino ad ora, si è rivelato elevatissimo). Sono disponibili anche percorsi di mantenimento.

Contracezione orale d'emergenza

E TUTTO CHIARO?

A cura di
Loris Pagano
Ilaria Mordacchini
Ilaria Miano
Rosanna Petrangeli

Un'indagine conoscitiva condotta nel territorio, presso un ambulatorio di medicina generale, ha messo in risalto come la popolazione non sia adeguatamente informata. Da qui l'importanza di un processo d'informazione sulla COE per educare le donne non solo alla contraccezione orale d'emergenza ma ad una contraccezione ed una sessualità consapevole

Nel 2018 l'OMS ha dichiarato che la contraccezione di emergenza rientra nei diritti umani: qualsiasi donna o ragazza in età riproduttiva può aver bisogno di un contraccettivo d'emergenza per evitare una gravidanza indesiderata. In Italia, i farmaci per la contraccezione orale d'emergenza sono a base di levonorgestrel o di ulipristal acetato; entrambi, agendo sui recettori del progesterone, spostano il picco di LH ed impediscono l'ovulazione. Questi preparati ormonali sono impropriamente chiamati "pillola del giorno dopo" o "pillola dei cinque giorni dopo"; infatti la percentuale di successo dei farmaci decresce all'aumentare delle ore trascorse dal rapporto non protetto, nonostante sia possibile utilizzarli fino

a 72 o 120 ore a seconda della formulazione. Il primo farmaco ad essere immesso sul commercio fu Norlevo nel 2000, seguito poi da ellaOne nel 2012. Negli anni entrambi i farmaci hanno subito diverse modifiche riguardanti il regime prescrittivo, l'ultima nell'ottobre del 2020 a carico di ellaOne, contribuendo a creare incertezza riguardo ai regimi di fornitura e all'iter da seguire per ottenere il farmaco.

Lo studio

Le richieste di chiarimento giunte nel nostro ambulatorio di medicina generale hanno insinuato il dubbio che la popolazione non fosse adeguatamente informata sull'argomento, e si è così deciso di realizzare uno studio volto ad analizzare la volontà d'informazione ed i relativi mezzi nella popolazione maschile, mentre nella popolazione femminile si concentra sul grado di conoscenza dei vari aspetti riguardanti la contraccezione orale d'emergenza: mezzo conoscitivo, opinione riguardo l'utilizzo, necessità di prescrizione, facoltà di obiezione del medico e/o del farmacista, subordinazione ad un test negativo di gravidanza ed eventuali eventi avversi sul nascituro qualora si instaurasse una gravidanza nono-





stante l'utilizzo del farmaco. Inoltre, per coloro che hanno avuto necessità di ricorrere ai contraccettivi orali d'emergenza, si sono indagate motivazioni ed eventuali difficoltà riscontrate. L'obiettivo finale è stato quello di valutare la necessità di attuare un processo educativo riguardo l'argomento oggetto di studio, con particolare attenzione alle criticità maggiormente evidenziate.

Questionario telematico

Al fine di perseguire gli obiettivi esposti abbiamo realizzato un questionario telematico, aperto ai soli maggiorenni, con registrazione delle risposte totalmente anonima. Proprio le caratteristiche di somministrazione sono responsabili dei principali bias dello studio ovvero: condizioni non controllabili, esclusione di una popolazione minorenni sessualmente attiva

e distribuzione geografica non omogenea dovuta ai canali di pubblicazione. Prima di accedere al questionario era presente una pagina informativa riguardante l'argomento oggetto di studio, ispirata alla pagina dedicata del sito del Ministero della Salute, in particolare volta a sottolineare la differenza tra COE e pillola abortiva RU486. All'interno del questionario erano presenti sezioni dedicate per genere, conoscenza dell'argomento e utilizzo della COE. Per valutare la conoscenza reale sull'argomento sono stati utilizzati 5 items riguardanti la necessità di prescrizione medica, la possibilità di obiezione di coscienza del medico e/o del farmacista, la necessità di eseguire un test di gravidanza per acquistare il farmaco ed eventuali effetti avversi sul nascituro qualora si instaurasse una gravidanza nonostante l'utilizzo

della COE. A questi 5 items sono stati assegnati punteggi in base alla risposta errata, corretta o non data ed è stata individuata una scala di punteggio con un minimo di -5 ed un massimo di +5.

L'analisi dei dati

Sono state registrate 5.044 risposte valide, per l'88% provenienti da donne. La fascia d'età più rappresentata è quella dei 20-30 anni ed i rispondenti provengono da tutte le regioni italiane, in particolare Lazio, Lombardia e Veneto. Quasi il 90% del campione possiede almeno il diploma di scuola media superiore. Nel campione femminile, il 99,92% ha sentito parlare almeno una volta della COE ed ha quindi avuto accesso alla sezione riguardante specificatamente i cinque items volti ad indagare il reale grado di conoscenza dell'argomento; le risposte sono state analizzate sia singolarmente che in maniera aggregata, suddividendo il campione in donne appartenenti all'ambito sanitario e donne che invece ne sono estranee, al fine di valutare un eventuale bias dovuto ad una conoscenza derivante dal settore lavorativo di appartenenza e quindi non rappresentativa della conoscenza della popolazione media. Dai dati ricevuti abbiamo rilevato che, dei 595 uomini intervistati, tutti hanno dichiarato di conoscere la COE principalmente tramite internet o il gruppo amicale, mentre alla domanda volta ad indagare la fonte d'informazione desiderata è stata indicata la scuola come canale preferenziale ed è apparso tra le risposte anche il MMG. Indipendentemente dal canale scelto, la quasi totalità del campione ritiene comunque di voler essere informato sull'argomento.

“
L'obiettivo finale è stato quello di valutare la necessità di attuare un processo educativo riguardo l'argomento oggetto di studio

L'ambito sanitario

Per quanto concerne il campione femminile, delle 4.449 rispondenti il 32,48% appartiene all'ambito sanitario ed ha ottenuto un punteggio



Un processo di informazione ancora più ampio deve essere invece rivolto al territorio, al fine di educare le donne e la popolazione tutta non solo alla contraccezione d'emergenza ma ad un utilizzo corretto della contraccezione ordinaria, consentendo quindi una piena e consapevole sessualità

medio di 3,10 a fronte del 2,07 ottenuto dal campione di donne estranee all'ambito sanitario. Per valutare se la differenza nel punteggio medio fosse dipendente o meno dall'ambito lavorativo, è stato effettuato un test chi quadro di indipendenza utilizzando linguaggio di programmazione Python.

L'ipotesi H_0 assunta è che il punteggio ottenuto dalle donne appartenenti all'ambito sanitario sia maggiore rispetto a quello delle donne che non vi appartengono solo per effetto del caso ovvero che i punteggi ottenuti per i due campioni siano indipendenti dalle categorie di appartenenza. Dopo aver generato una tabella di contingenza per i due campioni, raggruppando i punteggi in positivi e negativi, sono stati calcolati i valori attesi sotto l'ipotesi di indipendenza. Si è poi proceduto al calcolo della statistica test con chi quadro. Verificando con i dati riportati nella tavola della distribuzione chi quadro, si ha che il valore critico corrispondente ad alfa 0,05 ed anche ad alfa 0,01 con un solo grado di libertà è considerevolmente minore del valore ottenuto. Conseguentemente, è possibile rifiutare l'ipotesi H_0 di indipendenza dei dati, ciò significa che la differenza nei punteggi è altamente significativa e c'è una probabilità inferiore al 5% ed anche all'1% che la differenza sia dovuta al caso.

In entrambi i sottogruppi, gli aspetti meno conosciuti riguardano l'impos-

sibilità del medico di avvalersi dell'obiezione di coscienza e la mancanza di eventuali effetti avversi sul nascituro qualora dovesse instaurarsi una gravidanza nonostante l'utilizzo della COE. In particolare, nella domanda volta ad indagare l'obbligo di prescrizione e la possibilità del medico di avvalersi dell'obiezione di coscienza si sono ottenute le più alte percentuali di risposte errate, evidenziando un'informazione non corretta sia nel campione sanitario che non sanitario. La maggior percentuale di risposte "non saprei" (oltre il 60%) è stata invece raggiunta nella domanda volta ad indagare eventuali effetti avversi sul nascituro qualora si facesse ricorso alla COE, sottolineando quindi la totale assenza di informazione riguardo questo punto.

Si è poi proceduto ad analizzare il sottogruppo di donne che hanno fatto ricorso, almeno una volta, ai farmaci per la contraccezione orale d'emergenza.

Del campione femminile in studio, il 45,92% ha fatto ricorso ai farmaci, di cui circa il 65% per fallimento di un metodo contraccettivo ordinario e per la maggior parte si sono rivolte al PS, in guardia medica o direttamente in farmacia, sottolineando il carattere emergenziale del farmaco. 286 donne hanno incontrato difficoltà nell'iter per l'acquisto del farmaco, in particolare oltre il 60% non ha ricevuto agevolmente la prescrizione medica.

Conclusioni

Alla luce dei risultati del presente studio, appare chiara la necessità di realizzare un processo di informazione dei cittadini e di formazione del personale medico-sanitario in tema di contraccezione orale d'emergenza. Al fine di contribuire a tale processo, al momento di registrazione anonima delle risposte appariva ai rispondenti un messaggio volto a ricordare le funzioni della contraccezione di emergenza e veniva fornito un link di reindirizzamento al sito del Ministero della Salute sul quale sono riportate tutte le informazioni relative alla contraccezione d'emergenza, con particolare attenzione alle modalità d'uso, di prescrizione, effetti collaterali e controindicazioni.

Nella stessa pagina sono inoltre presenti i riferimenti normativi ed una sezione FAQ per approfondimenti. Per quanto concerne il campione maschile, i dati raccolti fanno emergere la volontà da parte degli uomini di essere informati sulla contraccezione orale d'emergenza, con una percentuale del 99,16%; nessuno degli intervistati è venuto a conoscenza dell'argomento tramite MMG ma molti (256 su 590, 43%) lo indicano come canale informativo preferenziale. Tuttavia, è importante sottolineare che, come evidenziato da altri studi condotti dal nostro gruppo di lavoro, soprattutto la fascia d'età giovane non è solita interfacciarsi con il medico di medicina generale in quanto tende ad essere in buona salute.

Per quanto concerne il campione femminile, è indubbio che la conoscenza derivante dall'ambito professionale impatti positivamente sulla media totale di 2,41 così come evidenziato dai test statistici. Tuttavia, le percentuali relative alla disinformazione ed alle informazioni errate mettono in luce la necessità di implementare l'informazione presente nelle aule accademiche, soprattutto in relazione alla possibilità da parte del medico di fare ricorso all'obiezione di coscienza e sugli effetti avversi su di un eventuale nascituro qualora dovesse instaurarsi una gravidanza nonostante l'utilizzo della contraccezione orale d'emergenza.

Un processo di informazione ancora più ampio deve essere invece rivolto al territorio, al fine di educare le donne e la popolazione tutta non solo alla contraccezione d'emergenza ma ad un utilizzo corretto della contraccezione ordinaria, consentendo quindi una piena e consapevole sessualità.

Bibliografia

- C. FLAMIGNI E C. MELEGA, La pillola del giorno dopo. Dal silfio al levonorgestrel, 2010, l'Asino d'oro edizioni
- C. SETTEMBRINI, Obiezione respinta! Diritto alla salute e giustizia riproduttiva, 2020, Prospero editore
- CAMERON ST, LI H, GEMZELL-DANIELSSON K. Current controversies with oral emergency contraception. *BJOG*. 2017 Dec;124(13):1948-1956. doi: 10.1111/1471-0528.14773. Epub 2017 Jul 17. PMID: 28658565.
- DAVIS AR, PRADITPAN P. Emergency Contraception: Two Steps Forward, One Step Back. *Semin Reprod Med*. 2016 May;34(3):152-8. doi: 10.1055/s-0036-1572438. Epub 2016 Mar 22. PMID: 27002603.
- Fact sheet No 244: *Emergency Contraception* - June 2000 (WHO, 2000, 2 p.), revised 2005
- GLASIER AF, CAMERON ST, FINE PM, ET AL. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis [published correction appears in *Lancet*. 2014 Oct 25;384(9953):1504]. *Lancet*. 2010;375(9714):555-562. doi:10.1016/S0140-6736(10)60101-8
- GLASIER A. The rationale for use of Ulipristal Acetate as first line in emergency contraception: biological and clinical evidence. *Gynecol Endocrinol*. 2014 Oct;30(10):688-90. doi: 10.3109/09513590.2014.950645. Epub 2014 Aug 18. PMID: 25133564.
- ITALIA S, BRAND H: Status of Emergency Contraceptives in Europe One Year after the European Medicines Agency's Recommendation to Switch Ulipristal Acetate to Non-Prescription Status. *Public Health Genomics* 2016;19:203-210. doi: 10.1159/000444686
- KOZINSZKY Z, SIKOVANYECZ J, DEVOSA I, SZABÓ D, BARABÁS K, PÁL A, ARTHUR J. Determinants of emergency contraceptive use after unprotected intercourse: who seeks emergency contraception and who seeks abortion? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012 Aug;91(8):959-64. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01429.x. Epub 2012 Jul 2. PMID: 22524298.
- LI HWR, RESCHE-RIGON M, BAGCHI IC, GEMZELL-DANIELSSON K, GLASIER A. Does ulipristal acetate emergency contraception (ella®) interfere with implantation? *Contraception*. 2019 Nov;100(5):386-390. doi: 10.1016/j.contraception.2019.07.140. Epub 2019 Jul 24. PMID: 31351035.
- MARCELL AV, WAKS AB, RUTKOW L, MCKENNA R, ROMPALO A, HOGAN MT. What do we know about males and emergency contraception? A synthesis of the literature. *Perspect Sex Reprod Health*. 2012 Sep;44(3):184-93. doi: 10.1363/4418412. Epub 2012 Jul 12. PMID: 22958663.
- MICHIE L, CAMERON ST. Emergency contraception and impact on abortion rates. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020 Feb;63:111-119. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.06.008. Epub 2019 Jul 3. PMID: 31362908.
- MONTANARI VERGALLO G, ZAAMI S, DI LUCA NM, MARINELLI E. The conscientious objection: debate on emergency contraception. *Clin Ter*. 2017 Mar-Apr;168(2):e113-e119. doi: 10.7417/CT.2017.1991. PMID: 28383622.
- *Practice Bulletin No. 152: Emergency Contraception. Obstet Gynecol*. 2015 Sep;126(3):e1-e11. doi: 10.1097/AOG.0000000000001047. PMID: 26287787.
- ROSATO E, FARRIS M, BASTIANELLI C. Mechanism of Action of Ulipristal Acetate for Emergency Contraception: A Systematic Review. *Front Pharmacol*. 2016 Jan 12;6:315. doi: 10.3389/fphar.2015.00315. PMID: 26793107; PMCID: PMC4709420.
- SHEN, JIE, ET AL. «Interventions for emergency contraception.» *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8 (2017).
- WAGNER BG, CLELAND K, BATUR P, WU J, ROTHBERG MB. Emergency contraception: Links between providers' counseling choices, prescribing behaviors, and sociopolitical context. *Soc Sci Med*. 2019 Dec;242:112588. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112588. Epub 2019 Oct 4. PMID: 31630008.
- WAGNER JK, DATHE K, SCHAEFER C, HOELTZENBEIN M. Ulipristal acetate and pregnancy outcome-an observational study. *Hum Reprod*. 2020 Apr 28;35(4):751-758. doi: 10.1093/humrep/deaa024. PMID: 32322890.

Un periodo difficile può diventare un'occasione di rilancio



L'Odontoiatria pubblica a Ferrara è organizzata nell'Unità Operativa Complessa diretta dal Prof. Trombelli, divisa in 3 distretti nella quale prestano servizio 18 colleghi specialisti ambulatoriali, 1 odontoiatra dipendente, 2 professori Universitari.

L'Unità Operativa Complessa a Direzione Universitaria dell'AUSL di Ferrara rappresenta una positiva esperienza in ambito regionale (probabilmente nazionale) di virtuosa integrazione tra professionisti odontoiatri che, pur con competenze e profili contrattuali differenti, lavorano in un contesto di qualificata offerta assistenziale, al contempo contribuendo tutti alla produzione (ricerca) e trasmissione (didattica) della conoscenza.

Il Covid-19 ha sottoposto a dura prova tutte le attività, comprese quelle sanitarie che ci riguardano. Dopo il fermo del lockdown che ci ha visto organizzare le necessarie attività di

urgenza e di assistenza telefonica, già dal maggio/giugno 2020 sono riprese le attività ambulatoriali a pieno ritmo, recuperando entro l'estate le prestazioni bloccate da marzo. La rimodulazione del tempo di lavoro necessario per l'applicazione dei protocolli di sicurezza, ha permesso di accorpate più prestazioni per lo stesso paziente, riducendo gli spostamenti e ottimizzando i tempi. L'agenda informatizzata perfezionata in questo periodo, ha certamente dato un contributo in tal senso:

distribuzione delle attività, evitando sperequazioni fra le agende dei vari specialisti
ridistribuzione puntuale dell'utenza in base all'appartenenza territoriale
possibilità di dare appuntamenti direttamente sull'agenda dei colleghi
possibilità di prenotare direttamente dal nostro ambulatorio le radiografie necessarie

Uno dei risultati è stato anche l'an-

La testimonianza di come a Ferrara la ripresa dopo il lockdown 2020 è servita per rilanciare le attività ambulatoriali. Dalla rimodulazione dei tempi di lavori, al recupero delle liste con le agende informatizzate fino all'attività di tutoraggio in partnership con l'Università

nullamento delle liste di attesa, prima presenti in varie discipline odontoiatriche.

Negli ultimi 6 mesi sono state pubblicate 137 ore di odontoiatria a tempo indeterminato, ridistribuendo in modo razionale le varie attività odontoiatriche sul territorio, facendo entrare nell'attività specialistica diversi giovani colleghi, motivandoli inoltre a vedere nel sindacato un'importante riferimento.

Un altro risultato importante raggiunto in questi mesi, è il riconoscimento ufficiale da parte dell'Università di Ferrara del ruolo di Tutor degli specialisti odontoiatri nella formazione degli studenti del sesto anno del corso di laurea in odontoiatria.

Attualmente accogliamo regolarmente a rotazione nei nostri ambulatori gli studenti in via sperimentale, ma dal prossimo anno accademico, come previsto dall'AIL siglato a Ferrara, previo accordo Università/AUSL, l'attività di tutoraggio verrà regolarmente retribuita (5 euro /ora, lo stesso riconoscimento accordato alla dipendenza).

Al di là del pur importante aspetto economico, il tutoraggio prevedendo la nostra partecipazione attiva ai progetti di ricerca degli studenti frequentanti gli ambulatori, costituisce un importante esempio, come già affermato, di piena integrazione nel rispetto dei vari profili professionali e contrattuali (Specialisti ambulatoriali, Universitari, Ospedalieri) della stessa Unità operativa.

Rinaldo Buzzoni
Roberto Lucci
Uoc a Direzione
Universitaria
dell'AUSL di Ferrara

Genetica e tumori rari del cavo orale

Uno studio sull'ameloblastoma

Uno specialista ambulatoriale principal investigator di uno studio pubblicato sull'International Journal of Clinical Pathology

Anche gli Specialisti Ambulatoriali possono contribuire con le loro competenze al miglioramento scientifico. Un esempio, il recente lavoro pubblicato sulla rivista internazionale Journal of Clinical Pathology dal gruppo del dr. Riccardo Bonacina, Specialista Ambulatoriale dell'USC Odontostomatologia ASST-PG23 Bergamo diretta dal dr. Mariani.

Lo studio ha posto nel mirino la genetica di un raro tumore del cavo orale: l'*ameloblastoma*. Questa neoplasia benigna si manifesta prevalentemente nella mandibola e colpisce in pari misura uomini e donne di età compresa fra i 30 e 60 anni. Il trattamento è esclusivamente chirurgico e prevede la rimozione della neoplasia. Il lento sviluppo e l'assenza di sintomatologia portano a diagnosi di lesioni ampie che richiedono trattamenti demolitivi e complesse ricostruzioni. Un altro peculiare aspetto di questa rara patologia è la frequente recidiva, correlata alla difficoltà di identificare l'esatto confine patologico durante la fase chirurgica.

Lo studio ha voluto analizzare l'eventuale presenza della mutazione genetica BRAF V600E nei casi di ameloblastoma. È stata realizzata una valutazione retrospettiva partendo dalla raccolta dei casi sottoposti ad intervento in un arco temporale di 20 anni. La casistica, vista la rarità della patologia, è stata ampliata grazie alla realizzazione multicentrica della ri-

Riccardo Bonacina
Odontoiatra,
Specialista
Ambulatoriale
dell'USC
Odontostomatologia
ASST-PG23
Bergamo

cerca, che ha consentito di identificare 74 casi caratterizzati da un follow-up di almeno 60 mesi dopo l'intervento. Di tutti i casi sono stati raccolti dati clinici e i campioni anatomici sono stati sottoposti all'analisi per la ricerca della mutazione BRAF. Il primo dato emerso dall'analisi immunohistochimica e dai dati clinici è stato che il 30 % dei pazienti operati ha presentato una recidiva, confermando la necessità di un costante e lungo follow-up necessario per intercettare riprese di malattia e poter intervenire tempestivamente.

Il secondo dato emerso è che la mutazione BraF V600E compare nei soggetti di età più giovane, è maggiormente evidente nelle localizzazioni a carico del mascellare inferiore e predilige la variante mono-cistica. La presenza della mutazione non è però correlata ad una maggior incidenza di recidiva e a una peggiore prognosi. Allo studio hanno partecipato, attraverso la creazione di un gruppo cooperativo multicentrico coordinato

dall'ASST-PG23, 11 fra i principali centri italiani che si occupano di tale patologia, le Università di Milano, Roma, Padova, Torino, Firenze, Udine, Chieti e gli ospedali di Genova, Alessandria e Bolzano. Lo spirito collaborativo ha beneficiato del coordinamento del dr. Gianatti, Direttore dell'Anatomia Patologica ASST PG23 e del dr. Mandalà, Professore di Oncologia Medica Università di Perugia. Lo studio è durato oltre 3 anni dove non sono mancate le problematiche organizzative e di coordinamento che hanno dovuto fare i conti anche con l'emergenza Covid. Sicuramente il raggiungimento del traguardo finale con la pubblicazione della ricerca ha dimostrato che anche la specialista ambulatoriale può e deve svolgere un ruolo cooperativo e propositivo nell'ambito della ricerca scientifica. Non solo, il gruppo cooperativo creato, sta continuando la collaborazione e ha già in cantiere altre fasi di approfondimento relative all'ameloblastoma e nuovi filoni di ricerca.

La ricerca scientifica è alla base dello sviluppo delle conoscenze mediche e del miglioramento dell'attività clinica. La moderna medicina può beneficiare di ricerche e indagini genetiche che hanno permesso di incrementare le conoscenze dei meccanismi eziopatogenetici e sviluppare nel contempo terapie mirate e sempre più efficaci. Ne è un esempio il melanoma metastatizzato dove la presenza della mutazione BRAF V600E consente l'impiego di trattamenti mirati farmacologici con significativo miglioramento del quadro clinico

RASFF

Si chiama **Sistema di Allerta Rapido per gli alimenti e mangimi (RASFF)** il network che all’interno dell’Unione europea coordina le notifiche relative ad un rischio diretto o indiretto per la salute umana dovuto ad alimenti o mangimi

Come funziona la tutela degli alimenti all’interno dell’Ue



L’interconnessione dei mercati e la globalizzazione hanno comportato sicuramente una maggiore disponibilità di merci nei diversi Stati, ma anche un aumento significativo dei possibili rischi per la salute umana diretti o indiretti derivanti dai prodotti stessi, in ragione delle diverse normative e dei diversi metodi di produzione dei paesi interessati.

Nell’ambito dell’uniformazione legislativa voluta dall’Unione Europea s’inquadra il Sistema di Allerta Rapido per Alimenti e Mangimi RASFF (Rapid Alert System for Food and Feed), ufficialmente istituito nel 2002 con Regolamento CE 178/2002, al fine di garantire una maggior tutela dei consumatori attraverso uno scambio rapido di informazioni tra gli stati membri sui pericoli connessi ai prodotti di consumo, alimenti, mangimi e materiali ed oggetti a contatto con gli alimenti (MOCA).

Il sistema di allerta rapido RASFF è attivato ogni qual volta è identificato un rischio per la salute correlato al consumo/utilizzo di un determinato prodotto. Le segnalazioni possono provenire: dalle autorità competenti a seguito di controlli ufficiali, dagli operatori del settore nell’ambito delle procedure di autocontrollo o da parte dei consumatori attraverso reclami ed esposti.

Aspetti fondamentale del RASFF sono la rapidità del flusso e la completezza delle informazioni attraverso l’uso di procedure operative standar-



dizzate e di un'unica piattaforma on-line europea "iRASFF" dove sono convogliati tutti i dati utili inseriti dalle diverse autorità competenti dei diversi stati.

La Commissione Europea, l'EFSA (Autorità per la sicurezza alimentare) e gli stati membri dell'Unione sono interessati a diversi livelli di responsabilità nel RASFF. A livello nazionale il Ministero della Salute è il punto di contatto italiano mentre a livello locale sono interessate le Regioni e le ASL territoriali attraverso i Servizi dei dipartimenti di prevenzione medici e veterinari coinvolti nella sicurezza alimentare.

In particolare i servizi SIAN si occupano della gestione delle allerte dei prodotti non di origine animale, degli alimenti composti, degli integratori alimentari e degli alimenti destinati a gruppi specifici di popolazione (FSG) nonché degli additivi e aromi alimentari e dei MOCA.

Oltre all'attivazione del sistema di allerta a seguito di controlli e campionamenti, gli interventi sul territorio per la protezione la salute pubblica a diverso livello riguardano: l'effettuazione d'indagini sull'effettiva attuazione delle procedure di ritiro e/o richiamo da parte degli operatori; l'accertamento delle cause all'origine di una contaminazione o tossinfezione; la disposizione di interventi di restrizione o divieto riguardanti l'im-

missione sul mercato; l'importazione/esportazione, la trasmissione delle notifiche e *follow-up* al nodo regionale e il loro inserimento nella piattaforma europea iRASFF.

A titolo di esempio negli ultimi mesi i SIAN di tutto il territorio nazionale sono stati coinvolti in una allerta che ha riguardato una grande varietà di prodotti alimentari. Infatti, a partire da settembre 2020 numerose partite di semi di sesamo contaminati da ossido di etilene, provenienti prevalentemente dall'India, sono entrate in diversi paesi UE.

L'origine di tale contaminazione è dovuta all'impiego di agrofarmaci a base di ossido di etilene, sostanza con riconosciute proprietà disinfettanti e disinfestanti, il cui impiego alimentare è ancora consentito in paesi extra UE quali l'India, dove si utilizza per la decontaminazione dai parassiti dei silos delle derrate, ma non è ammesso in Europa. Tale divieto si spiega con ai rischi derivanti dalla tossicità dell'ossido di etilene classificato a livello comunitario come mutageno, cancerogeno e tossico per la riproduzione di categoria 1B.



A partire da settembre 2020 numerose partite di semi di sesamo contaminati da ossido di etilene, provenienti in gran parte dall'India, sono entrate in diversi paesi UE

Le concentrazioni di ossido di etilene rilevate superavano anche di 1000 volte il limite massimo di residuo LMR ammesso per i semi di sesamo in Unione pari a 0,05 mg/kg, determinando moltissimi controlli e un richiamo massivo di prodotti alimentari sia in forma di semi di sesamo, ma soprattutto di prodotti composti dove i semi sono stati introdotti come ingrediente quali prodotti da forno di diversi marchi.

Da novembre 2020 ad oggi, in qualità di referente RASFF per il servizio SIAN dove lavoro, ho seguito oltre cinquanta accertamenti inerenti l'esito sul territorio delle allerte per presenza di ossido di etilene su diverse matrici alimentari, che hanno riguardato sia la grande distribuzione (GDO) sia la commercializzazione al dettaglio nonché gli esercizi di somministrazione (HoReCa).

Dai riscontri effettuati è emerso che la quasi totalità delle imprese alimentari aveva correttamente applicato le procedure di ritiro dal commercio anche con la diffusione degli avvisi di richiamo dei produttori/distributori destinati ai consumatori finali.

Il resoconto di un convegno svoltosi a Padova che ha voluto dedicare alle conoscenze acquisite dalle discipline psicologiche l'attenzione necessaria per promuovere al meglio gli sviluppi scientifici e le riflessioni sulle competenze relazionali delle cure in tutte le branche specialistiche ambulatoriali

La relazione medico-paziente al tempo della pandemia

Riflettere sul ruolo della comunicazione e della relazione con il paziente come fattore terapeutico della cura è compito di ogni specialista e professionista sanitario. Ancor più in tempo di pandemia e post-pandemia, la relazione medico-paziente presente in ciascun percorso diagnostico e di cura è particolarmente densa di variabili e informazioni aspecifiche che meritano un approfondimento particolare e competente.

La segreteria scientifica del Convegno Nazionale SUMAI Assoprof Padova con la regia del coordinatore professionisti psicologi e psicoterapeuti ambulatoriali di Padova e di Agostino Paoletta, Consigliere provinciale SUMAI Assoprof Padova, ha voluto dedicare alle conoscenze acquisite dalle discipline psicologiche l'attenzione necessaria per promuovere al meglio gli sviluppi scientifici e le riflessioni sulle competenze relazionali delle cure in tutte le branche specialistiche ambulatoriali.

Lo sviluppo delle competenze professionali a matrice psicologica in ciascun contesto territoriale e ospedaliero è una necessità che non può essere più procrastinata, che non può essere più considerata un "lusso" ma doverosa applicazione di livelli es-

Pierluigi Policastro
Psicologo
psicoterapeuta,
coordinatore
provinciale
professionisti SUMAI
Assoprof Padova
Vice coordinatore
regionale
professionisti SUMAI
Assoprof Veneto

senziali di assistenza che le unità di offerta sanitarie pubbliche e convenzionate hanno il compito di garantire gratuitamente a tutti i cittadini.

Il percorso continuo della ricerca scientifica e le sue connessioni con l'attività clinica, la costante attenzione al legame tra la teoria e la pratica clinica per erogare prestazioni specialistiche e professionali ad ogni individuo come interesse della collettività, per garantire cure gratuite efficaci e di qualità, è stato lo sfondo da cui si sono sviluppati gli interventi delle due giornate di lavori.

A partire dall'esperienza umana e professionale dello stesso clinico come lente fondamentale per la comprensione della patologia nel suo insieme bio-psico-sociale, abbiamo quindi focalizzato l'attenzione anche sullo sviluppo della telemedicina e quindi sui fattori psicologici della relazione a distanza (online) e in presenza (offline).

Le due giornate sono partite dalle riflessioni sulla relazione medico-paziente dentro e fuori la stanza del proprio ambulatorio.

Pandemia e post-pandemia come esperienza individuale e collettiva
Pandemia e post-pandemia come



esperienza individuale e collettiva condivisa ci hanno imposto radicali cambiamenti motivati dall'interesse collettivo prevalente. Pietro Roberto Goisis ci ha aiutati a riflettere su questo partendo dalla sua lunga esperienza clinica di medico, psichiatra e psicoanalista e di come questa si è connessa al suo ruolo di malato di COVID 19. A maggio dello scorso anno ha vissuto l'esperienza di malato ricoverato presso un reparto COVID, assistito da medici e specializzandi alla ricerca di una cura ancora senza protocolli chiari, da infermieri impegnati ad applicare indicazioni tera-



“Ciascun dal proprio cuor
l'altrui misura”

Pietro Metastasio

tuale pandemia e la successiva post-pandemia COVID 19, complicata da una vera e propria info-demia con informazioni frammentarie e contraddittorie che amplificano i sentimenti di incertezza e precarietà, favorire con competenza l'espressione delle emozioni o prevedere l'uso di qualche semplice tecnica per imparare a dare forma espressiva a pensieri e stati d'animo percepiti come eccessivi, è condizione necessaria per accompagnare le reazioni emotive fisiologiche umane.

Non dare la necessaria attenzione alle emozioni e lasciarle inesprese, al di là della propria capacità di adattamento e della resilienza personale e familiare di ciascuno, può generare nel tempo stati emotivi peggiori fino alla franca patologia post-traumatica e può limitare in modo significativo la valorizzazione e la trasformazione evolutiva dell'esperienza vissuta.

Differenze tra modello biologico e bio-psicosociale

Recuperare l'origine della propria motivazione alla professione di cura, abbracciare il modello bio-psico-sociale come superamento del riduzionismo biologico diventa quindi una sfida e una prospettiva sempre più necessaria, ancor più in tempo di pandemia, per accompagnare il processo delle cure in modo integrato e multidisciplinare, anziché frammentato e fondato sulla disconnessione tra le differenti competenze disciplinari.

Chiara Adriana Ripamonti psicologo psicoterapeuta junghiana, ricercatore e professore aggregato di psicologia della salute all'università Milano Bicocca, partendo dai contenuti espressi nel giuramento di Ippocrate sulla promozione dell'alleanza terapeutica con il paziente fondata sulla fiducia e sulla reciproca informazione nel rispetto e condivisione dei principi a cui si ispira l'arte medica, ha quindi

voluto soffermarsi sulle differenze sostanziali tra il modello biologico e quello bio-psicosociale. Dalla definizione del modello biomedico, ancora prevalente, focalizzato sulla malattia e sulla sua riconducibilità ad una determinata categoria nosografica, cieco alle componenti psicologiche e sociali e agli aspetti comunicativo-relazionali della relazione tra medico e paziente, la relatrice ho posto in evidenza come il modello biomedico prevede un colloquio clinico centrato sulla malattia e i suoi segni, sulla parcellizzazione del corpo, a cui corrisponde l'iper-specializzazione dei clinici, dove il farmaco è il rimedio di tutti i mali.

Ci ha così accompagnati verso l'importanza di spostare il baricentro della pratica clinica e dei percorsi di cura verso il modello bio-psico-sociale proposto ancora negli anni '70 da George Engel che propone un modello di cura della persona nella sua interezza biologica, psicologica, sociale, culturale, esistenziale, spirituale. Dar voce ed integrare i tre diversi aspetti della natura biologica della malattia (disease), dell'esperienza soggettiva di malattia (illness), della condizione di malattia secondo la prospettiva sociale (sickness), diventa pertanto l'unica strada percorribile per valorizzare le componenti affettive della comunicazione e della relazione medico-paziente come veri e proprie variabili intervenienti nel processo diagnostico e quindi fattori terapeutici specifici della cura.

Tale spostamento di modello della cura che valorizza la relazione medico paziente trova altro importante riscontro in un secondo pilastro teorico sviluppato sempre negli anni '70 dal biologo Ludwig Von Bertalanffy che con la sua teoria dei sistemi complessi conferma la proposta di approccio olistico alla persona di Engel. Con il suo principio di totalità Von Bertalanffy afferma che un sistema non si

peutiche, al fianco di altri pazienti con cui ha condiviso il brusco e inaspettato isolamento dalla relazione umana con i propri familiari, solo marginalmente colmato dalla relazione a distanza attraverso gli ausili elettronici.

La relazione di cura è un fattore terapeutico specifico, imprescindibile da ogni atto terapeutico, che riguarda lo scambio di vissuti e stati d'animo che accompagna la comunicazione durante l'esercizio del proprio ruolo di curante, di utente o di familiare. Ancor più nelle situazioni di crisi potenzialmente traumatiche come l'at-

“

Non dare la necessaria attenzione alle emozioni e lasciarle inesprese può generare stati emotivi peggiori fino alla franca patologia post-traumatica

comporta come un semplice agglomerato delle parti che lo compongono ma come un tutto inscindibile, pertanto tutte le sue parti sono in interazione tra loro in modo tale che un cambiamento di una parte rappresenta una perturbazione per le altre e per l'intero sistema.

La pandemia e i cambiamenti dei sistemi sanitari e sociali

La pandemia e la post-pandemia ha generato e genererà una grande quantità di cambiamenti nel funzionamento dei sistemi sanitari e sociali e questo, secondo numerose ricerche ha portato e porterà una grande quantità di distress e una vera e propria forma di sofferenza psicologica come la compassion fatigue negli operatori sanitari e nella cittadinanza tutta. L'importanza del riconoscimento delle competenze trasversali, della comunicazione e delle variabili relazionali alla luce degli sviluppi delle discipline psicologiche è quindi adesso più che mai centrale.

Conoscere e riconoscere con chiarezza ruoli e funzioni di professionisti psicologi psicoterapeuti come attori necessari per favorire il superamento del riduzionismo biologico e la valorizzazione di processi di cura interdisciplinari, rappresenta la possibilità trasformativa ed evolutiva che i decisori politici affiancati dai sindacati possono cogliere per ridefinire la centralità della persona nel suo insieme nei processi diagnostici e di cura. Tale possibilità trasformativa che mette al centro l'alleanza terapeutica tra medico e paziente, che riconosce la persona coesa e integrata nelle sue differenti componenti biologiche, psicologiche e sociali, può essere colta cominciando dall'attenzione al funzionamento dei sistemi organizzativi di cura, di come questi interagiscono con i curanti e di quali modelli di cura si fanno essi stessi promotori.

La relazione medico paziente online e offline

La seconda giornata ha continuato lo sviluppo del tema con la relazione di Daniele Malaguti psicologo del lavoro e delle organizzazioni, psicoterapeuta e docente di psicologia clinica e del lavoro nell'Università di Trento che ha portato una riflessione approfondita sul tema della telemedicina descrivendo i fattori psicologici della relazione medico paziente a distanza (online) e in presenza (offline). Cominciando dalle riflessioni dell'economista Richard Baldwin (2018) sulla terza globalizzazione, su come le nuove tecnologie hanno cambiato il lavoro e su come la situazione pandemica ha impresso un'ulteriore accelerazione alle dinamiche di tale cambiamento già in atto, l'intervento ha affrontato in un primo momento gli attributi del telelavoro e della telemedicina, per poi procedere a un'analisi sempre più approfondita delle caratteristiche, dei vantaggi e dei limiti della relazione medico paziente online e offline. Dopo una definizione di relazione medico-paziente basata sullo scambio di comunicazioni a carattere cognitivo e affettivo, sono state presentate le determinanti psicologiche e che entrano maggiormente in gioco nella relazione in presenza (offline) e in quella a distanza (online), con particolare riferimento alle dimensioni verbali e non verbali nei due tipi di relazione. Infine, l'intervento ha dato spazio al concetto di presenza nella relazione terapeutica, cosa la favorisce, cosa la ostacola e come questa possa facilitare l'efficacia della relazione medico-paziente.

Lavorare stanca: l'usura relazionale nei professionisti sanitari

L'incontro formativo è poi proseguito con il contributo di Alessandro Siciliano psicologo psicoterapeuta psicoanalitico, componente del Direttivo

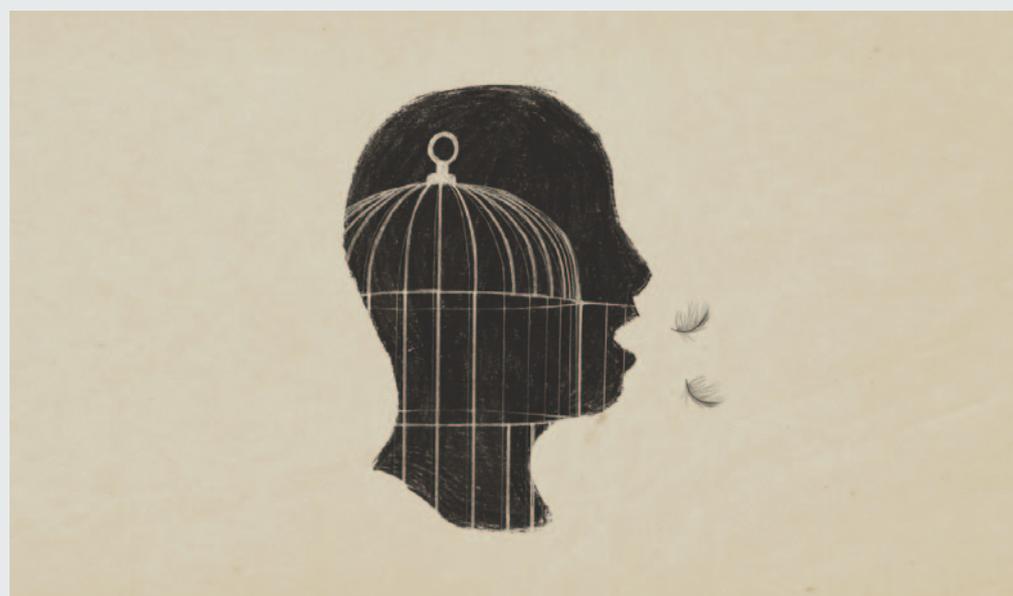


Il lavoro umano specialmente quello di cura, "implica la capacità di agire su un oggetto in modo da poterlo modificare ma con sufficiente amore da proteggerlo dalla distruzione"

il nodo group, formatore, supervisore e conduttore di gruppi Balint. Il relatore partendo dalla raccolta di poesie di Cesare Pavese "Lavorare stanca" scritta nel 1936 per descrivere la faticosa condizione umana dei contadini, ha focalizzato l'attenzione sulla stanchezza del curante. La quantità di usura relazionale nel lavoro di specialisti e professionisti sanitari, non è quantificabile a priori nella sua portata ma è prevedibile nella sua manifestazione, che avverrà quasi certamente prima o poi. Il lavoro umano specialmente quello di cura, "implica la capacità di agire su un oggetto in modo sufficientemente aggressivo da poterlo modificare ma con sufficiente amore da proteggerlo dalla distruzione" (Baum, 1990). L'aggressività cui accenna l'autore non è ovviamente una rabbia caratterizzata da distruttività ma assomiglia di più all'abilità di convogliare energia in maniera assertiva per prendersi cura al meglio del paziente. Anche l'amore qui non è inteso in senso platonico ma come capacità di 'prendersi cura' amorevolmente dell'altro con pietà, rispetto e attenzione. Medici, psicologi, tutti i professionisti e operatori sanitari e sociali, come anche gli insegnanti sono impegnati nello svolgimento del proprio mandato professionale in lunghi e intensi rapporti con gli 'oggetti/soggetti' dei quali si occupano. Ci devono necessariamente essere competenza, attitudine, aggiornamento nella propria branca di specializzazione, ma la relazione umana è un elemento imprescindibile. Intensità, continuità e prossimità sono ineliminabili come caratteristiche intrinseche al compito. L'altro elemento che accomuna queste professioni è la particolarità del soggetto al quale sono rivolte. Soggetti fragili, delicati da maneggiare con cura, malati, sofferenti, danneggiati, bisognosi, dipendenti. Occorre quindi sviluppare caratteristiche personali quali la crea-

Le riflessioni di uno psicologo penitenziario che con il detenuto sperimenta una modalità di relazione inedita. Un breve percorso, all'interno delle case circondariali, nel tentativo di portare l'emotività e la soggettività laddove sembra non essercene spazio

Il carcere, uno spazio tra coercizione e libertà



Rosaria Di Clemente
Psicologa,
Specialista
Ambulatoriale
ASL Na 1

Il presente scritto è il frutto di riflessioni che hanno l'obiettivo di stimolare il lettore a proprie personali considerazioni sulla delicata tematica della Psicologia Penitenziaria. L'intento vuole essere quello di accompagnare, chi si avvicina a questi temi in un breve percorso, all'interno di un Istituzione Totale, quella penitenziaria, attraverso l'esperienza dello Psicologo, nel suo costante tentativo di portare l'emotività e la soggettività, laddove sembra non essercene spazio. L'articolo 1 della Legge 56/89 dell'Ordinamento della professione degli psicologi e l'art. 13 dell'ordinamento penitenziario rappresentano per noi Psicologi dell'Area Penale (anche se afferenti a Servizi differenti) rappresentano la cornice normativa di riferimento. Importante, in tal senso il D.P.C.M. 01/04 /2008 G.U. 30/05/2008 che sancisce il Trasferi-

mento al SSN dell'Assistenza Sanitaria negli Istituti Penitenziari e che introduce la figura dello Psicologo dell'ASL. Val la pena di ricordare che:

- «la professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità» differenziando e definendo gli ambiti di intervento e gli obiettivi dall'Area Trattamentale e dell'Esperto ex art.80:
- il trattamento penitenziario deve rispondere ai particolari bisogni della personalità di ciascun soggetto incoraggiando le attitudini e valorizzare le competenze che possono essere di sostegno per il reinserimento sociale»

tività, adattabilità, empatia, autorevolezza, pazienza ma soprattutto abilità di individuazione, riconoscimento e gestione del proprio apparato emotivo/sensoriale.

Entrambe le giornate hanno visto la presentazione di un caso clinico di paziente cardiologico presentato da Valentina Accurso specialista in cardiologia e di un caso clinico presentato dalla specialista endocrinologa Nora Albiger di paziente con problematiche della tiroide. In entrambi i casi clinici la presentazione del processo diagnostico e del trattamento è stato integrato con una focalizzazione sugli aspetti di comunicazione e relazione.

La sintesi delle due giornate ha quindi evidenziato alla platea dei presenti che da ciascun intervento è emerso quanto l'ascolto attivo del curante e le competenze trasversali a matrice psicologica siano necessarie all'interno del sistema socio sanitario pubblico anche al fine di favorire una sempre maggior integrazione tra competenze tecniche e relazionali dirette ad accompagnare il processo di valutazione e presa in carico, sia verso una migliore alleanza terapeutica e quindi una maggior aderenza alle cure, sia verso l'apertura all'osservazione di possibili comorbilità a carattere psicologico che possono emergere dall'osservazione delle componenti di comunicazione della relazione verbale e non verbale con il paziente.



Nel 2008, dunque, assistiamo ad un cambiamento significativo nell'Ambito Penitenziario, che apre di diritto le porte allo Psicologo dell'Azienda Sanitaria per l'assistenza e la cura alle persone ristrette.

Quale cura e quale intervento psicologico si prospetta per la popolazione detenute? Quale approccio utilizzare per rispondere alle esigenze proprie della persona ristretta e privata della libertà?

Il tema dell'Assistenza Psicologica nell'Istituzione carceraria diventa ancora più spinoso, allorché si guarda ad essa come **Istituzione Totale**.

Nota è la definizione di Goffman sull'Istituzione Totale; *“È il luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che, tagliate fuori dalla società per considerevole periodo di tempo, si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato”*.

Ma se l'esperienza detentiva è intesa primariamente come restrizione della libertà individuale, come si costruisce uno **spazio di “ascolto psicologico”** che per definizione ha in sé la “libertà di pensiero, di emozione?”.

Si evidenzia subito quanto, la costruzione di uno spazio psicologico si inserisca nel contesto detentivo, come un'incudine che va a scardinare e creare una apertura in un blocco roccioso.

Lo psicologo costruisce un **“setting”** adeguato; crea uno spazio del “pensiero” e della “soggettivazione” del detenuto, che richiami direttamente alla riservatezza, alla *libertà di espressione di sé*, alla sospensione del giudizio, alle emozioni; tutto questo stride con la *“coercizione”* propria del carcere.

Se per *“libertà”* intendiamo la capacità della persona di procedere da sé in autonomia decisionale, la possibilità di prendere posizione e di decidere in rapporto a una propria valu-



L'intervento psicologico, quindi, sempre si articola su più livelli, con il tentativo costante di costruire un'alleanza con il paziente

tazione della situazione e per *“coercizione”* la limitazione della libertà personale e della sua volontà; si può ben comprendere quanto lo **spazio di ascolto** diventi non un dato acquisito, ma un primo obiettivo da perseguire, da costruire e da risignificare.

Occorre fare in modo che l'offerta psicologica si connoti come un *“Buon Incontro”* per l'altro-detenuto, in cui sperimentare la *“libertà”* di essere se stessi, di creare un continuum tra un dentro e un fuori, e affidarsi all'altro terapeuta, laddove il Contesto che ti accoglie tende ad esercitare una *“mutilazione personale”* e una *“spersonalizzazione”*. È necessario inoltre creare uno spazio unico di esperienza di sé, per poter integrare un *“dentro”* (Istituzione) che si insinua e si interseca costantemente, con fisiologiche regole e norme da rispettare, che decide tempi e modi ed un *fuori* con le sue continuità di vita e di esperienza, per scongiurare scissioni.

L'impossibilità del ristretto di accesso al sé operativo e decisionale, il controllo costante che deve mettere in atto sull'agito e sulle emozioni, lo stesso background deviante improntato al pensiero di tipo concreto, determina in lui la paralisi dei processi di simbolizzazione e di elaborazione, fondamentali per poter attivare modalità funzionanti di adattamento.

Il blocco del pensiero e dell'espressione di sé, può dunque, portare ai tanti *acting-out* come unica modalità per *“esistere”* come individuo *“unico”* e *“vivo”*, nella ricerca di una visibilità e

una *“soggettivazione”*.

Condizione questa antitetica al concetto di **cambiamento**, e che interferisce con la possibilità per il detenuto – anche dove l'intervento psicologico fosse concretamente realizzabile - di sfruttare il tempo per pensare e per intraprendere un percorso di re-significazione della propria vita.

È all'interno di questo quadro generale che il nostro lavoro si muove, tra vissuti emotivi transferali e controtransferali di rabbia, frustrazione e l'impotenza, cercando di non perdere mai il proprio assetto interno, che diventa l'unica forza nel rapporto con l'istituzione e con il detenuto - paziente, sin dai primi contatti, dalla richiesta di aiuto alla costruzioni del setting.

Un'altra riflessione va fatta proprio sulla stessa **“richiesta di aiuto”** nell'istituto Penitenziario, che è altro da quella che noi clinici siamo chiamati a rispondere; la sua comprensione pertanto, è più laboriosa rispetto ad altri ambiti.

Continuamente ti chiedi *“chi richiede l'aiuto”*. Spesso è l'istituzione che chiede aiuto per intervenire nel rischio autolesivo o suicidario, che chiede supporto e contenimento per quel detenuto che con la sua sofferenza, crea disagio e sconvolge la rigidità e gli schemi entro cui ci si muove; talvolta è la famiglia che dall'esterno attiva legali con richieste di supporto psicologico, reali o anche strumentali e finalizzate, infine è il detenuto stesso, che con autenticità cerca un posto per

Il carcere, uno spazio tra coercizione e libertà

i suoi pensieri, per la sua soffocata sofferenza.

L'intervento psicologico, quindi, sempre si articola su più livelli, con il tentativo costante di costruire **un'alleanza con il paziente**.

Quest'ultimo deve sentire di essere, di fronte al terapeuta, non un "numero di matricola" confuso e fuso con gli altri, rassegnato alla spersonalizzazione e alla perdita della proprie caratteristiche e segni di differenziazione (abiti, effetti personali, affetti...) ma un uomo/donna che sente e vive la propria identità.

Il **setting**, che faticosamente cerca di restituire una dignità come persona all'altro, è anzitutto nella persona stessa del terapeuta e nella sua tenuta *interna* a cui l'altro impara ad agganziarsi e a fidarsi.

Spesso i detenuti dicono, infatti, "questo è l'unico spazio in cui posso finalmente parlare di me".

Si verifica, quindi una condizione di **privacy relativa**, consumata in uno spazio - tempo che il terapeuta non può presiedere in toto, poiché esso è frutto di una continua mediazione tra istanze interne e sollecitazioni, intrusioni dell'esterno. Tuttavia questi elementi esterni che intervengono, se all'inizio sono di disturbo, col tempo finiscono per favorire l'intimità dell'incontro, proprio in virtù dei reciproci sforzi (del paziente e del terapeuta) tesi ad escludere percettivamente gli stimoli esterni favorendo il contatto duale.

D'altronde sarebbe illusorio e non realistico, non considerare il sistema di appartenenza, per cui la stessa **porta aperta della stanza di consultazione** (per motivi di sicurezza), ha una funzione simbolica precisa e coerente, segnala che non c'è soluzione di continuità tra il setting e l'esterno, essa esiste solo nella **"mente a due"**, "nella relazione" che contestualizza ed è al tempo stesso capace di "intimità".



Spesso i detenuti dicono: "questo è l'unico spazio in cui posso finalmente parlare di me"

Conclusioni

Con il DPCM 2008 si assiste ad un passaggio fondamentale per la popolazione ristretta con il riconoscimento della piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, degli individui liberi. La continuità terapeutica costituisce, quindi, principio fondante per l'efficacia degli interventi di cura e deve essere garantita al momento dell'ingresso in carcere.

La separazione della "cura" affidata al SSN dalla "sorveglianza e sicurezza" affidata al Ministero della Giustizia ha dato vita, nel tempo, ad un processo di separazione da una parte di definizione di compiti con la difficoltà di integrazione di due ambiti che possiamo dire "parlano" lingue diverse. Tale criticità è ancora adesso attualissima.

Il percorso di integrazione e confronto tra le due aree resta un tema aperto laddove le esigenze dell'uno e dell'altro non sempre coincidono. Ma come sempre per le criticità, diventano uno stimolo ad un confronto costante, ad una rimodulazione degli interventi con il fine ultimo di garantire il benessere del detenuto. Nasce quindi l'Equipe Multidisciplinare, luogo deputato al confronto, al mettere insieme gli interventi a renderli uniformi e fattivi. È il luogo in cui i "saperi" su quel detenuto si incontrano, si scontrano e si riformulano, restando l'unico vero momento di risposta ai bisogni del detenuto.

È illusorio pensare che il singolo intervento, nel nostro caso quello psicologico, possa essere risolutivo. È noto infatti, quanto il sovraffollamento, la scarsità delle attività rieducative e ricreative per i detenuti e quindi l'inattività, sono fonte di grande alienazione e rischio psicofisico per il detenuto.

Il sostegno psicologico si deve connotare come una parte all'interno di un tutto funzionante che accolga tutte le esigenze del detenuto e ne dia una risposta integrata tra le diverse aree. Se ciò non è garantito, ci chiediamo: che tipo di assistenza psicologica attuare per il detenuto? Quanto il "saper fare" psicoterapeutico sia spendibile all'interno del carcere? Quanto è possibile per il detenuto investire in un percorso psicologico, che non solo non gli procura un benessere immediato, ma che per definizione è un processo che avviene durante un periodo di tempo lungo, che collega eventi, sentimenti, pensieri e credenze, prospettiva che mal si concilia con gli orizzonti "finiti" e "concreti" della cella in cui trascorrono la maggior parte del loro tempo.

Ciò che sicuramente resta a noi Psicologi Penitenziari, è offrire la possibilità al detenuto di sperimentare una modalità di relazione per lui inedita, che rappresenta pur sempre una stampella per le claudicanti spinte costruttive di chi interpreta le istituzioni e le norme più come limiti che come speranze per la propria libertà.

Rosalia Serra, Simona Bray

U.O. aziendale territoriale di Endocrinologia e Diabetologia "Cittadella della Salute" A

SL Lecce;

Centro di II livello per la prescrizione delle Tecnologie complesse per il diabete

Per i pazienti la gestione della malattia diabetica, grazie ai sistemi per il monitoraggio del glucosio che permettono di personalizzare la terapia insulinica, è più autonoma e precisa sebbene richieda un impegno, un'educazione e una conoscenza maggiori rispetto al passato



Per l'avvio alle tecnologie e il controllo nel tempo dei pazienti, le linee guida prevedono la necessità di un team dedicato

La diabetologia ha subito nel corso degli ultimi anni profondi cambiamenti sia dal punto di vista farmacologico (grazie all'arrivo di terapie innovative e volte al controllo, non solo del compenso glicemico, ma anche delle complicanze micro - e macrovascolari che hanno notevole incidenza sulla mortalità dei pazienti) che dal punto di vista dei dispositivi in uso per il controllo della glicemia e l'erogazione dell'insulina.

Controllo glicometabolico HbA1c e SMBG (self-monitoring blood glucose)

Sino a pochi anni fa, la valutazione del compenso glicemico di un paziente affetto da diabete mellito era esclusivamente basata sul valore dell'HbA1c che rappresenta la media dei valori di glicemia dei 2-3 mesi precedenti. Tale dato, nonostante alcuni limiti come la mancanza di informazioni sulle escursioni glicemiche intra- e inter-giornaliere e la non completa affidabilità in caso di condizioni di anemia, carenza di ferro, emoglobinopatie, tuttora riveste un'importanza cruciale nelle decisioni terapeutiche e rappresenta il marker di sviluppo a lungo termine delle com-

Uso delle tecnologie nel diabete mellito.

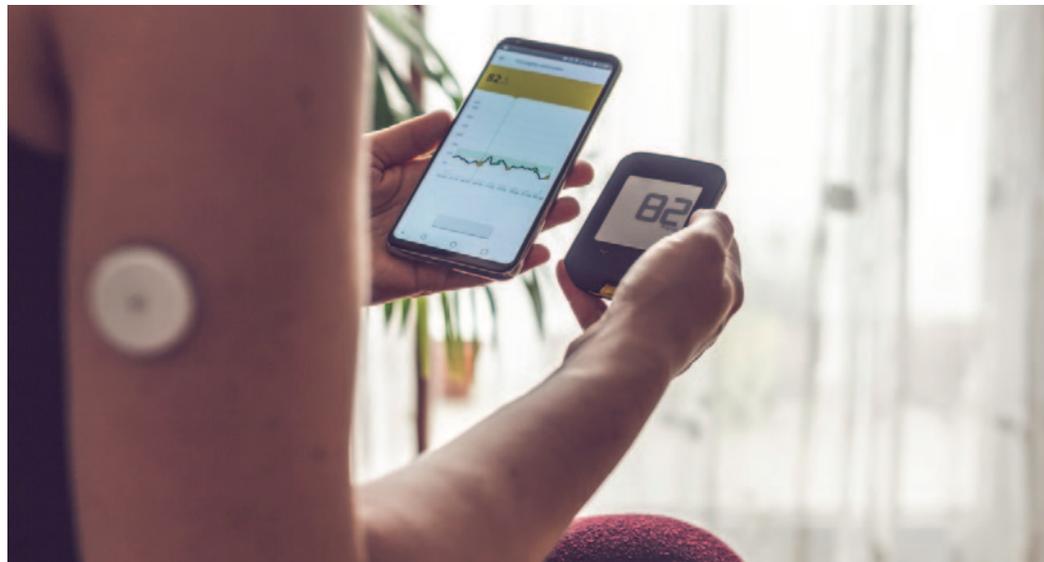
Monitoraggio del glucosio tra vecchie certezze e nuove opportunità

plicanze (1). Oltre, al dosaggio dell'HbA1c, ai pazienti diabetici (principalmente a quelli affetti da diabete mellito tipo 1 e a quelli affetti da diabete mellito tipo 2 in terapia insulinica) è richiesto, per la valutazione della patologia, un automonitoraggio frequente (almeno 3-4 controlli/die) della glicemia capillare attraverso la digitopuntura (SMBG). I dispositivi per l'automonitoraggio della glicemia, sebbene mostrino livelli di accuratezza elevati e sufficienti per operare in sicurezza le scelte terapeutiche (2), forniscono solo dati istantanei sulla concentrazione ematica di glucosio e causano dolore, disagio e scomodità, condizioni che spesso portano i pazienti a non effettuarlo

nel modo e nella frequenza necessarie per raggiungere e mantenere gli obiettivi terapeutici. (3)

Nuove possibilità

Oggi questi pazienti hanno a disposizione sistemi per il monitoraggio del glucosio (riducendo al minimo la necessità di SMBG) e sistemi per l'erogazione dell'insulina (annullando la necessità delle 4 iniezioni/die) molto più adatti alle varie esigenze della vita quotidiana. Per l'avvio alle tecnologie e il controllo nel tempo dei pazienti, le linee guida prevedono la necessità di un team dedicato (specialisti, personale infermieristico, dietista e psicologo) con specifica expertise.



Monitoraggio del glucosio interstiziale

I sistemi per il monitoraggio del glucosio sono costituiti da sensori che rilevano la concentrazione del glucosio nel liquido interstiziale. Attualmente sono disponibili dispositivi per il monitoraggio in continuo del glucosio real time (rt-CGM) e dispositivi per il monitoraggio del glucosio a scansione intermittente (iCGM o FGM). Entrambi rilevano e salvano automaticamente le misurazioni del glucosio in tempo reale, nel caso del FGM l'utilizzatore deve scansionare il sensore almeno ogni 8 ore con un lettore o uno smartphone; i sistemi rt-CGM invece trasmettono automaticamente i dati al lettore o allo

smartphone. (3) I sistemi sia CGM che FGM forniscono informazioni sulla concentrazione del glucosio attuale e pregressa e attraverso le frecce di tendenza sono in grado di predire lo stato glicemico nell'immediato futuro (4). Tutto questo consente di avere un'analisi più dettagliata dell'andamento glicemico delle 24 ore e di studiare contesti clinici difficilmente esplorabili (come le ore notturne, l'esercizio fisico, le fasi postprandiali). (3) Sono inoltre dotati di sistemi di allarmi per ipoglicemie, iperglicemie o allarmi predittivi di ipoglicemia che consentono al paziente di intervenire opportunamente e tempestivamente limitando conseguenze cliniche pe-



Questi dispositivi possono memorizzare i valori di glucosio per effettuare anche analisi retrospettive del controllo glicemico di settimane o mesi

ricolose (5). Questi dispositivi possono memorizzare i valori di glucosio per effettuare anche analisi retrospettive del controllo glicemico di settimane o mesi. Dallo scarico dei dati memorizzati si possono ottenere informazioni sulle letture glicemiche e le loro tendenze nell'arco di un singolo giorno e di diversi giorni. È stato introdotto, inoltre, il profilo glicemico ambulatoriale (AGP), uno standard internazionale condiviso per la presentazione e l'interpretazione dei pattern glicemici (3).

Attraverso tutti questi dati è possibile conoscere numerosi indicatori per ciascun paziente come il tempo trascorso nel range glicemico ottimale (TIR 70-180 mg/l stabilito dall'International Consensus on Use of Continuous Glucose Monitoring nel 2017) (6), il tempo trascorso al di sotto del target glicemico (<70 mg/dl) o al di sopra del target ottimale (180 mg/dl), il coefficiente di variazione (stima della variabilità glicemica) e l'indicatore di gestione del glucosio (stima dell'HbA1c che tiene conto del valore medio della concentrazione

del glucosio nell'arco di tempo considerato) (1)

Diversi studi hanno anche dimostrato che l'uso, di rtCGM e FGM, migliora il valore del TIR indipendentemente dal metodo di somministrazione dell'insulina e hanno evidenziato anche una riduzione degli eventi ipoglicemici sia diurni che notturni.

I sensori hanno una durata limitata nel tempo tra 7, 10 e 14 giorni ad eccezione di un dispositivo impiantabile nel sottocute che prevede fino a 180 giorni di utilizzo.

Inoltre, la lettura nel liquido interstiziale prevede una latenza temporale (lag time) rispetto a quella del sangue di circa 5-10 minuti e questo comporta delle differenze nell'accuratezza del dato soprattutto se le rilevazioni vengono effettuate durante periodi in cui le concentrazioni di glucosio variano rapidamente. (3)

Alcuni di questi dispositivi richiedono, inoltre, una o due calibrazioni al giorno del sensore mediante SMBG, altri sono calibrati in azienda.

I dispositivi rtCGM, possono essere utilizzati, solo come sistema del monitoraggio del glucosio ma anche come parte di un sistema combinato in associazione alle pompe per l'infusione continua sottocutanea di insulina.

Nei sistemi SAPT (sensor augmented pump therapy), l'erogazione dell'insulina viene modulata in funzione del trend glicemico grazie alla sospensione dell'erogazione al raggiungimento di un valore glicemico pre-soglia (preimpostato). Questo sistema permette in 3 mesi di terapia di ottenere un miglioramento del compenso glicemico, una riduzione del numero delle ipoglicemie severe e del tempo trascorso in ipoglicemia. (7)

I sistemi ad ansa chiusa, invece, sono dotati di algoritmi che modificano

l'erogazione dell'insulina a seconda dei dati ricevuti dal sensore sia aumentando la somministrazione o praticando microbolus di correzione in caso di iperglicemie o trend in salita, sia riducendo o sospendendo l'erogazione stessa in caso di previsione di ipoglicemie.

In Puglia, a marzo 2018, con delibera numero 387 sono stati individuati i centri prescrittori, distinti in centri di I livello e centri di II livello, e le linee di indirizzo regionali per l'utilizzo appropriato delle tecnologie per la somministrazione dell'insulina ed il monitoraggio in continuo della glicemia nelle persone affette da diabete. (8)

Il nostro è un centro di II livello organizzato con un team dedicato composto da specialisti, personale infermieristico, dietista e psicologa.

CONCLUSIONI

Ad oggi i sistemi per il monitoraggio del glucosio rappresentano una svolta per i pazienti diabetici in terapia insulinica e permettono di personalizzare la terapia insulinica adattandola in modo più preciso alle differenti esigenze della vita quotidiana, rendendo così la gestione della malattia diabetica più autonoma e precisa da parte del paziente sebbene con una richiesta di impegno, educazione e conoscenza maggiori rispetto al passato.

Bibliografia

1. *Clinical Targets for Continuous Glucose Monitoring Data Interpretation: Recommendations From the International Consensus on Time in Range Diabetes Care* 2019;42:1593-1603
2. JENDRIKE N, BAUMSTARK A, PLEUS S ET AL (2018) Accuracy of five systems for self-monitoring of blood glucose in the hands of adult lay-users and professionals applying ISO 15197:2013 accuracy criteria and potential insulin dosing errors. *Curr Med Res Opin* 19:1-11
3. Monitoraggio continuo della glicemia in tempo reale o monitoraggio flash della glicemia nella gestione del diabete: consenso dei diabetologi italiani con il metodo Delphi D. Bruttomesso a, L. Laviola b, A. Avogaro a, E. Bonora c, S. Del Prato d, S. Frontoni e, E. Orsi f, I. Rabbone g, G. Sesti h, F. Purrello, a nome della Società Italiana di Diabetologia (SID) Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases (2019) 29, 421-431
4. RALPH ZIEGLER, MD1, SIMONE VON SENGBUSCH, MD2, JENS KRÖGER, MD3, OLIVER SCHUBERT, MD4, PETRA WERKMEISTER, MD5, DOROTHEE DEISS, MD6, AND THORSTEN SIEGMUND, MD7 Therapy Adjustments Based on Trend Arrows Using Continuous Glucose Monitoring Systems *Journal of Diabetes Science and Technology* 2019, Vol. 13(4) 763-773
5. HOWSMON D, BEQUETTE BW (2015) Hypo- and hyperglycemic alarms. *J Diabetes Sci Technol* 9:1126-1137
6. International Consensus on Use of Continuous Glucose Monitoring *Diabetes Care* 2017;40:1631-1640
7. GÓMEZ AM, HENAO DC, IMITOLA A ET AL (2018) Efficacy and safety of sensor-augmented pump therapy (SAPT) with predictive lowglucose management in patients diagnosed with type 1 diabetes mellitus previously treated with SAPT and low glucose suspend. *Endocrinol Diabetes Nutr* 65:451-457
8. Delibera 387 2018 Regione Puglia

Medici addetti alla vaccinazione anti Covid-19 PROCEDURE OPERATIVE

Quali sono i criteri da seguire per individuare eventuali pazienti a rischio di sviluppare reazioni allergiche a seguito di inoculo dei vaccini e come gestirli



Il 10 giugno 2021 è stato pubblicato il 5° Rapporto AIFA sulla sorveglianza dei vaccini anti Covid-19, che raccoglie e analizza i dati raccolti che riguardano le segnalazioni di sospetta reazione avversa registrate nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza tra il 27 dicembre 2020 e il 26 maggio 2021. Il rapporto riferisce che nel periodo considerato sono giunte 66.258 segnalazioni su un totale di 32.429.611 dosi somministrate.

Il tasso di segnalazione è di 204 ogni 100.000 dosi, di cui circa il 90% sono riferite ad eventi non gravi, che si risolvono completamente (dolore in sede di iniezione, febbre, astenia/stanchezza, dolori muscolari).

Le segnalazioni "gravi" corrispondono al 10,4% del totale con un tasso di eventi gravi di 21 ogni 100.000 dosi somministrate, indipendentemente dal tipo di vaccino, dalla dose (prima o seconda) e dal possibile ruolo causale della vaccinazione.

Pietro Marsico
Specialista
in Allergologia
ed Immunologia
Clinica,
Responsabile
della Branca di
Dermatologia e
Allergologia dell'ASL
Città di Torino

Nell'83% dei casi gli eventi avversi segnalati insorgono prevalentemente lo stesso giorno della vaccinazione o il giorno successivo.

La maggior parte delle segnalazioni (71,8%) sono relative al vaccino Cominarty (Pfizer) che è, fino ad ora, il più utilizzato nella campagna vaccinale (68,7% delle dosi somministrate). Il vaccino Vaxzevria (Astrazeneca) è stato oggetto del 24% delle segnalazioni a fronte del 20,8% del totale delle dosi somministrate. Le segnalazioni pervenute circa il vaccino della azienda Moderna sono il 3,9% del totale e si riferiscono al 9% delle dosi somministrate. Per quanto riguarda il vaccino anti COVID-19 Janssen le segnalazioni sono state lo 0,3% e rappresenta l'1,5% delle dosi somministrate.

Recentemente l'attenzione degli enti regolatori e dei media si è spostato sugli eventi trombo-embolici segna-

lati a seguito della somministrazione del vaccino Vaxzevria e del vaccino Janssen: in linea generale, gli eventi tromboembolici venosi occorsi in soggetti vaccinati non sono risultati più frequenti rispetto a quelli attesi nella popolazione non vaccinata.

Sono stati tuttavia accertati rari casi di eventi del tutto peculiari, caratterizzati da trombosi dei seni venosi cerebrali (TSVC) e/o trombosi delle vene splancniche, spesso associati alla presenza di trombi in sedi multiple e a piastrinopenia, con emorragie gravi e talvolta segni di coagulazione intravascolare disseminata (CID). Questi eventi sono stati osservati quasi esclusivamente entro circa tre settimane dalla vaccinazione in soggetti sani con età inferiore a 60 anni, prevalentemente donne.

Per il vaccino Vaxzevria, da fonte EudraVigilance, alla data del 4 aprile 2021, sono stati riportati 169 casi di

trombosi dei seni venosi cerebrali (TSVC) e 53 casi di trombosi delle vene splancniche, spesso associati a piastrinopenia, su un totale di circa 34 milioni di dosi di vaccino Vaxzevria somministrate nell' Area Economica Europea (EEA) e nel Regno Unito (UK), pari a 6,5 casi per milione di soggetti che hanno ricevuto almeno una dose, riferita, alla data di analisi, sostanzialmente alla prima dose di vaccino.

Dal rapporto preliminare EMA, nell'ambito della procedura europea di rivalutazione del vaccino Vaxzevria attualmente in corso, si evince che per gli eventi di trombosi venose in sedi atipiche associate a piastrinopenia è stato stimato un tasso di circa un caso ogni 100.000 vaccinati.

Anche i casi riportati nei sistemi di farmacovigilanza della Gran Bretagna nell'ultimo report pubblicato il 20 maggio sono in linea con tale dato (309 casi per 23.9 milioni di prime dosi con vaccino Vaxzevria).

In Italia al 26 aprile sono stati riportati 34 casi di trombosi venose in sedi atipiche, 18 delle quali associate a trombocitopenia. Rispetto alle somministrazioni effettuate con Vaxzevria si osservano quindi 0.45 casi ogni 100.000 vaccinati, dato che potrebbe risentire della minor rappresentatività del campione italiano rispetto ai dati europei e anglosassoni.

Per quanto riguarda le "Reazioni Allergiche Anafilattiche", la loro incidenza al vaccino per SARS-CoV2 Pfizer-BioNTech si attesta attualmente su 5/1.000.000, ai vaccini Moderna e AZ, attualmente è di circa 3/1.000.000, di poco superiore alla media degli altri vaccini antimicrobici. (Nature News 16/2/2021)

Date queste premesse generali, il presente documento intende indicare le procedure operative ad uso dei "Medici addetti alla Vaccinazione anti Covid-19" affinché possano usufruire di strumenti "agili" per l'in-

dividuazione dei pazienti a rischio di sviluppare reazioni allergiche a seguito di inoculo dei vaccini attualmente in uso e quindi di inviare a Visita Specialistica Allergologica "esclusivamente" i pazienti che vengano giudicati realmente "a rischio".

Considerazioni.

Le Società Scientifiche Allergologiche Nazionali SIAAIC (Società Italiana di Allergologia, Asma ed Immunologia Clinica) e AAITO (Associazioni Allergologi Immunologici Italiani Territoriali ed Ospedalieri) in accordo con i documenti prodotti dall'EAA-CI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology) hanno pubblicato le "Linee di Indirizzo per la Gestione da parte degli Allergologi dei Pazienti a Rischio di Reazioni Allergiche ai Vaccini per Covid 19.

Queste "linee di indirizzo" risultano estremamente utili in quanto, tralasciando tutti i paragrafi decisamente specialistici pensati esclusivamente per l'uso diagnostico degli Allergologi ed Immunologi Clinici, offrono gli strumenti per la corretta "stratificazione del rischio allergologico" per i soggetti con storia di pregressa reazione allergica affinché possano affrontare in sicurezza la prima somministrazione di vaccino per Covid-19 e per quelli che sviluppino una reazione alla loro prima dose di vaccino per Covid-19.

Le considerazioni alla base di queste "linee di indirizzo" sono le seguenti:

- 1) non è corretto escludere "tout court" dalla vaccinazione i soggetti allergici;
- 2) pazienti con reazioni anafilattiche severe (con interessamento respiratorio e/o cardiocircolatorio) da altre sostanze/farmaci o affetti da particolari malattie (mastocitosi, asma, non controllato) possono eseguire la vaccinazione, ma necessitano di una gestione più specifica ed individualizzata (ad esempio osservazione prolungata,

premedicazione o stabilizzazione della malattia di base);

- 3) i costituenti dei vaccini per COVID-19 ritenuti attualmente sensibilizzanti sono presenti anche in altri medicinali disponibili in commercio (vedere allegati), per cui si rende necessaria una conoscenza specifica di tale problematica;
- 4) i pazienti ad alto rischio di reazione anafilattica severa debbono essere vaccinati in ambiente ospedaliero con facile accesso alla sala di rianimazione e con disponibilità immediata dei presidi per affrontare emergenze anafilattiche gravi;
- 5) il dosaggio della triptasi sierica dopo l'evento acuto (vale a dire entro 2 ore dall'inizio della reazione) è indispensabile per una puntuale caratterizzazione degli eventi anafilattici che dovessero avvenire in corso di vaccinazione.

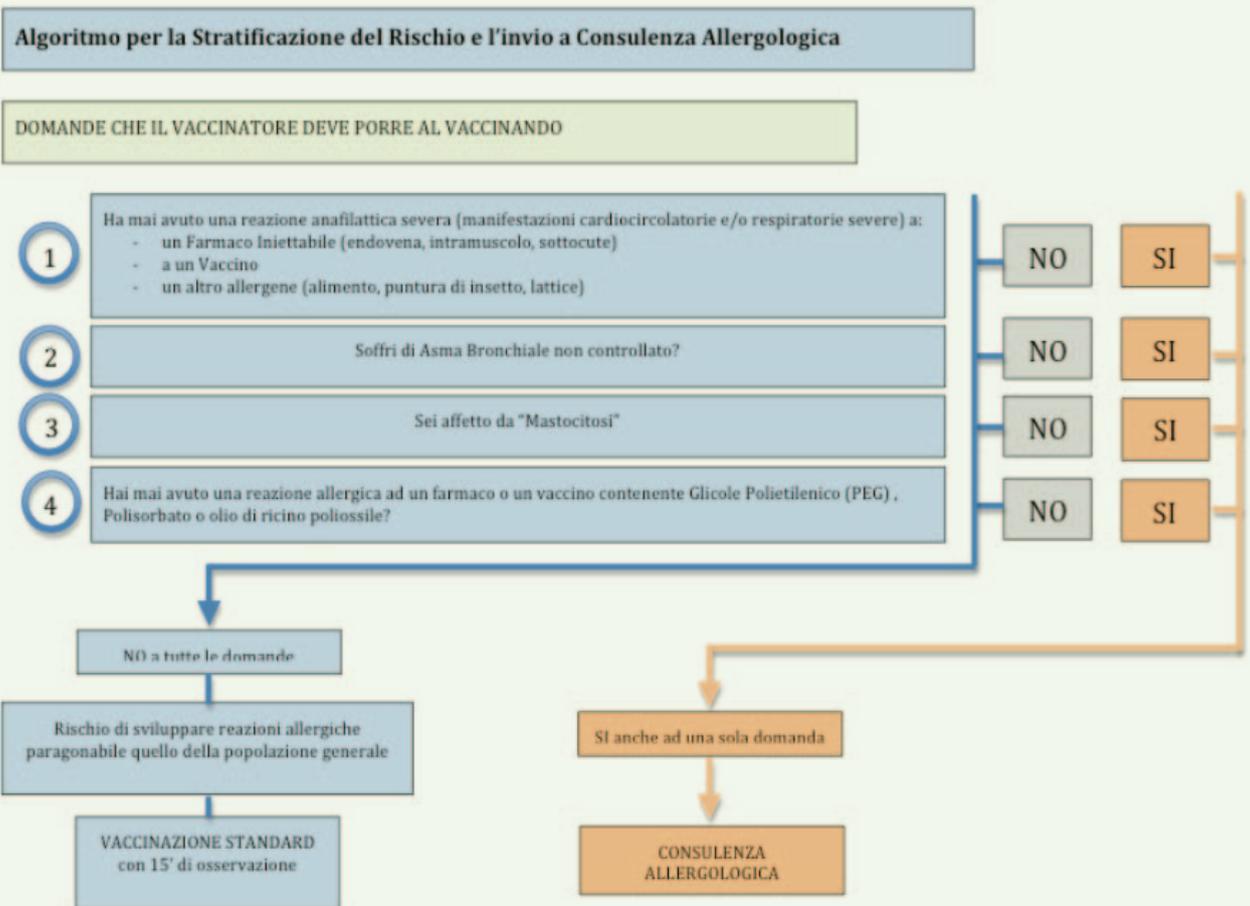
Consapevoli della necessità di procedere rapidamente con la vaccinazione e di non sprecare gli spazi temporali dedicati, suggeriamo di inviare, laddove possibile, il questionario in anticipo rispetto alla seduta vaccinale. È necessario in particolare verificare se il paziente ha sofferto di anafilassi severa (coinvolgimento del sistema cardiovascolare e/o respiratorio) da qualsiasi causa o da causa non nota, se soffre di asma non controllato, se ha diagnosi di mastocitosi, se ha avuto reazioni allergiche a precedenti vaccini o a glicole polietilenico (PEG) e polisorbati. I pazienti con almeno una di queste condizioni dovrebbero essere preventivamente inviati a visita allergologica (deve essere previsto un accesso preferenziale e programmabile alla visita specialistica) per effettuare una diagnostica specifica che permetta di stratificare il rischio.



Sugeriamo di inviare, laddove possibile, il questionario in anticipo rispetto alla seduta vaccinale

Il suggerimento delle Società Scientifiche

Sottoporre ai pazienti un questionario allergologico agile e completo, prima di effettuare la vaccinazione. Il "Journal of Allergy and Clinical Immunology", nella sezione "In Practice" ha pubblicato un questionario in 5 domande che adattato dalle società scientifiche allergologiche sopra indicate, ne è la base



PROCEDURE OPERATIVE

Il medico vaccinatore dovrà porre le domande sopra indicate per valutare la corretta "stratificazione del rischio allergologico" e quindi decidere se inviare il paziente a Consulenza Allergologica in base alle seguenti possibilità:

- Il paziente ha risposto "NO" a tutte le domande:**
 - Il rischio di sviluppare reazioni allergiche al vaccino anti Covid-19 è lo stesso della popolazione generale;
 - Nessuna di queste condizioni giustifica precauzioni particolari:
 - Reazioni allergiche multiple a farmaci diverse dall'anafilassi.
 - Reazioni allergiche ad alimenti, punture di imenotteri o lattice, diverse dall'anafilassi.
 - Precedenti reazioni allergiche da vaccini diverse dall'anafilassi.

- Rinite Allergica ed Asma Bronchiale controllato.
 - Terapia con Biologici in atto per asma bronchiale e orticaria
 - Immunoterapia specifica con allergeni in corso
- Questi pazienti non devono essere inviati a Consulenza Allergologica.
 - Questi pazienti devono essere sottoposti a vaccinazione standard con 15' di osservazione.
 - Non sospendere la terapia con biologici o immunoterapia specifica con allergeni, ma posticipare la somministrazione del vaccino di 48-72 ore.
- Il paziente ha risposto "SI" ad una qualunque delle 4 domande**
 - Se ha dichiarato reazioni allergiche gravi a farmaci:
 - il vaccinatore deve valutare sia il principio attivo che gli eccipienti del

- farmaco riferito quale probabile responsabile della reazione avversa.
- il vaccinatore deve raccogliere un'attenta anamnesi farmacologica
 - qualora tra gli eccipienti dei farmaci che hanno causato la reazione sia contemplato il Polietilenglicole (PEG) o il Polisorbato, il paziente DEVE essere inviato a Consulenza Allergologica.
 - se tra i farmaci tollerati dal paziente ce ne sono alcuni che contengono PEG o Polisorbato non c'è alcuna controindicazione all'esecuzione della vaccinazione anti Covid-19 mediante vaccino che contenga lo stesso eccipiente (PEG o Polisorbato) del farmaco tollerato
 - valutare l'elenco dei farmaci allegato in appendice e la banca dati delle schede tecniche dei farmaci sul sito dell'AIFA, per poter valutare se è presente quale eccipiente il PEG o il Polisorbato.

Al seguente link è
www.allergology.org/elenco disponibile la
lista di farmaci contenenti Peg e Polisorbato



- B** se ha dichiarato reazioni allergiche gravi ad **ALTRE VACCINAZIONI**:
- il vaccinatore deve valutare sia il principio attivo che gli eccipienti del vaccino riferito quale probabile responsabile della reazione avversa;
 - il vaccinatore deve raccogliere un'attenta anamnesi farmacologica;
 - qualora tra gli eccipienti dei vaccini sia contemplato il Polietilenglicole (PEG) o il Polisorbato il paziente **DEVE** essere inviato a Consulenza Allergologica.
 - se tra i farmaci tollerati dal paziente ce ne sono alcuni che contengono PEG o Polisorbato non c'è alcuna controindicazione all'esecuzione della vaccinazione anti Covid-19 mediante vaccino che contenga lo stesso eccipiente (PEG o Polisorbato) del farmaco tollerato.
 - valutare l'elenco dei farmaci allegato in appendice e la banca dati delle schede tecniche dei farmaci sul sito dell'AIFA, per poter valutare se è presente quale eccipiente il PEG o il Polisorbato.
- C** se ha dichiarato una pregressa reazione grave verso **alimenti**:
- Somministrazione della vaccinazione anti Covid-19 in ambiente standard;
 - non è indicata una visita allergologica;
 - è preferibile un'osservazione del paziente di 60' minuti dopo la somministrazione del vaccino
- D** se ha dichiarato una pregressa reazione grave verso **lattice**:
- somministrazione della vaccinazione anti Covid-19 in ambiente latex –safe e con DPI latex-free;
 - non è indicata una visita allergologica;
 - è preferibile un'osservazione del paziente di 60' minuti dopo la somministrazione del vaccino
- E** se ha dichiarato una pregressa reazione grave verso **IMENOTTERI**:
- se non è affetto da **MASTOCITOSI**: Somministrazione della vaccinazione anti Covid-19 in ambiente standard;
 - non è indicata una visita allergologica;
 - è preferibile un'osservazione del paziente di 60' minuti dopo la somministrazione del vaccino

PROCEDURE OPERATIVE PER CASI PARTICOLARI

1 Se il paziente è affetto da orticaria cronica spontanea:

- A** non è indicata una visita allergologica
- B** somministrazione del vaccino anti Covid-19 in ambiente standard
- C** è preferibile una osservazione di 60' dopo la somministrazione
- D** il paziente deve continuare ad assumere la terapia prescritta per il controllo dell'Orticaria Cronica Spontanea;

2 Se il paziente è affetto da asma bronchiale controllato:

- A** non è indicata una visita allergologica
- B** somministrazione del vaccino anti Covid-19 in ambiente standard
- C** è preferibile una osservazione di 60' dopo la somministrazione
- D** non deve sospendere l'eventuale terapia in corso per il controllo dell'asma bronchiale

3 Se il paziente è affetto da asma bronchiale non controllato:

Non è controllato l'ASMA che presenti 1 o più dei seguenti sintomi nelle ultime 4 settimane:

- A** sintomi diurni di asma che si presentino più di 2 volte la settimana
- B** risvegli notturni con sintomatologia asmatica (sibili espiratori, senso di oppressione toracica, tosse)
- C** utilizzo di farmaci d'emergenza per il controllo dell'Asma (broncodilatatori o associazioni di broncodilatatori con steroidi) più di 2 volte la settimana
- D** limitazione delle attività quotidiane a causa dei sintomi asmatici.

Classificazione:

- A** Nessun sintomo (sibili espiratori, senso di oppressione toracica, tosse) asma ben controllato
 - B** 1 o 2 dei sintomi: asma parzialmente controllato
 - C** 3 o 4 dei sintomi: asma non controllato
- Se l'asma di cui è affetto il paziente non è controllato, è necessario rimandare la vaccinazione anti Covid-19 e impostare la corretta terapia antiasmatica.

4 Se il paziente dichiara di essere affetto da mastocitosi:

- A** effettuare premedicazione con CETIRIZINA 10 mg (20 gtt) cominciando la sera prima della vaccinazione anti covid-19 e proseguendo sino a 5 giorni dopo la vaccinazione;
- B** somministrare la vaccinazione anti Covid-19 in ambiente protetto ospedaliero;

C prolungare l'osservazione del paziente per almeno 60 minuti dopo la somministrazione;

D è preferibile che il paziente porti con sé il dispositivo auto-iniettante di adrenalina che dovrebbe avere in dotazione;

3 se il paziente dichiara di essere affetto da mastocitosi e ha accusato in passato una "anafilassi" o "orticaria" (reazione da ipersensibilità immediata) "correlabile ad altre vaccinazioni", oppure "anafilassi idiopatica" occorre:

- A** la vaccinazione deve essere eseguita in ambiente ospedaliero
- B** durante la vaccinazione deve essere presente un medico rianimatore
- C** la vaccinazione deve essere eseguita in ambiente ospedaliero
- D** l'osservazione in ambiente protetto deve essere protratta per almeno 4 ore
- E** effettuare premedicazione con CETIRIZINA 10 mg (20 gtt) cominciando la sera prima della vaccinazione anti covid-19 e proseguendo sino a 5 giorni dopo la vaccinazione;
- F** è preferibile che il paziente porti con sé il dispositivo auto-iniettante di adrenalina che dovrebbe avere in dotazione;

Bibliografia

Linee di Indirizzo Congiunte SIAAIC/AAITO

https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1315190/Rapporto_sorveglianza_vaccini_COVID-19_5.pdf

http://www.who.int/vaccine_safety/publications/AEFI_aide_memoire.pdf?ua=1

https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1289823/2021.04.07_COVID-19%20AstraZeneca_IT.pdf
https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/use-vaxzevria-prevent-covid-19-article-53-procedure-assessment-report_en.pdf

<https://www.gov.uk/government/publications/coronavirus-covid-19-vaccine-adverse-reactions/coronavirus-vaccine-summary-of-yellow-card-reporting>
https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1315190/Rapporto_sorveglianza_vaccini_COVID-19_4.pdf
https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7018e2.htm?s_cid=mm7018e2_w

RINNOVO ACCREDITAMENTO STANDARD ECM

In data 22 aprile 2021 la Commissione Nazionale ECM ha espresso il proprio parere positivo alla richiesta di **rinnovo dell'accreditamento a Provider ECM Standard**, a testimonianza della regolarità delle attività e dei compiti svolti nell'organizzazione e gestione degli eventi sia RES che FAD, nel rispetto delle direttive emanate dalla stessa Commissione ECM, nonché dell'idoneità della nuova sede legale e operativa.

Un risultato importante, che è stato raggiunto dopo il superamento di alcune verifiche relative alle competenze degli incaricati della SIFOP, deputati alla formazione, e all'esito dell'inoltro della documentazione di un evento residenziale pregresso, preso a campione (autocertificazione conflitto di interessi, questionario di apprendimento, foglio firme delle presenze, visualizzazione delle slides proiettate, verifica dell'assenza di riferimenti a prodotti farmaceutici, contratti di sponsorizzazione, ecc.).

In data 4 ottobre 2020 gli incaricati della Commissione ECM hanno ispezionato la nuova sede della Società e, in quella occasione, hanno esaminato anche la documentazione cartacea relativa ad un evento FAD attivo e la struttura della piattaforma web dove veniva erogato; hanno inoltre verificato il monitoraggio degli accessi dei partecipanti con login e logout, la fruizione del questionario online solo dopo il rispetto delle ore previste per l'apprendimento, la compilazione del customer satisfaction in forma anonima, ecc. Nel 2014 la SIFOP ottenne l'accreditamento standard come Provider ECM, superando la fase di accreditamento provvisorio. Gli auditor di Agenas esaminarono tutta una serie di punti, in primis la regolarità dello Statuto e dell'atto costitutivo. In seconda battuta fu effettuata una verifica della documentazione relativa ad un evento residenziale, nonché la valutazione delle competenze dei membri del Comitato scientifico e del suo Coordinatore, dei Responsabili della Formazione, della Segreteria, della Qualità e del Sistema informatico, attraverso l'esame dei curricula.

Un esame superato, che testimonia il valore, la competenza e la professionalità dell'attività di formazione continua svolta dalla SIFOP.

AGGIORNAMENTI TERAPEUTICI IN ONCOLOGIA

La società scientifica a fine maggio ha organizzato un webinar con crediti formativi il cui obiettivo è stato fornire una panoramica quanto più completa possibile sulle innovazioni diagnostiche e terapeutiche relative alle principali neoplasie. All'evento multimediale hanno partecipato i principali opinion leader dell'oncologia.

Il 29 maggio 2021, dalle ore 09,00 alle 14,00, si è svolto in modalità FAD sincrona, il Convegno **"Aggiornamenti terapeutici in Oncologia: Il COVID-19 ha modificato le strategie terapeutiche?"** tenutosi in streaming sulla piattaforma multimediale della SIFOP, Provider ECM dell'evento, al quale sono stati attribuiti n. 6 crediti formativi.

L'edizione 2021 di questo evento si è proposta di fornire, come sempre, una panoramica quanto più completa possibile sulle innovazioni diagnostiche e terapeutiche relative alle principali neoplasie, come riportato nei più importanti congressi internazionali e nelle pubblicazioni delle più prestigiose riviste scientifiche, avvalendosi della partecipazione dei principali opinion leader dell'oncologia.

L'innovazione in Oncologia, infatti, non si è mai fermata neppure nell'anno che ci siamo lasciati alle spalle, e che ha visto l'Italia come primo Paese europeo ad essere colpito duramente dalla pandemia da Covid 19.

Il carattere particolarmente contagioso e l'elevata mortalità legata a tale virus hanno da subito fatto temere il peggio, soprattutto per le fasce più deboli della popolazione, e



tra queste i pazienti oncologici. Nonostante ciò l'Oncologia Italiana ha reagito con prontezza e professionalità ad una emergenza sanitaria senza precedenti. I pazienti, le loro famiglie e gli stessi operatori sanitari si sono convinti che l'aspetto più importante del percorso oncologico fosse garantire in ogni fase, in ogni dove ed in ogni contesto storico cure "adeguate", ossia cure che garantissero al contempo l'innovatività ed il rispetto della qualità di vita.

Come tutti, anche gli oncologi sono stati travolti e "disorientati" dalla pandemia in corso, ma giusto il tempo di realizzare cosa stava capitando per poi riprendere in mano le redini della situazione, guidati dalla convinzione che "LA CURA NON SI FERMA", pronti a riorganizzare tutto un'altra volta e un'altra volta ancora fino a trovare la soluzione migliore per i pazienti e per gli operatori. L'oncologia di fatto NON si è mai fermata. I day hospital italiani hanno funzionato regolarmente adattandosi di giorno in giorno alle nuove disposizioni che piovevano dalle diverse autorità, dalle Regioni, dall'unità di crisi. I percorsi oncologici sono stati modificati, in alcuni casi rallentati. Le valutazioni ambulatoriali sono proseguite distanziando le visite per limitare i contatti nelle sale d'attesa e rimandando alla modalità di telemedicina le valutazioni meno urgenti. I reparti di degenza oncologica sono stati talvolta spostati di piano o modificati nelle modalità di accesso, ma sempre mantenuti attivi. I centri di ricerca hanno proseguito la loro attività continuando ad offrire i protocolli di studio.

I percorsi oncologici sono stati sempre garantiti ed i gruppi interdisciplinari, con cui anche i pazienti ormai hanno familiarizzato, hanno proseguito la loro attività da remoto per evitare contatti ravvicinati negli ambienti ospedalieri. Medici, infermieri, amministrativi, personale ospedaliero e personale del territorio hanno davvero fatto tutto

ciò che era nelle loro capacità e nelle loro possibilità per continuare a garantire innovatività, qualità di vita e sicurezza delle cure, nel rispetto della dignità del malato oncologico e della sua famiglia.

Non dimenticando che, a fronte di una nuova era nella ricerca farmacologica, che potenzialmente migliorerà la durata e la qualità della vita dei pazienti oncologici, si presentano dei problemi pratici per il sistema pubblico che deve gestire la innovazione, in una ottica di sostenibilità.

Responsabili scientifici dell'evento sono stati Giuseppe **Pistolese** (Presidente LILT Salerno) e Clementina **Savastano** (Direttore UOSD Oncologia, Responsabile DH Oncologico A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno). Il Convegno, dopo il saluto del Presidente dell'OMCeO di Salerno, Giovanni **D'Angelo**, ha affrontato patologie quali il trattamento dei tumori ovarici, del carcinoma mammario avanzato ormono positivo C-ERB-B2 negativo e C-ERB-B2 positivo, del carcinoma avanzato del rene, della prostata, del polmone e del colon retto; il melanoma, i tumori neuroendocrini, gli aggiornamenti in emesi, sulle terapie del dolore, sulla dispensazione del farmaco orale antitumorale e sulle terapie target.

Argomenti questi trattati dai maggiori esperti in materia quali: Maria **Alfieri** (Farmacista AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno); Paolo Antonio **Ascierto** (Direttore del Dipartimento Melanoma Immunoterapia Oncologica e Terapie Innovative, Istituto Nazionale Tumori IRCCS- Fondazione "G. Pascale", Napoli); Bruno **Daniele** (Direttore UOC di Oncologia ASL Napoli 1 Centro); Giacomo **Carteni** (Primario Emerito UO Oncologia Medica AORN "A. Cardarelli" di Napoli); Gaetano **Facchini** (Direttore UOC di Oncologia Asl Napoli 2 Nord, P.O. "S. M. delle Grazie" di Pozzuoli; P.O. "A. Rizzoli" di Ischia); Nicola **Fazio** (Direttore

Divisione di Oncologia Medica Gastrointestinale e Tumori Neuroendocrini Istituto Europeo di Oncologia IEO, Milano); Renato **Gammaldi** (Direttore f.f. UOC Anestesia e Rianimazione AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Salerno); Fortuna **Lombardi** (Dirigente DH Oncologico AOU S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona); Antonella Bianco in sostituzione di Vincenzo **Montesarchio** (Coordinatore per l'A.O.R.N. dei Colli-Ospedali Monaldi-Cotugno-C.T.O. del Gruppo Multidisciplinare sui tumori neuroendocrini- ENETS Centro di eccellenza (AOU Federico II - IRCCS "G. Pascale"- AORN "A. Cardarelli" di Napoli); Michele **Orditura** (Professore Associato Oncologia Medica Univ. degli Studi della Campania "L. Vanvitelli"); Sandro **Pignata** (Direttore Dip.to Uro-Ginecologico UO Oncologia Medica Istituto Nazionale Tumori IRCCS- Fondazione "G. Pascale", Napoli); Maurizio **Pintore** (Responsabile UO Dipartimentale Medicina del Dolore, Asl Salerno); Raffaella Ruocco in sostituzione di Ferdinando **Riccardi** (Direttore ff UOC di Oncologia, AO "A. Cardarelli" di Napoli); Antonio **Rossi** (Dirigente Medico UO Oncologia Medica "Casa Sollievo della Sofferenza" di S. Giovanni Rotondo).

Dopo ogni intervento, attraverso una chat pubblica, i discenti collegati on line hanno potuto formulare una richiesta di chiarimento e/o approfondimento ed è stato un momento di confronto fra tutti gli attori del sistema per descrivere i principali processi evolutivi scientifici e normativi legati ai principali aggiornamenti in Oncologia.

OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA IN AUDIOLOGIA

Evento webinar organizzato dal Centro Iperbarico di Bologna per contribuire alla formazione di medici e personale sanitario riguardo all'uso dell'ossigenoterapia iperbarica in ambito audiologico

Ferruccio Di Donato

Specialista in Medicina Subacquea e Iperbarica e Direttore Sanitario Centro Iperbarico Bologna

Capita quasi tutti i giorni di verificare una reazione di stupore nelle persone, medici o laici che siano, quando apprendono che la camera iperbarica viene utilizzata per il trattamento della sordità improvvisa. In realtà, i temi della Medicina Iperbarica sono assai vicini alla realtà clinica quotidiana dei Medici otorinolaringoiatri, che ricorrono ampiamente all'ossigenoterapia iperbarica (OTI) per il trattamento dell'ipoacusia improvvisa, patologia di notevole rilevanza sociale per l'alta incidenza nella popolazione attiva e per l'elevata probabilità di esitare in una riduzione permanente della capacità uditiva. A Bologna, le prime timide esperienze d'impiego dell'ossigenoterapia iperbarica per il trattamento dell'ipoacusia neurosensoriale improvvisa, risalgono al 1998, anno di pubblicazione di un celebre lavoro di Kerstin Lamm⁽¹⁾. All'epoca, si viveva un clima di generale scetticismo riguardo all'efficacia della terapia e dilagavano ingiustificati timori di poter danneggiare l'orecchio sano, esponendolo a una variazione della pressione ambientale; non era, quindi, consueto che i pazienti ottenessero l'indicazione al trattamento in camera

Ossigeno Terapia Iperbarica in Audiologia



WEBINAR IN DIRETTA

20 maggio 2021
dalle 18 alle 21
Durata 3 ore circa



iperbarica. Fu il Prof. Pasquale Laudadio che, fin dalle prime esperienze, comprese il ruolo da riservare all'ossigeno terapia iperbarica e consentì che la collaborazione fra l'UO di Otorinolaringoiatria da lui diretta e il Centro Iperbarico di Bologna avviassero la fortunata collaborazione che continua tutt'ora. Nel 2012, una revisione sistematica Cochrane⁽²⁾, curata dal Dott. MH Bennet, confermava l'efficacia dell'ossigeno terapia iperbarica nel trattamento della sordità improvvisa senza, però, fornire chiare indicazioni operative e lasciando dubbi sulla effettiva rilevanza clinica della terapia. Nel 2019 la pubblicazione delle linee guida di American Academy⁽³⁾ riguardo alla gestione dell'ipoacusia improvvisa ha fornito un'importante conferma riguardo al ruolo di OTI, offrendo precise indicazioni sulla selezione del paziente e sul timing d'impiego. Si è deciso, quindi, di affrontare quest'argomento in un corso approfondito che chiarisca i criteri per gli interventi in elezione e per gli interventi definiti di salvataggio che insegnino a valutare le controindicazioni all'OTI e a gestire la patologia infiammatoria dell'orecchio, quando diviene ostacolo

all'inserimento del paziente acuto in iperbarismo.

Alla luce di questa lunga, ma allo stesso tempo doverosa, premessa lo scorso 20 maggio 2021, dalle ore 18.00 alle ore 21.00, si è tenuta la diretta del Webinar "**Ossigenoterapia Iperbarica in Audiologia (OTI)**" organizzato dal Centro Iperbarico di Bologna per contribuire alla formazione di medici e personale sanitario riguardo all'uso dell'ossigenoterapia iperbarica in ambito audiologico. Alla diretta hanno partecipato 80 operatori sanitari che hanno seguito con interesse tutte le 3 ore di lavoro, ponendo domande a tutti i relatori.

Al webinar, accreditato ECM, sono stati attribuiti n. 4,5 crediti formativi e sarà ancora fruibile in modalità asincrona fino al **31 dicembre 2021**. L'evento è rivolto a medici chirurghi specialisti in Audiologia e Foniatria, Medicina Generale, Medicina subacquea e Iperbarica, Otorinolaringoiatria, Infermieri, Tecnici audiometristi, Tecnici audioprotesisti e Logopedisti. Iscrizioni al Link: <https://lnkd.in/e78BpmM>

Capita quasi tutti i giorni di verificare una reazione di stupore nelle persone, medici o laici che siano, quando apprendono che la camera iperbarica viene utilizzata per il trattamento della sordità improvvisa

L'incontro è stato pensato per tutto il personale sanitario che si confronta con i pazienti audiologici, per chiarire qual è, e quale dovrebbe essere, il ruolo dell'ossigenoterapia iperbarica in ambito audiologico: un efficace strumento terapeutico nelle mani del medico specialista, che può contare sul medico di medicina iperbarica e sullo staff del Centro iperbarico, per gestire al meglio ogni paziente che debba ricorrere all'iperbarismo per curare la sua patologia.

Il pubblico di medici otorinolaringoiatri, audiologi, anestesisti, medici di medicina generale e medici iperbarici, di tecnici audiometristi e audioprotesisti, di foniatristi e infermieri ha visto chiarito il ruolo di OTI nel trattamento dell'ipoacusia neurosensoriale improvvisa, secondo la più recente letteratura e le linee guida dell'*American Academy Otolaryngology*.

Di seguito, i Relatori e gli argomenti trattati:

Ferruccio Di Donato

Mettere in camera iperbarica il paziente audiologico;

Elio Cunsolo

Le ipoacusie improvvise: non tutti sanno che ...;

Luigi Santarella

Ipoacusia improvvisa: riflessioni sulle linee guida American Academy Otolaryngology;

Pierpaolo Cavazzuti

Ipoacusia improvvisa: dalla diagnosi alla terapia nella pratica clinica;

Lisa Gamberini

Ossigenoterapia Iperbarica: altre indicazioni in audiologia; Discussione.

Il Dott. **Di Donato**, Direttore Sanitario del Centro Iperbarico di Bologna, ha dato ampia spiegazione di cosa effettivamente sia l'ossigenoterapia iperbarica, di come si svolga e degli effetti biochimici che innesca; inoltre, ha chiarito le modalità operative con

cui i pazienti accedono alla camera iperbarica e alle procedure per la sicurezza individuale e, in rapporto alla contingente fase pandemica, alla prevenzione del contagio da Covid 19.

Il Dott. **Cunsolo**, Dirigente medico della UO ORL del Policlinico di Modena, ha approfondito i meccanismi biologici che giustificano il ruolo terapeutico dell'ossigeno terapia iperbarica per il trattamento dell'ipoacusia improvvisa e degli acufeni, chiarendo l'efficacia di OTI sull'attivazione del sistema antiossidante endogeno e sul controllo della flogosi.

Il Dott. **Santarella**, Medico iperbarico del Centro Iperbarico di Bologna, ha presentato le linee guida dell'*American Academy Otolaryngology* illustrando il lavoro che è stato fatto per ottenere una revisione italiana, effettuata a più mani, a cui hanno partecipato SIMSI, SIAF, SIN, SIRM, ASPaTI, SIOeChF, OTOSUB, SIMEU, SIARTI, ANCIP* per adeguarle alla realtà sanitaria del nostro territorio e aggiornarle con la letteratura comparsa dal 2019 a oggi.

Il Dott. **Cavazzuti**, Dirigente medico della UO ORL dell'Ospedale Maggiore di Bologna, ha illustrato la pratica clinica della UO di

Otorinolaringoiatria nella quale lavora e i risultati ottenuti negli ultimi anni nel trattamento dell'ipoacusia improvvisa con OTI.

Infine, la Dott.ssa **Gamberini**, Audiologa del Centro Iperbarico di Bologna, ha affrontato il controverso argomento della cura con OTI di condizioni patologiche molto frequenti e invalidanti (acufeni, malattia di Meniere, presbiacusia) che possono trovare benefici nella terapia iperbarica, ma che ancora non godono di protocolli terapeutici dedicati per mancanza di sufficiente letteratura scientifica a supporto. In queste condizioni la stretta collaborazione fra audiologo e medico di medicina iperbarica è ancora più importante per assicurare ai pazienti la migliore assistenza possibile.

Note

- 1) Effect of hyperbaric oxygen therapy in comparison to conventional or placebo therapy or no treatment in idiopathic sudden hearing loss, acoustic trauma, noise-induced hearing loss and tinnitus. A literature survey. - Lamm K, Lamm H, Arnold W *Advances in Oto-rhino-laryngology* [01 Jan 1998, 54:86-99] (doi: 10.1159/000059055)
- 2) Hyperbaric oxygen for idiopathic sudden sensorineural hearing loss and tinnitus. - Bennett MH, Kertesz T, Perleth M, Yeung P, Lehm JP. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Oct 17;10:CD004739. (doi: 10.1002/14651858.CD004739.pub4.)
- 3) Clinical Practice Guideline: Sudden Hearing Loss (Update) - *Otolaryngology– Head and Neck Surgery* 2019, Vol. 161(1S) S1–S45. DOI: 10.1177/0194599819859885

Si ringraziano gli enti patrocinanti:

Regione Emilia Romagna, Ordine dei Medici Bologna, SIMSI, SIAF, SIFoP, OTOSUB e ANCIP, il Prof. **Paolo Marcolin**, Presidente di OTOSUB, per la cortese introduzione ai lavori ed i **Relatori** che hanno offerto con entusiasmo il proprio prezioso contributo.

Legenda acronimi

- ANCIP:** Associazione Nazionale Centri Iperbarici Privati
- OTOSUB:** Associazione scientifica no profit che si occupa delle problematiche ORL inerenti l'immersione subacquea e l'iperbarismo
- SIARTI:** Società Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione Terapia Intensiva
- SIAF:** Società Italiana Audiologia Foniatria
- SIFoP:** Società Italiana Formazione Permanente per la Medicina Specialistica
- SIMEU:** Società Italiana Medicina di Emergenza e Urgenza
- SIN:** Società Italiana Neurologia
- SIMSI:** Società Italiana Medicina Subacquea e Iperbarica
- SIOeChF:** Società Italiana Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Facciale



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



**Quotidiano
Sanità**
edizioni

Ogni giorno sul web tutta la sanità che conta.