

TOSCANA MEDICA

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

Mensile - Anno XXXIX n. 1 gennaio 2021 - Spedizione in Abbonamento Postale - Stampe Periodiche
in Regime Libero - FIRENZE n. MBPA/CN/FI/0002/2018 - Aut. Trib. Fi. n. 3138 del 26/05/1983

GENNAIO

1



La Sanità che vogliamo



**Il Pronto Soccorso
Pediatico e COVID-19**



Le USCA



**Effetti pandemia
su pazienti no-COVID**

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE





Anno XXXIX - n. 1 gennaio 2021
ISSN 2611-9412 (print) – ISSN 2612-2901 (online)

Direttore Responsabile
Pietro Claudio Dattolo

Capo Redattore
Simone Pancani

Segretaria di Redazione
Antonella Barresi

Direzione e Redazione
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
Via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 0750625
telefax 055 481045
a.barresi@omceofi.it
www.ordine-medici-firenze.it

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

Editore

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

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

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

Redazione: Margherita Cianchi
Tel. 050 3130232 • mcianchi@pacinieditore.it

Grafica e Impaginazione: Massimo Arcidiacono
Tel. 050 3130231 • marcidiacono@pacinieditore.it

Stampa

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

Finito di stampare febbraio 2021 presso le IGP - Pisa

L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è
stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni.

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



Fondato da
Giovanni Turziani

In copertina
Riccardo Benvenuti
Giorno di festa
Olio su tela,
cm 15x10
Collezione privata,
Firenze

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 3 Il prof. Uccelli alle prese con il "brigante Guazzino", condannato a morte per "assassini e altri delitti"
B.M. Affolter

EDITORIALE

- 5 Le parole della politica e la realtà dei fatti. La Sanità che vogliamo
P.C. Dattolo

LA MEDICINA LEGALE IN TEMPI DI PANDEMIA - a cura di M. Martelloni

- 6 Consenso alla vaccinazione anti COVID-19 per i soggetti incapaci ricoverati presso strutture sanitarie assistite
M. Martelloni

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 9 Le USCA: cosa sono e cosa fanno
G. Lippi e coll.
- 14 Umanizzazione delle cure in Terapia Intensiva: sensazioni e riflessioni al tempo del coronavirus
R. Spina e coll.
- 16 COVID-19 e psiche: dagli effetti alle opportunità
S. Checcacci
- 18 Il pedaggio non detto: gli effetti della pandemia COVID sui pazienti senza COVID
V. Verdiani
- 21 L'organizzazione della Low Care COVID+ presso l'Ospedale Misericordia e Dolce di Prato
D. Calvani e coll.
- 24 L'organizzazione del Pronto Soccorso Pediatrico nel PO Santo Stefano di Prato durante l'emergenza COVID-19
P.L. Vasarri e coll.
- 28 Il ruolo della terapia nutrizionale nel percorso clinico del paziente COVID-19
S. Giallongo

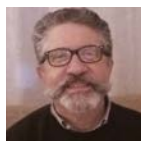
8 - RICORDO DI PIER LUIGI ROSSI FERRINI - G. Orlandini

20 - CONVEGNI E CONGRESSI

27 - LETTI PER VOI - La Redazione



Pietro Claudio Dattolo



Simone Pancani



Antonella Barresi

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

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



OPEN ACCESS

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

Il prof. Uccelli alle prese con il “brigante Guazzino”, condannato a morte per “assassini e altri delitti”

di Barbara Maria Affolter



BARBARA MARIA AFFOLTER
Laureata in Archivistica all'Università degli Studi di Firenze, lavora da anni su incarico della Soprintendenza archivistica e bibliografica della Toscana; attualmente cura l'Archivio storico della Venerabile Arciconfraternita della Misericordia di Firenze

È fatto comunemente noto che la Toscana fu una delle prime regioni al mondo ad avere abolito, nel 1786, la pena di morte. Va tuttavia ricordato che soli quattro anni più tardi, nel 1790, la stessa fu ripristinata per i cosiddetti “crimini eccezionali” come reazione alle inquietanti notizie provenienti dalla Francia e non solo.

Quando a Firenze, agli inizi dell'Ottocento, i magistrati del governo in carica pronunciarono le prime condanne capitali la municipalità si trovò in grave difficoltà. Come dare seguito, operativamente, alle condanne visto che, assieme all'abolizione della pena di morte, era stato smantellato anche l'interno “sistema” organizzativo? Esso prevedeva sia la presenza di un “carnefice” che l'operato di un'istituzione che aveva il compito di organizzare le ultime ore di vita del condannato, il “povero paziente” come veniva chiamato in gergo, e della sepoltura del suo corpo straziato.

La questione del boia fu risolta pragmaticamente con il conferimento di incarichi *ad hoc* a professionisti operanti in altri contesti urbani.

Più complicata si rivelò l'identificazione dell'istituzione di supporto. Venne interpellata la *Compagnia della Misericordia*, una realtà cittadina autorevole da secoli protagonista nel settore delle “opere di carità” e delle sepolture, in particolare dei cadaveri dei “poveri abbandonati”. Il provveditore dell'epoca, consigliato dai suoi fiduciari, accettò il gravoso incarico

e sollecitò la stesura di uno specifico regolamento atto a disciplinare tutti i passaggi necessari della spina-quesitone. Per poter sostenere le spese sia materiali (vitto, lumi, associazione della salma, seppellimento) che spirituali (preghiere e Messe di suffragio) venne creata un'apposita “questua nelle pubbliche vie” affidata a un gruppo di quaranta capi di guardia, vestiti di nero con il cappuccio calato sul volto, che nei giorni precedenti all'esecuzione della condanna avevano il compito di girare per le strade di Firenze per chiedere alla popolazione delle “elemosine” in merito alla questione. La cifra riscossa veniva poi rendicontata e la parte rimanente, tolte tutte le spese vive, consegnata a condanna avvenuta direttamente alla famiglia del giustiziato o, in mancanza di questa, ai poveri della città.

Il sistema di esecuzione cambiava di volta in volta e poteva consistere nell'impiccagione o nel “taglio della testa”. Trattandosi di pene considerate oltre che punitive anche di effetto “deterrente” avvenivano di giorno in pubbliche vie o piazze, dalla “Porta alla Croce” (l'attuale piazza Cesare Beccaria) alla piazza di “Santa Maria Novella vecchia” (l'attuale piazza dell'Unità d'Italia).

Spesso veri propri spettacoli truci e cruenti, le esecuzioni suscitavano in città vivi dibattiti anche in ambito medico-scientifico. Nel 1817, ad esempio, in occasione della condanna capitale per impiccagione

del “brigante Guazzino” alla *Misericordia* venne recapitata una lettera da parte del “professore d'anatomia umana comparata e pittorica Filippo Uccelli dell'Università degli Studi di Pisa, residente a Firenze”. In essa l'esimio professore chiedeva alla *Misericordia* il trasferimento del corpo del giustiziato Antonio Guazzini dal patibolo al teatro anatomico del *Regio Ospedale di Santa Maria Nuova* “all'oggetto di indagare con tutta precisione quale fosse la causa della morte degli appiccati se, vale a dire, derivi essa dalla lussazione della prima vertebra del collo ovvero da apoplezia”, come pure “per servirsi di detto corpo per le lezioni di anatomia ai pittori dell'*Imperiale Scuola delle Belle Arti* di Firenze”.

La richiesta fu accolta e, come risulta dalla descrizione dei registri appositi, il servizio eseguito: “A di 22 febbraio 1817. Guazzini Antonio del fu Pasquale della terra di Bettolle in Toscana, in età di anni 36 in origine contadino, condannato per assassini ed altri delitti alla forca da un boia fatto venire da Roma [il famoso Giovan Battista Bugatti, meglio conosciuto con il nome di “maestro Titta”]. La nostra Compagnia deputò quattro capi di guardia per assistere il *paziente* dall'epoca della sentenza di morte data al medesimo che seguì la mattina del suddetto di 22 alle ore 9. Poi si partì il *paziente* dal Bargello al suono della



Archivio storico della Misericordia di Firenze, Nota dei giustiziati associati nella Misericordia di Firenze, 1809-1830.

campana, si fermò fuori di strada alla scalinata di Badia ove ricevuta la benedizione del ss. Sacramento dal curato della detta chiesa, si

prese la via del Palagio fino al canto alli Aranci, via Fiesolana e Borgo di Pinti – si uscì fuori di questa Porta essendo quella della Croce impedi-

ta per il rifacimento di strade –, e si andò al patibolo. Avvisata la nostra Compagnia alle ore 10 di mattina della seguita esecuzione della morte del detto Guazzini, si portarono i nostri fratelli a prendere il di lui cadavere” che poi, come richiesto, fu trasportato allo Spedale di S. Maria Nuova per essere sezionato”.

Non conosciamo le deduzioni scientifiche del prof. Uccelli, sappiamo tuttavia che a pochi mesi di distanza, nel luglio dello stesso anno, la Segreteria di Stato fece pubblicamente notificare le “Sovrane determinazioni” che prevedevano che “nei casi di esecuzione della condanna a morte sia sostituito alla forca il taglio della testa” in quanto “questa specie di morte”, cioè quella del taglio della testa, era stata “riconosciuta fisicamente meno dolorosa”.

baffolter@misericordia.firenze.it

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

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

Toscana Medica: a.barresi@omceofi.it

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

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

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

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

“Toscana Medica” è interessata a raccogliere le esperienze dei colleghi riguardo alla pandemia per costruire una sorta di memoria condivisa tra tutti, a ricordo di questi tempi tragici.

Chi fosse interessato può inviare il proprio contributo o foto significative fatte durante l’espletamento della propria attività all’indirizzo a.barresi@omceofi.it, seguendo le note editoriali pubblicate sulla Rivista.

Inizia questo mese la mia Presidenza del Consiglio del nostro Ordine. Dalle pagine di Toscana Medica vorrei prima di tutto esprimere il mio ringraziamento doveroso ai Colleghi che hanno lavorato nello scorso triennio per fare sì che via Vanini non fosse soltanto un indirizzo da cercare su Google Maps ma un importante punto di riferimento per tutti i medici della Provincia di Firenze. Il grande impegno profuso da chi mi ha preceduto, insieme a quello del personale dipendente, è stato purtroppo drammaticamente condizionato dalla pandemia durante la quale tuttavia l'Ordine non ha mai abdicato alla sua funzione: il "pericolo" di allontanamento e la sensazione di abbandono da

parte dei Colleghi non erano poi così da sottovalutare in questi mesi difficilissimi e certamente bisogna rendere conto alla Presidente Mazzei e all'intero Consiglio di avere saputo sventare una simile minaccia.

Ho senza dubbio bene in mente che l'impegno per i prossimi anni non sarà facile e per questo voglio ringraziare tutti coloro che mi hanno sostenuto verso la Presidenza, in particolare i colleghi del Consiglio, con la certezza che sarà necessario il contributo di tutti per proseguire lungo un cammino per mille ragioni difficile e accidentato. Ogni mese il mio editoriale su Toscana Medica riporterà gli intendimenti e i propositi del Consiglio, prendendo spunto dalle te-

Il saluto del Presidente

matiche che l'attualità ci proporrà e con il preciso intento di garantire all'Ordine il suo imprescindibile ruolo sociale e "politico" (nel senso migliore del termine) a tutela della professione e della salute dei cittadini.

Mi rivolgo a tutti gli iscritti: fateci sapere cosa vorreste che l'Ordine facesse per tutti i medici, quali istanze sostenere, quali iniziative a qualsiasi livello mettere in pratica, quale linea di condotta seguire di fronte alle grandi tematiche che agitano il nostro operare. Ne discuteremo insieme e insieme troveremo la strada da percorrere. Questo il mio impegno per gli anni a venire.

Pietro Claudio Dattolo

Le parole della politica e la realtà dei fatti. La Sanità che vogliamo

di Pietro Claudio Dattolo

Il "teatrino" della politica imperversa senza sosta e, seppure con qualche recente, apprezzabile progresso per quanto riguarda l'aumento delle risorse, siamo più o meno alle solite: la Sanità continua a essere la Cenerentola dimenticata della politica italiana, nonostante sia di fatto il più grande caposaldo della società. I tagli subiti nel corso dell'ultimo ventennio l'hanno di sicuro indebolita e messa a rischio e in un momento di crisi, in piena pandemia, tardivamente ci si strappano i capelli di fronte alle gravi carenze del Sistema Sanitario Nazionale. Così si parte al rilancio di promesse di finanziamenti, rinnovi, assunzioni e cambiamenti. Per lo più promesse, appunto. È un fatto grave che alla Sanità vengano destinati così pochi fondi europei, ma non inatteso per chi opera in questo campo, ormai abituato alle prese in giro e alle false promesse. È chiaro che per il Governo, e per la politica in genere (nessun partito, neanche all'opposizione, ha gridato allo scandalo!), la Sanità e la salute dei cittadini non sono considerate una priorità. I politici

chiudono gli occhi davanti alle difficoltà storiche e alle enormi carenze strutturali, messe a nudo dalla pandemia, di un Sistema Sanitario Nazionale e Regionale che non garantisce più accessibilità, equità e qualità delle prestazioni erogate. Palate di retorica, chiacchiere, annunci, piani di rilancio da 68 miliardi e la Sanità viene lasciata alla deriva. L'approvvigionamento di adeguati dispositivi medici e sanitari è insufficiente, c'è mancanza di personale, oltre a numerosi ospedali fatiscenti un po' in tutto il Paese. Per non parlare del territorio, completamente abbandonato e privo di strutture necessarie, come le Case della salute, che non riescono a decollare da anni e invece andrebbero incentivate e sviluppate; sono queste, infatti, le realtà territoriali in cui i *team* multidisciplinari garantiscono la presa in carico globale della persona, la continuità assistenziale ospedale-territorio e l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e quella sociale.

Troppo spesso in Italia ci si ricorda del Sistema Sanitario Nazionale solo per dire che da noi ci sono troppi medici,

in numero superiore alla media europea, e che soltanto alcune specialità sono carenti, senza nemmeno citare, ad esempio, le mille difficoltà che affliggono il settore dell'emergenza-urgenza! Ci si dimentica colpevolmente di dire che i nostri medici ospedalieri sono i più vecchi d'Europa, che buona parte di essi è ormai pronta a un massivo esodo pensionistico e non verrà sostituita grazie alla fallimentare politica di programmazione specialistica, determinando da qui al 2025 un ammanco di oltre diecimila professionisti. Se vogliamo tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e della comunità, non si può prescindere da un reale, cospicuo aumento delle risorse, soprattutto se intendiamo garantire un Servizio Sanitario pubblico con elevati *standard* di qualità delle cure. È inaccettabile che questo Paese debba continuare a risparmiare proprio sulla salute. Senza risorse veramente adeguate il futuro del Sistema Sanitario Nazionale, universalistico e gratuito, semplicemente non può esistere.

Consenso alla vaccinazione anti COVID-19 per i soggetti incapaci ricoverati presso strutture sanitarie assistite

di Massimo Martelloni



MASSIMO MARTELLONI
Medico legale. Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Iniziamo da questo numero nella Rubrica “La Medicina Legale in tempi di pandemia” la pubblicazione dei contributi in tema di Medicina Legale e pandemia COVID a cura del dottor Massimo Martelloni, medico legale e consigliere del nostro Ordine.

Il legislatore nazionale è voluto intervenire in modo specifico sulla materia del consenso alla vaccinazione anti COVID-19 col Decreto Legge 5 gennaio 2021, n. 1, art. 5.

La materia era già regolamentata da altre norme ovvero dalla Legge 22 dicembre 2017, n. 219.

Comunque, allo scopo, nel Decreto Legge 5 gennaio 2021 si ricorda all'art. 1, comma 457, della Legge 30 dicembre 2020, n. 178 che “per garantire il più efficace contrasto alla diffusione del virus SARS-CoV-2, il Ministro della Salute adotta con proprio decreto avente natura non regolamentare il piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2, finalizzato a garantire il massimo livello di copertura vaccinale sul territorio nazionale”.

Il Decreto Legge 5 gennaio 2021, n. 1, art. 5 indica al comma 1 che il consenso delle persone incapaci al trattamento sanitario per le vaccinazioni anti COVID-19 viene espresso a mezzo del relativo tutore, curatore o amministratore di sostegno, ovvero del fiduciario di cui all'art. 4 della Legge 22 dicembre 2017, n. 219, e comunque nel rispetto di quanto previsto dall'art. 3 della stessa Legge n. 219 del 2017 e della volontà eventualmente già espressa dall'interessato ai sensi del citato art. 4 registrata nella banca dati di cui

all'art. 1, comma 418, della Legge 27 dicembre 2017, n. 205, ovvero di quella che avrebbe presumibilmente espresso ove capace di intendere e di volere.

L'art. 1, comma 418, della Legge 27 dicembre 2017, n. 205 dispone che: “È istituita presso il Ministero della salute una banca dati destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) attraverso le quali ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, può esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari”.

Per l'attuazione del presente comma è autorizzata la spesa di 2 milioni di euro per l'anno 2018.

A questo punto il Decreto Legge 5 gennaio 2021, n. 1, art. 5, nel comma 2 diventa un regolamento, realizzandosi una gimkana amministrativa di rara complessità, data l'indicazione di tutte le possibili composizioni del problema reale che un medico può trovarsi di fronte.

Fermo restando lo stato di incapacità naturale del paziente, il primo ostacolo è così rappresentato: “qualora il fiduciario, il tutore, il curatore o l'amministratore di sostegno

mancano o non sono in alcun modo reperibili per almeno 48 ore”.

La soluzione è così indicata: “In questo caso il direttore sanitario o, in difetto, il responsabile medico della residenza sanitaria assistita (RSA), o dell'analogha struttura comunque denominata, in cui la persona incapace è ricoverata ne assume la funzione di amministratore di sostegno, al solo fine della prestazione del consenso di cui al comma 1”.

Tali medici devono però così operare: “In tali casi nel documento di cui al comma 3 (il documento di consenso) si dà atto delle ricerche svolte e delle verifiche effettuate per accertare lo stato d'incapacità naturale dell'interessato”.

Il successivo ostacolo è l'assenza del direttore sanitario o, in difetto, del responsabile medico della RSA.

Anche per questa fattispecie c'è una soluzione: “In difetto sia del direttore sanitario sia del responsabile medico della struttura, le attività previste dal presente comma sono svolte dal direttore sanitario della ASL territorialmente competente sulla struttura stessa o da un suo delegato”.

Il lavoro del medico individuato trova però un altro ostacolo nel comma 3, questo però non indifferente, perché deve sentire: “quando già noti, il coniuge, la persona parte di unione civile o stabilmente con-

vivente o, in difetto, il parente più prossimo entro il terzo grado".

Ai sensi degli artt. 74 e 75 del Codice Civile i parenti sono così classificati:

- parenti di primo grado: figli e genitori in linea retta;
- parenti di secondo grado: fratelli e sorelle, nipoti e nonni;
- parenti di terzo grado: nipote e zio, bisnipote e bisnonno;
- parenti di quarto grado: cugini in linea collaterale.

La legge (salvo per alcuni effetti determinati) non riconosce il vincolo di parentela oltre il sesto grado.

Il medico individuato, a questo punto, deve prendere la sua decisione, ma solo: *"se accerta che il trattamento vaccinale è idoneo ad assicurare la migliore tutela della salute della persona ricoverata"*.

È chiaro che in un'organizzazione complessa chi sta curando l'assistito sa quali sono le condizioni compatibili dello stesso con una vaccinazione.

Deve essere data applicazione alla guida alle controindicazioni alle vaccinazioni dell'Istituto Superiore di Sanità del 23 marzo 2018. Il richiamo appare pleonastico alla luce della Legge 24/2017 in tema di responsabilità professionale. Seguire le linee guida è un obbligo professionale come contestualizzarne l'applicazione al caso di specie.

La norma è scritta da un legislatore che sembra ignorare la Legge 24/2017.

Il medico individuato finalmente *"esprime in forma scritta, ai sensi dell'articolo 3, commi 3 e 4, della Legge 22 dicembre 2017, n. 219, il consenso alla somministrazione del trattamento vaccinale anti COVID-19 e dei successivi eventuali richiami e ne dà comunicazione al dipartimento di prevenzione sanitaria competente per territorio"*.

Tale consenso, di cui al comma 3 (ovvero sentiti il coniuge, la persona parte di unione civile o stabilmente convivente o, in difetto, il parente più prossimo entro il terzo grado), reso in conformità alla volontà dell'interessato espressa ai sensi degli artt. 3 e 4 della Legge n. 219 del 2017 o, in

difetto, in conformità a quella delle persone di cui al primo periodo dello stesso comma 3, è immediatamente e definitivamente efficace.

Ma la gimkana continua perché il consenso non può essere espresso in difformità dalla volontà dell'interessato, espressa ai sensi degli artt. 3 e 4 della Legge n. 219 del 2017 o, in difetto, da quella delle persone di cui al primo periodo dello stesso comma 3.

Nondimeno, in caso di rifiuto di queste ultime, il direttore sanitario, o il responsabile medico della struttura in cui l'interessato è ricoverato, ovvero il direttore sanitario della ASL o il suo delegato, può richiedere, con ricorso al giudice tutelare ai sensi dell'art. 3, comma 5 della Legge 22 dicembre 2017, n. 219, di essere autorizzato a effettuare comunque la vaccinazione.

Qualora però non sia possibile procedere ai sensi del comma 4, per difetto di disposizioni di volontà dell'interessato, anticipate o attuali, e per irreperibilità o indisponibilità dei soggetti di cui al primo periodo del comma 3, il consenso al trattamento vaccinale sottoscritto dall'amministratore di sostegno di cui al comma 2, unitamente alla documentazione comprovante la sussistenza dei presupposti di cui ai commi 1, 2 e 3, è comunicato immediatamente, anche attraverso posta elettronica certificata, dalla direzione della struttura in cui l'interessato è ricoverato al giudice tutelare competente per territorio sulla struttura stessa.

A questo punto entra in azione il giudice tutelare.

Nel termine di 48 ore dal ricevimento degli atti di cui al comma 5 il giudice tutelare, disposti gli eventuali accertamenti, quando dai documenti ricevuti non emerge la sussistenza dei presupposti di cui al comma 3, convalida con decreto motivato, immediatamente esecutivo, il consenso espresso ai sensi del comma 5, ovvero ne denega la convalida.

E ora si realizza nella norma una riflessione del legislatore sulle tempistiche del provvedimento del giudice tutelare.

Infatti, entro le 48 ore successive alla scadenza del termine di cui al comma 6 (ovvero di 48 ore), il decreto di cui al comma 6 è comunicato all'interessato e al relativo rappresentante individuato ai sensi del comma 2, a mezzo di posta certificata presso la struttura dove la persona è ricoverata.

E qui il legislatore effettua un'affermazione di nullità di effetto dell'atto per carenza del rispetto delle 48 ore concesse per la sua emissione ovvero in totale 96 ore: *"Il decorso del termine di cui al presente comma priva di ogni effetto il provvedimento del giudice tutelare che sia comunicato successivamente"*. La natura incostituzionale di questo passaggio della norma non è escludibile.

Allo stesso tempo il legislatore afferma però che *"il consenso alla somministrazione del trattamento vaccinale anti Covid-19 e dei successivi eventuali richiami è privo di effetti fino alla comunicazione del decreto di convalida"* del giudice tutelare.

Tuttavia il collega di turno non si deve perdere d'animo perché il legislatore prevede una via d'uscita per l'effettuazione della vaccinazione: *"Decorso il termine di cui al comma 7 senza che sia stata effettuata la comunicazione ivi prevista, il consenso espresso ai sensi del comma 5 si considera a ogni effetto convalidato e acquista definitiva efficacia ai fini della somministrazione del vaccino"*. Finalmente il medico che svolge la funzione di amministratore di sostegno, passate 96 ore dall'invio del consenso sottoscritto per la persona incapace, può effettuare la vaccinazione (alleluia!).

Il legislatore però non si accontenta e prevede un'ulteriore fattispecie: *"In caso di rifiuto della somministrazione del vaccino o del relativo consenso da parte del direttore sanitario o del responsabile medico, ovvero del direttore sanitario della ASL o del suo delegato, ai sensi del comma 5, il coniuge, la persona parte di unione civile, o stabilmente convivente, e i parenti fino al terzo grado possono ricorrere al giudice tutelare, ai sensi dell'articolo 3, com-*

ma 5 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, affinché disponga la sottoposizione al trattamento vaccinale”.

In questo caso il legislatore ha solo dimenticato un piccolo particolare ovvero il richiamo al rifiuto motivato, come eccezione all'applicazione di questa parte della norma, in quanto lo stesso legislatore ha giustamente richiamato quanto previsto dall'art. 5 della Legge n. 24 del 2017 in tema di

linee guida, ovvero che sia accertato che il trattamento vaccinale sia idoneo ad assicurare la migliore tutela della salute della persona ricoverata ovvero che venga data applicazione alla guida alle controindicazioni alle vaccinazioni dell'Istituto Superiore di Sanità del 23 marzo 2018.

Concludendo non si comprende perché sia stata fatta una norma specifica e farraginosa oltretutto con

Decreto Legge, che potrebbe non essere approvato, per la vaccinazione dei soggetti incapaci in tema di COVID-19 in quanto la legislazione in tema di consenso e testamento biologico ovvero la Legge n. 219 del 2017 aveva pienamente e compiutamente dato risposta in materia e a fronte di un dibattito condiviso da parte dei cittadini e dei medici e delle istituzioni tutte.

LINK MATERIALE UTILE

<https://www.ordine-medici-firenze.it/speciale-covid19/indicazioni-dell-ordine/raccomandazioni-e-prese-di-posizione-dell-ordine>

E-MAIL DI RIFERIMENTO

volontariagiurisdizione.tribunale.firenze@giustizia.it

CANCELLERIA DEL TRIBUNALE

tel. 055-7996552-7996452 – da lunedì a venerdì 12-14

massimomartelloni.prof.@gmail.com

Ricordo di Pier Luigi Rossi Ferrini

Il 21 gennaio, all'età di 91 anni, in piena lucidità mentale, ci ha improvvisamente lasciati Pier Luigi Rossi Ferrini, professore onorario dell'Ateneo fiorentino, studioso di fama internazionale, primario di Ematologia per oltre un trentennio, creatore del Centro Trapianti di Midollo Osseo, attivamente impegnato nelle attività della Fondazione Cassa Risparmio Firenze.

Ma dietro questa dolorosa e tuttavia arida notizia si apre un immenso scenario fatto di eccellenti capacità professionali, di non comuni intuizioni scientifiche, di concrete azioni organizzative, e soprattutto di dedizione e amore per i propri simili, particolarmente se fragili e disagiati. Questo era Pier Luigi: un uomo che ha vissuto per gli uomini.

Io che ho avuto il privilegio di essergli collega e amico, ho potuto apprezzare in pieno l'impegno che ha profuso in tutte le sue attività, la determinazione con la quale ha affrontato i momenti più difficili, l'entusiasmo riposto nelle sue scelte, il sorriso che ha riservato a chi lo avvicinava.

Per le sue doti umane e professionali non comuni ha stimolato la generosità di privati e l'impegno di enti pubblici e privati allo scopo di garantire un adeguato supporto alle sue iniziative sempre volte alla terapia di ingrate forme morbose e comunque al miglioramento della qualità della vita di tanti soggetti, dai bambini agli anziani.

Alla moglie Patrizia, ai figli e ai numerosi nipoti vada il sentito cordoglio di tutta la Comunità medica fiorentina della quale per tanti anni è stato un eminente esponente.



Giovanni Orlandini

Le USCA: cosa sono e cosa fanno

di Giuseppe Lippi, Cosimo Cigolini, Dea Di Cicco, Sara Petruzzi, Erica Mencucci, Nicola Sabatino



GIUSEPPE LIPPI
ARS Toscana, USCA Figline

COSIMO CIGOLINI
USCA Figline

DEA DI CICCO, ERICA MENCUCCI,
NICOLA SABATINO
USCA Pontassieve

SARA PETRUZZI
USCA San Casciano

L'integrazione condivisa e partecipata tra USCA e medici di medicina generale può rappresentare un valido contributo alla gestione di molti pazienti COVID-19 in una visione ottimale di collaborazione tra ospedale e territorio. Indicatori appropriati possono valutare l'efficacia di una simile organizzazione. Nell'articolo l'esperienza della zona Firenze Sud-Est.

Parole chiave:

COVID-19, USCA, medicina generale, indicatori di esito, indicatori di processo

Nel marzo 2020 il governo ha istituito le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) per aiutare i medici di medicina generale nella gestione sul territorio dei pazienti COVID o sospetti COVID. Ogni USCA ha il compito di assistere a domicilio i malati di COVID-19, ospedalizzando, precocemente ed esclusivamente, i casi gravi.

In Toscana le USCA sono composte da un medico e un infermiere; al 20 novembre 2020 erano 124, in crescita numerica (ne sono previste altre 74) e sono attive tutti i giorni dalle 8.00 alle 20.00.

Perché le USCA

Durante le epidemie, il maggior pericolo è rappresentato dal panico della popolazione. Tranquillizzare i cittadini sul fatto che, se necessario, saranno curati bene è il principale compito delle istituzioni. Le istituzioni possono affrontare con successo un'epidemia se l'affluenza ai punti di cura non è molto al di là della loro capacità assoluta e se i *caregiver* non si ammalano.

I cittadini, quando non hanno fiducia di poter essere curati adeguatamente a casa, affollano gli ospedali; gli ospedali vengono travolti e più nessuno è curato adeguatamente. Tutto il bacino dell'ospedale (100.000/200.000 persone) viene messo in crisi e lo è per qualsiasi tipo di patologia. Se si ammala un medico curante, 1.000/1.500 persone restano senza assistenza. Se il medico USCA non identifica correttamente un singolo caso grave, è solo questo unico paziente a non essere assistito adeguatamente.

Di conseguenza, i compiti delle USCA sono, in ordine di importanza:

- mantenere la fiducia dei cittadini sul fatto di essere assistiti;
- evitare che i medici di medicina generale si ammalino;
- identificare precocemente i casi gravi da mandare in ospedale e curare a casa gli altri.

Come funziona il binomio medico di medicina generale - USCA

In periodo no-COVID un paziente, quando si ammala, va all'ambulatorio del medico di medicina generale o lo chiama per telefono. Durante l'epidemia, i malati sanno che prima di andare all'ambulatorio debbono sempre consultarsi telefonicamente con il loro medico, anche solo per prendere un appuntamento ambulatoriale.

Da marzo, quando il medico di me-

dicina generale riceve una telefonata decide se il paziente ha bisogno di una visita medica oppure se la richiesta di consulto può essere gestita per telefono (Figura 1).

Nel primo caso, il medico valuta se il malato può essere sospetto COVID e solo in questa circostanza attiva l'USCA. L'USCA prende in carico il paziente con una telefonata e una successiva visita domiciliare, con eventuale tampone. Se il tampone è negativo, rinvia il malato al medico curante; se il tampone è positivo, segue il malato con un *follow-up* fino alla dimissione.

Se i medici di medicina generale fanno un filtro adeguato, l'USCA è in grado di visitare tutti i pazienti e di fare un *follow-up* rassicurante. I malati vengono curati bene a casa e non vanno in ospedale. Gli ospedali sono sì messi sotto pressione (l'epidemia esiste sempre!), ma non vengono travolti e tutti i ricoverati hanno cure adeguate.

Come si fa a capire se le USCA funzionano bene?

Si può capire se le USCA funzionano bene attraverso valori derivati dall'attività effettuata. Questi valori si chiamano *indicatori* e vengono di solito espressi sotto forma di numeri e rappresentati in grafici. Gli indicatori servono ai *decisori*, cioè a quelli che dirigono, per prendere le

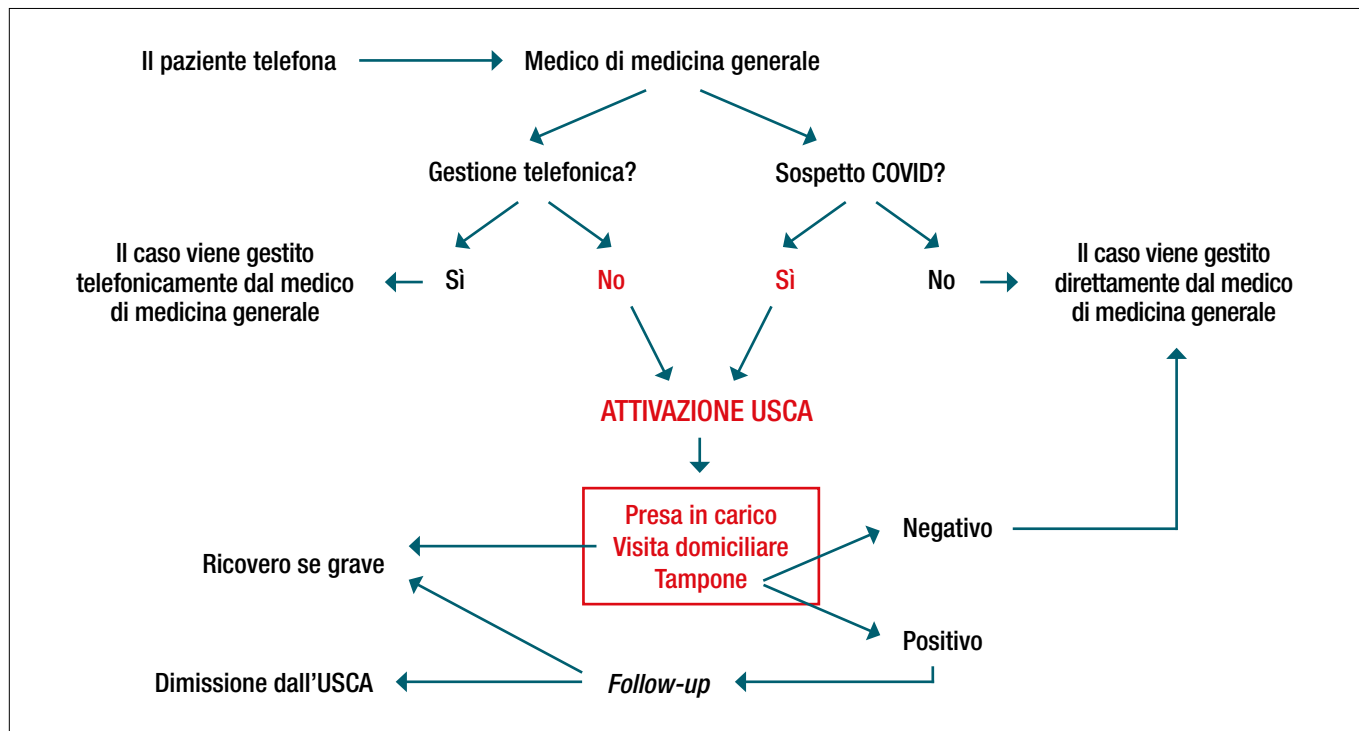


Figura 1 – *Liter* di presa in carico da parte del binomio medico di medicina generale - USCA.

decisioni. Gli indicatori sono di due categorie: *indicatori di esito*, che ci dicono come vanno le cose e *indicatori di processo*, che ci spiegano perché le cose sono andate così. Ad esempio, quando andiamo da Firenze a Roma, un indicatore di esito può essere il tempo impiegato; indicatori di processo possono essere il veicolo utilizzato (auto, treno, calesse...) o i chilometri percorsi (siamo forse passati da Perugia?).

Si può capire come gli indicatori possano essere migliaia. Questo rappresenta una grande difficoltà per i decisori che si ritrovano a dover fare scelte utilizzando una tale pletora di indicatori da rischiare di perdere di vista quelli critici per il buon governo dell'azienda. Questo problema è ben conosciuto, tanto che la tendenza attuale è sviluppare pochissimi indicatori di esito fondamentali (*Key Performance Indicators*, KPIs), tempestivi e ben comprensibili, confidando nel fatto che se l'esito non è quello atteso, si può sempre "scavare", ricorrendo agli indicatori di processo, per comprendere le ragioni del cattivo funzionamento e quindi, capiti i motivi, impostare le azioni correttive più adatte.

Perché questa indagine sulle USCA

Lo scopo di questo lavoro, preliminare e limitato per il momento a solo tre USCA, è vedere se sia possibile sviluppare un numero limitatissimo di *Key Performance Indicators* da proporre ai decisori per il monitoraggio del binomio medico di medicina generale - USCA.

L'intenzione sarebbe prospettare solo tre indicatori di esito:

- un *Key Performance Indicator* per la *qualità* del servizio, che risponde alla domanda: *come funziona il binomio USCA - medico di medicina generale?*;
- un *Key Performance Indicator* di *efficienza*, che risponde alla domanda: *quante risorse sono necessarie a ogni USCA per la sua attività?*;
- un *Key Performance Indicator* di *efficacia*, che risponde alla domanda: *è ogni USCA adeguata alle esigenze del suo territorio?*

Adesso ci focalizzeremo sulla prima tipologia: lo sviluppo di un *Key Performance Indicator* per la qualità. Il secondo indicatore, quello di efficienza, è in corso di elaborazione e i dati mostrati in questo *report* sono da intendersi semplicemente come indicativi. Attualmente, invece, non è stato possibile sviluppare il *Key Performan-*

ce Indicator di efficacia (perché per questo sono necessari dati che non ci risultano accessibili), ma solo ipotizzare la sua struttura ed evidenziarne l'importanza critica per la gestione.

Il monitoraggio degli esiti di qualità: *Key Performance Indicators* ed eventi sentinella

Il rapporto tra ricoverati e presi in carico dall'USCA valuta il buon funzionamento del binomio e può costituire il *Key Performance Indicator* di qualità. Se l'USCA funziona bene, allora ricovererà solo una frazione di quelli presi in carico; viceversa, se i casi segnalati all'USCA sono troppi, allora l'USCA viene sopraffatta e il rapporto ricoverati/visitati aumenterà ugualmente perché il volume eccessivo di richieste renderà impossibile un'efficace collaborazione tra medici di base e USCA (possiamo riconoscere questo utilizzando gli indicatori di processo).

Da notare che il "cattivo funzionamento", espresso da un innalzamento dell'indicatore, non vuol dire che medico di medicina generale e USCA non facciano il loro dovere, ma rappresenta un campanello di allarme per chi si occupa di gestire il piano di

contenimento dell'epidemia, perché spesso significa che in quella zona la malattia è particolarmente virulenta e richiede un aggiustamento delle risorse messe in campo o strategie supplementari di intervento.

Indicatori di processo, utili per risalire alle motivazioni del malfunzionamento del binomio, possono essere: il numero di attivazioni/abitanti o il numero di attivazioni/assistiti per ogni singolo medico di medicina generale oppure anche il numero di rinviati a domicilio dal DEA/attivazioni USCA. Indicatori assoluti per unità di tempo che possono essere utili sono: numero di attivazioni, numero di casi in carico, cadenza dei *follow-up*, risorse dedicate per USCA, intervallo tra presa in carico e visita.

Il controllo di qualità deve sempre essere accompagnato dalla registrazione di episodi occasionali talmente gravi da richiedere una revisione delle procedure. Queste situazioni vanno sotto il nome di *eventi sentinella*. Evento sentinella per le USCA può essere il decesso a domicilio, o entro 24 ore dal ricovero, di un paziente preso in carico dall'USCA più di 3 giorni prima. In quanto lo scopo del binomio è trattare a casa i casi lievi e di ospedalizzare precocemente i malati gravi, il mancato riconoscimento tempestivo cui consegue un decesso precoce è una eventualità non ammissibile. L'evento sentinella richiede un *audit* clinico e una revisione delle regole di ingaggio/gestione e/o delle risorse disponibili.

Studio per lo sviluppo di un indicatore di efficienza per le USCA

Dai dati in nostro possesso siamo in grado di valutare solo il consumo del-

la risorsa "medico USCA" per unità di prodotto (UDP). Al momento abbiamo considerato come unità di prodotto la visita domiciliare, sviluppando così un rozzo indicatore di "minuti per visita domiciliare" comprensivi anche della presa in carico, dei controlli telefonici e delle operazioni di dimissione. L'indicatore include orientativamente: una visita e da 3 a 10 telefonate per caso, inclusive di 8/22 registrazioni sui sistemi di *reporting*.

Presumibilmente un'unità di prodotto più adatta potrebbe essere il numero di casi presi in carico. Per questo è necessaria però un'analisi più approfondita, al momento non disponibile. Allargando il concetto di risorsa anche al personale infermieristico, agli scari di magazzino e alle prestazioni intermedie, sarebbe poi possibile impostare una vera analisi dei costi USCA, assoluti e per unità di prodotto (tecnica del *time-driven ABC*).

Un aspetto molto interessante dell'indicatore di efficienza è che è in controtendenza con quello di qualità (per questo motivo abbiamo ritenuto necessario mostrare in questa sede anche un *Key Performance Indicator* di efficienza nonostante sia ancora rozzo e chiaramente, al momento, in fase iniziale di sviluppo). Adoperare solo l'uno o solo l'altro indicatore consentirebbe comportamenti opportunistici quali: massimizzare il *Key Performance Indicator* di qualità impiegando una quantità straordinaria di risorse oppure minimizzare il costo a discapito della qualità. L'utilizzo contemporaneo di entrambi i *Key Performance Indicators* garantisce la qualità del servizio unitamente al miglior utilizzo possibile delle risorse. Se poi si indi-

viduasse attraverso questi due *Key Performance Indicators* una USCA *benchmark* tra le 124 della Regione Toscana, sarebbe possibile implementare un *benchmarking* per diffondere questa organizzazione.

I risultati della zona Firenze Sud-Est

La zona Firenze Sud-Est comprende un territorio molto vasto, di circa 1.300 km², con oltre 160.000 abitanti. Al suo interno sono attive solo 3 USCA, 1 per ogni distretto: Figline, Pontassieve e San Casciano. Ciascuna USCA ha 1 medico solo in servizio sulle 12 ore, più, occasionalmente, qualche *rinforzo*.

I risultati, riepilogati in Tabella I, sono, sinteticamente, i seguenti:

1. ogni USCA effettua in media circa 7 visite domiciliari al giorno. Un importante impegno, considerando la vastità del territorio da coprire e che per ogni visita occorre recarsi sul posto, vestirsi e svestirsi, operazioni che richiedono da sole circa 10-15 minuti ciascuna. Da notare che per ogni paziente preso in carico è necessaria la sua registrazione e, per i casi non ricoverati, occorrono da 2 a 5 contatti telefonici ulteriori a settimana per 14-21 giorni, più la dimissione;
2. nella zona Sud-Est, l'attivazione del binomio medico di medicina generale - USCA, in un periodo di epidemia attiva quale quello attuale, limita i ricoveri ospedalieri a 1/10 dei malati che ricevono una visita domiciliare USCA (Tabella I, Figura 2);
3. l'andamento del *Key Performance Indicator* relativo alla qualità del servizio erogato nelle ultime

Periodo	Visite	Ricoveri	% ricoveri	Visite/USCA	Ricoveri/USCA
1-7 novembre	140	13	9,29%	46,67	4,33
8-14 novembre	164	17	10,37%	54,67	5,67
15-21 novembre	136	11	8,09%	45,33	3,67
22-28 novembre	106	7	6,60%	35,33	2,33
Totale	546	48	8,79%	182,00	16,00
Media	136,5	12		45,50	4,00
Deviazione standard (ds)	23,798	4,163		7,933	1,388

Tabella I – L'attività delle 3 USCA della zona fiorentina Sud-Est nel periodo 1-28 novembre, USL Toscana-Centro.

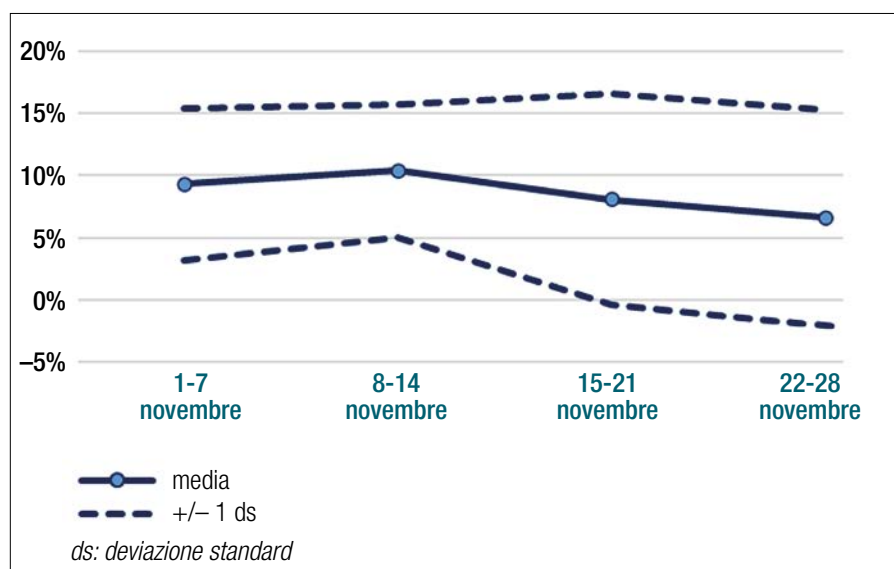


Figura 2 – Ricoveri/visite, USCA zona fiorentina Sud-Est, USL Toscana-Centro, novembre 2020.

4 settimane viene mostrato nella Figura 2. È evidente come ci sia un rallentamento nella gravità dei casi nell'ultima settimana;

4. il numero di visite domiciliari nella zona Sud-Est è coerente con l'andamento dell'epidemia, che ha mostrato un picco nella seconda settimana di novembre e un raffreddamento nella quarta, a seguito delle misure di *lockdown* da zona rossa (Figura 3);
5. il *Key Performance Indicator* di efficienza, anche se ancora approssimativo e generico (Figura 4), evidenzia come tutte e 3 le USCA siano omogenee dal punto di vista dell'impiego della risorsa "tempo del medico USCA";

6. la Tabella II illustra come il costo unitario (per unità di prodotto = visita) dei medici USCA, circa 75 euro a visita, sia assai contenuto. Una stima approssimata riconduce il costo di ogni paziente preso in carico dall'USCA a molto meno di 1/10 del costo medio di ricovero tariffato a DRG (DRG 79 e 80: "Infezioni e infiammazioni vie respiratorie, età > 17 anni", con e senza complicanze, che rimborsano circa 5.500 euro a ricovero). Il che vuol dire che l'attivazione del servizio USCA risulta conveniente, anche dal punto di vista economico, se solo riesce a evitare un ricovero ogni 10 pazienti visitati. Nonostante siano estremamente approssimati, questi

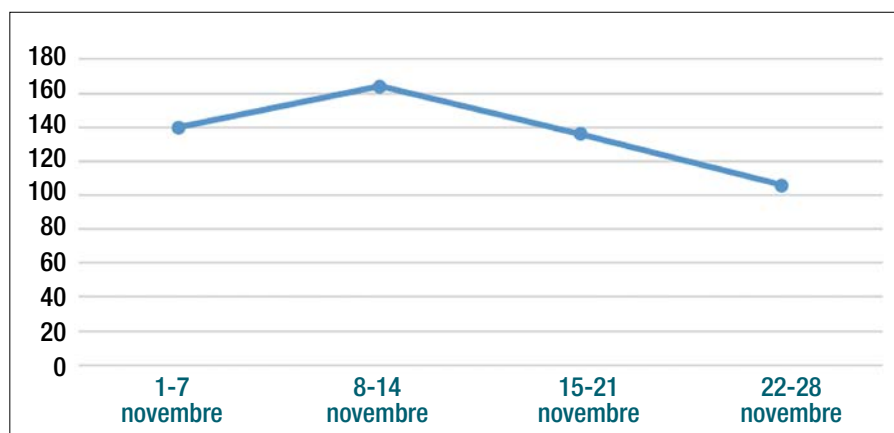


Figura 3 – Numero di visite domiciliari, USCA zona fiorentina Sud-Est, USL Toscana-Centro, novembre 2020.

valori rendono comunque evidente come sia possibile impostare, anche in tempi brevissimi (1 settimana?), una vera analisi di costo-efficacia (*Cost Effectiveness Analysis*, CEA) e di costo-beneficio (*Cost Benefit Analysis*, CBA), che rappresentano il *Santo Graal* delle valutazioni economiche dei programmi sanitari.

Ipotesi per sviluppare un indicatore di efficacia

Siccome il binomio medico di medicina generale - USCA è stato introdotto per contenere i ricoveri, l'efficacia della sua azione andrà misurata sull'effetto che ha avuto su questi ultimi.

I dati delle prime 4 settimane di novembre della ARS Toscana ci dicono che nella USL Toscana-Centro ci sono stati circa 70 positivi al giorno ogni 100.000 abitanti, ovvero, estrapolando, circa 2.000 nella zona fiorentina Sud-Est. Di questi, il 67% sono asintomatici o paucisintomatici, per i quali *non* dovrebbero essere attivate le USCA. I casi lievi sono il 28% circa, per cui i casi attesi di attivazione USCA dovrebbero essere all'incirca 560, dato coerente con le visite effettuate dalle USCA zona fiorentina Sud-Est nelle prime 4 settimane di novembre (546, Tabella I). Sempre secondo i dati ARS, i casi severi, da ospedalizzare, sono circa il 3%, ovvero poco più del 10% dei casi lievi (28%) per i quali attivare le USCA. Anche questo dato è coerente col tasso di ricoveri delle nostre 3 USCA (Tabella I, Figura 2). Questo vuol dire che se il binomio medico di medicina generale - USCA funzionasse correttamente, la dotazione USCA della zona fiorentina Sud-Est dovrebbe essere adeguata alle richieste.

I ricoveri invece sono circa il 4% del totale dei positivi, il che significa che almeno 1/4 dei casi "sfugge" alla funzione del binomio medico di medicina generale - USCA.

Questo mostra, al di là delle estrapolazioni e delle stime da noi eseguite, che riconosciamo essere ancora approssimative, che è possibile, per chi detiene i dati di dettaglio del contagio e dei ricoveri per zona e per distretto (ARS Toscana), costruire un *Key*

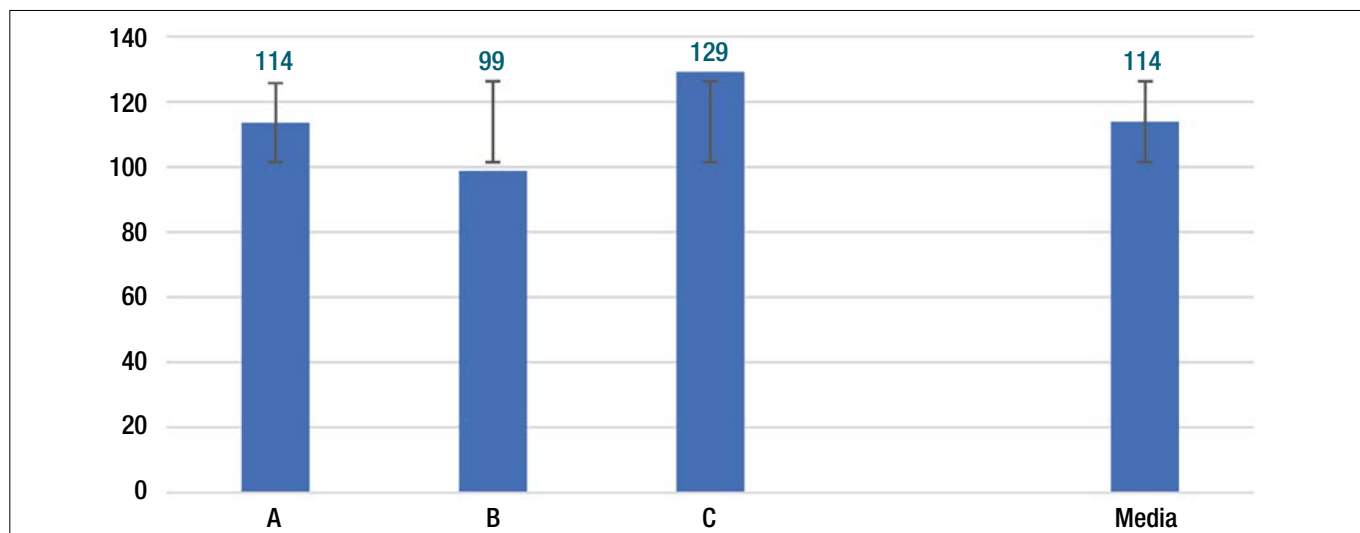


Figura 4 – Minuti del medico USCA per paziente visitato, zona fiorentina Sud-Est, USL Toscana-Centro, novembre 2020.

1-28 novembre	A	B	C	Totale	Media	Deviazione standard (ds)
Visite	186	204	156	546	182	24,2487
Ore totali	352	336	336	1.024	341	9,2376
Ore/visita	1,89	1,65	2,15	1,88	1,88	0,2534
Minuti/visita	114	99	129		114	15,2061
Costo/visita	76 €	66 €	86 €		75 €	10,1374

Tabella II – Costo per visita dei medici USCA, zona fiorentina Sud-Est, 1-28 novembre, USL Toscana-Centro.

Performance Indicator di efficacia delle USCA come semplice rapporto tra i ricoverati da USCA e i ricoveri totali COVID, previa la valutazione della rispondenza delle USCA alle necessità del territorio (casi lievi/casi USCA) e l'integrazione con altri dati (ricoveri diretti da medici di medicina generale, GIROT ecc.).

Proposta per utilizzare i Key Performance Indicators nel governo delle USCA

I *Key Performance Indicators* servono per dirigere. Con questa tipologia di indicatori, tramite la controtendenza del *Key Performance Indicator* di qualità vs quello di efficienza e l'uso estensivo dell'indicatore di efficacia, e ricorrendo eventualmente all'ausilio degli indicatori di processo cui abbiamo già accennato, è possibile, a tutti i livelli, individuare i problemi, impostare le azioni correttive e monitorare l'efficacia di queste azioni:

1. a livello centrale (Regione e Aziende Sanitarie), sia i valori as-

soluti dei *Key Performance Indicators* che i loro scostamenti dalla media indicano le zone in cui agire, eventualmente anche modificando l'attribuzione di risorse e/o il numero di USCA;

2. a livello della dirigenza intermedia (direzioni di zona), gli stessi valori e gli stessi scostamenti evidenziano al dirigente le aree problematiche sulle quali focalizzare l'attenzione e gli interventi correttivi;
3. a livello periferico, quello delle singole USCA, i *Key Performance Indicators* e i loro disallineamenti dalla media indicano che probabilmente è necessario un *benchmarking* sulle risorse messe a disposizione, sulle modalità operative o anche su quelle organizzative dell'USCA non allineata, al fine di importare l'organizzazione che dimostra i migliori risultati.

Infine, i nostri dati, anche se preliminari, evidenziano come sia possibile

allestire in tempi rapidissimi anche una vera analisi costo-efficacia e costo-beneficio sul ruolo del binomio medico di medicina generale - USCA e sul suo impiego come strategia per fronteggiare l'epidemia in corso.

Conclusioni

La rilevazione dei dati non è mai fine a se stessa. Il monitoraggio serve a comprendere i problemi e a impostare azioni correttive, azioni che debbono a loro volta essere monitorate (strategia del *continuous improvement*).

Utilizzare per questo pochissimi indicatori, i 3 *Key Performance Indicators* da noi presentati, associati a un *panel* di eventi sentinella, rende estremamente semplici le valutazioni e le azioni della dirigenza. Il ruolo degli altri indicatori resta solo di supporto, limitato alla conferma o agli approfondimenti sulle evidenze dei *Key Performance Indicators*.

giuseppe.lippi@ars.toscana.it

Umanizzazione delle cure in Terapia Intensiva: sensazioni e riflessioni al tempo del coronavirus

di Rosario Spina, Giuditta Martelli



ROSARIO SPINA

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Firenze, luglio 1990. Specializzato in Anestesia e Rianimazione e Terapia Intensiva presso l'Università degli Studi di Firenze, Facoltà di Medicina e Chirurgia, novembre 1994. Dirigente medico con incarico 15 septies a tempo determinato per la direzione della UOC Anestesia e Rianimazione, Azienda USL 11 Empoli, da novembre 2012 a giugno 2015. Direttore del Dipartimento Emergenza-Urgenza, Azienda USL 11 Empoli, dall'1-03-2013 al 30-6-2016. Direttore della UOC Anestesia e Rianimazione USL-Centro, Presidio di Empoli, dall'1-07-2015

GIUDITTA MARTELLI

Psicologa presso la Clinica Ospedaliera di Empoli, Azienda USL Toscana-Centro

Il momento della condivisione delle informazioni e il colloquio dei medici con i parenti dei malati rappresentano momenti importanti in qualsiasi Reparto, a maggiore ragione in quelli di Terapia Intensiva. La pandemia anche in questo settore ha reso necessario modificare procedure, comportamenti e approccio complessivo alle cure. Riportiamo l'esperienza della Rianimazione dell'Ospedale di Empoli.

Parole chiave:

COVID-19, umanizzazione delle cure, rapporto medico-paziente, *caregivers*

Da alcuni anni il tema della comunicazione della diagnosi e della condivisione del processo medico-decisionale con il paziente ricoverato in Terapia Intensiva e con i suoi familiari rappresenta uno dei focus principali

del processo di umanizzazione delle cure. Rassicurazione, vicinanza e coinvolgimento sono temi già cari alla Terapia Intensiva di Empoli, da anni attenta agli aspetti umani. Il paziente trae grande giovamento dal supporto dei familiari, perché l'apparente abbandono è un ulteriore fonte di sofferenza, e avere un *aggancio* con il mondo fuori è molto importante e terapeutico.

Da circa due anni nella Terapia Intensiva di Empoli è stata progettata e messa a punto, dopo una preliminare fase di riflessione teorica e sperimentazione pratica, una particolare prassi comunicativa e relazionale con i familiari dei pazienti, caratterizzata dalla compresenza al momento delle informazioni, di due figure sanitarie, una medica e una psicologica che pur mantenendo le competenze specifiche hanno acquisito perizia nell'integrarsi grazie a un preventivo lavoro di affiancamento operativo in reparto. L'analisi dell'*outcome* dei familiari e dei pazienti, misurato anche a distanza di tempo nel corso dei controlli effettuati a 3-6-12 mesi dalle dimissioni dalla Terapia Intensiva presso l'ambulatorio del *follow-up*, ha già mostrato un alto livello di soddisfazione correlato anche a un più alto benessere, avvalorando l'ipotesi che l'intervento in compresenza sia più efficace di quello solitario nella determinazione di un'alleanza tra l'*équipe* curante, i familiari e il paziente e quindi nel perseguimento dell'obiettivo dell'umanizzazione delle cure.

Con l'avvento della pandemia COVID, le limitazioni necessarie al con-

tenimento della diffusione del virus hanno reso inevitabile l'interruzione degli incontri in presenza tra medico-psicologo-*caregiver*-paziente. Alla drammaticità dell'isolamento dei pazienti si è aggiunta l'altrettanto drammatica condizione dei familiari, costretti dalla situazione a vivere a distanza la malattia del proprio caro, relegati anch'essi, quindi, in un isolamento carico di angoscia e di senso di impotenza.

Se nella prima ondata pandemica, che ha travolto l'Italia dal febbraio 2020, i professionisti sanitari si erano concentrati principalmente sull'aspetto clinico e medico della cura, ritrovandosi a dover capire e affrontare una malattia del tutto nuova, adesso emerge in modo preponderante il bisogno di enfatizzare l'umanizzazione delle cure per cercare di sopperire alla mancanza del *contatto* e delle visite da parte dei familiari.

Come a marzo, anche in questa seconda ondata è stato adottato un *protocollo* specifico tramite videochiamata per comunicare ai *caregiver* gli

aggiornamenti clinici, coinvolgerli nel processo decisionale, rassicurarli sulle cure prestate al loro caro e presentare l'*équipe* medico-infermieristica che assiste il malato, in modo da ridurre la distanza e restituire un volto umano alle cure intensive.

I ricoveri in Terapia Intensiva non hanno un orario prestabilito: i pazienti arrivano a qualsiasi ora del giorno, spesso in modo rocambolesco, perché le loro condizioni si sono aggravate e la degenza in un reparto ordinario non è più sufficiente. Oltre alle competenze cliniche, che diamo per scontate, è importante che i familiari sappiano, prima di tutto, che il nostro *staff* è fatto di uomini e donne che si prendono cura dei pazienti con umanità e passione e che in Terapia Intensiva non mancano gesti di affetto o attenzioni per i particolari, come fare la barba o mantenere in ordine i capelli, in modo da trasmettere al paziente l'amore che i suoi familiari gli darebbero se fossero presenti. Cerchiamo così di trasmettere ai parenti i principi della Terapia Intensiva *aperta*, rassicurandoli e coinvolgendoli.

Di fatto le parti che si incontrano nella stanza virtuale sono: il medico che si collega dal Reparto COVID e che con il *tablet* si porta vicino al letto del paziente; il paziente dal proprio letto; il *caregiver* dalla propria abitazione e lo psicologo dal proprio ambulatorio. A fronte di un iniziale scetticismo sull'efficacia terapeutica di un *setting* relazionale creato su

base virtuale attraverso *freddi* mezzi tecnologici, quello che in realtà è stato possibile osservare e registrare è stato l'instaurarsi di un circuito relazionale molto efficace sul piano informativo e molto potente sul quello emotivo per tutte le parti in gioco. Durante le videocchiamate, l'attenzione è rivolta anche alla storia familiare e al benessere psicologico e ai vissuti emotivi dei *caregiver*.

Spesso i colloqui scoppiano in veri e propri cori di incitazioni da parte di tutta la famiglia, e a volte la presenza di lacrime per le forti emozioni non si riesce a nascondere nemmeno dietro le maschere e le visiere indossate. Questa fase è stata oltremodo utile e preparatoria all'ingresso del *caregiver* nella Terapia Intensiva COVID, attuato recentemente. Nonché preparatoria anche "all'ultimo saluto", che prevede la possibilità di fare visita al parente quando nemmeno le cure più all'avanguardia possono sconfiggere la morte.

Da un punto di vista psicologico, il dato sopraesposto conferma il fatto che la compresenza medico-psicologo genera, sul piano della relazione, uno spazio in grado di prescindere da quello fisico perché principalmente mentale e psichico, dove i familiari e i pazienti possono sentirsi visti, accolti e aiutati in un modo più completo e protettivo anche a distanza e dove i curanti stessi si sentono più efficaci e completi integrandosi tra di loro.

La comunicazione in compresenza fa riferimento a un modello di fun-

zionamento terapeutico usato in psicologia soprattutto nelle terapie di coppia o familiari. In tale modello, che abbiamo ripreso nel nostro progetto adattandolo alle esigenze reali, la compresenza di due figure curanti, diverse tra di loro ma complementari, ha proprio l'intento di operare una sorta di cura sia dei conflitti psichici che delle ferite fisiche attraverso una *coppia genitoriale* terapeutica.

È emerso con ancora maggiore chiarezza durante l'era COVID che l'affettività è indispensabile alla cura e che diventano terapeutiche le relazioni in cui l'emotività non viene negata ma anzi vissuta in prima persona dai curanti stessi, i quali, proprio perché la vivono su se stessi, possono riconoscerla anche negli altri e quindi accoglierla, rispettarla e farsene carico efficacemente.

Un processo reale di umanizzazione delle cure è possibile solo quando il curante per primo non trascura e cura la propria umanità. Le videocchiamate funzionano perché i due curanti che formano la coppia terapeutica sono disponibili per primi a far circolare affettività tra di loro. Si passa allora dall'impulso all'affetto al sentimento. I pazienti e i loro familiari percepiscono anche a distanza questo clima emozionale, si sentono accuditi e si trovano avvolti in un'atmosfera relazionale emotivamente pacificata e rassicurante che è forma di cura perché consente speranza e fiducia.

rosario.spina@uslcentro.toscana.it

SITO INTERNET DEDICATO A "TOSCANA MEDICA"

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

Info: a.barresi@omceofi.it

COVID-19 e psiche: dagli effetti alle opportunità

di Serena Checcacci



SERENA CHECCACCI

Laureata in Medicina e Chirurgia, specializzata in Malattie dell'Apparato Respiratorio e in Psicoterapia Sistemico-Relazionale presso il Centro Studi CSAPR di Prato. Ha lavorato in Fisiopatologia Respiratoria e nel Centro Antifumo dell'AOU Careggi. Lavora in libera professione come pneumologa e come psicoterapeuta per l'individuo (bambini, adolescenti, adulti, anziani), la coppia e la famiglia

La pandemia da COVID-19 ha un impatto significativo sulla psiche di tutti noi, cittadini, operatori sanitari, pazienti. Le emozioni negative e le reazioni comportamentali si possono leggere in chiave di biologia naturale. La crisi può essere occasione per imparare, (imparare) "è l'unica cosa che la mente non riesce mai a esaurire, da cui non si lascia mai torturare, [...] di cui mai si pente".

Parole chiave:

COVID-19, emozioni, psicoterapia, neuroscienze, psicologia

La natura seleziona i meccanismi fisiologici più adattivi per la sopravvivenza: acquisire l'energia per i processi vitali, riconoscere una minaccia e mettersi al sicuro. Il sistema nervoso autonomo è deputato al riconoscimento della minaccia e della sicurezza e alla messa in atto delle risposte comportamentali. Il sistema nervoso simpatico (SNS) riconosce e risponde alle minacce con la reazione di *attacco o fuga*, mediata da *cortisolo*, *adrenalina*, *noradrenalina*: un rumore mi sveglia, entro in uno stato di allerta, mi tiro su, tendo le orecchie, il cuore batte più forte, respiro

più velocemente, mi preparo a reagire. Se ciò non è sufficiente a mettermi al sicuro si attiva una parte del sistema nervoso parasimpatico (SNP), il vagale dorsale, filogeneticamente molto antica (la condividiamo con i rettili), responsabile del *congelamento*: quando la gazzella si rende conto che il leone ha troppo vantaggio e che con la fuga non ha più *chance* di salvezza si finge morta. Il sistema nervoso parasimpatico vagale ventrale riconosce invece la sicurezza ed è attivo nel riposo, nel gioco, nel sesso, nelle interazioni di attaccamento. I suoi neurotrasmettitori sono *serotonina*, *ossitocina*, *dopamina*, *oppioidi endogeni*.

I due sistemi lavorano in modo gerarchico: se sto giocando in un prato con mio figlio e compare un cane che ringhia verso di noi il sistema nervoso simpatico prende il sopravvento per farmi mettere in salvo facendomi desistere immediatamente da ogni altra attività (Figura 1).

Ciò è funzionale alla gerarchizzazione dei bisogni che prevede che non si possa provvedere ai bisogni più apicali (relazioni, investimento professionale, bisogni spirituali) se non sono soddisfatti i bisogni di base: nutrimento e sicurezza.

Le risposte fisiologiche si accompagnano a emozioni. Se sono importunata da qualcuno la mia rabbia può indurlo ad allontanarsi. Se non è possibile ottenere il controllo con la rabbia, per esempio se ho un superiore che mi ha preso di mira ma non posso dirgliene quattro, l'ansia rende impossibile ignorare la minaccia. La depressione, percezione di essere sopraffatti senza appello, è una risposta di ultima istanza: riduce il proprio valore di minaccia per l'altro.

La pandemia da COVID-19 è una minaccia, si tratta di un'infezione potenzialmente fatale e la morte è

in solitudine. Gli altri rappresentano una minaccia. È una minaccia per la stabilità economica e professionale. Oggi di automatico, cioè che non richiede una scelta, una valutazione, non c'è praticamente più niente. L'Occidente tecnologico dove tutto è sotto controllo e i beni sono illimitati mostra la sua vulnerabilità: abbiamo avuto carenza di ventilatori per le Terapie Intensive, di DPI.

Viviamo nell'incertezza: come evolverà la pandemia? Avere avuto l'infezione conferisce immunità? Avremo

DIFESE DI MOBILIZZAZIONE

- **Parasimpatico (vagale ventrale)**
Coinvolgimento sociale (*attachment*) - *social engagement*: comunicazione sociale/ chiedere e ricevere aiuto/ calmarsi
- **Simpatico**
Lotta/fuga (*fight/flight*)

DIFESE DI IMMOBILIZZAZIONE

- **Parasimpatico (vagale dorsale)**
Congelamento (*freezing*): immobilità vigile/ fingersi morti/ sottomissione totale/ desensibilizzazione/ dissociazione somatoforme/ paralisi/ insensibilità al dolore e alla punizione

Figura 1 – Ruolo del sistema nervoso autonomo nella risposta alle condizioni di minaccia e sicurezza.

un vaccino? Non abbiamo certezza dell'attendibilità dei test diagnostici. Nell'ottica delle nostre reazioni fisiologiche alla minaccia si possono leggere le esperienze che facciamo in questi tempi: la rabbia espressa sui *social media* o per strada, stati di ansia anche molto intensa che con il protrarsi della emergenza può aver ceduto il passo a sintomi depressivi, la difficoltà a concentrarsi in attività intellettuali o piacevoli, i disturbi del sonno. Il sovvertimento del nostro mondo dove non si può contare nemmeno sui servizi di accoglienza alla malattia perché se stai male non puoi andare dal dottore o in ospedale, sgretola l'intima convinzione di avere le spalle coperte, che esista una provvidenza che risolve tutto alla fine.

Entriamo così in contatto con verità che cerchiamo quotidianamente di negare con le nostre *routine* sovraffollate che dividono l'esistenza in lavoro e distrazione e in mezzo è il nulla. Questo nulla è in realtà abitato dalle nostre paure più profonde, che l'emergenza ci sbatte in faccia: la paura della morte e l'angoscia della solitudine esistenziale. Come si risponde a questa esperienza? Qualcuno mette in atto o intensifica rituali di controllo, *check* continuo di situazioni o sensazioni fisiche, ascolto eccessivo di notiziari e bollettini. Alcuni prendono una scorciatoia: mi mangio una fetta di torta, bevo due birre; usare il cibo, il fumo, l'alcol dà un sollievo immediato ma, come uno strozzino, poi ti presenta il conto. Il danno maggiore consiste proprio in un'opportunità persa: se smetto di guardare all'ansia, alla depressione, alla rabbia come nemici da eliminare, esse possono diventare delle porte per conoscere meglio me stesso. Scegliere la via della consapevolezza e dell'accettazione della nostra condizione umana e sulla base di questi dati di realtà fare un riordino (così come abbiamo fatto nelle nostre case) nelle priorità della propria vita. Domandarci cosa conta davvero per noi (Figura 2).

Ciò può risultare molto difficile quando ci si trova in uno stato di disregolazione emotiva, al di fuori della "finestra di tolleranza" (Figura 3). Durante la giornata il livello di attiva-

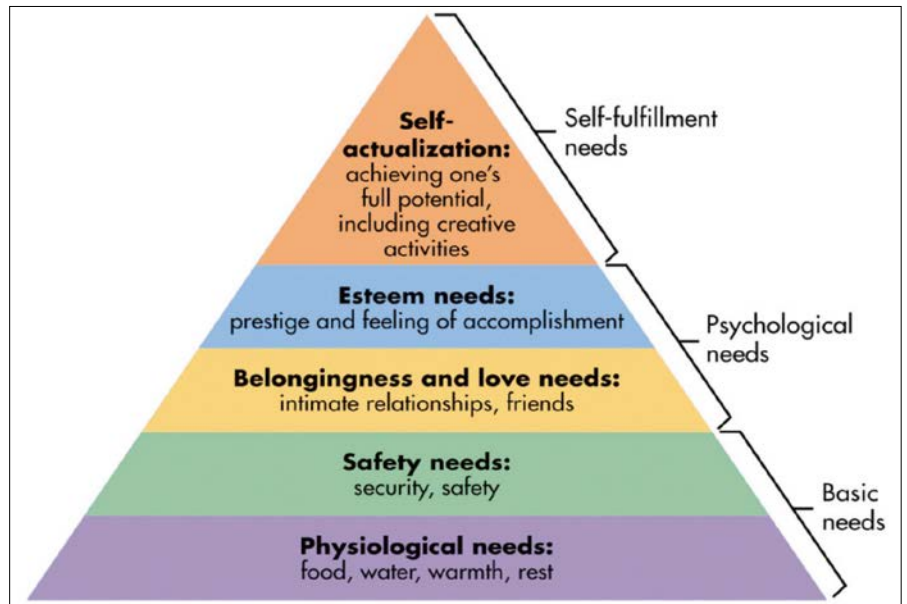


Figura 2 – Piramide di Malsow: gerarchia dei bisogni dell'individuo.

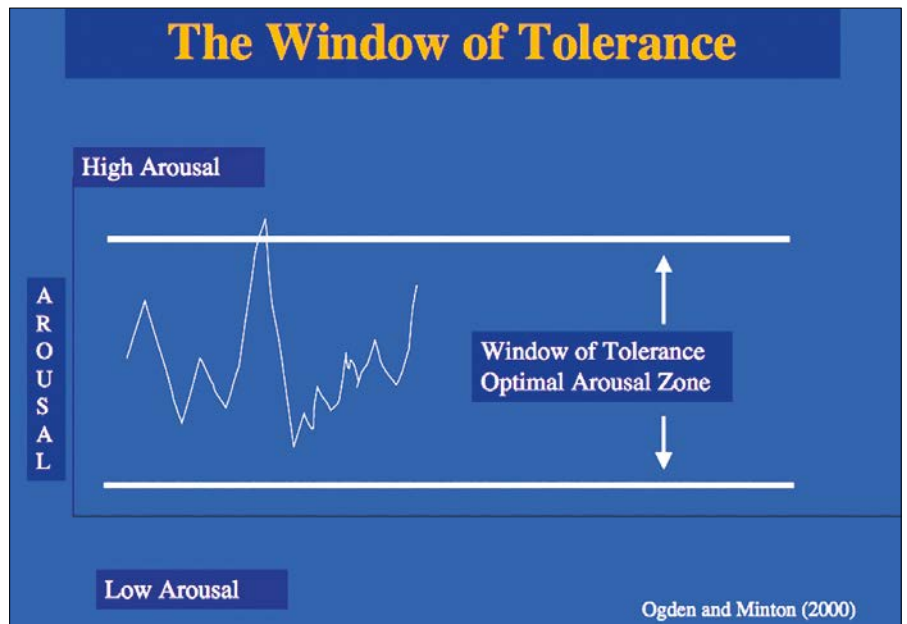


Figura 3 – La finestra di tolleranza della regolazione emotiva.

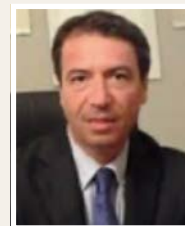
zione neurofisiologica si sposta verso l'alto o verso il basso in risposta alle circostanze. Quando si esce dalla finestra si percepisce un senso di essere fuori controllo, troppo agitati o al contrario troppo apatici, ciò si accompagna a un profondo malessere da cui si cerca di uscire. Ognuno trova le proprie strategie di regolazione emotiva (strategie di *mastery*): quelle di I livello utilizzano il corpo, per esempio lo sport. Le strategie di II livello usano le interazioni interpersonali, una telefonata, una ricerca di contatto, quelle di III livello consentono alla persona di regolare la propria attivazione con

un dialogo interiore finalizzato a trovare il significato del momento disregolativo. Questo è uno degli obiettivi di una psicoterapia, aumentare la nostra finestra di tolleranza (Figura 3). Quando percepiamo le emozioni negative non cerchiamo di fuggirle, impegnandoci in altro o provando a eliminarle, ma fermiamoci, prendiamoci il tempo di ascoltarci. Affrontare le nostre paure fa sì che non siano esse a guidare le nostre scelte, cosa vogliamo davvero?

checcacci.serena@gmail.com

Il pedaggio non detto: gli effetti della pandemia COVID sui pazienti senza COVID

di Valerio Verdiani



VALERIO VERDIANI

Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1987. Specialista in Medicina Interna, Cardiologia, Gastroenterologia. Dal 2012 al 2020 Direttore della UO Medicina Interna di Grosseto. Attualmente Direttore della UOC Medicina Interna dell'Ospedale Valdelsa, Siena

La pandemia COVID ha necessariamente richiesto modifiche sostanziali dei modelli sanitari di accoglienza e cura, possibili conseguenze verso i pazienti non colpiti dall'infezione. Questa realtà nell'esperienza della ASL Toscana Sud-Est.

Parole chiave:
COVID-19, medicina interna, ospedali, COVID-free, organizzazione dei servizi sanitari

Introduzione

Nel giugno 2020 è apparso sul "N Engl J Med" un articolo di Lisa Rosenbaum dal titolo *The Untold Toll: The Pandemic's effects on patients without COVID-19*.

Nell'articolo l'autrice cita diversi casi di pazienti senza COVID che hanno avuto ritardi diagnostici e terapeutici, determinanti talora anche la morte, conseguenti alla situazione ospedaliera americana che la pandemia COVID ha imposto.

In effetti, la pandemia COVID ha portato a un notevole sforzo organizzativo e sanitario per cercare di arginare il gran numero di ricoveri

e migliorare l'assistenza per i malati colpiti dalla viremia. Tale sforzo potrebbe aver portato a uno sbilanciamento delle risorse, dell'attenzione e delle energie con possibili conseguenze verso i pazienti non colpiti dalla viremia. Scopo di questo lavoro è riportare alcuni dati relativi alla realtà delle Medicine Interne dell'ASL Toscana Sud-Est che, per scelta della Direzione, sono rimaste COVID-free, verificando quindi l'impatto che la pandemia ha determinato su pazienti no-COVID generalmente ricoverati in Medicina.

La nostra realtà: i volumi di ricovero nelle Medicine Interne dell'ASL Toscana Sud-Est

L'ASL Toscana Sud-Est comprende un vasto territorio, pari a metà dell'area regionale, con una popola-

zione di circa 850.000 abitanti. Nel suo ambito vi sono 13 Unità Complesse di Medicina Interna. Durante il primo picco di pandemia, per scelta della Direzione, tutte le Unità di Medicina Interna dell'ASL sono rimaste COVID-free, mentre i pazienti COVID venivano assegnati interamente alle UO Malattie Infettive e Pneumologia di due ospedali designati (Arezzo e Grosseto), oltre che all'AOU senese. Nella Tabella I sono riportati i volumi di ricovero relativi alle UO di Medicina Interna nel periodo 1° marzo - 1° maggio 2020 confrontato con lo stesso periodo del 2019.

UOC	2019	2020	Delta	Delta %
Amiata senese	172	80	-92	-53,0%
Arezzo	326	326	0	0%
Bibbiena	327	218	-109	-33,3%
Cortona	248	156	-92	-37,0%
Montepulciano	457	331	-126	-27,5%
Valdelsa	368	307	-61	-16,5%
Sansepolcro	217	166	-51	-23,5%
Casteldel piano	101	69	-32	-31,6%
Grosseto	533	500	-33	-6,1%
Massa Marittima	293	186	-107	-36,5%
Orbetello	288	197	-91	-31,5%
Pitigliano	117	66	-51	-56,4%
Montevarchi	416	348	-68	-16,3%
Totale	3.863	2.950	-913	-23,6%

Tabella I – Volume di ricoveri nelle Medicine Interne dell'ASL Toscana Sud-Est nei mesi marzo-aprile del 2020 confrontati con il periodo marzo-aprile del 2019.

DRG	2019	2020	Delta	Delta %
Insufficienza respiratoria	617	383	-234	-37,9%
Insufficienza cardiaca	460	326	-134	-29,1%
Polmonite con complicanza	328	259	-69	-21,0%
Sepsi	220	223	+3	+1,3%
Insufficienza renale	172	126	-46	-26,7%
Anomalie dei globuli rossi	126	54	-72	-57,1%
Neoplasie dell'apparato respiratorio	74	69	-5	-6,7%
Stroke	101	96	-5	-4,9%
Disturbi nutrizionali e del metabolismo	94	58	-36	-38,2%
Emorragie gastrointestinali	59	61	+2	+3,3%

Tabella II – Volumi di ricovero per le principali patologie (DRG) confrontando il periodo marzo-aprile del 2020 con il periodo marzo-aprile del 2019.

I dati dimostrano una riduzione di 913 ricoveri nei reparti di Medicina Interna durante il primo picco di pandemia COVID. Tale riduzione appare minima o assente nei due ospedali provinciali (Arezzo e Grosseto), ma dobbiamo considerare che in Medicina Interna in quel periodo si ricoveravano anche pazienti che fino ad allora erano destinati alle UO di Malattie Infettive e di Pneumologia.

La nostra realtà: i volumi di ricovero per patologia

La riduzione dei ricoveri in Medicina Interna appare riguardare soprattutto condizioni patologiche croniche che richiedono ospedalizzazioni durante le riacutizzazioni (Tabella II).

Riduzione dei ricoveri: ipotesi

Sul perché vi sia stata una riduzione di ricoveri presso le Medicine Interne non dovuta all'occupazione letti da parte di pazienti COVID possiamo formulare solo delle ipotesi: A) eccesso di ospedalizzazione pre-pandemia; B) miglioramento della *care* domiciliare (medico di medicina generale, televisite, *self-management*); C) mancanza di ricovero necessario (paura, difficoltà di accesso ospedaliero, riduzione controlli).

Conseguenze

Nel caso fossero vere le prime due ipotesi, non dovremmo avere ricac-

dute in termini di morbilità e mortalità. Ben diversa sarebbe invece la situazione nel caso fosse vera la

terza ipotesi. Al momento non abbiamo dati ufficiali e completi che distinguano la popolazione no-CO-

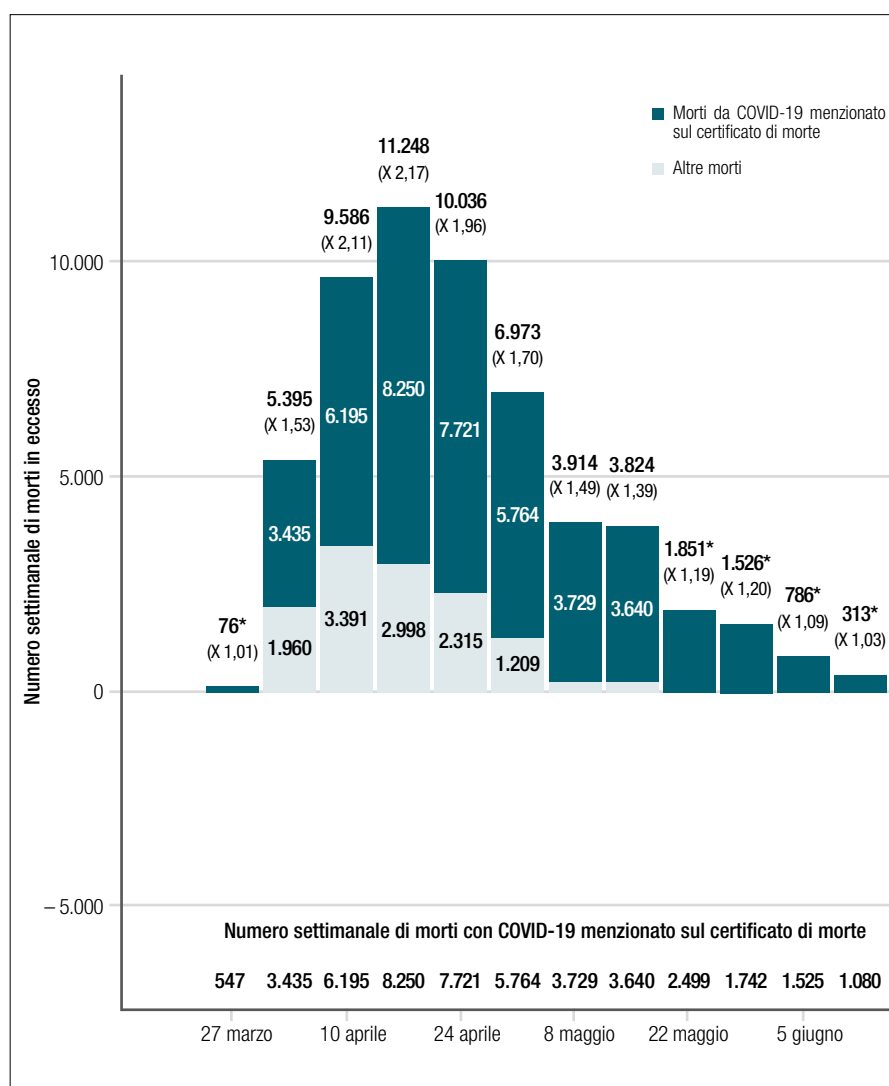


Figura 1 – Eccesso di mortalità durante il picco della pandemia nel Regno Unito (da: *Report of Public Health England, Office for National Statistic 2020*, mod.)

VID dalla COVID. Sappiamo soltanto che la mortalità complessiva in Toscana è aumentata rispetto agli anni precedenti. In letteratura si ritrovano dati inglesi che riportano un eccesso di mortalità (oltre 10.000 decessi in più) non legata alla viremia rispetto agli anni passati (Figura 1), senza comunque una distinzione fra decessi legati a eventi acuti (ad esempio infarto miocardico) oppure al deteriorarsi di condizioni croniche o a riacutizzazioni delle stesse.

Conclusioni

Sebbene sia noto che durante il primo picco di pandemia da SARS-CoV-2 vi sia stata una significativa riduzione dei ricoveri di pazienti senza COVID non è chiaro quale ne sia stato il reale motivo. Nelle

Medicine Interne della ASL Toscana Sud-Est certamente non è stato per mancanza di posti letto essendo tali unità destinate esclusivamente a pazienti no-COVID. Ciò nonostante, durante i due mesi relativi al primo picco della pandemia vi sono stati circa 900 ricoveri in meno rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Il dato è oltretutto sottostimato in quanto alle Medicine Interne erano anche assegnati pazienti che precedentemente venivano destinati alle Malattie Infettive o alla Pneumologia. Sebbene non possiamo escludere le ipotesi di un eccesso di ospedalizzazione pre-pandemia e/o di un miglioramento del *self-management* grazie anche a interventi del medico di medicina generale e degli specialisti con la telemedicina, è possibile che

la mancanza di controlli clinico-laboratoristici, le difficoltà logistiche e la paura abbiano giocato un ruolo determinante nella riduzione delle ammissioni ospedaliere. Se tale effetto abbia avuto ripercussioni su morbilità e mortalità è al momento sconosciuto, anche se dati inglesi dimostrerebbero un sensibile eccesso del numero di decessi non legati alla viremia rispetto agli anni passati. Tali risultati devono far riflettere e suggerire modelli organizzativi tali da non far pagare anche ai pazienti senza COVID un pedaggio troppo elevato alla pandemia.

Ringrazio l'Ufficio di Gestione dell'ASL Toscana Sud-Est per i dati forniti.

verdiani@fastwebnet.it

CONVEGNI E CONGRESSI

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE

ECM

Nei prossimi mesi l'Ordine di Firenze organizzerà alcuni convegni ECM webinar e un corso FAD con ECM. Il corso FAD rimarrà sul sito ordinistico per 2 mesi.

Convegni ECM webinar

ODONTOIATRI SENTINELLE CONTRO LA VIOLENZA SULLE DONNE E SUI MINORI

lunedì 8 marzo 2021 - 17.00-20.30

NUOVI APPROCCI TERAPEUTICI ALL'IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA

sabato 27 marzo 2021 - 10.00-12.15

Corso FAD

IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

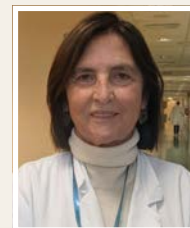
Per le iscrizioni consultare il sito ordinistico, pagina Formazione, Eventi promossi dall'Ordine.

Link: <https://www.ordine-medici-firenze.it/formazione/eventi/promossi-dall-ordine>

Info: 0550750625-612-628

L'organizzazione della *Low Care* COVID+ presso l'Ospedale Misericordia e Dolce di Prato

di Donatella Calvani, Elettra Pellegrino, Daniela Matarrese, Giancarlo Landini, Pasquale Palumbo, Alessandro Farsi, Clotilde Minieri, Fabrizio Chiesi, Daniela Ammazini, Stefano Paoletti, Lorena Paganelli, Laura Tattini, Raffaella Bartolini



DONATELLA CALVANI
Specialista in Gerontologia e Geriatria. Direttrice della SOC Geriatria, PO Santo Stefano, Prato. Lavora sul territorio presso il Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD). Iscritta alla Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG), è stata Presidente del Consiglio Direttivo della Sezione Toscana per il 2015-2018 ed è attualmente membro del Direttivo Nazionale

ELETTRA PELLEGRINO
Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Direzione Sanitaria PO Santo Stefano, Prato

DANIELA MATARRESE
Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Direttore Sanitario PO Santo Stefano, Prato e Direttore Rete Ospedaliera Azienda USL Toscana-Centro

GIANCARLO LANDINI
Direttore Dipartimento delle Specialistiche Mediche, Azienda USL Toscana-Centro

PASQUALE PALUMBO
Direttore Area malattie Cerebro-Vascolari e Degenerative, Dipartimento delle Specialistiche Mediche, Direttore SOC Neurologia, Neurofisiopatologia - Stroke Unit, PO Santo Stefano, Prato

ALESSANDRO FARSI
Direttore SOS Allergologia e Immunologia Clinica (Prato), Ex Ospedale Misericordia e Dolce, Prato

CLOTILDE MINIERI
Coordinatrice Tecnica di Neurofisiopatologia, Responsabile Organizzazione Day Service, PO Santo Stefano, Prato

FABRIZIO CHIESI
Medico in formazione specialistica Igiene e Medicina Preventiva

DANIELA AMMAZZINI
Direttrice SOS Assistenza Infermieristica di Gestione, Prato

STEFANO PAOLETTI
Infermiere Bed Manager, PO Santo Stefano, Prato

LORENA PAGANELLI
Direttrice della Società della Salute Pratese. Direttrice della Zona Distretto di Prato dell'Azienda USL Toscana-Centro

LAURA TATTINI
Direttrice SOSD Coordinamento Sanitario dei Servizi - Zona Prato, Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale, Azienda USL Toscana-Centro

RAFFAELLA BARTOLINI
Medico di Comunità, Coordinatore UVM e ACOT SOS, Coordinamento Sanitario dei Servizi - Zona Prato

La gestione delle differenti tipologie di pazienti COVID ha richiesto agli ospedali un impegno gravoso. A Prato un aspetto importante di questa attività è stato la creazione di una struttura *Low Care* Covid+ presso l'ex Ospedale Misericordia e Dolce in grado di seguire pazienti dimessi che necessitavano comunque di ulteriore assistenza medica e infermieristica.

Durante la pandemia COVID-19 la Direzione Sanitaria dell'Ospedale Santo Stefano di Prato, di concerto con i Dipartimenti e i Servizi, ha intrapreso diverse azioni che hanno avuto come obiettivo organizzare il lavoro per la gestione dei pazienti COVID-19 positivi (COVID-19+) o sospetti afferiti al Presidio.

La relativa conoscenza delle modalità e dei tempi di diffusione del virus ha determinato la necessità di organizzare in anticipo le strategie di risposta all'epidemia, prevenendo una risposta che se fosse stata tardiva sarebbe potuta risultare inadeguata e con conseguenze gravi rispetto al tasso di mortalità, mentre se non fosse stata commisurata alla natura e all'entità del fenomeno avrebbe potuto prevedere un investimento eccessivo di risorse con sprechi e *distress* organizzativo.

È stato possibile attuare gli *step* preventivi per la gestione degli eventi divenuti pandemici grazie a un lavoro di *équipe* importante, pianificando momenti condivisi fra i responsabili organizzativi e il personale, condividendo le azioni necessarie da svolgere prima che gli eventi sfavorevoli si verificassero.

I principali momenti di intervento sono stati:

- sorveglianza epidemiologica e virologica;

Parole chiave:

COVID-19, assistenza *Low Care*, ospedale di Prato, ASL Toscana-Centro

- formazione;
- organizzazione delle misure di prevenzione, protezione e controllo delle infezioni;
- analisi e assetto dell'area clinico-organizzativa;
- gestione della comunicazione;
- monitoraggio delle azioni intraprese.

L'attività organizzativa per la gestione dei casi COVID-19+ o sospetti all'interno del Presidio è iniziata nel periodo di allerta pandemico, quando a livello nazionale vi erano i primi casi che facevano pensare a una possibile diffusione del virus sul territorio italiano.

Fin dall'inizio è nata la necessità di prevedere una struttura che fosse in stretto collegamento con l'Ospedale per una gestione dei pazienti dimessi che richiedevano comunque ulteriore assistenza medica e infermieristica.

Con tale obiettivo è stato organizzato il *setting* COVID-19 *Low Care* in una struttura extra-ospedaliera, facente parte del complesso dell'Ex-Ospedale Misericordia e Dolce, denominata *Palazzina COVID-19*, rivolto alla tipologia di pazienti per lo più anziani e con comorbidità dimessi dai reparti COVID dell'Ospedale Santo Stefano, pazienti che, avendo superato la fase acuta, avevano ancora necessità di assistenza clinica.

Questo luogo di cura è stato predisposto secondo i requisiti igienico sanitari necessari, con stanze a pressione negativa, dopo una ristrutturazione dei locali.

Sono intervenuti il SePP (Servizio Prevenzione e Protezione), l'Ufficio Tecnico e il Dipartimento Infermieristico per la predisposizione e l'organizzazione dei percorsi interni ed esterni (ad esempio, il percorso rifiuti).

Le stanze sono state dotate della diagnostica essenziale per monitorare i pazienti, l'ECC veniva riferito in telemedicina e i prelievi ematici venivano inviati all'Ospedale Santo Stefano.

Ogni letto poteva usufruire dell'erogatore di ossigeno e di un saturi-

metro, era disponibile un ecografo per completare la diagnostica.

La Direzione Sanitaria e quella Infermieristica hanno assicurato l'implementazione del *software* Argos per una migliore integrazione della cartella clinica fra *Low Care* e reparti ospedalieri e un percorso formativo, *Training on the Job*, rivolto a tutti i professionisti coinvolti.

La *Low Care* rispondeva a due necessità: liberare i posti letto nei *setting* dedicati ai pazienti COVID-19+ in "fase acuta", garantire la continuità delle cure e un'assistenza commisurata ai bisogni di ogni singolo paziente, favorire la longitudinalità delle cure e prendere in carico le disabilità.

Criteri di eleggibilità erano quelli caratterizzanti la tipologia D6 del Regolamento n. 79R/2017 integrati dai criteri clinici dell'infezione da coronavirus attestata mediante positività del tampone.

L'assistenza medica era fornita da un *team* medico multidisciplinare con orario H24.

L'assistenza infermieristica e OSS era continuativa nelle 24 ore, mentre quella riabilitativa veniva modulata a seconda delle esigenze (si è mostrata particolarmente importante nella riattivazione motoria e psico-cognitiva dei pazienti).

Per assicurare la massima disponibilità dei posti letto per pazienti in fase acuta presso i *setting* appropriati dell'Ospedale Santo Stefano, il trasferimento presso la struttura *Low Care* COVID avveniva attraverso una procedura *lean*, che prevedeva il contatto telefonico tra i medici referenti dell'area COVID dell'Ospedale Santo Stefano e quelli del presidio *Low Care*, in sinergia con il *bed manager* e supportati dal *visual-hospital*.

Questo consentiva *hand over* tra professionisti e la possibilità di trasferimento tra i due *setting* a ogni ora del giorno.

La dimissione dalla *Low Care* COVID si avvaleva di un *assessment* multiprofessionale che era coordinato dall'Agenzia di Continuità Ospedale Territorio (ACOT).

Veniva definito dimissibile il paziente stabilizzato, asintomatico e con *walking test* normale (nei casi in cui questo *test* poteva essere effettuato). Il criterio clinico soddisfaceva la dimissibilità senza la necessità di guarigione virologica documentata da due tamponi per Sars-CoV-2 negativi che venivano effettuati a distanza di 24 ore l'uno dall'altro, a patto che le condizioni socio-ambientali consentissero il rientro a domicilio.

L'ACOT individuava il *setting* assistenziale appropriato in tutti quei casi in cui non era possibile il reinserimento nel personale contesto di vita. In questo ambito le soluzioni erano rappresentate dalla presenza di strutture alberghiere dedicate a pazienti con problemi abitativi ma autonomi nelle attività della vita quotidiana o di strutture sociosanitarie come individuate nel documento tecnico Allegato A dell'Ordinanza PGRT n. 14/2020.

È stato coinvolto anche il servizio di Psicologia Clinica per le consulenze psicologiche rivolte ai pazienti Covid+ ricoverati presso il Reparto Covid-19 *Low Care*, al fine di facilitare il percorso ospedale-territorio, verso il ritorno al proprio domicilio, anche attraverso la facilitazione di interventi di supporto ai parenti dei pazienti medesimi, in accordo con la Direzione di Presidio.

Nel periodo marzo-giugno 2020 il numero totale di accessi nella *Low Care* COVID è stato di 145 pazienti, di cui 46 maschi (32%) e 99 femmine (68%), secondo la distribuzione per fasce d'età come in Tabella I.

L'età media dei pazienti ricoverati è stata di 81 anni e la degenza media di 12 giorni.

È apparso fondamentale monitorare il reale utilizzo e l'efficienza del percorso attivato (avendo individuato referenti clinici e organizzativi, strutturato le principali procedure, standardizzato le azioni, predisposto strumenti condivisibili per visualizzare i casi) per poter intervenire dove l'organizzazione aveva bisogno di aggiustamenti di reagire prontamente in risposta ai

Accessi <i>Low Care</i>	Età					Totale
	20-40	41-60	61-80	81-100	> 100	
Maschi	0	3	18	25	0	46
Femmine	1	5	24	68	1	99
Totale	1	8	42	93	1	145

Tabella I – Accessi *Low Care* suddivisi per fascia di età e per genere, marzo-giugno 2020.

principali cambiamenti clinico-epidemiologici che si realizzavano nel corso del tempo.

Dal 10 aprile al 9 giugno un contributo importante è stato dato dalla *Low Care* “La Melagrana” soprattutto per quei pazienti con tempo medio per la negativizzazione (da primo tampone positivo a secondo tampone negativo) più lungo e quindi più *resource consuming*. Ciò ha permesso alla *Low Care* COVID del Vecchio Ospedale una più rapida riconversione in *Low Care* No COVID.

Si è trattato di “un’esperienza di vita”, molto utile per realizzare un percorso funzionale ai pazienti COVID, contribuendo a decongestionare l’Ospedale, garantendo appropriatezza delle cure e soprattutto una forte attenzione alla dimensione etico-valoriale.

Le persone arrivavano da una lunga ospedalizzazione che poteva portare con sé i danni derivanti da malnutrizione, disidratazione e prolungato allettamento.

La mancanza di stimoli sensoriali rendeva spesso l’isolamento, specialmente per i più anziani, privo di ogni speranza.

Gli obiettivi di cura e assistenza hanno dovuto tener conto della malnutrizione, delle piaghe da decubito, della sarcopenia, dell’umore depresso, favorire la relazione e gestire lo *stress* del *caregiver*.

L’assistenza nella *Low Care* COVID, proprio perché rivolta a persone per lo più anziane e con queste caratteristiche, metteva a rischio gli operatori di sviluppare *burnout*, demotivazione e disinteresse.

In forza alle cure intermedie del

Vecchio Ospedale, successivamente trasformato in *Low Care* COVID, vi erano medici della SOC Geriatria, composta oltre che da geriatri anche da allergologi, infettivologi, neurologi, pneumologi.

Ai turni di guardia notturni partecipavano tutte le specialità mediche e chirurgiche del presidio ospedaliero Santo Stefano di Prato, riproducendo il modello organizzativo attuato presso l’area COVID del Presidio stesso. Il numero dei professionisti era stato sempre proporzionato al carico di lavoro.

La sinergia tra il Direttore dell’Allergologia che ha garantito presenza e continuità, il Direttore della Geriatria garante anche di un forte collegamento tra Ospedale e Territorio e il Direttore della Neurologia, responsabile di area e anello di congiunzione con il Dipartimento delle specialistiche mediche, ha dato vita a una *leadership* che potremmo definire “trasformatoriale”, in grado di dare l’esempio con il proprio comportamento, trasformare persone poco unite le une alle altre in compagni di avventura, capaci di sviluppare empatia tra di loro e con i pazienti e soprattutto creatività.

Il *team* infermieristico è stato integrato con giovani infermieri che per la maggior parte avevano già una consolidata esperienza nell’assistenza a pazienti in RSA. Questa strategia della Direzione Infermieristica ha contribuito ad apportare motivazione e competenze immediatamente “fruibili” nella *Low Care*.

Una particolare attenzione è stata rivolta all’inserimento dei nuovi as-

sunti, infermieri e OSS, con la finalità di assicurare la coesione del gruppo di lavoro; elemento facilitante è stato l’approccio del coordinamento infermieristico, rivolto all’ascolto e alla condivisione e integrazione delle diverse conoscenze, competenze, necessità dei singoli professionisti.

Il confronto quotidiano, attraverso i *briefing* multidisciplinari, che ha visto coinvolti tutti gli attori del sistema – colleghi dell’Ospedale, della *Low Care*, del *bed management*, Direzione Sanitaria e Direzione Infermieristica – ha garantito di avere sempre la massima conoscenza delle informazioni e dei dati utili a individuare “insieme” le migliori strategie da adottare.

La presenza quotidiana del fisioterapista ha professionalizzato la tensione riabilitativa che è insita nell’approccio geriatrico, attraverso un’attenta valutazione dell’impatto della patologia sulla funzione respiratoria, delle potenzialità delle persone ricoverate e l’organizzazione di interventi mirati e diversificati.

Possiamo individuare due tipologie di malato: una con disabilità dovuta al COVID-19, con grave astenia e con dispnea durante le attività della vita quotidiana, e l’altra con problemi legati al COVID-19, precedentemente fragile e/o disabile, generalmente allettata, con probabile peggioramento di eventuali *deficit* cognitivi preesistenti.

La scelta da parte dei geriatri è risultata ottimale, in quanto si tratta di una specialità che coniuga una competenza internistica con una conoscenza e un reale collegamento con la rete dei servizi territoriali; questa considerazione sta animando la riorganizzazione post COVID e la strutturazione dei percorsi. Inoltre la presenza H24 dei medici ha determinato un miglioramento della continuità assistenziale, della qualità e dell’efficienza del servizio.

elettra.pellegrino@uscentro.toscana.it

L'organizzazione del Pronto Soccorso Pediatrico nel PO Santo Stefano di Prato durante l'emergenza COVID-19

di Pier Luigi Vasarri, Elettra Pellegrino, Daniela Matarrese, Simone Magazzini, Alessio Baldini, Daniela Ammazini, Luisella Litta, Fabrizio Chiesi, Maurizio Bartolucci, Francesca Bechi, Stefania Bianchi

La pandemia COVID-19 ha imposto alle strutture ospedaliere la modifica di ambienti, procedure, percorsi. L'articolo descrive l'organizzazione dell'ospedale pratese per l'assistenza ai pazienti in età pediatrica.

Parole chiave:
COVID-19, pediatria, Pronto Soccorso Pediatrico, 118, pediatra di famiglia

Il Pronto Soccorso Pediatrico dell'Ospedale Santo Stefano di Prato ha visto negli anni un aumento progressivo degli accessi passando dai 7.609 del 2010 ai 19.733 del 2019; il 27% di tali accessi sono relativi a patologie traumatiche.

Come è avvenuto per tutti gli ospedali, durante il *lockdown* per il COVID-19 il numero di accessi è nettamente diminuito: infatti nel periodo 1/3/2019 - 17/5/2019 sono stati 22.146, mentre nello stesso periodo del 2020 sono stati 9.719. A fronte di una diminuzione dei numeri, l'emergenza ha però comportato una profonda riorganizzazione dei percorsi volta a identificare le persone

con sintomi sospetti di infezione da coronavirus per separarle dai normali percorsi, garantendo la sicurezza di bambini, famiglie e operatori.

Nell'ambito della riorganizzazione generale degli spazi ospedalieri durante il periodo COVID-19, l'attività di Pronto Soccorso Pediatrico è stata spostata, provvisoriamente, presso i locali assegnati precedentemente alla pre-ospedalizzazione, piano terra, zona adiacente alla Radiologia. In questi spazi sono stati individuati due percorsi separati, uno per pazienti con COVID-19 sospetto o confermato e l'altro per pazienti con altre patologie. In entrambe le aree sono stati allestiti i presidi necessari a eseguire visite e terapie di *routine* e hanno lavorato un infermiere con competenze pediatriche e un medico pediatra per ogni turno. Nei locali era disponibile un'incubatrice neonatale per eventuale trasporto di un neonato, un carrello di emergenza e un defibrillatore da utilizzare al bisogno, sanificati dopo ogni utilizzo.

In stanze dedicate al percorso COVID avvenivano la valutazione clinica, l'esecuzione del tampone al bambino e all'accompagnatore, gli interventi diagnostico-terapeutici iniziali e l'attesa del referto per bambini con sospetto COVID.

Sono stati predisposti dei percorsi separati per i pazienti auto presentati, per quelli condotti dal 118 e per i neonati. L'intensa collaborazione fra Pronto Soccorso generale e Pronto Soccorso Pediatrico ha permesso l'organizzazione di percorsi efficaci



PIER LUIGI VASARRI

Laureato in Medicina e Chirurgia a Siena nel 1983. Specializzato in Pediatria Generale nel 1987 e con indirizzo Neonatologia e Patologia Neonatale nel 1993, Direttore Area Materno Infantile ASL 4 di Prato dal 2010 al 2015. Dal 2008 fino a oggi Dirigente Medico di Struttura Complessa SOC Pediatria Neonatologia/TIN a Prato

ELETTRA PELLEGRINO

Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Direzione Sanitaria PO Santo Stefano, Prato

DANIELA MATARRESE

Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Direttrice Sanitaria PO Santo Stefano Prato e Direttrice Rete Ospedaliera Azienda USL Toscana-Centro

SIMONE MAGAZZINI

Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza e Area Critica, Azienda USL Toscana-Centro

ALESSIO BALDINI

Direttore SOS Osservazione Breve - Medicina di Urgenza, PO Santo Stefano, Prato

DANIELA AMMAZZINI

Direttore SOS Assistenza Infermieristica di Gestione, Prato

LUISELLA LITTA

PO Assistenza Infermieristica, PO Santo Stefano, Prato

FABRIZIO CHIESI

Medico in formazione specialistica Igiene e Medicina Preventiva, Firenze

MAURIZIO BARTOLUCCI

Direttore SOC Radiologia, PO Santo Stefano, Prato

FRANCESCA BECHI

Medico Referente Pronto Soccorso Pediatrico, PO Santo Stefano, Prato

STEFANIA BIANCHI

Infermiere Coordinatore SOC Pediatrica/Neonatologia/TIN, PO Santo Stefano, Prato

e ben strutturati, oltre al coinvolgimento dei servizi (Radiologia e Laboratorio di analisi), della rianimazione e delle malattie infettive. Sono stati predisposti, inoltre, percorsi in sicurezza con gli altri presidi

aziendali e con il Meyer nel caso fosse indicato un trasferimento.

I percorsi di seguito definiti sono quelli attualmente attivati e funzionanti, flessibili in base alla situazione clinico-epidemiologica COVID.

Modello organizzativo: i percorsi

Pazienti auto presentati (90% dei casi)

Il paziente che si presenta al Pronto Soccorso Pediatrico viene accolto alla porta dall'infermiere che, prima di effettuare il *triage*, chiede al genitore se il bambino ed egli stesso presentino sintomi sospetti: febbre, sintomi respiratori (tosse, rinite, *distress*, mal di gola) o gastrointestinali (vomito e diarrea) e se abbiano avuto contatto stretto con caso probabile o confermato di COVID negli ultimi 14 giorni.

• Percorso non COVID.

- Se non ha sintomi ed è stabile, il paziente dopo il *triage* viene valutato e trattato nell'area non COVID.
- Se è instabile (codice 1), il paziente viene immediatamente trasferito dal personale del Pronto Soccorso Pediatrico in sala rossa del Pronto Soccorso generale ed è allertato contestualmente il rianimatore.
- Il personale utilizza dispositivi di protezione di 1° livello (maschera chirurgica, camice TNT, guanti).
- Se indicata osservazione clinica (OBI), il paziente viene inviato nel reparto di Pediatria Degenza.

• Percorso COVID.

- Nel caso di pazienti con sintomi e/o anamnesi positiva al *triage* il personale utilizza sempre Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) di 2° livello (camice impermeabile, doppio paio di guanti, maschera Fp2, visiera) e viene posizionata mascherina chirurgica a bambino e genitore.
- In tutti i casi sono fornite adeguate istruzioni sulle norme di comportamento da tenere.
- Se il paziente è stabile, viene

eseguito tampone naso-faringeo per COVID-19 qualora egli abbia avuto contatto con caso sospetto e confermato negli ultimi 14 giorni o qualora vi sia indicazione a trattenere il paziente in ospedale.

- Se paziente è instabile, dopo una prima valutazione da parte del medico pediatra si decide se effettuare presso i locali del Pronto Soccorso Pediatrico una prima stabilizzazione o trasferire immediatamente il bambino dal Pronto Soccorso Pediatrico in sala rossa del Pronto Soccorso generale allertando rianimatore e infettivologo. Dopo valutazione e stabilizzazione clinica viene eseguito tampone naso-faringeo per COVID-19 e il paziente viene isolato in attesa del risultato stesso.
- Presso il Reparto di Pediatria Degenza una stanza, dotata di filtro, è stata dedicata al ricovero di bambini clinicamente stabili di età maggiore ai 3 mesi con tampone positivo. I bambini al di sotto dei 3 mesi o che presentano comorbidi-tà oppure instabilità clinica vengono trasferiti, come da indicazioni regionali, presso l'AOU Meyer.

Pazienti che arrivavano tramite il 118 (10% dei casi)

Il personale del 118 chiede al genitore se il bambino ha febbre, sintomatologia respiratoria (tosse, rinite, *distress*, mal di gola) o gastrointestinale (vomito e diarrea) e se ha avuto contatti stretti con caso probabile o confermato di COVID negli ultimi 14 giorni.

• Percorso non COVID.

- Se è negativo e stabile, il paziente viene condotto presso l'ingresso del Pronto Soccorso Pediatrico dove dopo *triage* è preso in carico dal personale medico infermieristico. In caso necessiti di osservazione clinica il paziente viene inviato nel reparto di Pediatria. Se clinicamente instabile, il 118 passa dal Pronto Soccorso

generale dove viene triagiato e immediatamente trasferito in sala rossa preallertando pediatra e rianimatore. Dopo valutazione e stabilizzazione clinica il paziente viene ricoverato in Pediatria o trasferito secondo le necessità.

• Percorso COVID.

- Se è positivo ma stabile, il paziente viene condotto dal 118 presso l'ingresso del Pronto Soccorso Pediatrico tramite percorso specifico per pazienti barellati, seguendo il percorso COVID per arrivare a essere triagiato e valutato nell'area COVID dove è eseguito il tampone naso-faringeo per COVID-19
- Se instabile, il paziente viene condotto dal 118 presso il Pronto Soccorso generale per essere triagiato e immediatamente condotto in sala rossa allertando pediatra rianimatore e infettivologo. Dopo valutazione e stabilizzazione clinica, esegue tampone naso-faringeo per COVID-19 cui segue, in attesa del risultato del tampone, isolamento presso stanze dedicate del percorso COVID in Pronto Soccorso o presso la Pediatria Degenza in stanza dedicata oppure trasferito al Meyer per il proseguo delle cure se necessario.

Percorso Pronto Soccorso Pediatrico per neonati

Il neonato che accede al Pronto Soccorso Pediatrico viene accolto alla postazione di *triage* dall'infermiere con competenze pediatriche che chiede al genitore se il neonato presenta febbre, sintomatologia respiratoria (tosse, rinite, *distress*) o gastrointestinale (vomito e diarrea) e se c'è stato contatto stretto con caso probabile o confermato di COVID negli ultimi 14 giorni.

• Percorso non COVID.

- Se è negativo e stabile, il paziente viene triagiato e segue il percorso non-COVID, come nel caso dei pazienti pediatrici.

- Se il paziente ha anamnesi negativa ma instabile, il percorso è lo stesso di quello seguito dai bambini, ma sono anche allertati rapidamente neonatologo e infermiera della Terapia Intensiva Neonatale (TIN) che dopo valutazione e stabilizzazione clinica decidono eventuale ricovero in Neonatologia/ Terapia Intensiva Neonatale o trasferimento al Meyer per il proseguo delle cure. I pazienti in attesa vengono visitati dal neonatologo in ordine di priorità e di arrivo nelle stanze dedicate al percorso non COVID. In caso di necessaria osservazione clinica, il paziente può essere inviato nel Reparto di Neonatologia.
- **Percorso COVID.**
 - Se è positivo, il neonato viene messo immediatamente in termoculla e triagiato seguendo un percorso COVID.
 - Se è stabile, il neonato viene valutato all'interno della termoculla nelle stanze dell'area COVID dove è eseguito tampone naso-faringeo per COVID-19 qualora egli abbia avuto contatto con caso sospetto e confermato negli ultimi 14 giorni o qualora vi sia indicazione a trattenere il paziente in ospedale.
 - Se è instabile, il neonato viene immediatamente trasferito dal personale del Pronto Soccorso Pediatrico in sala rossa del Pronto Soccorso allertando neonatologo e infermiere della Terapia Intensiva Neonatale. Dopo valutazione e stabilizzazione clinica esegue tampone naso-faringeo per COVID-19 e se necessario esami ematici e/o strumentali, quindi mantenuto isolato (in termoculla) in attesa del risultato del tampone o trasferito al Meyer, se necessario, per il proseguo delle cure.
 - Se indicata osservazione ospedaliera e/o ricovero, il paziente viene trattenuto in area COVID fino a esito del tampone,

oppure comunque isolato in Neonatologia dove, in caso di necessità, può essere trattato con ventilazione non invasiva (utilizzando da parte degli operatori i dispositivi adeguati). Se è necessaria una ventilazione meccanica invasiva viene allertato il Meyer per il trasferimento. In attesa del risultato del tampone anche al genitore vengono fatti sempre indossare mascherina chirurgica e guanti con l'indicazione di non uscire dalla stanza.

- In caso di assenza di indicazioni al ricovero, il paziente viene inviato a domicilio con le indicazioni per isolamento domiciliare fiduciario fino a contatto da parte dell'Igiene Pubblica senza attendere l'esito del tampone. In ogni caso viene informata la Direzione Sanitaria.

Neonato con sintomi respiratori senza storia di contatto nei 14 giorni precedenti

- **Distress respiratorio (codice 2-3)**

In questi casi viene allertato rapidamente il neonatologo di guardia e il paziente viene inviato in reparto dove è posto in termoculla e sottoposto a valutazione clinica e/o se necessario esami ematici e/o strumentali. Il neonato viene poi dimesso, trasferito o ricoverato in Neonatologia sempre utilizzando DPI fino all'esito del tampone. I neonati in

questo *setting* possono essere trattati con ventilazione non invasiva. Se necessitano di ventilazione meccanica si allerta il Meyer per il trasferimento. In tutti questi neonati deve comunque essere effettuato tampone naso-faringeo per COVID-19.

Nel caso di positività e di necessità del ricovero viene individuata, di concerto con infettivologo e Direzione Sanitaria, la sede più idonea per mamma e neonato, preferibilmente centralizzando al Meyer.

In attesa del risultato del tampone anche il genitore deve sempre indossare mascherina chirurgica e guanti senza uscire dalla stanza.

- **Sintomatologia respiratoria minore (codice 4-5)**

Il paziente viene condotto in una stanza visita dedicata del Pronto Soccorso Pediatrico e, se indicato, posto nella termoculla portata al momento allertando il neonatologo di guardia che lo visiterà dotandosi dei DPI adeguati. Il neonato viene quindi sottoposto a valutazione clinica. I neonati con sintomatologia respiratoria minore e senza storia di contatto con caso sospetto e confermato negli ultimi 14 giorni devono quanto prima essere inviati a domicilio fornendo istruzioni per lavaggio mani, igiene della tosse e indicazione a non portarlo fuori finché sintomatico. Il caso viene segnalato al pediatra di famiglia per successivo contatto, qualora ritenuto necessario. Durante l'emergenza COVID-19, lo spostamento temporaneo del Pronto

PER GLI UTENTI

- Se possibile, contattare telefonicamente il proprio medico di riferimento, prima di accedere in ospedale
- I bambini possono essere accompagnati da una sola persona (genitore o tutore)
- Devono essere rispettati i percorsi opportunamente organizzati in ospedale
- Risulta necessario rispettare le file e la distanza di sicurezza
- Bisogna segnalare subito al personale la presenza di febbre o sintomi respiratori
- Bisogna indossare una mascherina che copra naso e bocca
- Lavare spesso le mani con acqua e sapone oppure utilizzare una soluzione alcolica
- Starnutire o tossire in fazzoletti monouso (da gettare subito dopo) oppure nella piega del gomito
- Gli operatori sono a disposizione per dubbi e chiarimenti, sono formati per l'emergenza e per le normali prassi da seguire

PER IL PERSONALE

In base alle indicazioni del WHO del 27 febbraio 2020 (file:///N:WHO-2019-nCov-1-PCPPE_use-2020.1-eng.pdf) il personale deve indossare:

- guanti
- visiera protettiva
- camice a maniche lunghe impermeabile con scritta DPI
- sovrascarpe e cuffia

Soccorso Pediatrico ha permesso di evidenziare nuove esigenze organizzative in relazione alla pandemia, in particolare alla separazione dei percorsi e alla ripresa del numero di accessi; per tale motivo si impongono modifiche permanenti ai percorsi suddetti. Cosa sarà necessario per il futuro:

- il *triage* pediatrico deve essere strutturato con la possibilità di man-

tenere separati i pazienti COVID+ (collocazione di una tenda *pre-triage* all'esterno e postazione di *triage* interno) da quelli non COVID;

- proseguire un programma formativo di simulazioni pediatriche che comprenda anche i possibili algoritmi di rianimazione per i pazienti COVID positivi dettati dalle nuove linee guida;

- percorsi dedicati nell'Ospedale, ma anche strutturati con il territorio (per la gestione del paziente febbrile e l'esecuzione del tampone);
- un'adeguata presa in carico dei pazienti barellati;
- organizzare al meglio attese e stanze visita differenziate per pazienti con malattie contagiose diffuse con area di osservazione breve in locali adiacenti al Pronto Soccorso Pediatrico;
- identificare spazi codificati dove trattare le urgenze in Pronto Soccorso Pediatrico per i casi in cui i codici 1-2 si auto-presentino o nell'eventualità sia occupata la sala rossa che è in comune col Pronto Soccorso adulto.

elettra.pellegrino@uslcentro.toscana.it

a cura di Simone Pancani

letti per voi

La vita al tempo della peste

MARIA PAOLA ZANOBONI

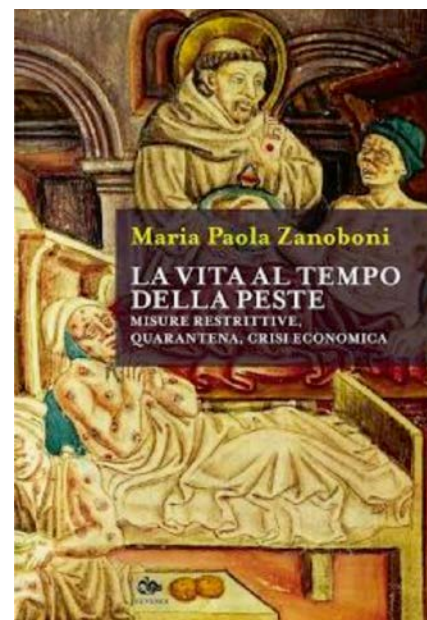
Jouvence Editore

Maria Paola Zanoboni, storica di professione, pubblica per *Jouvence* un agevole testo, *La vita al tempo della peste*, nel quale ripercorre i principali episodi epidemici tra il mille e il milleseicento, inserendo la narrazione in un ampio quadro sindemico prevalentemente riferito alla sanità, ai rimedi, alle condizioni economiche e alle conseguenze sociali della peste. Ne esce un quadro forse un po' frammentario ma di piacevole lettura e ricchissimo di particolari assai vivi e coinvolgenti. L'insegnamento è che i provvedimenti di sanità pubblica, nonostante l'enorme messe di conoscenze che dividono l'attuale pandemia da ogni precedente storico, sono sempre gli stessi e nascono da osservazioni empiriche tuttora valide.

Lo strumento principale è la quarantena, che talora si spinge fino all'assedio militare, alla chiusura degli esercizi commerciali, alle sepolture pubbliche,

all'invenzione dei lazzaretti, il tutto provocando crisi e sofferenze inaudite alle popolazioni colpite dalla peste ma, ancor più, dalla fame e dalla miseria. Forse la differenza più rilevante, rispetto all'odierna pandemia, sta nella coscienza dell'origine umana (viviamo nel cosiddetto antropocene) della zoonosi che ci colpisce in questo terribile momento storico, e quindi delle nostre responsabilità politiche e sociali. Non possiamo più accusare miasmi o prodigi o untori o punizioni divine ma noi stessi, che però, come Dedalo fu creatore del Labirinto e anche del filo di Arianna, abbiamo provocato il grave dissesto della biodiversità e poi, in meno di un anno, prodotto il vaccino.

Lo studio della storia delle pestilenze, di cui il testo della professoressa Zanoboni è un ottimo esempio, con il suo suggestivo quadro di gravissimi danni umani, sociali e economici,



dovrebbe indurci a riflettere e agire per prevenirle volgendo i nostri sforzi verso una sanità *one health*, rispettosa della biodiversità e consapevole del ruolo dell'umanità di preservare il pianeta per le future generazioni.

Il ruolo della terapia nutrizionale nel percorso clinico del paziente COVID-19

di Sebastiano Giallongo



SEBASTIANO GIALLONGO
Medico Chirurgo, Direttore della UO
Dipartimentale Nutrizione Clinica
dell'Azienda USL Toscana-Centro, Membro
del Consiglio Direttivo Nazionale
della Società Italiana di Nutrizione Clinica
e Metabolismo (SINuC), autore e coautore
di 90 lavori scientifici attualmente
editi a stampa

Come si osserva in tutte le patologie acute e cronicodegenerative a forte impatto sullo stato di nutrizione, anche nel caso della malattia da COVID-19 una terapia nutrizionale adeguata permette di migliorare il decorso clinico e la prognosi. In un panorama non ancora del tutto chiaro sulla reale valenza delle tante terapie proposte in questi mesi di pandemia, una delle più forti evidenze disponibili riguarda l'efficacia di una corretta presa in carico nutrizionale su tutti gli *outcome* "clinici", "economici" e "umanistici".

Parole chiave:

COVID-19, valutazione dello stato nutrizionale, malnutrizione, sarcopenia, terapia nutrizionale

Introduzione

La malattia COVID-19 è la conseguenza di un'infezione dell'apparato respiratorio causata da un betacoronavirus emergente, strettamente legato al virus SARS, denominato SARS-CoV-2, riconosciuto per la prima volta in Cina, a Wuhan, nel dicembre 2019.

Nel corso dei mesi, con l'aumentare delle conoscenze microbiologiche e cliniche sul virus e sulla sua patogenicità, è apparso sempre più evidente che ci troviamo di fronte a una patologia multiorgano caratterizzata da un decorso talora molto prolungato che va ben oltre la fase acuta.

Da un punto di vista clinico la maggior parte dei pazienti presenta una malattia lieve e, comunque, non complicata; nel 14% dei casi si sviluppa una forma più grave che richiede ricovero ospedaliero con ossigenoterapia e, in percentuale variabile a seconda delle casistiche, il ricovero presso un'Unità di Terapia Intensiva. Nei casi più seri, infatti, il quadro può essere complicato da una sindrome da *distress* respiratorio acuto (ARDS), sepsi, *shock* settico e insufficienza multiorgano con interessamento prevalente di rene e cuore.

Oggi sappiamo che i pazienti a maggior rischio di decorso complesso sono i soggetti di età superiore ai 70 anni, soprattutto se "fragili" per patologie concomitanti come ipertensione arteriosa, diabete mellito, cardiopatia ischemica, BPCO, malattia oncologica, tutte condizioni che generalmente hanno come comune denominatore clinico uno stato di malnutrizione "per difetto" o "per eccesso".

Recenti analisi multivariate hanno evidenziato che l'età avanzata, uno stato di malnutrizione medio-grave, valori di D-dimero > 1 microgrammo/L al momento del ricovero e un punteggio SOFA elevato si associano a un maggiore tasso di letalità.

La cura di questi pazienti richiede la convergenza di molteplici competenze e non si esaurisce con il superamento della fase acuta, ma richiede un accurato *follow-up* di durata molto variabile.

Le problematiche nutrizionali

Durante la fase acuta i pazienti COVID-19 sono ipermetabolici e ipercatabolici e, nelle forme più severe, presentano la cosiddetta "tempesta citochinica", cioè un'abnorme produzione di citochine pro-infiammatorie, che induce un quadro di sindrome infiammatoria sistemica (SIRS), responsabile della compromissione di molti organi e apparati.

L'infiammazione sistemica influenza anche svariate vie metaboliche e funzioni ipotalamiche che contribuiscono all'instaurarsi di uno stato di ipo/anorexia, accentuato anche dalla disosmia e dalla disgeusia, che persiste anche dopo la fase acuta.

L'ipermetabolismo, aggravato dalla dispnea che incrementa sensibilmente il dispendio energetico, e l'immobilità fisica portano a una rapida perdita di massa muscolare, evidente già nella prima fase del ricovero e quantificabile nel paziente ultrasessantacinquenne in circa 1 kg ogni 3 giorni.

Lo stato di malnutrizione del paziente COVID viene inoltre aggravato dai frequenti sintomi gastroenterici (nausea, vomito, dolori addominali e diarrea) e dallo stato di depressione, spesso legato all'isolamento, che porta a trascurare l'alimentazione compromettendo un'adeguata e regolare assunzione di pasti anche nei soggetti ancora in grado di alimentarsi per via naturale.

Se consideriamo che le forme più gravi della malattia si manifestano nei pazienti anziani, affetti da una

o più patologie croniche, condizioni che già di per sé si associano a malnutrizione proteico-calorica e sarcopenia, appare ancor più evidente perché nel paziente COVID il trattamento nutrizionale costituisce uno degli aspetti chiave della terapia.

La durata dell'infezione (stimata in base al tempo intercorrente tra diagnosi e negativizzazione del tampone) e della degenza ospedaliera risulta prolungata nei pazienti malnutriti, con differenze in entrambi i casi statisticamente significative (Figura 1). Peraltro malnutrizione e sarcopenia, che sono i principali *markers* fisici di "fragilità" dell'anziano, risultano strettamente correlate con il tasso di letalità della malattia, come evidenziano le curve di Kaplan Meier elaborate stratificando i pazienti COVID-19 in base al *Clinical Frailty Score* (Figura 2).

La malnutrizione calorico-proteica è inoltre un fattore determinante nel calo delle difese immunitarie di que-

sti pazienti, tipico soprattutto delle forme più gravi in cui sono presenti linfopenia e atrofia degli organi linfoidi che amplificano il rischio di complicanze infettive.

In quest'ambito, dal punto di vista terapeutico, di fondamentale importanza è assicurare un adeguato apporto proteico, sia nello stadio acuto della malattia che nella fase di convalescenza, in quanto l'attivazione delle cellule immunitarie richiede sempre un aumentato afflusso intracellulare di aminoacidi e un incremento dei trasportatori di membrana specifici.

In particolare un ruolo fondamentale nella terapia nutrizionale di supporto ha la glutammina, aminoacido non essenziale precursore dell'acido glutammico, che, con la cisteina e la glicina, concorre alla formazione del glutatione, tripeptide con notevoli proprietà antiossidanti ed elemento chiave nella regolazione della produzione e della funzione dei linfociti.

Al riguardo, è stato osservato che i

pazienti "ben trattati" da un punto di vista nutrizionale mostrano un soddisfacente ripristino del numero e della funzione dei linfociti *natural killer* e dei linfociti T CD8+.

La terapia nutrizionale

Come sottolineato nel Documento Congiunto della Società Italiana di Nutrizione Clinica e Metabolismo (SINUc) e della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) e nelle Linee Guida della *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN), la valutazione dello stato nutrizionale deve essere effettuata in tutti i pazienti COVID-19, soprattutto se anziani e/o affetti da altre patologie; inoltre il supporto nutrizionale individualizzato va assicurato nei vari *setting* assistenziali e in tutte le fasi della malattia, con "modalità e *timing* codificati sulla base delle evidenze disponibili".

Se il paziente è in grado di alimentarsi per os sono consigliabili pasti di consistenza morbida, ben cotti, facilmente masticabili che privilegino gli alimenti proteici e assicurino un apporto calorico complessivo moderatamente aumentato.

Se non è possibile raggiungere il *target* calorico-proteico stabilito, cioè se con l'alimentazione spontanea non viene introdotto almeno il 60% dei fabbisogni in macronutrienti, è indicato l'impiego di supplementi nutrizionali orali (ONS) a densità calorica e proteica elevata (300-400 kcal e 15-20 g di proteine a confezione), distribuendone l'assunzione nelle ore diurne; per periodi di tempo limitati, in caso di insufficienza respiratoria, possono essere utilizzati ONS iperlipidici specifici.

Per la prevenzione e il trattamento della sarcopenia va considerato l'impiego di prodotti a base di proteine del siero di latte, arricchiti con la leucina, che è un potente stimolatore dell'anabolismo proteico, o con un suo metabolita (beta-idrossi-beta-metilbutirrato, HMB).

Se il paziente non è in grado di alimentarsi per os, la nutrizione enterale (NE) attraverso sonda nasogastrica è da preferire alla nutrizione parenterale

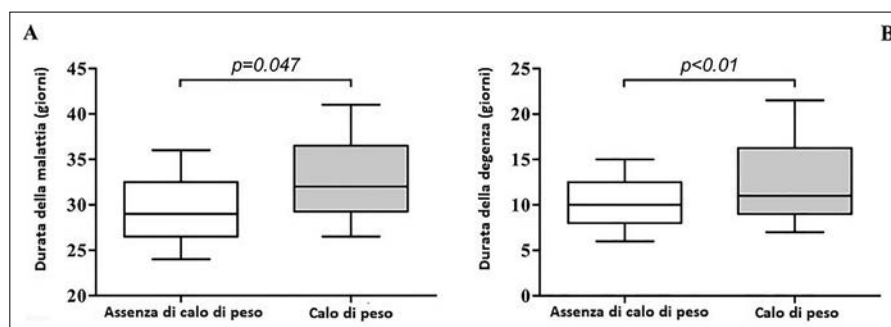


Figura 1 – COVID-19 correlazione tra perdita di peso, durata della malattia e lunghezza della degenza (da De Filippo L et al., *Clinical Nutrition* 2020, mod.).

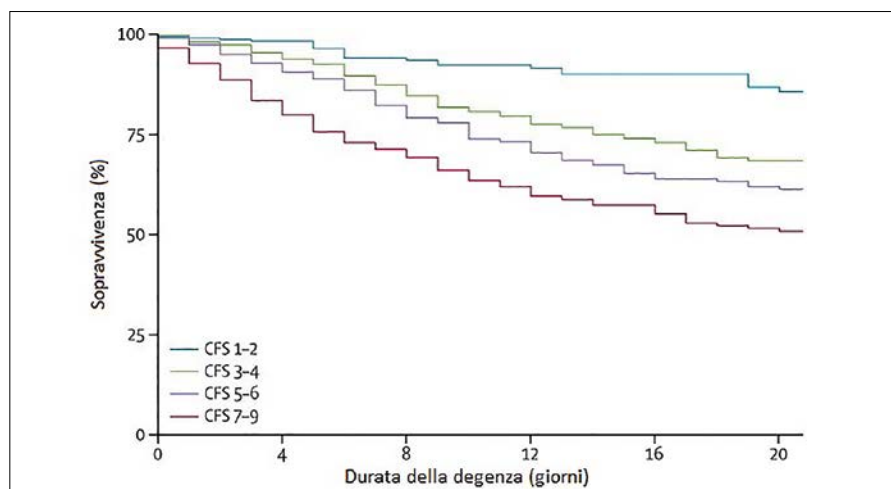


Figura 2 – COVID-19: correlazione tra sopravvivenza e grado di fragilità espressa come CFS (*Clinical Frailty Score*) (da Hewitt J et al., *Lancet* 2020, mod.).

(NP) poiché più fisiologica, in grado di mantenere l'integrità della barriera intestinale e del microbiota e gravata da minori complicanze infettive.

Sono soprattutto i soggetti sottoposti a ventilazione non invasiva (NIV), teoricamente in grado di alimentarsi spontaneamente per via orale, a non raggiungere il *target* calorico-proteico, rendendo necessaria la supplementazione orale o l'integrazione per via enterale. Nella gestione di questi pazienti i principali problemi sono la frequente distensione gastrica, conseguente alle pressioni positive esercitate dalla ventilazione non invasiva, e il rischio di perdita d'aria attraverso l'interfaccia per la presenza del sondino nasogastrico.

Per i pazienti ricoverati nelle Terapie Intensive la nutrizione enterale deve essere iniziata precocemente, entro le prime 48 ore dal ricovero, dopo aver raggiunto un accettabile compenso emodinamico e in assenza di ipossemia e ipercapnia non controllate.

Gli apporti da nutrizione artificiale devono essere valutati con particolare attenzione poiché, soprattutto nei primi giorni di malattia critica, è tutt'altro che agevole identificare il *target* nutrizionale ed è presente un concreto rischio di un *overfeeding* legato a una rialimentazione eccessivamente energetica e rapida; in questa fase sono consigliate la somministrazione continua nelle 24 ore di una miscela *standard* polimerica normocalorica e una velocità di infusione di 20-30 ml/h che sarà gradualmente incrementata nei giorni successivi assicurando una graduale copertura dei fabbisogni.

A questo proposito, nel computo delle calorie globali, va considerato l'apporto energetico extranutrizionale fornito da farmaci eventualmente impiegati per la sedazione del paziente o per il mantenimento della stabilità emodinamica, come il propofol, che apporta 1,1 kcal/ml, il glucosio, il citrato ecc.

Superata la fase acuta, se non è possibile effettuare una calorimetria indiretta che permetta di identificare esattamente il fabbisogno energetico, gli apporti più ragionevoli prevedono 25-30 kcal/kg/die e 1,5 gr/kg/die di proteine.

La posizione prona, frequentemen-

te utilizzata nei pazienti con insufficienza respiratoria, non costituisce una controindicazione alla nutrizione enterale, e, in particolare, non incide significativamente sul volume del residuo gastrico.

In caso si verifichi ristagno gastrico > 500 ml/6 ore è consigliata la somministrazione di procinetici (eritromicina endovena: 100-250 mg 3 volte/die per 2-3 giorni; o metoclopramide endovena: 10 mg 3 volte/die); qualora il problema sia ancora presente dopo 48-72 ore di trattamento, sarà necessario posizionare una sonda postpilorica. La nutrizione parenterale totale (NPT), o integrativa alla nutrizione enterale, è indicata quando non risulta possibile coprire integralmente i fabbisogni, a causa di intolleranza, effetti collaterali importanti o controindicazioni legate alla via enterale. Per lungo tempo la nutrizione parenterale totale nel paziente critico è stata erroneamente associata a un maggiore rischio di sindrome da *overfeeding*; in realtà il principale responsabile di questa complicanza è un eccessivo carico metabolico e non l'uso della via venosa.

Comunque, al di là del possibile allestimento personalizzato della sacca sulla base di una precisa prescrizione nutrizionale, va sottolineato che l'industria farmaceutica ha recentemente messo a disposizione del nutrizionista clinico anche confezioni di volume limitato, con vario contenuto calorico-proteico, che permettono un'efficace modulazione degli apporti.

I dati provenienti dai reparti COVID e dalle Terapie Intensive indicano che il *paziente affetto da obesità grave* (indice di massa corporea > 40 kg/m²) e *diabete mellito* presenta un rischio particolarmente elevato di sviluppare forme gravi della malattia. In linea di massima per i pazienti obesi affetti da COVID-19 valgono le medesime indicazioni nutrizionali degli altri pazienti critici obesi, con la raccomandazione di adottare regimi di nutrizione artificiale ipocalorici e relativamente iperproteici.

Le raccomandazioni SINUC-SIARTI consigliano: 11-14 kcal/kg di peso corporeo *attuale*/die per pazienti con indi-

ce di massa corporea compreso tra 30 e 50 e 22-25 kcal/kg di peso corporeo *ideale*/die per pazienti con indice di massa corporea > 50.

Gli apporti proteici giornalieri consigliati sono pari a 2 g/kg di peso corporeo ideale per indice di massa corporea fino a 40 e a 2,5 g/kg di peso ideale per indice di massa corporea > 40.

La sindrome post-COVID

All'inizio della pandemia, le scarse conoscenze disponibili facevano ritenere che quella indotta dal COVID-19 fosse una malattia di durata limitata, tanto che nel febbraio 2020 anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità indicava tempi brevi, non più di qualche settimana, per il completo recupero clinico, anche per i pazienti con malattia grave o critica.

Dati più recenti, provenienti da studi sempre più numerosi basati su una più approfondita conoscenza della malattia, dimostrano che in una percentuale significativa di pazienti alcuni sintomi, talora invalidanti, persistono per svariate settimane o mesi non solo nei soggetti che sono stati affetti da forme severe, ma anche in coloro che hanno presentato forme paucisintomatiche.

Un recente studio italiano effettuato su 143 soggetti considerati guariti dal punto di vista virologico ha evidenziato che a distanza di 2 mesi solo 18 pazienti, pari al 12,6%, erano completamente asintomatici; il 32% presentava ancora uno o due sintomi e il 55% più di tre.

In particolare l'astenia era presente nel 53,1% dei casi, la dispnea nel 43,4%, il dolore articolare nel 27,3% e il dolore toracico nel 21,7%; con minore frequenza venivano registrati disturbi di tipo neurologico come alterazione del gusto e dell'olfatto, difficoltà di concentrazione e alterazione della memoria (Figura 3).

Si tratta di una sindrome a patogenesi multifattoriale, verosimilmente riconducibile alla persistenza di uno stato infiammatorio cronico, a una risposta immunitaria inadeguata, a microangiopatie trombotiche e trombo-embolie venose diffuse.

Dal punto di vista nutrizionale, molti

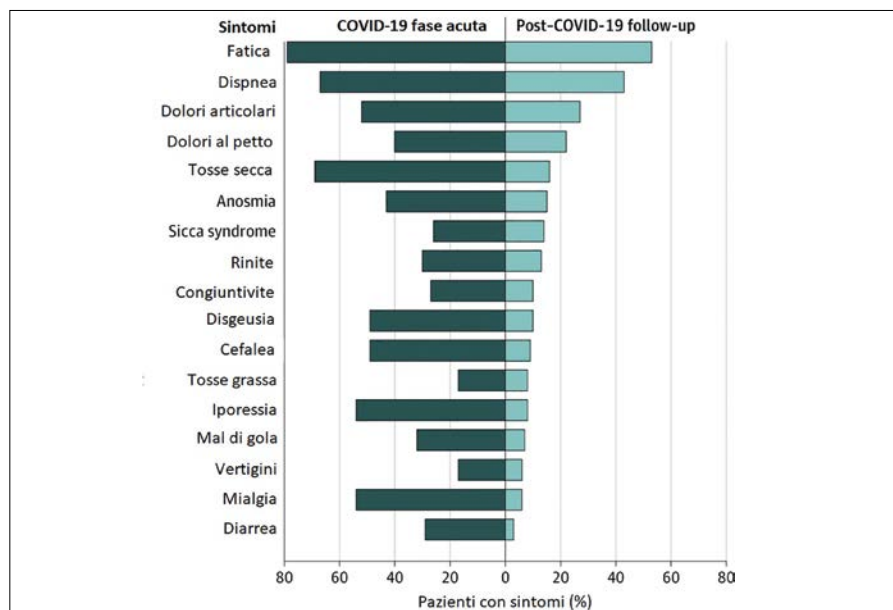


Figura 3 – Pazienti COVID-19 con sintomi in fase acuta e durante il *follow-up* (da Carfi A et al., JAMA 2020, mod.).

dei fattori che determinano il deficit proteico-calorico e la sarcopenia durante la fase acuta di malattia (anosmia, disgeusia, iporessia, disturbi cognitivi, depressione, ridotta mobilità, disfagia post-intubazione oro-tracheale ecc.) sono spesso ancora presenti alla dimissione, per cui questi pazienti hanno difficoltà a riprendere una normale alimentazione e quindi rischiano di rimanere o ricadere in uno stato di malnutrizione che rende difficoltoso un adeguato percorso di riabilitazione fisica e funzionale.

A tale proposito sono significativi i dati preliminari di un'indagine osservazionale prospettica tesa a valutare la prevalenza di malnutrizione nei soggetti in remissione clinica, tornati a domicilio dopo il ricovero ospedaliero o curati a casa durante tutto il decorso della malattia.

Sulla base dei risultati del *Mini Nutritional Assessment* (MNA), il 54,7 e 6,6% dei soggetti risulta rispettivamente a rischio di malnutrizione o francamente malnutrito.

In particolare in un terzo dei casi viene rilevata una perdita di più del 5% del peso corporeo iniziale, con una riduzione mediana di 2,3 punti dell'indice di massa corporea.

Perdono più del 10% del peso corporeo iniziale soprattutto i soggetti curati in ospedale rispetto a chi è stato

seguito a domicilio (9,6 contro 5,3%). I dati di questo studio confermano quanto sia indispensabile predisporre un'adeguata strategia nutrizionale anche per i pazienti in fase di convalescenza, con particolare riguardo per gli anziani e per coloro che presentano una o più patologie associate, tenendo presente che i fabbisogni in energia, macro e micronutrienti, rimangono sovrapponibili a quelli dello stadio acuto di malattia.

Un'ulteriore problematica che compromette il ritorno a una normale alimentazione è la disfagia, particolarmente frequente nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica invasiva per periodi prolungati.

Questionari specifici e alcuni semplici test possono aiutare a comprendere la presenza di eventuali problemi di deglutizione, ma la diagnosi della tipologia, della gravità e della durata presunte della disfagia sarà possibile solo attraverso una valutazione specialistica foniatrica che fornirà le indicazioni sulla tipologia di alimentazione più adeguata a ridurre il rischio di inalazione nell'albero respiratorio. A seconda dei casi potrà essere prescritta una dieta a consistenza modificata o, nei pazienti affetti da disfagia grave, la nutrizione enterale.

Pur in assenza di evidenze forti nel paziente COVID-19, è opportuno ricorrere a numerosi studi che sottolineano

l'opportunità di una supplementazione di vitamine e oligoelementi in tutte le fasi della malattia, soprattutto nei pazienti *long haulers*, per il ruolo di tali micronutrienti nella regolazione del sistema immunitario e nel controllo delle infezioni virali.

Conclusioni

Come si osserva in tutte le patologie acute e cronico-degenerative a forte impatto sullo stato di nutrizione, anche nel caso del COVID-19 una terapia nutrizionale precoce permette di migliorare il decorso clinico e la prognosi. In un panorama scientifico non ancora del tutto univoco sulla reale valenza delle tante terapie proposte in questi mesi di pandemia, e in un momento in cui ci si interroga sul perché nel nostro Paese il tasso di mortalità per COVID-19 si mantenga così elevato rispetto ad altre nazioni, una delle più forti evidenze disponibili riguarda l'efficacia di un corretto approccio nutrizionale sugli *outcome* "clinici", "economici" e "umanistici".

La presa in carico nutrizionale deve essere assicurata non solo nei *setting* assistenziali ospedalieri durante la fase acuta, ma anche presso il domicilio del paziente nel periodo di convalescenza. Queste considerazioni vanno inserite nel contesto più generale della prevenzione e del trattamento della malnutrizione ospedaliera; infatti, se da una parte i dati epidemiologici evidenziano che il paziente malnutrito "muore di più e prima" rispetto al paziente in buono stato di nutrizione, dall'altra la cronica carenza di Servizi di Nutrizione Clinica nei Presidi Ospedalieri determina di fatto una pericolosa marginalizzazione delle problematiche nutrizionali dei pazienti ricoverati.

A questo scopo, da parte dei decisori regionali, si rendono necessarie precise scelte organizzative supportate da un riferimento normativo che preveda per tutte le Aziende Sanitarie Ospedaliere e Territoriali la presenza di Unità Operative di Nutrizione Clinica adeguatamente dotate di personale medico con una specifica formazione specialistica.

sebastiano.giallongo@uslcentro.toscana.it



**PROF. MANFREDO
FANFANI**
RICERCHE CLINICHE

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