

TOSCANA MEDICA

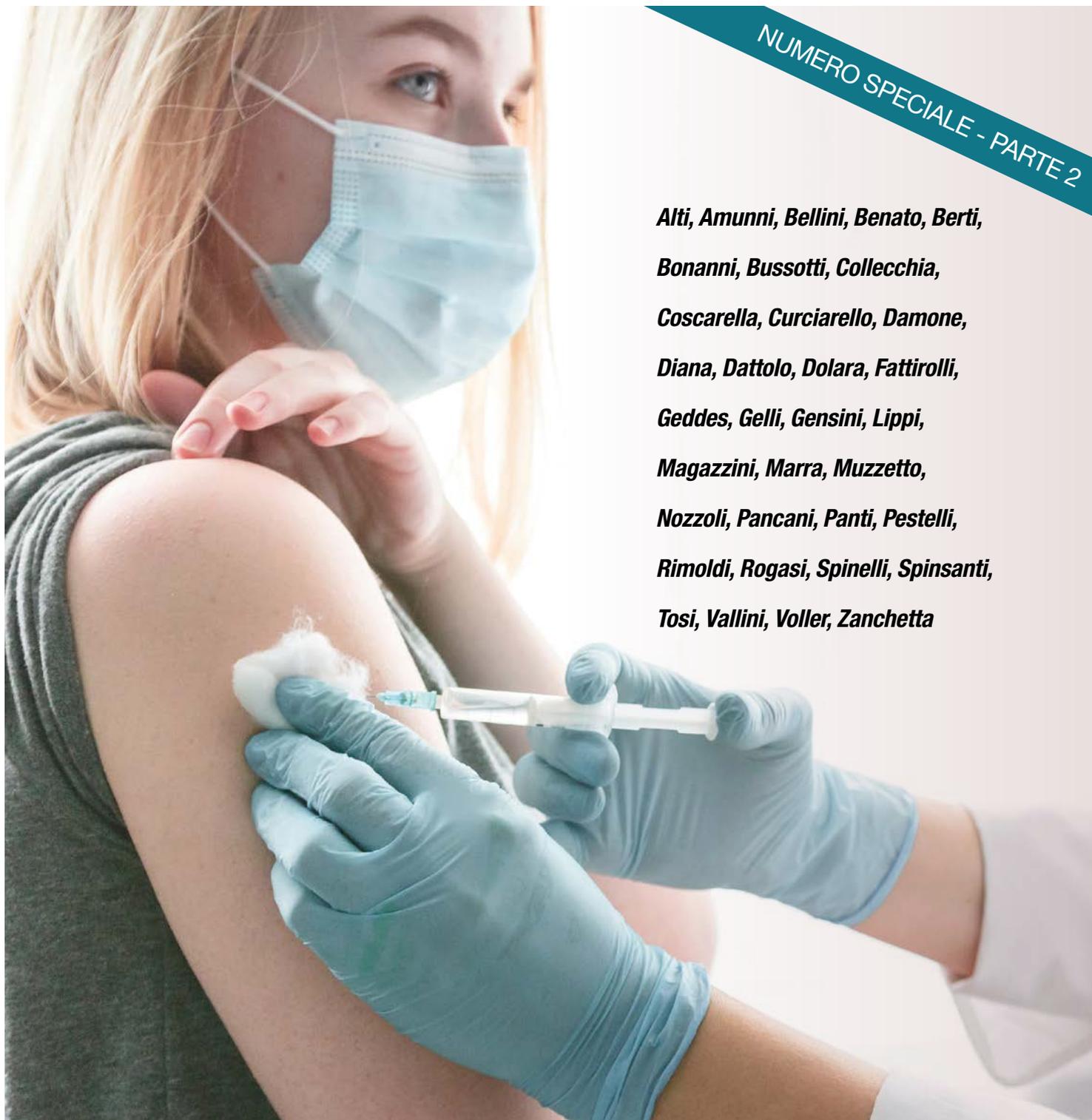
MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

Mensile - Anno XXXIX n. 5 giugno/luglio 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

GIUGNO-LUGLIO

5

NUMERO SPECIALE - PARTE 2



*Alti, Amunni, Bellini, Benato, Berti,
Bonanni, Bussotti, Collecchia,
Coscarella, Curciarello, Damone,
Diana, Dattolo, Dolara, Fattirolli,
Geddes, Gelli, Gensini, Lippi,
Magazzini, Marra, Muzzetto,
Nozzoli, Pancani, Panti, Pestelli,
Rimoldi, Rogasi, Spinelli, Spinsanti,
Tosi, Vallini, Voller, Zanchetta*

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE







Anno XXXIX - n. 5 giugno/luglio 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
m.marongiu@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.pacinieditore.it

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

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

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

Stampa

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

Finito di stampare maggio 2021 presso le IGP - Pisa

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

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

Fondato da
Giovanni Turziani

Numero a cura di Antonio Panti con la collaborazione di Bruno Rimoldi

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 5 COVID-19, vaccini, comunicazione: perché abbiamo bisogno di decisioni ragionevoli
P. Bonanni
- 8 Immaginare una diversa normalità
S. Spinsanti
- 11 Modificato anche il rapporto medicina-economia
M. Geddes
- 13 Quarantene, restrizioni, obblighi vaccinali: equilibri tra libertà e salute pubblica nell'era della pandemia
A. Vallini
- 16 Pandemia, diritto e deontologia
A. Panti
- 17 Il Dipartimento di prevenzione fra passato, presente e futuro
R. Berti
- 20 Nelle RSA tra sicurezza e affetto
S. Spinelli
- 22 Lockdown, famiglie e salute mentale degli adolescenti
C. Coscarella e coll.
- 24 Una doppia epidemia, COVID ed esclusione sociale
M. Zanchetta
- 27 L'attività delle USCA nei primi 9 mesi della pandemia
G. Lippi e coll.
- 31 Esiti a distanza dopo infezione da SARS-CoV-2: la "sindrome post-COVID-19"
F. Fattiroli e coll.
- 36 Un dramma nel dramma: l'oncologia
G. Amunni e coll.
- 38 Quando un medico incontra due pandemie influenzali
A. Dolara
- 40 La pandemia dimenticata, la cronicità
B. Bellini e coll.
- 47 Le scelte tragiche in medicina
P. Muzzetto
- 49 La sanità come sicurezza globale
M. Benato
- 52 Il ruolo dei medici per la difesa della salute del pianeta
G. Curciarello e coll.
- 55 Didattica universitaria e Medicina ai tempi del COVID-19
F. Marra e coll.
- 57 Medicina digitale: un ossimoro?
G. Collecchia
- 59 Tra un'epidemia e l'altra
E. Diana
- 70 L'etica degli algoritmi e il futuro della formazione medica
P.C. Dattolo, C. Somma
- 73 L'attività del medico nel post COVID: un cambiamento in divenire
G. Gensini
- 76 Il costo umano della pandemia
- 78 La deontologia dopo il COVID
A. Panti

OPINIONI A CONFRONTO a cura di B. Rimoldi

- 62 Ripensare il servizio sanitario
E. Alti, R. Damone, F. Gelli, S. Magazzini, C. Nozzoli, P. Tosi



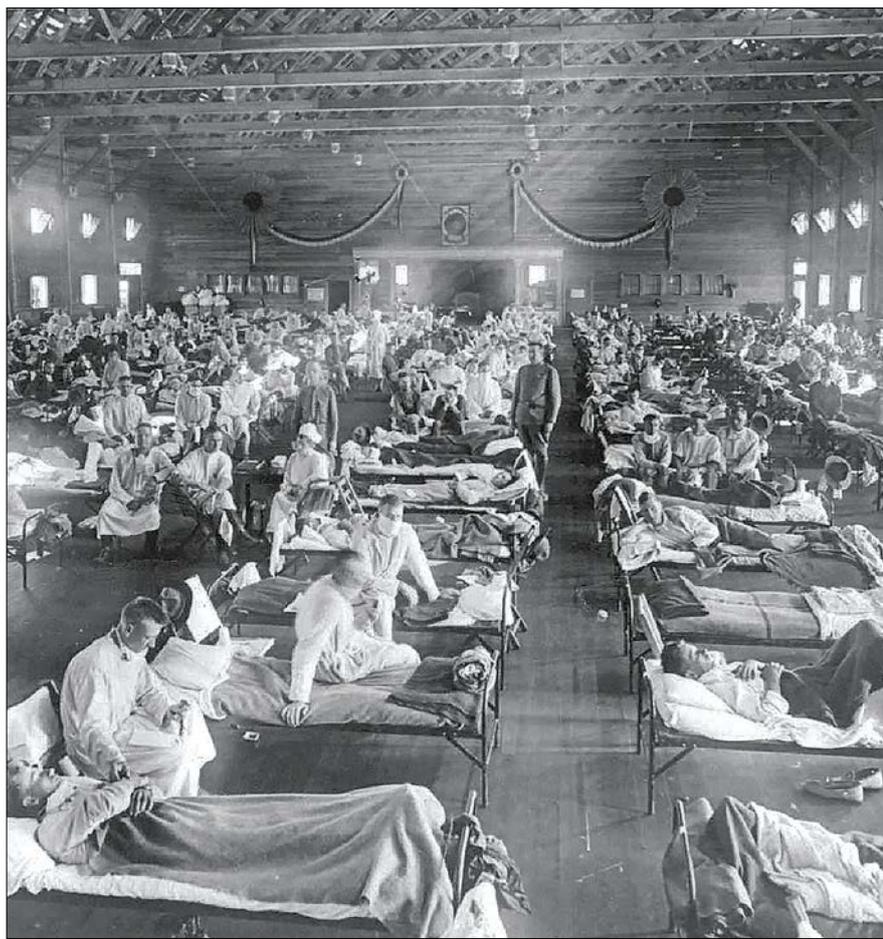
Pietro Claudio Dattolo



Simone Pancani



Antonella Barresi



Spagnola, 1920.

Cento anni fa la spagnola uccise quasi 50 milioni di persone; i morti per COVID sono poco più che 3 milioni. La scienza non è onnipotente ma neppure impotente e la medicina moderna ha trasformato la pandemia in una sfida gestibile. Al contrario sono state spesso errate le decisioni politiche e fuorvianti le comunicazioni istituzionali. Secondo Aldo Schiavone (*Progresso*, ed. Il Mulino) ci attende “una prova che chiede di adeguare a un salto tecnologico vertiginoso una capacità di costruzione sociale, etica, politica, giuridica in grado di sostenerne gli effetti e di orientarli verso una maggior libertà dell’umano e di una sua maggiore capacità di realizzarsi”.

A. P.



COVID-19, 2020.

Viviamo uno dei più colossali eventi della storia: produrre e somministrare vaccini a qualche miliardo di persone in un anno o poco più. Nessun disastro è mai stato affrontato con tale dispendio di energie. Una vittoria della medicina che, tuttavia,

ha costretto a misurarsi con le logiche, le difficoltà, le incertezze, le delusioni della scienza e con l'intreccio tra sanità, economia, politica, mercato; la società con le sue molteplici e inestricabili sfaccettature. Nasce una diversa medicina alla quale però

si pongono le antiche domande di guarigione. Un panorama complesso che tentiamo di illuminare in questa seconda parte della rivista.

Antonio Panti

qualità e professione

COVID-19, vaccini, comunicazione: perché abbiamo bisogno di decisioni ragionevoli

di Paolo Bonanni



PAOLO BONANNI
Professore Ordinario di Igiene,
Dipartimento di Scienze della Salute,
Università degli Studi di Firenze

La scienza medica finora ha eliminato con il vaccino solo il vaiolo, e forse potrà eliminare la polio, ma dopo decenni e decenni di vaccinazioni.

Si potrà controllare il COVID-19 abbattendo la letalità, ma eradicarlo non sembra un progetto per ora proponibile.

Altresì l'allarme dipende dal numero dei morti, quindi diminuendo la letalità si potrà ricondurre la pandemia in una sfera socialmente accettabile. Tutto ciò nella speranza che il virus, al contrario, non divenga addirittura più aggressivo. È una sfida tra le competenze della scienza moderna e le abilità della tecnica contro un minuscolo organismo a mala pena vivente.

A. P.

La confusione e il disorientamento regnano sovrani. Regnano tra la popolazione, che appare intontita da una comunicazione che si vuole "trasparente" (in teoria), ma che in realtà assomiglia sempre di più alle trenta pagine scritte fitte che ci propongono in banca ogni volta che apriamo un conto corrente, imbotita letteralmente di fiumi di dati interpretati in modi diametralmente opposti.

Regnano però anche tra i medici, alcuni dei quali non mancano di rilasciare dichiarazioni basate sul nulla scientifico, perché – va detto subito – in così poco tempo è impossibile in campo epidemiologico sia confermare, sia smentire con certezza che gli eventi avversi di cui tutti parlano (ovvero la trombosi venosa cerebrale nelle giovani donne, ad oggi 62 casi nel mondo di cui 44 in Europa, a fronte di decine di milioni di dosi somministrate) siano correlati da un rapporto di causa-effetto con un certo vaccino anti-COVID-19 (non con altri?).

Purtroppo, che ci piaccia o meno, queste sono le regole del gioco.

Vous avez à choisir... Tempi di guerra, decisioni di guerra.

Sembra passato un secolo – sono solo tre mesi – da quando siamo

stati colti dall'entusiasmo per un vero e proprio miracolo scientifico: due, poi tre, e infine quattro (ma prossimamente molti di più) vaccini contro un nuovo virus mai circolato nella specie umana, resi disponibili in meno di un anno, con eccezionali dati di efficacia nei confronti della malattia (il 95% dopo due dosi per i vaccini a mRNA, meno per quello adenovirale, basato su adenovirus dello scimpanzé con DNA ingegnerizzato). Si scopre però in seguito che si è fatta un po' di confusione, e che quando le due dosi previste vengono date non a un mese, ma a tre mesi di distanza, i dati risultano altrettanto importanti: il 100% di efficacia nel prevenire morti e ospedalizzazioni a partire da 22 giorni dopo la prima dose, il 76% di efficacia contro tutte le forme cliniche tra il ventunesimo giorno dopo la prima dose e il momento della seconda, in seguito alla quale la percentuale sale oltre l'80%, elevata produzione di titoli di anticorpi neutralizzanti dopo due dosi (importanti per l'immunità di gregge) e di cellule T già dopo la prima dose, senza differenze rilevanti nelle diverse fasce di età.

Tutto bene, dunque? Chi si occupava a tempo pieno di vaccini anche in periodo di pace lo sapeva già e lo aveva previsto: durante una strategia di vaccinazione di massa – e quella attuale è la più grande campagna di immunizzazione della storia umana – è inevitabile che alle vaccinazioni siano associati casi di patologie di incerta eziologia e di difficile spiegazione. La storia delle vaccinazioni ne è piena, anche in tempi recenti e con vaccini somministrati a un numero inferiore di persone. Possiamo fare tre esempi:

1. *il caso epatite B in Francia, 1998*. Nel Paese transalpino esplose l'entusiasmo per il vaccino anti-epatite B. Si immunizzavano non solo i bambini, ma chiunque lo desiderasse: un terzo della popolazione (adulti inclusi) viene vaccinato a partire dalla metà degli anni Novanta. Iniziano però a fioccare segnalazioni di neurologi che affermano di avere diagnosticato per la prima volta casi di sclerosi multipla, soprattutto nelle giovani donne, da pochi giorni a poche settimane dopo la vaccinazione. Il risultato: la vaccinazione viene sospesa prima nelle scuole, poi abbandonata anche in età pediatrica. Negli anni successivi numerosi studi epidemiologici dimostrarono la totale inconsistenza della associazione causa-effetto tra la vaccinazione e la prima diagnosi o recrudescenza della sclerosi multipla. I casi di sclerosi multipla verificatisi furono gli stessi che si sarebbero verificati anche in assenza della vaccinazione, ma la coincidenza temporale fu inevitabile. Le conseguenze: mentre in Italia e nei paesi non francofoni la vaccinazione di infanti e adolescenti prosegue immutata, permettendo la creazione di una popolazione immune all'epatite B (oggi da noi estesa dai neonati fino ai quarantenni), in Francia quindici generazioni di cittadini (si riparte infatti a vaccinare solo intorno alla metà della seconda

decade del Duemila) rimangono privi di protezione, un fatto che determinerà in seguito migliaia di casi di cirrosi, epatocarcinomi primitivi e morti evitabili grazie alla vaccinazione (che non provocava la sclerosi multipla);

2. *il caso Fluad in Italia, 2014*.

Dal 27 novembre al 3 dicembre 2014 vengono segnalati 13 effetti indesiderati gravi o fatali verificatisi in concomitanza con la somministrazione del vaccino antinfluenzale adiuvato Fluad. Dopo le prime 3 morti segnalate entro 48 ore dalla vaccinazione, il 27 novembre stesso l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) sospende l'utilizzo di due lotti del vaccino a livello nazionale (senza comunicarlo preventivamente al Ministero della Salute). L'analisi delle prime 12 segnalazioni pervenute mette in evidenza che nel 67% di questi casi l'età era ≥ 80 anni e che in 8 di questi il decesso è avvenuto per cause cardiovascolari. L'esito delle analisi effettuate sui lotti interessati, condotte presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), e la valutazione del rischio effettuata dal Comitato di Farmacovigilanza (*Pharmacovigilance Risk Assessment Committee*, PRAC) dell'EMA (Agenzia Europea del Farmaco), non mettono in evidenza alcuna responsabilità del vaccino nei decessi segnalati. Il risultato: le coperture nei pazienti di età > 65 anni e nei gruppi a rischio crollano. Le conseguenze: nell'inverno 2014/2015 si registrano una stagione influenzale a medio-alto impatto, un numero rilevante di ospedalizzazioni e migliaia di morti correlate a influenza, che ogni inverno colpiscono soggetti non vaccinati proprio per paura del vaccino (in realtà innocente);

3. *il caso vaccino HPV in Giappone e in Danimarca, 2013*. Il 14 giugno 2013 il Ministero della Salute giapponese decide di ritirare la sua raccomandazione per la vaccinazione contro il

papilloma virus, in seguito ad alcune centinaia di segnalazioni (a fronte di circa 3.3 milioni di ragazze vaccinate) di possibili reazioni avverse, tra cui la sindrome del dolore cronico, altrimenti definito "dolore a lungo termine", e la sindrome da tachicardia posturale ortostatica. La crisi si estende ad alcuni paesi (come la Danimarca), ma non ad altri. Tutte le verifiche successive escludono qualsiasi rapporto tra il vaccino e le due sindromi di incerta definizione ed eziologia. Il risultato: mentre le coperture vengono recuperate qualche anno dopo in Danimarca, ancora oggi la vaccinazione anti-HPV universale non è ripartita in Giappone per l'estremismo e la pressione sul governo degli attivisti *no vax*. Le conseguenze: le ragazze nate in Giappone negli ultimi 8 anni continueranno nel prossimo futuro (20-30 anni) a soffrire e a morire di cancro cervicale, mentre le loro pari nei paesi con vaccinazione universale e alte coperture saranno salvate.

La situazione pandemica in cui il mondo si trova a vivere da oltre un anno ha causato quasi tre milioni di morti ufficiali (che sono certamente di più in termini reali), e continua a imperversare in molti paesi con gravi danni alla salute e all'economia. La nostra sola possibilità per non dover pagare un tributo enorme di ulteriori morti in attesa di raggiungere una protezione (immunità di gregge) per via naturale è vaccinare molto e rapidamente, in modo da evitare anche l'insorgenza di nuove varianti che potrebbero eludere l'immunità acquisita. L'impatto della vaccinazione di massa è inequivocabile. I dati di Israele parlano chiaro: il vaccino protegge dalla malattia con un'efficacia sul campo del 57% (prima dose) e del 94% (seconda dose); l'efficacia nei confronti dell'ospedalizzazione è pari al 74% (prima dose) e all'87% (seconda dose); la protezione contro la malattia grave è del 62% (pri-

ma dose) e del 92% (seconda dose); la prevenzione dei casi mortali è del 72% intorno ai 14-20 giorni dopo la prima dose. I risultati ottenuti sono simili per tutte le classi di età analizzate e solo leggermente inferiori nei pazienti con patologie e fattori di rischio multipli. L'efficacia del vaccino nel prevenire l'infezione asintomatica è precoce, con diminuzioni del 52% già dopo 2-3 settimane dalla prima dose, e addirittura del 90% a distanza di 7 o più giorni dalla seconda dose. L'80% delle infezioni in Israele erano dovute alla variante inglese B.1.1.7. Si comprende, perciò, quanto sia assurdo non accettare il margine

di incertezza che inevitabilmente esiste a così breve distanza dall'inizio della campagna vaccinale, basandosi su un ridotto numero di eventi avversi gravi, taluni mortali, la cui correlazione con uno dei vaccini oggi in uso è peraltro di incerta plausibilità biologica. E in questo la storia dei vaccini insegna. Dobbiamo usare tutti gli strumenti a nostra disposizione, efficaci e di elevata sicurezza, se vogliamo uscire presto dall'incubo. Facciamo ogni giorno decine di attività a rischio enormemente più elevato della vaccinazione anti-COVID-19 e senza neppure pensarci. Correre dei minimi rischi, di fatto ancora

non confermati – e non confermabili o escludibili a breve – a fronte di un grande vantaggio individuale, che diventa enorme se pensato in termini di popolazione, è un dovere nei confronti di se stessi e della collettività. La pandemia, se riuscirà a smuovere l'individualismo sfrenato, per il quale non siamo più in grado né di confrontare i rischi con i benefici reali né di prendere decisioni ragionevoli che comportano un coraggio minimo e l'assunzione di responsabilità, forse non sarà passata invano.

paolo.bonanni@unifi.it

INFODEMIA

Da più di un anno si parla del virus con numerosissimi esperti e altrettanti dati; una confusione pazzesca: il cittadino ha capito poco e cerca certezze che nessuno può dargli. Quasi mai si è detto sull'infezione, sul virus, sui vaccini, sulle terapie la verità e cioè che non ne sappiamo abbastanza, la scienza è incertezza, quello che oggi sembra vero domani potrebbe non esserlo più. Lo scopo era lodevole: informare il più possibile. Ma come il cittadino interpreta i numeri e le notizie? E come reagisce alle informazioni contraddittorie? Mentre si sta vaccinando con AstraZeneca, il TG3 del lunedì di Pasqua diffonde notizie allarmistiche e intervista un esperto che conferma le perplessità. Le notizie sono corrette, ma i cittadini cosa penseranno? Chi è andato a vaccinarsi ha ricevuto 12 pagine di consenso informato da leggere e firmare, con lo spazio per esprimere il dissenso. L'informativa è ben fatta ma cosa avrà pensato il cittadino? Vogliono che io firmi perché c'è del marcio (commenti sentiti personalmente); semplicemente c'è incertezza che si cerca di scaricare sull'utente finale.



Alessandro Bussotti

Immaginare una diversa normalità

di Sandro Spinsanti



SANDRO SPINSANTI

Ha insegnato etica medica nella Facoltà di Medicina all'Università Cattolica del Sacro Cuore e Bioetica nell'Università degli Studi di Firenze. Ha fondato l'Istituto Giano per le Medical Humanities e il management in Sanità (Roma).

Tra le sue pubblicazioni: "La medicina salvata dalla conversazione", Roma 2018; "La cura: con parole oneste", Roma 2019; "Sulla terra in punta di piedi", Roma 2021

“Ma è come se per la massa delle persone ammalate sia divenuto, per ognuna di esse, sempre più difficile trovare il medico giusto ...

La guarigione medica non significa salvezza dell'anima. Nonostante tutti i successi il medico avverte più ciò che non è in suo potere di ciò che lo è”

K. Jaspers,
Il medico e la tecnica

“Non eravamo preparati”: è uno dei temi più ricorrenti tra le innumerevoli analisi della pandemia che abbiamo ascoltato. La capacità di far fronte all'emergenza ha un termine tecnico: *preparedness*, in inglese. Prevista teoricamente dai programmi ministeriali, di fatto la *preparedness* del nostro sistema pubblico non è mai stata messa nelle condizioni di poter funzionare. L'insufficienza nella preparazione è stata per lo più posta in rapporto con le risorse tecniche (dispositivi di protezione, posti in rianimazione, farmaci, ecc.) e con il personale sanitario. Non ci siamo però spinti a domandarci se la medicina praticata in clima di normalità fosse adeguata a far fronte allo tsunami che ci avrebbe travolto. La questione non è secondaria perché la normalità aveva già in sé i presupposti per far deragliare la pratica della cura, pertanto la nostra

aspirazione non può essere semplicemente quella di chiudere la parentesi dell'emergenza per tornare alla normalità precedente: dobbiamo aspirare a una “diversa normalità”. E questo non solo nell'ovvia predisposizione delle risorse necessarie, ma nel rapporto stesso tra i professionisti della cura e i cittadini.

Tra i tanti aspetti meritevoli di considerazione ne isoliamo due: la distanza fisica e l'informazione. Il distanziamento è stato uno degli aspetti più spettacolari della pandemia. I curanti hanno dovuto avvicinarsi ai malati di COVID, ricoverati nei reparti appositi, privati di una risorsa fondamentale nel rapporto con il malato: la vicinanza fisica. Mentre prima si presentavano vestiti con un leggero camice bianco, ora sono bardati – con cuffia, calzari, camice impermeabile, maschera filtrante, visor doppio paio di guanti – come degli astronauti, distanti anni luce dagli altri esseri umani, o come dei palombari che emergono dagli abissi. Le parole stesse stentano a passare attraverso la barriera della maschera. Per non parlare poi dell'esclusione della comunicazione non verbale, che nella normalità trasmette più informazioni delle parole stesse. Le tute, dunque, impenetrabili al virus, sembrano esserlo anche alle parole e tendono a soffocare i sentimenti.

E che dire dello sguardo? Nella situazione di isolamento creato dall'emergenza, sembra ormai essere rimasto il canale privilegiato. Quattro medici, che durante la prima emergenza sono stati in servizio nell'ospedale san Giovanni Bosco di Torino, hanno raccontato le loro esperienze in un libro dal titolo molto efficace: *Abbracciare con lo sguardo* (Il Pensiero Scientifico, 2020). Una delle sfide più difficili che hanno dovuto affrontare è stata quella di trovare modi inediti per essere vicini ai pazienti, ricorrendo appunto allo

sguardo. Tuttavia, proprio il contatto oculare è ciò che sentiamo più carente in condizioni di normalità. Come faceva notare acutamente la linguista Lucia Fontanella, proponendo delle riflessioni sulla comunicazione in ambito clinico basate su dei propri ricordi ospedalieri: “Se siete stati in ospedale, soprattutto da malati, avrete notato quante strategie sanno usare i medici e gli infermieri per non incrociare lo sguardo dei pazienti. Hanno paura di essere ‘arpionati’, hanno paura di una domanda, hanno paura di incontrare le persone che sono i malati” (*La comunicazione diseguale*, Il Pensiero Scientifico, 2011). Ancor più provocatoriamente, Pino Roveredo nel romanzo *Ci vorrebbe un sassofono* (Giunti, 2019) mette in bocca a una paziente una domanda pungente rivolta con cortesia al suo medico: “Scusi se mi permetto, sa per caso di che colore sono i miei occhi?”. Siamo nell'ambito di quelle lagnanze tante volte ascoltate da parte dei malati nei confronti dei medici, i quali per tutta la durata della visita non hanno mai staccato gli occhi dallo schermo del computer, dove erano riportati i dati clinici delle analisi a cui il malato era stato preventivamente sottoposto. L'emergenza della pandemia può avere perciò questo insperato effetto benefico: distogliere i curanti dalla fascinazione crescente esercitata

su di loro dalla comunicazione digitale, per riportarli sul terreno solido di una cura che passa attraverso i sensi. In primo luogo attraverso la vista, che è in competizione con l'udito poiché l'ascolto è il primo atto di un processo comunicativo. Esso precede la parola e l'accompagna nella conversazione. È esattamente il contrario della medicina "sordomuta", che prevale tristemente nella normalità. E naturalmente attraverso il tatto, a cui affidiamo il desiderio di vicinanza, soprattutto quando le risorse terapeutiche hanno toccato il fondo e il bisogno che emerge è quello di essere accompagnati nell'ultimo tratto di strada. È allora che la medicina scopre quanto l'*high touch* prevalga sull'*high tech*. Questo ammonimento diventa tanto più urgente nel contesto culturale denunciato da Giampaolo Collecchia e Riccardo De Gobbi, in *Intelligenza artificiale e medicina digitale* (Il Pensiero Scientifico, 2020). Il decadimento della relazione medico-paziente non può che essere accelerato dalla perdita della fisicità, sostituita dalla digitalizzazione. Questo a cominciare dalla diagnosi, affidata ormai ad algoritmi. A loro avviso, "la diagnosi non è solo mettere un'etichetta a ciò che il paziente presenta, ma un evento sociale tra due persone che si confrontano e arrivano a costruire e condividere il significato di ciò che sta accadendo". Se la priorità data al fattore umano andrà gradualmente a scomparire, il professionista sanitario assomiglierà sempre di più a un operatore di *call center*. Un secondo tratto problematico della normalità, sul quale non siamo soliti fissare la nostra attenzione, è quello dell'informazione dei cittadini che si sottopongono ai trattamenti. Lo spunto ci è fornito dal consenso informato nella pratica delle vaccinazioni anti-COVID. Merita davvero dedicare attenzione a un aspetto così marginale della lotta alla pandemia? Talvolta sono proprio dei picco-

li fatti fuori asse, che cogliamo con la coda dell'occhio, a fornirci degli spunti istruttivi. Per iniziare, chi si accosta al vaccino si aspetta che gli venga sottoposta una documentazione cartacea di tutto rispetto: moduli di cosiddetto consenso informato da firmare, anzitutto. Come ormai è *routine*, il paziente porrà la sua firma (per lo più senza leggere) e il modulo rimarrà nelle mani di chi glielo ha sottoposto. Probabilmente chi firma ha fatto propria l'informa-

“La pandemia sta influenzando il modo con cui i malati terminali vengono assistiti, quando e come le persone muoiono per altre cause e come vengono gestiti i corpi e sono eseguiti i rituali di lutto. I lutti sono sopportati senza il sostegno dei soliti rituali sociali e culturali. Il lutto è ulteriormente gravato dagli stress soprammessi della vita derivanti dalle politiche necessarie per contrastare la pandemia. Anche se siamo spesso aiutati dalla resilienza di fronte alla morte e alle altre difficoltà, per alcuni il peso di questa pandemia diverrà eccessivo. Tra gli altri problemi di salute mentale vedremo un aumento del disturbo da dolore prolungato”

Goaves I, Shear K,
Il dolore e la pandemia negli anziani,
Am J Ger Psych 2020;10(119)

zione più importante, ovvero che le eventuali conseguenze negative e gli effetti collaterali ricadranno su di lui/lei, poiché chi ha fornito il vaccino, mediante la firma, si è procurato un preventivo scarico di responsabilità. Ormai è questo il messaggio che la pratica diffusa è riuscita a far passare: "Firmo. Così, se succede qualcosa, la responsabilità non è vostra, perché me lo avevate detto cosa mi poteva capitare!". Anche per questo motivo al firmatario non viene rilasciata alcuna copia, poiché il modulo serve soltanto a chi deve tutelarsi, non a chi rischia. Il vaccinato riceve invece un "allegato 1 al modulo di consenso": tre fogli densi, con un elenco di possibili reazioni avverse – molto comu-

ni, non comuni e rare – e con l'avvertenza che l'elenco non è esaustivo. I primi a ricevere il vaccino sono stati i medici; si presume che, almeno per loro, l'informazione sia trasparente. Ma che cosa avviene quando in fila si mettono i cittadini più anziani e meno acculturati? E quando tocca agli ospiti delle RSA, magari con più o meno marcati *deficit* cognitivi? Consenso estorto con l'inganno o con la reticenza? L'emergenza ha fatto affiorare un problema che esisteva già ben prima dell'epidemia e al di là del consenso alla vaccinazione: la perdita di fiducia nei confronti dei medici e della medicina. Coloro che cercano di smontare le esitanze vaccinali, presenti in percentuali preoccupanti anche tra gli operatori socio-sanitari, raccolgono come motivazione più frequente: "Io non mi fido" (dei medici, di *Big Pharma*, dei vari scienziati, dei dirigenti e amministratori sanitari). Solo questione di ignoranza dunque? Certo, è opportuno il richiamo fatto dalla Commissione Regionale di Bioetica alle parole di Machiavelli: "Dove men si sa, più si sospetta" (Parere n. 2, 2021: "Campagna vaccinale COVID-19"). Tuttavia, le radici sono ben più profonde: si tratta di un crollo della fiducia. È il tarlo insidioso che rode la medicina dall'interno e rischia

di sfasciare l'intero edificio della cura che abbiamo ereditato.

C'è chi pensa che la terapia necessaria al male nascosto della medicina possa consistere in un ritorno alla relazione che in passato si instaurava tra i sanitari e i malati. A questo proposito, in Francia è appena stato pubblicato un libro-manifesto: *Je ne tromperai jamais leur confiance* (Ed. Gallimard, 2021). Lo propone Philippe Juvin, un medico che gode di alto prestigio e che si appresta a entrare nell'agone politico. Appoggiandosi esplicitamente a una formulazione da giuramento ippocratico – "Non ingannerò mai la loro fiducia" –, evoca un'epoca in cui il rapporto di cura richiedeva due atteggiamenti sim-

metrici: la scienza e la coscienza del curante e l'appoggiarsi fiducioso a lui da parte della persona in cura. Si era soliti chiamare questo rapporto "alleanza terapeutica". Ebbene, è adesso il momento di rendersi conto che quel modello è definitivamente superato, soprattutto se lasciamo risuonare nel concetto di alleanza la dimensione sacrale che vi è insita secondo la tradizione ebraico-cristiana. Quel tipo di alleanza non è infatti un contratto tra parti uguali per potere e per iniziativa: è colui che sta in alto – la divinità – a concedere l'alleanza alla controparte umana, ponendo anche le condizioni/comandamenti da osservare per poterla mantenere. Se l'eco di questa concezione poteva ancora essere percepita nella pratica medica del passato, è del tutto anacronistica ai nostri giorni. L'alleanza è concepibile soltanto come realtà laica, intesa su un piano di parità. È stretta tra due parti consapevoli e non concessa per benevolenza. Comporta impegni reciproci e trasparenti tra i partner. È certamente vero che l'asimmetria – di sapere e di potere – resta intrinseca alla relazione terapeutica, ma andrà gestita in modo diverso rispetto al passato. Più in particolare, è necessario rimettere in discussione il cammino per il quale ci siamo avviati, eloquentemente raffigurato dal moltiplicarsi della modulistica tra i professionisti o le istituzioni che offrono la cura e i cittadini che la ri-

cevono. Quella montagna di carte è il simbolo stesso della diffidenza che ormai ha preso il posto della fiducia. Il primo passo è dunque riconoscere, con onestà, che stiamo percorrendo con tenacia la strada sbagliata. *Moltiplichiamo pervicacemente moduli su moduli, senza accorgerci che stiamo ottenendo l'esatto contrario di ciò di cui abbiamo bisogno: reciproca ostilità, invece di apertura; distanzia-*

“Dovunque si riuniscano i medici, congressi, conferenze, caffetterie di ospedali, la tendenza spontanea è di abbandonarsi a una litania di lamentazioni. Cercate di evitarlo. È noioso, non risolve nulla e vi scoraggia. Non c'è bisogno che siate sempre di ottimo umore; solo preparate qualcos'altro da discutere”

Atul Gawande, *Con cura*

mento, invece di vicinanza; sistematico sospetto, invece di trasparenza. Come costruire allora un nuovo rapporto di fiducia in medicina? *Si parva licet componere magnis*, suggerirei di prendere in considerazione le strategie che la lettera enciclica *Fratelli tutti* (n. 231) immagina circa la costruzione della pace. Le sintetizza in due percorsi: architettura e artigianato. L'architettura rimanda a solide, ma chiare, strutture legali e deontologiche. La fiducia, infatti, ha bisogno di essere difesa

da un disegno delle responsabilità, che faccia anche diminuire l'incombere minaccioso delle cause legali. Una medicina sicura deve esserlo, in primo luogo, per il professionista. Egli non può esercitarla se si sente continuamente intimidito da possibili denunce, qualora l'esito della cura non corrisponda ai desiderata di chi la richiede. L'artigianato, invece, evoca un lavoro quotidiano di promozione di una partecipazione informata e consapevole al percorso di cura. È il tessuto di una relazione fatta di ascolto e di interrogazione, di narrazione e d'informazione recepitabile secondo i diversi livelli di cultura (“Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura”: Legge 219/2017 *Norme sul consenso informato e sulle disposizioni anticipate di trattamento*). Quello che può produrre una “conversazione”

paziente non può essere sostituito dalla più furba modulistica di stampo difensivo.

E allora della catasta di moduli cosa ne facciamo? Una modesta proposta: un falò, attorno a cui possano scaldarsi i pionieri di un nuovo modello di fiducia in medicina, decisi ad abbandonare il sistema burocratico-difensivistico e a immaginare una diversa “normalità” in futuro.

sandro.spinsanti@gmail.com

1,24

il numero medio di figli per donna

Il più basso dal 2003

82 anni

la speranza di vita alla nascita

Diminuisce di 1,2 anni sul 2019

-12%

il totale dei trasferimenti di residenza tra Comuni rispetto al 2019

Da: ISTAT, indicatori demografici 2020.

Modificato anche il rapporto medicina-economia

di Marco Geddes

È compito della democrazia contenere gli uomini per quanto possibile entro i limiti della ragione affinché vivano nella concordia e nella pace

Spinoza, Trattato teologico-politico

Questa pandemia ha posto sotto gli occhi di tutti i professionisti sanitari l'intricato rapporto fra sanità ed economia. Non che il tema in precedenza fosse fuori dalla portata di chi lavora in sanità; da anni, infatti, ci siamo abituati a "fare i conti" con il budget, con il valore dei DRG, con la necessità di incrementare, a livello dei policlinici e delle strutture ospedaliere di secondo livello, i ricoveri a maggiore complessità e a più alto costo.

Anche nella sanità territoriale, in particolare fra i medici di medicina generale, il tema dell'appropriatezza delle prestazioni diagnostiche e delle prescrizioni terapeutiche – si pensi anche ai provvedimenti finalizzati a incrementare il ricorso ai farmaci generici – ha sollecitato l'attenzione dei professionisti nei confronti della spesa sanitaria e dei costi del sistema salute e li ha stimolati, facendo leva sulla responsabilità individuale, a partecipare al contenimento dei costi o, in altri termini, al più corretto utilizzo delle risorse disponibili.

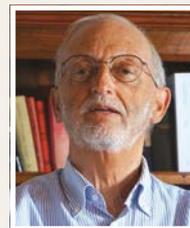
Potremmo pertanto affermare che, sotto il profilo del rapporto medicina-economia, questa pandemia non ci abbia svelato niente di nuovo? Siamo forse di fronte al consueto triangolo fra *stakeholder* – medico, paziente e amministratore nelle vesti di direttore generale o assessore alla sanità – che operano nello stesso campo da gioco? Certamente non giocano in squadre avverse, ma con ruoli differenziati e non sempre collimanti.

Il paziente esprime i propri bisogni e i propri desideri: quelli che ha maturato in seguito ai sintomi, alle percezioni, alla sua cultura, ma anche quelli che si sono concretizzati in base al *milieu* sociale in cui vive, alle informazioni e alle

suggerimenti che ha ricevuto dai *media*, a quanto ha acquisito – giusto o sbagliato che sia – consultando *Internet*.

Il medico si trova invece di fronte a un compito complesso e in parte contraddittorio. Ha una funzione di *advocacy* del paziente e dei suoi diritti, ma anche delle sue aspettative e delle sue necessità; svolge anche un ruolo concreto all'interno della comunità, sia nei confronti dei pazienti (quelli a lui affidati nel reparto o i suoi assistiti) sia come appartenente a un'Azienda Sanitaria, che non è un'impresa volta al profitto, ma un insieme di operatori sanitari in cerca di un equilibrio fra molteplici funzioni e risorse disponibili: economiche, di tempo, di personale ecc. *Il medico tenta, o dovrebbe tentare, di applicare quella che viene definita una "medicina incrementale", che consiste nelle azioni del visitare, valutare, consigliare, tranquillizzare ed eventualmente prescrivere. Un'impresa non facile, che necessita non soltanto di empatia, ma anche di una formazione che non sempre gli è stata offerta nel corso del suo iter universitario.* Inoltre, la situazione nella quale opera può non permettere o non consentire l'espletarsi di un tale approccio, come ci ha dimostrato, in più occasioni, questa emergenza.

L'amministratore svolge funzioni diverse in relazione anche alla sua posizione nella *governance* sanitaria. Se ricopre un ruolo direzionale in Azienda deve "far tornare i conti". Questo è spesso il parere – o la sensazione e talvolta l'accusa – che il sanitario tende ad avere nei confronti dei vertici aziendali. Come ogni sensazione ha spesso un contenuto reale, poiché, con tempistiche, modalità e intensità diversificate nelle varie Regioni, chi di-



MARCO GEDDES

Medico, è stato Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero Firenze Centro dell'Azienda Sanitaria di Firenze e dell'Istituto Nazionale Tumori di Genova. Vice presidente del Consiglio Superiore di Sanità, assessore alla Sanità e Servizi Sociali del Comune di Firenze

righe un'Azienda sanitaria ha dei vincoli di bilancio e – erroneamente – viene spesso valutato solo o prevalentemente in base a tale parametro. Tuttavia, la realtà è ben più complessa di così: *chi amministra ha di frequente problemi di appropriatezza ed equità distributiva delle risorse disponibili, siano esse finanziarie o risorse di personale, fra i vari servizi, fra le diverse aree del territorio, fra gli obiettivi immediati o di lungo periodo, fra la spesa corrente e gli investimenti (largamente sostenuta attraverso i mutui) ecc.*

Se il quadro qui brevemente richiamato è in generale quello consueto, quello che abbiamo vissuto nel corso di questi decenni, la pandemia ha fatto emergere, o meglio ha svelato con evidenza, agli occhi degli operatori sanitari più coinvolti nella quotidianità della propria professione e meno sollecitati a una riflessione sul rapporto sanità-economia che gli *stakeholder* attivi in campo non sono soltanto i tre sopra menzionati. *A fianco di paziente, medico e amministratore si trovano ormai altri due soggetti: i produttori di beni e il sistema finanziario.*

La rilevanza dei produttori di beni è emersa, in questi mesi, in misura drammatica e – diciamo chiaramente – inattesa. Il fatto è che la nostra società e il nostro sistema sanitario per molti decenni non hanno avuto bisogno di confrontarsi con la "scarsità di risorse". Questa problematica era già affiorata in alcuni ambiti particolari: si pensi ad esempio al trattamento dell'infezione cronica da virus dell'epatite C e alla disponibilità di un an-

tiviale, come il Sofosbuvir. Tuttavia, si trattava pur sempre di una popolazione limitata, 130-150 milioni di persone, rispetto alla attuale pandemia che interessa miliardi di individui.

Il problema dell'insufficienza delle risorse è inoltre emerso con evidenza da tempo, in misura assai più sfumata, nell'accesso alla diagnostica e alla specialistica. Sappiamo bene però che in questo caso non si tratta – se non raramente – di scarsità assoluta di risorse, ma di una loro inadeguata allocazione e di una organizzazione non ottimale.

In occasione della pandemia la mancanza di risorse non è stata parziale o un rischio potenziale: si è manifestata, possiamo affermare, “in termini assoluti”. Una penuria generale di disinfettanti, di guanti, di mascherine, di mezzi di protezione individuali. Una carenza di ventilatori, di ossigeno, ma anche di mezzi di trasporto per andare a scuola e di banchi adeguati ad assicurare il giusto distanziamento. Un'assenza di strumenti appropriati che si è risolta, con immediatezza, nel decesso dei pazienti e degli stessi operatori sanitari.

Ci siamo imbattuti quindi in un'altra realtà, in interlocutori diversi dagli amministratori e dai governanti: i produttori di beni. Abbiamo realizzato che:

1. la sanità, e in particolare la sanità pubblica nel suo insieme, è affidata non solo a specifiche tecnologie, ma anche a presidi elementari e alla disponibilità di beni appartenenti ad altri comparti produttivi;
2. il sistema produttivo, in conseguenza della delocalizzazione, della ricerca di manodopera a basso costo e di maggiori profitti, ha allungato la filiera e ha reso difficile anche l'approvvigionamento di beni essenziali per la sanità. Una carenza che si riflette, come emer-

ge in questa occasione, sulla “sicurezza dello Stato” (per usare una espressione forte e un po' datata);

3. lo stato di salute di una popolazione – e dunque la sua capacità di contrastare la diffusione dell'epidemia – ha una rilevanza fondamentale per l'economia del Paese. Si è infatti riscoperto, anche se in forme e modalità molto diverse, quello che si era palesato all'inizio dei primordiali sistemi di *welfare*, quando i governi divennero consapevoli che la compromessa salute delle “classi subalterne” causava una carenza di manodopera e, più in particolare, di uomini idonei all'arruolamento nelle armate.

L'altro stakeholder, apparso forse con maggiore evidenza, è il sistema finanziario, ovvero i grandi capitali, che determinano l'accesso anche a un bene essenziale quale è il vaccino.

Anche in questo caso non si tratta di una assoluta novità e le ideologie neolibériste, ben inserite nella finanza mondiale e negli organismi internazionali, sono chiaramente documentate. La Banca Mondiale criticava, fin dagli anni Ottanta, la decisione dei paesi di considerare l'assistenza sanitaria un diritto di cittadinanza, tenendo così di fornirla gratuitamente. Più recentemente, il *Trade in Service Agreement* (TiSA) identificava “un potenziale enorme ancora non sfruttato per la globalizzazione dei servizi sanitari; fino a oggi questo settore di servizi ha esercitato solo un ruolo ridotto negli scambi internazionali”, e lamentava pertanto che “ciò è dovuto al fatto che i sistemi sanitari sono finanziati ed erogati dallo Stato o da enti assistenziali e non sono di nessun interesse da parte degli investitori stranieri a causa dell'assenza di finalità commerciali”.

Si trattava tuttavia di questioni politiche “lontane”, che non avevano influenza – o almeno tale era l'errata percezione – sulla nostra attività professionale di medici, farmacisti e infermieri.

Ora invece abbiamo compreso che le scelte su investimenti e individuazione delle priorità (si pensi alla scarsità nella produzione di farmaci per le malattie rare o all'abbandono dei vari filoni di ricerca in tema di farmaco-resistenza perché poco redditizi) determinano anche la nostra “quotidianità terapeutica e assistenziale”, non solo quella di qualche Paese lontano.

Anche in Europa e in Italia, dunque, la disponibilità di tali risorse vitali dipende da chi detiene le leve economiche, in misura maggiore da chi detiene quelle politiche e rappresenta i cittadini. Abbiamo toccato con mano quella che è stata definita la legge dell'assistenza inversa, ovvero l'idea che la disponibilità dell'assistenza sanitaria sia inversamente proporzionale al bisogno della popolazione assistita.

Abbiamo appreso che il possesso del brevetto è un diritto inviolabile e che la cessione della licenza obbligatoria, neppure in questa occasione pandemica, trova ascolto al WTO, per l'opposizione degli Stati Uniti, della Gran Bretagna e dell'UE, cioè dei Paesi maggiormente influenzati dai produttori di vaccini. Questo perché il potere economico, là dove è più forte, riesce a orientare i governi nelle proprie scelte e forse anche perché alcuni paesi sono in grado di acquisire vaccini in misura sufficiente.

E se poi il virus mutato dovesse rientrare dall'India, ci consoleremo allora affermando che si tratta del “virus indiano”, la cui diffusione è dovuta alle loro abitudini igieniche?

marco.geddes@gmail.com

La pandemia ha mostrato l'intreccio inestricabile, il *trade off*, tra sanità ed economia. La medicina è una parte assai consistente dell'economia globale, la *white economy*, nel quale, nonostante l'enfasi sulla tutela della salute e il ruolo decisivo della scienza, la politica si piega alle regole del mercato. La questione vaccini lo dimostra: nessuno ha osato attentare al brevetto, che la stessa WTO consente di superare in situazioni di emergenza e la pandemia lo è. Alla pandemia, intesa come fenomeno globale cui la scienza sta cercando risposte condivise grazie a una comunicazione diffusa e tempestiva, è mancato un governo globale e gli Stati hanno mostrato l'assoluta incapacità di imporre regole al mercato; si è perduta l'occasione di dare un segnale di solidarietà tra i popoli. L'egoismo sconfigge la ragione, ma finché vi saranno sacche di malattia tutti sono a rischio.

A. P.

Quarantene, restrizioni, obblighi vaccinali: equilibri tra libertà e salute pubblica nell'era della pandemia

di Antonio Vallini



ANTONIO VALLINI
Professore ordinario di Diritto Penale,
Università degli Studi di Pisa

“La sanità è intimamente intrecciata con la cultura, la politica e l’economia; ogni cosa in sanità è quella che è – un modo di allocare le risorse, di curare i malati, di cercar di capire le basi scientifiche della malattia e della cura – e anche qualcosa d’altro. La sanità è simbolica. Significa cose diverse per diverse persone, così che non si può definire in modo esclusivamente razionale”

John Lantos,
Riformare la sanità americana,
Arco di Giano 15, 1997

Non un nuovo prodotto di narrazioni politiche che blandiscono le percezioni di insicurezza dell’opinione pubblica, neppure l’ennesimo localizzato cataclisma che, presto esaurito, impone di riparare i danni e di tutelare le vittime. Ci confrontiamo, oggi, con un disastro globale, dinamico, persistente e potenzialmente ingravescente. Ne è causa non un qualche deviante (il terrorista, il ma-

fioso, il “clandestino”), contro il quale lo Stato possa ergersi a protezione dei cittadini “onesti”, bensì un virus di cui *ognuno* può essere vettore. *Il contrasto normativo cui si è fatto ricorso ha perciò assunto tratti inediti e sconvolgenti, risolvendosi nella limitazione delle libertà di chiunque a salvaguardia di tutti.*

Vero è che si è toccato con mano, come mai prima d’ora, il significato di un dovere di “solidarietà” (art. 2, Costituzione), che potremmo tradurre nel più icastico concetto di *interdipendenza*. Nel corso di una pandemia, infatti, le più banali azioni impattano in modo esponenziale sulla salute e la vita proprie e altrui; al morbo, che fa scorribanda in popolazioni prive di specifica memoria immunitaria, si può tagliare la strada solo coordinando e allentando armonicamente la complessa rete delle scelte e dei rapporti umani, frapponendo distanze e ostacoli (i divieti di circolazione, frequentazione e assembramento, le mascherine, l’igiene, il plexiglass). Un’immane impresa biopolitica, dunque, a cui serve la funzione regolatoria del diritto, il quale (Corte costituzionale, n. 37/2021), *entro i limiti logici e cronologici dell’emergenza*, deve poter reagire duttilmente al repentino mutare delle condizioni nel tempo e nello spazio, svincolandosi dalle farraginosità della legge ordinaria, per operare invece mediante decreti-legge (sottoposti a posteriori a controllo parlamentare) che prevedano in generale misure rimesse poi all’attuazione tecnica di ancor più agili provvedimenti (i dpcm, le ordinanze). I giuristi non abbassino la guardia: una legislazione per l’emergenza può

farsi facilmente incerta e arbitraria nel sacrificare altri beni, disfunzionale o sproporzionata rispetto allo scopo. Difficile, però, risulta individuare i corretti parametri di un controllo di costituzionalità. Sembra quasi che i Costituenti, nonostante il ricordo dell’influenza spagnola, non avessero messo in conto un’esperienza così totalizzante. “Motivi di sanità” sono evocati, nella Carta, per limitare il diritto di circolazione (art. 16), ma che dire delle quarantene (generalizzate, per chi sia attualmente “positivo”, per chi con questi o con un focolaio epidemico sia entrato in contatto), che ancora prima sembrano aggredire la libertà personale di cui tratta l’articolo 13? Secondo questa norma, infatti, ogni restrizione della libertà (si hanno in mente, primariamente, restrizioni “penali”, stigmatizzanti e coercitive) deve essere non solo legalmente predeterminata (e a tal fine i decreti-legge basterebbero), ma anche declinata persona per persona con un atto motivato dell’autorità giudiziaria, o comunque subito sottoposta alla convalida di un giudice. Una “giurisdizionalizzazione” *ex ante* non prevista per le misure anti-COVID, rileva criticamente ad esempio il Tribunale di Reggio-Emilia, che perciò disapplica i dpcm. Tale mancanza, tuttavia, è confacente alla logica di dette misure: quale vaglio garantistico caso per caso dovrebbe mai compiere il giudice, quando il motivo della restrizione stia in una valutazione epidemiologica per aree geografiche e per classi di popolazione? E quando detto motivo sia dato dal referto di un tampone, quale discrezionalità dell’autorità amministrativa dovrebbe mai essere urgen-

temente sindacata a priori? A fronte di un'intera cittadinanza ristretta, fatta di milioni di contagiati e di persone che li hanno frequentati, una tale complicazione procedurale avrebbe inoltre vanificato l'intera logistica del contrasto all'epidemia e travolto gli uffici giudiziari ancor più di quanto il morbo abbia poi travolto i servizi sanitari. In ragione di una lettura "deduttiva" dell'articolo 13 della Costituzione, dobbiamo dunque accettare che le quarantene siano realisticamente praticabili solo per malattie contagiose circoscritte e verso numeri limitati di infetti, non più nelle fasi acute di una pandemia, cioè quando, secondo raccomandazioni scientifiche consolidate, siano essenziali per preservare l'intera compagine sociale da una minaccia estrema? *Fiat libertas, et pereat mundus?*

Conviene forse un approccio più "induttivo", che tenga conto dei principi, sì, ma anche pragmaticamente dell'enormità della situazione. Si potrebbe, allora, considerare come le misure giuridiche di contenimento dell'epidemia abbiano una valenza sanitaria pari a quella della vaccinazione (si veda ad esempio l'art. 6, lett. b, l.833/1978), alla stregua di una profilassi di massa *sui generis*; e di come esse impongano un bilanciamento – in termini di adeguatezza e di proporzione – tra la salvaguardia dell'autonomia individuale, da un lato, e della salute tanto individuale quanto collettiva dall'altro. Sia per il loro orientamento funzionale che per le loro implicazioni valoriali assomigliano, perciò, a quei trattamenti sanitari obbligatori di cui tratta l'articolo 32, comma 2 della Costituzione, pretendendo una legge, ma non la validazione di un giudice volta per volta (pur restando ferma, quale sufficiente garanzia, la facoltà di un ricorso al giudice *ex post*, di cui in concreto si è non di rado approfittato, vedendo la già cospicua giurisprudenza dei TAR). In effetti, l'articolo 32, comma 2, quando *come regola* vieta interventi medici non sorretti dal consenso dell'interessato, diventa espressione di un più generale diritto di libertà

sul proprio corpo, mentre quando, *come eccezione*, consente solo alla legge di ordinare trattamenti sanitari, dà voce a un'istanza di solidarietà sociale e salute pubblica, dovendosi però, in ogni caso, rispettare la "persona umana" dell'obbligato. Il regime dell'articolo 13 torna a imporsi in caso di TSO "coercitivi", ma le misure quarantenarie, generalmente rivolte a tutti, possono ben essere – e in buona parte sono state – declinate in modo non "detentivo", accompagnate cioè dal permesso di uscire di casa, mantenendo saldi alcuni divieti: quello di frequentare certi luoghi, sempre più estesamente definiti quanto più grave e diffusa sia l'urgenza epidemica (divieto conforme all'art 16, Costituzione); quello di adottare cautele (la mascherina ecc.); quello di evitare riunioni in luogo pubblico (cfr. art. 17, ultimo comma, Costituzione); quello di godere di attività economiche che si sarà provveduto a "chiudere", salvo indennizzo, per salvaguardare preminenti interessi sociali e di sicurezza (art. 41, Costituzione); quello di usufruire di servizi (scuola, università, Pubblica Amministrazione ecc.) che si saranno organizzati il più possibile in forma telematica. Più in particolare, secondo costante dottrina e giurisprudenza, la legge può imporre un trattamento sanitario solo se funzionale *tanto* alla salute degli altri, *quanto* alla salute del destinatario. La "persona umana", infatti, risulterebbe offesa vuoi se costretta, paternalisticamente, a scelte che si esauriscono nella sua sfera privata, vuoi se degradata a strumento per l'esclusiva soddisfazione di interessi altrui. Questo bilanciamento tra autodeterminazione, salute individuale e salute pubblica è da modulare, dice la Consulta, secondo logiche di ragionevolezza e proporzione: quanto meno l'obbligo comprime una libertà (anche in ragione del tipo di sanzione), quanto più è utile e non rischioso per il destinatario, e quanto più è serio il pericolo per gli altri, tanto più è consentito, al legislatore, sancirlo. Vi sono dunque i presupposti di legittimità delle restrizioni "generali" solle-

cite dalla pandemia, punite solo in via amministrativa, perché circolando senza limiti mentre "il morbo infuria" puoi contagiare e contagiarti. Certo, potrebbe darsi che tu non sia affetto dal virus, né destinato a incontrarlo, e che ti si chieda soltanto di partecipare a un coordinamento sociale volto nel complesso a governare un *rischio* invisibile e ubiquitario: in ogni caso misure precauzionali di questo genere, sempre secondo ragionevolezza e proporzione, sono sensate se volte a contrastare un agente patogeno molto contagioso e assai letale, in comunità di soggetti deboli ed esposti, nel cuore di un *cluster* epidemico (una differenziazione "per zone", tempi e categorie appare, perciò, costituzionalmente ancor più tollerabile). La permanenza domiciliare del "positivo" risulta, in quest'ottica, più problematica, in quanto di carattere maggiormente "detentivo" e sollecitata da una sanzione penale (sia pure contravvenzionale), e perché non necessariamente corrispondente *anche* a un interesse dell'obbligato. Tuttavia, l'*obbligo* di quarantena del contagioso può essere letto come un *divieto*, penalmente sanzionato, di esporre gli altri al contagio (e contagiare è reato: lesioni, omicidio, epidemia), giacché qui si tratta non di un mero "rischio", ma di un vero pericolo (soltanto "presunto" quando si tratta, invece, di chi ha frequentato il contagioso, al quale non a caso si rivolge una sanzione meramente amministrativa). Vista così, la fattispecie assomiglia a uno dei tanti reati di pericolo che il nostro ordinamento già conosce e accetta.

In questa prospettiva, è infine da valutare la tenuta costituzionale di un obbligo vaccinale. La Consulta ha in più occasioni dichiarato legittime simili imposizioni, purché, secondo contingenti evidenze scientifiche, la vaccinazione sia misura ottimale di prevenzione della malattia tanto per chi ne usufruisce, quanto per gli altri consociati, l'obbligo appaia strategicamente necessario non essendo (più) sufficiente affidarsi alla "buona volontà" dei cittadini, e sia previsto un equo ristoro per eccezionali eventi avversi. Rispetto alle vaccinazioni per

il COVID-19, l'obbligo sembra al momento sconsigliato, vuoi per la penuria di fiale – che lo renderebbe paradossale – vuoi perché a preoccupare, più che la *vaccine hesitancy*, è semmai un eccesso di domanda rispetto all'offerta. È poi definitivamente dimostrata l'idoneità di questi farmaci a interrompere la catena dei contagi. Tuttavia, pur se la vaccinazione servisse soltanto a evitare la malattia dei vaccinati, essa rimedierebbe (come già fortunatamente sta rimediando) all'abnorme pressione sui servizi sanitari, contribuendo egualmente alla tutela della salute collettiva: in situazioni assai meno emergenziali argomenti analoghi sono già stati spesi, dalla Corte, per ritenere legittimi altri doveri di autoprotezione, come quelli relativi all'uso del casco o delle cinture di sicurezza. L'immunizzazione è ancora più facile da imporre a coloro che esercitano professioni sanitarie, comportanti un

incremento significativo del rischio di contagio passivo e attivo, rispet-

“Perciò nessuno deve scambiare questo comunissimo assenso popolare per argomento della verità perché ascolteremmo quali esperienze e dimostrazioni inducano altri pochi a credere il contrario e troveremo questi essere persuasi da saldissime ragioni e quelli da semplicissime apparenze e riscontri vani e ridicoli”

Galileo Galilei, *Lettera a Cristina Di Lorenza*

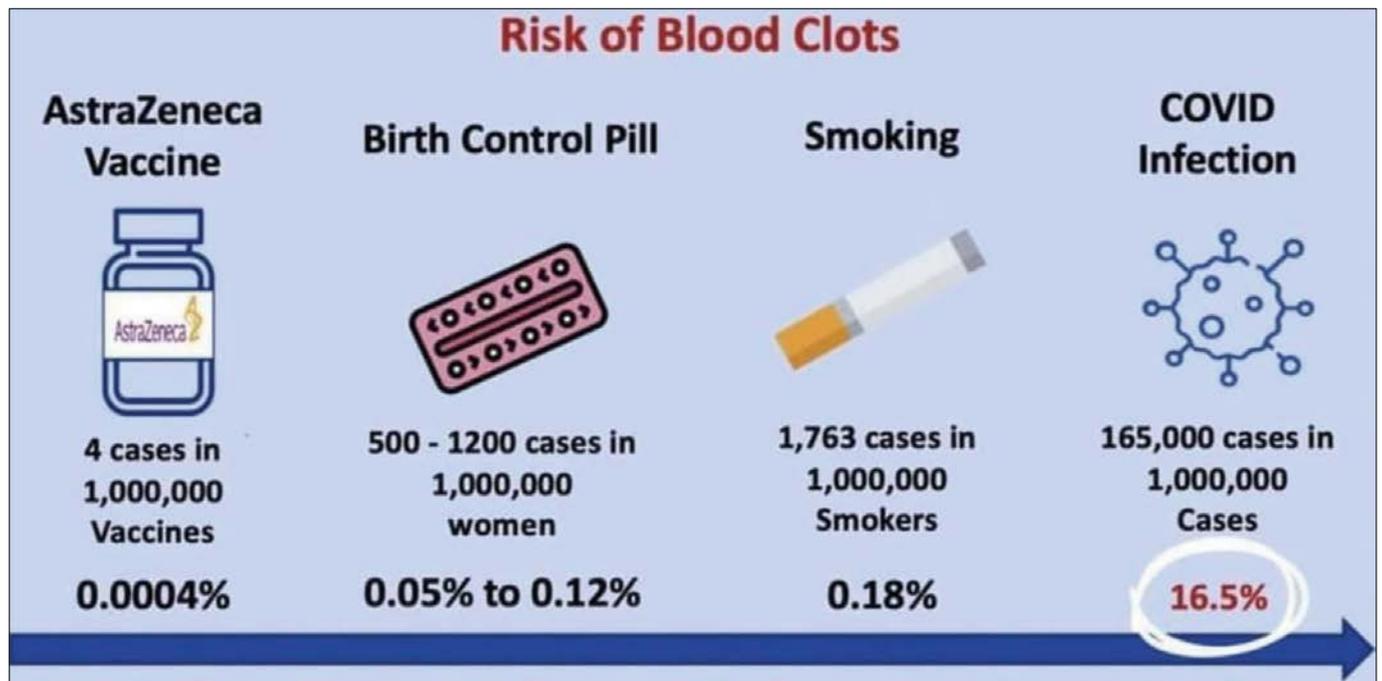
to ai soggetti deboli affidati alle loro cure. In simili ipotesi, d'altronde, più che un obbligo si configura un onere: l'adempimento è una condizione necessaria per l'esercizio di certe attività, da cui agevolmente ci si può sottrarre semplicemente decidendo di fare altro. A parte alcune questioni di dettaglio, bene ha fatto

il Governo, dunque, a provvedere in tal senso, con un decreto-legge destinato a essere convertito in legge, in conformità a quanto richiesto dall'articolo 32, comma 2 (art. 4 decreto-legge 1 aprile 2021, n. 44).

In conclusione, tocca accorgersi, bon gré mal gré, dei limiti del tralatizio principio liberale in nome del quale sinora abbiamo combattuto – anche per depurare la relazione terapeutica da ogni incrostazione paternalistica –, stando al quale “la libertà dell'uno trova un limite soltanto nella libertà dell'altro”.

S'impone una variazione sul tema: poiché pretendi, dalla società, la tutela del tuo diritto, devi contribuire all'eguale tutela dell'eguale diritto altrui, limitando entro lo stretto necessario qualche libertà, così come gli altri fanno per te. *Fiat solidaritas ne pereat mundus.*

antonio.vallini@unipi.it



3.173 i morti per incidente stradale nel 2019, 55,2 per milione di abitanti. 1 caso di grave reazione avversa (la cosiddetta PIVT o simili) ogni milione di inoculazione di vaccino (quelli a supporto virale) di cui una donna deceduta in America, una in Germania. Nessuna migliore dimostrazione delle teorie di Daniel Kahneman sulle motivazioni emotive delle decisioni umane. Altresì è difficile che chi governa decida senza tener conto dell'immaginario collettivo. La razionalità scientifica deve ancora fare un bel tratto di strada per conquistare il senso comune, se mai ci riuscirà.

A. P.

Pandemia, diritto e deontologia

di Antonio Panti

*Hanno dietro e dinanzi e d'ambo i lati
notai, procuratori e avvocati*

Ludovico Ariosto, Orlando Furioso, XIV, 84

Tra i problemi che affliggono la post-pandemia si è già manifestato quello giuridico, sia sul piano risarcitorio (le famiglie degli anziani deceduti in RSA) sia su quello penale (le inchieste della magistratura).

La pandemia, infatti, è senz'altro una stimolante occasione per i cultori del diritto: le procure sono al lavoro e gli avvocati affilano le armi. Un importante giurista ha tacciato alcuni suoi colleghi, fin troppo affaccendati nel chiedere giustizia, di "accattonaggio legale". Merita allora tentare un'analisi dei fatti, spinti dalla curiosità e dalla preoccupazione per la trasposizione della pandemia all'interno dei tribunali.

Questo evento eccezionale può essere stato affrontato con un certo ritardo: molte decisioni prese in estrema fretta possono aver trascurato il consenso, la carenza di risorse può aver posto tragici dilemmi, l'aspetto umano dell'assistenza può essere stato negletto e la scarsità di protezioni può aver penalizzato medici e infermieri. Sono inoltre mancati tempo e risorse per le cure palliative, gli anziani non sono stati protetti e i medici sono stati costretti a tentare strade terapeutiche sconosciute. Una realtà che nessuno può ignorare o sottovalutare. L'intero personale ha operato in condizioni del

tutto inusuali. I medici hanno dovuto decidere senza il conforto di linee guida, condizionati da pressioni esterne enormi, quasi costretti, sotto gli occhi di tutti, a una sfida con la stessa scienza: un faticosissimo *stress test*.

In siffatte evenienze nascono recriminazioni, sospetti di negligenza, sentimenti di rabbia e di sconforto, una miscela esplosiva che chiede a gran voce giustizia morale e il risarcimento di presunti danni.

Vi è tuttavia come una sensazione di scarsa equanimità, che molti giuristi hanno percepito, ergendosi a difensori di chi si è esposto a dei rischi personali nel tentativo di salvare delle vite in situazioni caotiche, le quali rendevano di fatto arduo o quasi impossibile dar corso a quelle norme che ormai costellano la relazione tra medico e paziente.

La sanità, la deontologia e il diritto sono pensati per affrontare situazioni individuali in tempi normali – in tempo di pace, potremmo dire. Occorre adesso pensare a un diritto "in tempore belli", che non lasci solo il medico di fronte a scelte tanto complesse.

Si parla di guerra e di eroi, si usano metafore belliche, si è perfino schierato l'esercito, ma di fronte all'aumento della domanda di cure e ai costi incrementali dell'innovazione la sanità vive costantemente in carenza

di risorse e molte decisioni mediche sono influenzate dai condizionamenti esterni, spesso economici.

Scegliere all'interno di risorse limitate non è una novità portata dalla pandemia. L'intreccio tra l'aumento della domanda di salute, i costi dell'innovazione e i limiti di bilancio rende quindi necessario individuare dei criteri – non solo clinici – che sostengano la responsabilità di chi decide in condizioni di perenne scarsa disponibilità di risorse.

Occorre adattare la Bianco-Gelli a una situazione imprevista. Le scelte del medico non sono dettate soltanto dai criteri clinici e dal rispetto dell'autodeterminazione: *in base al diritto vigente, che prevede la responsabilità professionale come figura potenzialmente penale, il Sistema Sanitario Nazionale dovrà affrontare una pandemia legale, frutto della mancanza di previsioni giuridiche sulle questioni inerenti alla salute della collettività.* È necessario allora definire quali limitazioni ai diritti sono possibili nel rispetto della libertà della persona e quali sono i criteri etici, giuridici e deontologici per restituire serenità al medico. Tra questi, uno su tutti è abolire il valore penale della colpa professionale.

antonio.panti@tin.it

Il colossale evento che stiamo vivendo provoca enormi guasti: lo sconvolgimento sociale, il danno economico, il costo della tecnica, l'aumento delle disuguaglianze. Su tutto domina il ricordo dei tanti, troppi morti per l'attacco di un minuscolo essere quando ormai credevamo scomparse le malattie infettive e il dominio sulla natura esente da paure. Non ha senso la discussione sul quotidiano: occorre affrontare il futuro che dipende da come sapremo prepararci anzi prevenire altri disastri, considerando l'uomo parte e non padrone del pianeta. Le mutazioni della nostra specie non ci hanno difeso dai germi tuttavia la scienza ci consente di vincere e, contro ogni regola darwiniana, di salvare i più fragili e i più vecchi.

A. P.

Il Dipartimento di prevenzione fra passato, presente e futuro

di Renzo Berti



RENZO BERTI
Medico specialista in Igiene e Epidemiologia.
Direttore Dipartimento di Prevenzione ASL
Toscana Centro

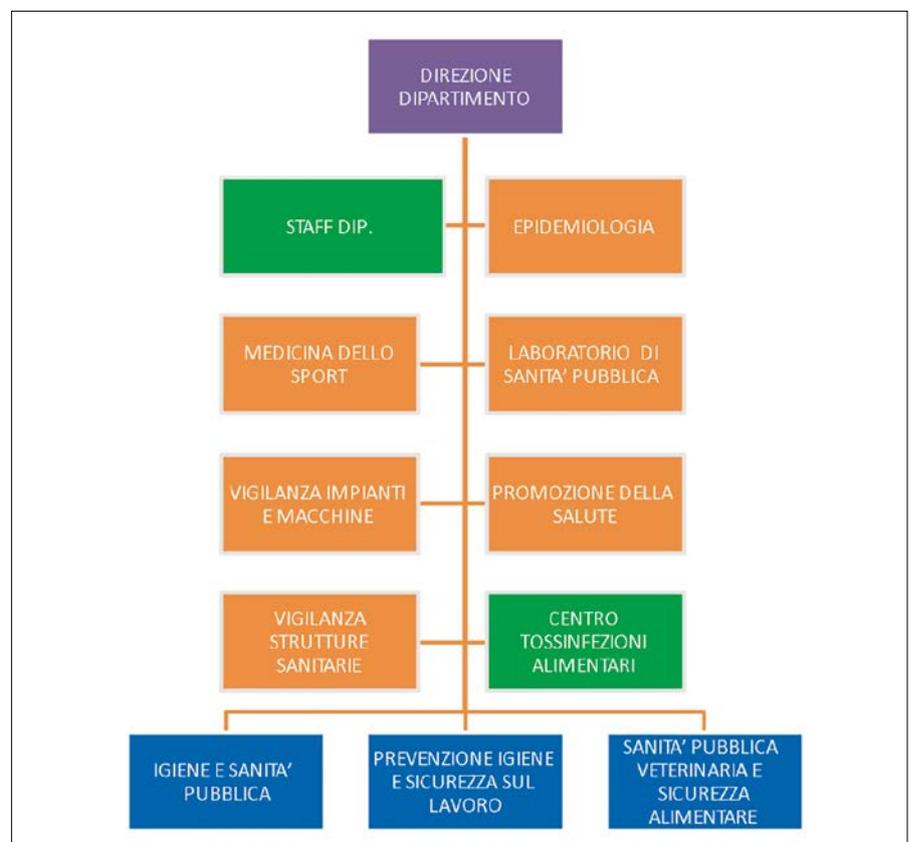
“Qualsiasi tentativo di rendere il nostro mondo più sicuro è destinato a fallire a meno che non si affrontino l’interfaccia critica tra persone e agenti patogeni e la minaccia esistenziale del cambiamento climatico, che sta rendendo la nostra Terra meno abitabile”
Ghebreyesus TA, DG dell’OMS, Discorso alla 73^a Assemblea mondiale della Sanità, 18 maggio 2020

Quanto tempo è trascorso prima che fosse dichiarata la pandemia? E quanto prima di comprendere e affermare la necessità dei dispositivi di protezione o, magari, l’estensione della diagnostica agli asintomatici? L’elenco potrebbe essere lungo e disseminato di scoperte progressive, che si accompagnano però a un logico corrispettivo di ferite non tutte ancora cicatrizzate. Come dimenticare infatti la fobia verso i cinesi o, più in generale, verso gli orientali, divenuti oggetto, in taluni casi, persino di atti intimidatori? Eppure, più preoccupati e impauriti di noi, avevano iniziato per primi a isolarsi e a proteggersi, tutelando indirettamente anche tutta la comunità circostante. Dopo averli a

lungo temuti e tenuti a distanza, ricordo lo sbigottimento generale quando molti di loro, anticipando il primo lockdown, presero l’iniziativa di ritirare i figli da scuola.

In quel periodo iniziale il nostro impegno era rivolto soprattutto all’informazione della popolazione e alla parallela messa a punto organizzativa: unità di crisi e procedure di gestione. Poi, quando l’ondata è arrivata, abbiamo dato il via alle attività di prelievo (i tamponi) propedeutiche alla diagnosi, al tracciamento dei casi e dei loro

L’impatto della pandemia sui dipartimenti di prevenzione è stato devastante, probabilmente ancora di più che sulla sanità clinica. Le ragioni sono evidentemente molteplici, ma possono essere ricondotte a un deficit di conoscenza e di risorse. Il primo aspetto ha rappresentato (e per certi aspetti ancora rappresenta) il principale problema: è infatti difficile combattere e soprattutto sconfiggere un nemico che non si conosce. Se torniamo con la memoria all’inizio del 2020, quando il virus aveva iniziato a imperversare in Cina, riaffiorano alla mente parole d’ordine rassicuranti come “sarà forse un po’ peggio dell’influenza” e persino l’incertezza di un effettivo coinvolgimento della nostra parte di mondo.



Dipartimento di prevenzione ASL Toscana Cento - strutture verticali.

contatti, all'adozione delle misure di isolamento e quarantena, alla sorveglianza attiva. Pur nello sconcerto generale, c'era in quel periodo un clima di collaborazione, sia all'interno del sistema sanitario che fra la popolazione. Quando ci mettevamo in contatto con i soggetti positivi era facile trovare cooperazione nella ricostruzione dei loro percorsi e spesso la nostra chiamata era apprezzata, poiché interpretata come un segno di vicinanza. Eravamo tutti meno stanchi di adesso e più motivati dalla prospettiva di un'uscita dall'epidemia in tempi relativamente brevi.

Oggi invece il clima è radicalmente mutato e spesso quella collaborazione è sostituita dall'insofferenza. Le indicazioni operative di allora sono ancora in gran parte attuali, ma certo di livello inferiore rispetto all'intervenuta opportunità di prevenzione primaria, conseguente alla disponibilità di vaccini. Durante la prima ondata, è stato dato un grosso impulso alla creazione di un sistema informativo più evoluto, che fortunatamente ha sostituito i fogli *Excel* usati a lungo per gestire la casistica e fornire gli elementi fondamentali per prendere le decisioni. A ciò si aggiunge la grande attenzione all'analisi epidemiologica, ovvero relativa all'andamento dei contagi, nel tentativo – a tratti chiro-mantico – di disegnare curve e prospettive.

Un urto, dunque, indubbiamente potente, che però abbiamo retto massimizzando l'impiego delle risorse, cronicizzando l'impegno straordinario *full time* e valicando sovente i confini delle competenze per poter dare comunque una mano.

All'interno dei dipartimenti di prevenzione si è prodotta una grande mobilitazione, non solo dei servizi di igiene e di epidemiologia, ma anche delle risorse professionali ordinariamente preposte ad altre filiere (si veda lo schema sull'assetto organizzativo) che si sono concentrate nella gestione della pandemia. Tuttavia, con la crescita dei numeri, è progressivamente affiorata l'evidenza di

un grave *deficit* nella qualità e nella quantità delle risorse. Questo a causa della lunga stagione di sottofinanziamento della sanità pubblica, che si è particolarmente accanita proprio contro le attività di prevenzione, in ossequio alla tradizione secondo cui esse tornano – brevemente – di moda solo all'indomani delle catastrofi.

E così, quando nel primo autunno 2020 ha avuto inizio la seconda ondata, siamo finiti sott'acqua, con conseguente affanno del sistema di tracciamento, recuperato poi in corsa grazie all'integrazione di risorse professionali e tecnologiche e all'avvento di

Vaccinarsi e vaccinare è un obbligo giuridico dei medici? Secondo i costituzionalisti il Parlamento può emanare una legge. Può essere qualificato come idoneità alla mansione? Il Garante si è pronunciato positivamente. Tutto ciò non interessa la professione. Chi ha giurato di "tutelare la salute individuale e collettiva" e di "garantire la sicurezza del paziente" sente la vaccinazione come obbligo morale e l'Ordine non può che agire in conseguenza

formule ad alta produttività, come le Centrali di *Contact Tracing*. A questo proposito, il reclutamento e la formazione dei giovani – studenti, ma anche professionisti sanitari – che hanno dato energia alla nostra CCT presso la Fortezza da Basso di Firenze, ha costituito ed è ancora oggi una bellissima esperienza, carica di entusiasmo e desiderio di contribuire al superamento di una situazione così critica. Una volta superato l'affanno e consolidato il tracciamento quotidiano del 100% della casistica, sono state progressivamente affiancate altre linee produttive, come quella per la certificazione di fine isolamento e di informazione sull'universo COVID-19.

La vorticosità dell'andamento epidemico si è riflessa anche in una continua evoluzione della produzione normativa e delle opzioni operative, fattori che hanno spesso disorientato

la popolazione. Per questo motivo abbiamo cercato di offrire un punto di riferimento, allestendo un'apposita centrale Info COVID-19. Si è avuto poi l'avvento degli screening di massa, con un lavoro mirato sulle scuole e sui territori a più alta crescita epidemica, spesso interessati dalle varianti virali. Proprio per garantirne il controllo, è stato previsto un sistema di tracciamento ancora più accurato ed esteso. Oggi, con il fatto che ormai alle celebri "3 T" (Testare, Tracciare e Trattare) si è sommata la "V" di Vaccinare, il nostro impegno si è massimamente diretto a questo fine. L'allestimento della rete

vaccinale e in particolare quello degli hub ha creato le premesse organizzative per quell'estesa campagna di somministrazione che, nel momento in cui scrivo, pare finalmente in procinto di acquisire un'adeguata disponibilità di materia prima (i vaccini, appunto) per poter decollare.

Purtroppo, non è ancora il momento di fare bilanci. La strada per arrivare in fondo al tunnel appare infatti ancora lunga. Credo però che prima ancora di celebrare le nostre buone *performances*, l'atteggiamento più opportuno e già da ora possibile sia quello di iniziare a riflettere

sui limiti e sulle difficoltà riscontrate, così da provare a disegnare traiettorie migliori per gli scenari futuri.

Questi, in base al mio modo di vedere, potrebbero esserne i capisaldi:

- pensare alla spesa per la sanità pubblica non solo come a un costo, ma come a un investimento;
- investire nella promozione della salute e nella prevenzione collettiva per essere davvero lungimiranti;
- prevedere standard di risorse calcolate sulla complessità demografica e territoriale;
- arricchire l'articolazione e l'integrazione professionale all'interno del Sistema Sanitario Nazionale;
- definire modelli organizzativi con *chances* di carriera aperte a tutte le professioni, senza per questo comprometterne la razionalità operativa.

Le attività di prevenzione, individuali o collettive, riguardano tutti, non solo

la sanità e il dipartimento a esse deputato. La loro stessa efficacia e ancora prima la promozione della salute transitorio, infatti, dall'impegno integrato e diffuso della società intera. Tuttavia, il dipartimento di prevenzione può, tramite la sua articolazione organizzativa e la specifica formazione dei suoi professionisti, candidarsi a essere un prezioso punto di riferimento.

La pandemia, stressando il sistema, ha messo crudamente in evidenza la necessità di rafforzare le connessioni tra i diversi attori e segmenti operativi. È infatti un tema che investe prepotentemente il territorio e reclama sinergie, con le società della salute, con i corpi sociali, con i diversi presidi assistenziali, con i medici e i pediatri di famiglia e con le loro espressioni organizzative.

Non è più perciò – se mai lo è stato – il tempo di piantare paletti per presidiare i confini. È il tempo delle sinergie e ancora di più delle alleanze. Ma, per un tale fine, sarà determinante poter contare su una committenza autorevole e determinata.

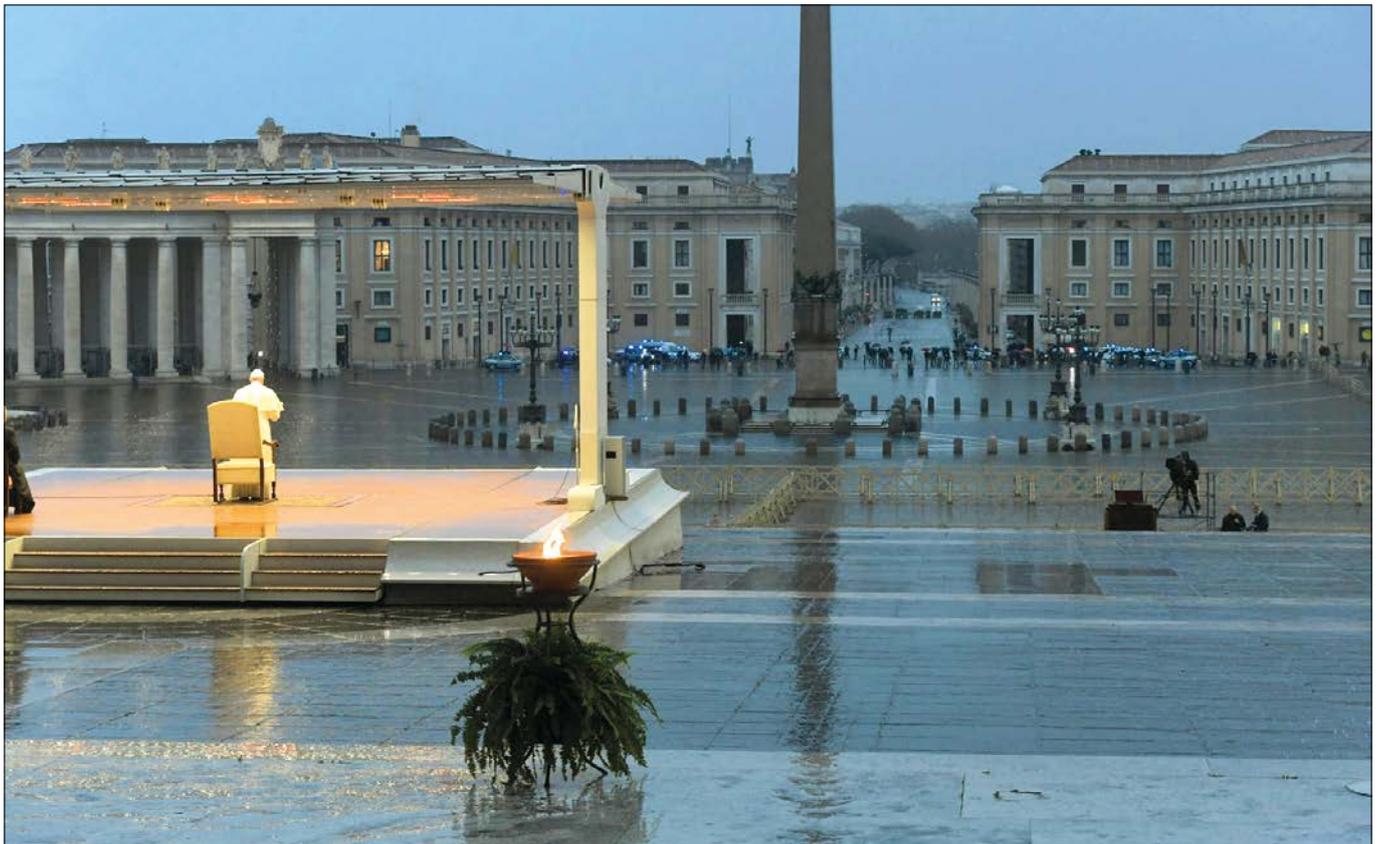
rnzberti@gmail.com

“Ed ecco che il giorno seguente, mentre appunto regnava quella presuntuosa fiducia, anzi in molti una fanatica sicurezza che la processione dovesse aver troncato la peste, le morti crebbero in ogni classe, in ogni parte della città, a un tal eccesso, con un salto così subitaneo, che non ci fu chi non vedesse la causa o l'occasione nella processione medesima”

Alessandro Manzoni,
I promessi sposi, cap. XXXII

“Confida poi il prelodato Monsignor Vescovo che da qui innanzi cesseranno le cosiddette Processioni di Penitenza, le quali, mentre da una parte sono edificantissime e commoventi, fatte in ore pericolose e a piedi denudati, non possono non produrre dei mali corporali assai gravi, avendoci purtroppo l'esperienza dimostrato che molti, i quali hanno inopportuno praticato simili devozioni, sono rimasti colpiti dal morbo micidiale”

Da una Notificazione del Vescovo di Livorno durante l'epidemia di colera del settembre 1835



“La pandemia ha messo in crisi le nostre false sicurezze ed è apparsa evidente l'incapacità dei governi di agire insieme. Desidero tanto che, riconoscendo la dignità di ogni persona, possiamo far rinascere un'aspirazione mondiale alla fraternità”

Papa Francesco, *Laudato si'*

Nelle RSA tra sicurezza e affetto

di Serena Spinelli

La scienza è una infrastruttura della democrazia

Ezio Mauro, Riparte l'Italia, 23/03/1921

“Buongiorno carissimi. Questa forzata clausura mi porta a pensieri e riflessioni non confortanti. Penso ai tanti conoscenti che stanno attraversando momenti di ansia, difficoltà e con la prospettiva che il futuro sarà peggiore come, ad esempio, alle 5 donne che avevano un contratto stagionale con il residence di cui 2 separate con i figli a carico. La frase ‘andrà tutto bene’ 30 giorni fa mi esaltava, ora invece mi graffia l’anima. Voglio credere, da laico, che questa Pasqua sia di rinascita, di riscoperta del senso di comunità”

Giorgio, *Graffiti*, 2020

Le Residenze Sanitarie Assistite (RSA) hanno sicuramente rappresentato anche in Toscana uno dei fronti più difficili nella lotta al COVID-19. Basti pensare che tra la fine di novembre e l’inizio di dicembre 2020 siamo arrivati ad avere quasi duemila anziani positivi nelle nostre 324 residenze, mentre

in base all’ultimo monitoraggio del 10 maggio siamo scesi a 76.

Un risultato che è frutto in prima battuta delle disposizioni regionali decise in autunno, con cui abbiamo puntato a favorire la massima separazione tra gli ospiti negativi e quelli positivi e a migliorare la presa in carico di questi ultimi da parte delle Asl di competenza.

A fare la differenza poi ha concorso soprattutto l’avanzamento della campagna vaccinale avviata tra gli ospiti delle RSA, a cui è stata data la priorità appena il vaccino Pfizer è stato disponibile – il 27 dicembre – e di cui si sta completando la somministrazione dei richiami.

Tra le criticità che abbiamo dovuto affrontare c’è stata inoltre quella dei casi che si sono sviluppati tra gli operatori. Anche questi sono oggi in rapida diminuzione, grazie alle vaccinazioni del personale, ma soprattutto grazie a un’aumentata sensibilità e attenzione nei confronti della pericolosità del virus e a una opportuna formazione.

A questo proposito, uno studio recente, dedicato proprio alla gestione della pandemia nelle RSA toscane e curato dall’Istituto di management della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa, ci mostra che le RSA – così come del resto tutti noi – non erano preparate a una pandemia. La maggioranza delle strutture ha, infatti, affrontato inizialmente il COVID senza un piano per la gestione di influenze pandemiche, messo a punto via via che l’emergenza cresceva.

Un piano di riorganizzazione “sicurezza e affetto”

Come istituzione regionale e come assessore competente per le RSA è



SERENA SPINELLI
Assessora Politiche Sociali, Edilizia
Residenziale e Cooperazione Internazionale
Regione Toscana

proprio sul piano organizzativo che ci siamo concentrati in autunno, nel pieno della cosiddetta seconda ondata. A novembre abbiamo infatti varato delle disposizioni che ho definito più volte “Piano sicurezza e affetto”.

Sono queste le due parole che ci hanno guidati nel definire le importanti misure volte a proteggere e a prenderci cura dei nostri anziani.

Sicurezza, innanzitutto

Il primo obiettivo, quello della sicurezza, è stato orientato a ridurre il più possibile i contagi tra gli ospiti delle strutture residenziali e tra le operatrici e gli operatori che da mesi erano sottoposti a un grande stress. La massima e tempestiva separazione tra gli ospiti positivi e quelli negativi è stata determinante. In ogni Asl sono state individuate *strutture da convertire in RSA Total COVID*, nelle quali è stato aggiunto personale sanitario Asl e dove sono stati assistiti gli ospiti positivi che non necessitavano di essere ricoverati in ospedale. Le RSA, in grado di attuare percorsi separati al proprio interno, hanno continuato a operare in modalità mista COVID/No-COVID, ma sempre con il supporto del personale sanitario regionale.

È stata importante anche la *definizione di una modalità di gestione dei positivi*, affidata al personale di nuove USCA dedicate, insieme al medico di famiglia, agli specialisti dei gruppi territoriali e alle unità di crisi aziendali.

Insomma, sono state date *disposi-*

zioni precise da parte del Servizio Sanitario Regionale per la presa in carico degli anziani che avessero contratto il virus e per garantire il livello di assistenza e cura più adeguato, in base alle condizioni di salute e alla gravità dei sintomi.

A questo si è aggiunto un monitoraggio costante sull'andamento epidemiologico attraverso i dati provenienti dalle singole RSA toscane. Sarà, inoltre, sviluppata una App che consentirà un continuo controllo della situazione di presa in carico integrata sociale e sanitaria di ciascun ospite.

C'è stato dunque un forte impegno condiviso dei soggetti gestori, delle aziende sanitarie e dei medici nell'azione di prevenzione e di contrasto del contagio, oltre a un deciso impegno formativo e di aggiornamento.

Abbiamo fatto partire, infatti, un insieme di iniziative di formazione e prevenzione rivolte alle RSA della Toscana con l'obiettivo di migliorare, a partire dall'emergenza COVID, tutta l'azione di prevenzione, di sicurezza e di gestione delle situazioni di rischio sanitario. All'interno di questo progetto vorrei segnalare tre incontri, uno per ogni area vasta, rivolti principalmente ai referenti delle RSA per la qualità, la sicurezza e il rischio clinico. Essi nascono con l'obiettivo di sviluppare un modello organizzativo in grado di fronteggiare al meglio gli eventi critici attraverso il potenziamento del rapporto con il Centro di gestione del rischio clinico e con le figure di riferimento delle Asl e attraverso la condivisione di buone pratiche, procedure, strumenti formativi e informatici.

Siamo già partiti con l'area vasta Nord-Ovest. Gli incontri interesseranno poi l'area Centro e l'area Sud-Est e coinvolgeranno in tutto circa 500 persone. Un'ampia partecipazione, quindi, che conferma come il tema sia molto sentito dagli operatori delle RSA.

Tuttavia, sul versante della sicurezza, è importante ribadire che non

possiamo assolutamente permetterci di abbassare la guardia.

La priorità va data ora alla campagna vaccinale, anche rispetto all'obiettivo di una ripresa delle relazioni tra le RSA e l'esterno, oltre che a quello di una riapertura degli ingressi dalle liste d'attesa. Per questo motivo pochi giorni fa ho inviato una lettera a tutte le RSA della Toscana, invitandole a fornire ai loro operatori tutte le informazioni e le indicazioni necessarie per poter effettuare quanto prima la vaccinazione.

Distanziamento fisico ma non distanziamento degli affetti

Dopo aver parlato tanto di sicurezza, vorrei ora dedicare spazio al secondo termine del nostro piano: *affetto*.

Purtroppo, la lotta al COVID nelle RSA ha richiesto un grosso sacrificio agli anziani e alle loro famiglie, quello del blocco delle visite e del totale distanziamento fisico.

Chiudere le RSA, infatti, impedendo così l'accesso ai familiari, è stata una delle misure necessarie per salvaguardare gli ospiti e gli operatori e per contrastare la diffusione del contagio, ma tale decisione ha portato con sé un pesante impatto psicologico sulla qualità della vita degli anziani ospiti e anche dei loro cari.

Un elemento di difficoltà che non abbiamo potuto trascurare e sui cui abbiamo lavorato per cercare soluzioni compatibili con le necessarie misure di prevenzione.

Abbiamo perciò stabilito le modalità e gli strumenti per garantire e favorire la comunicazione tra gli anziani nelle RSA e le loro famiglie.

A questo proposito, abbiamo stanziato quasi 900.000 euro di sostegni economici alle RSA per l'acquisto o il potenziamento di una strumentazione tecnologica capace di facilitare i contatti degli anziani con l'esterno: cellulari, tablet, televisori, lavagne multimediali. In questo progetto è rientrata anche la realizzazione di spazi dedicati agli incontri in sicurezza, come le cosiddette "stanze degli abbracci", presenti ormai in varie RSA toscane.

Insomma, il nostro obiettivo è stato quello di favorire ogni possibilità di contatto, in sicurezza o a distanza, tra gli ospiti e i loro cari, in modo che il distanziamento fisico non si traducesse in un totale distanziamento degli affetti.

Oltre la pandemia: verso un nuovo approccio per anziani e non autosufficienza

Nonostante molto sia già stato fatto, il contrasto al COVID nelle RSA non è ancora una questione chiusa. Tuttavia, oltre a tenere alta la guardia e a spingere sui vaccini, abbiamo anche il dovere di guardare oltre la pandemia, capire cosa il COVID, purtroppo, ci ha insegnato. Dobbiamo farlo, per migliorare il servizio, per evitare in futuro di commettere gli stessi errori e di trovarci di nuovo impreparati.

Ritengo che si debba tener conto anche dell'opportunità di un aggiornamento e di una ridefinizione complessiva del quadro dei servizi sociali e sanitari integrati rivolti alla terza età e alla non autosufficienza, poiché a essere cambiati e a cambiare rapidamente, anche a fronte di eventi traumatici come la pandemia, sono proprio i bisogni di una fascia di popolazione peraltro sempre più consistente. All'interno di questo quadro si collocano le RSA e i loro futuri modelli organizzativi, che andranno sviluppati insieme a tutti i soggetti coinvolti. Credo che tutto debba rispondere a un nuovo approccio, maggiormente integrato e capace di risposte trasversali, in termini di residenzialità, di assistenza e cure, di cronicità, di servizi territoriali di prossimità e di tutto quello che si può fare a livello domiciliare. È necessario ripensare e, soprattutto, potenziare ciò che per troppo tempo è stato tagliato e che ha determinato un impoverimento della capacità di risposta sul territorio ai bisogni della popolazione anziana.

serena.spinelli@regione.toscana.it

Lockdown, famiglie e salute mentale degli adolescenti

di Claudio Coscarella, Elisa Casini, Chiara Marinari

Il lockdown ha inciso profondamente sullo stile di vita degli adolescenti ed ha causato un aumento delle richieste di ricovero per psicopatologie.

Tali affermazioni sono suffragate dalla Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) dell'ospedale pediatrico "Bambin Gesù" di Roma che denuncia un aumento da ottobre 2020 a febbraio 2021 degli atti autolevisivi e degli accessi al Pronto Soccorso del 30%. La NPIA "Mondino" di Pavia registra nel 2020 un aumento del 50% delle richieste di ricovero per adolescenti. Un sondaggio fra gli adolescenti (12 < 17 anni) ha fatto emergere alterazioni del contenuto del pensiero, sintomi dissociativi, agitazione ansiosa, disturbi del sonno e preoccupazione per il futuro.

Il lockdown appare essere un fattore di rischio per la salute mentale, in particolare per l'età evolutiva.

Il 20% degli adolescenti soffre di

un disturbo mentale e sembrerebbe naturale chiedere più posti disponibili negli ospedali (oggi largamente insufficienti) e più risorse per prevenire ed evitare situazioni di crisi. Gli interventi terapeutici e preventivi si realizzano rinforzando i servizi territoriali, pesantemente colpiti dai tagli alla sanità negli ultimi dieci anni, con più neuropsichiatri, più psicologi, più educatori, più terapisti (logopedisti e neuro psicomotricisti) per lavorare preventivamente con le famiglie e nelle scuole.

Paradossalmente il periodo di lockdown per alcuni adolescenti è stato positivo. Indagini-questionario condotte nella fascia 12-19 anni hanno posto in evidenza che questo periodo, nonostante le difficoltà, l'isolamento e le limitazioni sociali, è stato un'occasione per riscoprire l'importanza, del tempo, della cultura (canali tematici del servizio pubblico RAI) e per ca-



CLAUDIO COSCARELLA
Laureato nell'aprile del 1981 con tesi di laurea in Clinica Neurologica. Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile, Firenze 1990. Specializzazione in Psicoterapia Familiare a indirizzo relazionale e sistemico c/o ITF di Roma e c/o ITF di Firenze. Neuropsichiatra infanzia e adolescenza. Responsabile UFSMIA Isola d'Elba - ASL Nord-Ovest, Toscana

ELISA CASINI
Psicologa e psicoterapeuta, UFSMIA Isola d'Elba

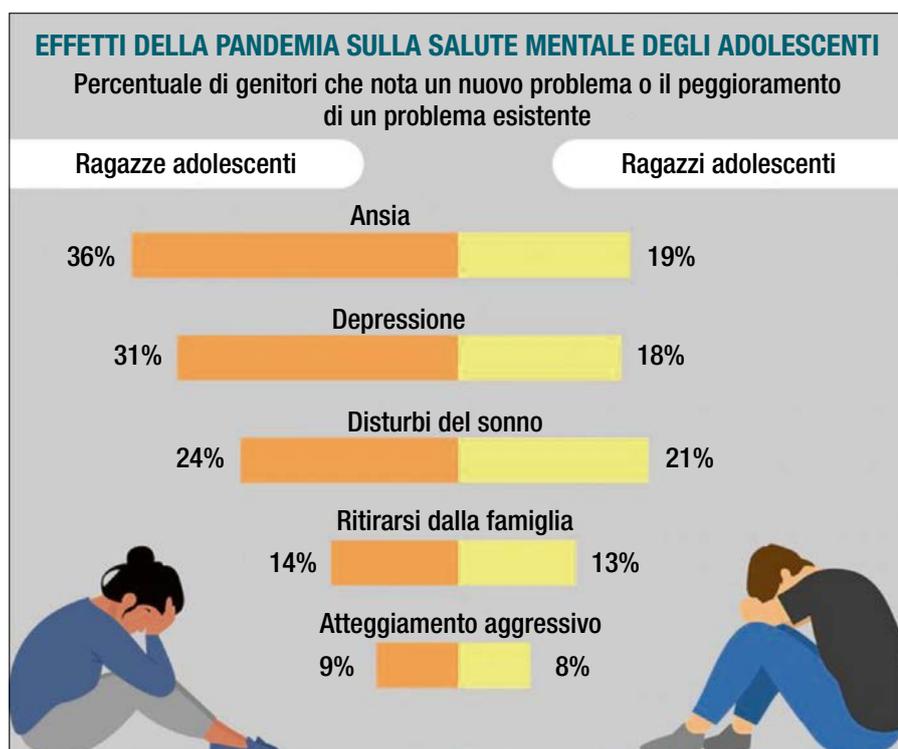
CHIARA MARINARI
Psicologa e psicoterapeuta, UFSMIA Isola d'Elba

pire quanto davvero siano importanti per un individuo in crescita la libertà di movimento e la socialità.

I giovani si sono dedicati a loro stessi nella casa e con la propria famiglia in un risveglio della dimensione affettiva. Hanno tratto piacere dallo stare con genitori, fratelli e anche con se stessi.

I social media sono stati essenziali per i ragazzi durante il lockdown, poiché il loro utilizzo e i contatti quotidiani con i parenti hanno permesso di mantenere più basso il livello d'ansia. La realtà virtuale e le interazioni sociali in rete sono di fatto vicarianti per i rapporti e molto più emotivamente controllabili, soprattutto per adolescenti timidi, poco propositivi e magari con qualche problematica relazionale. Le generazioni dei nativi digitali vivono ed esperiscono la loro realtà come il prodotto di una continua interazione fra due mondi, l'offline e l'online, il digitale e il fisico, in una declinazione di rapporti interpersonali dal confine indistinto. Non si sentono mai da soli e annoiati, ma insieme e proattivi nella connessione in tempo reale, immersi in una "rete di opportunità".

Altri adolescenti hanno tratto numerosi benefici dal passare più tempo in famiglia: molti hanno raccontato



Da: C.S. Mott Children's Hospital. National Poll on Children's Health, 2021, mod.

di essersi sentiti più vicini ai genitori e ai fratelli. Anche se non tutte le famiglie sono oasi affettive. Inoltre i problemi socio-economici hanno contribuito ad accrescere un malessere emergente, spesso già presente a livello dei genitori e che ha finito per travolgere bambini e adolescenti. Questo dato di correlazione fra malessere familiare e disturbi psichiatrici adolescenziali rappresenta il principale fattore di criticità, poiché lascia comprendere quanto sia difficile e complesso, ma anche necessa-

rio, agire non solo per la cura dell'adolescente ma preventivamente per la cura dei contesti educativi dei minori (scuola e famiglia).

Il Comitato sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza delle Nazioni Unite ha messo in guardia contro i gravi effetti fisici, emotivi e psicologici della pandemia COVID-19. A fronte di un aumento della domanda, si rileva una persistente carenza di risorse ed elevata disomogeneità nell'organizzazione della rete dei servizi sanitari nelle diverse Regioni italiane.

In Toscana nelle Unità Funzionali di Salute Mentale Infanzia e Adolescenza si evidenzia una criticità di risorse che talvolta non garantisce equità di risposte. Gli utenti negli ultimi cinque anni sono aumentati esponenzialmente e tante famiglie sono costrette a rivolgersi nel privato con carichi emotivi, logistici ed economici molto rilevanti e difficilmente sostenibili.

claudio.coscarella@uslnordovest.toscana.it

ANCHE I RAGAZZI SOFFRONO IL COVID: IL DRAMMA DEL DISAGIO PSICOLOGICO DEGLI ADOLESCENTI

Sta diventando un problema di enorme importanza, spesso non considerato adeguatamente e quasi mai ritenuto degno di opportuna valorizzazione nelle cronache dominate dal COVID-19. Purtroppo però appare ogni giorno più evidente che la pandemia sta impattando pesantemente anche sulle fasce più giovani di popolazione, da mesi relegate in casa, private della didattica in presenza e con spazi di socialità limitati allo schermo e ai microfoni dei computer e degli *smartphones*.

Lo dimostrano i dati dell'AOU Meyer di Firenze, al pari di quanto registrato dalle altre grandi strutture ospedaliere pediatriche del nostro Paese.

Già durante il 2020 infatti il DEA del pediatrico fiorentino aveva segnalato un aumento di circa il 17% rispetto all'anno precedente dei casi di adolescenti visitati per problemi relativi alla salute mentale. Ulteriore conferma di questa preoccupante situazione di disagio psichico negli adolescenti è poi arrivata dal confronto con i dati dei primi due mesi del 2020 e del 2021. Se nel periodo gennaio-febbraio dello scorso anno il DEA del Meyer aveva infatti registrato un solo accesso per problemi legati a disturbi del comportamento alimentare, nello stesso periodo 2021 i casi sono diventati 21, in gran parte riferibili a problemi legati all'anoressia.

Ancora più preoccupante l'incremento delle situazioni di accesso al DEA per ideazioni suicidarie, passate dall'unico caso rilevato a gennaio-febbraio 2020 ai 10 dello stesso periodo 2021.

Simone Pancani



“E adesso scrivo le mie memorie su questo quadernino prima che la vita me lo possa negare”, dal diario di una bambina di prima media, in: Rita Casadei, *Riflessioni pedagogiche sugli effetti del lockdown*.

Una doppia epidemia, COVID ed esclusione sociale

per MEDU
Marco Zanchetta

Durante l'emergenza sanitaria conseguente alla diffusione del virus COVID-19, Medici per i Diritti Umani (MEDU) ha portato avanti le consuete azioni di cura e testimonianza sul territorio toscano, integrandole con un intervento specifico volto a supportare le autorità sanitarie locali nelle azioni di *screening* per la prevenzione e il contenimento del virus presso le persone senza dimora o che vivono in insediamenti informali. I progetti implementati da MEDU in Toscana sono i seguenti: "Un camper per i diritti" (clinica mobile di prima assistenza sanitaria e orientamento ai servizi per la popolazione senza fissa dimora delle città di Firenze e Prato), il consultorio "Persefone" (servizio di supporto medico-psicologico e psico-sociale alle donne migranti vittime di tortura, trattamenti inumani e degradanti o tratta, in collaborazione con Asl Toscana Centro, Cooperativa CAT e Associazione Progetto Arcobaleno) e infine il progetto "La salute si fa in strada" (*équipe* multidisciplinare che fornisce assistenza medico-psicologica e psico-sociale ai migranti con disagio psichico e alle persone che vivono in condizioni di marginalità sociale). *Tratti comuni e distintivi delle diverse progettualità sono l'approccio di prossimità e a bassa soglia e l'ottica di sussidiarietà con il sistema sanitario pubblico, con l'obiettivo di promuovere l'accesso alle cure dei gruppi di popolazione più vulnerabili e al contempo fornire alle istituzioni socio-sanitarie locali e nazionali strumenti e conoscenze utili per affrontare in modo efficace il problema dell'esclusione sanitaria delle persone in condizioni di marginalità sociale.* L'area metropolitana fiorentina è

una delle aree italiane più colpite dalla pandemia, ma al contempo una di quelle in cui si è osservato il più proficuo sforzo di gestione dell'emergenza sanitaria da parte delle istituzioni. In questo quadro, l'unità mobile "Un camper per i diritti", in particolare, ha avuto sin dalle prime fasi della pandemia un ruolo attivo e cruciale nell'assistenza alle persone che vivono in condizioni di precarietà abitativa presso stazioni ferroviarie, insediamenti precari, edifici occupati e che spesso sono prive di un medico di base e impossibilitate ad accedere a percorsi di cura e di prevenzione. Nel 2020 la clinica mobile ha raggiunto circa 500 persone, nella maggior parte dei casi uomini di origine straniera di età compresa tra i 20 e i 35 anni. MEDU ha assunto un ruolo centrale in diverse azioni, quali la diffusione capillare di informazioni aggiornate e scientificamente validate sulla malattia, nelle principali lingue veicolari; la fornitura capillare di dispositivi di protezione individuale (mascherine, gel antisettico); il costante monitoraggio epidemiologico sia diretto (presso gli insediamenti raggiunti) che da remoto (garantendo una disponibilità telefonica h24); il coordinamento con le ASL e con i servizi di emergenza territoriale per la presa in carico e l'esecuzione dei tamponi nasofaringei; la gestione dei rapporti con gli alberghi sanitari e con le USCA per i pazienti in isolamento; il supporto sanitario e psicologico ai pazienti risultati positivi.

Il contesto pandemico ha imposto all'attività della clinica mobile un riadattamento dal punto di vista logistico e organizzativo. Laddove le visite mediche erano tradizionalmente svolte a bordo del camper,

Medici per i Diritti Umani

Per info:

www.mediciperidirittiumani.org

[3351853361](tel:3351853361)

infatti, la necessità di rispettare il distanziamento interpersonale ha richiesto il reperimento di dispositivi di protezione individuale per i volontari e per i beneficiari del progetto (tute, calzari, mascherine, guanti, occhiali di protezione, gel antisettico), l'allestimento di un'unità esterna dinamica e facilmente igienizzabile con tavolino, lettino e paravento per lo svolgimento delle visite nonché la creazione di protocolli per l'impiego oculato e sicuro delle risorse. Le attività del *team* medico-sociale di MEDU sono state così svolte senza compromettere la qualità dell'intervento, garantendo il massimo beneficio per i beneficiari e al contempo la massima sicurezza del personale volontario. Le visite mediche prevedono la misurazione della temperatura corporea e l'indagine anamnestica focalizzata sui sintomi di infezione da SARS-CoV-2, oltre che ogni altra valutazione necessaria caso per caso in relazione al problema di salute di ciascun paziente. Attraverso l'attività di MEDU, decine di pazienti con sintomatologia suggestiva per infezione da SARS-CoV-2 hanno ricevuto prima assistenza medica, hanno potuto effettuare il tampone nasofaringeo e accedere alle cure del caso.

Per comprendere a fondo l'impatto della pandemia sulla popolazione raggiunta da MEDU, è necessario operare una distinzione tra la prima ondata dell'epidemia, tra marzo

e maggio, e la seconda, tra i mesi di ottobre e dicembre. Nella prima fase della pandemia nessuno dei beneficiari del progetto, persone per lo più giovani, ad alta mobilità e in molti casi con qualche forma di occupazione lavorativa, è risultato positivo all'infezione. La ragione si può trovare probabilmente nel fatto che i loro movimenti sul territorio erano strettamente limitati e le giornate venivano trascorse essenzialmente in casa. Anche lo *screening* a tappeto effettuato il 27 aprile presso la parrocchia di Vicofaro (Pistoia), dove erano presenti circa 200 persone, non aveva rilevato alcuna positività. Nella seconda fase della pandemia, si è assistito per contro a un progressivo aumento dei contagi, a partire dai 25 casi rilevati dall'unità mobile nei contesti di marginalità nel solo mese di ottobre. Grazie alla segnalazione, da parte del *team* della clinica mobile, di 3 persone con sintomatologia compatibile con infezione da COVID-19 dimoranti presso la parrocchia di Vicofaro, la Asl Toscana Centro con il supporto di MEDU ha attivato tempestivamente la somministrazione a tappeto di tamponi antigenici rapidi, a seguito della quale sono risultate positive 23 persone. Il rilevamento delle positività ha portato all'isolamento in albergo sanitario di 90 persone. Ciò è stato possibile solo grazie al lavoro coordinato tra vari attori territoriali, riuniti in un Tavolo, in particolare: Asl Toscana Centro, USCA, Comune di Pistoia, Prefettura e Questura.

Date la probabile alta contagiosità dei contesti di marginalità e la conseguente difficoltà di fare fronte alle possibili richieste di presa in carico, la scelta del Dipartimento di Igiene pubblica della Asl Toscana Centro è stata di non procedere a ulteriori *screening* a tappeto ma muoversi solo in seguito alla segnalazione di pazienti sintomatici. In linea generale, emerge dall'esperienza degli ultimi mesi l'assenza



“Se siete venuti per aiutare me state sprecando tempo, ma se siete venuti perché la vostra liberazione è legata alla mia, allora cerchiamo di lavorare insieme”

Da un documento degli aborigeni del Queensland, citato in: M. Marmot, *La salute disuguale*

di protocolli specifici che offrano una risposta rapida ed efficace per la presa in carico di persone in condizioni di precarietà abitativa all'interno di contesti nei quali

“È indubbio che l'aumento delle malattie trasmissibili emergenti riemergenti nei Paesi in via di sviluppo arresti l'economia e può dare un duro colpo alla democrazia; le tensioni tra Nord e Sud si intensificherebbero”

CIA, *The global infectious diseases*, report 2020

difficilmente sono a disposizione spazi compatibili con l'isolamento, dato il sovraffollamento e la promiscuità delle condizioni di vita, spesso in assenza di spazi separati e di condizioni igienico-sanitarie adeguate. Un'ulteriore criticità emersa ha riguardato l'isolamento presso gli alberghi sanitari dei pazienti risultati positivi al tampone, i quali, secondo quanto osservato da MEDU, non sono stati sufficientemente

informati sulla loro condizione sanitaria né supportati da un servizio di mediazione linguistico-culturale. Di conseguenza, i pazienti hanno riferito un vissuto di forte *stress* psicologico, che in taluni casi ha fatto rievocare precedenti esperienze traumatiche vissute, trattandosi in molti casi di migranti sopravvissuti a violenze e trattamenti inumani e degradanti.

MEDU è stata inoltre ripetutamente chiamata a provvedere ai bisogni materiali di base di persone prive di una rete familiare o amicale di supporto, dal momento che presso gli alberghi non vengono forniti effetti personali quali coperte, prodotti per l'igiene intima, generi di prima necessità. I pazienti che hanno vissuto esperienze negative tendono poi a gestire autonomamente le sintomatologie a rischio. Per concludere, specifica attenzione merita l'azione di supporto medico-psicologico e psico-sociale svolta da MEDU nell'area metropolitana di Firenze, Prato e Pistoia nell'ambito dei progetti “La salute

si fa in strada” e “Persefone”, sopra descritti. L'intervento viene attivato su segnalazione di soggetti privati, della stessa clinica mobile di MEDU, delle Commissioni Territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale di Firenze e Livorno, dei CAS, del sistema di accoglienza SAI e delle Associazioni del Terzo Settore operanti a vario titolo con i migranti. *L'inizio della pandemia ha comportato per molte delle persone assistite un drastico peggioramento delle condizioni di vita, con una*

diminuzione delle già scarse prospettive di integrazione e un aumento del rischio di marginalità. I vissuti più comuni associati alla pandemia sono stati e sono la riattivazione di paure e ricordi relativi a episodi traumatici del passato, il timore per l'incolumità dei familiari rimasti nei paesi d'origine e, soprattutto, la preoccupazione per il futuro. Alcuni pazienti, infatti, hanno perso il proprio impiego o dovuto ridurre drasticamente le ore di lavoro, trovandosi in condizioni di grave precarietà economi-

ca. Anche per i pochi che vivono una situazione relativamente stabile, tuttavia, il prolungato isolamento e l'inattività hanno acuito il disagio preesistente, alimentando vissuti di solitudine, impotenza, incertezza, paura e perdita di controllo sulla propria vita. Per molte persone in questo periodo MEDU ha rappresentato l'unico punto di riferimento sia per la tutela della salute che per le problematiche di carattere sociale.

co-firenze@mediciperidirittiumani.org

In Italia le persone, nell'ambito della “fragilità sociale”, rischiano di essere escluse: circa 500.000 immigrati senza permesso di soggiorno, senza documenti o con documenti non riconosciuti, anche se in possesso del codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) dato loro per l'accesso alla sanità o, per i comunitari non in regola amministrativamente, difficilissimi da quantificare, della tessera ENI (Europeo Non Iscritto); ci sono gli stranieri, poco più di 200.000, che hanno fatto domanda di regolarizzazione, ci sono circa 78.000 immigrati accolti in strutture d'accoglienza governative e locali, ci sono i minori stranieri non accompagnati, le persone vittime di tratta, accolte in specifiche strutture, e ancora molti rom, sinti e caminanti che vivono in campi di fortuna o decine di migliaia di persone, italiane e straniere, presenti in insediamenti informali, ghetti, palazzi occupati. E infine ci sono i senza dimora, italiani e stranieri, che popolano spesso angoli anonimi delle grandi città, le stazioni ferroviarie e le hall o i giardinetti degli ospedali, i parchi pubblici non chiusi di notte, le tettoie non presidiate.

L'AIFA ha diffuso questi chiarimenti ma a oggi l'applicazione è alquanto aleatoria:

FAQ 7. Saranno vaccinati soltanto i cittadini italiani? Secondo lo schema di priorità definito nel Piano vaccini saranno vaccinate tutte le persone presenti sul territorio italiano, residenti, con o senza permesso di soggiorno ai sensi dell'articolo 35 del testo unico sull'immigrazione.

FAQ 9. Che documenti sono richiesti per effettuare la vaccinazione alle persone (italiane e straniere) in condizioni di fragilità sociale? Sulla base di quanto sancito dall'articolo 32 della Costituzione italiana e di quanto previsto dall'articolo 35 del Testo Unico sull'immigrazione, può essere accettato: un qualsiasi documento (non necessariamente in corso di validità) che riporti l'identità della persona da vaccinare e/o tessera sanitaria - TEAM (Tessera Europea Assicurazione Malattia) - Codice STP - Codice ENI. In mancanza di un qualsiasi documento verranno registrati i dati anagrafici dichiarati dalla persona e l'indicazione di un eventuale ente-struttura-associazione di riferimento.

Da “Salute Internazionale” 28.03.21

“Dopo un tempo di fiducia irrazionale nel progresso e nelle capacità umane, una parte della società sta entrando in una fase di maggiore consapevolezza. Si avverte una crescente sensibilità riguardo all'ambiente e alla cura della natura e matura una sincera e dolorosa preoccupazione per ciò che sta accadendo nel nostro pianeta”

Papa Francesco, *Laudato si'*

L'attività delle USCA nei primi 9 mesi della pandemia

di Giuseppe Lippi, Marco Coli, Rosalba Guadagno, Arianna Lippi



GIUSEPPE LIPPI

Chirurgo in quiescenza, in marzo 2020 risponde all'appello della Protezione Civile e lavora all'USCA Figline. Da oltre 20 anni si occupa di Analisi Gestionale e dei Sistemi Sanitari. Esperto in Cost Management e analisi di HTA. Collabora con ISPRO e ARS Toscana. Autore di cinque libri su temi organizzativi e di analisi dei costi in sanità

MARCO COLI, ARIANNA LIPPI

Contact tracer USL Toscana Centro

ROSALBA GUADAGNO

Medico Zona Fiorentina Sud-Est

Le USCA sono le organizzazioni di raccordo tra medici di medicina generale e ospedali la cui funzione è limitare i ricoveri ai casi più gravi. L'attività delle USCA consiste nel prendere in carico i pazienti COVID o sospetti tali, visitarli a domicilio, seguirli sino alla guarigione dalla malattia e ricoverarli solo se è necessario. In questo articolo viene illustrata l'attività delle cinque USCA dell'Area Fiorentina Sud-Est (oltre 150.000 abitanti) nell'anno 2020.

Le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) sono delle organizzazioni sanitarie composte da medici e infermieri che collaborano con i medici di base per gestire sul territorio i pazienti con COVID o sospetti tali. Dopo avere parlato in un precedente articolo (*Toscana Medica* 1 - 2021) di cosa sono le USCA e di quale è il loro ruolo, in questa seconda parte ci occuperemo della loro attività. Come esempio utilizzeremo sempre il campione delle USCA dei tre distretti della Zona Fiorentina Sud-Est. Questa zona si estende su di un territorio di

1.300 km², comprende circa 160.000 abitanti e include 11 Comuni. Su questa area insistono cinque USCA: una con sede nel distretto di Figline, due con sede nel distretto di San Casciano, due nel distretto di Pontassieve; a queste cinque USCA si aggiunge una USCA-RSA che si occupa dei pazienti istituzionalizzati nelle strutture territoriali dell'intera zona. Il periodo temporale della nostra analisi è rappresentato dai primi 9 mesi di attività del servizio: dal 1° aprile al 31 dicembre 2020; escluderemo dall'indagine l'USCA-RSA che ha iniziato la sua attività nel 2021.

L'attività globale

Nella Tabella I esponiamo l'attività globale delle USCA (non-RSA) dell'intera Zona Fiorentina Sud-Est nell'anno 2020.

I parametri di attività considerati sono stati:

- **presi in carico:** sono i pazienti segnalati alle USCA dai medici di medicina generale. Per ciascuno di questi l'USCA ha aperto una cartella, ha gestito il caso ed ha effettuato la dimissione dal servizio. Siccome le USCA si occupano anche dei sospetti COVID, le "prese in carico" riguardano soggetti sia positivi che negativi. Questi valori sono molto affidabili perché per ciascuno dei malati presi in carico l'USCA è tenuta ad aprire una scheda e a comunicare centralmente questa informazione con cadenza almeno settimanale;
- **visite:** sono le visite a domicilio dei pazienti (negativi o positivi). Nonostante le USCA tendenzialmente si rechino a domicilio di tutti i pazienti presi in carico e in alcuni casi effettuino anche più visite allo stesso paziente, i valori delle visite sono sistematicamente inferiori a quelli dei

casi presi in carico, mentre sarebbe stato lecito attendersi il contrario. Questo è dovuto al fatto che frequentemente, specie nei primi mesi di attività, quando la rilevazione dati era approssimativa, con la segnalazione del dato "tamponare" era sottintesa anche la visita domiciliare. Abbiamo preferito lasciare i dati così come sono stati rilevati in quanto abbiamo ritenuto non solo metodologicamente improprio sommare le voci "visite" e "tamponi", ma anche scorretto in quanto a volte (soprattutto in estate) si effettuavano tamponi in *drive through* (DT) e quindi senza visita al paziente;

- **tamponi:** con questo termine ci si riferisce esclusivamente ai tamponi molecolari (non a quelli antigenici) effettuati dalle USCA e che saranno poi analizzati con PCR. Generalmente si tratta di primi tamponi eseguiti a domicilio (T0). C'è anche un piccolo numero di tamponi per negativizzazione (T1) effettuati nei primi mesi dell'anno, durante il rodaggio del sistema. In estate è stato eseguito dalle USCA anche un numero non trascurabile di tamponi in soggetti asintomatici in regime di *drive through* (DT) perché le USCA sono state utilizzate in appoggio ai DT territoriali. Il valore dei tamponi

Parametro	Dal 1° aprile al 31 dicembre			Per settimana	
	Totale casi	Media per distretto	Deviazione standard	Media	Deviazione standard
Presi in carico	3.276	1.092	294,58	84	49,015
Visite	2.043	681	322,44	52	37,920
Tamponi molecolari	2.379	793	95,65	61	42,433
Ricoveri	93	31	11,34	2	2,8945
Decessi	10	3	2,16	0	0,4983
Follow-up	6.110	2.037	532,40	157	106,68
Dimessi	1.987	662	222,28	51	36,291

Tabella I – Attività USCA Zona Fiorentina Sud-Est nel periodo 1° aprile - 31 dicembre 2020. I valori sono stati “trimmati” (spiegazione nel testo).

ni molecolari è da ritenersi molto affidabile in quanto fin da subito è stato richiesto alle USCA un *report* quotidiano dei tamponi effettuati da inserire nei flussi ministeriali;

- *ricoveri*: sono i casi per i quali le USCA hanno chiamato l'ambulanza. Il valore include i pazienti rimandati a casa dal DEA. Questi dati non sono affidabili perché la registrazione è stata molto carente;
- *decessi*: sono i malati presi in carico dall'USCA e successivamente deceduti. Tutti i casi sono morti in ospedale e nessuno a domicilio. Questo valore è largamente carente per assenza di una registrazione sistematica del parametro;
- *follow-up* (FU): con questo termine si indicano i contatti telefonici con i pazienti al fine di valutare l'andamento della malattia. Dai *follow-up* vengono esclusi il primo contatto, quello di presa in carico, che viene registrato come tale e l'ultimo contatto telefonico, registrato come “dimissione”. Le telefonate di *follow-up* costituiscono gran parte dell'attività delle USCA. Il valore riportato esprime il numero di *follow-up* che sono stati registrati dalle USCA. È opinione di chi scrive che il totale sia notevolmente sottostimato;
- *dimessi*: sono i casi per i quali l'USCA ha chiuso la cartella. Curiosamente il valore è parecchio inferiore a quello dei presi in carico, mentre dovrebbe, logicamente, essere molto prossimo a essi. Questa discrepanza illustra molto bene le carenze di rilevazione sui

dati non espressamente sottoposti a un controllo, come i “presi in carico” e i “tamponi”, specie nei primi tre mesi di attività delle USCA. Le deviazioni *standard* (ds) annuali si riferiscono alle differenze tra i totali annuali dei tre distretti sui quali operano le cinque USCA, quelle settimanali alle varianze tra le 39 settimane dell'anno studiate. Mentre le deviazioni *standard* annuali hanno un basso coefficiente di variazione, indicando quindi l'omogeneità del servizio tra i distretti, quelle settimanali mostrano un'ampia dispersione del campione, segnale dell'esistenza di picchi e di valli di attività nel corso dell'anno (Figura 1).

Come sono stati elaborati i dati di base

I valori riportati in questo lavoro sono stati sottoposti ad analisi di consistenza tramite il confronto fra più fonti (6 sorgenti dati: 3 provenienti dai *data-*

base centrali e 3 dagli archivi locali). Le disomogeneità rilevate sono state poi corrette tramite un processo detto di “trimmatura”. Questo termine deriva dal gergo aeronautico dove l'inglese *to trim* significa “agire sui piani di volo per mantenere l'assetto desiderato”. La metodologia utilizzata per il *trimming* è stata una semplice interpolazione lineare per funzioni, ritenuta più affidabile, ad esempio, di quella tramite medie mobili. La trimmatura è stata importante per i dati delle prime 6-7 settimane (che erano incomplete) e per le voci di attività “ricoveri” e “decessi”, incomplete anch'esse e con differenze anche dell'80% in meno rispetto a un'analisi campionaria manuale su questi ultimi due parametri. Una trimmatura del tutto marginale si è resa necessaria invece sui mesi di ottobre-dicembre, quando le USCA si sono occupate anche dei pazienti nelle

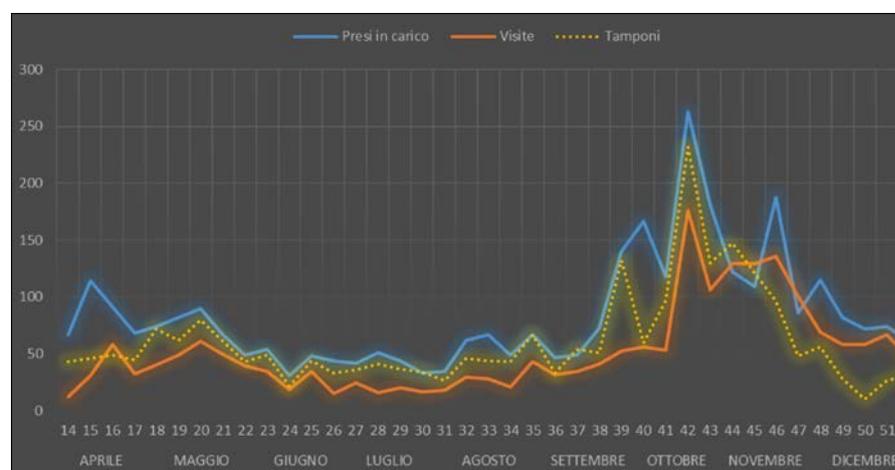


Figura 1 – Andamento settimanale di: (1) presi in carico, (2) visite a domicilio e (3) tamponi molecolari effettuati dalle cinque USCA Zona Fiorentina Sud-Est nelle settimane 14-52 dell'anno 2020. Valori “trimmati” (spiegazione nel testo).

comunità territoriali, prima dell'istituzione della USCA-RSA, realizzando valori di "presa in carico", "tamponi" e "visite" anche di centinaia di casi a settimana per singola USCA. Quest'ultima correzione dei dati ha consentito di ricondurre tutti i valori alla sola attività primaria delle USCA ordinarie: l'assistenza domiciliare ai malati COVID. A seguito della trimmatura, si ritengono molto affidabili i parametri "presi in carico", "visite", e "tamponi", specie dalla fine di maggio in poi, abbastanza affidabili i valori delle prime settimane di attività (dal 1° aprile a metà maggio) e del parametro "follow-up", mentre restano scarsamente affidabili i parametri "ricoveri" e "decessi" (possibili errori anche superiori al 100%). Il parametro "dimessi" viene invece mostrato nel suo valore dato, in quanto ritenuto non trimmabile.

La serie storica

Per serie storica si intende l'andamento di uno o più fenomeni i cui caratteri sono misurati rispetto al tempo. La Tabella II illustra la serie storica dei valori, stratificata per settimana, dalla 14° alla 52° settimana dell'anno 2020. Nella Figura 1 vengono mostrate le curve dalla 14° alla 52° settimana dell'anno solo per i parametri ritenuti più affidabili: "presi in carico", "visite" e "tamponi". Gli andamenti nel tempo delle tre curve, oltre a essere molto simili, riflettono il rallentamento estivo dell'epidemia e la sua

riaccensione alla fine di settembre. La discrepanza tra le curve dei presi in carico e delle visite domiciliari e, soprattutto, la costante prevalenza dei primi rispetto alle seconde, nonostante si sia affermato che viene effettuata sempre una prima visita ai presi in carico, sono dovute: per il periodo aprile-settembre, all'esecuzione di tamponi in *drive through*, per i mesi di settembre-dicembre, al processo di trimmatura che ha escluso l'attività per le strutture residenziali; in aggiunta, per tutto l'anno 2020 sono state anche presenti importanti carenze nella registrazione dei dati, carenze superate in gennaio con l'introduzione del nuovo sistema di *reporting*. Le curve "presi in carico" e "tamponi", quasi sovrapponibili fino a novembre riflettono la forte presenza di tamponi in *drive through* fino a settembre e l'attività per le strutture residenziali nei mesi successivi, controllata, ma non eliminata dal procedimento di trimmatura. Infine, il rapporto tra le curve "visite domiciliari" e "tamponi molecolari" evidenzia la scomparsa di tamponi in *drive through* nei mesi di novembre e dicembre.

Differenze estate-autunno

A seguito delle discrepanze tra i vari tipi di attività riscontrate tra l'estate e il periodo di picco autunnale, abbiamo ritenuto interessante analizzare l'entità dell'incremento di ciascun pa-

rametro in autunno (settimane 38-50) rispetto all'estate (settimane 25-37). I risultati sono esposti in Tabella III. Nel periodo del picco autunnale dell'epidemia le visite domiciliari ed i follow up si sono almeno triplicati; lo stesso si può dire dei pazienti presi in carico, stante il dato anomalo dei tamponi in *drive-through* nel periodo estivo che ha determinato un aumento improprio dei presi in carico e dei tamponi in estate. Il balzo dei ricoveri (+1240%) e dei decessi (+600%), pur con tutte le limitazioni espresse in precedenza, è molto significativo e indica chiaramente che in autunno si è incrementata di molto anche la gravità media dei casi.

Un breve commento sulla gestione delle USCA

Da quanto sin qui esposto risulta evidente come l'attività delle USCA abbia avuto un andamento stagionale, con un aumento del carico di lavoro e della gravità dei casi nei periodi di recrudescenza dell'epidemia. Sembra una considerazione ovvia, ma l'analisi effettuata in questa sede ne consente anche una quantificazione relativa, ovvero: *non abbiamo scoperto l'acqua calda ma abbiamo scoperto come misurare la temperatura dell'acqua*. La dirigenza sanitaria di zona e di distretto di fronte a queste variazioni, attese, dell'epidemia non ha avuto un atteggiamento passivo. Anche se solo intuitivamente, la dirigenza ha adottato misure dinamiche di adeguamento:

meSE 2020	APRILE				MAGGIO					GIUGNO				LUGLIO					AGOSTO					SETTEMBRE					OTTOBRE					NOVEMBRE					DICEMBRE				
settimane	dal 3 al 30 aprile				dal 1 maggio al 4 giugno					dal 5 giugno al 2 luglio				dal 3 al 30 luglio					dal 31 luglio al 3 settembre					dal 4 settembre al 1 ottobre					dal 2 ottobre al 29 ottobre					dal 30 ottobre al 27 novembre					dal 28 novembre al 31 dicembre				
meSE 2020	APRILE				MAGGIO					GIUGNO				LUGLIO					AGOSTO					SETTEMBRE					OTTOBRE					NOVEMBRE					DICEMBRE				
settimana dell'anno	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52				
PRESI IN CARICO	67	114	91	68	74	82	90	67	49	54	31	48	44	42	51	44	33	35	62	67	49	67	47	49	73	140	167	118	263	181	122	109	187	86	115	82	72	74	61				
VISITE (ovunque)	12	31	58	32	40	49	61	50	40	35	19	35	15	25	16	20	17	18	30	28	21	43	32	35	41	53	56	53	176	107	129	129	136	101	69	58	58	67	46				
TAMPONI MOLECOLARI	43	46	49	45	72	62	80	61	43	49	22	44	33	36	41	37	34	27	46	44	43	67	33	54	51	132	60	97	232	130	147	121	96	48	56	28	10	27	32				
RICOVERI	0,3	5,3	3,3	2,3	4,3	1,3	0,3	0	1	0	2	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	1	3	1	1	0	5	5	11	9	4	4	9	8	2	4	2				
DECESSI	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	1	0	1					
FOLLOW-UP	123	123	123	123	106	106	106	86	80	88	103	109	97	67	48	87	51	104	62	64	71	67	96	113	95	124	228	200	213	210	373	508	316	362	307	322	220	250	185				
DIMESSI	20	55	82	49	47	53	88	38	23	20	14	30	42	23	32	27	23	20	41	42	40	87	35	36	50	44	44	69	42	17	23	71	93	134	78	207	69	56	33				

Tabella II – Serie storica attività USCA Zona Fiorentina Sud-Est nel periodo 1° aprile - 31 dicembre 2020. Valori "trimmati" (spiegazione nel testo). I valori di *follow-up* uguali nelle settimane 14-17 e 18-22 e i valori frazionari nelle stesse settimane per il parametro "ricoveri" dipendono dalle operazioni di trimmatura.

PARAMETRI	ESTATE		AUTUNNO		
	casi totali	casi per settimana	casi totali	casi per settimana	incremento
PRESI IN CARICO	638	49	1.715	132	269%
VISITE	335	26	1.167	90	348%
TAMPONI MOLECOLARI	539	41	1.209	93	224%
RICOVERI	5	0	62	5	1240%
DECESSI	1	0	6	0	600%
FOLLOW-UP	1.034	80	3.475	267	336%
DIMESSI	475	37	938	72	197%

Tabella III – Variazione stagionale nell'attività delle USCA della Zona Fiorentina Sud-Est. Estate: settimane 25-37; autunno: settimane 38-50. Valori trimmati (spiegazione nel testo).

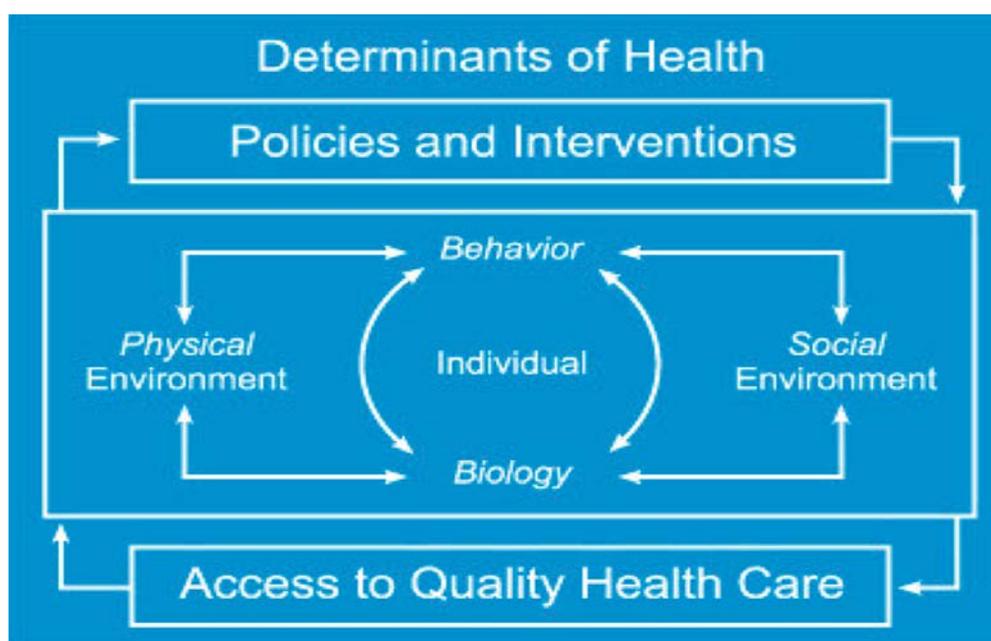
nel periodo estivo è stata programmata una riduzione del personale e dei giorni di apertura del servizio, mentre nei periodi di maggiore pressione (con attività triplicata) il servizio ha operato continuativamente su tutta la settimana ed è stato consentito un aumento del personale semplicemente in base alle necessità riscontrate dai referenti.

A questo punto c'è da chiedersi quanto siano state appropriate le azioni della dirigenza, quali siano stati gli effetti sui costi delle USCA di queste azioni e se queste azioni siano state efficaci e sufficienti per proteggere la popolazione. Questi saranno gli argomenti dei due prossimi articoli. Vi anticipiamo che i risultati saranno sorprendenti.

Ad esempio: i costi per caso preso in carico si sono ridotti in autunno. Ma... come è possibile?

Lo spiegheremo in un prossimo articolo. *Toscana Medica* dedicherà ancora molti spazi e una speciale attenzione all'informazione sul COVID-19 (n.d.r.).

giuseppe.lippi@uslcentro.toscana.it



Determinanti sociali della salute secondo il programma USA *Healthy people 2010* (USA 2001): i fattori personali, sociali, culturali, economici e ambientali che influenzano lo stato di salute di individui e popolazioni.

Esiti a distanza dopo infezione da SARS-CoV-2: la “sindrome post-COVID-19”

Il programma di *follow-up* dell’AOU Careggi

di Francesco Fattirolli, in collaborazione con Gruppo multidisciplinare *follow-up* COVID-19, AOU Careggi



FRANCESCO FATTIROLLI
Specialista in Cardiologia e in Geriatria.
Professore associato Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica Università degli Studi di Firenze.
Direttore SOD Riabilitazione Cardiologica.
Coordinatore del Protocollo: “Criteri clinici per la gestione del percorso di *follow-up* del paziente dimesso dopo ricovero per COVID-19”, AOU Careggi, Firenze

“Non avere paura del respiro perché dà e toglie come la marea: Lascio andare senza trattenerlo, non chiuderlo nel pozzo dell’apnea. Devi essere indulgente col respiro, come se fosse uno yo-yo invisibile: se fruscando scompare e ti abbandona, sempre fruscando tornerà infallibile”

Valerio Magrelli,
da: *L’angolo del bambino*

Le conoscenze sull’infezione da SARS-CoV-2 si stanno progressivamente ampliando, anche se molti aspetti di carattere clinico ed epidemiologico rimangono ancora da chiarire. Oltre alla capacità di prevenire e trattare l’infezione, è rilevante la conoscenza dell’impatto che COVID-19 può avere sulla salute non solo in fase acuta ma anche a lungo termine, sia per gli aspetti clinici ed epidemiologici che per le possibili ricadute sul Sistema Sanitario.

A fronte dei numerosissimi dati scientifici pubblicati fino a oggi sulla presentazione della fase acuta e sull’evoluzione a breve termine dell’infezione – oltre 110.000 articoli complessivi reperibili con la sola chiave di ricerca “COVID-19” – sono ancora limitate le

informazioni sugli esiti della malattia. Gli studi con una dimensione del campione adeguata e con durata di *follow-up* più lunga di 3 mesi successivi alla dimissione ospedaliera sono pochi e molto eterogenei. Ancora non si conoscono compiutamente gli esiti sulla funzione polmonare, su altri organi, sulle conseguenze fisiche, funzionali e psicologiche nei pazienti guariti dall’infezione, così come la relazione con il differente decorso o con indici bioumorali. Inoltre sono molto limitate le descrizioni delle manifestazioni a carico degli organi extrapolmonari che potrebbero persistere dopo il danno in fase acuta o che si manifestano dopo la dimissione. Un ulteriore elemento che assume una rilevanza sempre maggiore è la persistenza dei sintomi: è verosimile che i pazienti ancora sintomatici dopo la “guarigione” costituiscono la “punta dell’iceberg” degli esiti della malattia da SARS-CoV-2 e che dovremo confrontarci sempre di più con questo ulteriore aspetto di una realtà sconosciuta della quale ignoriamo la durata.

In tutto il mondo vengono messi in atto programmi di follow-up assistenziale, anche se a oggi non vi sono protocolli standardizzati sull’esecuzione degli esami clinico-strumentali e l’estensione nel tempo del follow-up stesso. Sebbene non ci siano raccomandazioni basate sull’evidenza, in base a quanto riportato in letteratura è ragionevole che i pazienti vengano

valutati a distanza di 1 mese e 3 mesi dalla fase acuta, termine temporale al quale si ipotizzano stabilizzate le conseguenze dirette della malattia, con un’estensione a 6 mesi o oltre in presenza di esiti o complicanze.

L’Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi (AOUC) da maggio 2020 ha attivato un programma di *follow-up* per i pazienti dimessi dopo ricovero per infezione da Sars-CoV-2. Il gruppo multidisciplinare di *follow-up* COVID-19 è costituito da infettivologo, pneumologo, cardiologo, geriatra, radiologo, immunologo, patologo clinico e altri specialisti, unitamente a una *équipe* infermieristica. In sintesi, il protocollo prevede il primo contatto telefonico con i pazienti, a distanza di 2-4 settimane dalla dimissione, attraverso un questionario che indaga: tipologia di dimissione (domicilio vs residenza sanitaria), stato coabitativo, stato clinico, sintomi, terapia farmacologica, aspetti socio-sanitari. Il questionario telefonico viene ripetuto a 3, 6, 9, 12 mesi. A 1 mese sono previste la prima visita infettivologica ed eventuali indagini in caso di sintomi o instabilità clinica; a 3 mesi viene effettuata la valutazione clinico-strumentale multidisciplinare di primo livello, che include: visita infettivologica con prelievo (ematochimico, immunologico, infettivologico ecc.); visita e valutazione pneumologica con emogasanalisi, spirometria, *test*

del cammino di 6 minuti, ecografia del torace; visita e valutazione cardiologica con elettrocardiogramma, ecocardiogramma; valutazione della capacità funzionale mediante *test* cardiopolmonare (pazienti selezionati); Rx Torace; TC del torace (pazienti selezionati); valutazione dello stato cognitivo (pazienti selezionati); valutazione psico-emozionale e qualità della vita (Figura 1).

Dal 7 marzo 2020 al 5 marzo 2021

sono stati dimessi dalla AOUC in totale 1.239 pazienti con diagnosi COVID-19. L'età media è stata di 64 + 17 anni (57% maschi, età media 63 + 16 anni; 43% femmine, età media 67 + 18 anni) con *range* 18-100 anni. La distribuzione per decenni di età (su 970 pazienti) è riportata in Figura 2. L'analisi dei dati relativi al *follow-up* clinico-strumentale multidisciplinare a 3 mesi è in corso.

In uno studio preliminare su 100 pa-

zienti condotto dall'Unità di Malattie Infettive della AOUC, a 60 giorni dalla dimissione l'84% dei pazienti presentavano almeno un sintomo e il 36% più di due sintomi: la persistenza dei sintomi non era associata a sesso, comorbidità (ipertensione, diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva, malattia coronarica, malattia renale cronica e obesità); non era correlata alla gravità di COVID-19 espressa come ricovero in Terapia Intensiva,

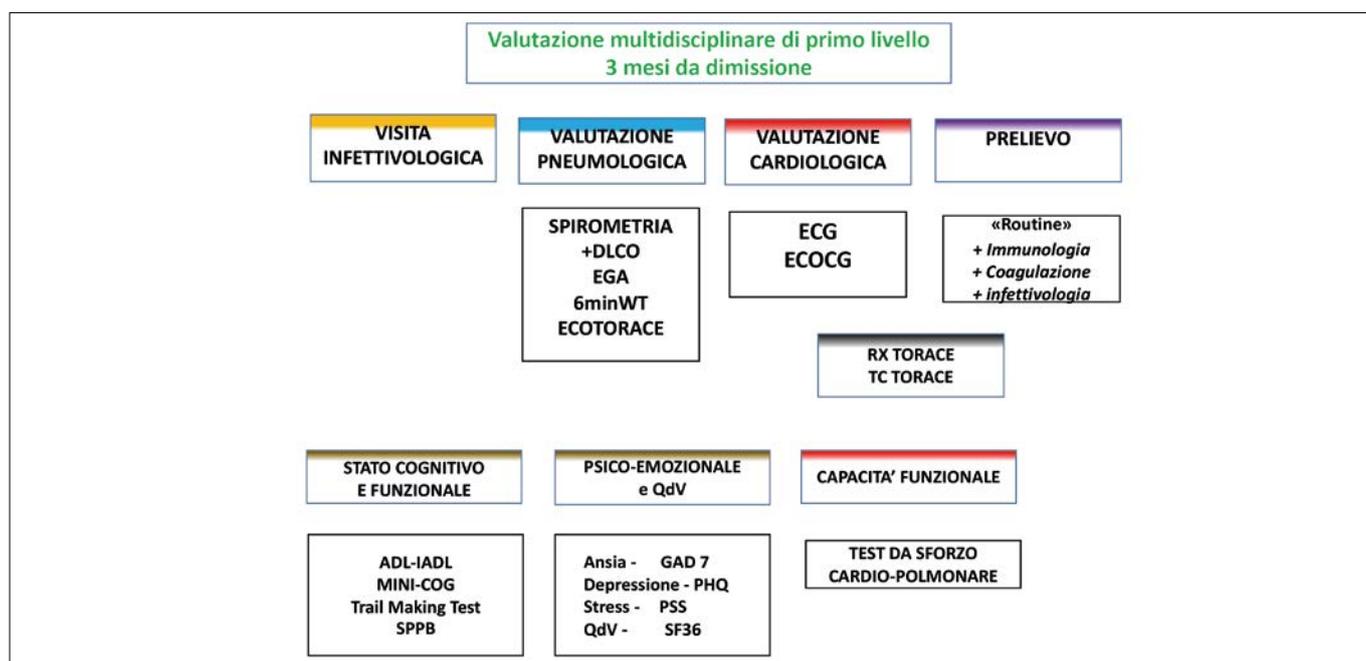


Figura 1 – Protocollo di *follow-up* multidisciplinare post-COVID dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi. La Figura mostra i contenuti della valutazione clinico-strumentale a 3 mesi dalla dimissione ospedaliera.

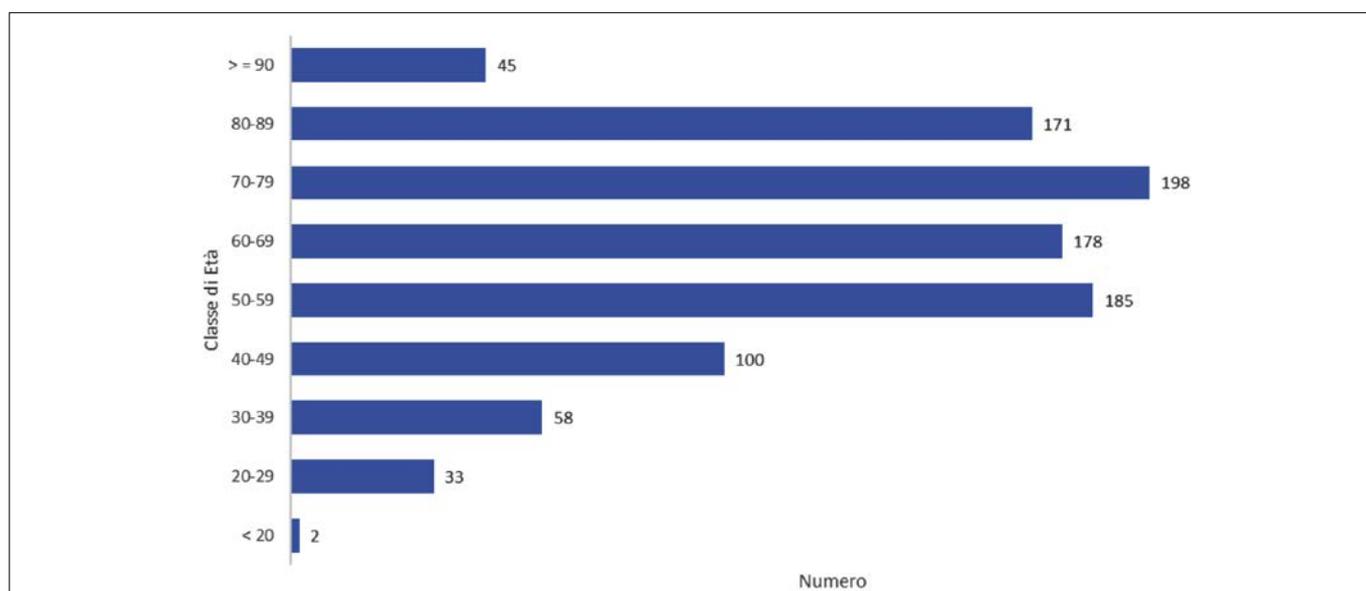


Figura 2 – Distribuzione per classi di età a 1 mese dalla dimissione di 970 pazienti.

durata della degenza ospedaliera o ad alterazioni significative degli esami del sangue. Solo l'età era risultata associata a un rischio leggermente più elevato di sequele da infezione da SARS-CoV-2. Anche altri studi, che hanno analizzato la persistenza dei sintomi sia in soggetti ospedalizzati che non ospedalizzati, hanno dimostrato che le manifestazioni a distanza risultavano sostanzialmente equivalenti indipendentemente dal *setting* di cura in fase acuta.

Uno degli aspetti di maggiore attualità negli ultimi mesi è relativo alla persistenza dei sintomi, che si

protraggono per mesi dopo la guarigione clinica. In Gran Bretagna a dicembre 2020 sono state rilasciate da NICE le Linee Guida sull'inquadramento e il trattamento degli effetti a lungo termine di COVID-19. Nel documento viene definito "sindrome post-COVID-19" l'insieme dei sintomi persistenti nelle 12 settimane successive alla guarigione e "Long COVID-19" oltre le 12 settimane. *Di fatto, nell'uso corrente, la tendenza è di identificare con il termine "Long-COVID-19" l'insieme di sintomi e/o esiti a distanza della malattia.* Al momento non è noto chi è a maggior rischio di sviluppare Long-COVID-19: non sono state messe in evidenza relazioni con la gravità della fase acuta dal punto di vista sia fisico che psicologico e alcuni autori si sono chiesti se potrà essere identificata una nuova malattia con una distinta fisiopatologia.

Una recente – e al momento unica – metanalisi di studi che hanno valutato i sintomi dopo ricovero per COVID-19 ha incluso casistiche molto disomogenee per consistenza numerica, decorso in fase acuta, età, momento della rilevazione: l'età era compresa tra 17 e 87 anni, il tempo di *follow-up* tra 14 e 110 giorni dopo l'infezione. Questi elementi rendono di difficile interpretazione i dati riportati. *Tuttavia è interessante notare che nella distri-*

buzione per frequenza dei sintomi, la fatigue risulta nettamente il più riferito (quasi 60%), seguito dalla cefalea (oltre il 40%).

I dati raccolti dalla analisi delle risposte al questionario telefonico effettuato a distanza di 1 mese dalla dimissione da AOUC permettono alcune considerazioni. Sono state raccolte informazioni relative a 970 pazienti: il 3,5% erano deceduti dopo la dimissione, 1,7% hanno rifiutato l'intervista, 2% hanno avuto un nuovo ricovero, 4,6% erano ir-rispondevoli, 10,3% si trovavano ospiti in struttura assistenziale o non intervistabili per barriera linguistica. Le risposte sono relative quindi a 755 soggetti. Nella Tabella I è riportata la prevalenza dei sintomi al momento dell'intervista, che sostanzialmente ripete la distribuzione osservata in precedenza su casistiche più limitate. Nella Figura 3 si può osservare quanto è stato riferito in relazione alle attività svolte dopo il rientro a domicilio: si evidenzia come nel primo mese solo poco più della metà dei pazienti avesse ripreso le abituali attività quotidiane all'interno della propria abitazione. Un dato del tutto originale riguarda invece la persistenza dei sintomi nel corso del tempo. Nella Figura 4 è rappresentata la prevalenza dei sintomi riportata dai 230 pazienti per i quali al momento attuale è disponi-

Pazienti n. 755	
Sintomo	%
Stanchezza/astenia/fatica	45
Tosse	21
Palpitazioni	14
Disturbi del sonno	34
Dolore toracico	10
Confusione mentale/ alterazioni percezione	20
Alterazioni dell'olfatto	15
Alterazioni del gusto	18
Affanno riposo/sforzo	41

Tabella I – Prevalenza dei sintomi a distanza di 1 mese dalla dimissione dopo ricovero per COVID-19. Protocollo *follow-up* AOUC (questionario strutturato, consentite più risposte).

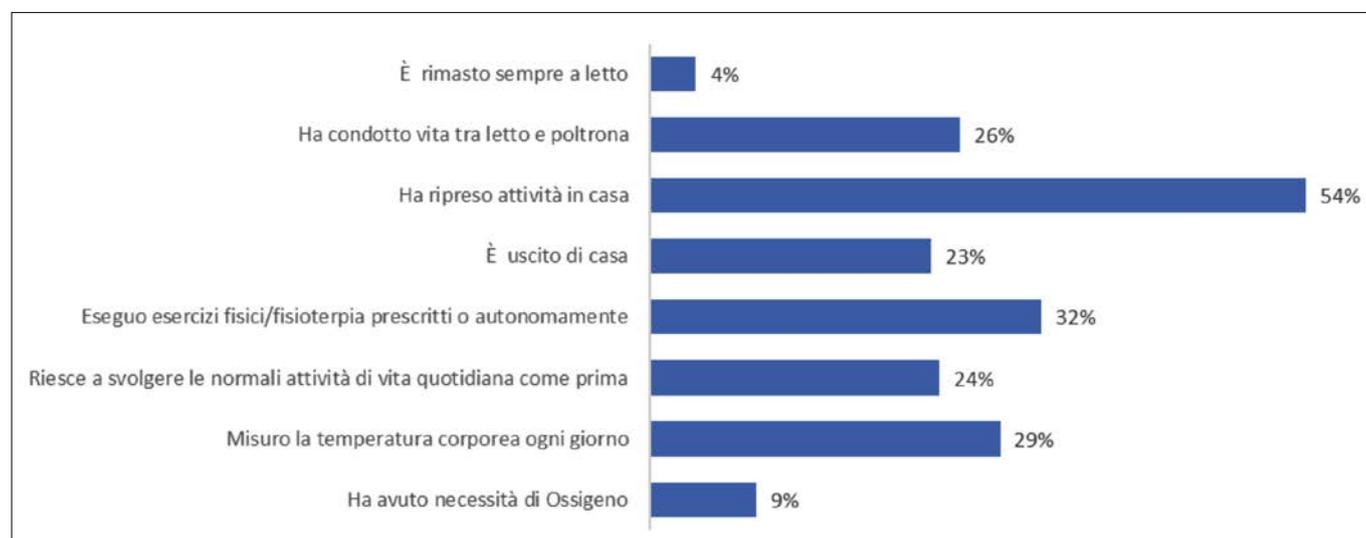


Figura 3 – Attività svolte nel primo mese dopo il rientro a domicilio su 755 interviste (consentite più risposte).

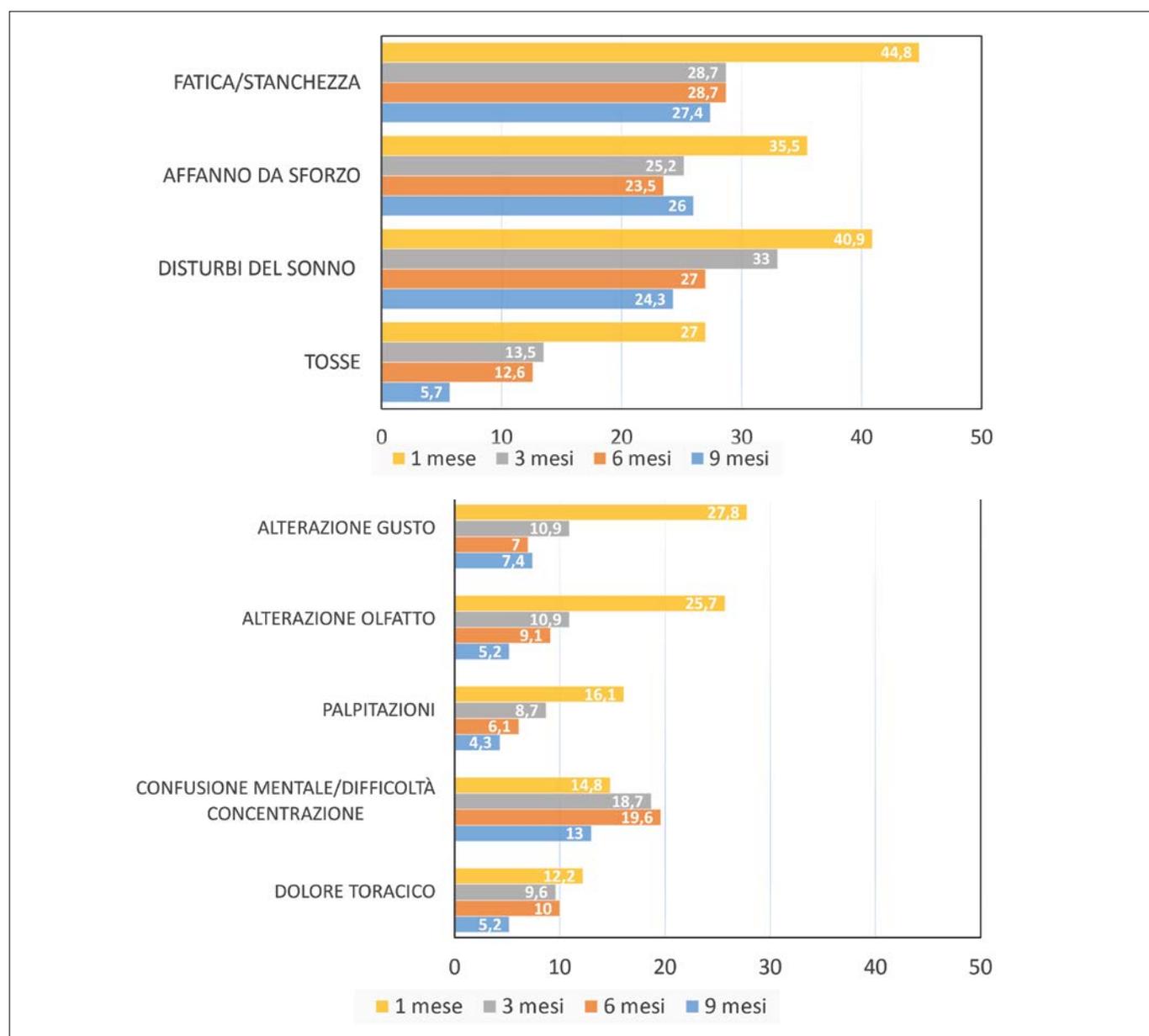


Figura 4 – Prevalenza dei sintomi nel campione di 230 pazienti per i quali è al momento disponibile la risposta al questionario telefonico standardizzato, a distanza di 1, 3, 6, 9 mesi dalla dimissione.

• Quale è la storia naturale della sindrome post COVID-19
• Quali sono prevalenza e incidenza della sindrome post COVID-19
• Quali fattori influenzano il rischio di sviluppare la sindrome post COVID-19
• Quali sono gli interventi clinicamente più efficaci per la gestione della sindrome post COVID-19
• L'efficacia degli interventi varia per sesso, età, stato socioeconomico
• Quale sintomo della sindrome post COVID-19 predice la necessità di un intervento specialistico
• Esistono sintomi che identificano la risposta agli interventi nella sindrome post COVID-19
• Qual è l'efficacia clinica dei diversi modelli di riabilitazione post COVID-19 nel miglioramento degli esiti
• Qual è l'efficacia clinica dell' esercizio fisico per le persone con sindrome post COVID-19
• Quali esami del sangue e caratteristiche cliniche sono marcatori prognostici della sindrome post COVID-19
• Quali strumenti sono convalidati per lo screening della sindrome post COVID-19

Tabella II – Interrogativi aperti sulla sindrome post-COVID-19. Estratto e rielaborato dal documento *COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19*, NICE Guideline, 18 dicembre 2020.

bile l'intervista a 1, 3, 6 e 9 mesi dalla dimissione. Si nota che i sintomi "fatica" (marcata astenia, stanchezza), "dispnea da sforzo" e "disturbi del sonno" unitamente a "confusione mentale" (che include difficoltà di concentrazione) sono i più rappresentati. Risulta evidente che a 3 mesi questi sintomi si riducono in modo significativo, ma anche dopo 9 mesi sono ancora presenti in circa un soggetto su quattro. Invece altri

sintomi quali "tosse", "dolore toracico", "palpitazioni", "alterazioni di gusto e olfatto" a distanza sono riferiti in misura molto ridotta.

Questa – in parte inattesa – persistenza di alcuni sintomi non ha al momento spiegazioni compiute. Occorreranno informazioni su un campione più ampio, per un tempo ancora più prolungato e con la ricerca di correlazioni con le variabili cliniche e strumentali per tentare di

interpretare le multiformi caratteristiche della sindrome Long-COVID-19 e le eventuali strategie di trattamento. A questo proposito, non sorprende che le citate Linee Guida NICE abbiano stilato un lungo elenco dei numerosi interrogativi ancora aperti relativi alla "Sindrome post-COVID" (Tabella II).

francesco.fattirolli@unifi.it

GRUPPO MULTIDISCIPLINARE FOLLOW-UP COVID-19, AOU CAREGGI

Alessandro Bartoloni
 Federico Lavorini
 Iacopo Olivetto
 Lorenzo Zammarchi
 Michele Spinicci
 Laura Rasero
 Rossella Marcucci
 Andrea Ungar
 Fabio Almerigogna
 Francesco Annunziato
 Betti Giusti
 Niccolò Marchionni
 Iacopo Vellere
 Lucia Graziani

Marta Tilli
 Beatrice Borchi
 Jessica Mencarini
 Irene Campolmi
 Leonardo Gori
 Carlo Fumagalli
 Maria Vittoria Silverii
 Luca Ciani
 Chiara Zocchi
 Luigi Tasseti
 Luca Livi
 Lorenzo Giovannoni
 Luca Pietrini
 Carla Amato

Paola Parronchi
 Alessio Mazzone
 Laura Maggi
 Francesco Liotta
 Lorenzo Cosmi
 Alessandra Vultaggio
 Andrea Matucci
 Silvia Sticci
 Anita Nannoni
 Martina Donati
 Cecilia Defraia
 Fabrizio Giansanti
 Daniela Bacherini



Le illusioni del progresso: "È più facile prevenire e curare le malattie infettive che ogni altro importante gruppo di malattie", R.G. Petersdorf in: *Harrison: Medicina Interna*, 1974.

Un dramma nel dramma: l'oncologia

di Gianni Amunni, Riccardo Poli



GIANNI AMUNNI
Medico Oncologo. Direttore Generale ISPRO
con funzioni di Coordinamento della Rete
Oncologica della Toscana

RICCARDO POLI
Direttore Sanitario ISPRO, Firenze

“Ci sono regole economiche che sono risultate efficaci per la crescita ma non altrettanto per lo sviluppo umano integrale. È aumentata la ricchezza ma senza equità e così ciò che accade è che nascono nuove povertà”

Papa Francesco, *Fratelli tutti*

La pandemia COVID ha messo a dura prova la tenuta dei sistemi sanitari, sicuramente impreparati ad affrontare un carico così consistente e altrettanto imprevisto.

La diffusione della malattia ha riguardato tutti gli strati della popolazione, ma è stata clinicamente rilevante soprattutto tra le persone più fragili, di cui fa parte anche una quota di pazienti oncologici. Questi, infatti, presentano delle specificità importanti: sono pazienti spesso in condizioni generali compromesse, eseguono trattamenti che possono interferire sull'assetto immunitario e necessitano di frequenti accessi ospedalieri, sia per le terapie periodiche che per le diagnosi di controllo. Si tratta inoltre di persone fortemente legate al proprio curante e alla struttura di riferimento, con una “dipendenza” che ha pochi riferimenti in altri settori specialistici.

Nonostante ci sia stata, anche in fase di restrizione delle attività sanitarie programmate, la volontà di assicurare il mantenimento delle

prestazioni oncologiche, la pandemia ha sicuramente prodotto i suoi effetti anche in questo settore.

Nella nostra regione la rete oncologica ha di fatto garantito il mantenimento della presa in carico dei pazienti, con particolare riferimento a quelli già in trattamento. Sono state messe in atto delle procedure volte a consentire l'accesso protetto alle strutture ospedaliere, e si sono realizzate modalità di gestione a “distanza” di alcune prestazioni. L'utilizzo della cosiddetta telemedicina, la sinergia con il medico di medicina generale e con il caregiver, la delocalizzazione a domicilio di alcune terapie e la posticipazione di procedure non urgenti hanno consentito di mantenere un buon livello di interazione con le strutture oncologiche del nostro territorio. Possiamo dire perciò che i casi già in carico alle oncologie hanno visto un sostanziale mantenimento delle terapie non rinviabili. Più complesse, invece, sono state le ricadute sui cittadini ancora in fase di diagnosi di un tumore.

Il fermo di due mesi delle attività di *screening* oncologico ha sicuramente prodotto effetti sulla diagnosi precoce dei tumori, fatto che, in una regione come la nostra, con alti livelli di partecipazione a questi interventi di sanità pubblica, ha pesato in maniera rilevante. Questi sono i numeri in termini di presunte mancate diagnosi:

- *screening* mammografico: 187 tumori;
- *screening* cervicale: 201 lesioni CIN 2+;
- *screening* coloretale: 46 tumori, 329 adenomi avanzati.

Occorre però precisare che solo il 30% delle diagnosi di tumore av-

viene attraverso gli *screening*: nella maggior parte dei casi sono gli approfondimenti strumentali sui sintomi suggestivi che producono la definizione di una neoplasia.

È evidente che, nel periodo pandemico, specie nella fase di riduzione delle attività non-COVID, l'accesso alla diagnostica è stato più difficile e i cittadini stessi hanno cercato di evitare l'utilizzo delle strutture ospedaliere. Questo aspetto ha aumentato sicuramente il numero delle mancate diagnosi, o comunque delle diagnosi più tardive.

L'ISPRO e il MES della Scuola Sant'Anna di Pisa hanno realizzato un'accurata valutazione – che sarà presentata a breve – sulle variazioni delle prestazioni oncologiche nel corso della pandemia. Alcuni dati generali consentono però di avere un quadro di riferimento significativo. Si è assistito infatti a una riduzione del 15-20% della chirurgia oncologica, a una riduzione analoga delle prime visite e dei codici di esenzione 48, con un sostanziale mantenimento dell'utilizzo di farmaci chemioterapici. Questi dati, insieme a quelli dello *screening*, mettono in evidenza una fondamentale salvaguardia della presa in carico dei pazienti con diagnosi e programma terapeutico in corso e, allo stesso tempo, una riduzione delle nuove diagnosi di tumore. Tale contesto, peraltro tra i migliori nel confronto nazionale, ci fa prevedere uno scenario

di incremento della domanda oncologica, sia quantitativo (più casi, perché recuperati) che qualitativo (più casi in forma avanzata per diagnosi tardive).

Occorre quindi partire proprio da questo scenario per ricostruire l'agenda delle cose da fare fin da subito. Sicuramente sarà necessario garantire un rapido recupero degli *screening* non eseguiti, evitando così di portarsi dietro un fardello di mancate diagnosi precoci.

Può essere questa l'occasione per rilanciare, anche sul piano comunicativo, nuovi livelli di adesione e di omogeneità sul territorio, insieme a esperienze innovative come l'auto-prelievo per il test HPV o l'individuazione di più fasce di rischio per le neoplasie coloretali. Dovremo essere pronti ad accogliere gli approfondimenti diagnostici rinviati per la sottovalutazione dei sintomi nel periodo pandemico.

In questo ambito sarà centrale una sinergia tra gli specialisti oncologi e i medici di medicina generale, per delle azioni congiunte di recupero di una casistica ancora non emersa.

Ancora una volta torna centrale il tema della medicina territoriale e di una reale integrazione ospedale-territorio anche per l'oncologia.

In questo settore, nella fase pandemica, sono state sperimentate alcune esperienze che non solo hanno consentito il mantenimento della presa in carico del paziente oncologico fuori dall'ospedale, ma hanno, soprattutto, aperto la strada a un nuovo modello organizzativo stabile, da attuare una volta fuori dall'emergenza.

In Italia ci sono 3.600.000 (circa 210.000 in Toscana) casi prevalenti oncologici (in terapia, in *follow-up*, guariti, cronicizzati), i quali esprimono bisogni molto articolati, che vanno dall'alta intensità assistenziale fino a domande prevalentemente di tipo sociale. Non è corretto pensare che questo

mondo così rilevante possa avere dei riferimenti strutturati soltanto nelle oncologie ospedaliere, in una fase in cui, peraltro, gli ospedali si caratterizzano sempre di più come strutture "per acuti".

La storia naturale del paziente oncologico è fatta di brevi fasi ospedaliere e di lunghi periodi territoriali e domiciliari, in cui non sempre si rilevano dei riferimenti strutturati, se non quelli del medico di medi-

“È possibile che siano giunti a guardare al di là del paziente, alla sua famiglia e ai suoi vicini...

la classe medica non sta forse dimostrando... di avere almeno capito che per vincere la tubercolosi è necessario qualcosa di più

del trattamento del singolo paziente, qualcosa di più dell'applicazione delle illuminate regole sanitarie?...

Chiederemo alle massime autorità della giurisprudenza e della medicina di discutere i principi su cui lo Stato dovrebbe esercitare il suo potere per la tutela della salute...

La campagna contro la tubercolosi deve essere estesa anche in questi ambiti”

Dalla Prolusione di Edward Devine al I Congresso Internazionale contro la TBC Londra 1901

cina generale. Proprio da queste considerazioni nasce la proposta di una nuova organizzazione territoriale per l'oncologia, che l'ISPRO ha portato in Regione e per la quale si sta avviando una originale sperimentazione.

Occorre prevedere la presenza di specialisti oncologici che operino sul territorio e lavorino in contiguità con il medico di medicina generale e con l'oncologia ospedaliera. I letti di cure intermedie, il domicilio assistito e le articolazioni del chronic care model sono setting assistenziali in cui si può declinare una parte del percorso oncologico, evitando ricoveri inappropriati e dif-

ficoltosi sia per il paziente che per la struttura. Alcuni trattamenti a basso impegno assistenziale possono essere eseguiti a domicilio, così come il *follow-up* oncologico (come esempio di medicina di iniziativa) può essere modulato tra lo specialista e il medico di medicina generale. *Troverebbero sicuramente una più logica collocazione territoriale la psiconcologia, la riabilitazione*

oncologica, il supporto nutrizionale, il sostegno sociale e la promozione degli screening istituzionali o di quelli su bersaglio di popolazione a rischio.

Le esperienze fatte durante il periodo pandemico hanno inoltre rafforzato la necessità di una infrastruttura telematica efficiente, in grado di fornire una cartella clinica unica, alimentata da tutti gli attori e da tutti gli strumenti di colloquio a distanza (televisite, teleconsulto, *teleaudit*). Non si tratta ovviamente di creare due oncologie (quella territoriale e quella ospedaliera), ma semmai di rafforzare l'unico dipartimento oncologico (allargato anche ai *caregiver* e al volontariato), che disponga di più *setting* assistenziali quali nuove opportunità per declinare i PDTA.

Con la Delibera Giunta Regionale n. 167 del 08/03/2021, la Regione Toscana ha affidato ad ISPRO la sperimentazione di una organizzazione territoriale per l'oncologia secondo i criteri dello studio di fattibilità. La sperimentazione, che avrà la durata di un anno, si svolgerà su 3 AFT (una per ogni area vasta, con il coinvolgimento di oltre 300.000 assistiti) e, facendo riferimento a quanto sopra delineato, fornirà indicazioni oggettive per la realizzazione di un nuovo modello di integrazione ospedale/territorio per l'oncologia.

g.amunni@ispro.toscana.it

Quando un medico incontra due pandemie influenzali

di Alberto Dolara



ALBERTO DOLARA

Nato a Firenze nel 1932. Laurea in Medicina, Firenze 1957.

Specializzazione in Cardiologia, 1961.

Perfezionamenti: Ospedale Niguarda (Milano) 1968, Hammersmith Hospital (Londra) 1980, NIH (Bethesda, USA) 1983, 1987. Direttore Unità Cardiovascolare, S. Luca-Ospedale Careggi, Firenze, 1979-2002

Le pandemie influenzali – o moderne pestilenze – sono per fortuna degli eventi rari. Soltanto a chi è concessa una lunga vita è dato incontrarne più di una. La pandemia influenzale del 1957, cosiddetta “asiatica”, coincise con l’anno della mia laurea in Medicina e adesso, nel 2020, ho incontrato quella da COVID-19. Ritengo dunque che testimoniare la differenza tra i due eventi possa risultare utile.

Tra le pestilenze del passato e le precedenti pandemie influenzali la più citata è la cosiddetta “spagnola” del 1918, soprattutto per l’alto numero di decessi, valutati tra i 50 e i 100 milioni in tutto il mondo. La situazione sanitaria e sociale era tuttavia molto diversa da quella attuale. Per questo motivo, un confronto più interessante può essere fatto con la pandemia del 1957. La pandemia del 1968-1969, infatti, si esaurì in fretta e con poche conseguenze, mentre in quella del 1957-1958 il numero dei decessi fu valutato nel mondo tra i 2 e i 4 milioni: gli italiani contagiati furono 26 milioni e 20 mila circa furono i deceduti.

Dal 1955 frequentavo le corsie di medicina generale del grande ospedale di Careggi a Firenze, prima come studente, poi come laureato. L’organizzazione dell’ospedale era completamente diversa da quella che ho lasciato al mio pensionamento nel 2002. Pazienti con le più diverse affezioni morbose, dall’infarto miocardico acuto alle cirrosi epatiche, dalle

nefropatie alle emopatie, erano ricoverati nelle divisioni di medicina generale, in assenza di reparti specialistici. Non esistevano reparti di rianimazione o di terapia intensiva e il lavoro degli anestesisti si svolgeva soprattutto nelle sale operatorie. Durante il periodo della pandemia non ricordo in realtà nelle corsie una particolare prevalenza di pazienti ricoverati con polmonite, broncopolmonite

“In realtà la rapida crescita delle conoscenze rende lo medicina profondamente contraddittoria. Il peculiare statuto di scienza della natura e di scienza per l’uomo rende la medicina eterogenea. Due anime, tecnologica e antropologica, la percorrono, che ispirano due ideologie, armonizzate nel paradigma ippocratico, poi sempre più storicamente contrapposte; così l’antropologico si riduce al somatico e il sociale al mutualistico. Così il boom tecnologico della medicina contemporanea rischia di essere pagato con una crescente insoddisfazione degli utenti e in termini di benessere”

Giorgio Cosmacini,
Editoriale sul *Corriere della Sera*, aprile 1985

o insufficienza respiratoria acuta. La terapia per loro non differiva molto da quella attuale, ma la somministrazione di ossigeno era piuttosto rudimentale: non essendoci infatti una fornitura centralizzata, la bombola del gas veniva posizionata accanto al letto del pa-

ziente, al quale venivano applicate le cannule nasali o la mascherina. Quando il paziente si trovava in stato terminale, i familiari chiedevano spesso al medico di poterlo dimettere, in modo che la morte avvenisse a casa. La gran parte dei pazienti con sintomatologia influenzale veniva curata a domicilio. Ho contattato alcuni amici medici che si sono laureati proprio in quel periodo e che hanno scelto di lavorare sul territorio: essi ricordano ancora molto bene il numero enorme di visite domiciliari che dovevano effettuare.

Nel Paese non vi furono da parte delle autorità divieti di spostamento, di assembramento o chiusure delle attività, ma solo delle generiche indicazioni igieniche: in particolare quelle di evitare i luoghi affollati e di rimanere a casa in presenza di sintomatologia influenzale. La televisione iniziava allora le trasmissioni, gli interventi degli esperti erano molto rari e la pandemia veniva considerata generalmente con “benevolenza” dai *mass media*. La Stampa del 6 ottobre 1957 riportava: *Tutto quello che viene dall’oriente ci incute un’inconsapevole paura. Il terrore per*

una gentile influenza è dovuto solo al nome: "asiatica". Il clima generale era dunque quello di un Paese fiducioso, che percepiva l'avvicinarsi del "miracolo economico".

Tuttavia, le profonde variazioni demografiche dei paesi industrializzati, avvenute nel corso del tempo, sono un fattore determinante per valutare la gravità attuale. In Italia infatti, nel 1957, su una popolazione totale di 47.515.737 milioni, le persone di età > 65 anni erano l'8,1% (3.888.868), mentre nel 2020 su una popolazione di 60.244.639 milioni la percentuale aveva raggiunto il 23,17% (13.946.354); tra questi gli ultraottantenni, categoria alla quale appartengo, erano rispettivamente lo 0,8% (393.500) e il 5,7% (3.473.028). Ho messo in evidenza le cifre all'interno delle parentesi perché permettono di percepire meglio l'ampiezza delle variazioni. Al di

là delle differenze relative al tasso di letalità dei virus delle due pandemie – cosa ancora da verificare –, risulta evidente come il "materiale" umano che oggi il virus COVID-19 può colpire sia di gran lunga più numeroso di quello esposto al virus A/H2N2 dell'Asiatica del 1957. Al fattore predisponente della fragilità, inevitabile nell'età avanzata, si deve aggiungere inoltre la co-morbilità presente in questa specifica fascia. Riguardo a ciò i risultati del contagio attuale sono eloquenti: nel nostro Paese dal 21 febbraio al 23 ottobre 2020 i decessi dovuti al COVID-19 sono stati 37mila, di cui 33mila avevano più di 70 anni e circa il 60-70% era affetto da una o più patologie precedenti. Infine, è da tenere presente l'esposizione a un rischio maggiore anche da parte della popolazione più giovane, quella con patologie congenite o acquisite gravi, sottoposta a terapia immuno-soppressiva, ecc. I portatori di sindrome di Down, per esempio, hanno un rischio quattro volte più

elevato di ammalarsi rispetto alla popolazione generale. Se uniamo a questi fattori l'accentramento delle prestazioni negli ospedali e nei pronto soccorso, in assenza di un'organizzazione sanitaria efficiente del territorio, si comprende facilmente quale sia il pericolo nel caso di una estensione del contagio. Domenico Arcuri, commissario straordinario per la pandemia, affermava il 20 ottobre 2020: "Se

"Il morente è al centro di un dramma collettivo dove gli attori recitano a braccio ... e la scienza parla, decide, agisce attraverso l'illustre luminaire che ha la funzione neo sacerdotale di officiare il rito della medicalizzazione della morte"

**Gianbattista Consolini,
Janus, 2005, 20, 110**

non si raffredda la curva dei contagi, nessun sistema sanitario sarà capace di reggere. Se anche l'1% dei contagiati ogni giorno finisse in terapia intensiva, e i contagiati quel giorno fossero 50.000, ci sarebbero quotidianamente 500 nuovi posti occupati". E ancora: "non serve mandare nei nosocomi a titolo precauzionale chi ha un po' di febbre e basta. Queste persone devono essere curate il più possibile nelle loro case per alleggerire la pressione sugli ospedali". Occorre quindi prendere atto della necessità di misure di prevenzione, anche se esse influenzano profondamente la vita civile ed economica del Paese. Le polemiche non servono e le agitazioni violente sono da contrastare con decisione.

Una nota confortante proviene dall'andamento della pandemia del 1957: dopo un massimo sviluppo nel primo periodo dell'anno, essa decrebbe l'anno successivo per poi esaurirsi, merito anche della somministrazione del vaccino, iniziata nei primi mesi del 1958.

La fine dell'attuale pandemia non è oggi facilmente prevedibile, ma non per questo deve mancare la certezza di una "ripartenza", termine che proviene dall'attività sportiva, usato per indicare l'uscita difficoltosa di una squadra da una fase negativa. È necessario però chiarire quale tipo di "ripartenza" si voglia, se la nostra intenzione di cittadini sia quella

di proseguire con l'eccessivo inquinamento dell'ambiente, con lo sfruttamento elevato delle risorse, con la messa in pericolo della vita dell'intero pianeta a causa del riscaldamento globale e con gli inevitabili riflessi negativi che tali azioni hanno sulla salute. Anche in ambito sanitario sarà opportuno evitare gli eccessi di "medicalizzazione" della popolazione, ripensare all'organizzazione della vita degli anziani, riesaminare la dis-

astrosa esperienza delle residenze protette proponendo soluzioni alternative, rivedere la centralità eccessiva del sistema ospedaliero per evitare il conseguente ricorso esclusivo ai pronto soccorso, riorganizzare la medicina sul territorio, valutare l'importanza della casa come primo luogo di cura e, in tale prospettiva, il ruolo del medico di famiglia. La scelta stessa della modalità della morte dovrà essere esaminata di nuovo, per evitare il ripetersi delle lugubri visioni dei camion militari che trasportano i deceduti, senza che questi abbiano potuto avere vicini i loro cari.

Sono sicuro che i medici, come professionisti e come cittadini, daranno il loro contributo in questa direzione. Con molta probabilità non sarò testimone di una terza pandemia, ma spero comunque che i miei nipoti e le generazioni future riescano a evitarla.

elisa.dolara@tin.it

La pandemia dimenticata, la cronicità

di Benedetta Bellini, Paolo Francesconi

Introduzione

Il Sistema Sanitario Nazionale è stato messo a dura prova dall'avvento del COVID-19, non solo per quanto riguarda la prevenzione e la cura del virus, ma anche riguardo al mantenimento di attività, terapie e prestazioni ordinarie. Per l'Italia, durante il *lockdown* della primavera 2020, si parla di quasi 18 milioni di servizi sospesi o non effettuati da parte dei cittadini per timore del contagio; numeri di tale portata richiedono un grande sforzo nella gestione, soprattutto in periodi di aumento repentino e importante dei casi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha diramato delle linee guida sui servizi essenziali da fornire ai tempi del coronavirus. Oltre alle emergenze-urgenze per i pazienti con problemi acuti, l'OMS raccomanda di non dimenticare le malattie croniche, che peraltro espongono a un rischio più alto di sviluppare forme gravi di COVID. Le mancate visite, terapie e attività diagnostiche possono inoltre generare una maggiore progressione delle cronicità: in questo modo il sistema rischia di poter intervenire solo nelle fasi più gravi, con maggiori costi sia per la salute degli assistiti sia per la sostenibilità del sistema stesso.

Questo approfondimento propone una prima analisi sull'impatto che il COVID-19 ha avuto, nei primi mesi dell'anno, su una parte della gestione delle cure per gli assistiti residenti in Toscana e affetti da alcune delle principali patologie croniche. Come sono stati seguiti i malati cronici toscani durante il *lockdown*? I servizi di assistenza primaria, venuti

a mancare nella prima fase dell'emergenza, sono stati opportunamente pianificati, organizzati ed erogati nei mesi estivi, nei quali il virus è stato più sotto controllo?

Materiali e metodi

Alcuni indicatori di monitoraggio dei percorsi di cura per il diabete, per lo scompenso cardiaco e per la broncopneumopatia cronica ostruttiva sono stati calcolati sui primi mesi dell'anno per le corrispondenti coorti dei prevalenti in Toscana al primo gennaio, sia per il 2019 che per il 2020.

Il confronto dei risultati ha permesso di osservare se e come ciascuna misura sia cambiata nei due periodi, che sono costituiti uno dall'assenza, l'altro dalla presenza del coronavirus.

“La mortifera pestilenza, per operazione dei corpi superiori o per le nostre inique opere, da giusta ira di Dio a nostra correzione mandata sopra i mortali, alquanti anni davanti nelle parti orientali incominciata, quelle di innumerabile quantità di viventi avendo private, senza ristare, d'un luogo in un altro continuandosi, verso l'Occidente miserabilmente si era ampliata”

Boccaccio, *Il Decamerone*

Per l'individuazione dei soggetti affetti dalla malattia si è fatto riferimento alla banca dati MaCro dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana: ciascuna patologia cronica ha infatti un suo specifico algoritmo, che per ogni soggetto cerca indietro nel tempo le diagnosi, le prestazioni e le terapie nei flussi amministrati-



BENEDETTA BELLINI
Funzionario statistico, Osservatorio di Epidemiologia, ARS Toscana



PAOLO FRANCESCONI
Dirigente Settore Sanitario, Osservatorio di Epidemiologia, ARS Toscana

vi regionali. Il paziente individuato come affetto dalla cronicità resta tale fino al decesso o eventualmente fino al cambio di residenza fuori dalla Toscana.

Gli indicatori scelti fanno parte del sistema di indicatori di processo, esito e costo, calcolati dall'Agenzia per il monitoraggio delle cure territoriali, di cui i medici di medicina generale sono i principali attori. I dati sono raccolti nella banca del portale web del Programma di Osservazione del Territorio: sulla base del patrimonio informativo regionale, vengono considerate le prestazioni sanitarie erogate agli assistiti dei medici di famiglia dai servizi pubblici o privati convenzionati nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale.

Le malattie e le misure scelte per l'analisi sono: ogni indicatore è stato calcolato, sia per il 2019 che per il 2020, sul periodo di un singolo mese o, laddove ha senso, di più mesi, di volta in volta cumulati da gennaio a settembre. Solo nei casi di una mancanza di qualità dei dati dai flussi sanitari amministrati correnti regionali il tempo ulti-

Patologia	Indicatori di monitoraggio		
	Processo	Esito	Costo
Diabete	<ul style="list-style-type: none"> • Percentuale di assistiti diabetici con almeno un esame dell'emoglobina glicata nel periodo • Percentuale di assistiti diabetici con almeno una visita diabetologica nel periodo 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasso per 1.000 di accesso al Pronto Soccorso per tutte le cause, eccetto traumatismi e avvelenamenti • Tasso per 1.000 di ricoveri in reparti per acuti, regime ordinario, DRG medici • Tasso per 1.000 di mortalità prematura (sotto i 75 anni) 	<ul style="list-style-type: none"> • Spesa in € per assistenza ospedaliera pro capite • Spesa in € per assistenza territoriale pro capite
Insufficienza cardiaca cronica (scompenso)	<ul style="list-style-type: none"> • Percentuale di assistiti con scompenso con almeno un ECG nel periodo • Percentuale di assistiti con scompenso con almeno una visita cardiologica nel periodo 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasso per 1.000 di accesso al Pronto Soccorso per tutte le cause, eccetto traumatismi e avvelenamenti • Tasso per 100.000 di ricoveri per scompenso • Tasso per 1.000 di mortalità prematura (sotto i 75 anni) 	<ul style="list-style-type: none"> • Spesa in € per assistenza ospedaliera pro capite • Spesa in € per assistenza territoriale pro capite

Tabella I – Alcune patologie e indicatori di monitoraggio del Programma di Osservazione del Territorio dell'ARS Toscana.

mo preso in considerazione è stato il mese di agosto.

I livelli di aggregazione scelti, regionale o l'ASL di residenza, permettono di avere contemporaneamente informazioni su volumi e su trend annui, sul confronto tra valori calcolati in assenza e in presenza del virus e sulla loro variabilità territoriale.

I risultati

Le Figure 1-6 riportano, patologia per patologia, due tipi di risultati sugli indicatori raggruppati per processi, esiti e costi:

1. il trend dei valori mensili o mensili cumulati per gli anni 2019 e 2020, a livello regionale;
2. la variazione percentuale dei

valori tra i mesi (singoli o cumulati) dell'anno 2019 e quelli corrispondenti dell'anno 2020, a livello di ASL.

Si osserva che:

- tutti gli indicatori di processo delle due malattie sono sempre più bassi nel 2020 a partire da febbraio. Le differenze tra un anno e

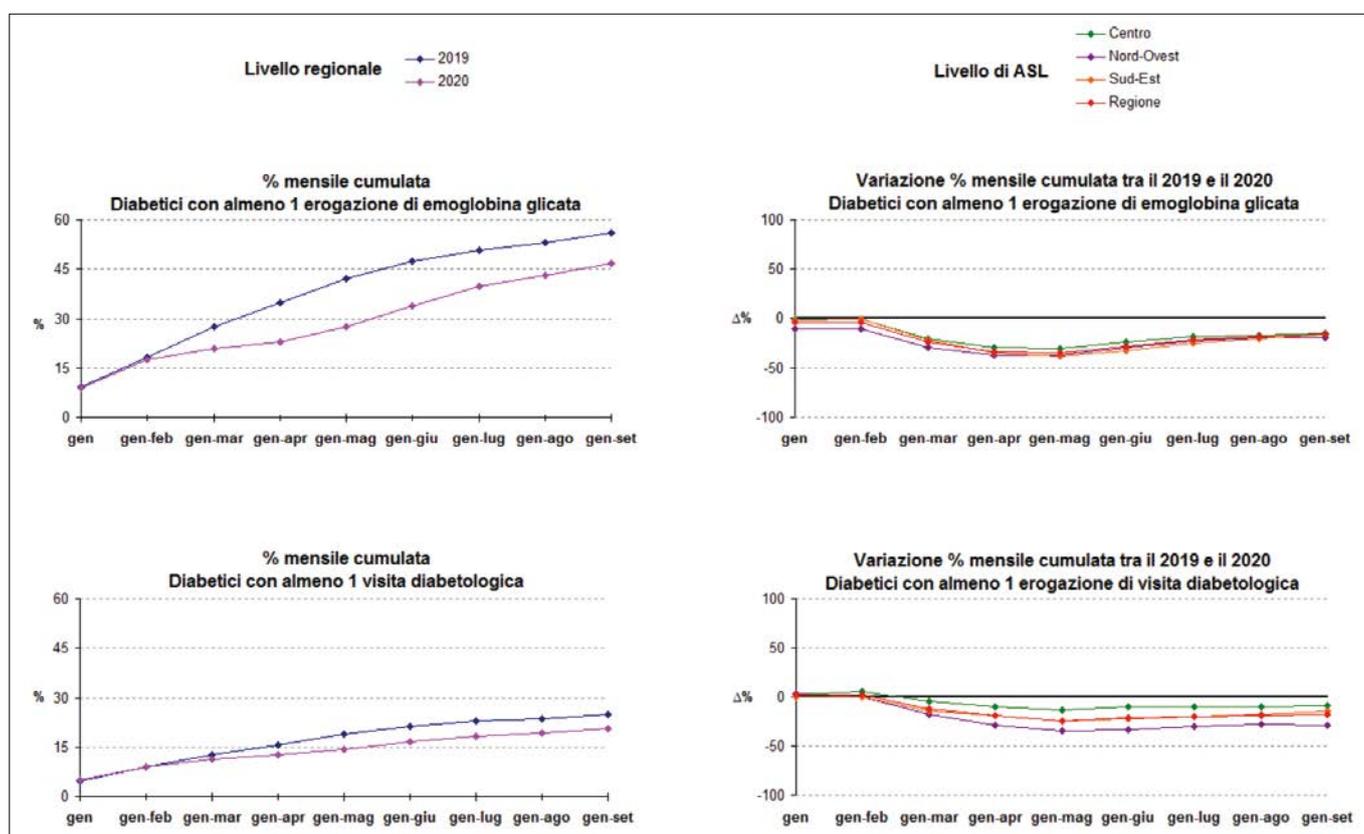


Figura 1 – Diabete: indicatori di processo del Programma di Osservazione del Territorio dell'ARS Toscana, livello regionale e di ASL di residenza - Emoglobina glicata e visita diabetologica.

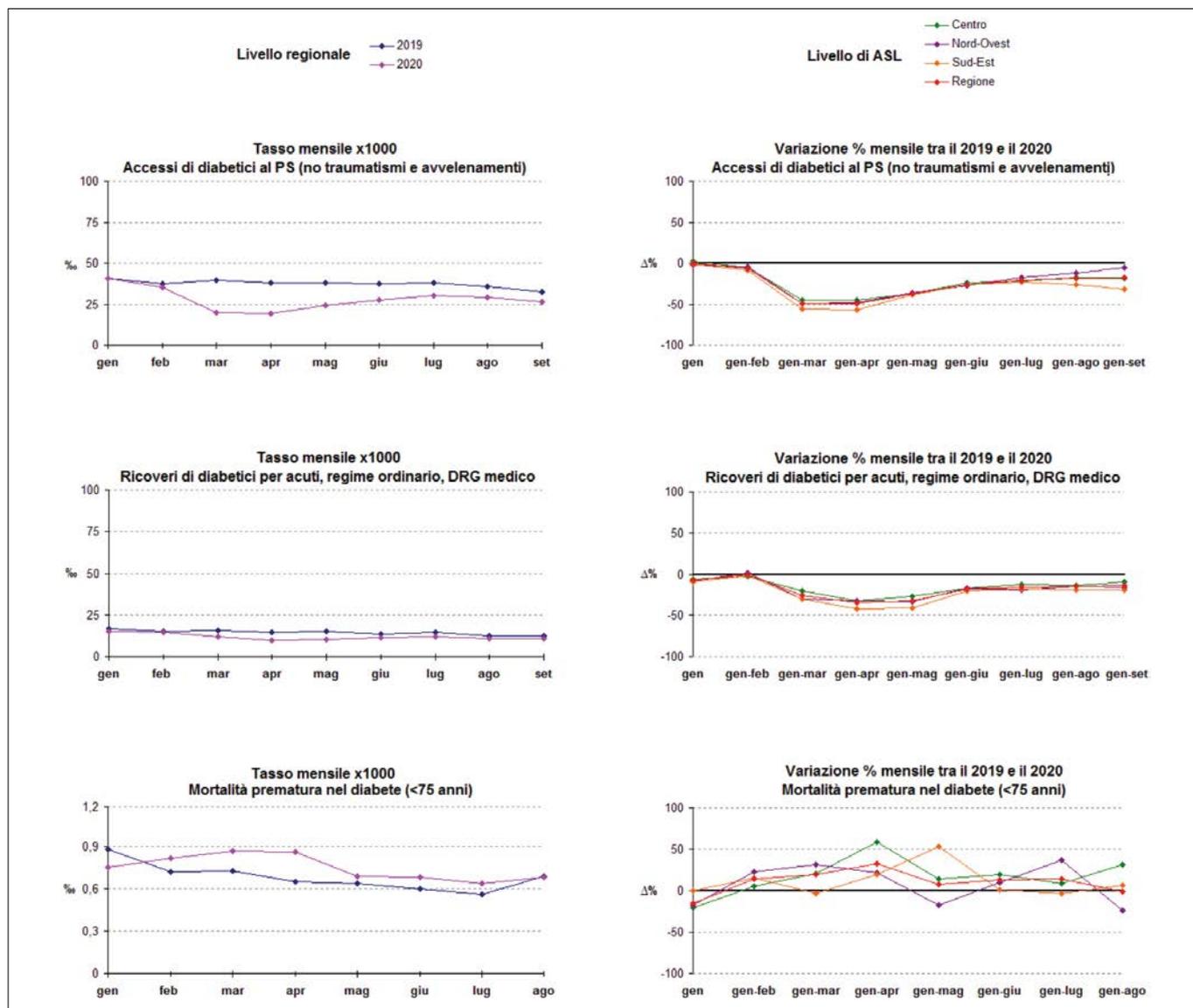


Figura 2 – Diabete: indicatori di esito del Programma di Osservazione del Territorio dell'ARS Toscana, livello regionale e di ASL di residenza - Accessi al Pronto Soccorso, ricoveri e mortalità prematura.

l'altro non sembrano attenuarsi, se non leggermente, con l'aumentare dei mesi del periodo di osservazione. Settembre 2020, rispetto al 2019, registra il 20% in meno di diabetici con almeno un esame dell'emoglobina glicata e una visita diabetologia, il 20% in meno di individui affetti da scompenso con almeno un ECG e una visita cardiologica, percentuali minori di oltre il 50% di individui affetti da BPCO con almeno una spirometria e una visita pneumologica;

- la presa in carico tramite esami e visite specialistiche varia tra le ASL di residenza, pur rimanendo comunque inferiore per il 2020 a partire

dal mese di marzo. In particolare, l'ASL Centro ha erogato più visite specialistiche ed esami di *follow-up* diagnostico in caso di diabete e scompenso cardiaco, mentre l'ASL Nord-Ovest ha sempre registrato meno visite specialistiche;

- il tasso di accesso al Pronto Soccorso e quello di ricovero ospedaliero si riducono nel 2020, con differenze notevoli nei mesi di marzo e aprile (della metà o più) che si attenuano durante il periodo estivo. Permane variabilità tra le ASL, ma con differenze tra i trend di variazioni percentuali meno nette rispetto a quelle degli indicatori di processo;

- la mortalità prematura deve essere analizzata in base alla patologia: per il diabete è sempre più alta nel 2020 a partire da febbraio; per lo scompenso ha un andamento simile fino a maggio, quando cambia tendenza e risulta maggiore nel 2019; per la BPCO è sempre inferiore nel 2020 tranne nel mese di agosto. La variabilità tra le ASL risulta molto elevata;
- la spesa pro capite per assistenza ospedaliera segue, come atteso, l'andamento del tasso di ricovero: è sempre minore per il 2020, con differenze tra un anno e l'altro che diminuiscono nel periodo estivo. Di entità ancora più piccole sono

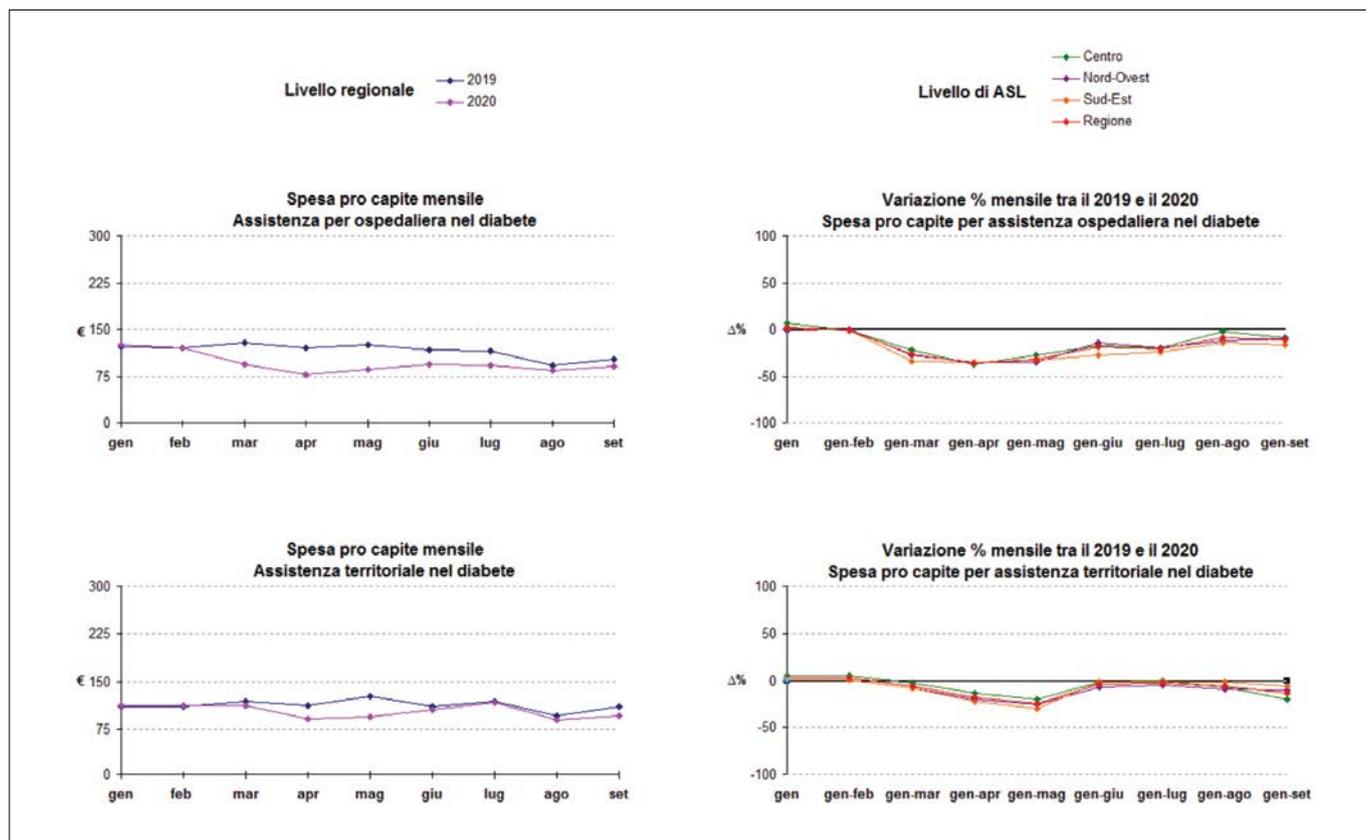


Figura 3 – Diabete: indicatori di costo del Programma di Osservazione del Territorio dell'ARS Toscana, livello regionale e di ASL di residenza – Spesa per assistenza ospedaliera e territoriale.

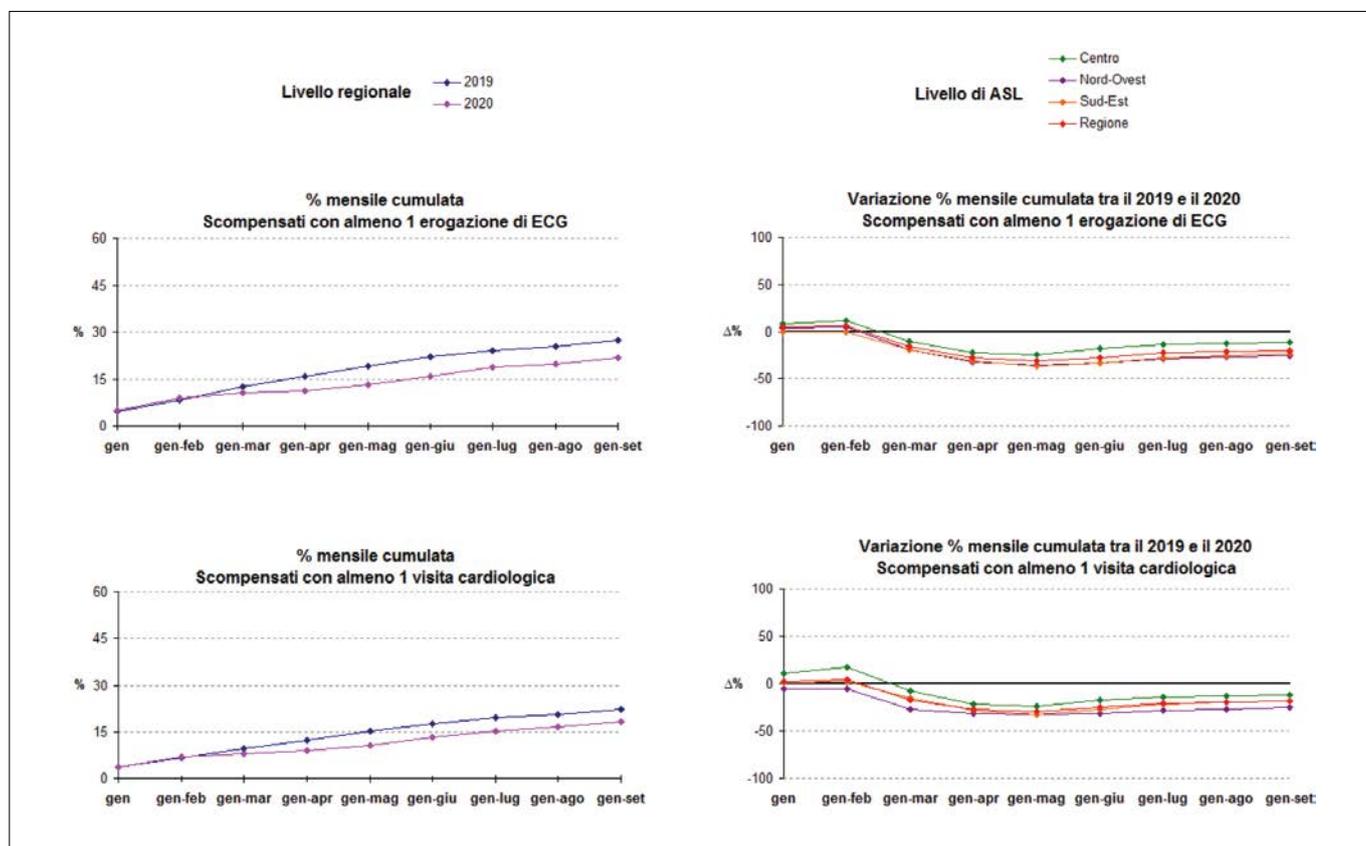


Figura 4 – Scompenso: indicatori di processo del Programma di Osservazione del Territorio dell'ARS Toscana, livello regionale e di ASL di residenza – ECG e visita cardiologica.

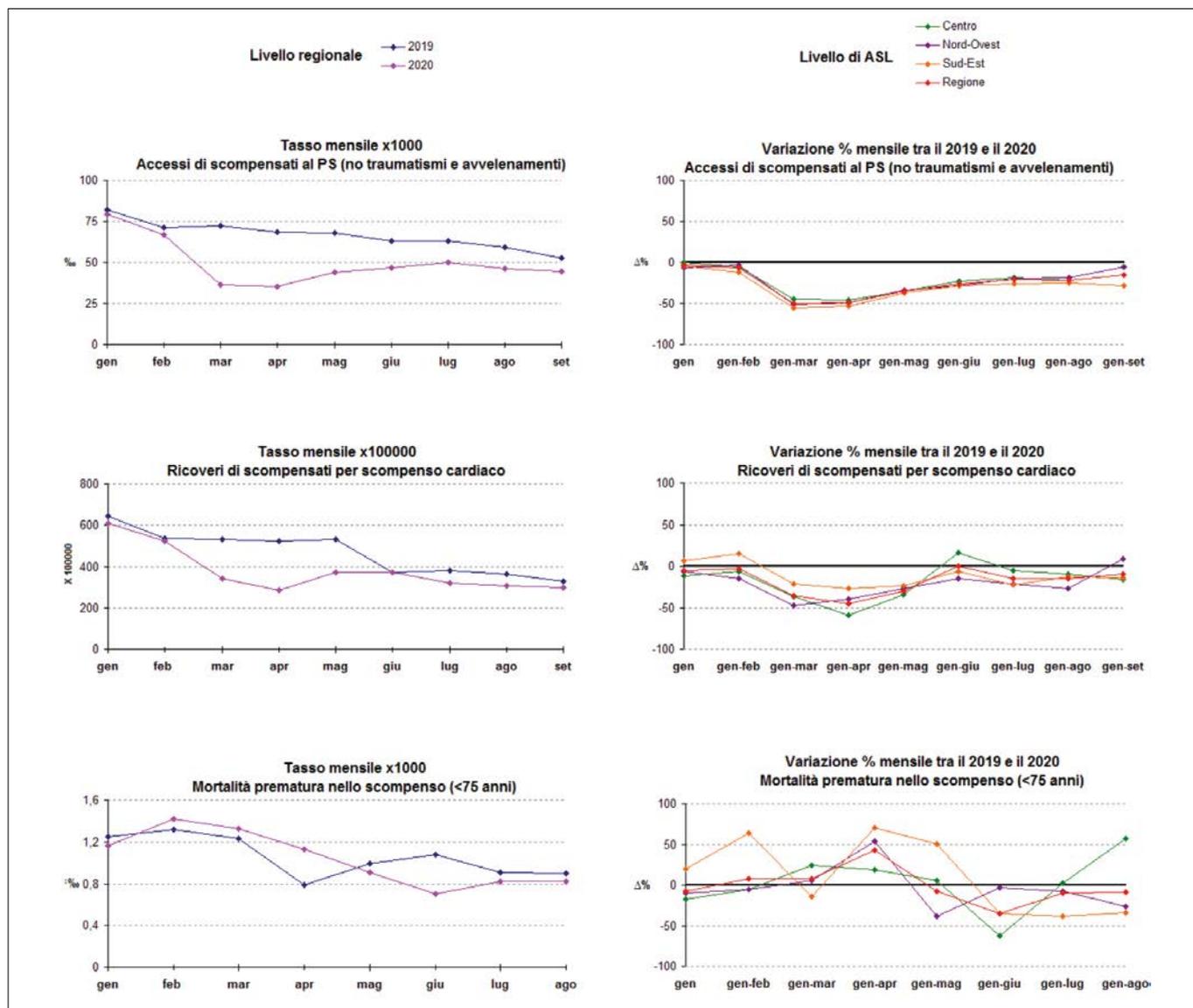


Figura 5 – Scompenso: indicatori di esito del Programma di Osservazione del Territorio dell'ARS Toscana, livello regionale e di ASL di residenza – Accessi al Pronto Soccorso, ricoveri e mortalità prematura.

le differenze per la spesa pro capite per assistenza territoriale.

Conclusioni

Gli assistiti affetti da condizioni croniche sono stati seguiti a livello territoriale con minore intensità nei primi cinque mesi del 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019, con particolare riguardo all'assistenza specialistica e al *follow-up* diagnostico. Questa forbice non sembra essersi ristretta nella fase estiva, nonostante la diminuzione dei contagi e la conseguente ripresa di alcune attività ambulatoriali routinarie. Le motivazioni possono essere tante: ad esempio, un aumentato timore di contrarre il virus da parte

dei pazienti, che li ha spinti a rimandare le cure per evitare ambienti ambulatoriali e ospedalieri o, per contro, l'implementazione di servizi alternativi alla classica medicina in presenza, come le televisite e i teleconsulti.

Con il prossimo aggiornamento dei flussi sanitari sarà possibile estendere l'osservazione nel tempo a tutto il 2020 e capire così se i *trend* rilevati sono cambiati o meno negli ultimi mesi dello stesso anno.

La notevole diminuzione dei tassi di accesso al Pronto Soccorso e dei ricoveri ospedalieri nei mesi del *lockdown* si è attenuata nel periodo successivo, pur rimanendo sempre minore per l'anno 2020. Non possiamo interpre-

tare queste differenze come esito positivo di salute, ma come una ridotta accessibilità ai servizi.

L'attuale fase della pandemia vede un notevole aumento di nuovi casi: è quindi fondamentale che i servizi si organizzino per garantire sia le cure per i malati di COVID-19 sia la continuità di assistenza per i malati cronici. In caso contrario, il "rallentamento" della presa in carico per le cronicità si sommerebbe all'impatto diretto della pandemia sulla salute dei cittadini, con un esito fortemente negativo: le malattie croniche, infatti, rendono più suscettibili a forme gravi di COVID e, viceversa, è probabile che il COVID-19 predisponga a peggioramenti

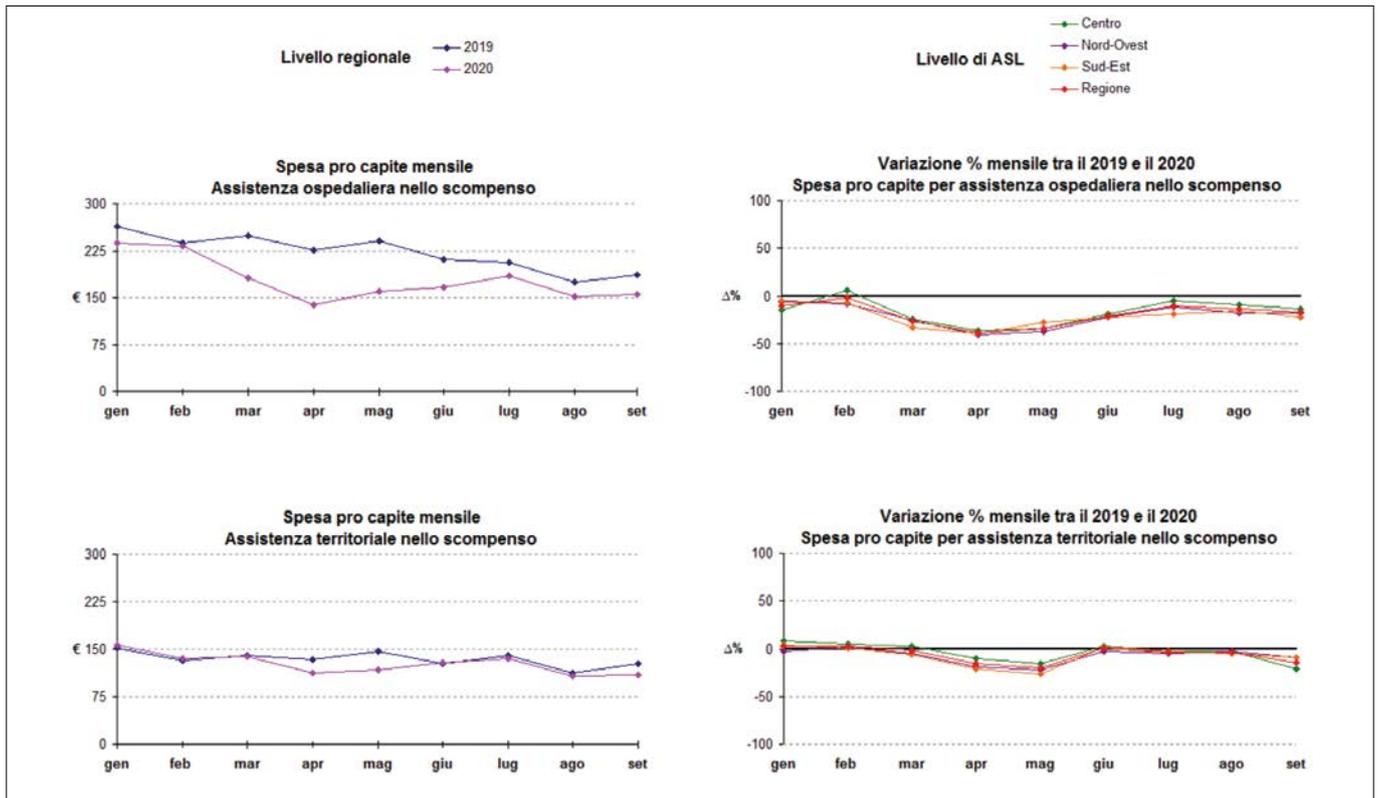


Figura 6 – Scopenso: indicatori di costo del Programma di Osservazione del Territorio dell’ARS Toscana, livello regionale e di ASL di residenza – Spesa per assistenza ospedaliera e territoriale.

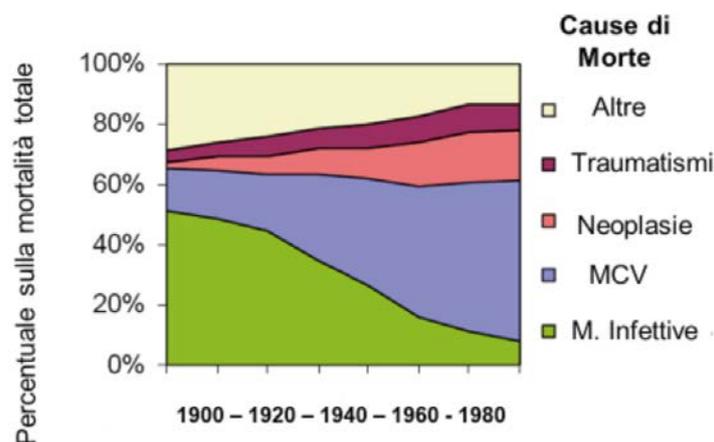
di preesistenti condizioni croniche. A conferma di queste considerazioni si rimanda a un commento recentemente pubblicato su *Lancet*: *COVID-19 is not a pandemic. It is a syndemic [...]* A syndemic is not merely a comorbidity. Syndemics are characterised by biolo-

gical and social interactions between conditions and states, interactions that increase a person’s susceptibility to harm or worsen their health outcomes. In the case of COVID-19, attacking NCDs will be a prerequisite for successful containment.

Dare un nuovo peso alle cronicità, ripensando e riorganizzando i modelli di assistenza, è fondamentale per continuare ad affrontare l’emergenza.

paolo.francesconi@ars.toscana.it

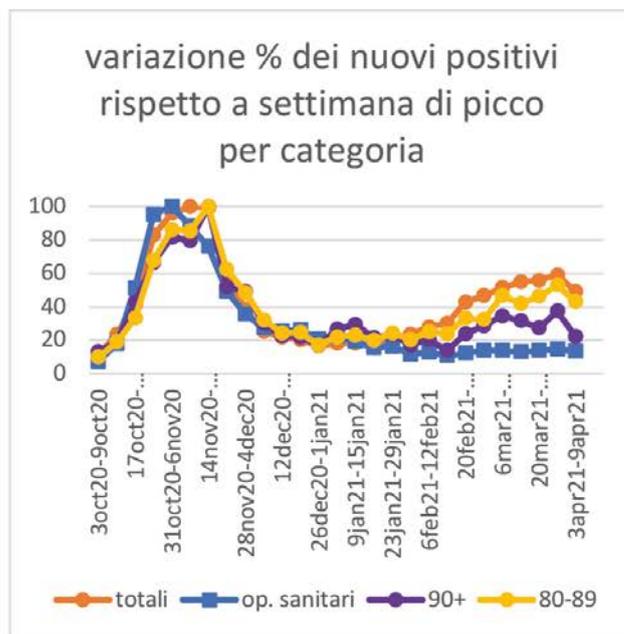
La Transizione Epidemiologica



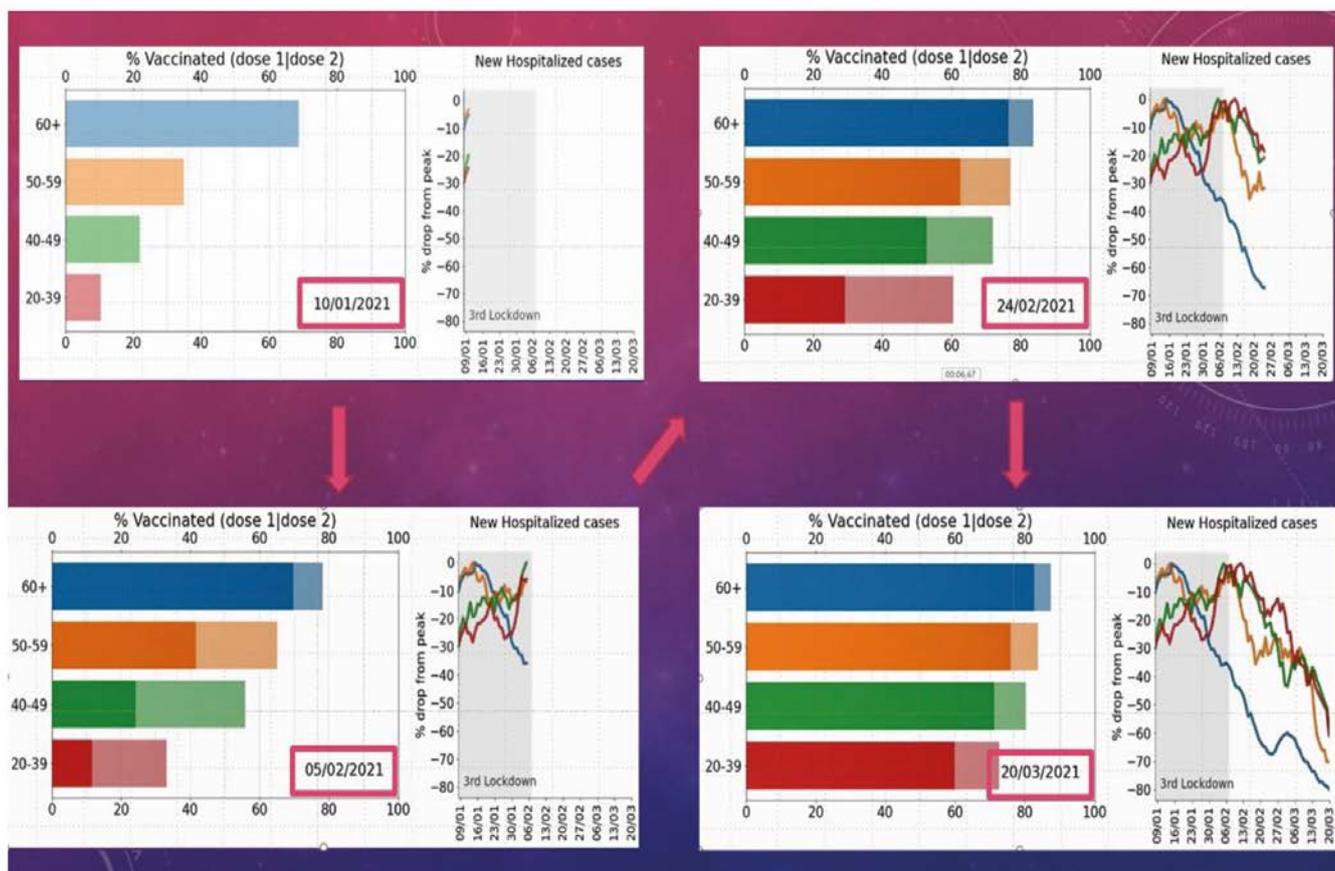
I milioni colpiti dal COVID creano una doppia transizione: “dobbiamo riarmare il mondo per sconfiggere nemici che credevamo già vinti”, Nancy Kassebaum, *Emerging Infectious Diseases*, Senato USA, 1996.



Courtesy Dr. P.G. Rogasi



Courtesy Dr. F. Voller



Courtesy Dr. P.G. Rogasi

Le tre figure mostrano gli effetti straordinariamente positivi della vaccinazione di massa sui ricoveri e sulla letalità, sia comparando Regno Unito, Israele e Italia che descrivendone gli effetti in Toscana (in alto a destra) e in Israele (in basso) in cui però il risultato riguarda tutta la popolazione.

Le scelte tragiche in medicina

di Pierantonio Muzzetto

*La domanda non è più cosa possiamo fare con la tecnica,
ma cosa la tecnica può fare di noi*

Guenter Anders

“La mia pena è durare
in quest’attesa sorda,
in questa cieca consunzione”

Mario Luzi, *Pietra Oscura*

La pandemia SARS-CoV-2 è stata di tale forza da determinare immani problemi non soltanto in ambito sanitario. In ambito medico, la numerosità e la gravità delle manifestazioni hanno costretto spesso a scelte delicate, definite – non a torto – tragiche, a garanzia della salute. In ambito rianimatorio e intensivistico, per la serietà dei quadri clinici, si è stati costretti a riflettere in merito alle decisioni terapeutiche intensive. Fin dalla prima ondata, il ciclone pandemico ha infatti alterato i normali canoni di giudizio clinico e generato un flusso decisionale correlato all’elevato numero dei pazienti coinvolti, con aspetti ripetutisi in questa cosiddetta terza fase pandemica. Ne sono scaturite importanti problematiche, che hanno investito la Consulta nazionale deontologica della FNOMCeO, chiamata a esprimersi sulla liceità delle posizioni assunte nella pubblicazione delle linee di etica medica della SIAARTI, diffuse nell’acme pandemico dello scorso anno. Un documento che ha indicato le modalità di scelta degli anestesisti rianimatori riguardo agli accessi in Terapia Intensiva in una situazione di carenza di risorse, anticipando la più recente proposta di linea guida presentata, in collaborazione con la

SIMLA (Società Italiana di Medicina Legale), all’Istituto Superiore di sanità. Un documento dalla postulata connotazione etica, che non ha lasciato certo indifferenti, costituendo per taluni una vera fuga in avanti riguardo alle discriminanti di scelta per l’accesso alla Terapia Intensiva. Una serie di criteri di selezione per la pletora di pazienti gravi, conseguente alla carenza di risorse strumentali e umane, così da “rendersi necessario porre un limite di età all’ingresso in Terapia Intensiva”. Non si tratta di “scelte meramente di valore, ma di riservare risorse [...] a chi ha in primis più probabilità di sopravvivenza e secondariamente a chi può avere più anni di vita salvata, in un’ottica di massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone”, poiché un accesso “*first come, first served*” equivarrebbe comunque a scegliere di non curare gli eventuali pazienti successivi che rimarrebbero esclusi dalla Terapia Intensiva”. Una posizione che ha provocato un grande dibattito. Per questo motivo la FNOMCeO, attraverso una commissione mista comprensiva di anestesisti, ha prodotto un nuovo documento per riportare tale discussione nell’alveo del codice deontologico. Tuttavia, il dibattito sulle scelte necessarie e sulla carenza di risorse, anche per l’imponenza della pandemia, ha movimentato una discussione più ampia nel mondo medico-scientifico internazionale, e non da meno sono state le posizioni espresse: alcune estreme, come la *lottery* anglosassone, o discutibili come le linee guida, subito “secretate”, del *Karolinska Institu-*



PIERANTONIO MUZZETTO

Libero Professionista, già Medico Ospedaliero e Docente a contratto di Etica e Deontologia Medica, Università degli Studi di Parma. Medico ospedaliero Gastroenterologo Endoscopista-Internista. Dirigenza (Direttore) di Modulo e di Programma interaziendale (Direzione d’organizzazione). Ruolo Esecutivo e Direttivo di Ente ausiliario e sussidiario dello Stato

ted, che stabilivano i criteri dell’età e delle comorbidità per l’accesso alle Terapie Intensive, ponendo il medico di fronte a una scelta *manichea* su chi trattare e su chi escludere. *Nella riflessione di metodo e di sostanza, la nostra posizione è ancora oggi vicina a quella dei medici tedeschi, che si richiamano al giudizio clinico formulato caso per caso, indispensabile anche in situazioni emergenziali, nel profondo rispetto della persona.* Un’ideologia in linea col Codice Deontologico e con le dichiarazioni di volontà del paziente, secondo cui le azioni sono intraprese, ove possibile, col suo consenso. Tutto ciò adottando criteri clinici basati sull’efficacia delle cure e sulla loro proporzionalità e adeguatezza: in questo senso, l’età non può essere identificato come unico elemento di selezione per la Terapia Intensiva – anche se i parametri extraclinici non possono essere ignorati –, poiché appare limitativo e incoerente da un punto di vista etico-deontologico. L’età infatti, sebbene avanzata, certamente non indebolisce il diritto alla vita quale bene primario, né tantomeno sminuisce la dignità della singola persona. D’altra parte, in termini deontologici, anche il *first come, first served* suscita perplessità e va a confliggere col reale stato di necessità del paziente, con il Codice

Deontologico, con il tema dell'equità sociale e delle disuguaglianze di cura, ma anche con la stessa Costituzione, soprattutto riguardo al diritto alla salute.

Ogni atto medico e ogni decisione intrapresa, pur richiamando al consenso informato e all'autodeterminazione del paziente, sono sempre in capo al medico, anche quando il paziente stesso richieda una prestazione inadeguata e oggettivamente non esigibile. Nella drammaticità degli avvenimenti, i medici sono responsabili di fronte alla richiesta di cure, ed estensivamente lo sono tutti coloro che a vario titolo sono impegnati a gestire l'emergenza e coloro che sono impegnati clinicamente in processi decisionali. L'*American Medical Association* (AMA) ha espresso perciò i criteri che identificano i tre obiettivi primari della terapia medica, fatti

propri dai rianimatori e intensivisti italiani, "per sollevare i clinici da una parte della responsabilità nelle scelte [...] in un'ottica di massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone". La valutazione delle risposte date dai comitati etici d'oltralpe e dal Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) rimanda però sempre al valore della decisione del medico, di per sé eticamente rilevante.

Una situazione, quindi, che deve allontanare dai concetti di abbandono o di scarto, privilegiando invece la scelta consapevole e condivisa delle cure verso chi debba essere seguito e curato in modo appropriato, sulla base di una responsabilità che è in capo al singolo medico, al quale si deve la valutazione dell'idoneità delle cure e l'eventuale accesso alla Terapia Intensiva. Egli dovrà operare secondo i canoni eti-

co-deontologici, che lo porteranno a continuare le cure pur in presenza di una prognosi infausta. A prevalere è sempre il concetto che qualsiasi decisione debba essere lontana da ogni autoreferenzialità e arbitrio, agendo il medico in piena libertà, ma nei limiti della scienza e della coscienza, in modo che ogni suo atto sia il più adeguato al suo "giudizio clinico ed extra-clinico" – ispirato sempre ai principi del Codice Deontologico – e al contempo eticamente giustificabile e responsabile. Tutto ciò tenendo conto anche delle risorse disponibili e pur sempre privilegiando e salvaguardando la vita del proprio assistito. Così facendo, sono fatte salve le pregiudiziali di garanzia degli interventi anche sul piano dell'equità delle prestazioni.

pimuzzetto@gmail.com

Nel 1978 Guido Calabresi e Philip Bobbitt avviarono con *Tragic choice* la riflessione sul problema delle decisioni in carenza di risorse. Non nel triage di guerra, quando si deve scegliere sul campo di battaglia chi tentare di salvare, bensì, quotidianamente, si pone il problema dei vincoli alle risorse. Di fronte a farmaci che costano decine di migliaia di euro, privi di dimostrate certezze, il medico può seguire la sua ispirazione o si atterrà a suggerimenti della scienza (e dell'amministrazione), di fatto indicazioni di comportamento? Valgono criteri clinici o anche extraclinici, quali la volontà del paziente o l'età "nel contesto della valutazione globale della persona malata" come scrive l'ISS? La FNOMCeO e la SIAARTI hanno concordato, nel giugno 2020, che "i criteri di accesso ai trattamenti ... devono rispondere anche a esigenze di giustizia distributiva e di equa allocazione delle risorse disponibili ... in relazione al bilancio fra costi e benefici di ogni pratica clinica commisurata agli esiti prevedibili di salute. A tal fine si applicano criteri rigorosi, espliciti, concorrenti e integrati, valutati caso per caso ...". Ci si basa sulla prospettiva di sopravvivenza in condizioni ragionevoli che non si trasformino in inutili aggravii di sofferenza tecnocratica. I cittadini e i medici hanno ben compreso che la tutela della salute si attua laddove l'universalità del diritto è resa possibile dall'equità. Le decisioni dei medici non sono avulse dalla valutazione delle risorse disponibili; la giustizia distributiva discende dal principio deontologico dell'equità nell'uso delle risorse.

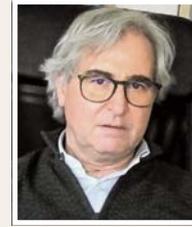
A. P.

La sanità come sicurezza globale

di Maurizio Benato

Il concetto chiave è l'ambiente che promuove la salute piuttosto che la promozione della salute nell'ambiente

M.B.



MAURIZIO BENATO

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Padova nel 1975. Allievo della Scuola Internistico-Metodologica padovana del professor Mario Austoni. Specializzato in Endocrinologia, Specializzato in Ginecologia e Ostetricia. Presidente OMCEO della Provincia di Padova dal 1996 al 2014. Vice presidente FNOMCeO dal 2006 al 2015. Delegato FNOMCeO presso il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB). Componente della Consulta Deontologica della FNOMCeO. Coordinatore scientifico, relatore e presidente di diversi simposi ordinistici nazionali e provinciali. È autore di numerose pubblicazioni di interesse etico-professionale

“Più comunemente la scarsità non è il risultato di una mancanza assoluta di una qualche risorsa in particolare, ma piuttosto la decisione di una società che non è disposta a rinunciare ad altri beni e benefici in quantità tale da eliminare quella scarsità”

Guido Calebresi, Philip Bobbit,
Scelte Tragiche, 1972

Le cronache veneziane riportano che il 30 marzo 1348, con l'arrivo della “peste nera”, il Maggior Consiglio, che affiancava il Doge nel governo della Repubblica, prese alcune importanti decisioni. Da una parte richiamò i medici all'obbligo della frequenza alle lezioni di Anatomia e a incontri volti alla discussione degli eccezionali casi clinici che si presentavano in quei tragici momenti, dall'altra istituì i Tre Savi della Sanità, “tres sapientes [...] qui examinent diligenter super omni modo et via quod udereter eis pro conservatione salutis”. La scelta cadde, per volontà della Dominante, non sui medici, come si potrebbe pensare, ma sui grandi *commis* di Stato di allora: Nicola Venier, Marco Querini, Paolo Bellegno. Venezia dunque precorreva i tempi. I testi di storia del pensiero medico

infatti riportano questa data quale inizio della medicina scientifica, che abbandona per sempre l'impostazione epistemologica, basata sulla verità rivelata, ereditata da Galeno; è anche l'inizio di quella che sarà la sanità pubblica affidata ai laici, il cui fondamento poggerà sul concetto della preservazione della salute collettiva. Si favoriva pertanto la sicurezza sanitaria, inserita nel più vasto campo della sicurezza sociale, un problema che si presentava già allora non solo medico ma politico.

Anche la pandemia COVID-19 si sta oggi rivelando uno straordinario catalizzatore di trasformazioni, accelerando processi che si sarebbero realizzati probabilmente in tempi molto più lunghi. Basti pensare allo sviluppo della *e-medicine*, che sta rivoluzionando con il nuovo *setting* l'approccio clinico e introduce il tema centrale della interrelazione tra salute e sicurezza umana, poiché la sicurezza sanitaria sta alla base di tutte le altre dimensioni del vivere civile, quali la sicurezza economica, alimentare, ambientale, personale e politica.

Una sicurezza sanitaria, dunque, che permette di ovviare anche sul piano etico agli stati di solitudine, precarietà e perdita di punti di riferimento, che denotano da sempre la vulnerabilità dell'individuo; *una sicurezza sanitaria, che rende possibile l'intreccio di relazioni umane più autentiche, più stabili, capaci di dare senso a un universo sempre più problematico e di guidare il mondo verso orizzonti di maggiore democrazia, giustizia, uguaglianza e progresso. La gestione “securitaria” della salute è conseguente alla tendenza a inquadrare i problemi di sanità globale nella flessibile categoria delle nuove*

ed emergenti minacce alla sicurezza collettiva. È un approccio che si basa sul convincimento che la diffusione di malattie infettive altamente patogene possa minare le basi politiche, economiche e sociali degli Stati e, di riflesso, anche la stabilità di più ampie regioni del mondo. A tal proposito, i rapporti Human Security dell'ONU si sono spesso interessati di sicurezza sanitaria, mettendo così in evidenza che l'impatto multidimensionale e transnazionale delle minacce sanitarie richiede approcci umanitari integrati. L'OMS, da parte sua, ha auspicato che salute e sicurezza globale diventino obiettivi di coesione mondiale. Tra i determinanti sociali della salute, la crescita economica e la democrazia sono considerate due fattori capaci di svolgere un ruolo di primaria importanza per le popolazioni. La crescita economica, infatti, è una precondizione necessaria per un migliore stato di salute, anche se è noto che i benefici a livello di popolazione si riducono quando la distribuzione del reddito è molto diseguale. Non solo: anche la governance democratica influenza gli esiti di salute attraverso una migliore capacità di risposta ai bisogni, in

particolare per i gruppi più svantaggiati. Da tempo si cerca di spostare l'attenzione dell'opinione pubblica sugli ambienti sociali e istituzionali della vita quotidiana, dal modello di difetto della malattia ai potenziali di salute a essi correlati. *In realtà permane ancora la tendenza ad assimilare la "promozione della salute nell'ambiente" con un "ambiente che promuove la salute" e questo malinteso, in gran parte voluto, serve a perpetuare i noti programmi di intervento tradizionalmente focalizzati sull'individuo, invece di considerare gli ambienti nel loro insieme e l'influenza di fattori di differenza culturale, economica e politica.*

Vi è pertanto la necessità di una condivisione culturale nell'approccio agli ambienti, una condivisione che può scaturire solo da una profonda riflessione filosofica che abbracci anche il mondo non umano. Il Programma delle Nazioni Unite per l'ambiente (*United Nations Environment Programme*, UNEP) sottolinea che distruggere la natura e degradare gli ecosistemi mette in pericolo la salute umana, poiché è certo che il 75% di tutte le malattie infettive emergenti sono zoonotiche, ovvero virus trasmessi dagli animali, domestici o selvatici, all'uomo.

Recentemente l'*International Agency for Research on Cancer* (IARC) dell'OMS ha diffuso una comunicazione in cui compare la decisione di inserire le carni rosse e le carni lavorate nella lista delle sostanze cancerogene a pericolosità più alta. La notizia, non nuova, ha riportato alla luce note realtà tenute in sordina sull'industria della carne. Si sa che per produrre 1 kg di carne di bovino servono in media 15.400 litri d'acqua e 4.000 litri per produrre 1 kg di carne di maiale, ma solo 1.800 litri d'acqua per produrre 1 kg di grano o cereali. Non solo: si afferma che la prima fonte di emissioni di gas serra derivate dall'agricoltura è la

fermentazione enterica (metano, prodotto e rilasciato dal bestiame durante la digestione) che nel 2011 ha rappresentato il 39% della quota totale di emissioni del settore, con un aumento dell'11% tra il 2001 e il 2011. Sono dati che auspicano un forte coordinamento tra politica, etica, salute e medicina. Un coordinamento oggi ancora più richiesto, poiché stiamo combattendo contro una zoonosi determinata dal "salto

I documenti internazionali hanno definito la relazione tra salute e sicurezza umana, includendo la sicurezza sanitaria tra le sette dimensioni della sicurezza, insieme con la sicurezza economica, alimentare, ambientale, personale, la sicurezza garantita dalla comunità e quella politica. Il rapporto OMS del 2010, *Human Security*, evidenzia l'impatto multidimensionale e transnazionale delle minacce sanitarie, riafferma l'approccio integrato della sicurezza umana e l'interdipendenza tra salute pubblica, sicurezza e diritti umani: emerge l'idea di una gestione "securitaria" della salute, inquadrando i problemi di salute globale tra le minacce emergenti per la sicurezza collettiva; la diffusione di malattie infettive altamente patogene può minare le basi politiche, economiche e sociali di ampie regioni del mondo

A. P.

di specie" (*spillover*) di un virus. È vero, si tratta di un fenomeno vecchio di millenni, accentuato però dalle abitudini e dai comportamenti alimentari odierni e più facilitato rispetto al passato, dal momento che il numero di esseri umani sulla Terra sfiora ormai gli 8 miliardi, per lo più ammassati nei grandi centri abitati (55%), una quarantina dei quali ospitante oltre 5 milioni di individui.

Non dobbiamo poi dimenticare che la tecnologia dei trasporti e il flusso quotidiano di persone che si spostano per motivi sia economici che turistici, rende teoricamente possibile il trasporto di un agente pato-

geno da un capo all'altro del pianeta nel giro di 24 ore e che l'espansione delle aree urbane o antropizzate riduce l'habitat delle specie da cui si originano i virus, costringendo gli animali selvatici a una coabitazione ravvicinata e forzata con l'uomo e con gli animali addomesticati (polli, suini, bovini).

Anche i cambiamenti climatici e l'inquinamento atmosferico giocano, a loro volta, un ruolo importante. I

primi sono la causa dell'espansione di ambienti favorevoli alla proliferazione di insetti e altri animali, possibili veicoli di agenti patogeni, mentre l'inquinamento atmosferico rende le persone mediamente più vulnerabili alle infezioni respiratorie, nel caso di zoonosi che si propagano per via aerea.

In questo scenario, se non saremo in grado di innescare una inversione di tendenza nella crescita demografica umana e, soprattutto, di gestire il nostro rapporto con l'ambiente in maniera più sostenibile, le zoonosi infettive saranno destinate ad aumentare sempre di più nei decenni futuri.

Sono dati che interpellano la politica, ma è anche compito della medicina generare una coscienza ecologica che possa sostituire la visione antropocentrica attuale con una visione biocentrica, in cui l'uomo

non occupa più l'apice della creazione/evoluzione e di conseguenza non dispone più a suo piacimento del pianeta e dei suoi abitanti. Un pensiero che oggi, al di là delle immancabili differenze di posizione nel dibattito pubblico, "si basa sul concetto fondamentale che ciò che dobbiamo agli animali non-umani non discende da considerazioni di tipo empatico o affettivo, ma da considerazioni di giustizia".

L'uomo ha sempre sottolineato la propria supremazia su tutti gli altri esseri viventi, creando così una divisione, oggi presente più che mai, tra se stesso e gli animali, tra il mondo naturale e il mondo culturale. Oggi

la filosofia post-umanista raccoglie le sfide provenienti dalla biologia e dagli *animal studies* che, a diverso titolo, si sono occupati degli animali non-umani e delle interazioni tra esseri viventi, e propone un nuovo paradigma capace di superare le insidie dell'antropocentrismo ancora vigenti nelle teorie tradizionali.

Sono concetti che fanno da apripista e ci inducono a scavare più a fondo il rapporto tra diritto individuale e interesse collettivo nell'ambito della sicurezza sanitaria. Vladimiro Zagrebelsky afferma che la nostra Costituzione autorizza a limitare la libertà di circolazione per motivi di sanità pubblica, ma non ammette che si possa violare la libertà personale per tutelare la salute dell'individuo contro la sua volontà. Ciò prefigurerebbe quindi un "dovere alla salute" che la Costituzione non contempla.

La tensione tra questi opposti interessi è cosa nota nell'organizzazione e nella gestione del Sistema Sanitario Nazionale e sono questioni relative alla centralità della persona (la libertà di scelta del luogo

di cura, il diritto a essere informato sulla terapia, il diritto a opporsi o a dare il consenso – consenso informato –, il diritto del paziente di "essere preso in carico" dal medico o dall'*équipe* sanitaria durante tutto il percorso terapeutico, il diritto alla riservatezza ecc.).

Tuttavia, l'articolo 15 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo prevede una deroga: *"in caso di guerra o in caso di altro pericolo pubblico che minacci la vita della nazione, ogni Alta Parte contraente può adottare delle misure in deroga agli obblighi previsti dalla presente Convenzione, nella stretta misura in cui la situazione lo richieda e a condizione che tali misure non siano in conflitto con gli altri obblighi derivanti dal diritto internazionale"*.

Da quanto precede, appaiono perciò evidenti il grado di interconnessione e interdipendenza tra salute pubblica, sicurezza e diritto e l'incontestabile riconducibilità della sicurezza sanitaria alla più ampia nozione di sicurezza umana.

La complessità della cornice eti-

co-giuridica e politica fa capire però quali siano i limiti nella *governance* della sicurezza sanitaria ed è foriera di tante domande che non hanno ancora una risposta condivisa: *quale rapporto virtuoso dobbiamo ricercare tra gli aspetti personalistici della salute e la sicurezza collettiva? Si possono ammettere scale di priorità tra i diritti del singolo e della collettività?*

Certo è che, sul piano etico, la sicurezza sanitaria non solo permette il mantenimento delle capacità vitali dei singoli, ma crea anche le condizioni essenziali per vivere liberi. La libertà è di fatto menomata quando predomina la malattia e quando questa si presenta gravosa si crea un circolo vizioso inarrestabile. L'approccio alla salute, pertanto, comporta delle scelte morali che la professione medica, nata per favorire ogni vita umana, non può non affrontare, con lo scopo di limitare il dramma delle disuguaglianze presenti.

benatodr.maurizio@virgilio.it

LE CINQUE AZIONI CHE COMPONGONO IL PROCESSO DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

1. Rafforzare l'**azione comunitaria**
2. Sviluppare le **attitudini personali**
3. Dare gli **strumenti**, mediare tra **interessi e visioni diverse**, creare **senso e immaginario**
4. Creare **ambienti favorevoli**
5. **Riorientare i servizi sanitari** elaborando una politica pubblica per la salute

"La promozione della salute è un processo che garantisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul proprio livello di salute e per migliorarlo"

Carta di Ottawa, 1986, OMS

Il ruolo dei medici per la difesa della salute del pianeta

di Giuseppe Curciarello, Franco Bergesio, Roberto Romizi

Quando le generazioni future giudicheranno coloro che sono venuti prima di loro sulle questioni ambientali, potranno arrivare alla conclusione che questi “non sapevano”: accertiamoci di non passare alla storia come la generazione che sapeva, ma non si è preoccupata

Mikhail Sergeevich Gorbachev

L'emergenza COVID-19 ha mostrato l'importanza di un approccio sanitario globale, che comprenda anche le relazioni imprescindibili che il nostro mondo ha con quello animale e vegetale, ovvero con l'intera biosfera in cui siamo immersi. In questo articolo vogliamo fornire una spiegazione del termine *One Health* (OH), discutendo in particolare dell'opportunità, in questo tempo di pandemia, di sviluppare una visione sanitaria olistica, capace di riconoscere la stretta interconnessione fra la salute umana, animale e quella del nostro intero ecosistema. E chi potrebbe diffondere questo nuovo algoritmo di prevenzione, diagnosi e cura, se non proprio i medici, divenendo in prima persona educatori dei cittadini-pazienti a questa visione?

OH è un modo multidisciplinare, fondato su solide basi scientifiche, di approcciarsi all'ineluttabilità del legame tra la salute degli esseri umani, quella degli animali e quella di tutto il mondo naturale. La diffusione della pandemia di COVID-19 ha mostrato, infatti, in modo estremamente chiaro l'importanza di questa nuova visione sanitaria, incentrata sull'interconnessione tra l'uomo e l'ambiente. Proprio questo legame dovrebbe divenire il minimo comune denominatore di qualunque progetto su “Ambiente e Salute” (che forse noi medici dovremmo meglio citare come “Salute e... Ambiente”), in modo da garantire un futuro sostenibile per tutti. Sono ormai acclamate da anni, su prestigiose riviste scientifiche internazionali, le ripercussioni

del degrado ambientale e del cambiamento climatico sulla salute, unite alle pesantissime conseguenze in termini di biodiversità. Tuttavia, ai più sfuggono ancora i benefici che uno stato di salute ambientale potrebbe apportare allo stato di salute umano, inteso anche come benessere psicofisico. Ecco, dunque, l'importanza di declinare visioni e percorsi di salute OH. Questa transizione è davvero necessaria e ineludibile ed è l'unica in grado di consentire uno sviluppo realmente sostenibile.

OH nasce nel 2004 durante una conferenza indetta dalla *Wild Conservation Society* (*Manhattan principles*). Tale concezione è stata fino a oggi applicata principalmente alla salute animale, alla sicurezza degli alimenti, all'antibiotico-resistenza e alle epidemie zoonotiche, ma dovrebbe essere rivolta anche all'inquinamen-

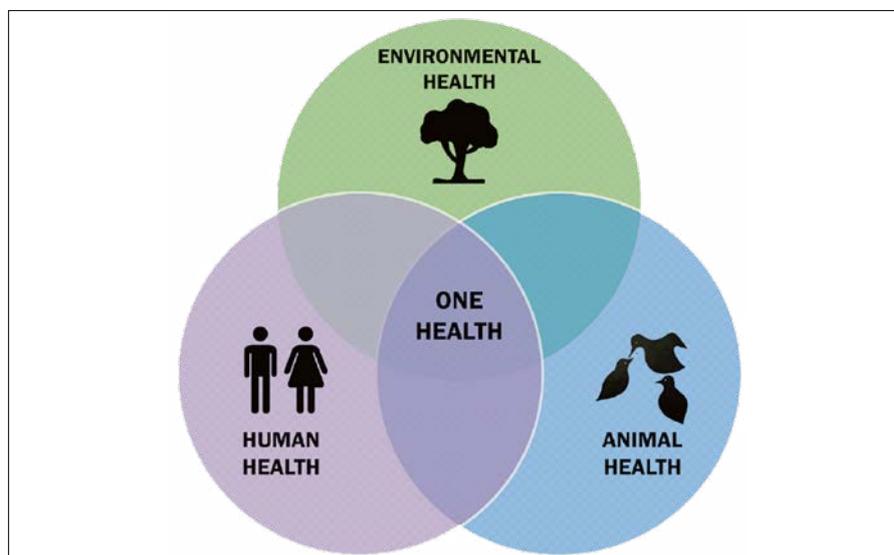


GIUSEPPE CURCIARELLO
Ambulatorio specialistico di Ematologia Generale (Clinica e Laboratorio), Firenze. Membro del Collegio dei Sindaci della Società Italiana di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale. Auditor/Consulente per la Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure Regione Toscana. Membro del Consiglio Direttivo AMES (Associazione Medici Scandicci)

FRANCO BERGESIO
Presidente ISDE Firenze

ROBERTO ROMIZI
Presidente ISDE Italia

to ambientale, alla pianificazione dei territori (progettazione urbana e dei trasporti) e al danno alla biodiversità. Una definizione del Ministero della Salute afferma che con il termine OH “*si riconosce che la salute degli esseri umani è legata alla salute degli animali e dell'ambiente nella sua accezione più ampia*”. Questo approccio sta divenendo rapidamente essenziale e strategico e ha innescato un movimento internazionale basato su varie collaborazioni intersettoriali, essendo formalmente riconosciuto da moltis-



Il concetto di OH, *One Health*.

sime istituzioni, come la Commissione Europea, il Dipartimento di Stato degli Stati Uniti, i *Centers for Diseases Control and Prevention* (CDC), la Banca Mondiale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la *Food and Agriculture Organization of the United Nations* (FAO), l'Organizzazione Mondiale per la Salute Animale (OIE), gli Istituti di ricerca di tutto il mondo, le Organizzazioni Non Governative (ONG) e altri enti e livelli decisionali sulle politiche sanitarie. Il termine OH identifica quindi un concetto olistico di salute delle persone, degli animali, degli ambienti di vita e di lavoro e degli ecosistemi. Promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare collaborativo, con l'intento di affrontare i rischi potenziali e concreti che hanno origine dall'interfaccia tra queste diverse realtà. Indipendentemente da quale definizione di OH venga utilizzata nei diversi continenti, il fattore comune è l'interazione di tutte le professionalità e dei saperi che hanno un impatto diretto o indiretto sulla salute. OH infatti promuove un approccio coordinato per fronteggiare i rischi derivanti da un eccessivo sviluppo della presenza umana a danno delle altre specie biologiche animali e vegetali.

La diffusione della pandemia, inoltre, ha dimostrato quanto sia fallace l'attuale modello di sviluppo. Dobbiamo, da subito, intraprendere percorsi nuovi e virtuosi, con dichiarati obiettivi di copertura sanitaria universale e di accesso equo a tutti i servizi sanitari e di prevenzione primaria. Tutto ciò in un generale contesto di consapevolezza del rapporto fra la salute umana e la salute ambientale e animale.

Già in epoca pre-COVID, nel 2019, nell'ambito dell'*High-level Meeting on Universal Health Coverage* (UHC), veniva affermato come si andassero "moltiplicando le minacce per la salute dell'umanità" e come si diffondessero "vecchie e nuove patologie, di fronte alle quali è necessario ripensare l'approccio

al tema del benessere e studiare un vero e proprio cambiamento di paradigma". Sono gli stessi concetti che vengono affermati nell'Agenda ONU 2030, attraverso 17 obiettivi di sviluppo sostenibile. È *necessario, perciò, avere ormai consapevolezza di un nuovo modo di intendere la salute. Le tematiche di Salute e Ambiente OH dovrebbero divenire uno specifico insegnamento nelle scuole di Medicina (dove manca questo strategico settore), per una visione sanitaria globale che consideri come un unicum tutte le forme di vita.*

"Salute e non solo sanità. Come

"Un giorno ho mostrato i miei documentari su Chernobyl a dei bambini.

Mi hanno posto le più svariate domande, ma una mi è rimasta impressa nella mente. Un ragazzo, evidentemente un tipo di solito timido e taciturno, balbettando e arrossendo, mi ha chiesto:

"E non si potevano aiutare anche gli animali che sono rimasti laggù?"

Questo era già un uomo del futuro.

Non ho saputo cosa rispondergli ...

La nostra arte parla soltanto delle sofferenze e dell'amore degli esseri umani!

Noi non ci abbassiamo a considerarli: animali, piante ... Questo mondo separato ... Ma con Chernobyl l'uomo ha alzato la mano su tutto"

Svetlana Aleksievic,

Preghiera per Chernobyl Ed. E/O

orientare gli investimenti in sanità in un'ottica di sviluppo sostenibile" è il *TI Position Paper* di ASviS (Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile) pubblicato all'inizio di ottobre 2020, in cui si prendono in esame gli obiettivi strategici da valorizzare alla luce della situazione odierna e alcune concrete proposte da portare avanti per la revisione dell'attuale modello di sviluppo. Queste proposte indicano 4 macro-aree intersettoriali di impatto della pandemia e 10 settori di investimento e ricostruzione. Le 4 macro-aree indicate sono: il modello di sviluppo socio-economico, da riorientare verso la costruzione di soli-

di e sostenibili strumenti di governo sovranazionale; la questione ambientale; l'area della comunicazione e dell'informazione, con i rischi emersi in termini di infodemia, disinformazione e viralità comunicativa; l'area della giustizia distributiva e dell'equità sociale, in particolare per quanto riguarda l'accesso al welfare e alla sanità. Tra i 10 settori di investimento e ricostruzione indicati da ASviS come prioritari figurano invece le strutture sanitarie residenziali e di emergenza (tecnologie, dispositivi, informatica e telematica), la sanità del territorio, con strutture intermedie tra ospedali e territorio stesso, la ricerca biomedica e sanitaria pubblica, l'ambiente, il clima, l'inquinamento e la prevenzione.

One Health come modello di salute circolare

Come è stato recentemente riportato in un articolo dalla giornalista Serena Ricci, il modello della salute circolare è in linea con il *whole-of-society approach* e con il *whole-of-government approach*, sostenuti dall'OMS nella strategia Salute 2020. Esso è finalizzato a coinvolgere differenti settori della società, favorendo la loro partecipazione nei processi decisionali relativi alle misure di salute pubblica, e ha dimostrato di essere una risposta efficiente all'attuale pandemia, oltre che un metodo necessario per evitarne di

future. *OH non deve però limitarsi a instaurare una sinergia tra medicina veterinaria, medicina umana ed ecologia, ma deve anche promuovere la collaborazione con le scienze sociali e umanistiche, con le scienze fisiche e con le scienze della vita, senza tralasciare l'utilizzo dei Big Data e dell'intelligenza artificiale (IA). I Big Data ci permettono, infatti, di monitorare costantemente la temperatura e l'umidità dell'ambiente (variabili fondamentali nella diffusione di malattie, quali la malaria e il dengue), il livello delle polveri sottili, l'indice UV, la presenza di pollini, la forza degli uragani, il riscaldamento del mare*

e lo scioglimento dei ghiacciai. I *Big Data* possono essere esaminati da sofisticati sistemi di analisi statistica e, con l'aiuto dei cosiddetti *supercomputer*, potranno essere molto utili nel processo di *decision-making*.

Ritornando al titolo del nostro articolo, la pandemia che stiamo affrontando dovrebbe diventare occasione per una riflessione comune sulla necessità di sviluppare una nuova cultura medica, che superi le settorialità specialistiche del passato. D'altra parte, OH non è poi una visione del tutto nuova: già nel XIX secolo, infatti, si iniziò a considerare la salute animale strettamente correlata con quella umana (Virchow-Osler). Più in particolare, il termine *zoonosi* fu coniato da Rudolf Virchow per indicare tutte le malattie infettive che potevano essere trasmesse all'uomo in modo diretto o indiretto (vettori o alimenti), mentre William Osler indicò per primo quanto la veterinaria fosse importante nella gestione della sanità pubblica. Oggi conosciamo tutti le *zoonosi* (febbre gialla, rickettsiosi, brucellosi, amebiasi, toxoplasmosi, leishmaniosi, teniasi, schistosomiasi ecc.) e sappiamo che almeno il 60% delle malattie che colpiscono gli esseri umani è causato da patogeni presenti in altri ospiti che migrano fra specie diverse (pensiamo alla SARS, all'AIDS, ma anche alla malaria o a molte febbri emorragiche). Molte delle infezioni cosiddette emergenti sono dovute proprio a questo passaggio: il 70% sono infatti *zoonosi* (trasmesse anche da vettori), favorite dai cambiamenti climatici e dall'aumentata promiscuità tra l'ambiente selvatico e le grandi comunità urbane.

Un esempio interessante di collaborazione è quello tra il CERN (*Conseil européen pour la recherche nucléaire*) e il Centro *One Health* della Florida, relativo all'analisi di una moltitudine di dati archiviati per la valutazione dei fattori inquinanti sulla gravità della malattia da COVID. La virologa Ilaria Capua, direttrice del *One Health Center of Excellence* dell'Università della Florida, nel suo libro "Salute circolare. Una rivoluzio-

ne necessaria" fornisce la ricetta per non trovarsi di nuovo ad annasparsi in una futura pandemia: *"l'unica strada che abbiamo per non ricaderci mai più è la consapevolezza che viviamo all'interno di un sistema di cui fanno parte persone, animali, piante e in generale l'ambiente in cui viviamo"*.

L'impegno dei medici nella difesa della salute del pianeta

Come è possibile che la classe medica non abbia compreso che la mancanza di una visione OH ha molto a che fare con questa pandemia e che, soprattutto, non riconosca il ruolo che può e dovrebbe avere sia nella sensibilizzazione dell'opinione pubblica sul tema della salute e dell'ambiente, sia nell'indirizzare i politici verso le scelte giuste? I medici dovrebbero pretendere di sedere ai tavoli politici, dove verranno prese decisioni che condizioneranno la salute negli anni a venire. E dovrebbero esserci non solo e non tanto perché ci troviamo a vivere un momento storico particolare nella storia dell'umanità (un "epoca di cambiamento", come dice Papa Francesco), ma per il loro ruolo unico di "ponti" autorevoli e carismatici tra la popolazione di cui sono chiamati a prendersi cura (i pazienti, che poi sono anche i "cittadini") e le istituzioni.

Forse non siamo del tutto responsabili del disastro ambientale che ci circonda, ma i medici dovrebbero in ogni caso contribuire a dare una risposta e a orientarla nella direzione giusta, quella che consentirà di prevenire nei prossimi anni le possibili conseguenze patologiche derivanti dal cambiamento climatico e dall'inquinamento dell'aria, dell'acqua e delle fonti alimentari. Forse è l'ora che il medico dica "la sua", non solo su diagnosi e terapie, ma anche e soprattutto sulle cause e concause delle patologie che le determinano e dunque sulle iniziative da intraprendere per prevenirle. Dobbiamo comprendere che la battaglia sanitaria e la sfida climatica sono due facce della stessa medaglia, un fatto che noi medici e tutto il comparto sanitario (inclusi i cittadini-pazienti) non possiamo più ignorare. È indubbio che le risposte

a questa complessa e drammatica sfida ambientale dovranno giungere dai politici, ma spetta a noi il dovere etico e professionale di guidarle nella giusta direzione.

L'Associazione Medici per l'Ambiente ISDE Italia è nata e si è sviluppata proprio con l'obiettivo di tutelare il benessere collettivo attraverso la salvaguardia dell'ambiente e la prevenzione di tutte quelle condizioni ambientali capaci di provocare dei danni alla nostra salute.

Essa ha in programma di realizzare nel biennio 2021/2022 un progetto di sensibilizzazione, rivolto ai medici e agli studenti delle ultime classi degli Istituti Superiori della provincia di Firenze e di altre province sparse su tutto il territorio nazionale. Tale progetto ha l'obiettivo di trasmettere conoscenze sulla relazione tra la salute e l'ambiente, partendo dall'inquinamento atmosferico e dalle sue ricadute sulla nostra salute. La visione unitaria offerta dal modello OH è perciò quella corretta, ma è necessario anche fare in modo che i tanti progetti esistenti sulla carta si traducano in azioni concrete, in cambiamenti efficaci. Ecco allora che il coinvolgimento dei medici può rappresentare un elemento decisivo, affinché questa visione e i molti progetti in ponte possano trovare finalmente una realizzazione proficua. Significative le parole della giornalista inglese Jessica Powell sul *British Medical Journal*, la quale, in relazione alla crescente mobilitazione dei medici inglesi per ridurre l'impatto ecologico sull'attività medica quotidiana, ha sottolineato come i medici di famiglia possano a buon diritto essere considerati figure che meglio di altri possono guidare la risposta al cambiamento climatico.

"I pazienti credono in noi", afferma dr. Sivarajasingam, "Come medici di famiglia noi siamo educatori. Ogni giorno ricordiamo ai pazienti l'importanza dell'esercizio fisico, della pressione arteriosa o della depressione. Perciò siamo già pronti anche per istruirli sul cambiamento climatico".

isde@isde.it

Didattica universitaria e Medicina ai tempi del COVID-19

di Fabio Marra, Domenico Prisco

Si godano i metafisici le loro verità eterne, noi preferiamo i nostri errori di oggi; a noi basta sapere che contengono un po' più di vero degli errori di ieri

Luigi Murri, Quattro lezioni e una perizia

La pandemia COVID-19 ha avuto un impatto drammatico sulla salute e sulle vite dei pazienti infettati, ma anche su una miriade di aspetti aventi una grande influenza sull'economia, la formazione e la vita quotidiana. Tra questi la formazione universitaria sta tuttora vivendo un momento assolutamente particolare, dovuto alle limitazioni imposte dai provvedimenti per tutelare la salute pubblica. L'inizio della pandemia COVID-19 ha infatti inciso in modo determinante sulla didattica universitaria, imponendo un repentino passaggio a una modalità di insegnamento a distanza. È stato necessario pertanto adottare, in tempi rapidissimi e compatibilmente con il materiale tecnologico a disposizione sia dei docenti che dei discenti, una nuova strategia di insegnamento, che consentisse agli studenti di non interrompere la loro carriera universitaria. A Firenze si è provveduto con due soluzioni rapide e semplici. In primo luogo, il caricamento del materiale di studio (dispense e presentazioni corrispondenti alle lezioni corredate di testo esplicativo o di file audio) sulla piattaforma Moodle, per la fruizione asincrona da parte di tutti gli studenti. In secondo luogo, è stata organizzata la conduzione delle lezioni attraverso una piattaforma di video-conferenza, come Google Meet, cercando di mantenere gli stessi orari previsti per le lezioni in presenza. In base al grado di limitazione esistente, sono state previste lezioni in modalità mista, permettendo soltanto a un ristretto numero di studenti di poter assistere in presenza e privilegiando gli iscritti al primo anno di corso. Con il consenso del docente, le lezioni sono state spesso registrate e

messe a disposizione degli studenti, per coloro che avessero perso la diretta o per consentire anche a chi avesse assistito di poter ritornare sull'argomento. È indubbio che in tal modo siano venuti in larga parte a mancare lo scambio e gli aspetti più dialettici e interattivi della lezione, ma la variazione delle attività frontali non pone in realtà particolari problemi ed è comunque trasversale a tutte le discipline. Certamente più complessa è stata la trasformazione delle attività di tirocinio delle Scuole di area medico-sanitaria, che sono svolte generalmente all'interno dei reparti assistenziali o nelle strutture sul territorio e che devono prevedere un'interazione diretta con il paziente. In particolare, i tirocini del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia costituiscono una parte irrinunciabile della formazione medica, poiché ritenuti indispensabili per generare e consolidare le competenze attese dai profili professionali a un livello iniziale e avanzato e per sviluppare una solida identità professionale attraverso processi di apprendimento pratico. Se nella primavera del 2020 la maggior parte della didattica, sia nel Centro-Nord sia negli atenei del Mezzogiorno, si è svolta a distanza, in autunno ci si è dovuti confrontare con un inizio di semestre più ottimista, che si è poi purtroppo tramutato in una seconda ondata, e le decisioni sono state diverse. La Conferenza Permanente dei Presidenti del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia (CP-PCLMMC) insieme alla FNOMCeO hanno analizzato, mediante uno specifico questionario, lo svolgimento delle attività di tirocinio abilitante del sesto anno, erogate nel trimestre ottobre/



FABIO MARRA

Si è laureato a Firenze nel 1986.

Dal 1992 al 1994 ha lavorato in USA su progetti di Medicina Traslationale.

È professore ordinario di Medicina Interna e dirige la SOD Medicina Interna ed Epatologia dell'AOU Careggi. Dal 2018 è Prettore all'Area Medico-Sanitaria



DOMENICO PRISCO

Ordinario di Medicina Interna, DMSC, Università degli Studi di Firenze. Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Firenze. Direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina Interna. Direttore della SOD Medicina Interna Interdisciplinare e Responsabile dell'Area Dipartimentale Omogenea Medica del DAI Neuromuscoloscheletrico e degli Organi di Senso, AOU Careggi, Firenze. Coordinatore del Master "Trombosi ed emostasi". Editor-in-chief di Internal and Emergency Medicine

dicembre 2020. I risultati ottenuti evidenziano, innanzitutto, un forte impegno dei Corsi a condurre alla laurea gli studenti entro il tempo previsto dal curriculum formativo nazionale. Questo sforzo nel mantenere le tempistiche di laurea, sia per il Corso in Medicina e Chirurgia che per i Corsi delle Professioni Sanitarie – in particolare Infermieristica –, si è reso necessario allo scopo di fornire in tempi adeguati nuovi professionisti in un momento di grande necessità per le strutture sanitarie. Prendendo dunque in esame gli studenti del sesto anno di corso, è emerso che i tirocini abilitanti di area medica e chirurgica si sono svolti per il 62% in modalità mista (presenza/distanza) e per il 23% esclusivamente in presenza. Solo il 15% degli studenti è dovuto ricorrere a dei tirocini total-

mente a distanza. Per quanto riguarda invece il tirocinio abilitante svolto presso i medici di Medicina Generale è risultato che le attività sono state svolte totalmente in presenza nel 38% delle sedi, in modalità mista nel 36% e totalmente a distanza nel 26%. Dall'analisi dettagliata delle risposte, si evince come tutte le modalità consigliate dalla CPPCLMMC e dalla FNOMCeO siano state seguite a livello nazionale, ricorrendo in particolare all'uso di video-conferenze con il tutor sui casi clinici reali (68%) o simulati (55%).

Per quanto riguarda i tirocini dell'Università di Firenze analizzeremo nello specifico quelli del sesto anno, per la loro rilevanza nella preparazione dello studente. Ci si è premurati, in primo luogo, di consentire il completamento del tirocinio pratico valutativo (TPV) agli studenti del sesto anno in corsa per ottenere la laurea e l'abilitazione entro l'estate. In un primo momento, la chiusura degli ospedali agli studenti e l'assenza di direttive chiare hanno costretto all'attesa. Tuttavia, con il DPCM del 26 aprile 2020, che consentiva la prosecuzione del TPV anche con modalità non in presenza, è stato possibile iniziare a organizzare le attività di tirocinio. Nella primavera 2020 la maggior parte degli studenti del sesto anno aveva già frequentato nel primo semestre il tirocinio abilitante di area medica e chirurgica, mentre quello di Medicina Generale era previsto nel secondo semestre. Si è scelto in questo caso di utilizzare una formazione che fosse totalmente a distanza, sia per coloro che non avevano ancora svolto il tirocinio di area medico-chirurgica, sia per gli studenti che dovevano frequentare il tirocinio di Medicina Generale. Questo è stato reso possibile dal contributo di alcuni colleghi, che con grande abnegazione hanno realizzato una serie di videoconferenze a cadenza quasi quotidiana, rivolte a gruppi di circa 25 studenti, con presentazioni e discussioni interattive di casi clinici o di altri temi rilevanti per la Medicina Generale. Sono state anche utilizzate alcune FAD della FNOMCeO per l'au-

toformazione. Nello stesso semestre, inoltre, si è dovuto organizzare anche l'ultimo turno del tirocinio postlaurea, per gli studenti laureati da dicembre a marzo 2020, aumentando così il carico di lavoro per i docenti. La Scuola di Scienze della Salute Umana ha pertanto profuso uno sforzo organizzativo senza precedenti, che si è prolungato fino alla fine di settembre 2020.

Con l'arrivo dell'autunno, l'impegno di far tornare in reparto gli studenti è stato rispettato: era indispensabile, infatti, che gli studenti potessero svolgere anche attività volte a sviluppare abilità manuali e pratiche, in modo da maturare una "esperienza vissuta" nei luoghi di prevenzione e cura, a fianco

“Oggi lo sfratto delle scienze storiche – ma anche della psicologia, della sociologia e della filosofia – dalle facoltà mediche esprime una orgogliosa autosufficienza dall'orientamento biologico-clinico.

Questo ha avuto molti successi nell'approfondimento delle conoscenze sull'uomo e sulla casistica delle guarigioni effettive, ma ha palesato i maggior limiti come modello di cultura, di vita e persino di etica dell'attività medica”

**Giovanni Berlinguer,
Storia della politica della salute**

di professionisti impegnati nel lavoro clinico quotidiano. Pertanto, è stata necessaria una cauta ripresa delle attività in presenza negli ambienti clinici e, nonostante alcune riprogrammazioni imposte dalla seconda ondata di novembre, il tirocinio di area medica e chirurgica si è potuto infine svolgere integralmente in presenza nei diversi ospedali della rete formativa. Queste attività sono state rese possibili grazie alla collaborazione delle direzioni aziendali ospedaliere, a una piena accessibilità degli spazi assistenziali e al protocollo di vaccinazione degli studenti, iniziato a gennaio 2021. Infine, il 15 marzo u.s. è iniziato il tirocinio di Medicina Generale presso gli studi dei colleghi, che hanno dimostrato piena disponibilità a riprendere il tutoraggio degli studenti sospeso nel 2020.

Come spesso avviene, si possono trarre insegnamenti utili dalle situazioni di difficoltà. L'esperienza dei casi clinici discussi a distanza con il tutor ha ricevuto un alto tasso di gradimento e, per la Medicina Interna nel primo semestre e per la Medicina Generale nel secondo, sono state perciò organizzate durante il sabato mattina delle video-conferenze con uno o più tutor, che hanno guidato gruppi di studenti alla diagnosi e alla terapia di casi clinici complessi. *Così, da un ruolo sostitutivo, si è passati a un ruolo integrativo della didattica a distanza che ha appassionato molti tutor e ha interessato gli studenti, i quali nel semestre appena concluso hanno manifestato un indice di gradimento superiore al 90%, attraverso un questionario che ha fornito numerosi spunti di riflessione.*

La didattica a distanza non è quindi solo un sostegno durante l'emergenza, ma una risorsa che può integrare quella classica (per autore controllare). A questo proposito, sono in aumento le evidenze che indicano come un numero non irrilevante di studenti preferisca l'interazione sulle piattaforme della didattica a distanza, rispetto alla lezione in presenza. Si tratta di una "presenza virtuale", diversa da quella fisica, ma comunque di grande rilevanza per la generazione che siede attualmente sui banchi universitari e che

utilizza *blog*, *wikis* e gruppi di discussione per ottenere interazione sociale e costruzione di conoscenza condivisa. In conclusione, riteniamo che la pandemia stia rappresentando un momento di grande criticità per gli studenti di tutte le Scuole, e in particolare per quelli della Scuola medica. I docenti hanno profuso il massimo sforzo per assicurare una preparazione, anche pratica, di massimo livello per tutti gli studenti. È verosimile però che, grazie all'esperienza maturata in questi mesi, anche al termine dell'emergenza pandemica alcune modalità "nuove" di didattica e di interazione con gli studenti saranno comunque mantenute e potenziate.

fabio.marra@unifi.it

Medicina digitale: un ossimoro?

di Giampaolo Collecchia

La pandemia da COVID-19 ha provocato un'accelerazione forzata verso la sanità elettronica, e più in particolare verso la telemedicina. *La vicinanza fisica, infatti, cardine della scienza medica, è stata vissuta come un pericolo e per questo motivo toccare il corpo di un ammalato, con il conseguente effetto di rassicurazione e di presa in carico, non è stato più possibile.* Il tatto e la prossimità sono stati sostituiti dalla conversazione a distanza o da un'immagine sullo schermo, più spesso da semplici telefonate o da applicazioni informatiche di messaggistica. Tuttavia, la medicina digitale rischia di diventare ben presto un ossimoro.

Il termine digitale deriva dall'inglese *digit* (che significa "cifra", riferita in questo caso al codice binario), che a sua volta deriva dal latino *digitus*, "dito" (con le dita, infatti, si contano i numeri). Nonostante l'etimologia, il concetto di medicina digitale è diventato nell'uso pratico un ossimoro: il tocco umano contro la sua antitesi, il contatto contro il monitoraggio indiretto, con un rischio sempre maggiore di perdita della relazione medico-paziente.

Un ostacolo all'utilizzo della medicina digitale è sicuramente il *digital divide*, cioè la tendenza a escludere i pazienti anziani, spesso non padroni della tecnologia. Il fenomeno, peraltro, non indica soltanto una disuguaglianza sul piano strumentale, ma tocca anche tutte le possibilità di innovazione e di sviluppo delle conoscenze, che attualmente dipendono da un effettivo accesso a Internet. Un tale sistema, quindi, ha delle conseguenze, che hanno un impatto molto ampio e si riflettono

anche sul piano culturale, creando un divario (*cultural divide*), all'interno della stessa società, tra giovani e anziani, colti e incolti, ricchi e poveri, divario che pone un problema di squilibrio nella distribuzione di beni e di risorse.

Usufruento dell'apporto di *care giver* e di personale dedicato, il medico "virtualista" potrà però gestire a distanza i malati cronici, gli anziani, i disabili e le persone che vivono in zone di difficile accesso, mediante il monitoraggio dei parametri biologici con dispositivi indossabili o app per dispositivi mobili (*smartphone, tablet e smartwatch*).

I dispositivi indossabili sono costituiti da uno o più biosensori e sono interfacciabili con gli *smartphone* e i servizi *cloud* tramite protocolli *wireless* come il *bluetooth*. Vengono generalmente indossati al polso, ma sono inseriti anche in diversi capi di abbigliamento, quali orologi (*smartwatch*), braccialetti (*fitness band*), magliette, scarpe, pantaloni, cinture, fasce (*smart clothing*), occhiali (*smartglasses*). Consentono il rilevamento e la misurazione di diversi parametri biologici (frequenza cardiaca, variazioni spirometriche, saturazione di ossigeno, temperatura corporea, pressione arteriosa, glucosio, sudore, respiro, onde cerebrali) e forniscono informazioni sullo stile di vita del singolo individuo (attività fisica, sonno, alimentazione, calorie consumate).

Con la telemedicina potranno essere diagnosticate anche patologie acute minori, ad esempio lesioni cuta-



GIAMPAOLO COLLECCHIA
Medico di medicina generale in Massa (MS),
docente e tutor di Medicina Generale,
Comitato per l'Etica Clinica (ComEC)
Azienda USL Toscana Nord-Ovest

nee, otiti o faringotonsilliti, mentre in caso di problematiche più serie e non routinarie, che necessitano di un contatto fisico e di un'osservazione in presenza, sarà ancora necessaria una visita classica.

Un tale approccio richiede delle modifiche importanti non solo del concetto di clinica e di relazione medico-paziente, peraltro strettamente intrecciati, ma anche dell'assetto organizzativo. La semplice video-visita, ad esempio, necessita di una metodologia specifica, di spazi, tempi e strumenti idonei (pc, audio, video), oltre che di sicurezza, per evitare fenomeni di *data breach* e di rispetto della riservatezza.

Per quanto concerne la responsabilità professionale, in base alla più recente disposizione normativa in tema sanitario, ossia la cosiddetta Legge "Gelli", all'articolo 7 è previsto che la prestazione possa essere erogata anche in forma "digitale", ossia ricorrendo agli strumenti della telemedicina. In particolare, per i consulto effettuati "a distanza", valgono le stesse regole previste per le modalità tradizionali di visita, poiché si applica a entrambe un'analoga disciplina. Il professionista sanitario, in altre parole, deve sempre adottare la soluzione operativa che offra le migliori garanzie di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza, ma soprattutto è chiamato a valutare che le specifiche circostanze del singolo caso concreto rendano possibile ricorrere a un servizio a distanza.

Durante la pandemia da COVID-19

sono state proposte anche guide pratiche, che descrivono passo per passo la consulenza a distanza, dalla preparazione iniziale della connessione – video o solo audio – alla gestione clinica della visita e del *follow-up*.

È fondamentale una logica di *team* multidisciplinare, che comprenda anche figure come l’infermiere di famiglia, lo specialista, lo psicologo, il nutrizionista e il trainer per l’attività fisica.

Il sistema dovrà avvalersi di piattaforme digitali crittografate, condivise e collegate alle cartelle cliniche elettroniche, in grado di gestire i dati provenienti dalle diverse fonti per realizzare una conoscenza “panoramica” del paziente, una profilazione dei suoi dati biologici e psico-sociali. Fondamentale sarà l’interoperabilità, sia per i *software* che per i dispositivi medici, i quali però non dovranno dipendere dalle app per l’invio dei dati. Il rischio infatti è il fenomeno del *vendor lock-in*, per cui il fornitore vincola il suo dispositivo a una determinata app ed è lui nel concreto il proprietario dei dati. La piattaforma dovrà inoltre svolgere funzioni educative per il medico e per il paziente, ad esempio mediante dei *tutorial* dedicati.

Si deve peraltro evitare la realizzazione di una sorta di “datoma”, ovvero un essere digitalizzato e gestito soltanto da algoritmi, un prodotto della massa di dati che agisce in un contesto relazionale disincarnato, centrato sulle informazioni provenienti da molteplici fonti, anziché sulle narrazioni di vita, le qua-

li finirebbero dissolte nelle regolarità inflessibili e “appropriate”, dando un’immagine puramente tecnologica di ciascun cittadino.

Ci si chiede se i pazienti siano pronti

Un’assistenza centrata sulla persona dovrebbe comprendere anche le circostanze soggettive della vita del paziente, la sua *ability to cope*, i suoi valori, i suoi timori e le sue speranze, dimensioni difficilmente trasferibili in un *database* e mal gestibili attraverso imperscrutabili algoritmi. Altrimenti si finirebbe per trasformare la Medicina, che è nata per rispondere alla sofferenza, in un gestore di dati, tralasciando la presa in carico dei bisogni, delle disabilità, dell’equità e della solidarietà.

Il possesso dei dati significa potere e finora era il medico ad averne una sufficiente quota. Sarà sempre così o il medico diverrà una ruota nella giostra del mercato? Spetta ai medici mantenere il rigore del metodo scientifico garantendo l’indipendenza rispetto ai propri conflitti di interesse e adoprando perché il *best interest* del paziente sia sempre la stella polare. Il possesso e l’utilizzo dei dati può essere foriero di ancora maggiori disuguaglianze e discriminazioni o essere l’occasione per aumentare il tasso di equità dei sistemi sanitari

A. P.

ad accettare questa rivoluzione culturale. Sicuramente, anche con i video/teleconsulti, parte della relazione umana viene conservata, soprattutto quando tra il medico e il suo assistito è stata costruita una storia clinica che si è cementata nel tempo.

Il paziente stesso del resto è cambia-

to, influenzato dalla tendenza a considerare vera la conoscenza oggettivabile, attraverso accertamenti che diventano strumenti “veri” del sapere soltanto mediante la tecnologia.

Da parte dei più giovani esiste già una maggiore autonomia gestionale, associata a una più forte dipendenza dalle macchine. Secondo alcuni esperti saremmo addirittura giunti alle soglie della nascita di una nuova figura, il “paziente emancipato”, in grado di gestire la propria salute in maniera indipendente, in quanto produttore e dunque proprietario dei dati che lo riguardano. Ciò creerà quello che E. Topol definisce uno “spostamento tettonico (o “tech-tonico”) di potere”, con l’individuo al centro della scena.

Sono sicuramente indispensabili alcuni studi rigorosi, pubblicati su riviste *peer-reviewed* e condotti su temi clinici importanti (come la morbilità/mortalità, la qualità di vita, ma anche il livello di soddisfazione, sia dei medici che dei pazienti, nel nuovo contesto relazionale), che mettono a confronto gruppi di medici che utilizzano i sistemi virtuali con altri che non se ne avvalgono. L’obiettivo finale della medicina digitale, infatti, non dovrebbe essere l’utilizzo della tecnologia

in sé, ma il miglioramento dei processi di cura attraverso l’integrazione tra le opportunità della tecnica e l’esperienza della pratica, in modo da rispondere ai bisogni dei professionisti della salute e soprattutto delle persone.

g.collec@vmail.it

La pandemia ci costringe a usare dati numerici per decidere i provvedimenti per combatterla; siamo assuefatti ai numeri sui quali si disegnano i comportamenti. Restano però insoluti alcuni problemi. Il primo è che i dati generali nulla hanno a che fare con le storie dei singoli. Prendiamo decisioni che riguardano ogni persona sulla base di percentuali di popolazione. Inoltre i dati generali provengono da fonti diverse, spesso mal confrontabili, causa potenziale di scelte incongrue. Infine leggiamo i dati dentro un quadro mentale frutto della nostra fantasia o dei desideri o delle emozioni. Non esiste a oggi un metodo migliore tuttavia, dal momento che masse enormi di denaro si muovono su previsioni statistiche, occorre ragionare bene sulla trasparenza della raccolta e dell’uso dei dati. L’intelligenza artificiale nasconde un cervello reale, se buono o difettoso per ora non si può sapere.

A. P.

Tra un'epidemia e l'altra

di Esther Diana

*Sfuggono loro belle parole ma un altro deve adattarle al caso concreto.
Conoscono bene Galeno ma per nulla il malato*

Michel de Montaigne, Essays I/XXV



ESTHER DIANA

Architetto, si occupa di storia architettonica, patrimoniale e assistenziale degli ospedali tra XIV e XIX secolo. Ha curato mostre finalizzate alla valorizzazione del patrimonio artistico ospedaliero.

Attualmente è referente Settore Biblioteca, Ricerca, Editoria presso Fondazione Santa Maria Nuova onlus - Firenze

Cito, longe, tarde: fuggi subito, lontano e torna tardi.

Il consiglio dato ai medici durante la peste oggi si è trasformato nel contrario: un impegno etico che trasforma la medicina da mero aiuto nella sofferenza a colonna portante della società.

L'infezione da COVID-19 ci ha insegnato molte cose, tra le quali almeno una con dei risvolti positivi poiché ha ridimensionato la nostra fallace presunzione: ci ha fatto comprendere, ad esempio, che nonostante il modificarsi della scena, il palinsesto su cui scorre la vita umana resta, per molti versi, invariato nel suo procedere. Oggi ci troviamo a parlare – e non per sentito dire o perché letto sui libri – di “contagio”, di “epidemia”, di “pandemia”, termini che proiettano sulla nostra generazione – e forse anche su quella immediatamente futura? – un solido ponte tra il passato e il presente.

A ben guardare, i responsabili delle malattie trasmissibili che maggiormente hanno condizionato lo scorrere della Storia sono relativamente pochi: un “pugno” di virus, batteri, bacilli che ha dominato la vita dell'uomo grazie a condizioni ambientali e comportamentali favorevoli e, nel caso di alcuni di essi, grazie alla capacità di mutazione genetica che ne ha assicurato la perdurabilità nel corso dei secoli.

È difficile assegnare una precisa località geografica all'insorgere dei primi focolai infettivi, dovendo basarci, il più delle volte, sulle testimonianze e sulle descrizioni di storici e cronachisti del periodo greco-romano, o qualora si debba procedere ancora più indietro, sulle analisi ossee e tomografiche compiute sui reperti umani.

Tuttavia, ipotizzando di disegnare una mappa delle principali epidemie/pandemie che hanno infierito

– e ancora infieriscono – sui popoli a livello mondiale emergono dei fattori comuni: ad esempio i luoghi di probabile origine (di sovente il bacino asiatico) e i vettori di trasmissione, da ricercare soprattutto in quel mondo animale da sempre legato alla quotidianità dell'uomo, come le zanzare, i pidocchi, le pulci, i topi o gli scoiattoli (questi ultimi oggi più che mai guardati con sospetto, in quanto ritenuti responsabili di casi annuali di peste a New York, in California – Los Angeles, endemia del 2015 –, in Colorado, Wyoming e New Messico).

Studi recenti segnalano che il genere umano condivide con gli animali domestici molteplici malattie: 26 con i polli, 32 con i ratti e i topi, 35 con i cavalli, 42 con i maiali, 46 con le pecore e le capre, 50 con i bovini, 65 con i cani.

Fra le “presenze” più datate di virus zoonotici pare che il *virus variola* rappresenti uno tra i più antichi contagi interspecie, originato dal vaiolo del Gerbillo della Mongolia (un topo oggi specie protetta, spesso allevato in casa alla stregua di un criceto) e individuato dagli studiosi in prime forme endemiche intorno al 3000-4000 a.C. in India e, successivamente, nell'Africa settentrionale (Egitto, mummia “variola” di Ramses V, 1140 a.C.).

Pur non assumendo mai dei connotati pandemici, la malattia ebbe la

“Oggi, nonostante gli allarmismi e nella consapevolezza che bisogna tenere sempre alto il livello di attenzione, i decessi causati da malattie infettive sono decisamente diminuiti nei Paesi economicamente sviluppati, ma continuano a mietere milioni di vittime nel Sud del mondo”. Questa frase, ripresa da un sito qualunque dei molti che su *Internet* trattano delle malattie trasmissibili, è datata 2015 e ciò ne spiega anche il contenuto. Oggi, infatti, in questo periodo storico, sarebbe davvero assurdo confinare questo tema ad ambiti geografici “lontani” dal mondo occidentale, dal progresso medico-scientifico che ha conseguito, dal sistema di prevenzione che ha strutturato, dall'operatività tecnico-diagnostica-sanitaria e assistenziale d'eccellenza che ha realizzato.

sua massima virulenza a partire dal secolo XVI, divenendo nella metà del Settecento la principale causa di morte in Europa. Questa infezione è una delle poche che l'uomo ha del tutto debellato: l'ultimo caso è stato riconosciuto nel 1975 su una bambina bengalese.

In seguito, naturalmente, è comparsa la *peste*: senz'altro la malattia che più di altre – insieme alla *lebbra* – ha infierito non solo sul fisico, ma anche sull'immaginario collettivo come incarnazione della malattia dovuta a un castigo divino per un peccato commesso. Anche per la *Yersinia pestis* viene indicato come bacino di origine il mondo asiatico e la prima pandemia documentata dagli storici fu quella avvenuta a Costantinopoli sotto il regno di Giustiniano (541 d.C.), probabilmente veicolata dalle carovane commerciali provenienti dall'Asia settentrionale, dove il bacillo era già presente. Da questo momento la malattia non lascerà più i paesi del Mediterraneo, manifestandosi con *cluster* epidemici di differenti virulenza, fino a quando varie cause – soprattutto le guerre intraprese nel secolo XIII dall'impero mongolo per sottomettere la Cina – provocheranno spostamenti di eserciti, di uomini e di merci che favoriranno una inevitabile – sebbene ancora non del tutto spiegata – e più incisiva commistione tra il vettore di trasmissione (topo/pulce) e l'uomo, con una accentuazione della contagiosità e della mortalità.

Inutile, perciò, indugiare sulla pandemia che, partendo nei primi decenni del 1300 dall'Asia settentrionale, giunse in Europa nel 1347. Da questo momento la peste diverrà un evento quasi routinario, infierendo con epidemie ricorrenti, spesso a pochi anni di distanza l'una dall'altra, almeno fino al secolo XVII, quando il contagio inizierà a rallentare. Le ultime epidemie rilevanti furono quelle di Londra (negli anni 1665-1666 con

75/100.000 decessi), di Marsiglia (nel 1720 con 40.000 decessi) e di Noja nelle Puglie (nel 1815 con 700 vittime su 5.000 abitanti), senza peraltro scomparire del tutto, come dimostrano gli attuali periodici focolai in Mongolia, in India e negli Stati Uniti.

Fra le patologie responsabili delle pandemie, un posto d'eccezione appartiene alla “febbre catarrale” o “catarro epidemico” (o “mal della zucca”, “del mattone”, e così via a seconda degli stati e regioni presi in esame), ovvero all'*influenza* da virus RNA della famiglia degli *Orthomyxoviridae*. Questa infezione deve il suo nome alla teoria miasmatica e, più in particolare, alla

“Da varie cose provengono germi,
come sopra già dissi, vitali per noi;
e molti anche invece ne volano
che devono morbo e morte recare
ed essi, quando si sono per caso riuniti
ed hanno corrotto il cielo, infettano l'aria”

Lucrezio, *De Rerum natura*, VI/1095

credenza di una “influenza” negativa degli astri che, accentuandosi durante i mesi invernali, provocava stati febbrili e tosse.

A causa della rapida evoluzione genetica del virus, essa è stata ed è ancora oggi una delle principali “presenze” che hanno accompagnato il percorso umano. Accertata fin dal V secolo a.C., dalla metà dell'Ottocento si è evoluta in contagiosità e virulenza attraverso ricorrenti episodi epidemici, fino a produrre la drammatica pandemia del 1918-1920 (sviluppatasi quasi in contemporanea in Francia, Stati Uniti e Sierra Leone) che comportò oltre 50 milioni di decessi. A metà del secolo scorso dalla Cina si originarono altre pandemie (1957-1958; 1968-1970; 1977-1978) e, tra quelle più recenti, vi fu quella del 2009-2010 (detta comunemente “influenza suina”), sviluppatasi in Messico. Tuttavia, pur interessan-

do oltre 80 paesi, essa ebbe scarsa mortalità.

Tra le pandemie più moderne il *colera* potrebbe essere equiparato per gravità alla peste, se la medicina del secolo XIX fosse rimasta quella del Medioevo. Il colera comparve per la prima volta presumibilmente nel 1817 in India, nella regione del Bengala, e si diffuse con rapidità (di nuovo attraverso le rotte commerciali) nel sud-est asiatico, in Europa e nell'est dell'Africa. Il batterio responsabile (il *vibrio cholerae*), sviluppandosi nelle acque e nei cibi contaminati dagli escrementi dei malati, trovò l'habitat ideale nelle città densamente popolate e caotiche della rivoluzione industriale. Gli storici assegnano alla malattia almeno altri sei eventi epidemico/pandemici che, protraendosi nel tempo, arrivarono ad assumere carattere endemico: nel 1826-1837 in Nord America e in Europa; nel 1846-1860 nel Nord Africa e in Sud America; nel 1863-1875 in India, nell'Italia meridionale (specialmente Napoli) e in Spagna; nel 1881-1896 in India, in

Europa, in Asia e nel Sud America; nel 1899-1923 sulle coste del Mediterraneo, in India, nelle Filippine, ma anche in Germania e ancora a Napoli (1910-1911).

Oltre alle pandemie/epidemie finora ricordate, il quadro sanitario umano ha dovuto fare i conti anche con altre crisi epidemiche non meno virulente, che, pur senza “colorare” in modo unitario il quadro mondiale, hanno interessato zone a macchia di leopardo in cui, ancora oggi, persistono in forma endemica. È questo il caso di una malattia fra le più antiche, senz'altro quella che maggiormente ha condizionato il rapporto uomo-società per i suoi effetti patologici, ovvero la *lebbra*, ancora persistente in molte aree asiatiche, africane e dell'America meridionale.

A questa si aggiunge il *tifo petecchiale*, cioè esantematico, le cui epidemie hanno decimato numero-

si eserciti, da quelli delle Crociate a quelli delle guerre del Rinascimento, fino all'armata di Napoleone in Russia e a quelle della Seconda Guerra Mondiale, senza peraltro smettere mai di colpire qualsiasi luogo in cui regnino mancanza di igiene, pulci e pidocchi. Seguono la *febbre gialla* di origine africana, che si espanse attraverso il commercio degli schiavi nel corso del XVII secolo, divenendo tra Settecento e Ottocento una delle malattie infettive più pericolose, e la *Dengue*, veicolata da una zanzara e segnalata in Cina tra il 265 e il 420 d.C., la quale rivelò tutta la sua virulenza nella prima estesa epidemia del 1779, che colpì l'Africa, l'America settentrionale e gran parte dell'Asia. Le guerre del XX secolo fomentarono poi successivi episodi epidemici e oggi risulta ancora ben attestata in America meridionale e in Africa. Per concludere, vi è infine l'*ebola*, di

più recente individuazione (il virus è stato isolato nel 1976 nel Sudan), il cui vettore di trasmissione all'uomo

“Dio mandò il mal pestifero
A noi vermi vilissimi
E vermi superbissimi
Per giusti fini, e ottimi,
ma fini impenetrabili.
Tolse ogni lume ai medici
E a quei che dirigevano”

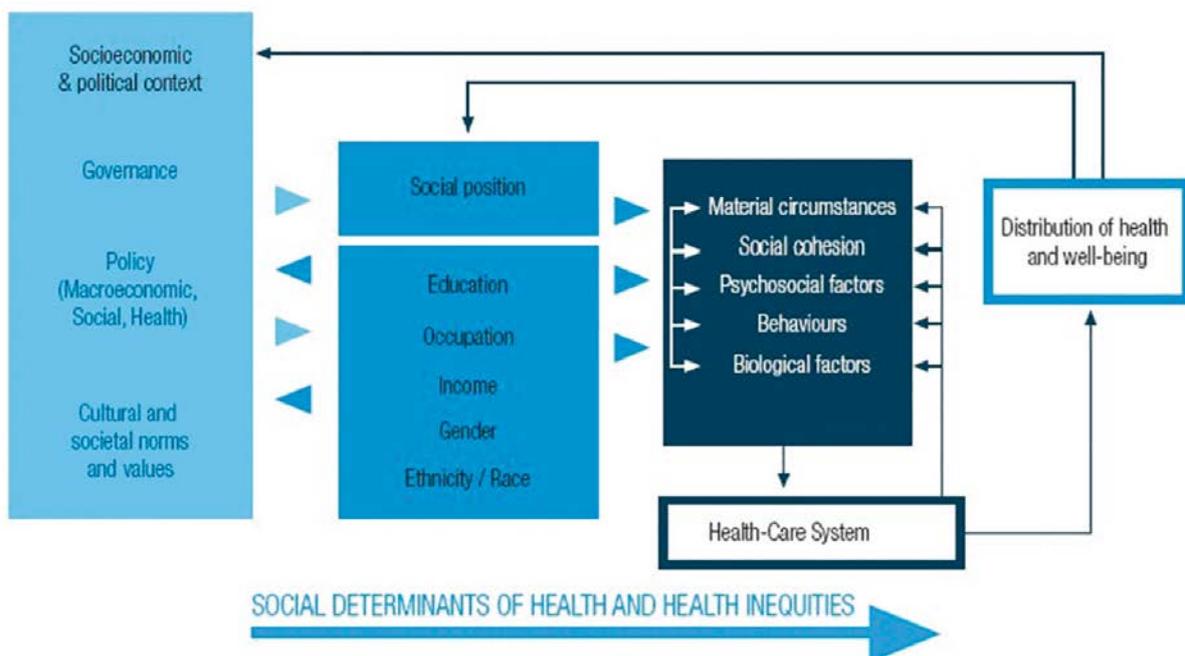
Enea Gaetano Milani,
*La peste di Messina del 1741
in versi sdrucchioli*

si ritiene essere il pipistrello. Topi, zanzare (entrambi considerati in tutta la loro infinità di specie), pipistrelli, scoiattoli, pulci e pidocchi: in sintesi, sono questi, i “nostri” nemici di ieri e di oggi, come la pandemia COVID-19 insegna. Tuttavia, tra le patologie responsabili di epidemie/pandemie si de-

vono ricordare almeno altre due malattie: la prima a trasmissione sessuale, la *sifilide*, e la seconda, l'*AIDS*, veicolata da rapporti sessuali e non solo.

Come è ben noto, la sifilide fece la sua comparsa in Europa alla fine del Quattrocento in seguito alle guerre di colonizzazione del Sud America e la sua presenza fu devastante. Nonostante ciò, ebbe il pregio di introdurre – grazie a Girolamo Fracastoro – una prima “idea” di contagio interumano. L'*AIDS*, invece, fa parte delle presenze patologiche più recenti. Trasmesso dagli scimpanzé, è stato infatti individuato in Congo solo nel 1959. Da qui si è avuta una lenta propagazione in tutto il mondo, che ha creato una vera e propria pandemia tra il 1980 e il 2000.

dianadionisio@tiscali.it



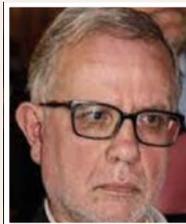
Determinanti sociali di salute e di diseguità nella salute. Modello CSDH-OMS 2008. Da: Amended from Solar & Irwin, 2007.

Ripensare il servizio sanitario

a cura di Bruno Rimoldi



ELISABETTA ALTI
Vice Presidente OMCeO Firenze



ROCCO DAMONE
Direttore Generale AOU Careggi, Firenze



FEDERICO GELLI
Direttore Coordinamento
Maxi Emergenze ed eventi di carattere
straordinario presso l'Azienda Asl
Toscana Centro

TOSCANA MEDICA - Quali strumenti organizzativi e professionali la pandemia rende necessari per rispondere all'esplosione dell'innovazione tecnologica, in particolare della medicina digitale? E come questa potrà influenzare sull'agire medico?

ALTI - Da molti anni è in atto un rapido sviluppo di tecnologie informatiche applicate al mondo della salute, tanto da portare alla creazione di una nuova area di interesse medico, la *digital health* (salute digitale), che comprende sia la medicina digitale che le terapie digitali. Obiettivi immediati sono prevenzione, diagnosi, terapia, ma anche monitoraggio della salute dell'individuo nel tempo, attraverso piattaforme o sistemi tecnologici per acquisire o trasmettere dati sanitari. La telemedicina, l'uso di strumenti come *smartphone* e *tablet* con lo sviluppo di *app* dedicate, l'utilizzo medico dei *social media*, la tecnologia *wearable* sono alcuni degli ambiti della medicina digitale che vede in accessibilità, sicurezza ma anche equità e rapidità di cura i vantaggi del suo sviluppo. La pandemia COVID-19 ha mostrato come l'Italia fosse culturalmente arretrata nel campo delle innovazioni tecnolo-

giche sanitarie, soprattutto a livello di organizzazione e di sistema. Se, infatti, in alcune realtà ospedaliere, specie superspecialistiche, si erano già affacciate sperimentazioni innovative, nella maggior parte degli altri comparti sanitari era presente un elevato grado di analfabetismo digitale. Nonostante la crisi pandemica abbia permesso la realizzazione di molte innovazioni in campo informatico e comunicativo sanitario come ad esempio la ricetta elettronica con l'invio della stessa tramite *e-mail* o *sms*, le piattaforme per lo scambio di dati sensibili, la televisita, le forme di medicina digitale come le *app* o i *wearable* per il monitoraggio clinico a distanza non hanno avuto lo sviluppo atteso e auspicabile. Una possibile causa potrebbe essere rappresentata dal cosiddetto *digital divide*, ovvero la diversa capacità di accesso alla connessione *internet* e agli strumenti correlati, che, con la scarsa formazione dei professionisti e dei cittadini al corretto utilizzo, non ha consentito un'uniforme penetrazione di queste opportunità innovative. La scarsa adesione dei cittadini può essere vista anche come una sostanziale sfiducia verso modelli che non implicano un rapporto personale con il medico cu-



SIMONE MAGAZZINI
Direttore del DEA di Prato. Direttore
del Dipartimento di Emergenza
e Area Critica della Usl Toscana Centro



CARLO NOZZOLI
Direttore Dipartimento di Medicina AOU
Careggi, Firenze



PIERLUIGI TOSI
Consigliere OMCeO Firenze, già Direttore
Generale AOU Siena

rante, mentre il disomogeneo utilizzo dei medici rivela molte incertezze e perplessità soprattutto sull'efficacia di tali pratiche, sulla mancanza di esami obiettivo effettuato in presenza e le possibili implicazioni sul rapporto medico-paziente. Molti dubbi sono emersi riguardo la gestione corretta non solo degli strumenti tecnologici ma anche della quantità e tipologia di flusso dei dati che da essi proviene. In breve tempo, abbiamo assistito al rilascio di numerose *app* o *wearable* di cui però non erano chiare le prove d'efficacia o gli enti regolatori che le avevano testate. Anche la protezione dei dati sensibili scambiati, i *server* e i loro *standard* di riferimento hanno creato molto dibattito fra i professionisti coinvolti. La sfida dei prossimi anni sarà anche quella di utilizzare in modo completo tutte le possibilità che la tecnologia digitale consente, creando a livello organizzativo una rete di processi comunicativi condivisi, sia per il flusso dei dati che per il loro utilizzo, diagnostico o terapeutico, e realizzando, a livello professionale, un procedimento di validazione clinica di tutti gli strumenti, metodiche e servizi digitali, nell'ambito di una *best practice* digitale.

DAMONE - La digitalizzazione costituisce un potente catalizzatore di processi organizzativi, professionali e gestionali che ripropongono i temi della multi e interdisciplinarietà professionale, dei processi di governo e coordinamento tra i vari *setting* assistenziali, del monitoraggio del paziente che attraversa i diversi percorsi, della condivisione di informazioni cliniche e diagnostiche oltre che terapeutiche che afferiscono a ogni paziente. Gli investimenti in tale settore assumeranno sempre di più carattere strategico e costituiranno risorse indispensabili per costruire un tessuto connettivo per una nuova organizzazione e *governance* del sistema sanitario, attraverso sistemi informativi esperti orientati alla concetto di proattività e alla simulazione per scenari.

GELLI - Il contesto pandemico ha sicuramente spinto nella ricerca di

soluzioni e strumenti tecnologici capaci di garantire maggiore sicurezza e ottimizzazione delle risorse, sia per gli operatori sanitari che per gli stessi cittadini/pazienti, assicurando altresì risposte di cura più rapide. In futuro ad esempio si arriverà al pieno sviluppo del concetto di sanità 4.0, in cui l'innovazione digitale condurrà a una migliore interazione tra professionisti e a una sempre più efficiente assistenza territoriale attraverso anche l'integrazione di dati che consentiranno di monitorare soggetti in salute e gestire chi invece è affetto da patologie (la cosiddetta telemedicina). Un punto importante è quello richiamato dalla legge 24/2017, *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*, in cui si tratta il tema della gestione del fascicolo sanitario elettronico e della cartella clinica digitale per maggiori tutele e garanzie per i professionisti e una migliore interoperabilità tra sistemi sanitari e territorio.

MAGAZZINI - La pandemia ha reso necessario valutare e monitorare a distanza una parte dei pazienti e per questo sono stati messi in campo strumenti in precedenza meno utilizzati e altri del tutto nuovi. Un esempio: il monitoraggio in continuo di saturazione di O₂, temperatura e frequenza cardiaca dei pazienti COVID paucisintomatici mantenuti a domicilio, (che i colleghi del 118 di Arezzo eseguono da remoto con applicazione di un braccialetto che trasmette le informazioni in Centrale Operativa). Qui la pandemia ha accelerato un processo già in atto e che probabilmente esploderà nei prossimi anni. Personalmente confido nell'innovazione, convinto che accanto alle tecnologie cresceranno come sempre le competenze di chi è destinato a usarle. Mi preoccupano un po' invece gli assetti organizzativi e normativi, spesso più rigidi e lenti ad adeguarsi alle novità. Con l'avvento di tante nuove tecnologie bisognerà rivedere i nostri modelli organizzativi consoli-

dati, intervenendo sulla separazione fra ospedale e territorio; dovremo ripensare gli approcci generalista e specialistico nel contesto di un'integrazione capillare e quotidiana delle competenze, rivedendo infine i profili della responsabilità del medico alla luce dei modelli di assistenza integrata e tecnologicamente assistita.

NOZZOLI - La medicina digitale offre oggi molti *software* e/o prodotti *hardware* per misure e/o interventi a favore della salute umana. In particolare questa è alla base della telemedicina che consente di portare strumenti tecnologici a domicilio del paziente per il controllo del suo stato clinico, soprattutto nelle patologie croniche.

Sarà per questo necessario rivedere l'organizzazione delle attività ambulatoriali, attraverso l'uso di centri appositi dove attraverso gli strumenti tecnologici possano avvenire la visita e il controllo dei pazienti nella loro abitazione. Inoltre sarà possibile anche più facilmente mettere insieme più specialisti per la definizione di un problema diagnostico o terapeutico. La medicina digitale dovrà però essere comunque considerata integrativa e non sostitutiva dell'agire tradizionale del medico, uno strumento aggiuntivo a disposizione per interagire più frequentemente con i pazienti e con i colleghi.

TOSI - Per una gestione, valorizzazione e monitoraggio efficace ed efficiente dell'applicazione tecnologica nei pazienti COVID-19 occorre mettere a regime con obiettivi chiari tutta la tecnologia che abbiamo rendendola disponibile a una gestione diversa; ciò che serve è una volontà congiunta volta al bene del singolo e della comunità. Talvolta si ha l'impressione che sorgano di continuo programmi finalizzati all'avanzamento di certe tecnologie sganciate dalla progressione di tutto il sistema. In un momento come questo è indispensabile, al contrario, avere una visione globale del sistema, per ridefinirlo in un incontro storico fra programmazione politica e programmazione

professionale, comprendendo che l'una è integrativa dell'altra. Se non costruiamo un piano comune di comportamenti non andremo lontano.

Diventa necessario che i gruppi lavorino in integrazione, con aspirazioni comuni e prontezza a sacrifici iniziali condivisi in grado di condurre a soluzioni definitive in tempi medi. Se i professionisti per primi non si impegnano nella costruzione di modelli operativi funzionali e collettivi allora perdiamo questo primo momento (che ormai dura da un anno) per collocarci nella giusta prospettiva. La pandemia è solo l'inizio di un problema.

La medicina digitale può essere un supporto valido a decisioni determinanti per la riorganizzazione di un sistema in cui le risorse siano investite senza compiere l'errore di portare avanti progetti singoli che rischiano di potenziare quanto va cambiato e di non cambiare quanto è recuperabile e convertibile. Questo mio discorso che sembra filosofia dell'organizzazione è la base determinante di un cambiamento: senza una via di uscita collettiva, le professioni rischiano di frammentarsi in soluzioni individuali che non porteranno mai a una riorganizzazione di sistema.

TOSCANA MEDICA - *A seguito della pandemia sta cambiando il rapporto tra medico e paziente e/o tra medicina e società?*

TOSI - Il rapporto medico-paziente sta cambiando senza però linee direttive coerenti che, sì, lascino spazio al singolo professionista ma al contempo siano trasversali alle varie specializzazioni di interesse congiunto e comune.

La relazione fiduciaria di natura professionale ha un'importanza unica

perché è la base di un complessivo percorso di rilievo. Nel tempo si è stabilizzata in certe forme ed è indispensabile sottoporla a controllo in un'ottica di miglioramento continuo, rivedendo le forme stabilizzate che ora devono cambiare, tenendo conto sia dell'obiettività clinica che dell'importanza di un partenariato solidale fra curante e malato.

Cambiando, il rapporto deve necessariamente essere modificato secondo una linea etico-societaria; è indispensabile che ciascuno limiti i propri interessi professionali (organizzazione, obiettivi, percorsi ecc.) per sposare un cambiamento di genere comportamentale che coinvolga tutti i soggetti interessati in sanità: se verrà effettuata, sarà una rivoluzione di idee e di comportamenti in cui intelligenza, acume e bene collettivo dovranno essere le uniche guide. La modifica del rapporto medico-paziente (che si manifesta giornalmente con immissione di nuove prestazioni e tentativi di riorganizzare il vecchio e il nuovo) incide necessariamente sul rapporto medicina-società. Questo è un momento preoccupante perché le professioni non riescono a parlare fra loro e a sviluppare percorsi di presa in carico dei pazienti. Di conseguenza si rischia la perdita di fiducia da parte dei pazienti nel Sistema Sanitario Nazionale, una frattura che difficilmente potrà essere ricucita.

DAMONE - Questa pandemia ha riproposto in maniera pressante la necessità di un rapporto tra medico e paziente improntato a qualità della relazione, necessità di empatia e miglioramento del rapporto globale. Naturalmente tutto ciò ridefinisce i rapporti tra medicina e società in

generale facendo superare il concetto di medicalizzazione della società, permettendo alla Medicina di recuperare un ruolo come scienza che dà un contributo importante alla gestione del benessere socio-sanitario con un approccio integrato multisettoriale negli ambienti di vita e di lavoro e un contributo importante alla programmazione intersettoriale degli enti pubblici.

GELLI - La pandemia ha indubbiamente ampliato la necessità di rafforzare l'"alleanza terapeutica", lo strumento migliore per un buon risultato nella nostra attività professionale. È questo uno dei principi salienti della riforma sulla responsabilità professionale. Non potrà esserci successo di cura senza un'alleanza fattiva tra professionista e paziente. La situazione di emergenza sanitaria ha reso ancora più complesso il rapporto ed ha rimesso in primo piano la necessità di maggiori elementi di tutela per i professionisti sanitari impegnati nella cura di pazienti COVID. Diventa improcrastinabile continuare il lavoro sulle linee direttrici di questa legge, affinché si possa garantire la fiducia del cittadino verso il sistema sanitario e i suoi professionisti. Una corretta gestione dell'alleanza terapeutica può portare a un giusto equilibrio tra la condizione che individua i professionisti sanitari come eroi e quella che li porta davanti alle aule di tribunale.

ALTI - Mentre il rapporto personale con il proprio assistito ha conosciuto una nuova valenza in termini di fiducia e riferimento, quello con la "scienza" o comunque il mondo scientifico o specialistico in particolare ha visto, dopo un'iniziale deferenza, la comparsa di una reazione quasi di sfiducia nei cosiddetti "esperti", contribuendo a creare un clima di incertezza sulle conoscenze scientifiche in generale. La scarsa cultura scientifica italiana, la poca propensione a comprendere le regole del metodo scientifico e la necessità di applicarlo prima di poter validare una scoperta hanno generato

I medici sono a disagio...

- la società si trasforma (perdita del principio di autorità)
- la scienza evolve tumultuosamente (la medicina al tempo dell'ICT)
- la sanità è sempre più complessa (impegna almeno il 10% del PIL)
- il lavoro è sempre più parcellizzato (un solo paziente di fronte a decine di specialità)
- il paziente vuole tempo per l'ascolto (la relazione come produttività)

un'incomprensione che ha prodotto in alcuni il rifiuto anche dell'esistenza stessa di una pandemia. Vari specialisti medici, improvvisamente assurti a star mediatiche poco consapevoli delle regole della comunicazione di massa, hanno pure contribuito a generare confusione e sfiducia. La popolazione si è accorta che le conquiste sanitarie che parevano ormai acquisite non erano più tali e che un'infezione poteva rievocare scenari ormai relegati a memorie storiche. La vaccinazione, però, ha riportato fiducia, anche se con qualche incertezza, nella Medicina e il ruolo del medico ha riacquisito con essa il suo valore sociale e la sua autorevolezza, anche comunicativa, per il singolo cittadino.

MAGAZZINI - Il rapporto fra medico e paziente e fra Medicina e società era cambiato ben prima della pandemia, e non in meglio. Nel corso degli ultimi decenni si è infatti voluto ridimensionare la figura del medico, trasformando il rapporto fiduciario medico-paziente, per sua natura inevitabilmente asimmetrico, in una sorta di confronto "paritario" fra due soggetti che stipulano un contratto. In quest'ottica la stessa parola "paziente" sta gradualmente diventando *démodé*, mentre si parla sempre più volentieri di "utente" o "cittadino", termini tutt'altro che sgradevoli ma il cui utilizzo trasforma inevitabilmente il medico in un normale funzionario che fornisce servizi. Contestualmente a questa trasformazione della figura del medico si è realizzata quella della Medicina, la quale viene sempre più percepita dalla società alla stregua di un servizio pubblico come un altro. Di conseguenza il Sistema Sanitario Nazionale è analizzato e valutato secondo criteri di efficienza non molto diversi da quelli che utilizziamo per il trasporto pubblico o per la fornitura di energia. Non va molto meglio per il settore privato dove ormai le *performances* e le capacità dei professionisti e delle strutture sono oggetto di una reportistica sui *social* sempre più simile a quella di Tripadvisor per le trattorie e gli hotel. A questo proces-

so abbiamo lavorato per decenni, durante i quali un'intera generazione di governanti e amministratori ha lasciato che le peculiarità della nostra professione venissero interpretate come privilegi da abolire. E noi abbiamo lasciato fare o abbiamo dato una mano a questo processo.

La pandemia, limitatamente alla prima ondata, è sembrata restituire alla professione la dignità che si credeva perduta, a volte anche esagerando nei contenuti e nell'enfasi della narrazione del nostro ruolo. Ma è stato un fuoco di paglia: superata la prima fase siamo tornati alla normale dialettica. Se vogliamo che il rapporto medico-paziente e la percezione della medicina nella società siano rimodulati dovremo lavorarci a lungo e con impegno, possibilmente in tempo di pace.

NOZZOLI - Certo una malattia acuta come quella da COVID-19 ha evidenziato la necessità assoluta di un rapporto ancora più stretto tra medico e paziente. In tal senso l'esperienza delle USCA è, a mio avviso, molto importante in quanto ha consentito al paziente di sentirsi seguito e accudito nelle sue necessità di salute, in altre parole la pandemia ha rinforzato il concetto della presa in carico di cui ogni cittadino ha bisogno quando ha un problema di salute. La presa in carico di un paziente sia da parte del singolo professionista che del sistema risulta ancora fondamentale in un mondo che ha perduto questo approccio attraverso sistemi di cura a volte spersonalizzanti e con scarsa accoglienza sul piano umano. La società ha avuto un rapporto contraddittorio con la medicina durante la pandemia; in un primo momento medici e infermieri sono stati applauditi come eroi, poi siamo velocemente tornati alle conflittualità precedenti e alle diffidenze che una parte almeno della società ha espresso verso la Medicina come scienza. Credo sia fondamentale per un rapporto ottimale spiegare bene ai cittadini possibilità e limiti della Medicina con trasparenza e onestà intellettuale. Solo così sarà possibile creare una relazione corretta tra Medicina e società.

TOSCANA MEDICA - *Come immaginate la governance del servizio sanitario e il ruolo dei medici in futuro?*

DAMONE - Gli assi su cui si muoveranno i principi di governo dei sistemi sanitari moderni sono costituiti dalla strutturazione delle reti assistenziali di medicina primaria e di specialistica di base, delle reti specialistiche di 2° e 3° livello, che vedranno un ruolo fondamentale dei medici specialisti nelle differenti modalità di coordinamento secondo i principi del governo clinico e di una *governance* per processi assistenziali incentrati sui pazienti. Ciò impone il riadeguamento e la rivisitazione della legge 40 con un'ottica di superamento di modelli risultati obsoleti, alla prova dei fatti, come i dipartimenti sia assistenziali che universitari.

GELLI - All'interno di una visione aziendale e gestione manageriale del sistema sanitario, introdotta dalle importanti riforme del Sistema Sanitario Nazionale, rimane centrale il ruolo dei professionisti sanitari e del medico. In particolare nel governo clinico della sanità, attraverso strumenti che possano rafforzare l'integrazione ospedale-territorio, rafforzare le diverse competenze presenti all'interno dei vari dipartimenti aziendali e superare gli steccati tra aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere universitarie.

ALTI - Nei paesi industrializzati, il nuovo millennio si è aperto con la consapevolezza che la sfida sanitaria, data dall'invecchiamento della popolazione e dall'aumento delle malattie croniche, è accompagnata indissolubilmente dalla sfida sociale di persone sempre più fragili e bisognose di assistenza domiciliare a lungo termine. La *governance* del sistema sanitario non può non tener conto dei bisogni socio-sanitari della parte di popolazione che assorbe più risorse sia economiche che assistenziali, spesso non coordinate e per questo ancora meno efficaci. Occorre che il sistema veda nell'integrazione sociosanitaria, specie a livello territoriale, la realizzazione di un

modello di assistenza incentrato sulla persona e rispondente al modello dei determinanti di salute. Compito del medico è tutelare la persona e la popolazione assicurando un'assistenza basata sull'uso razionale delle risorse disponibili e sull'equità e la capillarità nell'accesso alle cure.

TOSI - Sono stato abilitato in un'epoca in cui il ruolo del medico era forte, sostenuto da una cultura professionale che permetteva spazi culturali vastissimi. Nel tempo abbiamo visto come le cose non stiano proprio così, non sia facile apertamente discutere di andamento professionale, trovare nel discutere le convergenze professionali e rafforzare, lavorando in questo modo, la base culturale complessiva; ci si accorge anche di come sia difficile costituire un seguito professionale e vediamo che grandi aree professionali tendono a costituirsi per posizionarsi in organizzazioni utili per il Sistema Sanitario Nazionale e il ruolo del medico. Sarebbe una volta per tutte necessario rispondere con chiarezza alle due domande qui poste; per farlo esiste però la necessità di una presa di posizione da una parte professionale, dall'altra politica chiarendo il concetto di cosa voglia dire *governance* e di chi delinea le autorità che la controllano.

Tre concetti: esercizio dell'autorità, esercizio della direzione ed esercizio del controllo. Possono essere riferiti all'insieme delle istituzioni formali e informali che regolano l'attività economica e al funzionamento delle organizzazioni economiche. Queste sono due delle esplicitazioni di *go-*

vernance, ma possiamo trovare altre decine di definizioni, ciascuna delle quali si adatta al settore da applicare. Se non riusciamo a regolarizzare il fenomeno programmazione e gestione dei rapporti di *governance* stabilendo in maniera chiara ruoli e funzioni delle categorie professionali rischiamo di entrare in un conflitto di interessi in cui i tasselli del puzzle non sono inseriti come funzioni ottimali con il proprio spirito di integrazione ma come elementi che, se stimolati, portano disarmonia alla costruzione organizzata e armonizzata di un rapporto medico-paziente.

Governance significa farsi carico dei problemi che sono di natura e quantità infinita; problemi economici, programmatori, organizzativi da un punto di vista strutturale e professionale, partecipativi perché ciascuno deve conoscere i problemi degli altri... Essa significa partecipare al percorso collettivo mettendo in campo tutte le risorse che abbiamo nell'interesse comune.

MAGAZZINI - La crescente complessità della Medicina crea sempre più superspecialisti in segmenti sempre più ristretti del sapere medico. Da tutti questi esperti emergono esigenze sempre nuove, a volte molto impegnative sul piano dell'organizzazione e dei costi. Questa crescente complessità deve essere governata da qualcuno che abbia una visione globale molto lucida, che non abbia la pretesa di entrare direttamente nel merito degli aspetti scientifici e abbia al contempo gli strumenti per vagliare tutte le ipotesi e le suggestioni che gli giungono

per poi allocare le risorse dove davvero serve. In questo contesto i medici sono indispensabili per fornire il necessario supporto tecnico alle decisioni; non ascoltarli sarebbe un grave errore, ma non immagino che il livello strategico sia necessariamente compito loro, sicuramente non in esclusiva. Una direzione in cui i medici dovrebbero invece costruire un percorso di crescita è il cosiddetto *medium management*; mi riferisco in particolare al ruolo del Direttore di Struttura. A mio parere dopo il tramonto della figura "baronale" del Primario non abbiamo lavorato abbastanza per definire un percorso di carriera per i Direttori di Struttura che non sia vincolato al percorso di crescita come professionista operativo sul paziente. Troppo spesso abbiamo "premiato" eccellenti operatori con un ruolo da Direttore che in realtà li ha distolti almeno in parte dal *setting* assistenziale in cui erano eccellenti per proiettarli in un'attività gestionale alla quale erano del tutto impreparati e che magari neppure gradivano troppo; era d'altra parte l'unica direzione di crescita di carriera possibile. Dobbiamo invece lavorare a progressioni di carriera *Professional* e *Gestional* che possano essere ugualmente gratificanti e ambite, in modo da poter offrire ai nostri professionisti percorsi di crescita che corrispondano realmente alle loro reali capacità e inclinazioni.

NOZZOLI - La *governance* del servizio sanitario non potrà che essere in mano ai professionisti della sanità (medici, infermieri e operatori sanitari in genere) ovviamente in relazione con gli organi istituzionali preposti alla programmazione; il ruolo dei medici deve essere centrale nella gestione di un Sistema Sanitario rinnovato ed efficiente. Inoltre dovrà essere fatta grande attenzione all'acquisizione delle risorse umane e tecnologiche evitando i tagli che in passato hanno ridotto le capacità del sistema. Soprattutto sarà necessaria una forte implementazione della medicina del territorio che la pandemia ha dimostrato possibile con le esperienze delle USCA e dei Girot.

Cinque sembrano essere le **azioni prioritarie**, tenendo in considerazione i punti dove c'è maggiore sensibilità:

1. sviluppare la qualità delle relazioni interprofessionali e con i cittadini, con l'obiettivo misurabile e da misurare del benessere di entrambi;
2. sviluppare la qualità del lavoro: focalizzazione sugli aspetti di maggiore valore, alleggerimento di quelli superflui e responsabili della sensazione di inutile fatica, la "burocrazia" prima di tutto;
3. rinnovare le regole e gli strumenti operativi: più linee guida e autonomia professionale, meno protocolli, procedure e compiti assegnati;
4. innovare con intelligenza le tecnologie per aiutare il lavoro;
5. condividere le decisioni organizzative

TOSCANA MEDICA - *L'attuale formazione pre- e post-laurea è adeguata alle necessità di medici e pazienti?*

DAMONE - A mio avviso le Regioni, d'intesa con le università, devono avviare una profonda rivisitazione della formazione pre- e post-laurea per la creazione di figure professionali capaci di contestualizzarsi rapidamente all'interno dei differenti *setting* assistenziali e di diventare operative con un tutoraggio di medici specialisti e di medici di medicina generale del Servizio Sanitario Nazionale. Va nello stesso tempo rivisto il piano di studi, allo stato attuale molto carente sotto molti profili, e il numero programmato, in maniera coerente, dei posti di specializzazione.

GELLI - La formazione dei professionisti deve sempre più calarsi nella dimensione pratica del fare quotidiano. Per questo occorre pensare non solo a un'innovazione del percorso universitario per quanto riguarda il corso di laurea in Medicina, ma anche e soprattutto al superamento dell'imbutto formativo che si crea tra il numero di laureati e i posti disponibili per iscriversi alle scuole di specializzazione. È inaccettabile che in una situazione di pandemia, in cui la carenza dei medici risulta essere un'emergenza quotidiana, le risorse pubbliche non riescano ancora oggi a garantire un adeguato finanziamento per le borse di studio per le scuole di specializzazioni post-laurea, in linea con quanto accade negli altri Paesi europei.

ALTI - La conoscenza delle strumentazioni a disposizione, delle modalità di raccolta dati e delle implicazioni di utilizzo, diventa un'acquisizione imprescindibile per il medico che opererà in epoca post-pandemica e, per questo, anche durante il corso di laurea in Medicina e Chirurgia occorre prevedere una particolare attenzione alla *digital health* e alle problematiche a essa correlate. Sarà però necessaria anche una rigorosa sperimentazione clinica che validi

la standardizzazione dei dispositivi e il loro uso in ambito clinico, in modo da garantire un corretto utilizzo degli stessi, al di là delle "mode" innovative. Ma, oltre alle conoscenze digitali, occorrerà implementare lo studio della comunicazione e dell'empatia del rapporto medico-paziente, per "curare" mettendo al centro la persona e non l'organizzazione.

TOSI - È opportuno prima di esercitare in Medicina effettuare 5 anni di elementari, 3 di medie, 5 di superiori, 6 di università e 5 di specializzazione? Uno studente diventa idoneo alla professione a 30 anni circa. Siamo sicuri che questo non sia un meccanismo complesso e compreso attraverso il quale non permettiamo uno sviluppo sereno di carriera? Per togliersi dubbi è facile guardare, per esempio in ambito chirurgico, quanti interventi ha sul suo curriculum come primo operatore un soggetto specializzato. È determinante vedere il grado di autonomia operativa che ciascuno specializzando raggiunge: la progressione professionale non è dunque in grado in fase post-laurea di preparare in maniera idonea. La responsabilità interessa tutte le organizzazioni – sanitarie, universitarie, legislative – e gli organi di controllo; non tutti partecipano con decisione e convinzione alla soluzione. I meccanismi formativi pre-/post-laurea sono profondamente diversi a seconda delle Nazioni prese a riferimento e della necessità o meno di specializzazione in percorsi ben strutturati e verificati. Sicuramente il percorso del Sistema Sanitario Regionale italiano ha già dimostrato, con circa 20.000 laureati in Medicina in attesa di specializzazione, la sua incapacità, cui tutti dovrebbero operare per migliorare e ottimizzare una situazione critica come quella di oggi.

MAGAZZINI - Quando, nel 1984, mi sono iscritto a Medicina, tutti mi dicevano che non avrei trovato lavoro. I miei compagni di liceo si iscrivevano in massa a Ingegneria,

perché la crescita della tecnologia e l'avvento dell'informatica avrebbero garantito un'occupazione certa e una carriera veloce. La facoltà di Ingegneria in quegli anni era presa d'assalto, eppure non ha messo il numero chiuso. Il corso di Ingegneria iniziava con un biennio piuttosto impegnativo che selezionava i più meritevoli, senza bisogno di ricorrere a quiz su temi più o meno arbitrari cui abdicare la selezione dei migliori che sarebbe compito precipuo dell'Università. A peggiorare la situazione si aggiunge la lotteria nazionale per accedere ai percorsi di specializzazione, totalmente inadeguati sia nel numero complessivo di posti disponibili che nella distribuzione fra le varie discipline. Anche qui si accede con un quiz, per giunta unico per tutti, per cui è evenienza comune che un collega che voleva, per esempio, fare il nefrologo, finisca per fare lo psichiatra solo perché quando la graduatoria è arrivata a lui è rimasto solo quel posto con buona pace delle inclinazioni, della passione, dell'orientamento specialistico, della tesi di laurea... Servirebbe un'Università capace di selezionare gli studenti dentro i corsi, non prima, e al tempo stesso di orientare la formazione specialistica intercettando e valorizzandole inclinazioni e talenti, magari lavorando in stretta connessione con le Aziende territoriali, che sono la destinazione della maggioranza dei professionisti. È su questi aspetti che bisogna lavorare, non sui contenuti tecnici che l'Università fornisce, che sono invece assolutamente adeguati, come dimostra la buona riuscita dei nostri giovani professionisti sia in Italia che all'estero.

NOZZOLI - L'attuale formazione pre-laurea dovrebbe espandere notevolmente l'uso della formazione sul campo, aumentando le ore dedicate ai tirocini per garantire una reale preparazione sul paziente al momento della laurea. Attualmente ciò è eccessivamente demandato alla formazione post-laurea che dovrebbe diventare sempre più invece una

formazione-lavoro all'interno di tutta la rete sanitaria regionale. Per realizzare questo dovrebbero essere rivisti i piani di studio universitari secondo il concetto dell'apprendimento sul campo riducendo le ore dedicate alla teoria e allo studio individuale, cercando ovviamente un giusto equilibrio. I tirocini dovrebbero diventare momenti in cui lo studente apprende sul paziente le diverse materie cliniche e viene anche valutato durante il suo percorso formativo in un determinato reparto o servizio.

TOSCANA MEDICA - *Si può immaginare una relazione virtuosa tra medicina e mercato globale nell'uso dei farmaci e dei dispositivi; suggerire qualche soluzione per il conflitto di interesse?*

GELLI - I due mondi, della Medicina da un lato e del mercato dall'altro, devono poter coesistere e dialogare, con la consapevolezza e il rispetto dei ruoli di ciascuno. Il medico nel rispetto del proprio codice deontologico e le aziende nel rispetto delle regole di mercato.

DAMONE - Il sistema sanitario non può prescindere dal confrontarsi con le tematiche dei farmaci e dei dispositivi, che insieme costituiscono un capitolo molto importante di spesa, che tenderà a incrementarsi grazie alla ricerca e all'innovazione sul campo. Occorrono organismi di concertazione fra i diversi soggetti coinvolti, che definiscano regole di rapporti, criteri di appropriatezza d'uso, monitoraggio dei consumi, definizione di programmi di ricerca condivisi e definizione e monitoraggio dei conflitti di interesse.

ALTI - Nel 2019 (ricerca IQVIA) lo sviluppo nella ricerca nei farmaci era sostenuta per il 53% da farmaci biologici; le molecole tradizionali rappresentavano circa il 50% del mercato globale. In epoca COVID, lo sviluppo di nuove molecole specialistiche si è rallentato, a beneficio della sperimentazione di nuove soluzioni vaccinali. Ma in ambedue

i casi le scoperte farmaceutiche e la produzione si sono orientate verso il maggior profitto, a discapito delle popolazioni meno abbienti. Anche la delocalizzazione delle industrie farmaceutiche ha mostrato tutte le carenze di un sistema globale che non ha saputo resistere a logiche nazionali. Nei Paesi industrializzati si è assistito alla comparsa di logiche sovraniste con parcellizzazione degli strumenti terapeutici e dei vaccini, mentre la scienza medica condivideva risultati e scoperte, mentre i Paesi sottosviluppati sono rimasti senza risorse e senza aiuti. Si parla da più parti di togliere il brevetto ai vaccini anti-COVID o di bloccarlo per qualche tempo. Le implicazioni economiche, anche per altri farmaci quali gli oncologici o i biologici per malattie croniche, sono molto importanti ma l'aspetto etico del problema riveste un'importanza che non può essere trascurata. L'accesso alle cure, con un accurato bilanciamento tra appropriatezza e sostenibilità, dovrebbe essere l'obiettivo di una relazione virtuosa tra Medicina e mercato globale, governata da programmazione regionale e nazionale, capaci di superare le disuguaglianze terribili fra i Paesi sviluppati e quelli ancora ai margini dell'epoca moderna.

TOSI - Il medico ha funzioni di supporto, controllo e verifica, gestione della produzione farmacologica e tecnologica; in queste funzioni viene collocato dalle proprie capacità professionali, dal ruolo che occupa nel Sistema Sanitario Nazionale, dalle proprie ambizioni; egli è come un calciatore, una volta portiere, una difensore, una attaccante e talvolta arbitro.

Come è pensabile utilizzare un professionista in 100 funzioni e pretendere che sia lui a programmare una "relazione virtuosa"? Una turnazione sui ruoli intanto è uno dei mezzi che riducono possibili situazioni sul conflitto di interessi e ogni commissione, su indicatori preindividuati, esprimerà il proprio parere relativamente all'utilizzo o meno di un pro-

dotto e alla quantità che è doveroso utilizzare. Il conflitto di interesse non è poi complesso da valutare, innanzitutto perché per avere conflitto ci vuole l'interesse che si realizza con sponsorizzazioni congressuali, di natura assistenziale o ricerca universitaria; di ricerca insomma con flussi di "denaro" che si muovono dall'industria all'utilizzatore dei farmaci, percorsi che, se impegnati, vengono sempre rilevati.

MAGAZZINI - Credo non ci sia una ricetta tecnica per scongiurare in assoluto il problema del conflitto di interessi; so che se accettiamo di utilizzare farmaci e tecnologie che arrivano dal mercato, e non vedo come potremmo non farlo, dobbiamo necessariamente collaborare e confrontarci con chi li produce, sia in fase progettuale che *after market*. Per farlo bisogna imparare a fidarsi di più dei nostri professionisti; servono sì modalità applicabili e agili per la sorveglianza sul conflitto di interessi ma è altrettanto importante evitare in ogni modo di penalizzare le necessarie e inevitabili interazioni fra mercato e professionisti. In altre parole non possiamo continuare a sostenere che per far parte della commissione che stila un capitolato non devi aver partecipato ad alcun corso o congresso sponsorizzato né aver collaborato ad alcun progetto di ricerca clinica applicata sul tema o a qualunque altra iniziativa che preveda uno *sponsor*. Oltre a essere sostanzialmente ipocrita, perché getta ombre di sospetto su attività che avvengono serenamente in tutto il mondo (conoscete qualche collega straniero che abbia attraversato il pianeta per seguire i lavori di un congresso internazionale pagandoselo di tasca propria?), questa posizione si rivela dannosa, perché così escludiamo i medici più competenti dalla possibilità di selezionare le dotazioni che poi dovremo tutti utilizzare.

NOZZOLI - Non è sempre facile muoversi in un mondo in cui aziende farmaceutiche e presidi esercitano

grandi pressioni sulla classe medica. Molti passi avanti sono stati fatti comunque con l'adozione da parte di Farmindustria e di Assobiomedica di veri e propri codici etici di comportamento che certamente favoriscono una relazione molto più trasparente tra industria e professionisti.

Ritengo inoltre che *Evidence Base Medicine* e linee guida siano uno degli strumenti a disposizione dei medici per garantire un corretto e trasparente uso dei farmaci e dei dispositivi. È ovvio che esistono aree grigie nelle quali attraverso la trasparenza delle scelte e la loro

motivazione può essere in parte risolto il problema del conflitto di interessi. La formazione sulla tematica dell'anticorruzione può avere un ruolo nella comprensione delle regole e per capire come ogni medico si debba muovere in questo campo delicatissimo.

Una sfida per la medicina e per l'umanità

La pandemia: un evento atteso e prevedibile, gabbellato per inatteso e imprevedibile, che segna la drammatica transizione da un'epoca a un'altra nel percorso dell'umanità.

In così breve tempo la scienza non ha mai raccolto tante informazioni, prodotto innovazioni, aumentato conoscenze, trasformato teorie in strumenti di cura, sollevato domande e aperto spazi alla ricerca, garantito sicurezza ai pazienti ed eliminato incertezze.

Altresì la pandemia ha infranto una certezza: la salute come affare dei singoli governi dentro i confini nazionali. La scala mondiale della pandemia ha reso evanescenti le frontiere

e inadeguate le politiche locali. Rinovati nazionalismi si sono scontrati col mondo globale in cui la salute dipende da fattori ugualmente globali. Il nazionalismo vaccinale non basta a sostenere la ricerca e la produzione e i governi hanno mostrato la loro debolezza di fronte ai giganti del mercato: infine la ricerca italiana ha evidenziato i limiti dello scarsissimo finanziamento. La pandemia sconfigge il particolarismo egoista. Dobbiamo proteggere tutta l'umanità per essere sicuri noi stessi.

Il Servizio Sanitario ha resistito per merito dei professionisti; invece ha mostrato profonde crepe la catena di comando politico amministrativa:

troppa confusione e eccessi di regionalismo. Ha fatto misera figura l'informazione pubblica (si pensi alla clamorosa inerzia dell'ECM).

Ne usciamo con una sfida scientifica e una organizzativa. Da un lato prepararsi meglio a una nuova possibile epidemia e alla costante pandemia della cronicità, una sfida che non può essere soltanto della sanità, dall'altro acquisire consapevolezza che la tutela della salute è una misura della sicurezza complessiva cui tutti gli uomini aspirano, vivere in serenità e in pace.

Antonio Panti

	EPOCA PRE-MODERNA	EPOCA MODERNA	EPOCA POST-MODERNA
	ETICA MEDICA	BIOETICA	ETICA DELL'ORGANIZZAZIONE
LA BUONA MEDICINA	QUALE TRATTAMENTO PORTA MAGGIOR BENEFICIO AL PAZIENTE?	QUALE TRATTAMENTO RISPETTA IL MALATO NEI SUOI VALORI E NELL'AUTONOMIA DELLE SUE SCELTE?	QUALE TRATTAMENTO OTTIMIZZA L'USO DELLE RISORSE E PRODUCE UN PAZIENTE/CLIENTE SODDISFATTO?
L'IDEALE MEDICO	PATERNALISMO BENEVOLO	AUTORITA' DEMOCRATICAMENTE CONDIVISA	LEADERSHIP MORALE, SCIENTIFICA, ORGANIZZATIVA
IL BUON PAZIENTE	OBBEDIENTE (COMPLIANCE)	PARTECIPANTE (CONSENSO INFORMATO)	CLIENTE GIUSTAMENTE SODDISFATTO E CONSOLIDATO
IL BUON RAPPORTO	ALLEANZA TERAPEUTICA (IL DOTTORE CON IL SUO PAZIENTE)	PARTNERSHIP (PROFESSIONISTA-UTENTE)	STEWARDSHIP (FORNITORE DI SERVIZI-CLIENTE) CONTRATTO DI ASSISTENZA: AZIENDA/POPOLAZIONE
IL BUON INFERMIERE	"PARAMEDICO" ESECUTORE DELLE DECISIONI MEDICHE; SUPPORTO EMOTIVO DEL PAZIENTE	FACILITATORE DELLA COMUNICAZIONE, A BENEFICIO DI UN PAZIENTE AUTONOMO	MANAGER RESPONSABILE DELLA QUALITA' DEI SERVIZI FORNITI
CHI PRENDE LE DECISIONI	IL MEDICO IN SCIENZA COSCIENZA	IL MEDICO E IL MALATO INSIEME (DECISIONE CONSENSUALE)	LA DIREZIONE AZIENDALE, INSIEME AI DIRIGENTI DELLE UNITA' OPERATIVE (NEGOZIAZIONE)

Da: Sandro Spinsanti, *Una questione di fiducia*, ICDS.

L'etica degli algoritmi e il futuro della formazione medica

di Pietro Claudio Dattolo, Chiara Somma

Qualsiasi prestazione deve essere considerata inefficace finché non si è dimostrato il contrario

Gianfranco Domenighetti, *L'Arco di Giano*, 1996

Lo sviluppo tecnologico può cambiare la percezione che l'uomo ha di se stesso e del mondo. È già accaduto in passato con l'invenzione del telescopio e del microscopio che hanno modificato la comprensione dell'universo e del nostro corpo, rendendo visibile l'infinitamente lontano e l'infinitamente piccolo. Oggi il computer che lavora sui dati genera uno strumento che è stato definito "macroscopio", perché consente di ottenere una panoramica e, al tempo stesso, una visione approfondita delle raccolte di *big data*. La nascita dell'intelligenza artificiale (AI) sta modificando la percezione che abbiamo di noi stessi: basti pensare alle neuroscienze o ai modelli di fisica teorica o di astrofisica. La creazione di AI capaci di avvicinare sempre più il modo di "pensare" di una macchina a quello umano è probabilmente una delle sfide più impegnative che attendono l'uomo nei prossimi anni. Quando si parla di AI si parla sostanzialmente di algoritmi; dalla complessità e potenza degli algoritmi e delle loro sequenze deriva un AI più o meno evoluta. Droni, robotica, stampa 3D; logistica, edilizia e biotecnologia; diagnostica, chirurgia robotica sempre più avanzata, esoscheletri indossabili per riabilitazione motoria, automobili a guida autonoma: sono questi i principali campi di applicazione. La AI è una tecnologia che cambia il modo con cui facciamo tutte le cose, tuttavia "può surrogare la presenza umana in alcune azioni, ma non può certo sostituire l'uomo" (P. Benanti, bioeticista). *Bisognerà*

affiancare etica e tecnologia per un AI che ponga sempre al centro l'uomo e sia al servizio di un autentico sviluppo. Ma servono nuovi criteri, categorie e linguaggi. E occorre sviluppare un'etica degli algoritmi. Si pone con forza anche la questione ambientale. Un aspetto essenziale della professione medica è la tutela dell'ambiente e, collegata a questa, la promozione della salute.

Nel settore della telemedicina vengono realizzati e monitorati servizi sanitari e socio-sanitari fornendo collaborazione agli enti e alle organizzazioni nel territorio; elaborati e aggiornati metodi per gestire la sicurezza informatica e il rischio clinico, nonché per valutare il costo-efficacia di tali servizi. Inoltre, vengono sviluppati modelli di progettazione e conduzione dei servizi in telemedicina, di utilizzo dei *real world big data* di coordinamento di *trial* clinici nazionali e internazionali in telemedicina e medicina di precisione. Tutte le attività si svolgono con competenze multidisciplinari. Si affacciano visioni nuove derivanti essenzialmente da nuove necessità di organizzazione dei servizi tra ospedale e territorio. Gli ospedali sono sempre più organizzati in reti collaborative e i servizi territoriali tendono sempre più a spostare il loro ambito di azione verso il domicilio del paziente. Allo stesso tempo, la deospedalizzazione dei trattamenti, basata sul concetto che la mini-invasività dell'intervento specialistico consente di concentrare in un tempo limitato tutta la fase acuta (che necessiterebbe di un *setting* ospede-



PIETRO CLAUDIO DATTOLO
Presidente OMCEO Firenze



CHIARA SOMMA
Nefrologa, Firenze

daliero), prevede la successiva presa in carico del paziente da parte dei servizi territoriali, in post-acuzie e/o cronicità.

La pandemia ha fatto emergere ciò che molti sospettavano: la Medicina si appoggia ormai non solo sulle figure del medico e del cittadino, ma anche su figure come amministratori, finanziatori e produttori di beni che tutto sommato sono poco rilevanti col bisogno di salute. Questo comporta che le decisioni sulla "riforma della sanità" discendano non solo da esigenze sanitarie ma (ancor di più) da quelle politiche ed economiche. La questione fondamentale sollevata dalla pandemia è quella dei limiti delle risorse e del nostro sistema sanitario e impone come necessaria una serie di riforme che riguardano i diversi livelli di articolazione del sistema.

È stato un drammatico errore avere consentito, con la riforma del Titolo V, che le Regioni acquisissero competenze concorrenti in tema di sanità. Le difformità seguite dalle diverse Regioni nella gestione della pandemia hanno evidenziato tutte le carenze dovute alla mancanza di un unico centro di organizzazione e raccordo.

Bisognerà analizzare nel dettaglio e a mente fredda cosa non ha fun-

zionato nei singoli sistemi sanitari regionali. *Probabilmente le responsabilità sono a livello sia nazionale sia regionale sia delle associazioni di categoria, che hanno spinto per un modello dimostratosi inadeguato, solo in parte accettando le proposte di casa della salute e medicina territoriale di aggregazione.*

L'inadeguata risposta al dilagare dell'infezione da COVID-19 è la dimostrazione che in tema di prevenzione e cure primarie abbiamo perso almeno 10 anni. Questo è il risultato del mancato rilancio sia dei temi di prevenzione collettiva che di una reale integrazione tra medici di medicina generale, strutture ospedaliere e operatori del Sistema Sanitario Nazionale. L'epidemia insegna che il sistema ospedaliero è in grado di rispondere alle emergenze sapendo mobilitare mezzi, personale e iniziative. L'opposto di quanto hanno dimostrato i servizi di prevenzione a livello nazionale e regionale e il sistema di cure primarie. E questo nonostante il valoroso esempio di tantissimi medici di famiglia che hanno sacrificato la propria vita per fare il proprio lavoro e dare l'assistenza che potevano.

Servono proposte che vadano oltre le recriminazioni. Potrebbe essere utile attribuire allo Stato la competenza esclusiva in tema di sanità e protezione civile; adeguare il finanziamento per la sanità con l'indicazione di un valore rispetto al PIL sotto cui non scendere; realizzare una reale integrazione tra i medici di medicina generale per creare modelli territoriali multiprofessionali e multidisciplinari; reintrodurre negli ospedali e nei servizi sanitari degli organici predefiniti superando la formulazione delle dotazioni organiche attraverso cui si sono drammaticamente impoverite le consistenze numeriche di reparti e divisioni. Superare i modelli ormai fallimentari di ospedali per intensità di cure e dare spazio alle specializzazioni magari in chiave moderna, progettando ospedali con letti di area e cogestione specialistica delle complessità delle patologie.

Negli anni '90 i corsi di Medicina cercarono di passare non senza resistenze e difficoltà (peraltro tuttora presenti) da un approccio *teacher centered* a uno *student centered*. Sembrava una rivoluzione copernicana: mettere al centro dell'universo formativo non il maestro che insegna, ma lo studente che doveva apprendere. Oggi tutto ciò appare certamente utile, ma decisamente insufficiente. *In uno scenario nel quale prepotentemente entrano la prevenzione e la riabilitazione, è fondamentale promuovere una mentalità capace di valorizzare la relazione con il paziente: servono nuovi modelli di comunicazione, che facciano partecipare il paziente a tutto il processo di tutela e di cura della sua salute.* In altri termini, occorre fare un passo avanti e integrare il modello *student centered* con quello *patient centered* o, ancor meglio, con un approccio che anticipa lo *status* di malato e di malattia. Si pensi a tal riguardo alla Medicina Genetica e alla possibilità nei prossimi anni di disporre di profili di rischio sulla base di un esame del genoma individualizzato.

Si pensi a come già sono cambiate alcune modalità relazionali importanti, perché cresce la conoscenza e la cultura medica del cittadino che cerca sul *web* risposte ai suoi dubbi e alle sue paure, prima ancora di sottoporli al medico. Non si accontenta delle proposte del medico e cambia medico con grande facilità quando ciò che ascolta non è di suo gradimento nella sostanza o anche semplicemente nel modo. È il nuovo paziente esperto con cui molti medici non riescono a stabilire la giusta relazione di empatia, per ottenerne l'indispensabile *compliance* al trattamento. Eppure, è proprio con questa convergenza di fattori che avrà a che fare il medico che dovremo formare nel corso di studio di Medicina e Chirurgia dei prossimi anni.

Risulta quindi evidente che nei prossimi anni sarà inevitabile progettare un cambiamento strategico della formazione dei medici. Cogliere le nuo-

ve sfide formative è la responsabilità a cui non ci si può sottrarre se si vuole continuare a garantire un'assistenza di qualità ai malati, attraverso una nuova consapevolezza degli obiettivi che la formazione dei medici deve raggiungere. C'è un urgente bisogno di ricerca clinica indipendente, per affrontare temi e problemi che assillano nuove generazioni di malati, a cominciare da quelli affetti da malattie rare. C'è bisogno di rivedere trattamenti terapeutici in parte obsoleti o comunque scarsamente efficaci nel contrastare malattie sempre più complesse e spesso concomitanti. Accanto alla tradizionale competenza clinica, che deve tendere verso una direzione sempre più specialistica, occorrerà mantenere fermo l'obiettivo di una formazione di base che consenta al medico di avere una visione del malato il più ampia possibile. *Ripensare totalmente i corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e di formazione specialistica potrebbe essere una sfida difficile ma coraggiosa: sarebbe auspicabile seguire altri modelli incentrati su un percorso formativo, per gli studenti di Medicina, comune per i primi anni e poi orientato al futuro specialistico in ospedali di formazione dove sarà per loro possibile continuare poi a lavorare. Un mix virtuoso di passato e futuro.*

Sono questi i temi più importanti su cui la Scuola di Medicina è chiamata a riflettere, anche considerando le forti implicazioni di natura economica e l'ormai indifferibile necessità di ripensare gli assetti organizzativi della salute, con l'obiettivo di una sanità sostenibile e accessibile.

A proposito di ricerca. Siamo proprio sicuri che la ricerca scientifica sia indipendente? Attualmente il 92% delle pubblicazioni scientifiche, anche su riviste di grande prestigio, sono "sostenute" dalle case farmaceutiche e molti medici e scienziati illustri che spesso redigono linee guida internazionali hanno enormi conflitti di interesse, anche se dichiarati. Nessuna insinuazione, ma una piccola riflessione va fatta.

pcdattolo@gmail.com

Choosing Safer Activities

Accessible link: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/participate-in-activities.html>

	Unvaccinated People	Your Activity	Fully Vaccinated People
		Outdoor	
Safest		Walk, run, wheelchair roll, or bike outdoors with members of your household	
		Attend a small, outdoor gathering with fully vaccinated family and friends	
		Attend a small, outdoor gathering with fully vaccinated and unvaccinated people	
Less Safe		Dine at an outdoor restaurant with friends from multiple households	
Least Safe		Attend a crowded, outdoor event, like a live performance, parade, or sports event	
		Indoor	
Less Safe		Visit a barber or hair salon	
		Go to an uncrowded, indoor shopping center or museum	
		Ride public transport with limited occupancy	
Least Safe		Attend a small, indoor gathering of fully vaccinated and unvaccinated people from multiple households	
		Go to an indoor movie theater	
		Attend a full-capacity worship service	
		Sing in an indoor chorus	
		Eat at an indoor restaurant or bar	
		Participate in an indoor, high intensity exercise class	

Get a COVID-19 vaccine



Prevention measures not needed

Take prevention measures

Fully vaccinated people: wear a mask
 Unvaccinated people: wear a mask, stay 6 feet apart, and wash your hands.

- Safety levels assume the recommended prevention measures are followed, both by the individual and the venue (if applicable).
- CDC cannot provide the specific risk level for every activity in every community. It is important to consider your own personal situation and the risk to you, your family, and your community before venturing out.

L'attività del medico nel post COVID: un cambiamento in divenire

di Gianfranco Gensini



GIANFRANCO GENSINI
Direttore Scientifico dell'IRCCS MultiMedica

“Ciò che è inquietante non è che il mondo si trasformi in un completo dominio della tecnica ma che l'uomo non sia affatto preparato a questo radicale mutamento e, ancor peggio, che non sappia, attraverso la riflessione, confrontarsi con ciò che sta emergendo nella nostra epoca”

Martin Heidegger

Se è indubbio che l'attività del medico sta cambiando, quello che sta avvenendo fino ad adesso non può ancora definirsi una vera trasformazione. Alla domanda: “Come lavorerà il medico fra due anni?” dobbiamo rispondere che è probabile lavorerà sostanzialmente come oggi.

Per attuare una qualsiasi variazione di assetto significativa delle attività del medico occorrono tempi più lunghi, sebbene COVID-19 abbia dato un importante impulso al cambiamento. *La strada è stata comunque tracciata, con la tendenza a un'evoluzione della funzione del medico, con l'informaticizzazione che sicuramente sarà un elemento di rafforzamento e di miglioramento della sua efficienza. Le tecnologie digitali avranno un'importanza molto ampia nel ridisegnare e nel velocizzare i processi operativi della professione medica.*

Ma non basterà il cambiamento del medico. Anche il cittadino-paziente dovrà essere accompagnato in un'evoluzione del suo rapporto con la sanità e con il medico.

Prima di prendere in esame il cambiamento dell'attività professionale nella pratica occorre però fare alcune riflessioni sul momento storico che stiamo vivendo e sul cambiamento che sta investendo più in generale la Medicina e i processi di cura.

La pandemia da SARS-CoV-2 è il più grande *shock* a livello globale degli ultimi decenni. Un vero e proprio tsunami che ha causato milioni di vittime, devastato l'economia e portato a conseguenze molteplici.

Come spesso accade nei momenti di crisi occorre rimettersi in discussione, nel caso specifico facendo un'analisi dello stile di vita, del concetto di salute e del modo di gestire la sanità. Non è più il tempo di un concetto di salute di tipo individuale ma è necessario acquisire un concetto di salute globale, una salute unica, la *one health* degli anglofoni. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, l'Organizzazione mondiale del mondo animale (OIE) e la *Food and Agriculture Organization* (FAO) la salute degli uomini è necessariamente connessa con la salute degli animali, dell'ambiente e ancora più in generale del pianeta. In una nota di *Lancet Planetary Health* dell'agosto 2020 si tracciano linee di connessione fra la pandemia da SARS-CoV-2, la crisi ambientale e la crisi climatica in corso.

Lo *shock* che abbiamo vissuto e che stiamo ancora vivendo con la pandemia ci sta portando alla consapevolezza che viviamo all'interno di un sistema di cui fanno parte persone, animali, piante e in gene-

rale l'ambiente in cui tutti siamo immersi.

D'altra parte, se è vero che COVID-19 ha dato un grande impulso alla riflessione e al cambiamento, molti dei processi e degli sviluppi che stiamo toccando con mano stavano già maturando.

Una medicina precisa

Grazie allo sviluppo delle conoscenze e delle tecnologie nell'ambito della genomica e di tutte le mediche (proteomica, metabolomica, radiomica ecc.) possiamo ad esempio analizzare il nostro genoma e possiamo anche capire la risposta del nostro genoma all'ambiente (epigenomica). Questa è già di per sé una rivoluzione. In passato le malattie si curavano alla comparsa dei sintomi, mentre oggi è possibile conoscere non solo la predisposizione, ma anche in molti casi la capacità di risposta alle terapie e quindi l'efficacia e il rischio di effetti collaterali.

Ci si è accorti che le prove di efficacia dei farmaci, basate su studi condotti su grandi numeri ma su pazienti sostanzialmente standardizzati, non sempre sono rappresentative di ciò che accade nel singolo paziente. Si sta affermando quindi un concetto di medicina cucito sulle differenze individuali, che tiene conto delle differenze genetiche, dell'ambiente, delle caratteristiche del microbioma e dello stile di vita delle singole persone. La Medicina diventa quindi Medicina di precisione o Medicina delle 4 P in quanto: *personalizzata*, perché ciascun individuo ha caratteristiche proprie ed è geneticamente unico, *preventiva*, *predittiva* e *partecipativa*. Infatti, anche il paziente

può e dovrebbe assumere un ruolo attivo e decisivo nella gestione della propria salute e partecipare alle scelte diagnostiche e terapeutiche.

In prospettiva, quindi, la Medicina di precisione acquisirà sempre più spazio e rilevanza anche grazie al parallelo sviluppo del mondo digitale. *Con la possibilità di raccogliere e registrare in maniera automatica i dati attraverso il riconoscimento vocale e le interconnessioni delle raccolte di dati, le caratteristiche del paziente e le osservazioni del medico avremo quindi la possibilità di prevedere nell'ambito della popolazione generale gli elementi distintivi che possono portare a un diverso andamento clinico per il singolo paziente. Si andrà verso la creazione di un deposito generale di dati clinici di riferimento nel quale confluiranno i dati raccolti durante la visita e quelli raccolti automaticamente in relazione alle indagini a cui il paziente si sottopone o in occasione dei ricoveri in ospedale.* Grazie al supporto della tecnologia, i medici avranno a disposizione un'analisi dei fattori di rischio, degli stili di vita, dei sintomi, delle caratteristiche genetiche e degli esami diagnostici del paziente e potranno scegliere il migliore percorso terapeutico per quel particolare paziente. In questa direzione esistono, molto opportunamente, iniziative del Ministero della Salute sul modello predittivo utile a disegnare, avendole in precedenza previste, le necessità future nel breve, medio e lungo periodo.

Nella stessa direzione vanno anche i bandi di ricerca emanati nell'ambito del Piano Operativo Salute, sulle traiettorie prevedibili in vari settori della salute quali, appunto, l'e-health, la medicina predittiva e personalizzata, la bioinformatica e l'impegno per l'invecchiamento attivo.

Allo stesso tempo la possibilità di utilizzare tecnologie digitali nella gestione dei percorsi di cura può rappresentare un altro elemento di estrema importanza nel favorire l'aderenza terapeutica e nell'individuare indicatori adatti a capire se e quanto i piani diagnostico terapeutici

possano essere realizzati nei diversi contesti. Al riguardo uno strumento di estrema importanza potrà venire anche dall'applicazione ai PDTA della tecnica HACCP, *Hazard Analysis of Critical Control Points*. Tale sistema, sviluppato nell'ambito della qualità totale di processo, viene oggi introdotto nella Sanità, con l'obiettivo di individuare e affrontare in modo focalizzato le fasi dei processi sanitari a maggiore complessità, incertezza e rischio di errori, consentendo quindi di individuare gli snodi a maggiore densità decisionale e a maggiore rischio di comportamenti inappropriati. Conseguentemente, si creano indicazioni precise, stringenti per quanto possibile, di come comportarsi anche in aree che possono non essere ricche di elementi di evidenza di alto profilo.

Tecnologie e trasformazione digitale sono in grado non solo di offrire un solido sostegno all'attività del medico, ma anche di aprire orizzonti diversi e più ampi.

Un mondo globale

Viviamo in un mondo sempre più connesso e globale. Ciascuno di noi può contribuire a un sapere più ampio. La pandemia anche su questo ha fatto scuola: fin dai primi mesi c'è stata una collaborazione collettiva globale e questo lavoro di squadra è stato fondamentale per imparare insieme ad acquisire conoscenze sul nuovo coronavirus e a individuare comportamenti appropriati.

Quel che è successo per la pandemia è la dimostrazione di un cambiamento che è in atto fin dall'avvento del digitale. Un tempo il medico lavorava principalmente da solo, in un rapporto 1 a 1 con il paziente, oggi invece si sta trasformando il modo di lavorare e di organizzarsi. Il confronto tra colleghi della stessa specialità ma ancora più spesso di altri ambiti della Medicina è all'ordine del giorno. La Medicina contemporanea, infatti, si trova di fronte sempre più spesso a pazienti complessi in cui le comorbidità o le multimorbidità richiedono di essere affrontate da *team*, squadre multidisciplinari. È questa la ragione

ne della nascita di molteplici squadre come per esempio *Heart Team*, *Stroke Team* o *Breast Team*. Anche su questo è verosimile ma soprattutto necessario che in futuro si realizzino sviluppi ulteriori.

La pratica quotidiana

Questi cambiamenti che stanno interessando la Medicina si traducono inevitabilmente in una nuova organizzazione del lavoro e del rapporto medico-paziente. Grazie ai nuovi strumenti digitali il medico si troverà sempre più sgravato da ripetitive attività di tipo burocratico e cambierà la modalità di gestione del paziente, in particolare di quello cronico.

Lo sgravio delle operazioni ripetitive dovrebbe tradursi nella possibilità di dedicare più tempo al paziente. Eric Topol, il principale esperto al mondo di Medicina Digitale, afferma che il digitale aiuterà il medico a riguadagnare il lato umano della Medicina favorendo lo sviluppo di una maggiore empatia.

Questo tempo guadagnato dovrà essere speso a favore di un costante aggiornamento professionale e per una maggiore interazione e collaborazione con gli altri colleghi in modo che si sviluppi una più ampia interscambiabilità dei medici nei diversi ruoli.

Cambierà anche il modo di fare le visite: non solo tecnologie per effettuare valutazioni diagnostiche in tempi più rapidi ma sempre più spesso cura del paziente a distanza, mediante telemedicina.

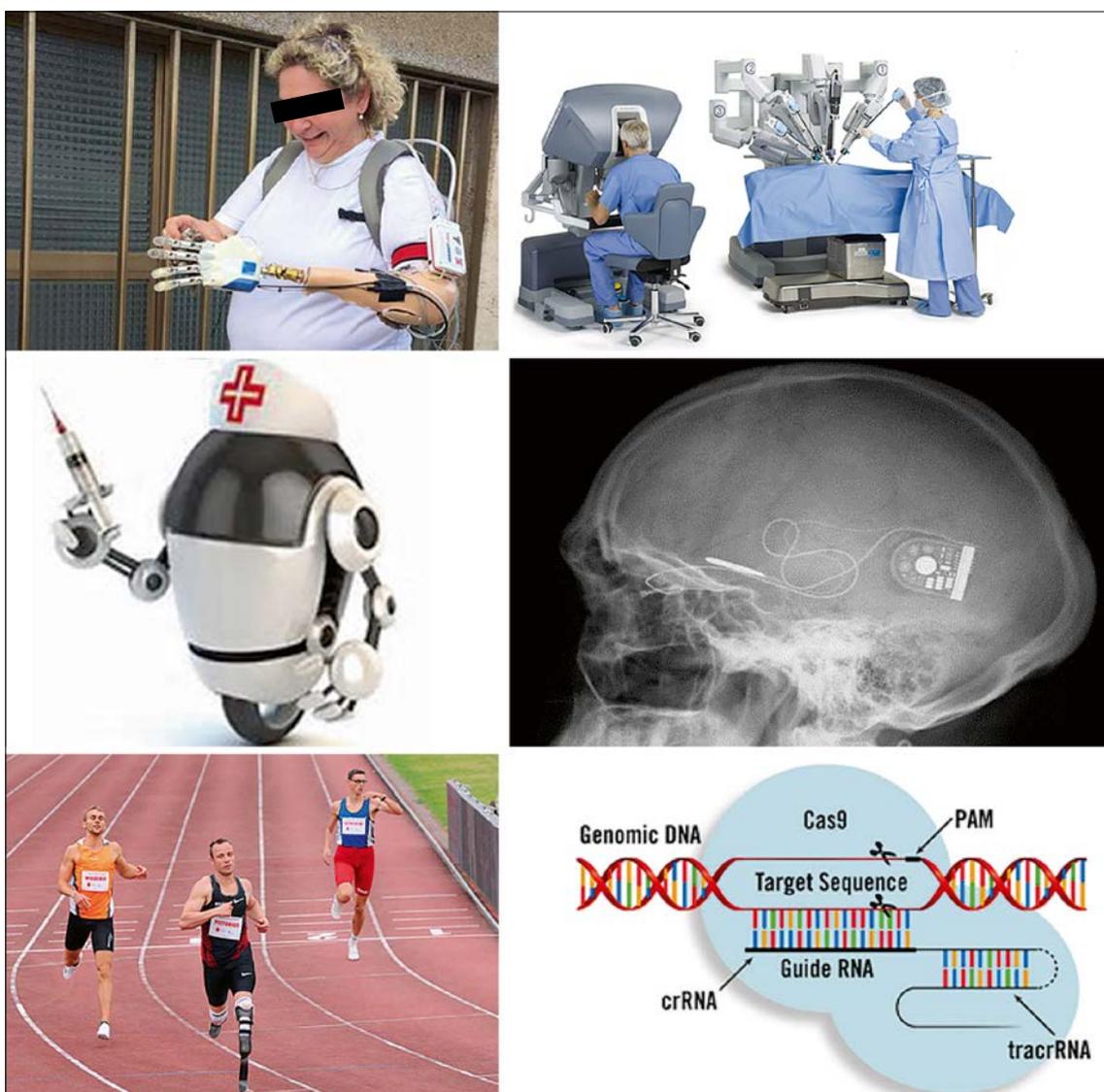
La pandemia ha indotto una forte accelerazione per questo strumento ed è stata una importante palestra per i medici. *Si è rivelata lo strumento più adeguato alla gestione delle cronicità, in quanto i pazienti hanno potuto proseguire i controlli terapeutici e sono stati tutelati dal rischio di infezione. Dal punto di vista regolatorio lo sviluppo delle linee guida ha dato un supporto ai medici che si sono sentiti tutelati sia in termini di responsabilità sia per quanto riguarda il riconoscimento economico della prestazione erogata.* Sulla base del nuovo documento, infatti, le presta-

zioni *on line* saranno tariffate, rendicontate e se previsto saranno anche sottoposte a *ticket*. Nel post pandemia quindi il teleconsulto e la televisita diventeranno strumenti di sorveglianza clinica e di valutazione a distanza dell'effetto e dell'efficacia terapeutici, ma se si riuscirà a creare una maggiore integrazione e collaborazione tra ospedali e medici di Medicina Generale cambierà anche il concetto di ospedale. "Ospedali

senza pareti", *slogan* semplice ma di effetto, con un numero sempre più ampio di persone curate a casa, come preconizzato, e proiettato verso l'anno 2000 da Florence Nightingale, che sognava un mondo della sanità in cui venissero aboliti gli ospedali e i pazienti fossero assistiti nelle loro case, fra le pareti domestiche e con minori costi per il servizio sanitario. Per realizzare questo occorrerà una grande applicazione del lavoro col-

lettivo, una grande attenzione all'empatia e alla comunicazione con il paziente ma anche la volontà da parte del medico di crescere professionalmente. Il medico dovrà porsi nei confronti dei nuovi strumenti con un atteggiamento positivo: la tecnologia sarà un aiuto, non dovrà più essere considerata una rivale dalla quale guardarsi con sospetto.

gfgensini@gmail.com



La protesi guidata dal sistema nervoso, il Leonardo da Vinci e l'infermiere robotico, Pistorius e le gambe meccaniche, il chip neuronale connesso con google, le forbici genetiche: nessuna fantascienza, soltanto alcune tra le mille offerte dell'IA connessa con un'enorme *congrèrie* di strumenti che cambiano il mondo e la medicina. Macchine portentose ma di cui sappiamo troppo poco, non solo sul piano tecnologico, ma anche su quello giuridico, deontologico e politico.

Il costo umano della pandemia

	N. di morti per milione di abitanti dall'inizio della pandemia al 4 maggio 2021 ¹	N. di morti per 100 mila abitanti nel periodo dal 12.4.2021 al 25.4.2021 ²
Germania	1.003	3,82
Italia	2.016	8,26
Regno Unito	1.871	0,49
Francia	1.612	6,13
Spagna	1.676	2,58

¹ Worldometers.info: coronavirus; ² Qap.ecdc.europa.eu: COVID-19

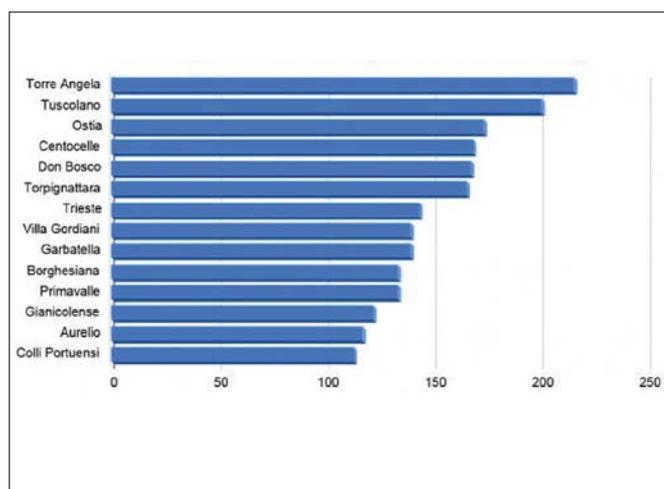
Tabella I – COVID-19. Dati di mortalità per 5 Paesi.

Concludiamo questi due numeri di *Toscana Medica* con alcuni dati. La prima figura è frutto del lavoro statistico del Comune di Roma e conferma ciò che si sa da tempo: un mezzo pubblico che si diriga dalla periferia al centro di una grande città a ogni fermata vede l'aspettativa di vita aumentare a causa del miglior censo e grado di istruzione degli abitanti dei diversi quartieri. Censo e istruzione sono due potenti fattori di rischio che inducono ulteriori disuguaglianze, tra cui il carico di malattie. Gli altri dati mostrano la più alta mortalità per COVID in Italia rispetto ad altri Paesi confrontabili per cultura e servizi. Perché? Vi sono due diverse questioni. In UK la mortalità, prima in

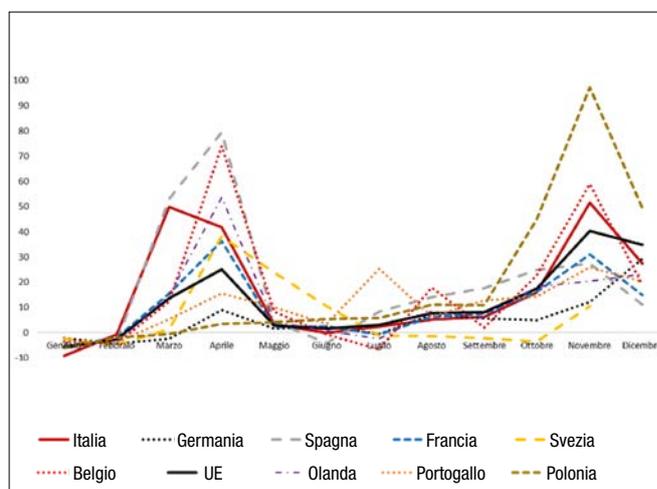
linea con i dati italiani, è crollata con la vaccinazione di massa. Ciò rimanda alla mancanza, all'inizio della campagna vaccinale, di una regia centrale. Alcune Regioni, tra le quali la nostra, hanno iniziato a vaccinare in modo ingenuo o inesperto o insensato e così si è ritardato il decremento della curva di mortalità. Più difficile è spiegare il differenziale di mortalità con altre Nazioni: l'Italia è ai primi posti in questa tristissima classifica mondiale. Si legge spesso la litania degli errori o delle inadempienze. Il cronico sottofinanziamento del servizio sanitario e la carenza di personale, la vetustà degli impianti, l'età anziana della popolazione e il carico di patologie croniche, la

disastrosa impreparazione del territorio, il pessimo uso della Medicina Generale, lo stato di abbandono dei dipartimenti di prevenzione e via e via. In più l'assenza di preparedness, e si pensi alla fornitura travolta di dispositivi di protezione e a quante perdite è costata tra i medici e gli infermieri: 359 colleghi sono deceduti alla data del 6 maggio 2021. Un tributo enorme che merita un'ammirata memoria. Si ha l'immagine di un Paese che reagisce con le sue migliori energie alla tragedia ma che vive una crisi amministrativa e politica. Forse è il momento di attenersi più ai doveri che ai diritti.

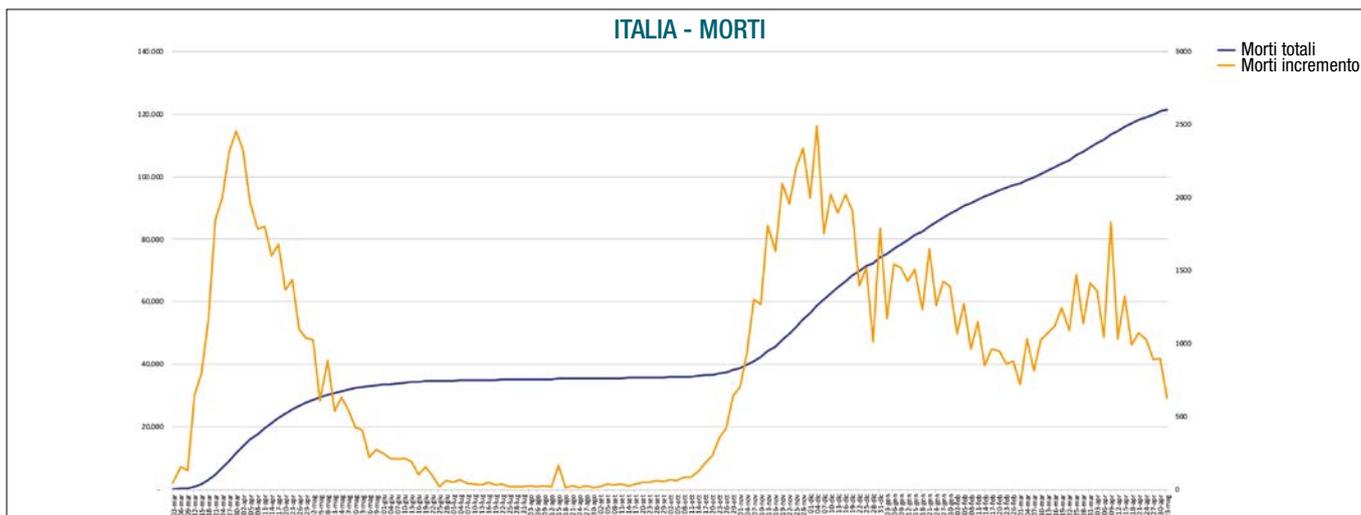
Antonio Panti



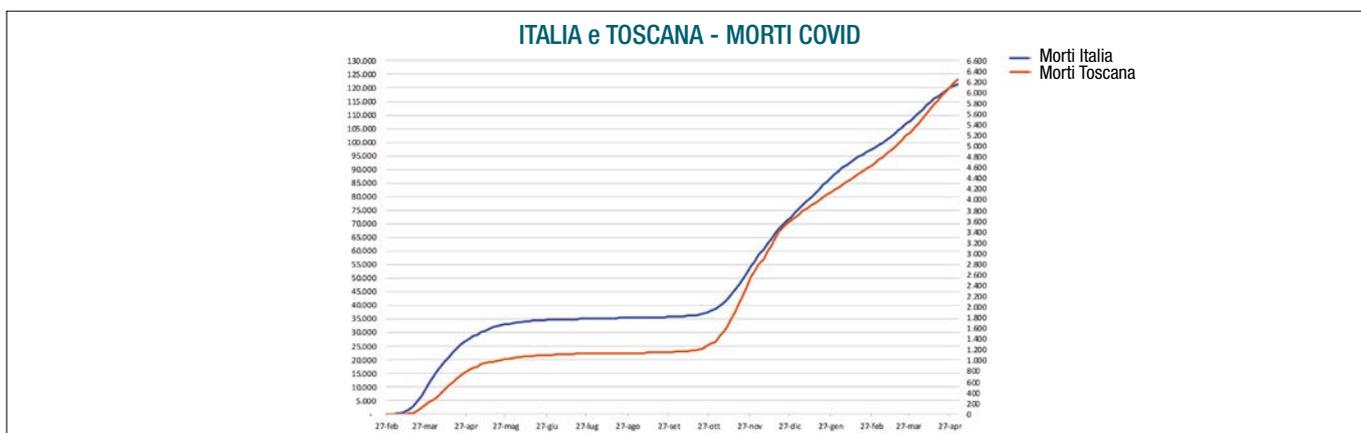
La classifica dei quartieri di Roma per numero di contagi. Dati Comune di Roma, ottobre 2020 (courtesy Nicolò Pestelli).



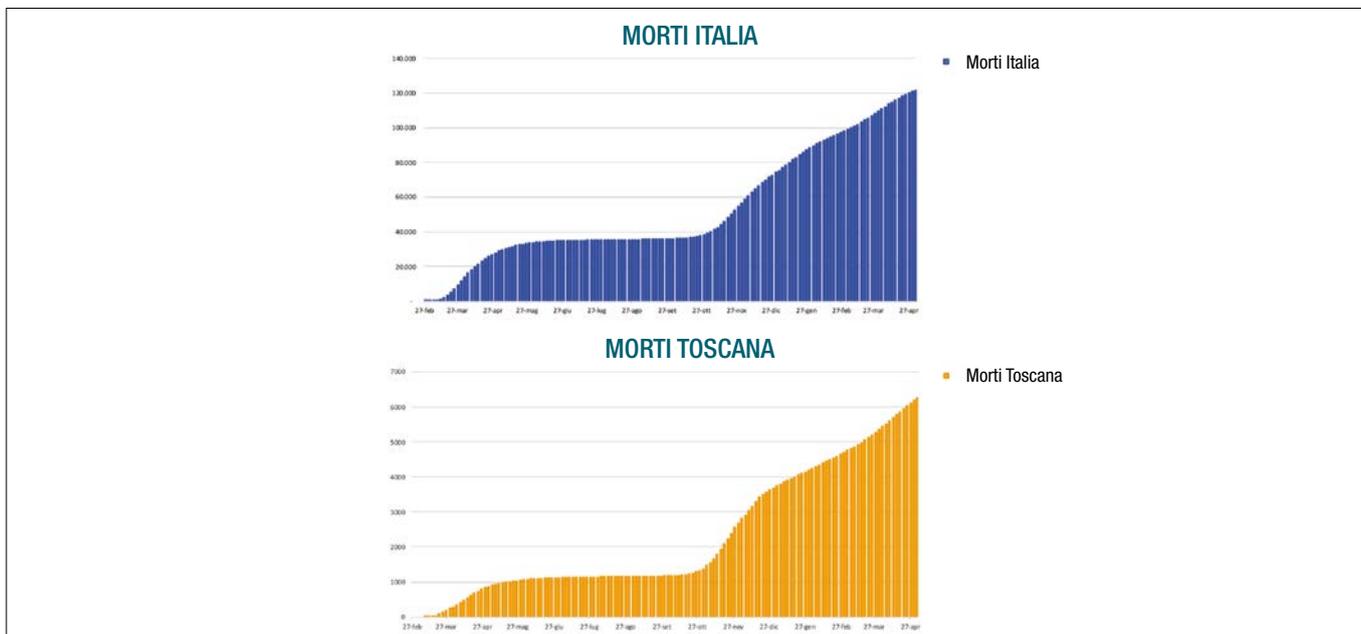
Decessi mensili in alcuni Paesi europei, anno 2020 (da: ISS/ISTAT; courtesy Nicolò Pestelli).



Andamento settimanale (courtesy Nicolò Pestelli).



Progressione dall'inizio della pandemia (courtesy Nicolò Pestelli).



Morti in Italia e in Toscana (courtesy Nicolò Pestelli).

**Il numero dei morti per COVID in Italia è tra i più alti nel mondo.
Perché? qualcuno ha un'idea?**

Scrivete a Redazione *Toscana Medica*: m.marongiu@omceofi.it

La deontologia dopo il COVID

La Peste che il Tribunale della Sanità aveva temuto che potesse entrare con le bande alemanne nel milanese c'era entrata davvero, come è noto parimenti che non si fermò qui, ma invase e spopolò una buona parte d'Italia

Alessandro Manzoni, I Promessi Sposi, cap. XXXI

La pandemia da SARS-CoV-2 ha segnato una cesura storica. Tragedie simili sono in realtà già accadute, con il loro strascico di crisi economiche e demografiche: l'ultima fu la "spagnola" che, sebbene comparsa in piena modernità, viene narrata ancora come la peste di Atene o quella del Manzoni.

Che cos'è allora che rende così diversa questa pandemia? Per la prima volta nella storia, il mondo si è affidato alla scienza medica e le conoscenze scientifiche hanno condizionato le scelte politiche ed economiche. Non solo i medici sono diventati gli eroi della "guerra alla pandemia", ma gli scienziati si sono spesso sostituiti ai politici (talvolta ugualmente litigiosi ed esibizionisti). In un solo anno si è sequenziato il virus, si è posto ordine nelle terapie – fatto non da poco! la medicina protegge dagli imbrogli o dai pregiudizi – e in un tempo mai così breve si è trovato il vaccino.

Oggi la scienza e la tecnica hanno un potere che non riusciamo ancora a comprendere e a dominare. E tutto questo ha un ruolo nel determinare il disagio dei medici: è infatti profondamente cambiato il rapporto tra la medicina e la società.

Dal tempo degli antichi sciamani fino ai nostri giorni, il medico ha "protetto" il paziente e l'intera comunità. Il fulcro è, da sempre, la relazione con la persona: la medicina si pratica in una sorta di arena separata, quella dell'incontro tra il medico e il suo assistito. Tuttavia, dalla fine dell'Ottocento e più in particolare, con accelerazione sempre maggiore, dagli anni Cinquanta del secolo scorso, la sanità ha costituito uno dei settori più forti del sistema produttivo. Si parla oggi di

white economy, cioè del complesso dei servizi medici, di ciò che serve per realizzarli – farmaci, dispositivi e quant'altro – e di tutti gli altri servizi collegati. Ne fanno parte non soltanto gli oneri del personale, ma i capitali di rischio investiti. Un mercato globale che presuppone anche una *learning economy*, ovvero un continuo rinnovamento delle competenze.

A tal proposito, paradigmatici sono i vaccini: un eccezionale avanzamento scientifico e un enorme capitale di rischio che vuole essere compensato. In questo quadro, che margine di scelta ha il medico tra vaccini differenti? I medici escono dalla pandemia con un rinnovato prestigio che, tuttavia, non è facile da mantenere, se non inserendosi nel dibattito post pandemico sulle basi politiche ed economiche della società. *La nostra cultura sembra vacillare: la medicina, intesa come mero rapporto tra medico e paziente, deve ora fare i conti con altri valori e con altre forze economiche e sociali.*

Oggi i servizi medici necessitano di costosissime e complicatissime organizzazioni, che implicano amministrazioni capaci e una forte ed esplicita base sociale e politica. Inoltre, i problemi dell'ambiente e della promozione della salute si intrecciano con quelli dei singoli. Il medico si trova ormai a dover affrontare una molteplicità di interlocutori. La medicina che esce dalla pandemia, infatti, ha necessità di una negoziazione non soltanto tra il medico e il paziente, ma almeno tra quattro figure diverse: i pazienti che vogliono tutto, i medici spesso vittime o complici del conflitto di interesse, gli amministratori che rispondono del budget e i produttori di tutti gli

strumenti usati nella pratica, che aspirano a un solido profitto.

Insomma, dopo questo tsunami, il servizio è ancora sostenibile? Cosa si può fare per mantenerlo in vita? *La pandemia ha portato in superficie problemi noti ma inascoltati, la cui soluzione non può essere dilazionata, poiché si produce spontaneamente sotto l'impulso dell'innovazione tecnologica e delle trasformazioni sociali.*

La sicurezza sanitaria – come discusso anche al G7 – è parte della sicurezza umana e non può non essere oggetto dell'attenzione delle grandi istituzioni sovranazionali, dall'Europa all'OMS.

Come ne esce la relazione tra il medico e il paziente? E qual è il rapporto corretto tra la scienza e il diritto? E tra i diritti individuali e gli interessi collettivi? E tra la medicina della persona e la medicina sociale? E tra le innovazioni e i finanziamenti? E tra questi e l'equità sociale? Domande che incombono, mentre la medicina digitale sta per sostituire la vecchia medicina, modificandone talmente tanto l'esercizio da influire sulla metodologia.

La cura e il prendersi cura sono uno dei più antichi miti delle culture umane. Il medico ne è l'intermediario (la professione medica ha infatti origini sacerdotali) e la visita ne è il rito. Tutto ciò resiste alla pandemia e diventa ancora più importante, perché la scienza ha vinto nonostante le indubbie delusioni.

Così come esiste un mercato globale, proponiamo quindi una deontologia sovranazionale, una carta dei diritti e dei doveri dei medici, né eroi né colpevoli, bensì garanti della sicurezza sanitaria.

Antonio Panti





**PROF. MANFREDO
FANFANI**
RICERCHE CLINICHE

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