

SANITA' ARIS

Trimestrale dell'Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari

Anno I • Numero 1 • Marzo 2021

...E DOMANI?

Esegui 220 scatti e percorri 20 km con la batteria completamente carica



Caso di utilizzo di AccE GM85
in un ospedale temporaneo

AccE GM85

Radiografie
sicure in corsia



Una batteria a lunga durata per gestire volumi eccezionali di pazienti



Ricarica completa



08:00



13:00



18:00



20:00

AccE GM85 è caratterizzato da tempi di ricarica rapidi e un'efficiente gestione della batteria. La ricarica completa viene raggiunta in meno di 4 ore e la funzione di risparmio energetico consente di svolgere l'attività di tutta la giornata senza necessità di ulteriori ricariche.



Anno I - n. 1
Marzo 2021

Direttore Responsabile:
Virginio Bebber

Redattore Capo:
Mario Ponzi

Vicecaporedattore:
Maria Rita Gentile

Redazione:
Gianni Cristofani,
Mauro Mattiaci,
Nevio Boscarol
Lanfranco Luzi
Luigi Corbella

Segretario di Redazione:
Massimo Scafetti

Progetto grafico e ricerca iconografica:
Angelo De Mattia

Foto:
Archivio ARIS
Cine foto operatore: Marco Ponzi

Volumi e pubblicazioni:
Rizzoli, Skira-Corriere della Sera, Milano;
I classici dell'Arte; Complesso Integrato Columbus
- Roma; Congregazione dei Figli dell'Immacolata
Concezione - Roma

Stampa:
Tipografia Palombi & Lanci
Via Lago di Albano, 20
00010 Villa Adriana (RM)

Direzione, Redazione, Amministrazione:
P.zza SS. Giovanni e Paolo, 13
00184 Roma
Tel. 067726931 - Fax 0677269343

Pubblicità:
P.zza SS. Giovanni e Paolo, 13
00184 Roma
In attesa di autorizzazione
del Tribunale di Roma

Finito di stampare nel mese di Marzo 2021

S O M M A R I O

- 5** Editoriale
Virginio Bebber
- 9** Fiducia e non ipocrisia
Francesca Ercoli
- 13** Quando la "parola"
conta ancora qualcosa
Francesco Ognibene
- 19** Alla sera della vita
Salvino Leone
- 25** Una generazione che se ne va
(F.E.)
- 29** Da curante a paziente,
la lotta amara al Coronavirus
Lanfranco Luzi
- 33** I bambini e la pandemia
Milena Lo Giudice

LE NOSTRE ISTITUZIONI NELL'EMERGENZA COVID 19

- 38** Curare non sempre è guarire
Michele Casella
- 42** Un impegno che continua
- 46** La telerabilitazione
in Fondazione Don Gnocchi
- 50** Un'organizzazione
in modalità "ibrida"
- 54** La terapia dell'amore per il malato
Agnese Pellegrini
- 58** Un direttore sanitario,
come un generale sul campo
Maria Rita Montebelli
- 64** Una rivoluzione organizzativa
per rispondere alla pandemia
- 68** Come in una lunga maratona

INFORMAZIONE PUBBLICITARIA

- 73** Progetto innovativo
post pandemia Covid-19
Maurizio Tucci



SULLA VIA DI UN RINNOVATO CAMMINO



di Virginio Beber

Cari lettori,

avrete notato, o comunque noterete sfogliando le pagine di questo numero, il rinnovato maquillage della nostra rivista. Lo abbiamo ritenuto importante, e per certi versi necessario, per renderla più rispondente all'attualità, pur cercando di mantenere il carattere che ci ha sempre contraddistinto come associazione, testimoniando lo stile e lo spirito con i quali abbiamo sempre cercato di dare significato alla nostra presenza nel comparto sanitario del Paese. E ci è sembrato ancor più opportuno proprio in questo momento, seppur difficile, in cui, nonostante le mille difficoltà causate dalla pandemia, l'Associazione cresce e annovera tra le proprie fila nuove istituzioni, tra le quali siamo onorati di accogliere la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS. Per questo abbiamo implementato i nostri sistemi e mezzi di comunicazione, sia ad intra che ad extra, e stiamo progettando un ulteriore sistema di informazione digitale che servirà, almeno lo speriamo, a costruire quella rete di comunità e comunione che ci aiuti a sentirci sempre più una grande famiglia, capace di esprimere quello spirito di solidarietà che deve aiutarci a crescere tutti insieme.

Una crescita che si traduce in una maggiore visibilità nel settore nel quale siamo chiamati ad operare. Altre Associazioni simili cercano sempre di più contatti e forme di collaborazione per raggiungere obiettivi comuni; le stesse istitu-



zioni governative mostrano maggiore attenzione nei nostri riguardi e, seppure tra le mille difficoltà a tutti voi ben note, chiamano nostri rappresentanti ai diversi tavoli di lavoro, istituiti su tematiche che ci riguardano da vicino. Nostri esperti, messi a disposizione con lodevole responsabilità da istituzioni associate, sono inseriti in commissioni di studio, e sempre più spesso siamo invitati a partecipare alla stesura di documenti programmatici.

La stessa Conferenza Episcopale Italiana ormai, attraverso l'apposito Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute, ci annovera tra i membri di gruppi di studio per diversi progetti nazionali. Certamente i risultati di questa non indifferente mole di lavoro si vedranno a medio e lungo termine; importante è comunque aver iniziato un percorso dinamico che affrontiamo con coraggio, pur nella scarsità delle disponibilità economiche e materiali che possiamo dedicare. Per sostenerlo

abbiamo avviato un nuovo percorso alla ricerca di partners che siano disposti ad affiancarci; anche in questo avremo bisogno dell'appoggio dei nostri associati nella certezza di poterne trarre tutti benefici.

Torniamo alla nostra rivista, il nostro biglietto da visita. Da sempre vuole essere una vetrina dell'ARIS, attraverso la quale far conoscere soprattutto, e in modo chiaro, la nostra identità di istituzioni rappresentative di una parte importante dell'impegno della Chiesa nel mondo della salute, della sua inderogabile opera in difesa della vita dal nascere sino al termine naturale, della solidità dei principi etici e morali che ne guidano i passi, della testimonianza dei valori evangelici che ispirano la missione evangelizzatrice nel mondo. Nello stesso tempo la rivista si propone come promotrice di quella cultura sanitaria cattolica che fa così tanta fatica a proporsi in un mondo sempre più declinato da un sistema individualistico, edonistico, materialistico votato ad una egoistica logica di mercato, senza sconti per nessuno. Lo facciamo con coraggio, pronti a metterci, come si dice, "la faccia". Proprio per questo abbiamo cambiato la nostra testata – da Aris SANITÀ a Sanità ARIS – in modo da rendere immediatamente visibile la nostra identità. Ricominciamo perciò da Anno I numero 1. Ma non per questo cambia la sostanza del messaggio che intendiamo diffondere.



**PRODOTTI PER OGNI
ESIGENZA DI IGIENE**

ALBA TRADE

Partner ideale

**per
un ambiente
pulito
e curato**



Da oltre dieci anni mette al servizio dei suoi clienti l'esperienza, lo studio e la ricerca di nuovi metodi e prodotti per ogni esigenza di igiene.

**AFFIDATI A NOI E
TROVEREMO LA SOLUZIONE
PER FARTI CRESCERE**

Linea Detergenza
Linea Carta e dispenser
Linea Cortesia Hotel
Linea Guanti
Linea Lavanderia
Linea Ristorazione e Catering
Linea Macchinari per pulizie
Linea Attrezzature professionali
Prodotti settore sanitario



L'appello di Papa Francesco

FIDUCIA E NON IPOCRISIA

di Francesca Ercoli

Relazione di fiducia non ipocrisia. E' il "balsamo" più prezioso nelle mani di chi si china sul malato e se ne prende cura. Papa Francesco, nel suo messaggio per la XXIX Giornata Mondiale del Malato, lo raccomanda in particolare a tutti gli operatori sanitari chiamati in questi mesi a far fronte agli effetti drammatici della pandemia, affinché non restino confusi nel marasma creato da incertezze e contraddizioni che ammorbano, ancor più, l'atmosfera di questi tempi bui.

Nel suo Messaggio Papa Francesco ricalca a grandi linee le tematiche trattate nell'enciclica 'Fratelli tutti'. Centrale il concetto di fratellanza, del prendersi cura, come il buon Samaritano che sente 'prossimo' l'uomo aggredito dai briganti e, senza preoccuparsi di chi fosse e da dove venisse, si ferma e lo soccorre. Torna alla mente quanto affermato dalla Cei in un documento di alcuni anni fa, sulla necessità che le

comunità cristiane si prendano cura dei sofferenti e dei malati diventando 'comunità sananti'. Ed è la parrocchia ad avere, in questo senso, un ruolo del tutto particolare esprimendo la propria vocazione cristiana attraverso una testimonianza di servizio ai più fragili. Un prendersi cura che è un passo avanti rispetto al curare puro e semplice: è un guardare negli occhi chi ho davanti e dirgli 'non sei solo, ti prendo per mano'".

E in questo "guardare" negli occhi non può esserci ipocrisia, un male gravissimo che porta spesso a dimenticare la nostra "creaturalità", dunque il nostro essere figli di un unico Padre e dunque fratelli universali, che hanno bisogno gli uni degli altri e tutti del Padre. E' proprio la nostra fragilità umana ad essere stata messa a nudo dalla pandemia. Dopo la pandemia - osserva il Papa - saremo certamente diversi perché tutti abbiamo vissuto momenti di insicurezza e smarrimento. Quello che dobbiamo fare è ritrovare noi stessi come uomini e donne, ma anche come cristiani e figli di Dio.

"La fiducia è un balsamo prezioso, afferma il Papa; e questo significa proprio potersi guardare negli occhi e scoprire l'amore che ci vincola. Ma oggi manca il tempo. Impossibile



fermar-
si: l'efficien-
za e la carenza di
personale costringono a ritmi ac-
celerati. C'è poco spazio per i sentimenti. In
questi tragici giorni ai nostri operatori accan-
to ai letti dei malati abbiamo raccomandato
proprio di non far mancare una testimonian-
za del nostro amore. E l'ultima carezza di
tanti fratelli che se ne sono andati in solitudi-
ne l'hanno ricevuta proprio dalle loro mani.
Fiducia sì, ma non manchi mai l'amore.
Soprattutto verso gli anziani e vero quelli che
si mostrano più fragili e dunque più esposti al
pericolo. Invece abbiamo dovuto ascoltare,
in questi giorni tragici, discorsi indecenti,
proposte inumane per nascondere inefficienze
dovute ad anni e anni di politiche distruttive
anziché costruttive, soprattutto per ciò che ri-
guarda il comparto sanitario. Nuovi sussurri
"selettivi" si sono insinuati nei vari tentativi
di pianificazione d'interventi disperati per
cercare di riprendere in mano un situazio.ne
sempre più fuori controllo. E' qui che nasce il
grido disperato di Papa Francesco: Nessuno
deve sentirsi solo e abbandonato, neppure
quando non può guarire, anche se qualcuno

ritiene che
valga la pena cura-
re solo chi "può farcela"...

La vita di una persona anziana o di un
malato grave non vale meno di quello di un
giovane o di una persona sana. Questo vale
sempre e non solo in periodo pandemico. Pur-
troppo quella che Papa Francesco definisce
"cultura della morte" va facendosi sempre più
strada nel mondo e nel nostro Paese. Tanti
Paesi hanno aperto la strada all'eutanasia, ed
altri si preparano a farlo. Da noi si cerca di na-
sconderla dietro la legalizzazione del suicidio
assistito. E i discorsi che abbiamo sentito in
questi giorni drammatici sono figli di quella
cultura della morte, in virtù della quale ormai
la vita umana ha un suo valore, un suo prezzo,
a secondo della sua capacità produttiva. Non
meravigliamoci perciò se sentiamo certi di-
scorsi: combattiamo mostrando la nostra fede
e dandone testimonianza concreta. E chiedia-
moci: chi può arrogarsi il diritto di decidere
chi sia degno di essere curato e chi no? Fac-
ciamo in modo di non trovarci mai più di fron-
te a simili questioni e mettiamoci in condizio-
ne di poter curare tutti senza distinzioni, e nel mi-
gliore dei modi.

ti ristoriamo
dal 1965

e non solo

Il menù dei servizi

Ristorazione Collettiva e Commerciale
Welfare Solutions
Distribuzione Automatica
Pulizie e Servizi Integrati
Fornitura Derrate



Il senso di un dizionario sul fine vita

QUANDO LA “PAROLA” CONTA ANCORA QUALCOSA



di Francesco Ognibene

«Il bispensiero implica la capacità di accogliere simultaneamente nella propria mente due opinioni tra loro contrastanti, accettandole entrambe». Non c'è niente da fare: la profezia di George Orwell nel suo straordinario romanzo «1984» sul controllo della lingua e della mente come leva di controllo del consenso si rivela col passare del tempo sempre più adeguata a ciò che vediamo. Del resto, mai come oggi sono andate di moda le "dystopie", cioè le rappresentazioni di un futuro immaginario che portano alle estreme conseguenze patologie sociali già in atto. Proiezioni fantasiose, certo, ma con tratti di verità che servono a capire da cosa guardarsi. Basta avere ben presente che non sempre si tratta di semplice fiction...

È il caso della manipolazione delle parole importanti di uso corrente, quella che Orwell definiva «neolingua», anticamera e condizione del pensiero «doppio» che rende possibile credere vera un'opinione o una notizia ma anche il suo contrario, senza neppure rendersi conto della truffa (il fenomeno delle fake news è una manifestazione recente, di cui lo scrittore inglese non si sarebbe certo stupito).

Riuscire a far credere che le parole non vogliono dire ciò che hanno sempre significato – e che tuttora il buonsenso e la memoria suggeriscono – ma tutta un'altra cosa è la preconditione permanente e non accessoria per costruire un in-

tero apparato di idee che negano il sistema di valori consolidato svuotandolo dall'interno e volgendolo nel suo contrario senza che apparentemente cambi nulla. Ogni nuova ideologia che si propone di diventare egemone non può che prendere di mira le parole, che mai sono neutre ma recano con sé il bagaglio del giudizio di valore cui sono associate. Lasciandone integra l'apparenza e la carica positiva o negativa, possono essere asservite a qualsiasi scopo: basta cambiar loro il codice genetico. La storia è zeppa di queste operazioni, e dunque non dovrebbe essere difficile riconoscere quelle che si affacciano sulla scena. Invece no, o almeno non accade sempre.

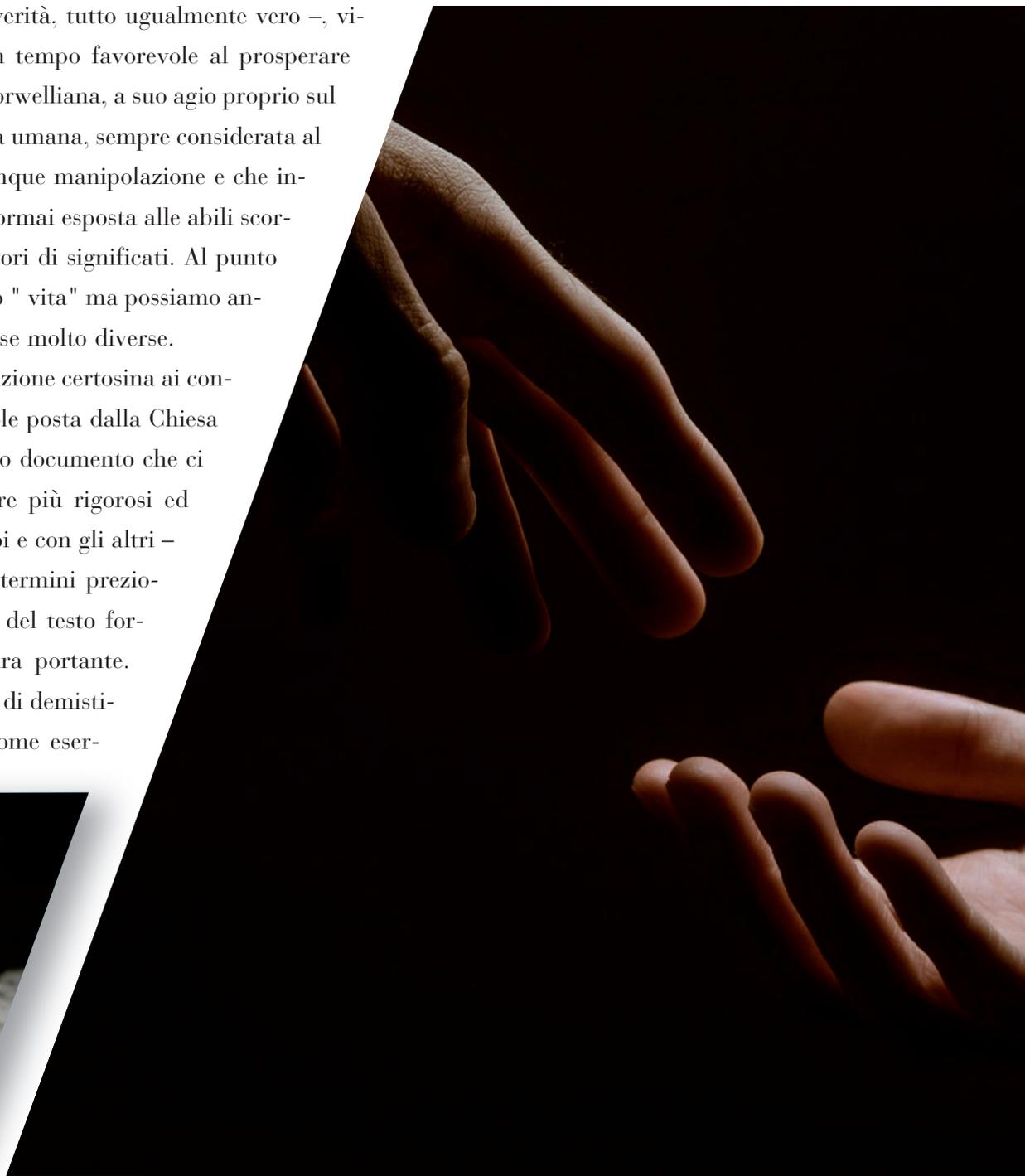
Lo possiamo sperimentare con solare evidenza nel dibattito sul "fine vita", al quale il nuovo documento «Alla sera della vita» curato dall'Ufficio nazionale per la Pastorale della Salute

offre un contributo atteso di chiarezza su fatti, concetti e giudizi proprio grazie a un impegno strenuo sul piano terminologico. Oggetto di accuratissima revisione e di incrocio con circostanze e fenomeni più recenti, il testo mostra nella scorrevolezza della lettura – pur essendo un compendio assai denso – la qualità del lavoro a più mani di levigatura di parole che devono poter dire esattamente e solo quel che significano davvero. Tanto che da questo libretto indispensabile si potrebbe sperare che nasca un dizionario della «fase terminale della vita terrena», per riprendere il suo sottotitolo. In altri termini: le parole che attrezzano le questioni del fine vita come chiodi e corde una parete perché lo scalatore salga in sicurezza e non si ritrovi fuori via devono ricondurre a significati certi e univoci, al riparo da contraffazioni interessate. Con i piedi affondati nel relativi-



simo – nessuna verità, tutto ugualmente vero –, viviamo infatti un tempo favorevole al prosperare della neolingua orwelliana, a suo agio proprio sul terreno della vita umana, sempre considerata al riparo da qualunque manipolazione e che invece scopriamo ormai esposta alle abili scorriere dei guastatori di significati. Al punto che tutti diciamo "vita" ma possiamo anche intendere cose molto diverse.

È proprio l'attenzione certosina ai contenuti delle parole posta dalla Chiesa italiana in questo documento che ci richiama a essere più rigorosi ed esigenti – con noi e con gli altri – nel maneggiare termini preziosi, gli stessi che del testo formano la struttura portante. Proponiamo qui di demistificarne alcuni come eser-





cizio di "anti-neolingua", bonificandoli dagli usi distorti cui si tenta di piegarli. E disponendosi a ri-argomentare con convinzione il loro significato autentico insieme a quello di numerosi altri ricorrenti sul limitare della vita.

1. Dignità. È sempre più frequente associarla alla vita intendendo che si tratta di un bene con una sua quotazione mutevole a seconda delle condizioni fisiche e morali come dell'auto-percezione, e non più l'intangibile carattere indissolubilmente associato alla persona umana, che come tale mai viene meno, qualunque cosa accada. Se la dignità vale di più o di meno la stessa vita diventa un bene disponibile, fino a potersi trasformare in un non-bene: un problema di cui disfarsi. Forzi

la serratura della dignità, e accedi al sacro della vita umana.

2. Libertà. Senza uno scopo cui è orientata, si perde inevitabilmente nell'arbitrio. E quindi, se non c'è un criterio condiviso e oggettivo (normativo, si direbbe) che delimita il perimetro del suo esercizio, la libertà può essere usata anche contro se stessi, come nel caso del suicidio assistito. Liberi, sì, ma per cosa? La legge definisce una serie di obiettivi illeciti per il suo uso, ma quanto più la libertà è associata alla volontà personale tanto più discrezionale sarà la scelta dei beni che possono diventarne oggetto. Tanto che diventa accettabile che decida di vivere o di morire, indifferentemente, perché sono libero. E la società non può intromettersi. Ma la libertà, come la dignità, non tollera falsificazioni: ne va – letteralmente – della vita.
3. Diritti. Idem come sopra: stiamo assistendo all'incalzante affastellarsi di istanze minoritarie trasformate in diritti collettivi indiscutibili, dapprima a titolo di eccezione per poi estenderli su scala universale, in omaggio al

principio di non discriminazione. La vicenda Cappato-dj Fabo è l'applicazione da manuale di questo piano inclinato: la Corte costituzionale ammette il suicidio assistito in casi eccezionali come il suo, poi arriva il tribunale ordinario (di Massa) che si chiede perché differenziare un malato rispetto a un altro. Il passo successivo è l'affermazione di quello che così diventa un diritto. Senza il consenso – culturale, legislativo, sociale – attorno a un paniere di beni riconosciuti come intangibili, la combinazione della libertà e dei diritti letti in versione-neolingua rende disponibile qualunque oggetto. È l'obiettivo finale dell'individualismo: ciascuno sceglie da sé il menù dei propri diritti.

4. Qualità della vita. È forse il caso più eclatante di neolingua «alla sera della vita». Associare a una persona un punteggio virtuale definito dal suo grado di efficienza, autonomia e godimento delle opportunità è l'esito di una cultura pubblica che ha ormai definito uno standard al quale adeguarsi per sentirsi in grado di vivere la vita come esperienza utile o piacevole, certo libera tendenzialmente all'infinito. E così un concetto – come la dignità – che nasce per restare al riparo da interpretazioni e classifiche finisce per diventare lo strumento per emarginare chi resta indietro anziché essere la garanzia che

la collettività farà di tutto perché la sua "qualità della vita" – qualunque essa sia – non diventi un marchio di condanna.

5. Cura. Altro termine-concetto da maneggiare col massimo rispetto, per non trovarsi convinti – non si sa come – che si "cura" anche dando la morte: anzi, che è proprio quello il modo in cui una persona che ritiene di aver perso "qualità della vita" e che vuole esercitare la "libertà" di decidere la propria fine giudicandola un "diritto" si restituisce la "dignità" perduta. Un bel capolavoro di rovesciamento della realtà. Vogliamo essere sicuri di non sbagliare? Pensiamo al Samaritano e alla differenza tra il suo approccio (la cura della persona come sguardo, consolazione, terapia, accoglienza) e quello di chi tira dritto (la cura di se stessi a tal punto esclusiva da saturare la propria attenzione). Se la cura non è relazione, diventa il suo opposto: individualismo che esalta la cura di sé, fino all'isolamento.

Cinque esempi sommari, utili a mostrare come le parole che portano concetti chiave per la definizione di cosa oggi siano persona e vita umana – e dunque orientare l'antropologia che ne nasce per via diretta – esigono la nostra massima attenzione: per non lasciarcele sottrarre ritrovandole nella neolingua, capovolte e ormai irricognoscibili.



ALLA SERA DELLA VITA



di Salvino Leone

Forse una distratta e superficiale accoglienza di questo documento potrebbe relegarlo al “solito” testo più o meno ripetitivo di quanto negli ultimi anni più volte il Magistero ha prodotto: condanna di eutanasia e accanimento terapeutico, attenzione pastorale al morente, ecc. In realtà a una più attenta lettura compaiono importati elementi innovativi che meritano attenzione e aprono un interessante dibattito.

L'obiezione di coscienza

Il primo di questi riguarda il problema dell'obiezione di coscienza. Se ne ribadisce la doverosità etica di fronte a procedure che si rivelino lesive della vita umana. L'obiezione tuttavia va rettamente compresa.

Innanzitutto su un piano concettuale non andrebbe accolta con quell'entusiasmo con cui molti la invocano di fronte a leggi poco rispettose della vita umana e con cui i “non obiettori” ritengono democraticamente di averla concessa. L'obiezione è pur sempre un falli-

mento. E' prevista, infatti, all'interno di una legge che legittima il rifiuto a un dettato normativo. Un po' come se un genitore dicesse al figlio: “devi tornare a casa a quest'ora ma, se ritieni che non sia giusto, torna quando vuoi”. L'obiezione è una sorta di permanente critica interna alla stessa legge, una dichiarata imperfezione, dato che contraddice alla sua essenza di essere a servizio del bene “di tutti”.

In secondo luogo potrebbe esserci il rischio di un certo “pilatismo” che vuole solo lavarsene le mani rifiutando il coinvolgimento in tali pratiche. In tal senso vi sarebbe solo una valenza soggettiva che esclude il significato testimoniale del gesto. Peraltro si ritiene spesso erroneamente che l'obiezione di coscienza sia solo quella disposta e accolta per legge (IVG, Procreazione assistita, ecc.) mentre il documento ricorda giustamente che il medico è in ogni caso legittimato a non partecipare a procedure che contrastino con la sua coscienza. A questa particolare tipologia (peraltro prevista dal Codice di Deontologia Medica, art. 22) molti danno il nome di “clausola di coscienza” per evitare confusioni con la definizione di “obiezione”. Questa prerogativa, tuttavia, si muove su un terreno delicato perché l'operatore sanitario potrebbe sentirsi sempre e comunque legittimato a rifiutare una determinata procedura. Occorre, allora, che le motivazioni siano forti

e inoppugnabili soprattutto di fronte a un possibile contenzioso che potrebbe derivarne.

A proposito di tale obiezione in strutture sanitarie di ispirazione cristiana è importante ribadire, poi, che, giuridicamente, non esiste un'obiezione di coscienza "istituzionale" ma solo individuale. Questo costituisce, allora, un impegno ancora maggiore perché tutto il personale di tali strutture si dichiari obiettore. Al tempo stesso si dovranno trovare gli adeguati strumenti perché nei rapporti, negli accordi e nelle convenzioni con le Istituzioni civili venga garantita questa prerogativa. Vi è, infine, una criticità insita nel dichiararsi obiettori. Come già detto il fine ultimo di tale gesto non è tanto quello di garantire una coerenza interiore della nostra coscienza quanto piuttosto tutelare il bene dell'altro, in questo caso della vita altrui. Come si è verificato per l'interruzione volontaria di gravidanza purtroppo l'obiettore, per forza di cose, si trova ad essere allontanato dal soggetto che dovrebbe tutelare. In realtà sarebbe la persona più indicata per accompagnarlo, parlargli, stabilire con lui un rapporto empatico ma il fatto stesso di non partecipare a nessuna delle procedure previste (cosa di per sé corretta) lo allontana dal paziente. Occorrerebbe, allora non limitarsi a richiedere l'obiezione ma adoperarsi perché questa non si riveli uno strumento di propria tutela ma di tutela altrui magari trovando più articolati strumenti normativi per farlo.

La cura integrale del paziente

È una delle parti più interessanti del Documento. Innanzitutto perché ribadisce, in chiave moderna, un antico principio al quale non sempre si dà la dovuta attenzione: "fine primario della medicina è il bene integrale del paziente" (n.50). Si tratta delle rivisitazioni di un antico dilemma che veniva espresso in questi termini: *bonum aegroti aut voluntas aegroti suprema lex?* In tempi

moderni, dal Codice di Norimberga in poi, la bilancia pendeva sulla *voluntas* facendo così esplodere il principio di autonomia come primo principio della bioetica. Si tratta di un principio giustissimo che ha dato origine all'istituto del consenso informato, alla donazione d'organo, ecc. ma, al tempo stesso, ha manifestato una sorta di arrogante centralismo occultando che la vera ragion d'essere della medicina è il bene del paziente.

Certamente non è un bene assoluto e oggettivo che cala dall'alto ma di una realtà da costruire insieme in un'adeguata alleanza terapeutica (peccato che il documento non la nomini anche se ne esprime il concetto).

Nella valutazione dei mezzi clinici l'etica tradizionale degli ultimi anni ha sostituito il binomio ordinario/straordinario con quello di proporzionato/sproporzionato. Non si tratta di una pura sostituzione nominale ma concettuale a cui il documento allude chiaramente. Ordinario/straordinario, infatti è un concetto assoluto, oggettivo, immutabile mentre proporzionato/sproporzionato è più rispettoso della coscienza del malato, del suo contesto esisten-





ziale, dei suoi desideri.

Ma vi è un altro aspetto da tener presente che, a mia memoria, per la prima volta troviamo in un documento ecclesiale, cioè la rilettura del concetto di proporzionalità con quello di *appropriatezza*. Anche qui non si tratta di una rivisitazione nominale ma di una reinterpretazione concettuale. Se infatti il concetto di “proporzionalità” sembra quasi relegare

il discorso all’aspetto etico non così quello di “appropriatezza” che oggi ha una sua valenza clinica importante. Parlare di appropriatezza, quindi, rende il testo assolutamente moderno e in grado di porsi nell’ambito del dibattito sull’appropriatezza clinica (spesso negata dalla cosiddetta “medicina difensiva”) oggi al centro dell’attenzione sanitaria. E poi, con grande buonsenso, il testo traduce tutto in una semplice e comprensibile affermazione: occorre valutare “se valga la pena effettuare quel determinato intervento terapeutico” (n.53). In fondo, nella sua semplicità formula-tiva, è questa la risposta al problema dell’accanimento terapeutico.

Moderni strumenti di approccio clinico.

Nel realizzare tutto questo il documento, per la prima volta nella storia dei documenti ecclesiali fa ricorso ad alcuni moderni strumenti operativi. Innanzitutto la *Evidence Based Medicine*, (EBM) cioè la medicina basata sulle prove di efficacia. È un riferimento importante perché spazza via decenni di empirismo medico e di valutazioni soggettive del tipo: “a me una volta è capitato”, “spesso questo farmaco fa bene”, ecc. Senza oggettiva evidenza clinica, validata con appositi strumenti riconosciuti dalla comunità scientifica, non c’è medicina e quindi non possono esservi ragionamenti basati su opinioni personali o sentito dire. Questo, anche se il testo non ne fa esplicita menzione, è particolarmente importante nell’epoca dei social e della diffusione della post-verità correlata ad essi.

Una seconda riflessione chiama in causa le *Good Clinical Practice* (n. 60). Si tratta, anche qui, di una dimensione oggettiva della prassi medica strettamente correlata all’EBM. L’invito è quello di operare secondo prassi universalmente validate e non in modo soggettivo, cosa che porterebbe nocimento al paziente.

Mi piace, poi, sottolineare anche alcuni altri ambiti di cura che il documento evidenzia. Innanzitutto nel ribadire il generale obbligo di nutrizione artificiale (argomento complesso del quale abbiamo già dibattuto sulle pagine di questa rivista) ribadisce la possibilità che tale alimentazione in alcuni casi possa rivelarsi inadeguata creando al paziente un’eccessiva gravosità o disagio fisico. In questo si limita a riportare un’affermazione della Congregazione per la dottrina della Fede ma è bene che lo abbia ribadito di fronte a un certo oltranzismo vitalista che si rivela astrattamente rispettoso di un principio ma di fatto contrario al bene del paziente. Inoltre nel trattare delle DAT (n.101) prospetta con sereno

equilibrio che un medico possa adeguatamente rivalutare l'opportunità di tale nutrizione artificiale qualora crei eccessivo danno al paziente. Analogamente viene ribadita la legittimità del ricorso alle *cure palliative* già autorevolmente affermato da papa Francesco della *Samaritanus bonus* e anche della sedazione palliativa se le condizioni cliniche lo richiedono. Potrebbe sembrare, anche in questo caso, un'inutile ripetizione ma è opportuno ribadirlo di fronte a certe ingiustificate remore o mal comprensioni di tali prassi. Contro la generale svalutazione delle cure palliative che appaiono spesso come il trattamento da mettere in atto quando “non c'è più niente da fare” viene ribadito una volta per tutte che “non sono un ripiego ma il meglio che la scienza e la medicina offrono in un particolare stadio di malattia” (n. 46).

Per continuare a dibattere.

Un documento così corposo, ovviamente, non solo non si pone come un testo definitivo e risolutivo (peraltro non è neanche un documento del Magistero) ma può contenere elementi che suscitano un ulteriore dibattito e approfondimento. Mi limito a segnalare quelli che, mio giudizio, sono i principali.

Innanzitutto vi è una distinzione che viene fatta (n.20) tra obbligazione di mezzi e di risultato affermando che la natura professionale della relazione clinica, dato che non sempre può guarire, si pone come obbligazione di mezzi non di risultato. In realtà, anche dal punto di vista medico-legale, questo è vero tranne che per la chirurgia plastica dove l'obbligazione professionale non riguarda solo il mezzo ma anche il risultato. Inoltre rimane totalmente fuori da questo binomio applicativo la “medicina dei desideri” che oggi fa parte a pieno titolo della Medicina. Ovviamente in un documento che tratta del fine-vita

questo non poteva trovare spazio ma, date le molte questioni cliniche che lo stesso pone, sarebbe interessante poterne trattare.

Nella terza parte, quella più propriamente pastorale vi è un'interessante disamina dei rapporti tra sacramenti e salute. Nel parlare del matrimonio viene detto che “per un cristiano sposato la morte del coniuge è anche la fine del proprio Sacramento del Matrimonio” (n.135). Detto così è un macigno, peraltro assai ammorbidito da quanto segue nel paragrafo cioè un invito ad accompagnare il vedovo o la vedova che non avrà più accanto a sé il coniuge. Si tratta di un delicato, e in qualche modo irrisolto, problema al quale Pio XII ha dedicato uno splendido discorso (16.09.57). Indubbiamente sul piano “giuridico” il matrimonio come contratto non sussiste più ma la dimensione sacramentale con la prospettiva escatologica che comporta non solo lo fa sussistere ma lo porta al definitivo compimento per uno dei coniugi. Ma, ovviamente questo ci conduce a una rivisitazione teologica del sacramento che il documento non poteva affrontare. Ma è indubbio merito aver sottolineato l'importanza dell'accompagnamento per il coniuge “superstite”.

Infine è il testo stesso a suggerire il prosieguo di questa riflessione laddove dice, aprendo la porta al futuro, “sono indispensabili nuove grammatiche della relazione terapeutica, all'altezza delle novità concrete in cui essa oggi si realizza” (n.32). Occorre, cioè, avere occhi e orecchi attenti alle dimensioni del cambiamento saper collocare il malato, la relazione terapeutica, gli approcci etici e il sapere teologico nelle coordinate dell'oggi che non era così ieri e non sarà così domani. La Chiesa, lo sappiamo, cammina nel tempo e nel tempo devono camminare le riflessioni che in essa vengono elaborate.



Da sempre a sostegno della qualità



La Vivenda Spa, rappresenta, un gruppo imprenditoriale leader in Italia nei servizi in Global Service che produce ogni anno oltre 37 milioni di pasti, pulisce e sanifica, più di 2 milioni di metri quadri di ospedali, case di cura e di riposo, scuole, università, bar e ristoranti.

SEDE LEGALE E AMMINISTRATIVA

00173 - ROMA
Via Francesco Antolisei, 25
Tel 06 72.99.61
Fax 06 72.99.62.01
info@vivendaspa.it

SEDI TERRITORIALI E OPERATIVE

70124 - BARI
Strada Torre Tresca, 18
Tel 080 50.43.211
Fax 080 56.12.322

95127 - CATANIA
Viale Alcide De Gasperi 173/C
Tel 095 2163.132
Fax 095 2163.374

20124 - MILANO
Via Adele Martignoni, 25
Tel 02 55.23.0710
Fax 02 56.80.41.02

53035 - SIENA
Strada delle Frigge, 5
Tel 0577 30.301
Fax 0577 30.30.30

64100 - TERAMO
Via Carducci, 46
Tel. e Fax 0861 24.85.51



UNA GENERAZIONE CHE SE NE VA

Si allunga inesorabilmente la lista delle vittime attribuite, a torto o a ragione, al covid -19. E sempre più elevato è il numero degli anziani che figurano tra le righe del penoso elenco quotidiano. Eravamo il Paese che poteva vantare il più alto indice di longevità dei suoi cittadini, ne andavamo fieri. Ma ora stiamo perdendo questo prezioso patrimonio.

Dire che stiamo perdendo una generazione è una espressione commovente, ma tuttavia non rende a mio avviso l'idea del Patrimonio umano che stiamo perdendo. Questi anziani che se ne vanno in silenzio e solitudine, non sono una generazione qualsiasi, ma sono la generazione della Repubblica, della Democrazia, della Costituzione, della ricostruzione, della creazione del benessere. E' la generazione che ha vissuto in prima linea gli anni di piombo; le donne di questa generazione sono coloro che hanno condotto le battaglie per l'emancipazione, che hanno garantito a tutte le loro figlie o nipoti, diritti che non erano mai stati sanciti. E' la generazione delle lotte sindacali, dei grandi dibattiti sui diritti e sui doveri. E' la generazione del libro di carta, quello fatto di pagine da sfogliare sul quale appuntare i propri pensieri; della penna, del diario, degli album fotografici. Già, quegli stessi album nei quali le fotografie a volte si staccano, ma che in realtà sono luoghi nei quali possiamo continuare ad incontrare la memoria dei volti, dei luoghi e delle nostre radici. E' la generazione del grande teatro, fatto di interpreti immensi, di emozioni condivise, di cultura tramandata; dei Musei, della grande Arte da vivere. E' la generazione dei fedeli e praticanti, ma anche di coloro che si sono battuti per affermare il valore della laicità dello stato e della vita. E' la generazione degli abbracci dati e spesso non ricevuti, degli affari siglati con una stretta di mano. E' la generazione degli orti

nei paesi e nelle città, luoghi in cui hanno cercato di tramandare un timido ma costante amore per la terra. E' la generazione delle nonne e dei nonni il cui impegno costante di cura dei nipoti ha permesso alle madri di sperimentare se stesse nel mondo del lavoro. E' la generazione delle favole, del dialetto, dei riti di condivisione familiare nei giorni di festa. E' la generazione di coloro che hanno spinto i propri figli a studiare, a laurearsi, ad impegnarsi nella vita per avere un ruolo dignitoso. Non si tratta soltanto di una generazione, ma di un incredibile patrimonio umano e sociale. Sono i nostri genitori, i nostri nonni, soprattutto sono i depositari di un modello sociale e culturale dentro al quale abbiamo vissuto sino adesso e che costituisce la nostra stessa identità. Impacciati forse nella modalità virtuale e veloce dell'oggi, ma a proprio agio dentro alla vita come dei guerrieri avvezzi alla lotta.

Eppure hanno nella dolcezza la loro forza più grande. Da mamma o papà possono forse aver commesso qualche errore, dovuto peraltro alla naturale inesperienza: genitori non si nasce...Ma da nonni i nostri anziani sembrano cambiare pelle. Non ci sono sacrifici o dolori della non più giovane età che impediscano di prendersi amorevolmente e teneramente cura dei nipotini che gli vengono affidati. Sorprendono per la loro vivacità ed anche per la loro vitalità nel gestire diavoletti che nelle loro mani si trasformano in docili agnellini. Bocca aperta, come il becco di un passerotto che attende l'imboccata dalla mamma, così sono rapiti dalle storie interpretate da attori consumati, capaci di trasmettere scorci di saggezza di vita imbevute di fantastiche avventure. Capaci anche di trasformarsi nei per-

sonaggi più amati dai loro piccoli ed imbastire ore e ore di gioco, senza tregua, quasi senza respiro. E certo non si fanno scorgere con il volto segnato dall'immane fatica, sempre pronti a ricominciare da capo. Che meraviglia per i nostri nonni vedersi correre incontro quei nanetti con le braccia aperte e con sul volto stampato un sorriso che profuma di amore, di amore vero. E quanta ricchezza questi impagabili canuti trasmettono alle generazioni che li soppiantano nel ciclo vitale dell'esistenza umana.

Ora li perdiamo senza averne coscienza. Non si parla qui di sentimenti: solo chi lo ha provato può capire cosa significhi perdere un papà, una mamma, un nonno. E oggi forse senza neppure poterli accompagnare o anche soltanto salutare, come è capitato in questi ultimi, se vogliamo drammatici mesi, comunque destabilizzanti. E non è ancora finita.

Custodiamoli con amore quelli che ci sono rimasti accanto. Difendiamoli con coraggio, con tenacia, a costo di qualche rinuncia, di qualche sacrificio. Ma non emarginandoli, costringendoli a rinchiudersi in casa – c'è stata anche una proposta in questo senso – chissà per quanto tempo. Difendiamoli nella loro fragilità tenendo un comportamento che va al di là dell'impegno civico, del rispetto delle disposizioni delle autorità, al di là di ogni sospetto di complotto. Difendiamoli con quella devozione che si sono silenziosamente conquistati senza nulla pretendere, con quell'amore che ci hanno trasmesso rinunciando a volte a sé stessi. Essi sono non solo il nostro passato, sono il nostro presente, sono il nostro futuro.

(f.e.)

ALSCO®

Linen and Uniform Rental Services

Veste il lavoro, firma l'igiene.

Igiene, protezione, sicurezza.



AMBIENTI
CONTROLLATI



ABITI PROFESSIONALI
E DPI



PRODOTTI
COMPLEMENTARI



BIANCHERIA E
DIVISE PER LA SANITÀ



IGIENE BAGNO



TAPPETI

www.alsco.it

Vestizione sterile certificata

Il servizio **ALSCO STERILIS** di noleggio, sterilizzazione e lavaggio di set chirurgici in Tessuto Tecnico Riutilizzabile garantisce barriera antimicrobica, basso impatto ambientale, azzeramento dei costi di smaltimento, personalizzazione dei set, flessibilità di gestione. I camici e i teli chirurgici sono **Dispositivi Medici di Classe I** e soddisfano la norma **UNI EN 13795**. Il servizio risolve inoltre le criticità igieniche legate alle divise e alla biancheria in corsia, secondo la normativa **UNI EN 14065**.



DA CURANTE A PAZIENTE, LA LOTTA AMARA AL CORONAVIRUS



di Lanfranco Luzi

Anticamente nel mondo greco-latino si diceva: *“Medice, cura te ipsum”*. Tuttavia questa espressione ebbe grande rilevanza quando venne inserita nelle Sacre Scritture. È infatti riportata nel Vangelo di Luca nel versetto 4,23. Nel corso dei secoli molte sono state le interpretazioni. Da quella inerente alla traduzione del testo: *“medico cura te stesso”* ad altre come, ad esempio, il monito a non giudicare le persone per volerle forzatamente correggere, o non dare giudizi affrettati perché la nostra visione esteriore talvolta è solo il riflesso di qualcosa che abbiamo dentro e ci fa correre il rischio di definire noi stessi piuttosto che gli altri. L'essere umano nel corso della propria esistenza non è sempre lo stesso, si evolve e si trasforma con l'esperienza del proprio vissuto. Può provare emozioni e sensazioni che cambiano lungo il flusso della vita. Spesso siamo

come il mare e il cielo, mutevoli e imprevedibili. Possiamo alternare momenti di euforia e di tristezza, di forza e di debolezza, di salute e di malattia. Così è stata la mia esperienza come uomo e come medico. Ho vissuto anni felici nel contesto delle piccole, ma importanti, sicurezze che questa professione può darti ma, soprattutto, nella consapevolezza di essere dalla parte privilegiata, al di qua della sponda di un letto da dove visitiamo, scrutiamo, per poi intervenire e curare.

Poi, si sa, basta poco per accorgerti che non è sempre così e che la vita può riservare sorprese sgradite e il male può materializzarsi in te nelle vesti di una malattia a volte grave e persino difficile da curare. Un male che può colpire anche le persone che hai nel cuore, senza rispetto per i tuoi desideri, senza sapere se i tuoi progetti e i tuoi sogni siano stati realizzati. Allora quella malattia può diventare un incubo, può scandire i ritmi della tua esistenza fino a sconvolgerla radicalmente.

Così ho conosciuto personalmente il Covid 19. Ne avrei fatto volentieri a meno... Tutti sappiamo che, ufficialmente, le prime diagnosi sono state fatte verso la fine di gennaio e i primi di

febbraio del 2020. Inizialmente l'impatto è stato tremendo. Un'infinità di decessi, i media che trasmettevano immagini mai viste: file di camion militari a trasportare centinaia e centinaia di bare. Io ho corso come sempre. Quando il paziente chiama il medico deve intervenire. Non avevo paura forse perché pensavo che io, medico, non venissi contagiato, forte della consapevolezza di muovermi indossando appositi strumenti come i dispositivi di protezione individuale. Le cose non sono andate proprio così.

Sono trascorsi mesi drammatici, ma non avrei mai immaginato quanto lo sarebbero presto divenuti anche per la mia famiglia. La domenica successiva al Natale, andai a fare la visita consueta ai miei anziani genitori. Mia madre disse di avere la febbre e di essere molto preoccupata per papà, anche lui febbricitante e insonne. Non persi tempo e chiamai immediatamente il loro medico curante, insieme al quale decidemmo di ricorrere al tampone molecolare per la ricerca del Sars Cov 2. Cominciai a pensare di essere stato proprio io ad averli contagiati mio malgrado, durante una delle mie frequenti visite. Il lunedì successivo due giovani dipendenti dell'Istituto Nazionale di Malattie Infettive, Lazzaro Spallanzani, si recarono in casa dei miei genitori, ultranovantenni e fragili, e li sottoposero al tampone. Io lo feci il giorno successivo. Poco prima che l'anno vecchio lasciasse il passo al nuovo 2021, ci giunse la notizia che temevo: eravamo tutti e tre positivi, contagiati dal virus.

L'ultimo giorno dell'anno lo abbiamo trascorso a letto. Febbre alta, dolori muscolari e fastidi in tutte le parti del corpo. Mio figlio ci riforniva di farmaci e bombole di ossigeno. Ero preoccupato e, di fatto, malato e "ricoverato" in casa dei miei. Medico e paziente al tempo stesso. Ci sono malattie che sembrano avere rispetto della persona che assalgono, come a vo-

ler concedere di concludere decorosamente la vita, di salutare gli amici e i parenti, le persone che ami, di riparare agli errori, se sono stati fatti, e di sistemare le cose... Il Covid 19 non si è comportato così. È stato feroce con tanti. Anche con papà: lo ha aggredito con violenza, senza dargli tregua. Il suo fisico da novantacinquenne era chiaramente assai fragile, gli organi vitali un po' compromessi, le difese immunitarie ridotte, come era logico che lo fossimo in un uomo della sua età. Ma era uomo all'antica, capace di non cedere al dolore, alla sofferenza. Apparteneva dalla generazione sopravvissuta al secondo conflitto mondiale, alla crisi che ne aveva fatto seguito. Nonostante ciò, in pochi giorni è stato annientato, la sua esistenza spazzata via, come foglie secche al soffio del vento.

Era il 2 gennaio 2021. Pochi giorni dopo, avrebbe celebrato il 67esimo anniversario di matrimonio. È morto nella sua casa – almeno questo - nel suo letto, mentre gli tenevo la mano, sconvolto dalla rabbia, oltrechè dal dolore, per l'impotenza della mia scienza medica, quella alla quale ho dedicato tutta la vita per salvare quella di altri ed ora inutile per salvare quella di mio padre. Un fremito, un lieve, impercettibile sorriso e mi ha lasciato solo col mio dolore.

Ancora oggi, nel momento in cui, attraverso la penna, condivido questa mia triste esperienza, di lui, o meglio di ciò che resta di quell'uomo gagliardo che ho tanto amato, non sappiamo nulla. Qualcuno mi ha detto che è in lista d'attesa perché il suo corpo sia cremato. C'è un turno da rispettare... Poi ci restituiranno le sue ceneri.

La mamma sta meglio. Io sono stato a lungo positivo non solo al tampone molecolare, ma anche all'amarezza e al dolore, sentimenti che ancora mi porto dentro e che stanno condizionando questo nuovo anno. Effettivamente la rabbia

S A N I T À A R I S

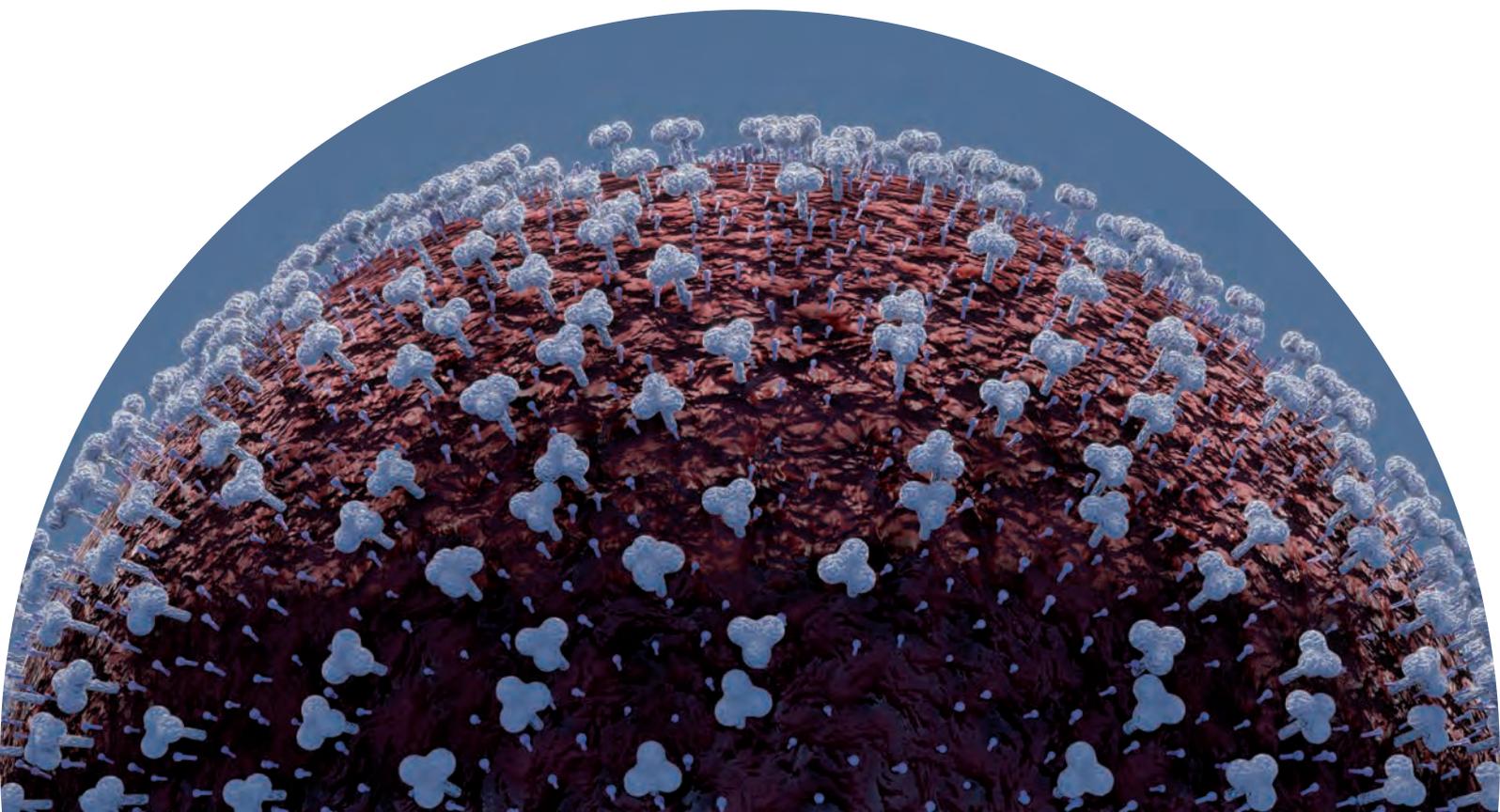
non è passata e vorrei sfogarla contro qualcuno. Ma contro chi?

Non so se ci sono state carenze, ritardi nella comunicazione. Se potevano essere messe in atto iniziative per limitarne la tragicità. Per impedire che, nel nostro Paese, ci fossero più di ottantamila morti, tra cui trecento medici che, eroicamente, hanno perso la vita nell'esercizio della professione.

Se è vero - come denunciato da alcuni media - che i vertici delle Istituzioni Pubbliche, e persino dell'OMS, sapevano del pericolo imminente ma hanno deciso di temporeggiare, di non intervenire decisamente con provvedimenti necessari a prevenire, a tutelare la sicurezza delle persone, ci troviamo davanti ad un fatto di estrema gravità. Non spetta a me giudicare e condannare, per questo ci sono le Procure della Repubblica che svolgeranno il loro compito. Ma non posso negare che la rabbia ancora cresce e l'amarezza mi tormenta.

Mi sforzo di non cedere, cercando in me stesso la

forza per andare avanti, come tante persone, in questo oceano di dolore, stanno tentando di fare in tutto il mondo. "Per ogni cosa c'è il suo momento" - narrano le Sacre Scritture - "un tempo per nascere e uno per morire... un tempo per demolire e un tempo per costruire... un tempo per piangere e un tempo per ridere... un tempo per abbracciare...". Oggi è il tempo di soffrire, di astenersi dagli abbracci, da quel calore umano che ti conforta e ti consola. Credo tuttavia che la sofferenza possa far crescere e consentirci di attingere a quelle risorse e a quei valori che sono fondamentali e vitali per ogni essere umano. La capacità di adattamento, peculiare in ognuno di noi, ci permetterà di tornare ad essere ottimisti e fiduciosi. Ci consentirà di riprendere a vivere nella consapevolezza che nella vita tutto possa accadere in un attimo. La speranza sarà il nostro motore per ripartire, quella speranza che sa di imprevedibile e meraviglioso e che continua a farci credere che, come un miracolo, qualcosa di positivo possa sempre accadere.





I BAMBINI E LA PANDEMIA



di Milena Lo Giudice

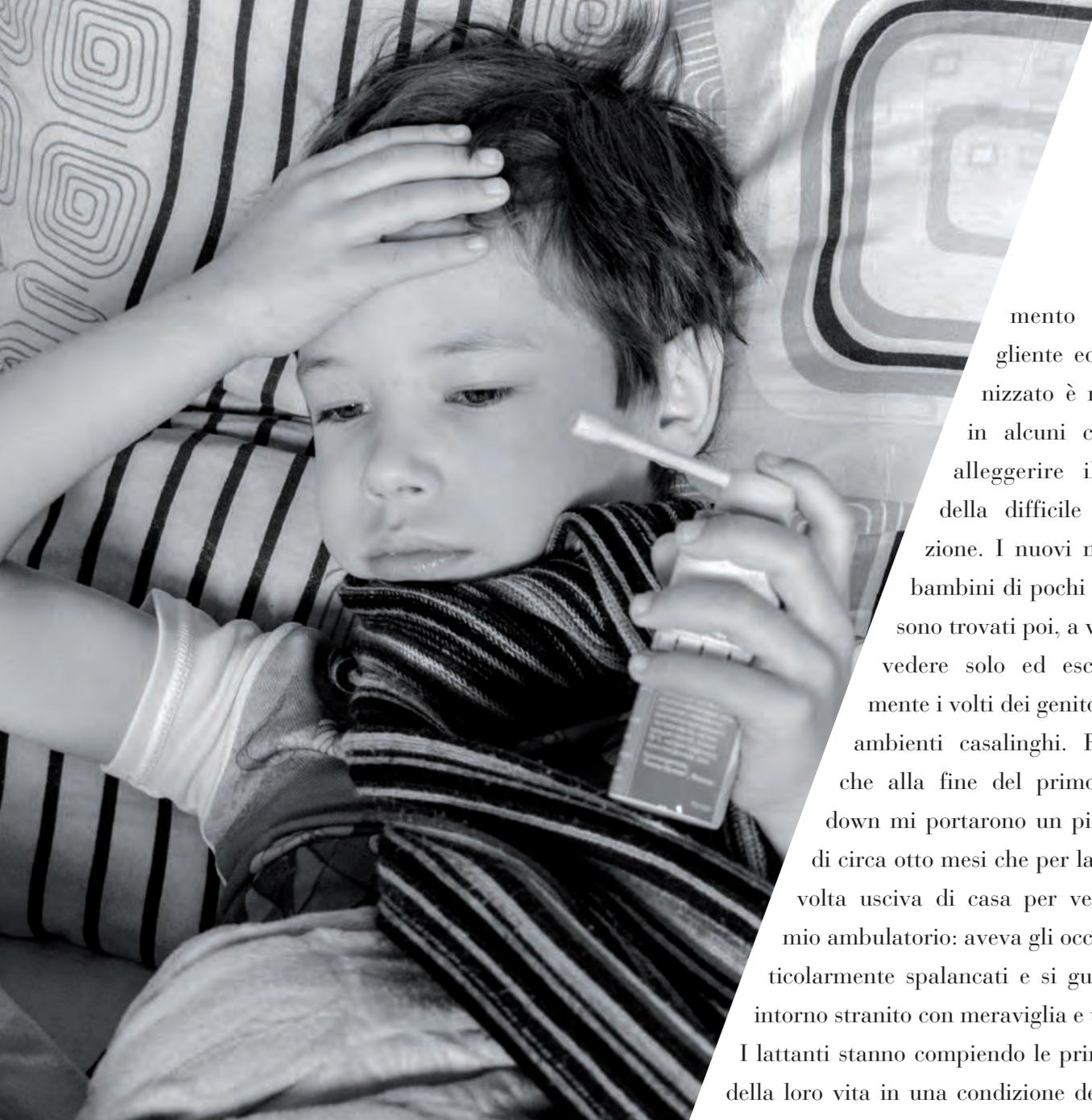
Il momento storico che stiamo vivendo, caratterizzato da restrizioni, paura per la salute e per il futuro economico, lascerà sicuramente un segno profondo nella vita di tutti noi, ma le ripercussioni saranno più gravi e più importanti per il mondo dell'infanzia. Quasi improvvisamente ci siamo trovati a dovere cambiare radicalmente tutto il nostro quotidiano, il distanziamento, la mancanza di contatto fisico, niente feste, niente cinema, niente ristoranti né aperitivi, e soprattutto niente scuola in alcuni casi ed in altri scuola "in sicurezza" con misure restrittive poco comprensibili e accettabili per i più piccoli.

Penso sia opportuno soffermarsi su quanto la situazione pandemica possa influire negativamente in età pediatrica, facendo, tra l'altro, un distinguo nelle diverse fasi dell'età evolutive, partendo dalla nascita fino alla preadolescenza. Schematicamente potremmo prendere in esame le seguenti quattro fasce

- Dalla nascita ai due anni, così detta età dei *toddler*.
- 3-5 anni età prescolare.
- 6-10 anni età scolare.
- >10 età preadolescenziale.

Dalla nascita ai due anni, così detta età dei *toddler*.

Il parto in epoca pandemica, in moltissimi casi, avviene in solitudine per le mam-



mento accogliente ed umanizzato è riuscito in alcuni casi ad alleggerire il peso della difficile condizione. I nuovi nati e i bambini di pochi mesi si sono trovati poi, a vivere e vedere solo ed esclusivamente i volti dei genitori e gli ambienti casalinghi. Ricordo che alla fine del primo lockdown mi portarono un piccolino di circa otto mesi che per la prima volta usciva di casa per venire al mio ambulatorio: aveva gli occhi particolarmente spalancati e si guardava intorno stranito con meraviglia e timore. I lattanti stanno compiendo le prime fasi della loro vita in una condizione del tutto anomala, anche i primi atti che imparano lo

sono: una mia piccola paziente di 11 mesi, oltre a compiere i primi gesti che comunemente si insegna ad eseguire ai bambini (fai ciao, batti le manine) alla richiesta "igienizzati" cominciava a strofinarsi le manine come per stendere meglio il gel disinfettante.

me che quasi sempre durante il ricovero si trovano completamente isolate dal punto di vista affettivo, niente partner né altre figure familiari durante l'espletamento del parto e nelle ore seguenti. Molte madri mi hanno riferito di un loro profondo vissuto di solitudine in questo delicatissimo frangente, i sentimenti di tristezza si sono accompagnati a difficoltà pratico-organizzative. In queste situazioni ha fatto la differenza la disponibilità di tutto il personale infermieristico-assistenziale: un atteggiamento

sono: una mia piccola paziente di 11 mesi, oltre a compiere i primi gesti che comunemente si insegna ad eseguire ai bambini (fai ciao, batti le manine) alla richiesta "igienizzati" cominciava a strofinarsi le manine come per stendere meglio il gel disinfettante.

Età prescolare

E' questo il periodo della vita in cui comincia a svilupparsi ed organizzarsi la socialità. I bambini cominciano a relazionarsi con i coeta-

nei, a comprendere di dovere dividere i propri spazi ed a condividere gli oggetti. L'essere privati delle attività comunitarie che la scuola dell'infanzia rappresenta significa privarli di un tempo di crescita da dovere recuperare. Le raccomandazioni dei genitori sui comportamenti sicuri da dovere adottare trasmettono poi ai piccoli una sorta di paura cosmica, alcuni di loro si allontanano spaventati davanti ad estranei, grandi e piccoli che siano, con grande timore.

Età scolare

Il disagio principale percepito in questa fascia di età parrebbe la perdita didattica e di tutti gli apprendimenti previsti nei percorsi scolastici. In realtà questo rappresenta la minima parte del potenziale rischio cui vanno incontro questi bambini. Mancano sì le tappe di apprendimento, soprattutto per i piccoli delle prime classi delle elementari, ma mancano soprattutto i contatti fisici e relazionali, la vicinanza con il compagno, le confidenze all'orecchio, le spinte, gli abbracci. Per non parlare di tutta l'attività extra-scolastica: le feste di compleanno, il cinema, la pizzeria ecc. Il rimanere a casa, sempre a casa, certamente non potrà aiutare ad ampliare gli orizzonti e la crescita esperienziale fondamentale negli anni della formazione e della definizione del sé. Sono venute meno anche le attività sportive dalle ludico-motorie a quelle sportive vere e proprie, con danni sullo sviluppo auxologico muscolo-sche-

lettrico, sulla formazione dello spirito di squadra, sulle possibili passioni agonistiche che avremmo potuto vedere sorgere. Per non parlare dei bambini già avviati alla danza, al canto, alla recitazione o alla musica. Tante faccine tristi mi hanno detto "per ora non si può".

Preadolescenza

Tutte le problematiche fin qui elencate si presentano in questa fascia di età fortemente amplificate e complicate dalle tutte le componenti che il periodo adolescenziale comporta. I ragazzi si sono trovati costretti a modificare profondamente tutte le loro abitudini di vita,. Per qualche tempo sono stati contenti: niente scuola, mica male. Per poi rendersi conto di quale prezzo erano costretti a pagare. In un periodo della vita in cui la costruzione del sé necessita della vita di gruppo e di confronto, di colpo questi ragazzi si sono trovati a trascorrere le loro giornate davanti a uno schermo per la didattica e per qualunque forma di relazione extra-familiare.

Essere pediatra durante la Pandemia

Tutte le anomale condizioni di vita dei bambini sopraelencate non potevano non riflettersi sul loro stato di salute psicofisica. Intanto lo stato depressivo serpeggiante a vari livelli fra i genitori, aggravato in alcuni casi dalla perdita di persone care, certamente influisce sul senso di insicurezza e di paura dei bambini, molte volte non hanno ben chiara la reale portata del

fenomeno ma vivono un paura generica, ingigantita dai fantasmi che la fantasia dei bambini sa creare. Ho visto piangere bambini disperati in caso di comparsa di febbre o alla sola idea di dovere fare un tampone diagnostico.

Il *lockdown*, tra l'altro, comporta due grandi fattori di rischio:

Il primo è legato alla sedentarietà ed all'aumentato introito di cibo. Quasi tutti i bambini hanno aumentato il loro BMI (indice di massa corporea) di almeno un punto peggiorando la percentuale di bambini con sovrappeso-obesità che già affligge il nostro paese. Dovremo quindi ricorrere a correttivi nutrizionali ed a contrastare la mancanza di movimento prima possibile, prediligendo frutta e verdura all'eccessivo apporto di carboidrati (siamo tutti diventati esperti nel preparare pizze, pane e torte casalinghe) e consigliando ai genitori di approfittare di tutte le occasioni per facilitare l'attività fisica: corsette, anche intorno al palazzo, passeggiate, scale sempre a piedi, bicicletta ecc.

Il secondo, più grave e più pervasivo, è l'eccessivo uso degli strumenti di comunicazione telematici: dalla didattica a distanza a qualunque altra forma di relazione al di fuori della famiglia. Tutto questo rischia di generare un pericoloso circolo vizioso in cui gli adolescenti possono diventare dipendenti dal loro smartphone e da tutte le possibilità che esso può fornire, dal video-gioco alla relazione "amorosa". E' in espansione il fenomeno *hikikomori*. "Hikiko-

mori" è un termine giapponese che significa letteralmente "stare in disparte" e viene utilizzato in gergo per riferirsi a chi decide di ritirarsi dalla vita sociale per lunghi periodi (da alcuni mesi fino a diversi anni), rinchiodandosi nella propria abitazione, senza aver nessun tipo di contatto diretto con il mondo esterno, talvolta nemmeno con i propri genitori. E' evidente come tale condizione innaturale possa sfociare in vere e proprie psicosi con gravi depressioni, potenziali generatrici di fenomeni suicidari. Le statistiche, purtroppo, ci confermano un aumentato numero di tentati suicidi e suicidi veri e propri.

Allo stato attuale della pandemia davanti ad una curva dei contagi che inizia faticosamente a scendere la popolazione pediatrica presenta delle caratteristiche del tutto anomale. Sto scrivendo l'articolo a fine gennaio e ad ora non si sono verificati casi di influenza stagionale (gli altri anni eravamo già in piena epidemia), le mascherine e gli scarsi contatti sociali limitano non solo la circolazione del Sars-Cov19 ma di tutti gli altri virus endemici nella nostra popolazione, con il risultato che i bambini, definiti "mocciosi" per ovvie ragioni, non presentano tosse, raffreddore e sindromi gastroenteriche se non in casi sporadici. Di contro molti piccoli pazienti presentano manifestazioni psicosomatiche di vario genere. Sono presenti disturbi a carico dell'apparato digerente: nausea e dolori gastrointestinali non meglio definiti. Questi "mal di pancia" non si presentano mai

durante il sonno e, in linea di massima, scompaiono se il bambino è distratto. Sono in forte aumento anche le cefalee, possono essere legate ad astenopia (stanchezza visiva legata alle troppe ore di esposizione a video), ma spesso sono forme vaghe più o meno lievi che non si accompagnano a vomito e guariscono anche senza farmaci.

Alla luce di quanto detto, dobbiamo prendere coscienza che il mondo dell'infanzia sta subendo un grave colpo dal SARS-COV2 non tanto in termini di morbilità (i bambini affetti il più delle volte presentano sintomi lievi e le complicanze parrebbero essere estremamente rare) ma soprattutto in termini di qualità di vita.

Tutti i bambini hanno perso ormai un anno di esperienze, di incontri, di formazione, sono stati costretti in alcuni casi ad allontanarsi anche dai nonni. L'elenco sarebbe lunghissimo, tocca però a noi adulti cercare di apportare possibili correttivi, aiutando i piccoli a comprendere la situazione, responsabilizzandoli senza incutere terrore, coinvolgendoli, cercando di renderli consapevoli dei possibili rischi con "leggerezza", trasmettendo infine fiducia sulla fine certa della pandemia che ci permetterà di tornare a mostrare i nostri sorrisi non più nascosti dalle mascherine.





A colloquio con Vito Del Monte direttore del reparto di ANESTESIA del Miulli

CURARE NON SEMPRE È GUARIRE



di Michele Casella

Il 2020 verrà certamente ricordato come l'anno dell'imponderabile, un momento nella storia moderna in cui il sistema sanitario del pianeta ha dovuto affrontare una crisi assolutamente inattesa e fuori dall'ordinario. In una società perennemente alla ricerca della sublimazione e dell'edonismo quotidiano, che cerca costantemente di negare la caducità del corpo e la fragilità della vita, l'impatto della SARS-CoV-2 è stato a dir poco deflagrante. Questo non solo perché in pochi mesi ha creato un sovraccarico generale del sistema sanitario, ma anche perché ha costretto ogni individuo a vivere uno scenario distopico in cui i rapporti umani si distanziano, la socialità assume nuovi

connotati e il pericolo della malattia viaggia invisibile attraverso l'aria che si condivide coi propri cari. Ma soprattutto, ha costretto ciascuno di noi a ripensare al labile confine che ci separa dalla morte e al ruolo che dobbiamo interpretare per essere attori di un cambiamento positivo. In questo senso, il personale sanitario è senza dubbio quello più sollecitato da questa spaventosa crisi, non solo in termini di impegno professionale e sfinimento fisico, ma anche dal punto di vista prettamente etico. A porre sul tavolo – in maniera decisamente pratica – la pressione psicologica di questi mesi sono poi arrivate le linee guida in merito alle “Decisioni per le cure intensive in caso di sproporzione tra

necessità assistenziali e risorse disponibili in corso di pandemia di COVID-19". Il documento, pubblicato a metà gennaio 2021 dalla Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) e dalla Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA) mette in campo il tema della scelta di allocazione delle risorse, che purtroppo l'emergenza Covid ha posto come centrale, determinando in alcune regioni e in alcuni periodi situazioni di squilibrio fra domanda e offerta di assistenza.

Alla base di queste linee guida, i due enti hanno posto: i principi costituzionali (diritto alla tutela della salute e all'autodeterminazione, principio di uguaglianza, dovere di solidarietà), quelli deontologici e fondativi del SSN (universalità ed equità), l'etica clinica e il rispetto dei diritti e delle volontà della singola persona nonché l'etica della sanità pubblica. Ma il documento pone anche il tema della necessità, nel caso di completa saturazione delle risorse, dei criteri di priorità da utilizzare senza che venga meno l'esigenza di appropriatezza delle cure a causa della situazione straordinaria. Ed è proprio da qui che parte anche l'analisi di Fabrizio Celani, Direttore Sanitario dell'Ospedale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti (BA) e di Vito Delmonte, Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Anestesia e Rianimazione dello stesso nosocomio. «Gli anestesisti sono i medici della vita, ma anche della morte», spiega con trasporto Delmonte, «Il medico anestesista assiste il cittadino dalla nascita alla morte, dalla partoanal-

gesia agli interventi chirurgici, per arrivare alla cura all'interno degli hospice. Si tratta di una figura professionale che ha sempre a cuore la dignità dell'ammalato e che cerca di garantirgli la miglior assistenza. Si tratta di un medico particolare, una sorta di angelo custode con una predilezione straordinaria per il malato. Ma una precisazione fondamentale va assolutamente fatta: nonostante l'impegno profuso a causa della pandemia, la nostra operatività è rimasta inalterata, anche nei riguardi dei malati di Covid». Della stessa opinione è anche Celani, che precisa: «Quel che principalmente è cambiato è l'impatto della malattia nella popolazione, specialmente nelle famiglie. Queste non possono dialogare normalmente né con il malato né col medico a causa delle stringenti limitazioni dovute alla virilità della patologia. Il rapporto umano è stato completamente interrotto e non c'è neanche la possibilità di elaborare il distacco, il lutto. Tutto questo ha reso molto più dura questa crisi sanitaria, ma anche quando i posti in rianimazione sono pieni, di certo il paziente non viene fatto morire: egli viene spostato e viene modificato il modulo di cura, in maniera da renderla adatta alla singola persona».

Sembrano dunque fuori contesto gli allarmi sollevati negli ultimi mesi dai mezzi di informazione generalisti, che hanno fatto convergere i riflettori su possibili scelte "discrezionali" che i medici potrebbero compiere nei confronti dei malati, quasi all'emergenza e alla mancanza di posti dovesse corrispondere una



sentenza di vita o di morte in funzione dell'età o dell'ordine di arrivo in ospedale dei pazienti.

«Il modello di lavoro degli anestesisti e dei rianimatori è rimasto inalterato e nulla potrà cambiarlo», replica Delmonte. «Il nostro lavoro si fonda sulla evidence-based medicine, la medicina basata su prove di efficacia, che ci permette di valutare la cura migliore per ogni paziente. Il problema, semmai, è un altro e si chiama scienze informatiche e biotecnologie applicate sull'uomo. Queste stanno consegnando, per la prima volta nella storia dell'uomo, concrete ed inedite possibilità di interferire col naturale ciclo della vita e con la stessa natura umana. Questo tumultuoso sviluppo scientifico alimenta la "cieca speranza" di una vita non più regolabile sul modello biologico e ci si convince che è sempre possibile operare sul corpo umano in qualche modo. Siamo arrivati a una sorta di rimozione e negazione collettiva dell'idea della morte. Nella società moderna cerchiamo di cancellare tutte le testimonianze sociali relative alla mor-

te, come ad esempio il passaggio del funerale in città. Quella era una testimonianza che la morte è parte della vita, ce ne ricordava la finitezza. Questi messaggi

sembrano scomparsi, ci sentiamo immortali, il mito di Prometeo è quanto mai attuale. La cultura imperante vuole indurre i medici a compiere azioni anche su pazienti che non hanno nessuna possibilità di vivere e spesso si tratta di terapie inutili e costose, che servono solo ad allungare la sofferenza e a non dare dignità alla morte. Eppure l'evidenza medica, frutto di decenni di studi, ci fornisce indicatori per sapere che determinate cure non trovano alcun risultato in malati con profili particolarmente gravi. La domanda da porsi è: consideriamo etico il sottoporre tutti i pazienti a queste terapie estreme anche se in condizioni terminali? Oppure è etico destinare queste cure complesse, costose e limitate, solo a pazienti che davvero possono essere salvati? In piena pandemia Covid-19 riaffiorano nuovi e profondi interrogativi da tempo sopiti, in



campo filosofico, teologico, scientifico, culturale e politico sui temi scottanti dell'accanimento terapeutico, dell'appropriatezza delle cure, del fine vita. Di che vita morire? Interrogativi che interpellano tutti, dalle comunità scientifiche alla stessa professione del medico, dalle istituzioni all'intera opinione pubblica.»

Il problema, dunque, non verte affatto su una possibile autonomia decisionale da parte del medico nel curare o meno il paziente Covid, bensì nell'aver certezza che ciascun paziente possa beneficiare delle corrette cure mediche. «Il documento pubblicato da SIAARTI e SIMLA può suggerire ai meno esperti che ci possano essere scelte frutto di superficialità», spiega Celani, «qualcuno potrebbe addirittura pensare che alcuni pazienti deceduti per positività al Covid potessero essere salvati. Invece al primo posto ci sono sempre il valore della vita e la dignità della morte. Le cure palliative, ad esempio, sono adatte al singolo paziente e servono ad accompagnarlo correttamente

in una fase terminale della vita, il tutto sempre e costantemente nel rispetto delle disposizioni anticipate di trattamento».

Nasce dunque il tema della necessità di una consulenza anche di carattere etico, che aiuti a sviluppare un dialogo aperto e che coinvolga il legislatore per fornire riscontro ai quesiti medici più urgenti. Vito Delmonte porta un esempio chiarificatore: «Riguardo all'uso dell'Ecmo (ossigenazione extracorporea a membrana), le linee guida ci dicono che possono salvarsi solo alcuni pazienti sotto i 60 anni, a patto che non siano obesi e non abbiano comorbidità. Gli altri, purtroppo, non ricevono benefici da questa terapia. Le terapie esistono per tanti, ma purtroppo non possono aiutare tutti. Il lavoro di noi anestesisti e rianimatori è unico e delicato, nella stessa giornata possiamo passare dalla gioia di una nascita in sala parto al dolore nel vedere in faccia la morte. Il motto della nostra società scientifica, "Pro vita contra dolorem semper", ispira ed alimenta quotidianamente il nostro operato».



L'attività della Poliambulanza di Brescia

UN IMPEGNO CHE CONTINUA

Poliambulanza continua a mantenere il proprio impegno nella lotta al Covid19. In prima linea durante la prima fase di emergenza, l'ospedale bresciano persiste nella propria attività venendo in soccorso alle necessità del territorio in cui opera. Oltre al proseguo della presa in carico dei pazienti infettati dal coronavirus, che continua a monitorare anche dopo la guarigione, l'esecuzione di test e tamponi, e la formazione del personale sanitario, la struttura porta avanti la propria normale attività clinica e assistenziale, continuandosi a dotare di nuove apparecchiature all'avanguardia, e mantenendo come obiettivo primario la centralità del paziente, di cui si prende puntualmente cura, senza tralasciare la sfera umana.

La prima fase – Numeri importanti

Fondazione Poliambulanza ha espresso il massimo impegno per contrastare l'emergenza Covid-19, allocandosi da subito in prima linea. Un ruolo pubblicamente riconosciuto, non solo a livello locale ma anche nazionale. Si è distinta, infatti, come una delle strutture che nella prima ondata ha messo a disposizione il maggior numero di posti letto per i pazienti colpiti dal virus, ne ha curati oltre 2000 e ha quasi quadruplicato i posti letto della Terapia Intensiva. Nonostante il rilevantisimo impiego di energie profuso, ha continuato a svolgere un ruolo fondamentale nella cura delle patologie ad alta complessità ed è stata designata da Regione Lombardia Hub (centro di riferimento) in ambito cardiovascolare per la Lombardia

orientale.

La seconda fase – L'impegno sul territorio

Altrettanto importante si è dimostrato l'impegno di Poliambulanza durante la seconda ondata dell'emergenza. Oltre ai posti letto messi a disposizione per i pazienti Covid, l'ospedale si è attivato sul territorio, interagendo e collaborando con le altre strutture sanitarie. Sono state messe a disposizione dell'Ospedale Fiera di Bergamo alcune unità mediche e infermieristiche, mentre altri infermieri sono stati inviati al Centro di prevenzione Covid di Brescia in via Morelli.

Grazie al numero più contenuto di pazienti bresciani Covid ospitati in struttura nella seconda ondata, si è potuto accogliere pazienti provenienti dalle altre province lombarde, che hanno rappresentato circa il 60% del totale. Copiosa anche la profusione di impegno nel servizio tamponi e test sierologici, rivolto sia al singolo cittadino che alle aziende. Al contempo Poliambulanza ha continuato e sta continuando a fornire attività assistenziale e clinica come Hub per tutto l'ambito cardiovascolare.



L'attività formativa sul fronte emergenziale

Poliambulanza, per far fronte all'emergenza, si è inoltre attivata anche in ambito formativo. Sono stati predisposti corsi di sostegno psicologico per il personale interno e per gli esterni, e corsi di ecografia polmonare rivolti ai medici USCA (Unità Speciali Continuità Assistenziali). A metà giugno SFERA, l'alta scuola di formazione di Poliambulanza, è stata contattata da ATS Brescia per un progetto di formazione rivolto ai medici USCA per l'esecuzione di ecografie polmonari in caso di pazienti con infezione da Covid-19, sospetta o accertata. Sin da subito, è stata data la disponibilità e attivato il percorso formativo, di cui hanno usufruito circa 34 medici.

Ambulatorio per pazienti post Covid

Lo scorso maggio, Poliambulanza ha allestito un ambulatorio plurispecialistico rivolto ai pazienti che avevano superato l'infezione, volto a rivalutarne lo stato di salute, a distanza di 2 e 6 mesi dalla dimissione ospedaliera. L'obiettivo di questo nuovo servizio, accessibile attraverso Servizio Sanitario Nazionale (SSN), è di

seguire i pazienti nella fase post Covid, mediante il controllo delle condizioni fisiche (in particolare il recupero della funzionalità respiratoria) e degli aspetti neuropsicologici (ansietà, labilità emotiva, disturbi del sonno) e indirizzarli, qualora necessario, a percorsi idonei. Da un primo campione di analisi effettuate, è emerso che il 40% dei pazienti curati, conservava strascichi fisici o psicologici, anche dopo il superamento dell'infezione. Da qui si comprende l'importanza di un servizio di questo tipo che mira ad ampliare il concetto del "prendersi cura" anche dopo la convalescenza, in linea con la Vision di Poliambulanza.

Tecnologia d'avanguardia: un supporto prezioso

Il forte impegno innovativo profuso da Poliambulanza si è rivelato di grande ausilio durante la pandemia. Lo stato di assoluta emergenza ha determinato la necessità di approntare in tempi rapidi una nuova soluzione informatica, in grado di fornire tutte le informazioni utili in tempo reale e consentire così di prendere decisioni supportate da dati aggiornati e non basate su sensazioni. La soluzione adottata si è rivelata efficace nel supportare le funzioni di Operation Management e di Bed Ma-



nagement e ha permesso di vincere, recentemente, il Lean Health Award 2020. Inoltre, l'aumento considerevole del numero di posti letto in Terapia Intensiva ha richiesto il potenziamento dell'impianto per la erogazione dell'ossigeno (rete e serbatoi). Nella prima fase emergenziale sono

stati erogati oltre 10.800 litri di ossigeno liquido al giorno a fronte dei soli 560 litri ante pandemia. La forte spinta all'innovazione d'avanguardia, che ha connotato Poliambulanza negli ultimi anni, si è perciò senza dubbio rivelata proficua.

L'impegno di Poliambulanza per recuperare le attività sospese

Entro fine anno 2020, l'Istituto ospedaliero Poliambulanza è riuscito a recuperare il 100% degli interventi chirurgici che erano stati sospesi nella fase emergenziale. A livello ambulatoriale il recupero è stato più difficile, anche a causa del distanziamento sociale. Nella prima fase emergenziale della pandemia erano state sospese 30.000 attività ambulatoriali. Allungando gli orari lavorativi e aprendo alcuni slot anche il sabato, l'arretrato si è ridotto a fine estate del 10%: 3.000 risultavano le attività ambulatoriali da recuperare. Ad oggi in sospeso permangono solo 60 richieste.



**Tutti uniti
contro il virus**

L'intero personale di Poliambulanza ha agito con spirito di abnegazione per contrastare lo stato emergenziale. Accanto al ruolo centrale svolto dai medici e infermieri, sempre in prima linea, si è riscontrato un rilevante impegno di carattere gestionale, tecnologico e informatico.

La grande coesione interna ha permesso di raggiungere risultati importanti, conseguiti grazie al sostegno del territorio. In particolare #AiutiAMO Brescia, la raccolta fondi per gli ospedali bresciani, ha svolto un importante ruolo di coordinamento delle forze in campo, generando una liberalità diffusa. Grazie alle risorse rese disponibili, Poliambulanza ha potuto colmare la consistente perdita di produzione determinata dagli stop obbligati delle attività procrastinabili e restituire, così, al territorio la fiducia riposta, in termini di cura e attenzione alla persona.

L'attenzione alla persona

L'ispirazione cristiana di Fondazione Poliambulanza conferisce, nel percorso di cura, un'attenzione particolare alla sfera umana del paziente.

Lo testimonia una delle ultime iniziative attuate: i dipendenti dell'ospedale hanno donato in-

dumenti ai pazienti ricoverati per il periodo di degenza. Molti infatti erano sprovvisti di un cambio di vestiario, in quanto provenivano da fuori Regione.

**POLIS
Poliambulanza
Innovation Space:
un progetto concreto**

portato avanti

anche in corso

di pandemia.

Nonostante la pandemia, Poliambulanza non ha mai abbandonato il suo impegno nella progettazione di nuove modalità organizzative e nella implementazione di tecnologie all'avanguardia. Si è infatti recentemente dotata del robot Da Vinci Xi, l'ultima frontiera della chirurgia mini-invasiva, applicato in modo predominante e innovativo alla chirurgia generale complessa (pancreatica, epatica, rettale e gastroesofagea) oltre che alla chirurgia prostatica, ponendosi così sulla scia di centri di fama mondiale come il Mayo Clinic e Cleveland Clinic. Proseguono inoltre i lavori nell'ambito del progetto POLIS - Poliambulanza Innovation Space, il centro per la ricerca e la cura avanzata dei tumori (Clinical Cancer Center) e di altre patologie complesse, che punta a diventare Training Center per l'Europa.



L'emergenza stimola nuove strategie per il futuro

LA TELERIABILITAZIONE IN FONDAZIONE DON GNOCCHI

Se Maometto non va alla montagna... un detto quantomai attuale anche per la Fondazione Don Gnocchi che, in questi mesi di emergenza, ha attuato un apposito servizio di teleriabilitazione: se il paziente non può andare a fare riabilitazione nella struttura, sarà la struttura ad andare a casa del paziente.

Rappresenta una risposta importante a problematiche che in tempo di pandemia si sono acuite per il lockdown e la conseguente chiusura di svariati servizi, lasciando molti pazienti e le loro famiglie quasi abbandonati a sè stessi. Il personale della Don Gnocchi si è industriato per trovare delle soluzioni adeguate.

Già da alcuni anni la "Don Gnocchi" lavora a

progetti di riabilitazione a distanza, attraverso piattaforme tecnologiche di facile accesso, in grado di mettere in comunicazione diretta e in tempo reale il terapeuta in struttura e il paziente collegato da casa. L'esperienza con pazienti, per lo più ortopedici, ma anche con esiti di ictus o con patologie neurodegenerative, è sempre risultata gradita, di facile utilizzo e coinvolgente.

La pandemia e il lockdown hanno fatto da stimolo e acceleratore ai progetti, soprattutto per garantire la continuità terapeutica a quei pazienti costretti a sospendere i trattamenti riabilitativi, con il rischio di veder vanificati i risultati conseguiti nel tempo, e per supportare

concretamente quelle famiglie che improvvisamente si sono trovate a gestire sulle proprie spalle la disabilità di un loro congiunto, minore o adulto.

Di qui la modifica di alcuni setting di cura, andando virtualmente al domicilio del paziente, oltrepassando i muri dell'ospedale o della struttura riabilitativa, grazie al potenziamento della telemedicina, che permette la fornitura di servizi sanitari a distanza con strumenti digitali di uso comune (pc, tablet, smartphone).

«Lo sforzo maggiore - spiega Maria Chiara Carrozza, direttore scientifico della Fondazione Don Gnocchi - è stato prima di tutto quello di uniformare dal punto di vista tecnologico le diverse piattaforme su cui lavorare e allo stesso tempo raccogliere da parte di tutte le strutture di Fondazione i fabbisogni e le esigenze. Implementare in tempi rapidi un sistema uguale per tutti e scientificamente efficace significa dare continuità al lavoro riabilitativo, così da poter sviluppare tutto il settore della riabilitazione a distanza che resterà, anche dopo l'emergenza, una delle più importanti sfide future, soprattutto per i pazienti cronici».

Elemento chiave di questi modelli di teleriabilitazione è l'impiego di tecnologie per l'inclusione, il cui aspetto qualificante consiste nel contenuto innovativo e nella modalità della loro integrazione entro l'esperienza di cura. Utilizzando piattaforme adattate al contesto ("context aware") con dispositivi intelligenti integrati (sistemi avanzati di telemonitoraggio, sensoristica, strumenti professionali per la vi-

deo-chiamata con i clinici), si agisce gestendo in modo personalizzato la cura, il monitoraggio e l'engagement del paziente con la garanzia di elevati standard di sicurezza e privacy nel rispetto delle normative vigenti.

Se la tecnologia consente di andare oltre le barriere fisiche in modo da avvicinare il paziente al terapeuta, fondamentale resta la motivazione non solo del paziente ma anche del caregiver in termini di empowerment emotivo e di resilienza rispetto agli obiettivi di cura.

«La sfida è quella di una nuova cultura della cura - aggiunge Francesca Baglio, medico neurologo dell'IRCCS "Don Gnocchi" di Milano e responsabile di alcuni progetti di teleriabilitazione -. Non è, di per sé, il disporre di strumenti o dispositivi anche sofisticati o innovativi (per esempio, un tablet sensorizzato con app per la riabilitazione), ma il modo, cioè i modelli mentali che abbiamo e condividiamo in merito al loro impiego».

In questa cornice si inserisce l'impegno della Fondazione Don Gnocchi nelle esperienze di ricerca e clinica di introduzione e validazione partecipativa di sistemi di teleriabilitazione, come ad esempio i progetti SIDERA[^]B (Sistema Integrato DomiciliarE di Riabilitazione Assistita orientato al Benessere), o SMART&Touch-ID (www.smart-touch-id.com) supportati da Regione Lombardia nell'ambito del Programma Operativo Regionale del Fondo Europeo per lo Sviluppo Regionale 2014-2020 (Asse I - Ricerca, sviluppo tecnologico e innovazione), in collaborazione con

qualificati partner di ricerca e industriali.

Progetti rivolti in modo particolare a pazienti cronici con disabilità di tipo cognitivo e/o motorio, con importanti limitazioni nelle attività di vita quotidiana e che necessitano di assistenza e cure continue, ma anche a pazienti che necessitano di riabilitazione cardiologica o respiratoria.

Esperienze il cui obiettivo è quello di potenziare le abilità funzionali, cognitive e motorie dei pazienti, per una migliore qualità di vita e per il benessere globale della persona e del suo contesto familiare, con una costante attenzione ai requisiti di innovazione e sostenibilità di concerto con industrie, organismi di ricerca e pubbliche amministrazioni.

Non solo gli adulti fragili, ma anche i bambini con disabilità gravi, hanno sofferto dell'isolamento provocato dalla pandemia. Un recente studio coordinato da Università Statale di Milano, in collaborazione con Fondazione Don Gnocchi, Ospedale Buzzi e Università Milano Bicocca, pubblicato su Disability and Health



Journal ha valutato gli effetti del lockdown su un campione di 514 minori: nessuno di loro si è ammalato di Covid-19 mentre l'accesso alle cure e la riabilitazione sono proseguiti a distanza nel 50% dei casi. Se si considera che prima della pandemia la modalità telematica era minima, emerge lo sforzo notevole per superare l'isolamento e

garantire una presa in carico più ampia.

«Allo scoppio della pandemia abbiamo dovuto chiudere i nostri servizi diurni e ambulatoriali - ricorda Ivana Olivieri, medico dell'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'IRCCS "Don Gnocchi" di Milano -. I circa 500 bambini che stavamo seguendo si sono trovati senza assistenza e senza cure.

Tutti, terapisti, logopedisti, educatori, psicomotricisti, psicologi e medici, si sono messi in gioco con grande professionalità, generosità e creatività per non far mancare alle famiglie tutto il supporto possibile. Il punto di partenza è stato trasferire per quanto possibile a casa le attività svolte in struttura, utilizzando le applicazioni più comuni, sensibilizzando e coinvolgendo i genitori».

Mesi impegnativi, che hanno permesso di condividere con i vari Centri di Fondazione idee, strumenti, metodi e conoscenze. E anche un forte senso di responsabilità verso i piccoli utenti e le loro famiglie, con sedute di terapia svolte anche durante i fine settimana, o negli orari più disparati, da casa degli operatori, cercando di ricreare un setting il più professionale e terapeutico possibile. Alcuni bambini sono stati seguiti anche durante l'estate, mentre erano in vacanza.

«Coordinate le attività – prosegue la dottoressa Olivieri – abbiamo pensato a trasferire il tutto su una piattaforma tecnologica condivisa, così siamo passati a TelbiosConnect – utilizzata anche per la teleriabilitazione con gli adulti – appositamente ideata per la telemedicina.

Abbiamo pensato di valutare il lavoro a distanza e, con grande soddisfazione, abbiamo registrato un alto tasso di gradimento da parte dei genitori».

La piattaforma fa anche da supporto tecnologico in un altro progetto di teleriabilitazione, attivato di recente e destinato ai minori con disabilità,

realizzato grazie al Fondo di Beneficenza di Intesa Sanpaolo al Polo specialistico riabilitativo di Tricarico (Matera) della Fondazione Don Gnocchi: 25 piccoli pazienti e le loro famiglie hanno integrato il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), che già comprende servizi di logopedia e psicomotricità, con interventi a distanza di parent training e parent coaching, condotti da una psicologa e destinati ai genitori e laboratori ludici per i bambini, curati da un educatore specializzato.

I bambini, valutati in base alla diagnosi clinica e al loro livello comunicativo e relazionale, sono stati dotati di un tablet per favorire la comunicazione con gli operatori, nel quale sono stati caricati appositi software per i laboratori

che prevedono attività manipolative, di ascolto e giochi di ruolo. I genitori, invece, ricevono un supporto di carattere psicologico per gestire al meglio la disabilità del figlio, anche relativamente al contesto scolastico e offrire loro una migliore capacità di relazione e risoluzione delle difficoltà.





Associazione “Casa Rosetta”

UN’ORGANIZZAZIONE IN MODALITÀ “IBRIDA”

Il senso diffuso dell’illusione di una normale ripresa post-*lockdown* nei mesi estivi - nonostante le non poche difficoltà e il senso di frustrazione largamente diffuso per l’inquietudine dei repentini cambi di scenario dettati da questa emergenza senza eguali - ha sicuramente generato anche propositività e rinnovata energia nelle attività programmate per i mesi invernali. La Fase 2 si è manifestata inizialmente come necessità di cambiamento, di modifica. Come ripremere il tasto “Play” di un vecchio stereo dopo la negatività e l’incertezza dello scorso Febbraio-Maggio. La pandemia ci ha costretti a vivere all’interno di un tempo e uno spazio le cui organizzazioni e strutturazioni sono ben diverse da quella a cui tutti noi eravamo abituati, e lo spettro di una nuova on-

data pandemica è arrivato proprio nel momento in cui ancora non si era perfettamente consolidata questa nuova concezione spazio-temporale. Il lavoro all’interno di Casa Rosetta, è stato, generalmente, riformulato in modalità “ibrida” vedendo affiancare alle consuete attività in presenza le nuove modalità in remoto. Casa Rosetta e le sue strutture non smettono, e in effetti non hanno mai smesso, di operare e di dare un rassicurante segno della loro presenza sul territorio di Caltanissetta, Partinico, Ragusa e Roma. Ne sono l’esempio le attività svolte in pieno *lockdown*, atteso che, nonostante la chiusura dei Centri di riabilitazione di Caltanissetta, Mussomeli, Riesi e Mazzarino, non si è mai interrotta la comunicazione e la relazione tra il personale della riabilitazione e

i pazienti che, abitualmente, frequentavano più volte la settimana gli ambulatori. Non è mai mancato il sostegno ai genitori dei bambini, ai quali sono stati forniti suggerimenti per continuare da casa le attività possibili, riadattate a seconda delle necessità, come percorsi motori, giochi strutturati, attività finalizzate all'autonomia personale, secondo le indicazioni dell'équipe. Attività videoregistrate e poi inviate per essere supervisionate in équipe o anche solo condivise.

Maggio e Giugno hanno visto la graduale riapertura del settore riabilitativo di Casa Rosetta, *in primis* dei Centri di Riabilitazione, nel servizio extramurale e nel Servizio domiciliare. La ripresa in presenza di tutti i servizi è stata nettamente anticipata da un sinergico lavoro di studio e aggiornamento sulle procedure per la prevenzione e la riduzione del rischio di contagio da Covid-19; è stato redatto un documento programmatico con Linee guida che ancora ad oggi vigono, e sono stati forniti i DPI ai lavoratori secondo quanto previsto dalle disposizioni in materia fornite da Governo nazionale e regionale.

I servizi ambulatoriali, domiciliari, di seminternato si sono così strutturati per il raggiungimento del 100% delle prestazioni convenzionate:

- 1) Ambulatoriale con 70% in presenza e 30% da remoto
- 2) Servizio Domiciliare con 70% in presenza e 30% da remoto
- 3) Seminternati: strutturazione di due turni per quello di Caltanissetta ed uno per quello di Mussomeli; sono stati garantiti i pasti e l'offerta riabilitativa globale in tutte le figure funzionando con una presenza di circa il 60% in presenza e 40% in remoto.

Oltre al servizio di fisioterapia, d'intesa sia con medici che con terapisti, è stata fornita assistenza sociale e psicologica. Già nel mese di Marzo nasceva, infatti, il servizio "*Chiamami se hai bisogno*", un servizio di consulenza telefonica avviato da Casa Rosetta e aperto a tutti, che si affiancava al lavoro di sostegno alle famiglie svolto, come già accennato precedentemente, dall'équipe dei Centri di Riabilitazione. Nel mese di dicembre in occasione della Giornata Internazionale delle Persone con Disabilità, caratterizzata quest'anno dall'impossibilità di organizzare, come da consuetudine, eventi in presenza, il Centro Diurno "Villa San Giuseppe" di Caltanissetta dell'associazione, su *input* del Presidente Giorgio De Cristoforo, ha realizzato, insieme ai suoi ospiti, un video, diffuso attraverso i diversi mezzi di comunicazione dell'associazione, incentrato sull'operato, le attività e i laboratori che ogni giorno vengono svolti all'interno dei nostri centri. Durante le festività natalizie, inoltre, gli utenti presenti del Centro "Mons. Spinnato" di Mussomeli, non solo sono stati messi in contatto periodico con gli assenti, ma come attività hanno creato, all'interno dei nostri laboratori, doni e pensiero-rini da consegnare a tutti coloro i quali non potevano per vari motivi venire nei centri, incrementando così il senso di appartenenza.

Non sono poi mancate le attività formative, che rappresentano uno dei pilastri fondanti di Casa Rosetta per la costruzione e l'accrescimento di competenze tecniche e di capacità relazionale e comunicative per attuare una relazione d'aiuto efficace, nel rispetto della persona e delle sue fragilità. Casa Rosetta ha realizzato infatti, partendo dal 4 dicembre, un progetto formativo sul comportamento adattivo e

le funzioni esecutive in soggetti con disabilità intellettiva. Il progetto, articolato in tre moduli, quaranta ore di formazione, con una parte d'aula virtuale e una parte di attività pratica con studio di casi clinici, prevede anche l'impiego di strumenti di valutazione funzionale, e mira alla formazione di novanta professionisti (interni ed esterni a Casa Rosetta) capaci di aiutare i disabili nel miglioramento delle prestazioni in situazioni che richiedono l'attivazione simultanea di vari processi cognitivi differenti.

È stato possibile, inoltre, realizzare alcuni significativi progetti formativi in assoluta sicurezza, nella certezza che la cura e il sostegno alle persone più fragili debba sempre essere garantita e protetta e che tuttavia è indispensabile continuare le attività di formazione, seppure in modalità virtuale, al fine di mantenere alta la qualità dei servizi. Ne sono una concreta dimostrazione l'adesione di Casa Rosetta al Servizio Civile Universale 2020-2021 e all'Avviso Pubblico n. 30/20219 "Formazione delle persone disabili, maggiormente vulnerabili e a rischio di discriminazione" per l'ambito dipendenze. Il primo organizzato in collaborazione con la F.I.C.T. (Federazione Italiana Comunità Terapeutiche) ed il coinvolgimento degli Enti di Accoglienza per la progettazione di tre interventi negli ambiti della disabilità, dipendenza patologica e minori. Il secondo, con il progetto "Con Forza e Umiltà", per lo svolgimento di due corsi di formazione per "Addetto al giardinaggio e ortofrutticoltura", della durata di 644 ore, da realizzarsi nelle sedi di Caltanissetta e Partinico.

Tra i più importanti eventi formativi tenuti quest'anno Casa Rosetta ricorda quelli sul

Parkinson e i parkinsonismi; sugli interventi assistiti con gli animali; sulla dipendenza da crack e sulle evidenze scientifiche ed efficacia nella rete dei servizi per le dipendenze patologiche.

Incessante il lavoro anche all'interno delle Comunità Terapeutiche di Casa Rosetta all'interno delle quali, durante il periodo della quarantena, sono stati implementati i servizi che si occupano di dipendenze patologiche attraverso lo sviluppo di attività laboratoriali e adesioni ad iniziative internazionali come la "Giornata Internazionale contro l'abuso e il traffico illecito di droga" tenutasi il 26 Giugno e la "Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne" il 25 novembre.

La ricerca di nuovi stimoli e nuove attività per coinvolgere maggiormente i residenti e gli ospiti delle strutture, ha visto impegnati a più livelli gli operatori, le operatrici e il personale di tutti i centri di "Casa Rosetta", non fanno infatti eccezione le Case Alloggio per persone con HIV/AIDS di Caltanissetta e Partinico, le Comunità Alloggio per persone con disabilità psichica di Caltanissetta e Mussomeli e le Comunità per minori di Ragusa e Roma dove maggiore attenzione e strutturazione di attività hanno permesso di creare sinergia e senso di unione anche e soprattutto all'interno di un contesto, quello della pandemia, che ha visto variare nettamente le definizioni stesse di spazi e tempi e ha minato la solidità.

Ad oggi Casa Rosetta aderisce prontamente alla campagna di vaccinazione Covid-19 e, grazie all'eccellente lavoro di prevenzione e controllo, non conta alcun caso di positività all'interno dei centri e delle strutture.



Papalini^{Spa}

Specialisti per servizi su misura nel mondo della SANITÀ



Pulizie e sanificazioni



Ristorazione



Lavanderia

PAPALINI Spa

Un modello organizzativo nuovo capace di unire la trentennale esperienza nei servizi alla **conoscenza diretta del mercato delle strutture sanitarie pubbliche e private**. Un'azienda che vuole *dirvi* e *darvi* qualcosa di più: **progetti specializzati** con una struttura competente, efficiente e qualificata, che garantisce **servizi specialistici d'eccellenza contenendone i costi**.



800 017 129

www.papalinispa.com





Al Villaggio Eugenio Litta

LA TERAPIA DELL'AMORE PER IL MALATO



di Agnese Pellegrini

Barbara (nome di fantasia) ha 13 anni, ma sembra più piccola. Ha occhi enormi, che ti fissano ma, forse, non ti guardano. I capelli scarmigliati, nonostante un'infermiera premurosa, accanto a lei, provi a domarli in una coda bassa. Ogni tanto urla un po' e allora, per calmarla, l'infermiera le ha gonfiato un guanto di lattice, che lei stringe tra le piccole mani, quasi per ancorarsi.

Nel banco davanti a lei, Marco (nome di fantasia) emette suoni gutturali, e sorride a tutti. Fabiana si dondola e scuote la testa, mossa da una danza che solo lei sente. E Francesco scorrazza tra le navate della cappella sulla sua se-

dia a rotelle mentre il chierichetto, in una pausa della liturgia, comunica col linguaggio dei segni a un suo compagno, nel primo banco.

Barbara, Marco, Fabiana e Francesco sono alcuni degli ospiti del Centro di riabilitazione Villaggio Eugenio Litta, a Grottaferrata, sulle colline vicino Roma, realizzato dalla contessa Valeria Rossi di Montelera in memoria del suo unico figlio, Eugenio Litta, deceduto nel 1948 in giovane età e in seguito affidato alla Provincia Romana dell'Ordine dei Chierici Regolari dei Ministri degli Infermi (Ordine Religioso dei Camilliani), che ancora oggi ne sono i proprie-



tari. Il Superiore della Comunità Camilliana del Villaggio, padre Albino Scalfino, è anche il tutore di alcuni bambini e ragazzi presenti. Il Centro, convenzionato con il sistema sanitario nazionale fin dal 1974, eroga servizio di riabilitazione territoriale (neuromotoria, psicofisica e sensoriale) in regime residenziale, semi-residenziale e non residenziale.

«Da noi, ogni persona viene accolta, ascoltata, aiutata a fare fronte alle difficoltà attraverso il suo accompagnamento», spiega padre Luigi Secchi, responsabile del Servizio di animazione pastorale. «Ai ragazzi cattolici, abbiamo garantito il servizio liturgico anche durante i mesi di pandemia, nel rispetto delle norme di prevenzione e distanziamento. E anche agli operatori

offriamo assistenza spirituale».

Operatori che non sono soltanto medici, ma anche infermieri, Oss, educatori... «Tutti sottoposti a uno stress importante», ri-

leva il dottor Fabio Stirpe, direttore sanitario del Centro. «Per questo, il nostro impegno è anche quello di contrastare il burn-out dei nostri dipendenti».

Il Villaggio Litta (il cui direttore generale è il dottor Michele Bellomo, presidente della sede regionale Aris del Lazio), appunto, permette diverse modalità di intervento. Il settore residenziale, in particolare, accoglie 45 ragazzi, soprattutto in età evolutiva, in regime di ricovero a tempo pieno. «Si tratta di pazienti con ritardo mentale e disturbi neurologici e psicopatologici», aggiunge il dottor Stirpe, «difficil-

mente gestibili in una famiglia. Ci occupiamo principalmente di bambini con disturbo dello spettro autistico, difficoltà di linguaggio e di comportamento, sindromi genetiche, stati di aggressività e ossessività...». A seguirli, una équipe

multidisciplinare composta da personale medico specialista (psichiatra, neuropsichiatra infantile, fisiatra), psicologo, educatori e terapisti della riabilitazione, assistenti sociali, logopedisti, terapisti occupazionali e neuropsicomotricisti. «Ci avvaliamo», sottolinea il direttore sanitario, «di terapie cognitive-comportamentali, che prevedono anche laboratori di teatro, musica, pittura... Ovviamente, in questo periodo di pandemia è tutto molto più complesso e tante iniziative sono limitate, ma cerchiamo comunque di offrire ai ragazzi una proposta formativa».

Invece, il settore semiresidenziale propone progetti di terapia riabilitativa per 85 ragazzi con



diagnosi di ritardo mentale, in collaborazione con le famiglie e con i referenti territoriali dell'Azienda sanitaria locale di appartenenza, per il recupero e la rieducazione funzionale o al mantenimento delle abilità acquisite. Infine,

nel settore ambulatoriale vengono erogati trattamenti in forma individuale e, in alcuni casi, anche con terapia di gruppo a 180 utenti, non soltanto minori. «Molti dei nostri ospiti», evidenzia il dottor Stirpe, «non hanno autonomia. Noi lavoriamo molto sul rapporto con le famiglie, attraverso un apposito servizio di assistenti sociali». Perché l'obiettivo è prendersi cura integralmente delle persone. «Certo», chiosa il direttore sanitario, «in molti casi non esiste possibilità di guarigione». Ma, come diceva san Camillo de' Lellis, patrono dei medici e fondatore di un moderno concetto di ospedale, se anche la patologia non può essere sanata, il malato può, sempre, essere curato.

Pulizia Sanificazione



Ristorazione



Facility Management



Certificazione EcoSystem.
Soluzioni sostenibili
per la gestione
delle attività quotidiane

Sanità Pubblica e Privata
Business & Industry
Pubblica Amministrazione
Forze Armate
Scuole e Università
Residenze per anziani



www.dussmann.it



photo credits:
Luigi Avantageggiato

UN DIRETTORE SANITARIO, COME UN GENERALE SUL CAMPO

(come la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS
ha fronteggiato la pandemia di COVID-19)



di Maria Rita Montebelli

Ci sono date scolpite nella memoria, come quella dell'11 settembre, che tutti associano a cosa stavano facendo in quel momento. E il dottor **Andrea Cambieri**, direttore sanitario della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, la mattina del 20 febbraio si trovava a Milano, in un'aula della Cattolica, per una riunione della *community di patient flow logistic*. “Al risveglio – ricorda il dottor Cambieri - leggendo i giornali avevo appreso del caso di Codogno. Una notizia in cronaca, niente più. Che mi ha messo però di pessimo umore, come per un brutto presentimento. E la sera, nelle mie tre ore di Freccia-rossa verso Roma, ho annotato una ventina di

punti da discutere il lunedì successivo in Fondazione; l'impressione era che ci stesse per arrivare addosso uno tsunami e che quindi avremmo dovuto subito metterci in protezione. Il 24 febbraio, abbiamo fatto una riunione al vertice e quel pomeriggio stesso abbiamo convocato la prima piccola unità di crisi nella sala riunione della direzione sanitaria, per iniziare a dare una serie di input. A cominciare dal pronto soccorso, che abbiamo diviso in due percorsi. Ci siamo preoccupati quindi di individuare dei reparti aggiuntivi a quelli delle malattie infettive, se i posti letto non fossero stati sufficienti. E poi della diagnostica, dei percorsi tempo-dipendenti, della sicurezza dei

*photo credits:
Luigi Avantageggiato*



lavoratori, della filiera della logistica dei DPI (mascherine, camici usa e getta, disinfettanti, ecc)”.

Una comunicazione di ‘guerra’

“Da quel giorno – ricorda il dottor Cambieri - abbiamo emanato centinaia di circolari. Le fila dell’unità di crisi si sono andate via via ingrossando, fino ad includere 70 persone, con le quali siamo in contatto costante su *whatsapp*, mentre le riunioni sono proseguite giornalmente, fine settimana compresi, fino a tutto maggio. La chat COVID è diventato un canale di comunicazione ‘seriale’, quasi ossessivo, attraverso il quale scambiarsi dati e documenti ad ogni ora del giorno e della notte. La stessa cosa è andata avanti in parallelo, tra l’assessore Alessio D’Amato e i direttori generali e sanitari del Lazio, con tutto il mondo della sanità della Regione dentro una chat. E in più la tele-conferenza quotidiana delle tredici con l’as-

sessore D’Amato. La comunicazione è stata un’arma fondamentale durante la pandemia, paragonabile alle linee di comunicazione du-

rante la guerra. Se non avessimo avuto questo canale di scambio continuo, non avremmo avuto una valida linea di difesa. E la Regione Lazio ha giocato bene la sua partita. La comunicazione puntuale dei dati epidemiologici ha permesso di adeguare tempestivamente e in maniera efficace la rete. Questo è servito per i letti, per i test, per la rete dei laboratori e, oggi, per i vaccini”.

Un’organizzazione stravolta

“Abbiamo da subito adattato il PEIMAF (Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso di Feriti) – spiega il dottor Cambieri - e il piano per le maxi emergenze, che avevamo messo a punto per Ebola”. Il PEIMAF serve a far fronte ad un’emergenza molto rapida, di grande in-

tensità (es. tanti feriti dopo un attacco terroristico) ma di breve durata. “Qui ci trovavamo in un'emergenza di durata indefinita – riflette Cambieri - e dovevamo occuparci della riserva di letti (*capacity/occupancy*), del creare percorsi, assicurare linee di rifornimento e avere medici e infermieri al fronte,

pronti anche a gestirne

l'avvicendamento (le

persone che si ammalano) e a

gestire le

competen-

ze”.

L'ospede-

dale è

passato

dalla

mattina

alla sera

da un mo-

dello tradi-

zionale ad un

modello per in-

tensità di cure, dove

internisti, infettivologi,

pneumologi e altri specialisti

lavorano insieme sotto un coordinato-

re, perché bisognava gestire un alto numero di pazienti, tra quelli in osservazione, quelli a media intensità e quelli ad alta intensità. Cambiamenti non banali, resi possibili dal senso dell'urgenza.

“Le nostre parole chiave – prosegue il dottor Cambieri – in quel periodo sono state ‘rapidi-

tà’ e ‘flessibilità’. La rapidità è fondamentale perché il virus si muove su una scala temporale esponenziale, mentre noi siamo abituati a ragionare su una scala lineare. Senza un piano di ‘escalation’, senza sapere cioè cosa si dovrà fare non adesso, ma tra 5 giorni, la battaglia è in partenza persa. E quando abbia-

mo capito che l'ondata

della pandemia sa-

rebbe stata vio-

lentissima, ab-

biamo deciso

di ampliare

il fronte,

con l'in-

tuizione

Colum-

bus”.

II

Columbus COVID

Hospital 2

La richiesta d'aiuto della Regione

Lazio è stata imme-

diatamente accolta dal pro-

fessor **Marco Elefanti**, direttore generale

di FPG che ha individuato la Columbus come soluzione ideale: un presidio autonomo,

isolato, a due passi dal Gemelli. Il progetto di

fattibilità, presentato alla Regione il 4 marzo

ha trovato subito accoglienza (è stato approva-

to il 6 marzo), facendo quindi scattare i lavori

di ristrutturazione del presidio, che hanno



consentito di mettere a disposizione 80 posti letto singoli (poi diventati un centinaio con il *cohorting*) e ben 59 posti letto di terapia intensiva entro la fine di marzo. Ma anche questo non è bastato. “Nella fase di picco – ricorda il dottor Cambieri - abbiamo raggiunto i 534 pazienti ricoverati per COVID, e anche il Policlinico Gemelli ha messo completamente a disposizione altri 15 reparti per accogliere i pazienti COVID. Durante la prima ondata abbiamo gestito il 30% di tutti i pazienti COVID della Regione Lazio. E nei momenti peggiori, oltre ai 59 pazienti in terapia intensiva alla Columbus, ne abbiamo avuto un'altra trentina in rianimazione qui al Gemelli. Nella seconda ondata, le cose sono state più tranquille perché nel frattempo la rete regionale si è allargata. Un bene, visto che i numeri dei pazienti COVID della seconda sono stati molto più alti della prima”.



Innovazione organizzativa

“Anche come Direzione Sanitaria – sottolinea Cambieri - abbiamo imparato a ragionare in maniera diversa, per processi, a gestire i flussi prevedendoli in anticipo e quindi modificando la capacità dei letti, i percorsi, le regole del

gioco. Uno dei punti cardinali, è

stato quello di mantenere

il Gemelli all'interno

delle reti tempo-

dipendenti

(siamo *hub*

in ambito

oncologi-

co, per i

traumi,

l'infarto

STEMI,

lo *stroke*,

la cardio-

chirurgia).

A l c u n i

grandi ospi-

dali del Lazio in

quei mesi hanno

ceduto le reti ad altri

ospedali, per concentrarsi sui

letti COVID. Noi abbiamo continuato

ad occuparci di tutti i pazienti, COVID e non.

Dopo la prima ondata, c'è stata la fase di riti-

rata del COVID durante l'estate e la Regione

ha via via alleggerito il numero di letti COVID

da mettere a disposizione. “A quel punto – ri-

corda Cambieri - ci siamo dovuti occupare di

un altro problema: quello del recupero delle

circa 60 mila visite ambulatoriali disdettate, adottando politiche di controllo all'ingresso, distanziamento negli ambulatori, rifacendo le agende ambulatoriali e contemporaneamente gestendo le nuove prenotazioni”.

Nel capitolo ‘innovazione’ trova posto anche il nuovo utilizzo della tecnologia, cioè la techno-assistenza attraverso i *wearable device*, finalmente ‘riconosciuta’ anche dal SSN: da qualche mese sono uscite le prime tariffe ambulatoriali SSN nel pubblico e le offerte nel privato. Quello del telemonitoraggio di tutte le patologie croniche è un mondo del tutto nuovo che la pandemia ha sdoganato dopo anni di titubanze.

“Anche il COVID hotel (nella prima fase quello del Marriott, il più grande del Lazio, con 160 posti a disposizione; nella seconda fase quello del Pineta Palace hotel) – ricorda Cambieri - è stata un'altra innovazione di processo, ‘clonabile’ alla stessa stregua della telemedicina. Stessa cosa per le riunioni in teleconferenza, anziché di persona”.

Una grande prova

di integrazione pubblico-privato

L'emergenza COVID ha sottoposto ad uno stress test l'integrazione pubblico-privato, superandolo a pieni voti, come ha più volte sottolineato anche il presidente della Regione Lazio, **Nicola Zingaretti**.

“Dal Policlinico Gemelli – ha affermato il Presidente Zingaretti nel corso di una visita al Gemelli alla fine del mese di Maggio - è arrivato un contributo fondamentale per cono-

scere e combattere questo virus, assolutamente nuovo e insidioso, che ha mutato le abitudini e la vita di tutti noi. Il sistema sanitario del Lazio, proprio grazie a eccellenze come questa, ha dato una prova di forza e ha retto l'urto di una pandemia che fino a poco tempo fa era inimmaginabile. Non ne siamo ancora usciti, ma sicuramente abbiamo le armi per continuare a combattere contro questo nemico invisibile.”

Vaccinazione

Il 27 dicembre è scattato il V-day e il personale del Gemelli ha aderito in massa alla campagna vaccinale. “Il nostro *story-telling* è ‘Io ho paura del COVID. Non del vaccino’. Mi voglio vaccinare perché voglio esserci, non voglio mancare un mese e non voglio contagiare gli altri. Abbiamo dunque costituito l'unità vaccinale, - ricorda il dottor Cambieri - un gruppo di medici e infermieri, coordinato dalla professoressa **Patrizia Laurenti**. Da febbraio abbiamo aperto al territorio, con le agende della Regione Lazio. Abbiamo superato il momento di crisi delle dosi Pfizer ‘mancanti’ grazie ad un sistema di simulazione, messo a punto con la Farmacia Ospedaliera, diretta dal dottor **Marcello Pani**, che ci fornisce con precisione e puntualmente il numero delle dosi a disposizione e delle possibilità future di agenda. Un'organizzazione fondamentale per assicurare la somministrazione della seconda dose vaccinale nei tempi corretti, anche se dovesse saltare una fornitura”.

Esperienza e innovazione al servizio dell'igiene professionale.

Selezioniamo i brand
più affidabili garantendo
competenza e proponendo
soluzioni sicure e sostenibili.





Fondazione Stella Maris

UNA RIVOLUZIONE ORGANIZZATIVA PER RISPONDERE ALLA PANDEMIA

Calambrone - Riorganizzazione degli spazi ma anche il ripensamento delle attività in termini di servizio erogato e orari, oltre all'allestimento delle più stringenti misure di sicurezza necessarie per la tutela della massima tutela salute dei pazienti, delle loro famiglie e degli operatori. Possiamo riassumere così l'impegno che l'IRCCS Fondazione Stella Maris ha dovuto far fronte dall'autunno 2020 ad oggi, senza alcun sostegno finanziario pubblico, per garantire la prosecuzione delle attività di ricovero, quelle di day hospital e le prestazioni ambulatoriali e di laboratorio, a una platea sempre più folta di pazienti provenienti da tutte le regioni d'Italia. Sul versante delle RSD invece, purtroppo, no-

nostante le ingenti misure di sicurezza, il Sars-CoV-2 ha fatto il suo ingresso tra gli ospiti e i dipendenti del Presidio di Riabilitazione di Montalto di Fauglia, richiedendo un impegno oltremisura per il personale, il cui impegno si è triplicato e l'amministrazione della Fondazione Stella Maris, che è riuscita a trovare sostituzioni così da garantire il proseguo dell'attività assistenziale nella struttura.

Dal lockdown

alla seconda ondata: un'emergenza

La Fondazione Stella Maris ha superato il primo lockdown, uscendone particolarmente provata. In quella prima fase va ricordato come



L'attività complessiva dell'Ospedale si è contratta ai minimi termini, di fatto l'attività realizzata è stata di circa il 15% dell'anno precedente. Nonostante

le imponenti misure di sicurezza, centinaia di famiglie hanno preferito rinunciare al ricovero o alla visita, soprattutto quelle non Toscane, provenienti dal resto d'Italia. Temevano di non poter uscire dai loro territori. Una situazione gravissima. Nel corso dell'estate la Fondazione e i suoi professionisti hanno ripreso il funzionamento di quei settori rimasti chiusi, in aderenza alle norme di sicurezza. Poi da fine settembre la nuova devastante ondata pandemica e l'arrivo delle regioni a colori.

Anche con la graduale apertura dei reparti, degli ambulatori e dei laboratori, l'attività della Fondazione Stella Maris non ha mai raggiunto i livelli dell'anno precedente. La pandemia ha infatti imposto una revisione complessiva di tutta l'organizzazione ospedaliera. Oltre al

mantenimento delle distanze di sicurezza, i tempi delle prestazioni ambulatoriali si sono riorganizzate per evitare contatti tra i pazienti e il loro unico accompagnatore. Inoltre le famiglie si sono

trovate ad abituarsi all'idea di sottoporsi al tampone nelle regioni di provenienza per i ricoveri e i day hospital.

Considerandola in termini economici va rimarcato come la sola riduzione dei ricoveri annui abbia registrato un ammanco di circa 2 milioni e mezzo di euro nel bilancio dell'ente. Questo a fronte delle maggiori spese occorse per dotare l'Istituto di tutti i dispositivi medici di protezione individuale, programmi di sanificazione continua e l'attivazione di misure anti-contagio come la tamponatura bisettimanale di tutti gli oltre 600 operatori e l'allestimento di controlli elettronici all'ingresso per la misurazione della febbre e la verifica della mascherina correttamente indossata per gli operatori e i fornitori.

Un ulteriore e gravoso impegno finanziario che la Fondazione ha sostenuto da sola. La Regione Toscana non ha previsto infatti alcuna copertura di questi sovracosti, e le rette dei ricoveri (DRG) non prevedono la loro remunerazione. Pur tra mille difficoltà economiche è stato deciso per un alto livello di controllo, proprio per evitare di ridurre le attività e nonostante la Toscana sia rimasta regione rossa per molte settimane.

La Fondazione Stella Mari ha fatto di tutto per evitare un secondo bravissimo lockdown e per continuare a garantire a tutti i bambini italiani la possibilità di ricoverarsi alla Stella Maris e a farlo nella massima sicurezza possibile.

La pandemia e i nostri pazienti:

lo studio scientifico

Anche nei mesi più bui la Fondazione Stella Maris non si è mai fermata. I professionisti hanno allestito una Linea Diretta aperta alle famiglie con bambini e ragazzi con disabilità fisiche e intellettive. E nel corso della primavera è stato avviato un questionario approfondito sull'impatto del lockdown sulla vita psicologica di 700 famiglie con minori dai 18 mesi ai 18 anni, con particolare riferimento al distanziamento sociale e alla percezione soggettiva di pericolo diffuso e anodino. Lo studio "Behavioral and emotional changes during COVID-19 lockdown in an Italian pediatric population with neurologic" è stato pubblicato sulla rivista internazionale *Brain Science*.

Dai questionari è uscita una messe di dati poi messa a confronto con il profilo comportamen-

tale ed emotivo precedente l'epidemia e sono stati messi in correlazione con variabili quali l'età, il raggruppamento diagnostico e le difficoltà finanziarie familiari intercorse in emergenza sanitaria.

I risultati hanno messo in luce un aumento di sintomatologia ansiosa e somatica nella sottopopolazione di bambini più piccoli (18 mesi- 5 anni) mentre un aumento di sintomi ossessivo-compulsivi, di stress post-traumatico e di sintomi di alterazione del pensiero, è stato individuato nella popolazione dei bambini di età compresa tra 6 e 18 anni.

E' emerso inoltre come un'età minore sia un fattore "protettivo" nella popolazione dei bambini prescolari, rivelando una migliore resilienza nei bambini più piccoli, mentre la comparsa di problematiche economiche familiari è risultato essere un fattore di rischio rispetto all'aumento di sintomi psicopatologici nei bambini di età compresa tra 6 e 18 anni. Sono ancora corso le analisi statistiche sullo stress genitoriale.

L'assistenza al tempo del Covid, una urgenza psichiatrica

Come emerso anche dai primi dati dello studio tra le famiglie la pandemia, ormai protratta per oltre un anno, sta producendo gravi effetti psicologici alla popolazione pediatrica con gravi disabilità intellettive. Se nel primo lockdown la popolazione adolescenziale con disturbi neuropsichiatrici è riuscita in qualche modo a farvi fronte, la seconda ondata pandemica ha inasprito a tal punto le problematiche da evocare la necessità di una riorganizzazione del Sistema

Sanitario Nazionale (SSN).

Da questo inverno infatti si assiste a un'im-pennata di casi di ragazzi e ragazze con gravissimi disturbi che necessitano

il ricovero in Ur-

genza psichiatrica. Il

disagio psicologico dovuto

all'isolamento sociale rischia di aggravare ulteriormente i servizi psichiatrici diffusi sul territorio imponendo una riflessione pubblica su quanto sta accadendo. La Fondazione Stella Maris è in prima linea anche su questo fronte, per cui sarà necessario che il SSN potenzi ulteriormente sia i servizi ospedalieri, sia quelli territoriali per far fronte a un disagio mentale in crescita continua.

RSD e Centri Diurni, un fronte caldo

La Fondazione Stella Maris gestisce due RSD con i relativi Centri Diurni: il Presidio di Riabilitazione di San Miniato e il Presidio di Riabilitazione di Montalto di Fauglia. Alternativamente il coronavirus ha fatto ingresso nelle due RSD rispettivamente nella primavera 2020 a San Miniato e a gennaio 2021 a Montalto.



Questo nonostante misure di sicurezza rigorose. In entrambi i casi gli ospiti positivi sono stati isolati dagli altri, allestendo in emergenza reparti dedicati.

Ma tra gli impegni gravosi, quello che ha richiesto un impegno conti-

nua è stata la ricerca di personale

per le sostituzioni del personale positivo o sintomatico che era a casa. Uno sforzo immane che ha evitato la chiusura di entrambi i Presidi che, grazie all'impegno del personale, è uscito bene da entrambe le emergenze. La pandemia è tuttora in corso. E la speranza è riposta nei vaccini a cui sono sottoposti sia gli operatori, sia gli ospiti delle nostre strutture.

Domani e già oggi

Se la pandemia ci ha dato una lezione è quella di non lasciare indietro gli ultimi. Già ora è urgente che il nuovo Governo e le Regioni ripensino ai bambini e ai ragazzi con malattie psichiatriche per dotare i centri che li assistono di quelle risorse umane e finanziarie all'altezza dell'immane compito che li attende.



Attività in pandemia tra cura e ricerca al Negrar

COME IN UNA LUNGA MARATONA

Una lunga maratona. Così viene vissuta dai sanitari in prima linea dell'Ircs Sacro Cuore Don Calabria di Negrar la cosiddetta seconda ondata dell'epidemia da Covid 19. Infatti se nella scorsa primavera l'andamento dei contagi, e quindi dei ricoveri, ha visto un picco tra marzo ed aprile per poi scendere bruscamente grazie al lockdown, nella seconda ondata l'aumento dei malati ospedalizzati si è mantenuto costante dagli ultimi giorni di agosto fino a Natale per poi calare sensibilmente. Nel momento in cui va in stampa questo articolo, l'ospedale di Negrar vede 19 ricoveri Covid di cui uno in terapia intensiva, ma sono stati ben 482 i ricoveri effettuati dal 24 settembre al 31 gennaio, che vanno a sommarsi ai 210 della

prima fase per un totale di 692. Gli accessi al Pronto Soccorso sono stati invece 677.

POSTI LETTO COVID

Anche in questa fase, come per la prima, l'apporto del "Sacro Cuore Don Calabria" alla gestione dell'emergenza in Veneto si è tradotto - in accordo con la Regione e l'Ulss di appartenenza - in un aumento dei posti letto Covid, fino a un totale di 94. L'ampliamento delle degenze di Malattie Infettive - che di norma sono 14 - e l'allestimento di postazioni di Terapia Intensiva Covid - che nei momenti di emergenza sono arrivate anche a 11 - ha richiesto una riorganizzazione dei reparti. In particolare, quelli di area medica hanno ridotto note-



volmente i posti letto non solo per creare nuovi spazi, ma anche per permettere l'impiego del personale in ambito Covid.

DIAGNOSTICA: TAMPONI MULTIPLEX

Sul fronte della diagnostica Covid, sono state molte le novità introdotte dopo la prima ondata della pandemia. L'Irccs di Negrar è stato tra i primi ospedali italiani ad adottare il tampone molecolare multiplex. Si tratta di una modalità diagnostica che ricerca contemporaneamente, con un unico tampone, non solo il virus SARS COV2, responsabile del Covid, ma anche quello dell'influenza A e B e del virus respiratorio sinciziale (RSV), causa nei bambini della bronchiolite e della polmonite. Una scelta adottata per ogni richiesta di tampone Covid, al fine di agevolare il clinico nella diagnosi differenziale di fronte ai medesimi sintomi con

cui si presenta il nuovo Coronavirus, l'influenza o l'RVS. Il tampone multiplex non comporta nessun costo aggiuntivo per il Servizio Sanitario Nazionale o per il paziente. Il referto viene consegnato con la medesima tempistica del tampone molecolare "semplice": entro 24/48 ore.

Oltre che per il tampone multiplex, il Laboratorio di Microbiologia del Dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali ha acquisito la tecnologia anche per il tampone molecolare "rapido" con referto dopo 70 minuti, riservato ai ricoveri di urgenza/emergenza. Dall'inizio della pandemia, il Laboratorio di Microbiologia ha processato circa 100mila tamponi, con una media di circa 500 al giorno, supportando così l'attività diagnostica degli ospedali del territorio e dell'Ulss di appartenenza.



L'AREA DRIVE IN

Proprio per rispondere alle numerose richieste, è stato creato un sistema on line (sul sito www.sacrocuore.it) di prenotazione dei tamponi grazie al quale l'utenza può scegliere il giorno e l'ora in base alla disponibilità. Inoltre a dicembre è stata allestita un'area drive in al piano terra del parcheggio coperto dell'ospedale per l'esecuzione dei tamponi multiplex e antigenici ("rapidi") riservato sia all'utenza esterna sia ai pazienti in vista del ricovero programmato. Contemporaneamente è rimasto aperto l'ambulatorio tamponi per la sorveglianza attiva del personale.

ATTIVITÀ DI RICERCA

Il "Sacro Cuore Don Calabria" nel 2018 è stato decretato Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) per le Malattie Infettive e Tropicali, quindi l'attività di assisten-

za Covid si è coniugata inevitabilmente con l'attività di ricerca.

Attualmente sono 38 gli studi Covid 19 approvati dai comitati etici di competenza. Alcuni di questi studi sono stati svolti all'interno di collaborazioni internazionali, altri sono ricerche spontanee promossi dallo stesso Irccs di Negrar in ambito italiano. Diciassette di essi hanno coinvolto i ricercatori del Dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali. Tra le pubblicazioni effettuate: lo studio per valutare l'efficacia della somministrazione precoce del Tocilizumab in pazienti affetti da polmonite da COVID-19 (*Jama Internal Medicine*); lo studio sull'accuratezza diagnostica dei test sierologici rapidi (*Diagnostics*) e lo studio di prevalenza dell'infezione da SARS COV2 nella città di Verona (*British Medical Journal Open ed Emerging Infectious Disease*). I ricercatori delle altre Unità Operative hanno invece indagato

l'impatto dell'infezione su ambiti diversi (oncologici, chirurgici, malattie infiammatorie croniche intestinali, ostetricia...).

I VACCINI

Il Capodanno del 2021 sarà ricordato all'IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria come il giorno dell'inizio della vaccinazione antiCovid. Il 1° gennaio sono state infatti inoculate le prime 120 dosi di vaccino Pfizer-Biontech ad altrettanti operatori sanitari "in prima linea" (Malattie Infettive, Terapia Intensiva, Pronto Soccorso e Punto Tamponi) ad iniziare da un'operatrice socio-sanitaria di uno dei due reparti Covid. Nei giorni seguenti la profilassi si è estesa anche al personale e agli ospiti delle strutture residenziali (case di riposo e RSA) che compongono la "Cittadella della Carità" di cui fa parte anche l'ospedale. Con la somministrazione anche del richiamo, dal 31 gennaio il "Sacro Cuore Don Calabria" è Covid free almeno per quanto riguarda gli operatori.

Parallelamente alla somministrazione del vaccino, gli operatori sanitari sono stati coinvolti in uno studio del Dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali che ha l'obiettivo di indagare l'efficacia del vaccino analizzando la risposta immunitaria specifica contro il Covid 19 dopo la prima e la seconda dose di vaccino e la durata nel tempo.

NON SOLO COVID

Nonostante il notevole impegno sul fronte dei pazienti affetti da Coronavirus, il "Sacro Cuore"

ha proseguito l'attività ordinaria nel rispetto delle disposizioni della Regione Veneto, sopperendo alle richieste anche da altri ospedali, come quello di Villafranca trasformato in Covid Hospital

Nonostante la pandemia, il 19 giugno, in occasione della festa liturgica del Sacro Cuore, è stato inaugurato l'ingresso unico dell'ospedale, una struttura di quattro piani, realizzata con l'obiettivo di rendere più agevole l'accesso per il paziente ai vari servizi e, tramite percorsi definiti e coperti, a tutti i reparti del "Sacro Cuore", del "Don Calabria" e ai Poliambulatori di casa Nogarè.

La prima pietra del nuovo edificio è stata posata dal presidente della Regione Luca Zaia il 4 ottobre del 2017, pertanto la realizzazione è avvenuta in poco più di due anni, nonostante la pandemia.

Nella nuova ala, al piano terra, sono stati riuniti tutti gli sportelli di accettazione e prenotazione di visite ed esami precedentemente dislocati in varie parti dell'ospedale e, al primo piano, è stato collocato il nuovo servizio di pre-ospedalizzazione che supporta le fasi di pre-ricovero chirurgico con 14 ambulatori, dove il paziente candidato all'intervento chirurgico svolge gli esami necessari. Un lato di questo piano è stato riservato al Centro prelievi e trasfusionale. I tre piani interrati sono stati adibiti a parcheggi, per un totale di 308 posti, collegati con gli ascensori ai successivi piani della palazzina. La nuova struttura riunisce anche gli uffici della direzione e del personale amministrativo.

Mettiamo al centro le persone e le loro capacità

Sanipiu è la Divisione specialistica di Lavoropiu che nasce dalla necessità di rispondere alle richieste di profili altamente specializzati per un settore complesso come quello sanitario e socio-sanitario.

Alcuni dei profili che Sanipiu seleziona per le strutture clienti

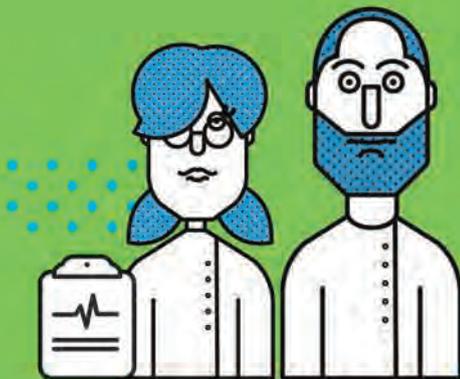
MEDICO SPECIALISTA
INFERMIERE
O.S.S.
AUSILIARI (O.S.A., O.T.A., A.D.B., ecc.)
T.S.R.M.
EDUCATORE
ANIMATORE SOCIALE
FISIOTERAPISTA
OSTETRICA
RESPONSABILE ATTIVITA' ASSISTENZIALI
COORDINATORE DI STRUTTURA SOCIO-ASSISTENZIALE
COORDINATORE INFERMIERISTICO
DIRETTORE SANITARIO
DIRETTORE DI STRUTTURA SANITARIA

Sanipiu affianca le strutture sanitarie e socio-sanitarie offrendo i seguenti servizi

SOMMINISTRAZIONE A TEMPO DETERMINATO
SOMMINISTRAZIONE A TEMPO INDETERMINATO
SOMMINISTRAZIONE CON "MONTE ORE GARANTITO"
RICERCA E SELEZIONE
OUTPLACEMENT E POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO
FORMAZIONE

Sanipiu opera, con uffici dedicati, a

BOLOGNA
FIRENZE
TORINO
ROMA
FIORANO MODENESE (MO)
MILANO



Per informazioni:

Sanipiu – Gruppo Lavoropiu Spa
www.lavoropiu.it
sanita@lavoropiu.it

Responsabile Convenzione ARIS: Rocco Laera – 335.82.92.098

3T: Test, Tracciamento, Trasmissione Dati

PROGETTO INNOVATIVO POST PANDEMIA COVID-19



di Maurizio Tucci

Questo Progetto propone una revisione architeturale e di profonda innovazione tecnologica della sanità italiana che, oltre a rispondere alle necessità immediate e di breve periodo per la gestione dell'emergenza Covid-19, individuando nella remotizzazione delle attività di test, tracciamento e monitoraggio e diagnostica e cura (quando possibile) della popolazione italiana il proprio *core*, può fornire un nuovo quadro per la gestione della salute pubblica nel Paese.

La natura della presente proposta non verrà quindi meno quando verrà risolta in tutto o in parte la fase emergenziale, con la fine dell'epidemia in Italia o con la fine della campagna vaccinale per il virus Covid-19.

In sostanza attraverso l'adozione di soluzioni tecnologiche e digitali si possono fornire benefici permanenti per il futuro prossimo, non solo in termini strettamente sanitari, ma anche per quanto riguarda rilevanti *risparmi* per la spesa pubblica in questo settore, come ampia-

mente dimostrato in altri Paesi (p. es., la Germania, dove il piano sanità digitale è in fase avanzata), dove al minor impatto della pandemia su popolazione e strutture sanitarie si sono aggiunti ingenti risparmi in termini economici per la gestione di pazienti non ospedalizzati.

Sommario

La pandemia SARS-Cov-2 rappresenta globalmente una delle sfide più complesse mai affrontate dall'intera umanità, in termini di pericolosità per la salute degli individui, di rapidità del fenomeno a livello planetario, di meccanismi di innesco e di trasmissione del contagio, di capacità dell'agente patogeno di sfuggire alla sua individuazione nelle fasi iniziali della malattia, di impatto sulle strutture sanitarie nei reparti di rianimazione e terapia intensiva e, conseguentemente, di micidiali conseguenze sull'economia reale di tutti i Paesi investiti dall'infezione.

Nello specifico, a livello internazionale, si sono

viste insorgere le seguenti criticità, in forma più o meno grave, pressoché ovunque nel mondo:

- Difficoltà di “*allerta tempestiva*” nelle prime fasi della pandemia, quando già all’origine (in Cina) il fenomeno aveva mostrato tutta la sua pericolosità;
- Difficoltà di verifica dell’arrivo del virus sul territorio nazionale e di attuazione delle prime misure di gestione di casi già conclamati e allora riconosciuti come tali;
- Difficoltà nella disponibilità delle necessarie unità di terapia intensiva negli ospedali (quando non sufficienti), durante le fasi di esplosione del contagio, soprattutto nelle regioni focolaio;
- Difficoltà di gestione di pazienti Covid non gravi, anche solo in termini di posti letto specializzati per l’infezione, a danno di fasce di popolazione già deboli, come nel caso delle residenze per anziani;
- Difficoltà di reperimento sul mercato di DPI (Dispositivi di Protezione Individuale) per il personale sanitario impegnato nelle regioni particolarmente colpite nelle strutture di ricovero;
- Difficoltà di monitoraggio dei numeri reali ed effettivi della pandemia durante le settimane di diffusione del contagio;
- Difficoltà nell’effettuazione rapida e pervasiva di test di positività alla popolazione non ospedalizzata (tamponi e sierologici), al fine di costruire una significativa base statistica di dati epidemiologici. Tale punto è decisivo

per la pianificazione e gestione della cosiddetta Fase 2 (la riapertura), in quanto la mancanza di una mappa del contagio, la più dettagliata ed esatta possibile, impedisce di fatto il calcolo analitico e dinamico del rischio epidemiologico.

In Italia si potrebbero adottare subito tecnologie e processi tali da consentire il controllo e la protezione della popolazione, nonché la pianificazione di attività diagnostiche su larga scala e l’assistenza integrata in remoto per pazienti affetti presso le proprie abitazioni, senza necessità di accesso alle strutture sanitarie nelle fasi iniziali del contagio, con conseguenti vantaggi per le strutture stesse in termini di protezione del personale sanitario e di disponibilità di terapie intensive solo per i casi di comprovata necessità.

L’obiettivo fondamentale è il rilevamento remoto di parametri vitali individuali, in modalità continua o discontinua (programmata), presso il domicilio di pazienti e cittadini, strutture sanitarie e di ricovero e lungodegenza, in mobilità o altrove, col fine di monitorare in tempo reale cluster significativi della popolazione assistita o protetta e programmare in tempo reale azioni per l’assistenza territoriale, al fine di alleggerire strutturalmente l’accesso incondizionato presso ospedali e pronto-soccorso.

Obiettivi specifici

Si tratta, in particolare nel breve e nel medio periodo, di rendere possibile:

- 1) L'analisi dell'andamento stagionale/straordinario di epidemie/pandemie nazionali e internazionali, al fine di governare un'efficiente pianificazione delle terapie intensive e la distribuzione di farmaci alla popolazione e di DPI per il personale sanitario o di chiunque ne necessiti;
- 2) La verifica in tempo utile dell'insorgenza di focolai specifici, monitorabili attraverso la raccolta anonimizzata di parametri fisiologici di pazienti presso le strutture sanitarie e di cittadini presso le proprie abitazioni;
- 3) Il seguire l'evoluzione dei cicli epidemici in forma geolocalizzata, statica (ricoveri e/o *lockdown*) e dinamica (spostamenti consentiti e/o non autorizzati) di soggetti a rischio contagio e/o di diffusione del contagio;
- 4) Il monitoraggio e assistenza remota integrata di cluster di pazienti a rischio con forme di degenza e lungodegenza domiciliare, attraverso sistemi di teleconsulto;
- 5) La pianificazione e applicazione capillare di campagne di test tampone e sierologici presso le RSA, i Medici di Medicina Generale e/o presso siti mobili a tale scopo attrezzati, in caso di emergenza, attraverso l'uso di sistemi di comunicazione diretta con la popolazione assistita;
- 6) La verifica in tempo utile dell'insorgenza di focolai specifici, monitorabili attraverso la raccolta anonimizzata di parametri fisiologici di pazienti presso le strutture sanitarie e di cittadini presso le proprie abitazioni;
- 7) La pianificazione delle misure di distanziamento sociale e di contenimento delle epidemie/pandemie, a tutto vantaggio della protezione preventiva delle strutture sanitarie territoriali;
- 8) Il coordinamento delle linee guida e dei piani di azione regionali su base centrale, in relazione a misure di interesse nazionale e/o di situazioni diversificate su base territoriale;
- 9) La pianificazione dei cicli di vaccinazione annuale e/o straordinaria della popolazione su base volontaria e/o obbligatoria;
- 10) Lo scambio in tempo reale di informazioni rilevanti sui cicli epidemici/pandemici tra i nodi della rete e la possibilità di accessi a meccanismi di *second opinion*;
- 11) L'aggiornamento del record dei pazienti su base di anamnesi/diagnosi/prescrizioni e altro;
- 12) La verifica di necessità e/o opportunità dotazione di cruscotti di monitoraggio presso i Medici di Medicina Generale, in forma semplificata, per i pazienti assistiti e collegati;
- 13) La dotazione di dispositivi *smart* presso il domicilio dei cittadini, per la verifica per-

sonale e sicura di parametri vitali in tempo reale, utilizzabili anche al fine di ridurre i premi assicurativi relativi ai piani di protezione sanitaria pubblici e privati;

- 14) L'utilizzo di intelligenza artificiale per la correlazione dei dati distribuiti sul territorio presso vari Enti pubblici e privati, come ASL, cliniche e ospedali, medici di base e professionisti, ma anche strutture similari estere con cui si collabora. Tali dati, una volta correlati tra loro, darebbero la possibilità di trarre enormi benefici operativi;
- 15) La protezione di tutta la rete e delle informazioni attraverso strumenti innovativi di Cyber Security, quali nuovi prodotti di monitoraggio reti e analisi dei comportamenti potenzialmente fraudolenti, soluzioni fondamentali necessarie a prevenire furti e manomissioni di dati sensibili come quelli relativi alle cartelle cliniche dei pazienti.

Tecnologie abilitanti

Quella che segue è una lista non esaustiva di alcune tecnologie abilitanti per il monitoraggio remoto già disponibili per la realizzazione dell'iniziativa.

- Apparecchi di diagnostica remota (POCT) che consentono attività di testing rapido presso le strutture sanitarie sul territorio e forniscono un primo filtro nel trattamento in tempo reale dei pazienti più efficiente ed efficace;
- Apparecchi di diagnostica remota e rapida (POCT) per la verifica anticorpale degli esiti delle campagne vaccinali al fine di consentire la normalizzazione di alcune attività sociali;
- Dispositivi per la raccolta di dati che includono temperatura, ECG a sei derivazioni, suoni polmonari, frequenza cardiaca e respiratoria, saturazione di ossigeno e fluidi corporei (per verificare la presenza di edema);
- Dispositivi medici indossabili senza fili destinati al monitoraggio continuo remoto della respirazione dei pazienti nelle case e negli ospedali;
- Biosensori IoT leggeri senza contatto per il monitoraggio dei pazienti. La soluzione è progettata per strutture di assistenza a lungo termine, ospedali e fornitori di servizi di teleassistenza, senza necessità di integrazione IT. I suoi sensori si collegano sotto i letti dei pazienti e inviano i dati tramite WiFi a una piattaforma di apprendimento automatico;
- Sensori a base ottica non invasiva per dispositivi medici indossabili clinicamente testati per il monitoraggio delle aritmie cardiache. Il suo sensore monitora i parametri vitali in tempo reale e i parametri relativi al cuore, compresa la variabilità della frequenza cardiaca e la pressione sanguigna;
- Strumenti di esame remoto su piattaforma di telemedicina che consente un esame completo di cuore, polmoni, pelle, gola e orecchie, comprese le letture della temperatura,

sempre e ovunque;

- Sensori da polso con monitor Ox (saturimetro) e una piattaforma con indicazione precoce della malattia, sistema di allarme intelligente e monitoraggio del rischio del paziente in tempo reale;

Articolazione del Progetto

Il Progetto 3T è realizzabile con il coinvolgimento di autorevoli Sponsors, a costi ragionevoli, in poche settimane dal suo startup, tramite il coinvolgimento di Associazioni / Regioni e centralmente per le piattaforme di data analytics per la gestione dei dati di monitoraggio.

Prevede il coinvolgimento di circa 1000 strutture sanitarie di dimensioni medio-piccole diffuse sul territorio italiano in modo da formare una rete di medicina di prossimità a difesa dei pazienti più deboli e più esposti ai rischi della pandemia.

Punti di forza della metodica:

- 1) **Rapidità del test:** la rapidità con cui la metodica restituisce il referto del test (8 minuti) è sicuramente uno degli elementi più significativi da tenere in considerazione, questo permette una *gestione tempestiva ed efficace dell'utente*.
- 2) **Tracciabilità del test:** l'apparecchiatura prevede, per l'identificazione dell'utente, l'utilizzo di un lettore ottico per codice a barre. Questo permette, attraverso la lettura della tessera sanitaria o la carta di identità, di tracciare in modo univoco e inequivocabile la data e il codice fiscale dell'utente al test eseguito. Attraverso il collegamento LIS si ha una completa tracciabilità del lotto, i dati possono essere inviati, in tempi estremamente rapidi, agli organi competenti e/o autorizzati alla gestione dei dati. La refertazione può essere, inoltre, restituita direttamente all'utente (tramite referto cartaceo) e, ulteriormente, i dati possono essere esportati su hard disk esterno per una rendicontazione da remoto.
- 3) **Trasportabilità dell'apparecchiatura diagnostica:** le dimensioni estremamente contenute permettono di effettuare i test in tutti quei luoghi in cui ci sia la necessità di raggiungere l'utenza. Trasferendo, infatti, l'esperienza effettuata con INMI Spallanzani, possiamo affermare che la duttilità dell'apparecchiatura AFS 1000 ci permette di utilizzarla in tutti quei contesti in cui è sconsigliato, per diversi motivi, la mobilitazione della popolazione, per esempio: *comunità per anziani; comunità per disabili; assistenza domiciliare; piccoli presidi ospedalieri; valutazione pazienti in isolamento fiduciario; istituti penitenziari; centri di primo alloggio per immigrati, aziende private e statali, forze dell'ordine o di pubblica utilità; medici di medicina generale - pediatri di libera scelta e farmacie*
- 4) **Trasversalità di utilizzo:** la possibilità di effettuare i test anche da sangue capillare

permette di utilizzare l'ASF 1000, altresì, nei laboratori di analisi. Una vasta percentuale di utenza, infatti, preferisce effettuare il prelievo nel modo meno "traumatico" possibile e la possibilità di eseguire il test attraverso un semplice prelievo capillare *può e deve essere* proposta, come alternativa, all'utenza. In considerazione, inoltre, della fragilità di alcuni target di persone per cui un prelievo venoso rimane "complicato" per irreperibilità venosa (es: popolazione anziana o pediatrica) o per scarsa compliance dei pazienti (es: disabilità complesse) si può intuire come l'utilizzo del test sierologico da sangue capillare sia indispensabile.

- 5) **Numerosità dei test effettuabili ogni ora:** l'apparecchiatura AFS 1000, pur adoperando una metodica ad inserimento "*manuale*" accetta, comunque, campioni di sangue ogni 10 secondi. Con personale opportunamente formato e utilizzando il software in modo ottimale si possono processare con una macchina più di 100 test l'ora così come effettuato durante la sperimentazione con INMI Spallanzani.
- 6) **Utilizzo dell'apparecchiatura diagnostica AFS 1000 per altre indagini sierologiche:** utilizzando una metodologia standard ad immunofluorescenza su kit specifici e relativi reagenti, la metodica prevede la possibilità di adoperare, alternativamente, per la diagnosi *differenziale tra sindrome influenzale A e B e infezione da covid-19* oltre che per la rilevazione degli enzimi

cardiaci; l'analisi degli indici di funzionalità epatica e/o renale, per l'amiloide A, etc. Questa versatilità di utilizzo permette, quindi, di "sfruttare" tale tecnologia in modo ampio e trasversale nell'ambito di diverse patologie ovvero la possibilità di poter implementare il suo utilizzo, al termine dell'emergenza Covid-19, nell'ambito della diagnosi rapida di altre malattie.

Applicazioni attuali

e future della AFS 1000:

- In sinergia il test sierologico (8 minuti) e il test antigenico rapido (15 minuti) per la definizione della diagnosi di infezione da Covid-19 laddove c'è una mutazione della proteina N (variante inglese)
- Nella diagnosi differenziale tra sindrome influenzale e infezione da Covid-19
- Nella valutazione dello stato di immunizzazione della popolazione al momento delle aperture delle attività lavorative e sociali
- Nella valutazione dell'efficacia dei futuri vaccini per Covid-19 con la ricerca della proteina S nel sangue
- Nella definizione della concentrazione delle IgG idonea a rendere immune un soggetto
- Nella valutazione della persistenza, nel tempo, del livello di immunizzazione attraverso lo studio del profilo della risposta umorale e l'osservazione clinica
- Nella diagnostica di primo intervento di tante malattie come descritte nella figura sottostante



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

Unogas per ARIS Tutta la nostra energia al tuo servizio

UNOGAS ENERGIA OFFRE A TUTTI GLI ASSOCIATI ARIS:

- ✓ **Tariffe dedicate**
per le forniture di gas e luce.
- ✓ **Autolettura**
per fatturazione con consumi reali.
- ✓ **Consulenza fiscale gratuita**
per la verifica dei requisiti,
l'istruzione e la gestione
delle pratiche presso l'Agenzia
delle Dogane, per la corretta
applicazione delle accise
sul gas naturale.
- ✓ **Servizio clienti**
senza risponditore automatico
ed un Commerciale Dedicato
per l'intera durata del contratto.
- ✓ **Energia verde**
con i nuovi servizi green, come impianti
fotovoltaici e mobilità elettrica.

Per maggiori informazioni contatta la nostra Sede Commerciale di Roma

06 6519 2091 | numero verde **800 089 952**



unogas.it | f in @

Unogas

Gas • Luce • Servizi

ICOVER

ISTITUTO COLLAUDI E VERIFICHE s.p.a.



**VERIFICHE PERIODICHE E
STRAORDINARIE IMPIANTI ELEVATORI**



**VERIFICHE IMPIANTI DI MESSA A
TERRA E SCARICHE ATMOSFERICHE**



**CONTROLLO TECNICO NELLE NUOVE
COSTRUZIONI E RISTRUTTURAZIONI
AI FINI DELLA DECENNALE POSTUMA**



**VERIFICA PROGETTO AI
FINI DELLA VALIDAZIONE**

NUMERO VERDE
800 994480

ICOVER SPA - organismo di ispezione

Piazza della Libertà 10 - 00192 Roma

info@icoverspa.it - www.icoverspa.it

MILANO - PESCARA - BARI - COSENZA - CATANIA - FIRENZE

