

“Andrà tutto bene... se saremo capaci di cambiare”

Verso il ritorno alla “normalità”

Nuovi modelli di governance per l’appropriatezza delle cure

Allegato A

Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 09 del 12/05/2020



Regione Toscana



Articolazione funzionale dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico, ai sensi dell'art. 49 ter della l.r. 40/2005:

- a) Coordinatore;
- b) Ufficio di coordinamento;
- c) Comitato tecnico scientifico

Coordinatore dell'OTGC
Dr. Mario Cecchi

Segretario dell'OTGC
Dr.ssa Maria Teresa Mechi

Supporto amministrativo
Stefania Della Luna
Giuseppina Agata Stella

Il presente documento è stato prodotto da un gruppo multidisciplinare di esperti su mandato dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico (istituito con Legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40, modificata con Legge regionale 25 luglio 2017 n. 36).

L'intero documento in formato PDF è consultabile sul sito Internet della Regione Toscana al seguente indirizzo: <http://www.regione.toscana.it/pubblicazioni>

Chiunque è autorizzato, per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché ne citi la fonte utilizzando la seguente dicitura: Tratto da (*TITOLO DEL DOCUMENTO*), Organismo Toscano per il Governo Clinico, Settore qualità dei servizi e reti cliniche, Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale, Regione Toscana.

INDICE

Premessa	“ANDRÀ TUTTO BENE... SE SAREMO CAPACI DI CAMBIARE”	pg. 2
Scheda 1	OPERATORI SANITARI RISORSE UMANE	pg. 3
Scheda 2	FORMAZIONE COMPETENZE – ARRIVARE AD OTTENERE INSIEME	pg. 5
Scheda 3	ESSERE “PRE-PARATI” (<i>PREPAREDNESS</i>) – LA RESILIENZA NON SI IMPROVVISA, LA SI COSTRUISCE	pg. 8
Scheda 4	SOTTO ALLA COVID-19. LA CRONICITÀ DI TUTTI I GIORNI: L’USO DELLE RISORSE	pg. 10
Scheda 5	IL TERRITORIO-OSPEDALE: TECNOLOGIA FLUIDA	pg. 13
Scheda 6	LE CONDIZIONI PER LA RIPARTENZA	pg. 16
Scheda 7	LA QUESTIONE ETICA DELLA GIUSTIZIA DISTRIBUTIVA E IL RUOLO DELLE CURE PALLIATIVE	pg. 18
Scheda 8	GARANTIRE IL RITORNO ALLA “NORMALITÀ” ALLA PERSONA CON DIABETE – COMMISSIONE PERMANENTE PER LE ATTIVITÀ DIABETOLOGICHE	pg. 22
Scheda 9	LA SALUTE DELLE DONNE – RITORNO ALLA “NUOVA NORMALITÀ” – CENTRO DI COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE E LA MEDICINA DI GENERE	pg. 24
Scheda 10	FASE 2 – SISTEMA TRASFUSIONALE – CENTRO REGIONALE SANGUE (CRS)	pg. 27
Scheda 11	IL SISTEMA REGIONALE PROCUREMENT E TRAPIANTO DI ORGANI E TESSUTI: FASE 2 ORGANIZZAZIONE TOSCANA TRAPIANTI (OTT)	pg. 30
Scheda 12	LA MEDICINA DI LABORATORIO – FASE 2 E RITORNO ALLA “NORMALITÀ” – CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER LA VERIFICA ESTERNA DI QUALITÀ (VEQ)	pg. 34
Scheda 13	SALUTE ORGANIZZATIVA – PROPOSTE DEL CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER LE CRITICITÀ RELAZIONALI (CRRCR) RISPETTO ALLA FASE 2	pg. 36
Scheda 14	RESILIENZA, COVID E NUOVO ASSETTO DEL SSR: <i>COME CI PREPARIAMO ALLA FASE 2 E ALLA RIPRESA DELLE ATTIVITÀ</i> – CENTRO REGIONALE PER LA MEDICINA INTEGRATA (CRMI)	pg. 38
Scheda 15	LA QUESTIONE AMBIENTALE - “MEDICINA AMBIENTALE “	pg. 41
Scheda 16	COME CAMBIA LA RETE DELLA SICUREZZA DELLE CURE: ALCUNE PRIME RIFLESSIONI CENTRO GESTIONE RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEL PAZIENTE (CENTRO GRC)	pg. 43
Scheda 17	GESTIONE DELLA SALMA CON SOSPETTA O CONFERMATA MALATTIA DA NUOVO CORONAVIRUS (COVID-19)	pg. 44
Scheda 18	OTCG – ORGANISMO... PENSAnte E PROPOSITIVO	pg. 45
	RACCOMANDAZIONI – INDIRIZZI NEL RITORNO ALLA “NORMALITÀ”	pg. 46

PREMESSA

Il documento fa riferimento alle comunicazioni giunte dagli operatori della sanità impegnati sul campo negli ospedali e nel territorio e dai cittadini toscani; elaborato all'interno degli Organismi del governo clinico, delle Commissioni permanenti, dell'Ufficio di Coordinamento e del Comitato Tecnico Scientifico dell'OTGC; della Commissione regionale di Bioetica, del Consiglio dei Cittadini per la salute. Per la sua stessa natura è "in progress" ed aperto a ulteriori sviluppi e contributi.

"ANDRÀ TUTTO BENE... SE SAREMO CAPACI DI CAMBIARE..."

Questo documento vuole essere una traccia orientata al futuro di quello che gli operatori della sanità ed i cittadini, con modalità diverse, hanno comunicato all'Organismo Toscano per il Governo Clinico considerato come punto di riferimento nel quale sviluppare la "governance" di un nuovo o rinnovato percorso, dove la componente professionale torna ad essere fondamentale supporto ai decisori politici ed amministrativi.

Nelle osservazioni inviate emergono le criticità intrinseche dell'assistenza agli ammalati di COVID-19 (malattia respiratoria acuta da SARS-CoV-2), ma anche quelle delle patologie non-Covid, in conseguenza delle importanti modifiche organizzative che sono state necessarie in questa circostanza di "guerra" (almeno in termini sanitari), che, partendo dalla centralità della Regione, coinvolgono tutte le strutture del Servizio Sanitario Toscano. Emerge anche la capacità di lavorare insieme, nonostante la stanchezza, la preoccupazione, l'ansia. E quindi la speranza che tutto questo "alla fine", con il ritorno alla "normalità", possa dare una voce nuova agli "eroi" che stanno dimostrando sul campo tutto il loro valore a favore dei più fragili.

La pandemia da Sars-CoV-2 è stata chiamata anche "la grande pausa": un tempo per la riflessione, l'introspezione e l'autoanalisi.

Si avverte la necessità di attivare "conversazioni" che possano rendere possibile un nuovo accordo (patto) fra tutti coloro (manager e operatori sanitari) che concorrono alla cura delle persone nel servizio sanitario.

L'Organismo Toscano per il Governo Clinico è la casa naturale di tutti quelli che operano nelle attività assistenziali ed ha il compito/dovere di raccogliere queste voci, di farle proprie e di "gestirle" (governance) nella preparazione per il ritorno alla "normalità". Non certamente quella del "così come era prima", ma per il cambiamento che non potrà non esserci e che dovrà avere, ancora una volta, come protagonisti dell'assistenza di tutti i giorni e di tutte le notti (anche senza COVID-19), i professionisti del servizio sanitario insieme ai cittadini della nostra regione.

Da questa enorme crisi possono emergere alternative allo status quo e nuove opportunità, come pure la resilienza di coloro che "hanno tenuto". La sfida sarà quella di costruire una nuova normalità post Covid 19: la "new normal" migliore di prima.

Di fatto la Fase 2, che durerà fino alla disponibilità del vaccino o comunque di terapie efficaci, dovrebbe impegnarci, nello stesso tempo, a fronteggiare sia un periodo di convivenza con SARS-CoV-2, nel quale non dovranno essere abbandonati gli elementi di protezione, sia a costruire il punto di partenza per un nuovo assetto del Servizio Sanitario nella fase di transizione del ritorno alla "nuova normalità".

Da qui il titolo: "io resto a casa" e "andrà tutto bene"... **se saremo capaci di cambiare!**

SCHEDA 1

OPERATORI SANITARI RISORSE UMANE

I sentimenti (le segnalazioni, le indicazioni...) degli operatori sanitari in questo periodo sembrano articolarsi attorno a tre polarità:

- a) **DISAGIO:** per il profondo cambiamento determinato dal fatto che l'organizzazione, di necessità, si è trovata a modificare assetto e impostazione freneticamente, creando slabbature ed in alcuni casi strappi. Disagio per la mancanza di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) specifici per un virus ad elevata diffusione, per la sottovalutazione dei rischi di contagio dei cittadini, delle comunità (RSA...) e degli operatori sanitari (in particolare per i Medici di medicina generale che hanno per questo pagato il prezzo più alto). Disagio per una sincronizzazione non sempre raggiunta, almeno nelle prime fasi di questa emergenza, e avvertita come una separazione fra chi lavora sul campo e chi è chiamato a prendere le decisioni organizzative.
- b) **ORGOGGIO:** pur nella concitazione emergenziale medici, infermieri, tutti gli altri operatori sanitari e socio-sanitari, e le Direzioni Aziendali si sono scoperti parte di una **grande famiglia** capace di mettere insieme risorse umane, discipline e professioni diverse all'interno dei nuovi percorsi di cura. Orgogliosi di appartenere al Servizio Sanitario Regionale della Toscana.
- c) **SPERANZA:** di poter far sentire la propria voce nelle decisioni che saranno prese nel percorso del ritorno alla cosiddetta "normalità" (Fase 2 e Fase 3): verso qualcosa di nuovo e con **nuovi paradigmi**. Da qui la domanda: gli operatori, oggi "eroi", in futuro cosa saranno? Resteranno in fiduciosa attesa che la "Provvida Sventura" di manzoniana memoria conduca la comunità scientifica ad avere quella credibilità (spesso citata ma ora conquistata sul campo) tale da influire sugli orientamenti delle scelte future? Ricordando il prezzo pagato anche in termini di mortalità da parte dei medici e degli operatori sanitari.

Sintesi delle criticità emerse nella fase di emergenza e punti di forza da non perdere:

Criticità

- Definanziamento del Servizio Sanitario Nazionale
- Piani della prevenzione obsoleti e/o carenti
- Carenza di Dispositivi di protezione individuale (DPI)
- Lentezza esecuzione e risposta "tamponi"
- Assenza in fase iniziale di farmaci appropriati
- Difficoltà nella continuità assistenziale e sociale fra Ospedale e Territorio
- Riduzione drastica dell'assistenza "ordinaria" al paziente cronico e fragile
- Inadeguatezza organizzativa e strutturale delle RSA (forse anche delle Cure intermedie)
- Mancato affiancamento dei Medici Palliativisti nei percorsi multidisciplinari
- Scarsa attenzione agli aspetti psicologici dei pazienti, dei loro familiari ma anche e soprattutto del personale sanitario

Punti di forza

- Riduzione/abolizione accesso “improprio” al Pronto Soccorso (-70%)
- Regolamentazione accessi agli studi medici – riduzione accessi “impropri”
- Informatizzazione attività “burocratiche” – ricettazione, prenotazioni, etc.
- Spinta alla informatizzazione delle comunicazioni interprofessionali (piattaforme, etc.) e con i pazienti (APP, device periferici, etc.)
- Nuove forme di collaborazione interprofessionale sia in Ospedale che nel Territorio

SCHEDA 2

FORMAZIONE COMPETENZE – ARRIVARE AD OTTENERE INSIEME

La competenza (cum petere) si ottiene misurandosi insieme a qualcuno per ottenere qualcosa. Ha quindi una dimensione sociale che necessariamente dovrà essere valorizzata anche attraverso una tecnologia comunicativa (ICT - Information and Communication Technology) fra medico e medico, fra medico e cittadino/paziente, fra cittadino e cittadino, non dimenticandone l'aspetto psicologico, che è parte integrante del sistema della "cura di sé e dell'altro", dando forma alla resilienza individuale e di gruppo. Ciò che sicuramente ha permesso una tenuta dell'intero sistema è il valore etico della professionalità del personale dedicato all'assistenza, che è emerso in tutta la sua potenza. Attorno a questo afflato si sono coagulate comunità che non sono solo "di pratica". Comunità che, di fatto, hanno contribuito alla costruzione di nuove competenze sul campo.

Si è assistito allo sviluppo di **nuove competenze professionali** acquisite in brevi ma partecipati (quasi desiderati) incontri formativi. D'ora in poi anche i corsi di laurea non potranno non tener conto dell'esperienza maturata nel corso della pandemia COVID-19 e dovranno affrontare un approccio globale alla cura della persona che tenga conto anche degli aspetti fisici e psichici e dello sviluppo dell'empowerment del paziente/cittadino.

Occorrerà lavorare sulla formazione post-laurea e sulle competenze professionali sia dei medici che delle altre professioni sanitarie e socio-sanitarie, con particolare attenzione alla prevenzione e alla diffusione delle malattie infettive negli ambienti di vita e di lavoro ed alla tutela dei diritti dei cittadini e della comunità.

Tali competenze quindi devono essere correlate al **fabbisogno del territorio**, certificate attraverso corsi professionalizzanti, in grado di fornire il patrimonio necessario a formare i "teams" multidisciplinari e multiprofessionali per affrontare l'attività assistenziale della "nuova quotidianità", come pure eventuali e possibili eventi improvvisi di acuzie (non solo di tipo "epidemico" infettivo). Queste competenze dunque dovranno avere oltre alle caratteristiche di alta formazione e specialità, quelle di interconnessione e di conoscenza della rete dell'assistenza a tutti i livelli, ogni professionista fermo della propria alta formazione specifica dovrà avere sempre una visione d'insieme per potersi muovere rapidamente nella rete delle offerte diagnostico-terapeutico-assistenziali ed essere in grado di informare la popolazione sui rischi ai quali sono esposti in condizioni di vita normali e durante le emergenze in maniera da ridurre i rischi al minimo possibile.

In ogni fase del percorso il Paziente/Cittadino deve sapere con chiarezza chi ne è il responsabile (anche di équipe) ed a chi rivolgersi per le sue necessità medico-assistenziali. Basti pensare al ruolo cruciale che hanno le "competenze" degli infermieri di rianimazione e degli altri professionisti sanitari e socio-sanitari coinvolti nelle fasi della riabilitazione.

L'orientamento che emerge è quello di favorire lo sviluppo di **teams flessibili**, autonomi, non necessariamente legati ad una struttura organizzativa, in grado di affrontare le criticità "là dove ce ne è bisogno", con leadership definita e competente (secondo il modello dei "team of teams" sviluppato dal Generale Stanley A. McChrystal - *"Team of Teams: New Rules of Engagement for a Complex World"*, 2015) e che tengano conto dei criteri della appropriatezza clinica e organizzativa. Il contesto in cui declinare le competenze in team flessibili è sia in ambito ospedaliero che soprattutto in ambito territoriale ("medicina di prossimità"): là dove avviene il primo contatto fra cittadino, che porta un bisogno di salute, ed operatore sanitario, come nelle cure primarie (AFT) e nelle Case della Salute che dovranno essere opportunamente ristrutturate e implementate su tutto il territorio regionale.

Interdisciplinarietà

Si è verificata una “*cross-contamination*” fra le diverse competenze clinico assistenziali.

Si è creata in alcuni settori (ad esempio Malattie Infettive, Pneumologia, Medicina interna) una rottura di steccati che ha portato all'apprendimento sul campo di nuove competenze.

I singoli professionisti hanno competenze acquisite e certificate da diplomi di laurea, specializzazioni, master, ma hanno anche la capacità di sviluppare conoscenze e competenze in discipline diverse “non equipollenti”. L'infettivologo che inizia a conoscere il modo di ragionare degli operatori dell'emergenza e delle terapie intensive, ma anche viceversa, è un esempio per la crescita di conoscenze comuni che diventano una conquista collettiva del sistema (*cum petita*) chiesta insieme e quindi ottenuta per tutti.

Il nuovo servizio sanitario dovrà essere caratterizzato da un approccio alla persona/paziente che consenta sempre più una continua integrazione fra i saperi delle professioni intese sia come conoscenze specialistiche che come diversi sistemi di cura. Fra questi potrà trovare la giusta collocazione anche la Medicina Complementare che ha un approccio globale alla malattia e alla persona nella sua interezza psicofisica e ambientale, per aiutare a riportare al centro della cura il concetto di salute promosso dall'OMS come “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplicemente assenza di malattia”.

La “continuità assistenziale”

L'epidemia da SARS-CoV-2 ha messo alla corda il rapporto fra Ospedale e Territorio, specialmente in quelle condizioni organizzative di quelle regioni dove l'assistenza territoriale non aveva avuto le necessarie attenzioni. Il concetto che va recuperato è quello della continuità assistenziale che di fatto deve superare la dicotomia fra ospedale e territorio (emblematicamente separata piuttosto che unita dalla “e”).

In Toscana abbiamo una rete territoriale più articolata rispetto alla Lombardia. In quella regione probabilmente hanno influito condizioni ambientali ma anche il modello dell'organizzazione sanitaria. Perché se è vero che la sanità in Lombardia è un'eccellenza, lo è per lo più nelle strutture ospedaliere, mentre lo stesso non si può dire del territorio.

La visione di “ospedale senza muri” (“*Hospitals Without Walls*” come era già stato preconizzato dal *Royal College of Physicians* in un articolo del BMJ nel 2013), è emblematica della modalità con la quale le competenze “ospedaliere” non debbano essere più confinate all'interno delle mura e che, viceversa, le competenze della medicina generale possano uscire dei confini della territorialità verso gli ospedali. Nell'articolo veniva correttamente posto in evidenza che le “mura” dell'ospedale rappresentano non solo barriere fisiche ma anche mentali entro rigidi silos dell'assistenza che sono diventati anacronistici rispetto ai **bisogni dei cittadini**. Anacronismo che è stato messo duramente alla prova nella drammatica sfida (“challenge”) dell'epidemia con una risposta eccezionale degli operatori nel lavorare insieme oltre le specialità ed oltre le mura. Quasi che, senza nominarlo, si facesse riferimento al “modello toscano” dell'ospedale per intensità di cura nella sua versione più moderna di “ospedale per percorsi e processi” nella “cogestione” interdisciplinare e multiprofessionale.

La continuità assistenziale con il cittadino/paziente al centro non è una novità, ma ora assume le caratteristiche della necessità, ed è una richiesta di molti. Sta diventando un elemento quasi fondante dello scenario che si profila sempre più nettamente nell'immediato futuro.

Lo specialista “ospedaliero” (già questa definizione che configura lo “specialista” come indissolubilmente “ospedaliero” la dice lunga sulla sua collocazione), il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta sono gli attori con i quali si costruisce la continuità

assistenziale, magari agevolata da percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) definiti e condivisi.

Nel ritorno alla “nuova normalità” le competenze dovranno aggregarsi in teams multidisciplinari “snelli” (“lean”) espressi dalle strutture della rete territoriali già esistenti come le Case della Salute e AFT sotto gli obiettivi dei dipartimenti delle cure primarie. Ma anche aprendo ad una relazione più cogente fra ospedale e rete del territorio nella forma di un **Day Service multidisciplinare** nel quale possano interfacciarsi i vari team. Day Service multidisciplinare in grado non solo di gestire casi territoriali complessi ma anche in grado di fornire pacchetti di prestazioni diagnostiche per mettere in grado la medicina generale di gestire pazienti a livello territoriale.

Le Case della Salute dovranno essere realizzate, il più capillarmente possibile, su tutto il territorio regionale in quanto “strutture di prossimità” in grado di fornire un servizio adeguato ai bisogni dei cittadini e dovranno diventare di fatto un luogo in cui sia possibile potenziare l’offerta della medicina generale, anche da un punto di vista strumentale (diagnostica), in collaborazione con gli specialisti ed il team multiprofessionale “flessibile”, oltre che con i consultori presenti nella zona.

In questa fase di ripensamento/riorganizzazione del territorio è necessario che le scelte provengano da una stretta collaborazione tra territorio e ospedale, con il territorio protagonista forte dell’esperienza maturata anche nel corso della fase epidemica.

Si dovrà inoltre tenere di conto dell’attenzione all’assistenza delle fasce più deboli e fragili della popolazione (non solo quelli reduci dell’infezione COVID) mediante una più forte integrazione sociale. Fra queste emerge la fragilità, che l’epidemia COVID 19 ha ulteriormente aggravato, di alcune comunità quali quelle **dei migranti e dei senza dimora**. Per queste persone il combinato disposto delle problematiche sanitarie e delle problematiche psico-sociali rischia di creare situazioni di estrema gravità. Occorrono soluzioni immediate e concrete al fine di garantire dignità e benessere e permettere loro le medesime tutele previste dai provvedimenti per contenere il contagio da COVID 19. Pensiamo alla necessità della attività di prevenzione e dell’indagine epidemiologica, oltre che alle difficoltà dei sistemi di isolamento nelle condizioni di abitazioni fatiscenti in condizioni igienico-sanitarie precarie se non del tutto assenti. È auspicabile che venga istituito al più presto un tavolo di lavoro con la partecipazione delle istituzioni, dei rappresentanti sociali, del volontariato al fine di definire i percorsi più idonei per la “governance” di queste situazioni di estremo rischio psico-sociale e sanitario.

SCHEDA 3

ESSERE “PRE-PARATI” (*PREPAREDNESS*) – LA RESILIENZA NON SI IMPROVVISA, LA SI COSTRUISCE

In Italia è mancato un piano per l’emergenza, nonostante le previsioni del piano pandemico del 2010. Non eravamo pronti. Se consideriamo che solo in Germania le scorte di DPI sono state accumulate fin dal Dicembre precedente, la riflessione si fa amara. Inoltre la Germania che ha molti casi di COVID-19 positivi ma al momento una letalità più bassa della nostra, ha una struttura sanitaria a maggior granularità: più posti di terapia intensiva per abitante ed un territorio con una potente diagnostica strutturata. Alla luce di ciò come possiamo prepararci alle fasi successive per il ritorno ad una “nuova normalità” ?

Una proposta potrebbe essere quella di raccogliere informazioni attraverso una sorveglianza epidemiologica con priorità differenti in quei settori della popolazione in cui il rapporto fra rischio infettivo individuale per il paziente - rischio di contagio per l’operatore (sanitario, delle forze dell’ordine, di pubblica utilità) - e rischi di diffusione del contagio alla popolazione, sono più alti.

Si potrebbe sintetizzare nel concetto “**per un tampone in più**” (**le tre T come suggerite dall’OMS e adottate dalla Toscana: Tracciare, Testare, Trattare**), tenendo sempre conto della sicurezza dei dati che deve essere gestita dalla **medicina di laboratorio** inserita a pieno titolo nei team multidisciplinari. Occorre ricordare che i metodi applicati nell’emergenza COVID-19 sono test di recentissima produzione. La validità si dà per appurata... ma occorre lavorare sulla “verifica di qualità” (conditio sine qua non), anche in emergenza. Il Centro Regionale per la Verifica Esterna di Qualità (VEQ) è un organismo del Governo Clinico regionale e si è attivato per mantenere un alto standard anche in questa situazione emergenziale. Ne consegue che una rete di laboratori “certificati” diventi una piattaforma di servizi essenziali.

Nel contesto toscano la nostra “riserva” di **resilienza** forse è fornita dal capitale umano, dalla minor distanza fra Ospedale e Territorio e dalla capacità del territorio di dare risposte socio-assistenziali. È sul territorio che dobbiamo impostare fin dalla Fase 2 il ritorno graduale alla “normalità modificata” rafforzando i dipartimenti di prevenzione collettiva e del lavoro, e potenziando la rete diagnostica territoriale anche attraverso:

- a) la Information Communication Technology (ICT);
- b) la dotazione di strumentazione diagnostica più raffinata (ecografo portatile, Point of Care, etc.) a disposizione dei Medici di Medicina generale e dei Pediatri di famiglia. Con questi accorgimenti e con le protezioni necessarie potremo anche procedere in sicurezza con le “riaperture” della fase 2, contribuendo alla ripresa dell’economia.

Va preso nota che nella prima fase COVID-19 il Territorio è stato interpretato come “contenitore passivo” dei pazienti, da tenere al domicilio finché possibile, per diluire nel tempo il ricovero, dando per scontato che la “cura” era possibile solo in Ospedale.

Poi ci sono state importanti acquisizioni sulle “armi” terapeutiche, per cui oggi almeno tre farmaci (Idrossiclorochina, Enoxaparina e a volte Azitromicina) sono già a disposizione della medicina generale, con evidenze che un loro impiego precoce modifica la gravità di espressione clinica ed accelera la clearance virale. In seguito ci potranno essere altre armi che ora sono in fase di test con studi che vengono proposti da AIFA. In particolare stanno emergendo dati sul ruolo che la compromissione endoteliale/trombosi massiva periferica ha nella evoluzione clinica della COVID-19 e quindi sull’utilità di una terapia anticoagulante il più precoce possibile, oltre anche al

promettente uso del “plasma iperimmune” e, più di tutti, l'impiego degli anticorpi monoclonali “bloccanti”.

La possibilità di terapia precoce a domicilio fa evolvere il **ruolo che il Territorio può e deve avere di “contenitore attivo”**, proprio della sanità di iniziativa, per la centralità dei rapporti del MMG e del Pediatra di famiglia con la rete dei servizi di prevenzione, e dove si diagnostica e si cura la COVID-19 fino a risoluzione riservando all'Ospedale i casi (che si spera siano sempre meno) che necessitano di un livello di assistenza più complesso (**Tre T: Testare, Tracciare, Trattare**) .

Nell'ambito di una rinnovata Medicina del territorio e in un'ottica, in primis, di screening pubblico, è significativa la proposta da parte della Commissione permanente per le attività odontostomatologiche del ruolo di “sentinella” del Medico Odontoiatra, operante all'interno del proprio Studio. La capillarità territoriale consente, infatti, come ed in aggiunta ad altri team di Medicina Generale, il completamento di percorsi e processi di primo livello da inserirsi nel capitolo dell'Igiene e Sanità pubblica.

Per una diagnosi precoce a domicilio occorre che i tempi dell'esecuzione e della refertazione del tampone siano rapidi, e che il Medico di medicina generale ed il Pediatra di famiglia abbiano la possibilità di eseguire i test sierologici per consentire un primo orientamento sull'entità della diffusione dell'infezione in un determinato territorio e, in particolare nella Fase 2, l'identificazione precoce della nascita di un piccolo focolaio epidemico.

Sempre in tema di **PREPAREDNESS** (termine spesso associato a **READINESS – prontezza**) viene riportata l'esperienza di altri paesi. In primis la Germania, nella quale il virus è stato trattato preventivamente sul territorio, ma anche la Cina, dove l'intervento sul territorio è stato forte riuscendo ad individuare precocemente i positivi separandoli dalla collettività (casa, alberghi) e costruendo “dormitori” con controlli individuali da parte di sanitari e volontari: ogni persona COVID-positiva aveva il suo “angelo custode”. Ancora in Cina, in integrazione con la medicina ufficiale, hanno utilizzato medicinali della fitoterapia tradizionale e tecniche di agopuntura. Mentre a Cuba e in India, in fase di prevenzione, sono stati impiegati anche farmaci omeopatici.

Dai nostri professionisti sul campo è giunto chiaro il messaggio sulla **resilienza**. Ci hanno detto che non avevano mascherine, non avevano camici, non avevano guanti, non avevano chiare indicazioni di tipo organizzativo, non avevano linee guida... ma hanno lavorato lo stesso... facendo quello che potevano... al loro meglio! A rischio della vita! Oltre la resilienza! Ora non dobbiamo tradire questi “eroi” pensando che la resilienza non abbia un costo! Non possiamo pensare che i professionisti possano assorbire qualunque urto ed essere sempre loro l'anello flessibile di un sistema rigido.

La resilienza deve diventare anche strumento di “anti-fragilità”, con più risorse da impiegare nella trasformazione di una sollecitazione (anche violenta) in informazione utile per la crescita del sistema/servizio. Dovremo poter disporre di più risorse (e/o risorse adeguate), anche per la formazione e l'informazione in modo tale da poter disporre di un “sistema di pre-allerta” sempre attivo ed in grado di intervenire tempestivamente per impedire il sacrificio degli anelli più deboli della catena assistenziale (cittadini, MMG, medici ospedalieri, infermieri, farmacisti...). Così si può diventare più forti se attaccati!

È tutto il sistema che diventa più resiliente!

SCHEDA 4

SOTTO ALLA COVID-19 . LA CRONICITÀ DI TUTTI I GIORNI: L’USO DELLE RISORSE

La COVID-19 ha dato nuovi occhi per vedere la realtà dell’assistenza anche nei confronti delle malattie non trasmissibili (“cronicità”). Ha creato un “contrappunto all’ottava” che ci ha spiazzato ma che permette di sentire che la normalità di prima strideva (*il contrappunto all’ottava o contrappunto doppio è quello dove due linee melodiche concomitanti possono scambiarsi indifferentemente tra di loro*).

L’immagine dei Pronto Soccorso svuotati, fin dalle prime ore dell’epidemia, fa comprendere come si siano, in qualche modo, resettati i criteri/bisogni delle presentazioni (che si sono ridotte al 25%). Si è creato un filtro di “appropriatezza dell’uso delle risorse” certamente forzato dal timore del virus ma forse anche per una maggiore presa di coscienza.

Nella Fase 2, ma anche nelle fasi successive del ritorno alla “normalità”, sarà cruciale tener conto di questa esperienza drammatica per un **uso responsabile delle risorse** con un orientamento regolamentato che impedisca l’accesso improprio al Pronto Soccorso, rinforzando in parallelo le capacità di “filtro” delle strutture territoriali (ad es. per i codici bianchi). L’uso responsabile delle risorse, basato non solo sulle valutazioni del costo/beneficio, è un aspetto decisivo per il futuro del Servizio sanitario e dovrà avere il necessario, indispensabile, supporto in una educazione sanitaria diffusa a partire dalle scuole.

La cronicità di tutti i giorni – “ritorno al futuro”

In un contesto di definanziamento del SSN, i “tagli” alla Sanità degli ultimi 15-10 anni hanno inciso prevalentemente sull’assistenza ospedaliera tanto da essere considerati sinonimo di “tagli di posti letto” oppure “tagli delle dotazioni organiche”.

Va sottolineato che, nel recente passato, se il territorio non è stato apparentemente “tagliato” (e non poteva esserlo perché quasi tutti i finanziamenti dalla prima legge di riforma sono andati al settore ospedaliero), non è stato neanche sviluppato e/o incentivato. Il taglio dei posti letto ospedalieri avrebbe dovuto coincidere con il potenziamento delle cure primarie, delle cure intermedie, anche attraverso lo sviluppo della medicina di iniziativa e le conseguenti necessarie dotazioni tecnologiche (informatizzazione in primis).

Con il ritorno alla “nuova normalità” ci potrebbe essere il rischio concreto di una ulteriore riduzione di risorse per l’assistenza nelle cure primarie e della cronicità con il rischio di penalizzare ulteriormente le persone più fragili.

Non vorremmo più sentir parlare di “tagli” ma piuttosto di “riorganizzazione”!

Riorganizzazione che in gran parte c’è stata nel servizio sanitario della Toscana, e che ha permesso, seppure con molte difficoltà, di affrontare questa violenta epidemia da virus SARS-CoV 2 in una situazione migliore rispetto ad altre regioni ed in particolare per il ruolo dei MMG e dei Pediatri di famiglia e delle cure primarie. La lezione è stata dura ma lo sarà ancora di più se non avessimo imparato che la “guerra” si vincerà sul territorio con il potenziamento delle cure primarie (anche con una contrattazione unitaria del personale della sanità) e con una organizzazione territoriale e ospedaliera flessibile in équipes multidisciplinari e multiprofessionali adeguatamente preparate/formate!

Équipe multidisciplinari in grado anche di sostenere pazienti ed operatori sanitari nella costruzione di nuove relazioni in cui l'empatia verso il paziente che non potrà manifestarsi con contatti fisici si farà strada soltanto attraverso gli occhi e il tono di voce; il cambiamento dovrà quindi essere strutturale ma anche e soprattutto culturale.

Beninteso che non ritorneremo al passato ma entreremo in un futuro inedito che stiamo iniziando adesso a pensare e quindi a costruire. Cosa ci immaginiamo potrà succedere alle persone con percorsi assistenziali già programmati? Chi aveva un intervento necessario ma non urgente e differibile come sarà gestito? In quali percorsi? A quale futuro ritornerà? E chi lo accompagnerà e come?

Intanto sarà necessario ridisegnare il **modello di gestione territoriale da parte del Medico di medicina generale** come componente di un team multiprofessionale prevedendo l'utilizzo delle **soluzioni informatiche** (piattaforme digitali) e di diagnostica semplice da utilizzare a domicilio (telemonitoraggio) da integrare con momenti di televisita e di teleconsulto con i componenti del team.

La riabilitazione

Nel ritorno alla "nuova normalità" un ruolo cruciale è affidato alla riabilitazione. Se è vero che la compromissione respiratoria dovuta alla polmonite interstiziale è la caratteristica principale dell'infezione da SARS-CoV-2, sono possibili danni anche a livello dell'apparato cardio-vascolare, del sistema nervoso centrale e periferico, dell'apparato muscolo-scheletrico, dell'apparato gastro-intestinale, del rene, del fegato, con conseguenti gravi disabilità.

Si tratta spesso di pazienti anziani e debilitati con immobilità prolungata, con intubazione e/o tracheostomia, con difetti della deglutizione, con nutrizione artificiale, con forte astenia, oltre ad alterazioni della sfera cognitiva ed emotiva, disorientamento, perdita di gusto e olfatto.

I pazienti ancora degenti che vengono assistiti e sottoposti ad intervento riabilitativo intensivo sono quelli in respiro spontaneo ma che possono ancora necessitare di supporto alle funzioni vitali con ossigenoterapia, spesso in presenza di cannule tracheotomiche e nutrizione artificiale.

Per chi è reduce da un ricovero in terapia intensiva, intensità e durata della riabilitazione dipendono dalla lunghezza della degenza e dalle situazioni di comorbidità oltre che dall'età.

Per queste persone è necessario un percorso riabilitativo che inizia in ospedale e che prosegue sul territorio in collaborazione con il Medico di medicina generale, possibilmente da parte di una équipe multidisciplinare e interprofessionale, in una presa in carico globale che tenga conto anche del contesto bio-psico-sociale. Mantenendo costantemente un monitoraggio attento ad alcuni parametri: la febbre, la frequenza degli atti respiratori, la saturazione dell'ossigeno, la tosse e l'eventuale fame d'aria (dispnea).

I casi di Covid 19 più lievi, che non hanno avuto necessità del ricovero in ospedale, una volta ricevuto l'esito negativo dei due tamponi, potranno riprendere gradualmente la propria vita secondo quelle che erano le abitudini di vita precedenti e le comorbidità, verificando sempre la funzionalità respiratoria a riposo e sotto il controllo del proprio Medico di medicina generale e di eventuali altri specialisti.

E per la tutela della disabilità "residua" in ambito medico-legale dovranno essere previsti percorsi basati sul criterio della sicurezza degli accertamenti concordati con gli stake-holders di settore.

Un aspetto particolare e non trascurabile è quello delle persone anziane e fragili, anche se "non-Covid", che sono state costrette a rimanere in casa e che, con il ritorno alla "normalità",

ricominciano a muoversi con un rischio aumentato di caduta e quindi di **“fratture da fragilità”**. In tutti questi casi è opportuno intervenire proattivamente con programmi riabilitativi personalizzati nell'ambito della medicina territoriale insieme agli infermieri di famiglia/comunità in modo da agire preventivamente sul rischio di caduta.

Il Disagio Psicologico nell'età evolutiva nell'epoca “Covid 19”

L'infezione da SARS-CoV-2 ha colpito solo marginalmente bambini ed adolescenti, che comunque sono stati fortemente coinvolti nella trasformazione dei ritmi giornalieri della famiglia, della chiusura delle scuole e del conseguente isolamento. Nel ritorno alla “normalità” è necessario porre particolare attenzione al loro possibile disagio psicologico.

Occorre tener conto del cambiamento emotivo e psichico possibile dopo questa lunga esposizione allo stress da Covid 19, specialmente in questa fascia di età, con azioni mirate di protezione e prevenzione. Tenendo conto che per i minori già in trattamento psicologico il rischio di peggioramento e/o di recidiva è concreto.

Particolare attenzione dovrebbe essere riservata ai bambini ed adolescenti con autismo, ADHD ed in generale di tutti i disturbi del neurosviluppo che, indipendentemente dall'emergenza “Covid 19”, hanno un importante impatto sul sistema famiglia

Nel ritorno al futuro nella nuova normalità potremo tener conto anche del ruolo della **Medicina di Precisione**.

L'esperienza clinica acquisita nel corso della fase acuta dell'infezione da SARS-CoV-2, unitamente alla conoscenza dei dati individuali dei pazienti, ha permesso la raccolta di informazioni scientifiche di fondamentale importanza per una corretta gestione della infezione nelle fasi successive. L'aver individuato nell'età, nella presenza di comorbidità quali neoplasie, ipertensione arteriosa, diabete mellito, ha permesso di identificare un profilo di rischio che può rendere efficace un successivo percorso di prevenzione. È ragionevole ritenere che in questa chiave possa aver un ruolo la Medicina di Precisione.

La **Medicina di Precisione** è un paradigma innovativo per la prevenzione, la diagnosi e la cura di patologie secondo un approccio personalizzato che tenga conto delle variazioni individuali del patrimonio genetico, dell'ambiente e dello stile di vita. Viene considerata la frontiera della ricerca nell'ambito delle scienze mediche nei prossimi anni e, di conseguenza, l'ambito nel quale concentrare le risorse pubbliche per la ricerca e il lancio di specifiche iniziative per finanziare progetti innovativi, finalizzate all'identificazione di nuovi marcatori diagnostici e terapeutici anche per malattie infettive oltre che neoplastiche, metaboliche, degenerative e genetiche. Nella Regione Toscana questo può essere facilitato dalla presenza del Centro Regionale per la Medicina di Precisione (C.R.E.M.E.P.), che vede coinvolti l'Università di Siena, l'Azienda Ospedaliero Universitaria Senese, la Fondazione Toscana Life Sciences.

In questo ambito si potranno attivare le azioni necessarie per promuovere e sostenere le attività funzionali di progetto con obiettivi di eccellenza; procedere alla localizzazione ed allo sviluppo delle attività di ricerca e dei progetti specifici; mettere a fattor comune, condividere e coordinare le conoscenze specialistiche e le piattaforme scientifico-tecnologiche (come ad esempio laboratori clinici e di ricerca, bio-banche, database, infrastrutture informatiche di gestione e analisi dei dati); favorire le azioni di trasferimento tecnologico, gli investimenti e la creazione di valore sul territorio regionale.

SCHEDA 5

IL TERRITORIO-OSPEDALE: TECNOLOGIA FLUIDA

L'epidemia COVID ha cambiato il rapporto con la tecnologia. Ci ha costretto a dematerializzare le relazioni riducendone il peso ed allo stesso tempo spalmandole. Anche il rapporto fra ospedale e territorio sembra dematerializzarsi, creando una zona di intervento per la competenza clinico assistenziale più ampia.

Stiamo assistendo ad una vera e propria **“Rivoluzione digitale”** nella sanità italiana nata per effetto dell'emergenza coronavirus: “sono sempre di più le app sviluppate e in uso nelle regioni italiane per tracciare i contagi, ma soprattutto, in questa fase, per la gestione e l'assistenza da remoto” (*Istant Report Covid-19 dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica*).

La tecnologia diventa capacità di costruire relazioni – ovvero:

- **Integrazione dei dati:** con una pulsione a superare steccati quali modalità rigide di regolare l'accesso ai dati (privacy);
- **Sperimentazione aperta in comunità fraterne:** con minori vincoli a creare innovazioni e maggiore fiducia nata dalla condivisione degli scopi. Con una modalità di sperimentazione per prove ed errori in cui si aggiusta il tiro mentre si procede, sempre accompagnata da consenso informato specifico e da una robusta serie di indicatori di efficienza, esito, costo/beneficio e opinione del cittadino/paziente (PREMS e PROMS). Una modalità generativa dove i rischi sono tutti visibili. Anzi il gioco sta proprio nel correre dei rischi per scoprire qualcosa di nuovo. Si tratta di fare “percorsi di valutazione in *real life*”. In questa situazione un'accelerazione dei fallimenti – sbagliare tanto e subito per trovare la strada migliore e appropriata – funziona attraverso la condivisione delle informazioni dove i percorsi valutativi sono snelli con “introduzione controllata e governata”, comitati etici più “agili”.
- **La telemetria** diventa un metodo di diagnosi. Apre a linguaggi nuovi; ovvero ad algoritmi che sulla base delle capacità espresse da una persona rilevabili da un software collegato alla telecamera renda possibile fare delle valutazioni cliniche. In questa situazione perderemo “peso” e “fisicità” (contatto umano) ed allora serviranno nuove competenze etiche e psicologiche per lavorare ed imparare in teleconferenza. Adesso la telemedicina permette di mantenere i rapporti con gruppi di professionisti che già si conoscono e collaborano. In futuro come si costruiranno nuove collaborazioni? Come sarà la scuola (compresa quella di Medicina?). Diventeranno imprescindibili:
 - telemedicina
 - teleconsulto
 - triage virtuale
 - teleconferenza

Sarà fondamentale che tutte le attività in telemedicina abbiano codifiche specifiche per permetterne la tracciabilità e la valorizzazione anche sotto il profilo tariffario.

Un punto in cui necessariamente dovranno integrarsi nuove competenze sono le **Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)**, quasi embrioni rispetto a dei nuovi nuclei in cui si aggogherà il rapporto fra ospedale e territorio (*“ospedale senza pareti”*). Ovvero uno strumento di continuità assistenziale basato su un team di medici che intervengono su pazienti di gravità “intermedia”,

gestiti a livello domiciliare che hanno un bisogno di monitoraggio che non può essere assolto solo con un contatto telefonico ma che ancora non necessitano di un trasporto in ospedale. Dopo la fase di emergenza le USCA dovrebbero essere riassorbite come personale nell'organizzazione permanente della medicina generale con la nuova denominazione di "Unità Speciali di Medicina Generale". A rotazione a livello di AFT, o più AFT, la componente più giovane e con meno assistiti della Medicina generale e della Continuità assistenziale potrebbe garantire tale servizio. Anche perché si ha l'impressione che la gestione di patologie altamente infettive sia un problema destinato a ripetersi nel tempo (forse legato anche alla scarsa attenzione ambientale nei confronti del nostro pianeta). La risposta a tali patologie difficilmente potrà essere garantita da tutta la medicina generale visti i problemi legati ai DPI e alle necessarie sanificazioni anche dei mezzi di trasporto.

Secondo alcuni dopo la Fase 2 non ci sarà una Fase 3 ma un ritorno graduale alla "**nuova normalità**", perché è con la fase 2 che dovremo sviluppare le azioni adeguate per affrontare un eventuale ritorno dell'epidemia COVID come pure di altre epidemie e/o eventi eccezionali ed improvvisi. Occorre lavorare ad un nuovo modello di organizzazione delle cure che tenga conto della realtà attuale costituita dalla cronicità, dalla multipatologia, dalla fragilità..., che non trova più nell'ospedale (nella sua tradizionale modalità di erogazione delle cure per "reparti/silos") la risposta appropriata ai bisogni complessi delle persone.

In questo ambito è di fondamentale importanza (conditio sine qua non...) la **gestione delle informazioni**: una lezione imparata nel "tempo della COVID-19" che ci indica la stringente necessità di sviluppare le diverse potenzialità tecnologiche di trasmissione, le quali non potranno più essere considerate "accessori volontari", bensì i pilastri dell'appropriatezza e della sicurezza delle cure. Dalla continuità delle cure fra i vari attori ed i vari setting, alla relazione medico-paziente e medico-medico, alla gestione dei Team multiprofessionali e multidisciplinari. Alla implementazione delle raccomandazioni delle Linee Guida e dei PDTA. Ma anche per la raccolta, la gestione e la trasparenza dei **dati** e della loro gestione alla quale dovranno partecipare in modo sempre più attivo i cittadini ed i loro rappresentanti come ad es. il Consiglio dei Cittadini per la salute della Toscana.

Senza mai dimenticare che "l'informazione" non è un atto puramente tecnico-documentale è principalmente un atto di "**comunicazione**" di empatia e come tale deve essere agita specialmente nei confronti dei pazienti più fragili quali quelli che si trovano nelle condizioni di estrema difficoltà (come succede drammaticamente nei casi Covid-positivi in cui l'impedimento comunicativo è aggravato dai necessari dispositivi di protezione individuale). Ma anche nei pazienti "normali" che oggi sono sempre più vecchi, più fragili, spesso dipendenti e spesso confusi occorre sempre ricordare che **il tempo della comunicazione è tempo di cura** (Carta di Firenze del 2005, Codice di Deontologia Medica del 2014, Legge 219/2017 art.1 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento").

Il servizio sanitario, se attaccato da emergenze epidemiche, può divenire più forte se riesce a raccogliere più informazioni possibili ed ad usarle, altrimenti il rischio è il suo rapido collasso. Perché ciò avvenga è necessario che sia presente e costante una "conversazione" reale e generativa fra manager e operatori sanitari, nel rispetto delle attitudini individuali, delle competenze e con il supporto della raccolta dei dati utili alla rimodulazione del servizio.

I dati raccolti devono servire a:

- **analisi del passato**
 - condurre analisi di appropriatezza sui dati estratti dalle cartelle cliniche informatizzate;
 - quanto con le risorse in campo si è riusciti a generare valore (salute, benessere organizzativo e sociale);

- in questo ambito rientra anche La questione delle “**responsabilità**” per la carenza dei DPI, delle lacune sulle modalità del loro acquisto, per la carenza dei reattivi per i test diagnostici, per la carenza dei sistemi di supporto logistico.
- **osservazione del presente**
 - rimodulazione del servizio: se la necessità è per patologie polmonari occorre attrarre quelle competenze necessarie per rispondere al quella emergenza;
 - analisi epidemiologiche e cliniche sulla base dei dati della medicina di laboratorio.
- **progettazione del futuro**
 - preparazione di servizi coerenti con le necessità emerse, in base al valore generato ed alle risorse disponibili ed attivabili;
 - possibile solo se esiste una forte coesione (“vision”) fra manager e operatori.

Da queste analisi usciranno indicazioni che, anche sulla base della legge per la sicurezza delle cure (Legge 24/2017 cosiddetta “Gelli-Bianco”), potranno essere definite come linee guida e buone pratiche.

Per questi motivi avremo bisogno di rivedere e rendere rapidamente operativi tre pilastri necessari **per l'innovazione** :

- a) la revisione dei modelli organizzativi, a tutti i livelli compresi gli assetti normativi, di legge e contrattuali;
- b) la digitalizzazione estesa ed integrata dei processi di cura;
- c) una nuova e diversa formazione per tutti i professionisti sanitari, che sia davvero tale e che tocchi l'informazione, l'addestramento e la motivazione.

Per avere tempi certi, risorse effettivamente disponibili e risultati garantiti si può fare riferimento al modello del **Project Management (PM)** e cioè facendo “progetti”.

Lavorare per progetti significa pianificare, organizzare e coordinare tutte le risorse necessarie per lo svolgimento di attività tra loro correlate e finalizzate al raggiungimento di un obiettivo predefinito in presenza di condizioni di rischio e di vincoli. Peculiarità di questo approccio gestionale è la costituzione di gruppi di lavoro plurispecialistici, costituiti da personale proveniente da diverse aree funzionali aziendali e collocato gerarchicamente su livelli diversi.

Il PM diventa il braccio operativo che lega scelte basate sull'evidenza (EBM) agli strumenti della Clinical Governance e della Qualità, ricordando che ogni innovazione tecnologica comporta sempre una innovazione organizzativa e che deve essere sempre associata ad un piano formativo veramente efficace. Il Project Management può essere uno strumento per favorire anche l'integrazione interdisciplinare, proponendo un coinvolgimento attivo di tutti gli attori del cambiamento del percorso assistenziale.

SCHEDA 6

LE CONDIZIONI PER LA RIPARTENZA – CONTRIBUTO DEI RAPPRESENTANTI DEL CONSIGLIO DEI CITTADINI

Per poter gestire bene il ritorno alla cosiddetta normalità, dobbiamo prendere atto e avere la consapevolezza delle criticità emerse e della difficoltà nell'attuazione di alcune misure essenziali assunte soprattutto per potenziare l'intervento sul territorio, sempre più giustamente considerato come approccio assolutamente strategico.

Le Aziende Sanitarie, in particolare, dovranno essere in grado di rispondere velocemente ai bisogni e alle necessità del territorio snellendo anche le procedure e la catena di comando che deve essere più chiara possibile.

L'emergenza ci ha costretto ad accelerare cambiamenti e innovazioni (organizzative e tecnologiche) quali ad es. la possibilità di ritirare i farmaci direttamente in farmacia (ricetta elettronica) senza ripassare dal medico per ritirare la ricetta, si sperimentano modalità e livelli di collaborazione a distanza, si prevede la modalità di televisita e teleconsulto ai sensi della Delibera GRT n. 510 del 14/04/2020, da registrare nei flussi informativi previsti dalla Delibera GRT n. 464/2020. In particolare alcune innovazioni informatiche (ICT) che possono rendere più partecipata la comunicazione fra i cittadini ed il medico. Si implementano le USCA (Unità Sanitarie di Continuità Assistenziale) che dovranno essere fortemente integrate con i MMG nelle cure primarie.

Tutte innovazioni importanti che, in pochissimo tempo, hanno superato resistenze e difficoltà non solo di tipo tecnologico ma anche, prevalentemente, di tipo burocratico. Queste innovazioni che sono state funzionali nella gestione dell'emergenza, non dovranno essere "perse" ma anzi dovranno essere la base sulla quale prefigurare un diverso futuro del sistema sanitario.

Per queste, e in generale per quanto è stato deciso in termini riorganizzativi, crediamo che sia necessario un robusto sistema di sorveglianza e monitoraggio che risponda velocemente ai problemi e che sia in grado di individuare immediatamente le falle, per porvi tempestivamente rimedio... senza dover aspettare le conseguenze negative sulla salute dei cittadini. Cittadini che sono chiamati ad essere co-protagonisti delle scelte strategiche dei paradigmi del cambiamento.

Si deve passare da un regime dove le responsabilità *"non si sa mai di chi sono e dove sono"*, ad una nuova organizzazione snella, semplice, senza mille passaggi di livello, dove c'è chi prende decisioni condivise e chi le applica, e ne deve rendere conto sulla base degli indicatori di efficacia (esito), di efficienza, di costo/beneficio ma anche delle "opinioni" dei cittadini/pazienti.

Se passiamo alla Fase 2 con le inefficienze e le difficoltà che ancora persistono, rischiamo un ritorno indietro che vanificherebbe i risultati raggiunti.

Ripartire con il Territorio al centro! Che vuol dire, quindi, tamponi processati in tempo reale, individuazione veloce dei positivi, immediato isolamento (se necessario, anche dal contesto familiare nelle strutture alberghiere deputate). Nello stesso tempo occorre che si facciano test sierologici e tamponi di massa (meglio un tampone in più che uno in meno!), con la speranza che siano processati in tempi brevi. Ricordiamo che una delle accuse drammatiche che vengono dalle

RSA è proprio quella del grande ritardo nella esecuzione e nelle risposte dei test per cui gli eventuali positivi hanno avuto il tempo di infettare tutti (ricoverati e personale di assistenza).

Infine occorre mettere in condizioni il sistema e soprattutto le strutture ospedaliere di poter riprendere l'attività specialistica e chirurgica per le patologie "altre" non COVID. Anche qui affrontando in maniera innovativa problematiche specifiche, quali la cronicità, la fragilità e la disabilità, che non possono ancora rimanere in una situazione di incertezza e che dovranno avere un'adeguata presa in carico delle persone nella loro interezza ("care" e "cure") come non sempre è stato nella "normalità" precedente.

Comunque, qualsiasi strategia di ripresa delle attività ambulatoriali territoriali deve partire da elementi di sicurezza misurabili basati su scale di esposizione, prossimità, aggregazione con azioni organizzative tese a rimodulare gli ambienti nell'ottica del distanziamento sociale, utilizzo di barriere separatorie, ventilazione continua, entrate ed uscite separate e diversa organizzazione degli orari, resi flessibili in rapporto alle nuove esigenze, dando come acquisite misure igieniche, sanificazioni degli ambienti, avvisi comportamentali.

Il concetto di salute è da riconsiderare nella sua accezione globale, della persona inserita nei vari contesti. Importante l'elemento culturale e la prevenzione dell'insorgenza delle patologie. Si ricorda che il piano di emergenza è stato per anni "snobbato".

Si ribadisce ulteriormente l'importanza di un'educazione sanitaria alle persone, in relazione alle condizioni di vita. Gestione pratica dell'igiene di comunità e della individuazione di "cluster epidemici". La salute deve tornare ad essere intesa come un concetto ampio e non ridotto in migliaia di piccoli segmenti separati tra di loro. Il forte cambio culturale ci sarà quando verrà ritrovata questa unicità, inclusi gli aspetti psicologici.

SCHEDA 7

LA QUESTIONE ETICA DELLA GIUSTIZIA DISTRIBUTIVA E IL RUOLO DELLE CURE PALLIATIVE

L’epidemia COVID-19 ha portato alla luce questioni di pregnante valenza etica: la Commissione Regionale di Bioetica della Regione Toscana sta lavorando al fine di stimolare il dibattito sulle problematiche etiche emerse e sulla nuova prospettiva che quelle già esistenti stanno assumendo. In particolare, è stato deciso di sviluppare una serie di considerazioni condivise fra la Commissione Regionale di Bioetica (CRB) e l’Organismo Toscano per il Governo Clinico (OTGC) in quanto gli aspetti “etici” sono profondamente connessi con quelli “tecnico-professionali” (e viceversa). Nello spirito che alimenta questo documento, e cioè quello di dare voce ai protagonisti sul campo, si espongono di seguito alcune brevi riflessioni di immediata ricaduta anche pratica.

1) GIUSTIZIA DISTRIBUTIVA

Il tema delle “scelte tragiche”, come sono state definite, tocca quello più ampio della giustizia distributiva, cui consegue la necessità di riflettere sulle figure cui spettano le decisioni, sui contesti in cui ciò avviene e sui criteri da utilizzare per stabilire le priorità. L’ambito delle cure intensive è un modello emblematico per una serie di ragioni, etiche, cliniche, economiche, organizzative ed anche per l’impatto emotivo che, soprattutto nella fase più acuta dell’emergenza Covid, ne ha accompagnato la narrazione.

In proposito si rimanda al documento SIAARTI “Raccomandazioni di etica clinica per l’ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili”¹. Se il ragionamento dei rianimatori italiani all’inizio di marzo era focalizzato sul tema specifico del rischio di squilibrio tra le necessità cliniche della popolazione e la disponibilità effettiva di risorse intensive, oggi la nostra riflessione va estesa ad ogni scelta che il medico è chiamato a fare cercando di bilanciare i bisogni clinici con le risorse che possono tuttavia rivelarsi limitate, sempre che ovviamente ogni sforzo sia compiuto per la possibilità di soddisfare i bisogni in misura appropriata. Non può infatti essere ammessa un’accettazione passiva di una data condizione di risorse: la politica sanitaria deve saper leggere in prospettiva e predisporre scelte organizzative che almeno riducano al minimo le possibilità di trovarsi in una situazione di scarsità di risorse.

Nel documento della SIAARTI si legge, tra l’altro, che “per i pazienti per cui viene giudicato non appropriato l’accesso a un percorso intensivo, la decisione di porre una limitazione alle cure dovrebbe essere comunque motivata, comunicata e documentata”. Correttamente i redattori hanno inserito il tema dell’appropriatezza della risposta clinica che contribuisce, ben oltre il contesto emergenziale, ad un equo uso delle risorse limitate, rendendo meno tragiche le scelte per una più ampia disponibilità “liberata” dagli interventi inappropriati o futili. Anche in situazioni “normali”, infatti, viene comunque e sempre operato un triage di accesso alle risorse di più alto contenuto specialistico e tecnologico, come quelle delle terapie intensive, e si deve doverosamente ricordare che nel processo decisionale non si può non ascoltare la voce del paziente, ai sensi della legge 219 del 2017.

Ancora in ottemperanza agli indirizzi di fondamentale valenza etica contenuti nella legge 219/2017, è da ricordare l’assoluta necessità di garantire competenze comunicative al personale sanitario, da utilizzare, nell’emergenza COVID - e nella quotidianità dell’assistenza medica -, sia verso i pazienti, che all’interno dei team multidisciplinari e interprofessionali: tali competenze devono tener conto

anche dei temi della bioetica, del curare ("cure") e del prendersi cura ("care"). Come chiaramente è emerso in corso di pandemia, un'adeguata comunicazione è importante anche per i risvolti verso la cittadinanza, quale impegno etico e doveroso presupposto che contribuisce ad orientare correttamente i comportamenti individuali e collettivi.

Sul tema delle scelte tragiche è intervenuto anche il Comitato Nazionale per la Bioetica nel suo documento "Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del triage in emergenza pandemica"¹: in esso è riconosciuto "il criterio clinico come il più adeguato punto di riferimento" e si mette in guardia da decisioni basate su criteri quali "il sesso, la condizione e il ruolo sociale, l'appartenenza etnica, la disabilità, la responsabilità rispetto a comportamenti che hanno indotto la patologia, i costi". Più delicata la questione dell'età: è questo un criterio emergenziale, certamente dilemmatico, evidentemente appellabile solo dopo aver esperito ogni possibile valutazione di appropriatezza clinica.

Tanto premesso e considerando che la "fase 1" dell'epidemia Covid volge al termine, si può tentare qualche riflessione sulla base della esperienza fatta sul campo che si riporta di seguito:

- A) *"Sono arrivati al P.S. molti malati anziani con comorbidità importanti e quadri gravi di malattia respiratoria acuta covid-correlata che, quindi, non avrebbero comunque avuto nessuna possibilità di rimanere vivi, indipendentemente dal trattamento ricevuto: questi malati vanno "intercettati" al proprio domicilio, vanno indirizzati ad una "pianificazione anticipata delle cure" (Legge 219/2017) e deve loro essere proposto di rimanere al proprio domicilio per una morte dignitosa o il non ricovero e il rientro al proprio domicilio, se già portati in P.S.: questo è però possibile solo se attuata efficacemente l'integrazione tra le cure primarie e gli specialisti ospedalieri (urgentisti, pneumologi o rianimatori che siano);*
- B) *molti malati sono stati sottoposti a trattamenti rianimatori invasivi quando, già con il solo "criterio clinico" era chiaro che le cure intensive invasive non avrebbero potuto avere esito positivo a causa non solo della gravità della malattia e dello stato clinico pre-infettivo del malato, ma anche dell'eccessivo livello di invasività cui sono sottoposti in T.I.: paradossalmente alcuni di questi malati, se adeguatamente assistiti con cure "ordinarie" hanno maggior possibilità di esito positivo. In questo senso, il criterio della "appropriatezza clinica" deve sempre improntare la scelta terapeutica: come nei casi descritti al punto 1, anche in questo si può ipotizzare la possibilità di una "consulenza" etico-clinica" da offrire ai medici ospedalieri in casi non immediatamente chiari;*
- C) *se sono mancati posti-letto di T.I., non è solo comprando un ventilatore polmonare che si genera un posto-letto intensivo: per curare una malattia respiratoria grave occorre personale esperto, attrezzature e materiali adatti, spazi congrui: come sono state previste "camere di esondazione" in caso di piena dell'Arno, così dobbiamo prevedere spazi e modi per affrontare in area critica prossime epidemie;*
- D) *oggi in Toscana abbiamo un numero limitato di posti letto di riabilitazione post ricovero in T.I.: non saranno sufficienti per tutte le richieste che avremo. Quale criterio deve essere utilizzato per l'ammissione in carenza di risorse e in presenza di eguale appropriatezza clinica? Chi dovrà decidere? Nel provvedere a questa conseguente emergenza, dobbiamo contestualmente riflettere sull'ipotesi di creare un gruppo di lavoro che formalizzi le azioni da porre in essere e i criteri di triage, sia in questa situazione specifica, sia più in generale nelle future eventuali situazioni di carenza di risorse".*

2) CURE PALLIATIVE

Un elemento fondamentale, e di inevitabile valenza etica, per una adeguata gestione dell'assistenza ai pazienti in corso di emergenza COVID è quello che concerne la doverosità dell'offerta delle cure palliative. Se davvero vogliamo porre la persona al centro della cura, coinvolgendola nelle scelte che la riguardano, e non demandando la decisione se ricoverare o meno un paziente con sospetta Covid-19 soltanto ai parametri biomedici, le cure palliative devono finalmente diventare risorsa integrativa e non alternativa per i pazienti affetti da gravi patologie croniche, oncologiche e non, Covid positivi o meno. Su quale possa essere il contributo della palliazione nello specifico dell'epidemia che stiamo affrontando, si ritiene che la testimonianza diretta dal campo che riportiamo di seguito integralmente possa costituire un utile stimolo alla riflessione.

Cure palliative in tempi di COVID-19

“L'approccio palliativo non cessa di essere attuale. Anzi, mai come in questo momento la fragilità e la terminalità sono temi predominanti nello scenario sanitario. I pazienti colpiti da COVID-19, che sviluppano una forma grave di malattia, possono essere candidabili a cure intensive. Di questi, una parte guarirà dalla malattia, una parte ne sarà sconfitta ed andrà incontro a morte. I pazienti che, per comorbidità o fragilità preesistenti, non sono candidabili a cure intensive, andranno incontro all'evoluzione naturale della malattia, che, anche in questo caso, potrà condurre a guarigione o morte. In tutte queste situazioni è opportuno che i medici palliativisti affianchino i colleghi operanti nei diversi setting.

In ospedale una prima selezione è effettuata all'ingresso, onde identificare il percorso di cura più idoneo per “quel” paziente. Già in questa prima fase la competenza del palliativista potrebbe utilmente affiancare i vari team nella scelta del piano di assistenza, anche se, in virtù della limitatezza delle postazioni di cure intensive, non sono documentati casi di trattamento inappropriato (utile una riflessione a questo riguardo: la scarsità delle risorse ne ha determinato un utilizzo più consapevole, quale sarebbe però auspicabile anche nella “normalità”).

L'approccio palliativo, da tempo non più legato soltanto alle fasi dell'End-of-Life con lo sviluppo dei concetti di cure palliative simultanee e precoci, può essere utile da subito in tutti i pazienti sintomatici e potenzialmente gravi, per favorire l'inquadramento generale del caso, la gestione della comunicazione con il paziente e la famiglia, nonché la gestione dei sintomi, frequenti e gravi in questa condizione.

Questa opportunità si fa ancor più pressante nei casi critici, sia per i pazienti in terapia intensiva non sedati che, soprattutto, per i pazienti non candidabili alle cure intensive, perché meno sorvegliati e più “soli”, anche da un punto di vista assistenziale. Gli ammalati sono accolti in stanze con porta chiusa e le visite dei sanitari sono ridotte al minimo indispensabile; nella condizione di emergenza attuale l'assistenza è slegata, quasi totalmente, da una visione onnicomprensiva delle diverse dimensioni del soggetto e ricondotta in maniera fredda alla valutazione dei parametri vitali. Normalmente questi pazienti non sono informati della loro reale situazione clinica, quindi non possono avvalersi di una pianificazione condivisa delle cure, in evidente contrasto non solo con i principi della deontologia medica, ma anche con quanto previsto dalle normative vigenti (Legge 219/2017). Essi non possono condividere le loro paure, i loro valori, non possono salutare i propri cari né essere confortati nel momento del grande passaggio, di per sé critico per tutti, ma ancor più spaventoso se vissuto in solitudine. Come testimoniato dai Colleghi che lavorano nei reparti COVID, capita frequentemente che pazienti non sedati siano trovati privi di vita al mattino, quando viene riaperta la porta della stanza per la visita: ciò significa che, nella maggioranza dei casi, questi pazienti sono morti letteralmente “soffocati”.

È doveroso richiamare alla memoria l'ormai storica legge 38/2010, ma anche l'intervento sui LEA del 2017, che ha ulteriormente confermato come le cure palliative siano un diritto in ogni setting di cura e per ogni patologia che possa giovare di un approccio specifico sui sintomi.

A domicilio, i pazienti alla fine della vita per infezione da COVID hanno bisogno dell'assistenza specialistica alla pari dei pazienti affetti da insufficienza respiratoria di altro tipo, ma in questo setting l'assistenza è pesantemente limitata dalla carenza di DPI: è questo un altro importante problema, perché i principi delle cure palliative, la deontologia medica, la legge 38/10, la legge 219/2017 ed i LEA del 2017 valgono anche per loro. I pazienti assistiti a casa sembrano però una piccola percentuale, per la quale ci pare più facile attivare il servizio di cure palliative, forse anche perché i medici di medicina generale sono restii a fare visite domiciliari ai pazienti COVID positivi, in primis per la carenza di DPI, e più facilmente cercano la collaborazione dei palliativisti (come riportato all'inizio, è degno di riflessione il fatto che si arrivi a comportamenti virtuosi partendo da ragioni apparentemente sbagliate...)"

SCHEDA 8

GARANTIRE IL RITORNO ALLA “NORMALITÀ” ALLA PERSONA CON DIABETE – COMMISSIONE PERMANENTE PER LE ATTIVITÀ DIABETOLOGICHE

Premessa

L'emergenza COVID ha di fatto sospeso gran parte delle attività specialistiche diabetologiche ambulatoriali, in special modo quella relativa a servizi allocati all'interno delle strutture ospedaliere. Per far fronte alle aumentate esigenze dei reparti di degenza, il personale medico e infermieristico dei servizi di diabetologia in molti casi è stato impiegato in area COVID o come supporto ai reparti di Medicina.

I servizi di diabetologia hanno potuto garantire gli accessi alle visite urgenti e prioritarie, riservate a pazienti con scompensi metabolici, alle nuove diagnosi del diabete tipo 1, alle donne con diabete in gravidanza e alle complicanze attive, in particolar modo al piede diabetico.

L'utilizzo della telemedicina (televisita) ha permesso, invece, di mantenere il contatto con gran parte della popolazione diabetica che aveva visite di controllo in programma durante il periodo di emergenza, ed il suo sviluppo permetterà una migliore qualità dell'assistenza.

L'avvio della Fase 2, e più che altro il ritorno alla “normalità”, pone il problema di garantire ai pazienti con diabete la ripresa del loro percorso di cura, integrato tra MMG e servizi di diabetologia.

In quest'ottica bisogna tenere in considerazione le opportunità offerte dalla telemedicina, come strumento essenziale non solo per la riduzione degli accessi fisici e quindi per il distanziamento, ma anche e soprattutto, in una visione più ampia, come mezzo per il miglioramento della qualità dell'assistenza.

Obiettivi

- **Far ripartire** l'assistenza a favore delle persone con diabete e in assoluta sicurezza sia per i pazienti che per gli operatori. Il procrastinarsi del blocco delle cure potrebbe tradursi nel breve-medio periodo in un'aumentata incidenza di mortalità correlata al diabete, di ricoveri ospedalieri, di riacutizzazione delle complicanze. Tutto ciò aggraverebbe le condizioni cliniche della popolazione diabetica con pesanti ricadute sui costi del SSR in una situazione già estremamente critica.
- **Definire** le priorità di cura e le modalità di accesso e presa in carico all'interno dei diversi setting assistenziali e nei diversi luoghi di cura, con potenziamento dell'integrazione tra ospedale - cure primarie e specialistiche.
- **Indirizzare** l'attività specialistica diabetologica verso tipologie di pazienti complessi (DM1, DM2 in terapia multi-iniettiva, pazienti portatori di sistemi di monitoraggio glicemico e/o infusione di insulina, complicanze attive, gravidanza, piede diabetico).
- **Implementare** il day service diabetologico in quanto strumento più idoneo per una valutazione complessiva delle complicanze croniche, anche come punto di incontro fra competenze multispecialistiche e medico di medicina generale.
- **Costruire** una rete assistenziale all'interno della quale la **telemedicina** sia strumento fattivo, di un modello di cura più efficace e innovativo. Con tale strumento potranno essere valutati

i pazienti che non rientrano nelle categorie su riportate unitamente a quelli fragili che hanno difficoltà a spostarsi (non autosufficienti, ricoverati in RSA, ecc).

- **Potenziare** attraverso la rete diabetologica la cura dell'**obesità**, patologia strettamente correlata al diabete, promuovendo sia gli aspetti di prevenzione (promozione dei corretti stili di vita) che quelli di cura (interventi cognitivo-comportamentali, farmacologici e, limitatamente ai casi più complessi, di chirurgia bariatrica).
- **Sviluppare** la rete informatica regionale e aziendale per creare collegamenti efficaci tra la rete clinica diabetologica e i MMG (teleconsulto). Il teleconsulto con la Medicina Generale dovrebbe essere considerato lo strumento principale per il rinnovo dei piani terapeutici.
- **Dislocare** più efficacemente le risorse umane, economiche e strutturali per garantire la presenza del team diabetologico completo in tutte le sue figure.
- **Identificare** e orientare il modello organizzativo verso nuovi indicatori di performance clinica, sfruttando gli strumenti digitalizzati in dotazione alla diabetologia.

SCHEDA 9

LA SALUTE DELLE DONNE – RITORNO ALLA "NUOVA NORMALITÀ" – CENTRO DI COORDINAMENTO REGIONALE PER LA SALUTE E LA MEDICINA DI GENERE

Le statistiche rilevate nel mondo hanno evidenziato che l'infezione da SARS-CoV-2 produce effetti diversi negli uomini e nelle donne, non tanto per la morbilità che sembra uguale, quanto per la mortalità che è notevolmente superiore negli uomini. Naturalmente questi dati devono essere aggiornati e disaggregati per evitare ipotesi affrettate (non tutti i Paesi hanno raccolto e riportato i propri dati disaggregati per sesso e genere).

L'Italia, da sempre molto impegnata nello studio delle differenze di genere, ha rilasciato da subito dati disaggregati e secondo i dati riportati nel bollettino della sorveglianza integrata (aggiornamento del 23 aprile 2020), la percentuale di letalità per gli uomini è circa il doppio di quella delle donne (17,1% e 9,3% rispettivamente). Un dato interessante è che donne Covid19- positive si negativizzano prima rispetto agli uomini. Dai dati più recenti dell'Agenzia regionale di Sanità Toscana (ARS) risulta che sotto i 60 anni la prevalenza dell'infezione è lievemente maggiore nelle donne, tra i 60 e i 79 anni ci sono più casi tra gli uomini e dopo gli 80 anni nuovamente tra le donne.

Conoscere le reali differenze di sesso e genere in termini di incidenza e letalità rappresenta il primo passo per investigare i meccanismi biologici e/o sociali alla base di queste differenze al fine di identificare strategie preventive e bersagli terapeutici specifici. Politiche di intervento che prendano in considerazione le **esigenze delle donne che lavorano in prima linea**, vedi le operatrici sanitarie, potrebbero aiutare a prevenire i più alti tassi di infezione che vediamo nel sesso femminile in questa fascia di popolazione. Inoltre, uomini e donne tendono a reagire in modo diverso ai potenziali vaccini e trattamenti, quindi avere accesso a dati disaggregati per sesso risulterà fondamentale per condurre studi clinici più appropriati.

La Salute delle Donne

L'epidemia in corso determinata dal virus SARS-CoV-2 ha giustamente concentrato l'attenzione sulle misure di contenimento messe in atto per opporsi alla sua diffusione. Pur essendosi trattato di una priorità non si deve comunque dimenticare che vi sono anche altre priorità a cui dare attenzione perché la vita continua e le persone hanno anche altri bisogni, specialmente nella fase del ritorno alla "normalità".

Queste priorità sono del tutto evidenti per quanto riguarda "la salute delle donne" per le quali è necessario non interrompere le offerte assistenziali che, anzi, debbono essere ulteriormente rinforzate. Le donne, infatti, sicuramente rientrano tra le categorie che maggiormente sono state svantaggiate nel periodo pandemico, per il carico di lavoro che hanno dovuto affrontare (basti pensare alle donne medico, alle infermiere e alle operatrici delle altre professioni sanitarie), per l'ansia di non potere affrontare problematiche indifferibili riguardo alla propria salute, per la solitudine vissuta in alcuni momenti unici e tipici della loro vita, come ad esempio il parto.

Per la tutela della salute delle donne, in questo periodo di "rivoluzione", è stata messa in evidenza l'importanza della centralità dell'attività sul territorio, prima fra tutte quella delle **strutture consultoriali**, che non hanno mai cessato la loro attività permettendo il completamento di percorsi diagnostici e terapeutici al di fuori delle strutture ospedaliere.

È necessario fare tesoro di questa esperienza per il ritorno alla "normalità" con un loro potenziamento, rivalutando l'adeguatezza degli spazi offerti per consentirne la sicurezza del distanziamento, garantendo la presenza di equipe multi professionali e prevedendo adeguati "refresh" formativi.

Deve essere valutato attentamente il prosieguo degli **screening** dedicati alla salute femminile, pur nel rispetto delle misure di sicurezza per evitare eccessive dilazioni nel tempo, come invece accaduto. Nei **sospetti oncologici** è necessario prevedere il mantenimento in tutti casi delle attività diagnostiche ed eventualmente terapeutiche nei tempi più rapidi anche organizzando le specifiche adeguate strutture.

Alcune considerazioni di quanto la pandemia ci può aver insegnato:

a) **La Gravidanza**

Tutte le aziende sanitarie della Toscana, con una richiesta del Coordinamento regionale del Percorso Nascita, hanno provveduto alla stesura di specifiche procedure aziendali che sono state recepite successivamente con Delibera Regionale n. 510 del 14/04/2020.

Le gravidanze, nonostante il coronavirus, non potevano non andare avanti, evidenziando esigenze indifferibili dal momento che alla gravidanza non può essere imposto un lockdown. Si è reso necessario garantire le prestazioni relative al **percorso nascita**, nel rispetto delle misure anti-Covid 19 (anche nei casi di isolamento e/o di ricovero), rispettando le indicazioni delle società scientifiche sia per quanto riguarda i test di screening (genetici e non solo) sia per quanto riguarda l'esecuzione dei controlli clinici ed ematochimici. Fino al momento del **parto** che, a maggior ragione deve essere tutelato in questa evenienza epidemica, in quanto rappresenta un evento unico nella vita delle donne e delle coppie con ricadute sociali, affettive e relazionali. Nel rispetto delle indicazioni date per il contenimento dell'epidemia è necessario che le donne non siano lasciate sole in questo delicato momento e a loro deve essere garantita, nel momento del parto, con tutte le necessarie attenzioni di tutela della trasmissione infettiva, la presenza del partner o comunque di una persona di fiducia che le supporti e che condivida con loro questa esperienza. Come pure il mantenimento di tutte quelle attenzioni all'assistenza e al sostegno che il rapporto "one to one" con l'ostetrica favorisce.

In caso di gravidanze indesiderate è necessario che sia garantito il percorso per le **Interruzioni Volontarie di Gravidanza**, garantendo la certificazione e l'intervento nei tempi previsti dalla legge. L'esperienza della pandemia ci ha confermato l'importanza di ricorrere in misura maggiore **all'aborto medico (farmacologico)**, che offre maggiore sicurezza per la salute delle donne e può essere effettuato fuori delle sale operatorie (contingentate nella fase 1 dell'epidemia), minimizzando i rischi di salute per le donne e gli operatori, tenendo nel debito conto percorsi separati nel caso di positività alla Covid 19. In questi casi deve essere riservata particolare attenzione all'offerta di un **sostegno** di fronte alle incertezze ed ai legittimi timori che la situazione comporta. Essenziale quindi implementare strumenti di informazione e comunicazione efficace anche riguardo alle tematiche poste dall'epidemia in corso.

b) **Donne vittime di violenza domestica**

Le misure restrittive relative al lockdown hanno costretto le famiglie ad una convivenza forzata che può avere favorito e l'insorgere di conflittualità relazionali o aggravare quelle già esistenti. In queste condizioni l'emersione del fenomeno può essere inoltre resa più difficoltosa per difficoltà dell'azione di controllo dell'abusante. Il timore del Covid ha, inoltre, agito come deterrente per l'accesso al Pronto Soccorso, se non per i casi più gravi, riducendo il riconoscimento di molti episodi di maltrattamento che sono quindi diventati "invisibili" e sui quali occorrono opportune strategie per favorirne l'emersione, specialmente nei casi in cui per la donna si renda necessaria una condizione di quarantena, in particolare in presenza di minori. Sarebbe opportuno che tutte le Istituzioni interessate si

adoperassero per soluzioni che garantiscano l’allontanamento degli uomini maltrattanti e permettendo alle donne e, soprattutto ai minori, di restare nella propria casa. Si devono dare informazioni (utilizzando tutti i mezzi a disposizione, media, social, ecc...) circa i percorsi di aiuto disponibili facendo riferimento al numero **1522**, ai servizi consultoriali, ai MMG a cui è opportuno rivolgersi anche in caso di lesioni non ritenute gravi in alternativa al PS, alle case di accoglienza e a tutte le organizzazioni presenti nelle singole zone. È necessaria una formazione costante nei confronti di questi operatori al fine di facilitare l’attivazione di questi percorsi. Nella nostra Regione con il D.D. n.5091 del 07/04/2020 (che sarà in vigore fino al 31/07/2020, salvo proroghe) è stato adottato, con il contributo del gruppo dei referenti aziendali del **Codice Rosa**, un “piano d’azione della Rete Regionale Codice Rosa per l’emergenza Covid-19”.

c) **Donne in carcere**

Durante la pandemia si è reso evidente come la popolazione carceraria rappresenti una popolazione “doppiamente a rischio” sia per la condizione di comunità per la diffusione dell’epidemia, sia per le restrizioni già presenti in precedenza. Si è evidenziata la problematica drammatica delle detenute con con minori per le quali, tanto più in questo periodo, dovrebbero essere possibili misure alternative. Anche in questi casi risulta fondamentale l’attività territoriale e ne è auspicabile il suo potenziamento, unitamente alla diffusione delle notizie necessarie per il controllo dell’epidemia, allo stato di salute della struttura e il mantenimento di percorsi finalizzati a ridurre la solitudine.

SCHEDA 10

FASE 2 – SISTEMA TRASFUSIONALE – CENTRO REGIONALE SANGUE (CRS)

Nonostante l'emergenza Covid 19 la raccolta di sangue non si è fermata grazie alla generosità dei donatori.

L'insorgere dell'emergenza sanitaria legata alla Covid 19 e le misure straordinarie per prevenirla hanno fatto registrare un calo di affluenza generalizzato in tutte le sedi di raccolta a livello nazionale dovuto sia alla paura dei donatori di fronte a questa nuova malattia, ma soprattutto alle limitazioni di spostamento e di accesso negli ospedali.

Gli appelli alla donazione si erano resi necessari nell'immediatezza dell'emergenza per garantire ogni giorno trasfusioni a 1800 pazienti, a questi è seguita una risposta straordinaria.

Nella prima settimana di marzo c'è stata una riduzione del 10% delle donazioni a livello nazionale, da 48.000 a circa 43.000, ma il sistema ha retto per la contemporanea riduzione degli interventi programmati, senza bisogno di attingere alle scorte per le maxi-emergenze.

Durante la seconda settimana di marzo, invece, dopo gli appelli a favore delle donazioni delle Associazioni di Volontariato e delle Istituzioni, la raccolta ha visto un'impennata del 12%, fino a 53.600 unità.

Nel giro di una settimana, anche grazie ai chiarimenti sulle modalità di spostamento che ricomprendevano anche i donatori nei motivi sanitari, si è registrato un grande afflusso di donatori in tutte le regioni, che ha permesso non solo di ripristinare le scorte ma anche di assicurare la compensazione interregionale.

Come sempre la grande risposta concentrata in brevi periodi può creare eccedenze e criticità a medio lungo termine con la ripresa delle normali attività chirurgiche che vedranno un loro intensificarsi per recuperare sui blocchi di questo periodo delle attività programmate.

Quindi ora la solidarietà non deve fermarsi, ma è necessario programmare accuratamente la raccolta per assicurare la continuità delle terapie trasfusionali, tenendo conto del fatto che la durata dell'emergenza, e dei suoi riflessi sui donatori e sulle attività sanitarie, non è ancora nota.

Al momento attuale di inizio della Fase 2 il monitoraggio relativo all'andamento regionale della produzione e del consumo delle unità di globuli rossi, svolto dal Centro Nazionale Sangue con cadenza settimanale, mostrano un significativo aumento dei consumi, da intendersi verosimilmente correlato alla graduale ripresa delle ordinarie attività di cura ospedaliere, rallentate quasi ovunque a causa dell'emergenza legata al Covid-19. Questo, rende necessario l'inizio di una Fase 2 anche per la raccolta di sangue, fondata soprattutto sulla prenotazione della donazione, strumento che garantisce la programmazione ed evita assembramenti nelle sale di attesa dei centri trasfusionali, e accurata programmazione delle attività di chiamata dei donatori e di donazione di sangue e plasma per assicurare anche nelle prossime settimane la necessaria continuità delle terapie trasfusionali, e prevenire situazioni di possibile carenza che possono impattare negativamente sul regolare svolgimento delle attività sanitarie ad esse correlate, però è necessario programmare accuratamente la raccolta, tenendo conto del fatto che la durata dell'emergenza, e dei suoi riflessi sui donatori e sulle attività sanitarie, non è ancora nota.

La Fase 2 del sistema trasfusionale vede una importantissima esperienza in atto relativa allo **studio sperimentale relativo all'utilizzo a scopo terapeutico il plasma iperimmune** di pazienti guariti dal Covid-19 su malati con polmonite.

L'utilizzo precoce del plasma iperimmune, utilizzato in pazienti in respiro spontaneo e/o non sottoposti a ventilazione meccanica, potrebbe avere un ruolo importante nel ridurre il rischio di sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS) e di trasferimento in Terapia Intensiva migliorando la sopravvivenza e la durata della degenza di questi pazienti. Inoltre lo studio si propone di esplorare il tempo alla negativizzazione del tampone nasofaringeo nei pazienti trattati con plasma. La possibilità di disporre di donatori locali permette in linea di principio la creazione di una immunità specifica acquisita contro l'agente infettivo nei confronti del ceppo virale locale, che potrebbe nel tempo mutare rispetto al ceppo wild type.

La Regione Toscana ha avviato lo studio sperimentale, no-profit, con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana quale centro promotore e coordinatore che coinvolge tutta la Regione Toscana e che ha raccolto l'adesione anche delle Regioni aderenti all'Accordo PLANET (Lazio, Campania, Marche e Ispettorato Sanità Militare) che hanno condiviso con la Regione Toscana il percorso della gara di plasmaderivazione ed ha aderito allo studio anche la Regione Umbria. Lo studio vede la collaborazione, in ogni Regione, di moltissime realtà quali il Centro Regionale Sangue, le UO di Malattie Infettive, le UO di Virologia, le UO di Anestesia e Rianimazione, le UO Medicina Trasfusionale.

Il sistema trasfusionale con il supporto strategico da sempre assicurato dalle Associazioni di Volontariato dovrà sollecitare donatori che siano eligibili per questo studio a partecipare incrementando il numero dei soggetti ospedalizzati e dimessi in quanto spesso di età avanzata, con comorbidità e poco eligibili per sottoporsi a plasmaferesi.

Se la sperimentazione darà i risultati sperati, si potrà eventualmente pensare alla produzione industriale di plasma o di gamma-globuline iperimmuni a titolo noto di anticorpi anti SARS-Cov-2, come lo è stato, ad esempio per il tetano, Epatite B, un prodotto standardizzato di grado farmaceutico, con caratteristiche di costanza e ripetibilità senza denominazione commerciale.

È auspicabile quindi che la donazione di plasma da parte dei guariti di COVID-19 riesca ad arruolare il maggior numero di donatori possibili, a cominciare proprio dai donatori abituali.

Sintesi delle criticità emerse nella fase di emergenza e punti di forza da non perdere:

Criticità

- a) Operatività dei singoli Servizi Trasfusionali parametrata su bisogni e consuetudini locali.
- b) Attenzione prevalente verso la donazione di sangue e sottovalutazione della importanza della plasmaferesi.
- c) Sistemi informatici locali con riversamenti non in tempo reale dei dati sul sistema informatico regionale.
- d) Grave carenza di personale sia medico sia infermieristico fattore questo che ha fortemente condizionato l'operatività del Servizio trasfusionale.

Punti di forza

- a) **Forte sinergia** Regione Toscana, CRS, Associazioni della donazione e operatori dei ST.
- b) **Organizzazione per Aree Vaste** con funzioni di lavorazione e validazione degli emocomponenti allocate nelle 3 officine e nei 3 CQB.
- c) Aver promosso negli anni la **donazione periodica**, aver realizzato un Sistema trasfusionale basato prevalentemente su **Strutture trasfusionali pubbliche** e aver abolito l'uso delle autoemoteche.

- d) Aver implementato il **Meteo del sangue** al fine di generare una consapevolezza che i bisogni sono regionali e non certo di singola struttura ospedaliera.
- e) Aver creato scorte strategiche per le **maxi emergenze**.
- f) **Una buona informatizzazione** del Sistema trasfusionale toscano seppur ormai superata e obsoleta.

Obiettivi da perseguire

- **Completamento della informatizzazione** creando così le condizioni per un vero sistema a rete capace di monitorare in tempo reale bisogni, disponibilità, operatività e margini di miglioramento.
- **Superamento della cultura della emergenza** e implementazione di scorte e disponibilità capaci di garantire l'operatività del Sistema sanitario sia in situazioni di routine sia in previsione di emergenze.
- **Miglioramento della organizzazione dei Servizi trasfusionali** anche attraverso un uso più attento e qualificato della AgenDona al fine di evitare afflussi non programmati dei donatori anche attraverso il consolidamento della pratica della programmazione e della prenotazione che finalmente, in questo clima di emergenza da Coronavirus, sono diventati consuetudine per operatori e Associazioni di volontariato.
- **Sviluppo della plasmateresi** per far fronte ai bisogni crescenti di plasmaderivati.
- **Sviluppo di terapie emergenti basate sull'utilizzo di plasma e plasmaderivati**. Supporto, controllo e monitoraggio di produzione industriale di nuove terapie basate sul plasma donato e suoi derivati.
- Organizzazione dei Servizi trasfusionali su **giorni di apertura e fasce orarie** che rispondano sempre più e sempre meglio ai bisogni dei donatori.
- **Miglioramento della programmazione dei donatori per tener conto dei bisogni differenziati sulla base dei gruppi sanguigni**.

SCHEDA 11

IL SISTEMA REGIONALE PROCUREMENT E TRAPIANTO DI ORGANI E TESSUTI: FASE 2 ORGANIZZAZIONE TOSCANA TRAPIANTI (OTT)

Nei giorni e settimane della pandemia OTT e la sua rete di coordinamenti locali, centri trapianto, banche delle cellule e tessuti e laboratori hanno mantenuto i loro rapporti istituzionali ed operativi. OTT ha partecipato costantemente ai lavori del Centro nazionale Trapianti e della Consulta contribuendo anche a livello nazionale a mantenere attivo il sistema di procurement e di trapianto; la Regione Toscana ha promosso presso il CNT un costante intervento di sensibilizzazione al fine di ottenere un documento formale di Istituto Superiore di Sanità per sostenere le attività in un particolare e difficilissimo momento. Contestualmente OTT con il suo Ufficio e il Settore di Afferenza hanno avviato un intervento regionale condiviso ai vari livelli operativi per poter formulare una delibera di giunta utile al rafforzamento della rete procurement e trapianto e il 04.05.2020 è stata approvata la DGR 572 “Indicazioni operative per contrastare la riduzione delle attività di donazione e controllare le possibili criticità organizzative dei centri trapianto al fine di garantire il trapianto in periodo di emergenza COVID-19”, di cui pubblichiamo una rielaborazione dell'allegato che rappresenta di fatto l'impegno e il modello di lavoro di OTT e dei suoi operatori nell'ambito del programma di OTGC rispetto ai “Nuovi modelli di governance per l'appropriatezza delle cure”

Il contesto del trapianto in era COVID-19

Il trapianto costituisce un Livello Essenziale di Assistenza e terapia salvavita per i pazienti interessati da insufficienza d'organo terminale e quindi l'attività chirurgica del trapianto ha le caratteristiche della urgenza sia perché in grado di interrompere il processo di deterioramento sistemico nel potenziale ricevente sia in quanto connesso alla disponibilità di un donatore, condizione scarsamente programmabile ma indispensabile per procedere al trapianto: quindi si tratta di una attività non opzionale comunque da mantenere e preservare che deve essere protetta anche in questo periodo, come richiamato nella nota del Ministero della Salute DGPRES 0007939 del 10.3.2020 (“Emergenza epidemiologica da COVID-19: attività di donazione e trapianto di organi e tessuti da donatore cadavere”). Le profonde modificazioni dei percorsi di area critica, delle funzioni delle terapie intensive hanno prodotto notevoli cambiamenti nelle organizzazioni ospedaliere:

- a) Riduzione programmata di spazi assistenziali non-COVID dedicate ai percorsi delle reti tempo dipendenti, percorsi sui quali si basa il procurement di organi e tessuti.
- b) Letti di terapia intensiva COVID che coprono al momento circa il 60% del contingente regionale con conseguente limitazione degli spazi operativi nei quali poter assicurare l'espletamento dell'accertamento della morte encefalica indispensabile al prelievo di organi.
- c) Centri di trapianto fortemente protetti strutturalmente e funzionalmente nelle loro attività, comunque molto condizionati dalle problematiche derivanti dal mantenimento dei livelli di sicurezza rispetto alla diffusione ed effetti del virus su donatori e riceventi. La nostra Regione pur avendo registrato nel periodo di emergenza epidemiologica COVID-19 una contrazione delle segnalazioni di potenziali donatori e di trapianti, risulta ancora ad oggi, secondo i dati del CNT, la prima Regione per donazioni e trapianti per valori di PMP.

Sulla base di quanto detto ci sembra necessario fornire indicazioni alle Aziende sanitarie, anche tenendo conto dei recenti Atti del Centro Nazionale Trapianti, trasmessi agli Assessorati, contenenti

indicazioni e raccomandazioni sulla gestione delle attività di donazione e trapianto e i rischi specifici in presenza della pandemia COVID 19.

Raccomandazioni per il mantenimento e miglioramento del percorso trapiantologico in corso di pandemia da COVID-19 al fine di garantire l'accesso al trapianto delle persone con insufficienze d'organo terminali:

1. Il procurement trova le sue basi nelle reti delle patologie tempo dipendenti (circa il 95% delle donazioni) e in particolare in ordine di frequenza da: ictus, trauma maggiore, infarto / arresto cardiaco e quindi è logico che negli ospedali dove i percorsi clinico assistenziali sono gravemente condizionati dalla emergenza pandemica COVID-19 sia necessario reingegnerizzare anche il percorso di procurement.
2. È necessario mantenere efficiente il collegamento tra coordinamento locale, pronto soccorso, terapia intensiva, direzione sanitaria in modo tale che possano essere rilevate precocemente le condizioni che mettono in difficoltà i percorsi delle patologie tempo dipendenti (divisione percorsi COVID e non-COVID) e conseguentemente gli effetti sul procurement dalle quali deriva.
3. Il Coordinatore Locale procede in accordo con la Direzione alla reingegnerizzazione del percorso di procurement sulla base delle nuove condizioni organizzative e di conseguenza richiedenti adeguamenti operativi; in particolare deve essere definita la procedura aziendale di procurement di organi e tessuti in aree non-COVID.
4. Il Coordinatore regionale deve definire con i Coordinamenti Locali modalità omogenee sul territorio regionale riguardanti la gestione degli aspetti relazionali con gli aventi diritto dei donatori al fine di ridurre al minimo i disagi per le famiglie e contestualmente garantire interventi appropriati per la non opposizione alla donazione.
5. Il Coordinatore regionale attraverso la documentazione sistematica delle variazioni dei percorsi clinici negli ospedali della Regione di interesse deve intraprendere azioni di correzione in accordo con le Direzioni anche al fine di evitare depotenziamenti dei coordinamenti e diversione di risorse dai coordinamenti stessi ad altre funzioni aziendali considerate in sofferenza.
6. Deve essere stabilito a livello regionale (CRT) un efficiente collegamento con la Centrale Operativa per la gestione dei posti letto di terapia intensiva ed area critica (in Toscana Centrale Operativa Maxiemergenze - CROSS Rete Ospedaliera Regione Toscana) al fine di monitorizzare le variazioni inerenti il numero di posti letto intensivi non-COVID nella Regione e poter quindi indicizzare le potenzialità del procurement di ogni singolo ospedale attraverso un vero e proprio budget.
7. Il CRT in accordo con la Centrale Operativa per la gestione dei posti letto di terapia intensiva ed area critica deve comunicare al Sistema Informativo Trapianti del CNT tutte le informazioni inerenti il contingente di posti letto intensivi no-COVID e il piano di recupero dei posti letto COVID a non-COVID previsto nei mesi, al fine di concorrere alla pianificazione delle attività di procurement a livello nazionale tuttora inattuabile.
8. Il CRT deve individuare le potenzialità effettive delle terapie intensive nei confronti della procedura di donazione a cuore fermo M 3 e in collaborazione con i dipartimenti di emergenza la individuazione degli ospedali in grado di mantenere la procedura di donazione a cuore fermo M2.
9. IL CRT deve intraprendere azioni di informazione e sostegno presso i vari Coordinamenti locali e Centri Trapianto al fine di condividere attivamente il piano di recupero delle attività di procurement e trapianto e la destinazione delle relative risorse e al fine di stabilire piani

di azione al fine di contrastare gli effetti di ulteriori emergenze legate alla diffusione del virus.

Strumenti per mantenere il procurement di organi e tessuti in corso di pandemia COVID-19:

1. I Coordinamenti Locali donazione e trapianto (CLDT) debbono avere a disposizione, in collaborazione con le direzioni degli stabilimenti ospedalieri, i dati inerenti i posti letto ordinari ed intensivi dell'ospedale di pertinenza suddivisi nei due percorsi: COVID e non-COVID.
2. Le Direzioni aziendali debbono garantire all'interno dei singoli stabilimenti ospedalieri e nell'ambito della rete degli ospedali la continuità della segnalazione delle morti encefaliche e l'espletamento delle operazioni di prelievo di organi e tessuti intervenendo sui modellorganizzativi e prevedendo anche collaborazioni tra stabilimenti ospedalieri o anche integrazione di personale laddove necessario.
3. La Centrale Operativa Allocazione Organi e Tessuti deve stabilire rapporti operativi con la Centrale Operativa Maxiemergenze- CROSS Rete Ospedaliera Regione Toscana al fine di monitorizzare le variazioni inerenti il numero di posti letto intensivi non-COVID nella Regione Toscana con lo scopo di aggiornare i dati del Sistema Trapianti del Centro nazionale Trapianti.
4. I CLDT debbono aggiornare i dati inerenti i posti letto ordinari ed intensivi dell'ospedale di pertinenza suddivisi nei due percorsi COVID e non-COVID e sulla base di questi garantire attività H 24.
5. I CLDT debbono assicurare il monitoraggio costante delle lesioni encefaliche gravi e di tutti i casi clinici potenzialmente eleggibili per il procurement di organi e tessuti presso le terapie intensive non-COVID, i reparti di riferimento compreso gli hospice.
6. Sulla base del numero di posti letto intensivi non-COVID e la relativa casistica dei percorsi delle reti delle patologie tempo dipendenti dovranno essere assicurate le operazioni di segnalazione del donatore e relativo prelievo di organi e tessuti; a tale proposito si rafforza il valore della efficienza della segnalazione dei potenziali donatori calcolata non in termini assoluti ma sulla base della casistica potenzialmente eleggibile.
7. I CLDT degli stabilimenti ospedalieri debbono assicurare la loro presenza all'interno dei percorsi delle patologie tempo dipendenti e in particolare ictus, infarto miocardio e arresto cardiaco, trauma maggiore e garantire modelli operativi riproducibili nell'arco delle 24 ore.
8. I CLDT debbono predisporre all'interno del proprio stabilimento ospedaliero percorsi di facilitazione della diagnostica per immagini e di laboratorio, in particolare la esecuzione dello screening per COVID-19, con tampone e/o bronco lavaggio alveolare in modo tale da ridurre al minimo i tempi di refertazione e proteggere il percorso donativo.

Raccomandazioni per il superamento delle potenziali criticità organizzative dei centri trapianto in corso di pandemia COVID-19:

1. Le Direzioni e i Centri Trapianto debbono garantire, anche in questo momento di pandemia COVID-19, il trapianto di organi in quanto cura per i pazienti che sono in lista d'attesa.
2. I Centri Trapianto debbono garantire la proporzionalità "storica" tra organi offerti dai centri di prelievo, sia regionali che extraregionali, e organi trapiantati nel rispetto dei vincoli di sicurezza dettati sia dalle istituzioni sanitarie regionali che dal Centro Nazionale Trapianti.
3. I Centri Trapianto debbono garantire nell'ambito dei soli vincoli di sicurezza dettati dalle istituzioni sanitarie regionali e nazionali (ISS), attraverso una precisa e corretta informazione data ai centri clinici afferenti e ai pazienti affetti da insufficienza d'organo, la certezza del percorso che dal procurement dell'organo porta al trapianto ed al follow-up.

4. I Centri Trapianto debbono garantire, soprattutto in questo momento in cui si prefigura una sostanziale riduzione degli organi offerti dai centri di prelievo, la valorizzazione ulteriore del fattore tempo attraverso la ottimizzazione del processo di chiamata del potenziale ricevente senza ritardi evitabili.
5. I Centri Trapianto, in collaborazione con la Centrale Allocazione Organi e Tessuti (CRAOT) al fine di ottimizzare i tempi del trapianto e documentarne al meglio il processo debbono assicurare lo stretto monitoraggio e controllo delle 4 fasi, di seguito descritte: chiamata per la proposta di organo al paziente e comunicazione con il paziente (T1); avvio del processo di preparazione del paziente (T2); ingresso in sala (T3); fase della gestione post trapianto e pianificazione follow-up (T4).
6. È necessario che ciascuna fase sia tutorata da una figura sanitaria di riferimento che opererà, in collaborazione con il Responsabile del Centro Trapianti, al fine di garantire il rispetto dei tempi previsti per massimizzare al massimo le possibilità di portare a termine il trapianto e di garantirne la stessa funzionalità dopo il trapianto.

SCHEDA 12

LA MEDICINA DI LABORATORIO – FASE 2 E RITORNO ALLA “NORMALITÀ” – CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER LA VERIFICA ESTERNA DI QUALITÀ (VEQ)

La Medicina di laboratorio nel corso dell'emergenza COVID-19 si è trovata pesantemente coinvolta in tutti gli ambiti di competenza: screening, diagnosi, follow up, sia a livello di singolo paziente (medicina personalizzata) che di sanità pubblica. La improvvisa e tumultuosa richiesta di esecuzione di nuovi test di laboratorio, molti di recentissima introduzione sul mercato, ha posto sfide inusitate e ha richiesto l'utilizzo di moltissime risorse umane e materiali in tutte le nazioni colpite.

La risposta all'emergenza COVID 19 da parte dei colleghi della Repubblica della Corea (ref1) appare particolarmente interessante: a seguito della epidemia del 2015 causata dal SARS, il Centro Coreano per il controllo e la prevenzione della malattie infettive (KCDC), la Società Coreana di Medicina di Laboratorio (KSLM) ed il provider nazionale di programmi Esterni di Qualità (KEQAS), hanno definito un piano per la risposta rapida in caso di epidemia infettiva, ovvero un piano simile all' Emergency Use Authorization (EUA) promulgato dalla Food and Drug Administration USA. Tale sistema di allerta rapida, avendo individuato a priori gli attori del processo, ha consentito di attivare una Task force di laboratorio per la risposta al COVID-19, di fare formazione ai laboratori pubblici e privati, di implementare un programma di Verifica Esterna di Qualità e di validare i kit diagnostici prodotti dall'industria. Il sistema è stato attivato il 16 gennaio 2020 e il 7 febbraio 2020, 46 laboratori sono stati autorizzati ad eseguire la diagnostica in biologia molecolare su prelievi raccolti tramite tampone.

Lo strabiliante risultato è senz'altro dovuto alla messa in atto di elementi chiave quali: una programmazione basata su analisi dei rischi, individuazione di elementi di mitigazione del rischio e pianificazione strategica cui è seguita una azione tempestiva ed efficace.

L'esperienza coreana è interessante non tanto per il metodo, riconducibile a percorsi di qualità, quanto per almeno tre elementi. Il primo è la capacità di finalizzare il lavoro di portatori di interesse di segno diverso, verso un unico scopo di interesse pubblico: sono stati chiamati a collaborare, con ruoli definiti e normati, enti nazionali di sorveglianza, laboratori pubblici e privati, enti di verifica, industria del diagnostico.

Il secondo è la pianificazione di un sistema di verifica esterno della qualità (VEQ) dei dati prodotti dai laboratori, *contestualmente* alla produzione e validazione dei sistemi analitici. Questo elemento testimonia la consapevolezza, del governo coreano, della necessità di dati il più possibile accurati per fini epidemiologici e decisionali.

Infine, il terzo elemento di interesse è la capacità di agire con tempestività, ovvero l'essere non solo preparati (preparedness) grazie ad una lungimirante pianificazione, ma anche rapidi nelle azioni.

Nella nostra realtà regionale la risposta della Medicina di Laboratorio è stata indubbiamente efficace, anche se ha seguito percorsi meno definiti e sistematici, soprattutto nella emergenza delle prime settimane. Il depotenziamento della sanità pubblica, denunciato da più parti e che ha coinvolto anche le strutture di Medicina di Laboratorio toscane, ha rischiato di mettere in crisi il

sistema. La professionalità e la dedizione degli operatori hanno ampiamente sopperito alle momentanee carenze di risorse e, in qualche caso, di indicazioni univoche, ma non possono diventare la modalità di risposta a carenze strutturali ed organizzative.

Oltre agli irrinunciabili investimenti tecnologici e di personale, deve essere posta in primo piano la cultura della qualità, non come mero esercizio di stile, ma come elemento connaturale al processo diagnostico e come reale garanzia della salute del cittadino. Nelle situazioni di emergenza, infatti, è solo la aderenza a standard prestabiliti che garantisce la continuità dei servizi. Infine, un serio sistema di Verifica della Qualità delle prestazioni deve essere presente anche nelle situazioni di emergenza e a fronte di imprevisti carichi di lavoro.

La possibilità di prevedere sistemi di “allerta precoce” su modello coreano, sebbene suggestiva, appare attualmente utopistica alla luce della attuale situazione economica e sociale. Tuttavia, possono essere valorizzati e potenziati gli elementi, già in essere, che nella situazione di emergenza sono stati di utilità e che costituiscono quella rete di contenimento e, in casi estremi, di salvataggio, i cui punti nodali sono la metrologia, la standardizzazione, l'accreditamento, la valutazione di conformità e la sorveglianza del mercato. Questi ambiti, singolarmente, hanno mostrato capacità di tenuta, ma non sono stati utilizzati come elementi integrati in grado di collaborare alla solidità del sistema, ognuno per quanto di propria competenza.

Il termine anglosassone Quality infrastructure, ovvero il “Sistema Qualità” e che indica il complesso di strutture organizzative e politiche orientate al mantenimento della qualità dei processi e dei servizi, deve diventare la parola chiave della così detta “fase2” e del ritorno alla “normalità” della Medicina di Laboratorio; il cambiamento tanto auspicato per questa fase post-emergenza, deve essere indirizzato ad un forte coordinamento delle risorse disponibili, per poter rispondere in modo efficace ed efficiente alle nuove richieste di salute dei cittadini.

SCHEDA 13

SALUTE ORGANIZZATIVA – PROPOSTE DEL CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO PER LE CRITICITÀ’ RELAZIONALI (CRRCR) RISPETTO ALLA FASE 2

L’attuale emergenza sanitaria ha comportato e continua a comportare per i professionisti, ma anche per i cittadini, uno sforzo e un impegno continuativi a favore dei pazienti e dei loro familiari, in una prospettiva temporale indefinita. Anche la proposta del CRRCR è basata sulla convinzione del fatto che il denominatore comune degli interventi svolti nella cosiddetta Fase 2 dovrà essere il rafforzamento in chiave preventiva della rete del Territorio e dei percorsi di continuità clinico assistenziale e la realizzazione di una reale integrazione interprofessionale ed interdisciplinare a tutela dei professionisti e di tutto il Sistema.

Il Centro Regionale di Riferimento per le Criticità Relazionali (CRRCR) punta sulla “salute organizzativa”, con progetti (peraltro già esistenti) sulla funzione psicologica all’interno delle case della salute, sul superamento del dualismo ospedale territorio per una visione comunitaria dei futuri ospedali. Nella fase del ritorno alla cosiddetta normalità occorre pensare a uno scenario, in collaborazione con i professionisti del governo clinico, che attui il concetto di salute bio-psico-socio-ambientale. I servizi devono cambiare il proprio ambiente di lavoro, ed analizzare i nuovi bisogni delle nuove comunità nascenti. Ragionare sul tema dell’anzianità e delle patologie multiorgano.

Il CRRCR, fin dalla prima fase dell’epidemia da SARS-CoV-2, ha avuto l’obiettivo di sviluppare una riflessione, fondata anche su aspetti emersi dai contatti telefonici e sullo stretto confronto tra tutti i servizi dedicati al tema, che non si esaurisca nell’intervento “in acuto”, ma individui percorsi e linee di indirizzo sia sul piano clinico che su quello organizzativo, a supporto dei Professionisti e della comunità.

In questo senso sono state impiegate tutte le risorse che erano a disposizione:

- la “Rete Regionale del Benessere”
- Il Progetto “Case della Salute”: con l’obiettivo di monitorare i percorsi dei pazienti, in continuità tra Territorio ed Ospedale e rafforzare la rete dei professionisti, anche al fine di ridurre la pressione sulle strutture ospedaliere;
- Il “Progetto pilota Pre-Soglia”: che propone la creazione di team multidisciplinari di prossimità, collocati strategicamente all’interno della comunità (presso le sedi dei Quartieri) con il coinvolgimento di figure multidisciplinari, compresi gli studenti in fase di realizzazione delle tesi di laurea o di specializzazione (ad es. in malattie infettive);
- Progetto “Salute in Carcere” e Progetto “La rete della Salute Mentale dopo la Chiusura degli OPG” (La Salute ai “Confini del Mondo”);
- Progetto “Persona – La Buona Cura”: indirizzato alle RSA e che si fonda sulla considerazione che il rispetto e la cura dell’anzianità definisca il livello di civiltà di una popolazione.
- Progettazione di iniziative da promuovere a livello regionale attraverso la Rete Regionale e la rete dei Referenti Aziendali (DGR 73/2018) che verranno avviate preliminarmente presso l’AOU Careggi:
 - Avvio di un progetto di studio e monitoraggio del benessere psicologico e psico-sociale degli operatori sanitari, in collaborazione con strutture interne a Careggi e con la Scuola di Psicologia del Dipartimento NEUROFARBA di UniFi.

- Realizzazione di un Sistema di supporto per Responsabili e Gruppi di lavoro finalizzato alla crescita delle competenze in tema di leadership.
- Avvio di un'indagine esplorativa relativa allo Smart Working attraverso la collaborazione di strutture interne.

Avrà fine questa emergenza! Ma con essa non deve di nuovo fermarsi il pensiero solo sul contingente che sappiamo essere antropologicamente l'inizio della fine. Quella fine deve da subito mettere in atto ogni progetto possibile alla costruzione della Visione sul nostro partecipato futuro.

SCHEDA 14

RESILIENZA, COVID E NUOVO ASSETTO DEL SSR: COME CI PREPARIAMO ALLA FASE 2 E ALLA RIPRESA DELLE ATTIVITÀ - CENTRO REGIONALE PER LA MEDICINA INTEGRATA (CRMI)

Il termine resilienza, inteso come capacità di un sistema di adattarsi al cambiamento, è un elemento fondamentale nella discussione di come l'organizzazione del SSR si sia trasformata per rispondere ai nuovi bisogni di salute imposti in maniera così prepotente dalla pandemia e di cosa occorra fare nella Fase 2 per rendere il sistema più capace di individuare i rischi e prevenire l'insorgenza di eventuali nuovi focolai di infezione ma anche di essere in grado di curare, con la migliore terapia possibile, tutti i nuovi infetti. Ma la *resilienza* è anche la capacità di autoriparazione di un sistema biologico, di ritornare allo stato iniziale, la capacità di far fronte a eventi traumatici, sia fisici che psichici, superandoli e trovando in sé stessi, nelle relazioni interpersonali e con il sistema, gli strumenti necessari per prevenire e curare le patologie.

Se quindi è fondamentale il potenziamento dei servizi territoriali di prevenzione della salute collettiva e del lavoro, delle attività di cure primarie e della sanità di iniziativa a fronte della medicina dell'attesa (quella ospedaliera) e se è necessario giungere ad un profondo ripensamento della medicina di famiglia, è altresì importante sviluppare tutte le attività che permettano ai cittadini di affrontare il possibile incontro con il virus nelle migliori condizioni di salute possibile, utilizzare tutte le tecniche che favoriscano sistemi di autocura ma anche avere accesso a quei trattamenti che si basano sulla stimolazione delle difese immunitarie dell'organismo e sull'attivazione di meccanismi endogeni di cura come le medicine complementari.

Agopuntura, fitoterapia e omeopatia sono le medicine complementari che dal 2005 fanno parte dei LEA regionali toscani e che hanno costruito un progressivo processo di inserimento e integrazione con le attività del SST come l'oncologia, il trattamento del dolore, soprattutto nei pazienti fragili affetti da comorbidità, il trattamento delle patologie atopiche e respiratorie, la promozione del parto fisiologico e le patologie di genere quali i disturbi neurovegetativi della menopausa. I servizi sono rivolti ad adulti e bambini anche se la maggior parte degli utenti appartiene al genere femminile. In particolare nel settore oncologico si è costruito a partire dal 2009 una progressiva strategia di analisi delle MC che ha permesso di affermare che le medicine complementari possono essere utilizzate per il trattamento dei più frequenti sintomi correlati alla patologia oncologica o alla sua terapia, sulla base di prove di efficacia documentate e con un buon profilo di sicurezza, all'interno di un approccio multidisciplinare e personalizzato finalizzato a selezionare la miglior terapia per ciascun paziente al fine di attuare una reale "comprehensive cancer care". Questo lungo lavoro ha permesso ad esempio di inserire le MC nel PDTA del tumore della mammella e prevedere gruppi interdisciplinari per scegliere la migliore terapia delle persone affette da quella patologia. In questo settore si sono sviluppate alcune buone pratiche che possono rappresentare un esempio su cui fondare altre attività analoghe o nuovi modelli organizzativi da proporre anche nel settore della prevenzione e della cura del paziente COVID-19.

La brochure informativa su opportunità e rischi nell'uso della medicina integrata per il paziente oncologico, realizzata in collaborazione con l'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica toscana (ISPRO) potrebbe diventare un esempio per realizzare video o presentazioni in PPT da divulgare con gli opportuni strumenti comunicativi e con i social media così come un'azione comune con il Centro di ascolto regionale CARE per raccogliere le richieste di informazione dei cittadini; l'estensione della formazione al personale infermieristico per l'uso delle MC nella gestione di alcuni sintomi dei pazienti oncologici realizzata in alcune Aziende Sanitarie toscane potrebbe essere replicata negli ambulatori aziendali dedicati al COVID, così come iniziative di educazione alla salute centrate sulla alimentazione in oncologia presenti in ambulatori di MC

toscani potrebbero costituire una base per analoghe esperienze nella prevenzione e terapia della pandemia da Coronavirus. Infine la diffusione di tecniche di auto trattamento e di movimento come il Qi Gong, che utilizza esercizi specifici per migliorare la salute e la funzionalità di organi e visceri, come l'apparato respiratorio, quello intestinale, etc., già utilizzato a favore delle persone affette da tumore, potrebbe essere utilizzata sia nella prevenzione che durante la convalescenza del paziente affetto da COVID-19.

Interessante a questo proposito l'esperienza realizzata in Cina dove il Ministero della Salute nel marzo 2020 ha approvato un protocollo diagnostico-terapeutico che ha indirizzato le attività del sistema sanitario nazionale nelle fasi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel quale era presente anche il trattamento di medicina cinese (fitoterapia cinese, agopuntura, moxibustione, digitopressione, tecniche di movimento). Tale protocollo è stato impiegato in maniera integrata nella quasi totalità dei casi affetti da COVID-19 (in tutte le fasi della malattia ma con maggior frequenza in prevenzione, nella terapia dei pazienti positivi paucisintomatici e nella convalescenza nei cosiddetti "ospedali a cabina quadrata"). In alcuni casi la fitoterapia cinese, compresa in Italia fra gli integratori alimentari e disponibile anche in formulazioni allineate alla legislazione italiana e comunitaria, è stata prescritta anche per telefono utilizzando, nella impossibilità di effettuare una diagnosi personalizzata, prescrizioni a carattere generale. Nei casi di pazienti con polmonite interstiziale bilaterale di media gravità o ricoverati in terapia intensiva è stato effettuato un trattamento integrato individualizzato di medicina occidentale e medicina tradizionale cinese, con un approccio multidisciplinare al paziente. Contestualmente alla esperienza cinese cominciano ad apparire in letteratura i primi lavori scientifici sull'uso dell'agopuntura e della fitoterapia come tecnica promettente per il trattamento dei pazienti affetti da Coronavirus.

A Cuba, su iniziativa del Ministero della Salute, viene somministrato un medicinale omeopatico complesso di fabbricazione cubana, in prevenzione dell'infezione per il rafforzamento delle difese immunitarie, alle categorie sociali a maggior rischio a partire dalle residenze per anziani e le maternità. In India il Ministero AYUSH che governa il settore di Ayurveda, Yoga, Unani, Siddha e Omeopatico, in accordo con il Ministero della Salute, ha chiesto a ciascuna disciplina di mettere a disposizione le proprie risorse terapeutiche per coadiuvare il trattamento del Covid e, in particolare ha raccomandato come misura preventiva la somministrazione alla popolazione di un medicinale omeopatico. Infine l'Agenzia Italiana del Farmaco ha autorizzato uno studio multicentrico in pazienti Covid-19 sulla colchicina, fitoterapico occidentale, già utilizzato come antinfiammatorio. e numerosi fitoterapici occidentali, già autorizzati dalle agenzie nazionali ed europee, possono essere utilizzati in prevenzione e contro i sintomi delle fasi iniziali della malattia.

Queste esperienze di integrazione sono riproducibili nel nostro territorio, grazie alla diffusione degli ambulatori di MC toscani e attraverso l'inserimento dei medici esperti di medicina complementare nel team interdisciplinare flessibile, integrando così le offerte terapeutiche ai pazienti nelle varie fasi di malattia e durante la fase di prevenzione. La sede naturale della diffusione della medicina complementare è la medicina del territorio in tutte le articolazioni con l'obiettivo di creare una alleanza terapeutica in particolare con la medicina di iniziativa, i medici di medicina generale, le AFT e le RSA ma anche con i servizi di salute mentale e il Centro regionale di riferimento per le criticità relazionali. Occorrerà poi definire specifici progetti di trattamento del personale sanitario coinvolto nei reparti COVID. Gli ambulatori di MC potranno poi essere coinvolti attivamente nell'indagine epidemiologica sulla diffusione del virus nella popolazione attuando gli screening durante l'accesso ambulatoriale.

Anche il Centro Regionale per la medicina integrata e la rete dei 100 servizi presenti sul territorio toscano dovranno rivedere la propria organizzazione. Una delle poche note positive che la pandemia da Covid-19 ha determinato infatti è la maggiore capacità – dietro la spinta di urgenza e

necessità - di utilizzare i sistemi informatici di comunicazione a distanza attraverso videochiamate, gestite attraverso varie piattaforme informatiche. Questa acquisizione di know-how offre un'opportunità - per la Fase 2 ma anche per il futuro – per organizzare attraverso la telemedicina alcune visite specialistiche di medicina complementare con l'obiettivo di ridurre le eventuali liste di attesa, ma soprattutto per ridurre l'affollamento degli utenti negli ambulatori, garantire la riduzione degli spostamenti prevenibili, gli incidenti stradali e l'inquinamento ambientale.

L'uso intelligente dei Social Media (FB, Twitter, Instagram e YouTube) aiuterà poi ad organizzare momenti collettivi di educazione alla salute, oggi più che mai fondamentali a fini preventivi, attraverso tutor educazionali in grado di raggiungere il maggior numero di persone. L'informazione su varie tematiche dal consenso informato a tematiche sanitarie di vario tipo (assumere i medicinali; principi di una sana alimentazione; esercizi di attività fisica adattata ecc.) può essere veicolata, previa accettazione e firma di apposito modulo di consenso informato, con brevi video esplicativi girati, in assenza di mezzi più adeguati, anche con il telefonino e attraverso messaggi diffusi via WhatsApp, Messenger o via email. Occorrerà quindi favorire un aumento della Health literacy, cioè incrementare la capacità dei cittadini di acquisire abilità personali tali da consentire un miglioramento della salute basato sul cambiamento degli stili di vita e di effettuare scelte migliori per se stessi e per le comunità.

La stessa formazione e aggiornamento degli operatori dovrebbe essere svolta attraverso la Formazione a Distanza (FAD) così come la discussione degli audit clinici.

Il ricorso a sistemi tecnologici in ambito sanitario, pur essendo indubbiamente pratico e funzionale, non deve tuttavia far perdere il senso e la filosofia di fondo di terapie che, non a caso, sono definite olistiche e che si rivolgono alla persona nel suo continuum mente/corpo. Queste terapie per loro natura hanno infatti bisogno nella maggioranza dei casi per essere sviluppate al meglio del contatto ravvicinato con la persona, un *entanglement* emotivo, un legame umano a cui solo in una fase di emergenza si può essere disposti a rinunciare e che i mezzi tecnologici non possono sostituire appieno.

In mancanza di qualsiasi esperienza sugli aspetti epidemiologici e terapeutici dell'infezione da Coronavirus, gli sforzi di quanti si sono trovati a limitare la diffusione della pandemia e il trattamento dei pazienti affetti sono stati caratterizzati da una grande apertura alla sperimentazione di terapie, metodi diagnostici, strumenti di contenimento e di tutto ciò che, pur non validato da solide prove di efficacia, si sia ritenuto potenzialmente utile.

“Sperimentazione aperta in comunità fraterne: con minori vincoli a creare innovazioni e maggiore fiducia nata dalla condivisione degli scopi” è quanto si auspica in un'altra parte di questo documento per garantire davvero la resilienza del sistema, permettere il miglioramento del SST e l'arresto di questa ed altre eventuali pandemie. L'abbattimento di pregiudizi ingiustificati nei confronti del settore MC che pure riscontra un grande gradimento da parte della popolazione potrà apportare un miglioramento della salute dei cittadini e una migliore sostenibilità economica del SST.

SCHEDA 15

LA QUESTIONE AMBIENTALE - “MEDICINA AMBIENTALE “

Affrontare con determinatezza la crisi climatica e il nostro rapporto con l’ambiente è l’unica arma che abbiamo per prevenire le nuove epidemie. Non ci sono dubbi che le epidemie sono espressione di uno stress ambientale e di un’alterazione dell’equilibrio tra l’uomo e il suo ambiente di vita. Virus e batteri fanno parte dell’ambiente naturale, hanno partecipato alla nostra evoluzione, contribuendo a dare forma al nostro sistema immunitario...

Dunque, per prevenire le malattie dobbiamo sempre considerare l’uomo e il suo ambiente nel loro insieme, agendo su quei fattori ambientali che sono modificabili, in quanto dipendono dalle nostre scelte.

Benché non sia stato ancora possibile confermare le ipotesi da più parti formulate in merito alla presenza di un collegamento diretto tra l’epidemia di covid-19 e l’inquinamento atmosferico né con la gravità dei sintomi non ci sono dubbi che l’inquinamento atmosferico favorisca l’insorgenza di patologie respiratorie, cardiache, vascolari e aumenti la suscettibilità alle infezioni delle vie respiratorie soprattutto nei bambini e negli anziani.

Un’altra caratteristica dell’inquinamento atmosferico, e in particolare dei picchi dei livelli di inquinamento, è quella di causare un aumento di decessi prematuri proprio a carico della popolazione anziana e di sottogruppi di popolazione più vulnerabile in quanto affetta da una o più patologie croniche. Il fenomeno è noto come “effetto harvesting” ed è del tutto sovrapponibile a quello che è accaduto durante l’infezione da COVID-19.

L’inquinamento atmosferico e la crisi del clima, facce della stessa medaglia che si alimentano a vicenda, sono dunque le variabili su cui agire.

Non dimentichiamo che, tra l’altro, l’Italia è il Paese che ha il maggior numero di ceppi batterici antibiotico-resistenti, fenomeno assai sottovalutato e foriero di ulteriori drammatiche emergenze sanitarie... I modelli di urbanizzazione che si sono affermati e che hanno concentrato milioni di individui in periferie e in abitazioni senza i servizi minimi essenziali insieme alla globalizzazione ovvero al frenetico movimento da una parte all’altra del pianeta di merci e persone, favoriscono poi il passaggio dalle epidemie alle pandemie.

La Regione Toscana ha tutti gli strumenti e anche il substrato da cui partire per costituire e sviluppare un nuovo modello di cambiamento, investendo nelle energie rinnovabili. Ad esempio scoraggiando e disincentivando le attività produttive che maggiormente contribuiscono alla crisi climatica favorendo la loro conversione basata su un’economia circolare che rispetti l’ambiente e la biodiversità. Senza dimenticare la pianificazione urbanistica che dovrà tener conto dell’esperienza di questa epidemia creando le condizioni per una diversa vivibilità delle città, basata su un’autosufficienza dei quartieri, con negozi di prossimità a filiera corta e prodotti sostenibili.

È ormai noto che la prevalenza del Diabete di tipo 2 (quello che ha come cause maggiori lo “stile di vita” e la “cattiva alimentazione” è significativamente maggiore nelle aree urbane, tanto che si parla ormai di “diabete urbano” (urban diabetes) per caratterizzarlo nel contesto delle azioni di prevenzione possibile.

Il ritorno alla “normalità” deve costituire una occasione imperdibile di cambiamento con la transizione reale, agganciando i finanziamenti ad una prospettiva di cambiamento, anche attraverso lo strumento della valutazione strategica preventiva dei piani e dei programmi ma in un’ottica culturale nuova superando le formalità burocratica e le difficoltà della comunicazione all’interno delle diverse competenze amministrative.

Un ulteriore contributo in questo senso, e che facciamo nostro, ci viene da un recente documento (Sansepolcro, 23 gennaio 2020) "Verso un'ecologia della salute - Insieme per una medicina sostenibile", a cura di CIPOMO, Slow Medicine, FNOMCEO, ISDE, che in premessa cita: *"Di fatto, nonostante gli straordinari successi della medicina stiamo assistendo ad un progressivo incremento dell'incidenza di malattie cronico-degenerative, di disabilità e di alcune forme di cancro in maniera indipendente dall'invecchiamento della popolazione, come dimostrato dall'insorgenza crescente di queste patologie in epoca sempre più precoce, compresa l'età pediatrica. Sono le conseguenze della grave disattenzione sino ad ora riservata al ruolo che i fattori socio-economici e ambientali hanno nel mantenimento dello stato di salute".* Ed ancora: *"I medici e i professionisti della salute non possono più limitarsi a compiti di diagnosi e cura. Essi devono sentirsi responsabili anche della tutela dell'ambiente attraverso attività di educazione sanitaria nei confronti dei pazienti e di "advocacy" nei riguardi della comunità, dei decisori politici e delle istituzioni".*

L'OTGC può rappresentare uno strumento strategico per rendere possibili e sostenere i rapporti fra discipline e competenze diverse anche per le tematiche ambientali, nei percorsi di prevenzione integrandoli a pieno diritto nei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (ma anche sociali e organizzativi) nella speranza di concretizzare il messaggio di Sir Muyr Gray che, in un articolo pubblicato su The Times (25 maggio 2009) scriveva: **"Climate change is the Cholera of our era"**. Proprio come i medici guidarono la campagna vittoriana alla fine dell'800, così oggi la professione medica dovrebbe essere all'avanguardia di questa nuova rivoluzione nella sanità pubblica.

SCHEDA 16

COME CAMBIA LA RETE DELLA SICUREZZA DELLE CURE: ALCUNE PRIME RIFLESSIONI – CENTRO GESTIONE RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEL PAZIENTE (CRGRC)

Alla luce delle criticità e lezioni apprese dalla Fase 1 dell'emergenza è possibile già fare alcune considerazioni preliminari rispetto alla promozione della sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico nelle fasi successive. La riorganizzazione dei percorsi clinico-assistenziali in funzione della progressiva riapertura degli ospedali, e in preparazione della nuova normalità post-covid19, richiede una valutazione integrata della sicurezza delle cure e dell'appropriatezza, anche alla luce delle nuove regole di accesso dei pazienti, e dei livelli di rischio associati al disegno delle diverse fasi, tenendo conto in particolare della necessità di mantenere alta l'adesione di operatori e pazienti, alle misure di protezione.

Diviene cruciale estendere la capacità di individuare non solo gli incidenti e le criticità ma le vulnerabilità dei percorsi clinico assistenziali prima che entrino in risonanza con situazioni di pericolo.

La prevenzione dei rischi infettivi e clinici deve quindi ancorarsi in maniera più strutturata da un lato ai percorsi clinico assistenziali e dall'altro alle azioni di infection prevention and control. Insieme sono il cuore dell'organizzazione del sistema sanitario e guidano le risposte all'emergenza come abbiamo imparato dall'esperienza covid19. Le competenze di valutazione del rischio, di promozione di raccomandazioni e azioni di sicurezza possono svilupparsi solo in maniera complementare alle altre in un approccio multidisciplinare centrato sul percorso del paziente. Nelle situazioni di emergenza, diventa ancora più importante considerare in maniera integrata alle decisioni di riorganizzazione, i possibili rischi e le eventuali precauzioni da prendere. La rete del rischio clinico deve quindi riorganizzarsi per continuare a garantire, come già enunciato dalla legge 24/2017, il coinvolgimento di tutti gli operatori, e una risposta pronta sulla prima linea, individuando e formando dei suoi referenti nei percorsi sia ospedalieri che territoriali. La linea immaginaria fra queste due realtà è diventata sempre più fluida, ma è chiaro che le sfide rispetto alle possibili integrazioni e coordinamenti sui percorsi rimangono per la sicurezza delle cure differenti: necessario una sinergia forte fra rischio clinico e rischio infettivo sui percorsi ospedalieri e una collaborazione e supporto sul territorio alle nuove funzioni delle USCA, delle AFT e alle consolidate e sempre più strategiche funzioni dei Dipartimenti della MG e della sanità pubblica.

La gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente non possono prescindere da un approccio ed una visione "one health" che operi per una maggiore sicurezza e salute a tutto tondo.

La creazione di valore e di sicurezza in sanità ha infatti maggiori possibilità di sviluppo se si tiene conto che la percezione del rischio, l'incertezza e la variabilità degli esseri viventi, la limitatezza della diagnostica sono elementi che riguardano sia la salute umana che quella animale, e che queste dipendono dalla salute dell'ambiente.

Eventi di salute pubblica globale ed economica come l'emergenza Covid-19 mettono in evidenza che è necessaria una risposta collettiva della società, con il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema sociale.

SCHEDA 17

GESTIONE DELLA SALMA CON SOSPETTA O CONFERMATA MALATTIA DA NUOVO CORONAVIRUS (COVID-19)

In ogni azienda sanitaria devono essere fornite indicazioni in merito alla gestione della salma con sospetta o confermata diagnosi di malattia da nuovo coronavirus (COVID-19), deceduti in sede ospedaliera ed extraospedaliera, per la prevenzione del rischio di diffusione del virus SARS-CoV-2, le modalità di accertamento necroscopico e la conduzione di eventuali investigazioni diagnostiche post-mortem.

In tal senso si devono raccomandare:

- l'adozione di idonee misure generali per la prevenzione del rischio di diffusione del virus SARS-CoV-2;
- l'adeguata modalità di accertamento della realtà della morte in accordo con il Regolamento di Polizia Mortuaria (DPR 285/1990, in particolare articoli 10, 11, 18, 25 e circolare attuativa n.24/1993) con rispetto delle precauzioni igienico-sanitarie nella gestione delle salme e dei cadaveri con sospetta o confermata COVID-19, essendo indispensabili le pratiche di igiene delle mani, le precauzioni di contatto e l'uso di DPI e la sanificazione degli ambienti;
- l'appropriata e sicura conduzione di eventuali investigazioni diagnostiche post-mortem.

Percorsi strutturati per medici, infermieri e tecnici e laboratori vanno quindi previsti in ogni presidio per la gestione del decesso di Paziente COVID-19 confermato e sospetto e per e nei Pronto Soccorso per i giunti cadavere, nelle sedi obitoriali per la gestione della salma gestione con sospetta o confermata diagnosi di COVID-19 e per i riscontri diagnostici, tenuto conto anche del comma 4, art. 4 della legge 24/2017, e per le attività necroscopiche territoriali.

SCHEDA 18

OTCG – ORGANISMO... PENSANTE E PROPOSITIVO

Con la crisi determinata da Covid 19 si è aperta una faglia che lascia intravedere un futuro nuovo che presto diverrà la nostra realtà. Occorre pensare al ritorno ad una **“nuova normalità”** con coscienza e lucidità per non esserne sopraffatti ma, anzi, per coglierne il meglio. In questo senso l'OTGC può/deve divenire un organismo **“pensante”** per immaginare il futuro.

Questo documento è un primo passo di analisi e proposte sviluppate all'interno degli organismi dell'OTGC (Ufficio di Coordinamento, Comitato Tecnico Scientifico e le Strutture di riferimento regionale), derivate da chi le ha maturate sul campo e ce le ha trasmesse. Ed ha anche l'intento di **“dare voce”** a chi ha fatto emergere potentemente il ruolo e la credibilità dei professionisti e degli operatori della sanità che chiedono di essere ancora non **“eroi”**... ma **“donne e uomini comuni che hanno scelto un lavoro di tutti i giorni entusiasmante e difficile”**. Il nostro capitale umano che, con i cittadini, è il vero valore aggiunto!

L'OTGC può svolgere, nella fase del ritorno alla **“nuova normalità”**, una funzione strategica di facilitatore per l'integrazione di professionalità diverse in setting e organizzazioni diverse, per una visione **“unitaria”** di livello regionale, puntando con decisione alla **“rivoluzione digitale”** nella sanità.

Fatte le dovute considerazioni sulle passate politiche di tagli al sistema SSN a cui aggiungere l'impoverimento della **medicina territoriale**, che invece ha un ruolo centrale ed alla quale oggi si richiedono invece prestazioni straordinarie, dovranno essere compiute deduzioni e conclusioni atte a cogliere le **necessità di investire sul territorio**, perché è lì che si combattono (e si vincono) le epidemie. Senza dimenticare la guerra costante della **cronicità** (vera e propria **“pandemia”**), dei soggetti più fragili, dei più deboli, degli emarginati. Nei percorsi assistenziali verso il ritorno alla **“normalità”** avrà un ruolo sempre più determinante lo sviluppo e l'implementazione delle **tecnologie**, in particolare della telemedicina, che potranno permettere un netto miglioramento della qualità dell'assistenza (diversa e rinnovata).

Abbiamo consapevolezza delle condizioni di contesto in cui viviamo di vera e propria emergenza sanitaria, con i provvedimenti in urgenza, le condizioni economiche, il definanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, ma abbiamo il diritto/dovere di indicare al piano politico/decisionale la necessità di mantenere sempre alto il livello di assistenza sul territorio, orientando una quota parte sostanziale delle risorse alla **“prevenzione”**, per essere **preparati** (**“preparedness”**) e pronti per far fronte agli eventi acuti (come quello della COVID-19), anche attraverso la costituzione di team multidisciplinari e multiprofessionali flessibili in grado di intervenire rapidamente dove ce ne sia bisogno.

Inoltre nel ritorno alla **“normalità”** non dobbiamo perdere l'occasione di investire nella **formazione** delle competenze professionali **“sul campo”** centrate sui bisogni della realtà del territorio regionale, come pure di chiudere il cerchio dell'assistenza nella continuità assistenziale, superando le barriere fra ospedale e territorio come di quelle dei silos all'interno degli stessi ospedali.

“Andrà tutto bene... se saremo capaci di cambiare!”

RACCOMANDAZIONI – INDIRIZZI NEL RITORNO ALLA “NORMALITÀ”

Sintesi degli scenari ed obiettivi per la possibile ridefinizione del “cosa fare” e “come farlo”

demandando il compito della loro implementazione (il “come farlo”) alle forme rappresentative dei professionisti (sia a livello ospedaliero che territoriale), alle direzioni delle AA.SS. e ai decisori politici:

- a) fase 2 di ripresa attività in presenza virus (fino a disponibilità vaccini);
 - b) possibile secondo picco – piano dell'emergenza;
 - c) fase post-COVID.
- Nuovo paradigma dell'assistenza da condividere e sviluppare insieme (operatori, decisori, cittadini) nella grande famiglia del nostro SSR.
 - Centralità del ruolo del Medico di medicina generale e del Pediatra di famiglia per la presa in carico sul territorio dei percorsi assistenziali (non solo per la cronicità).
 - Definizione del team multiprofessionale “flessibile” che segue il paziente in tutto il suo arco naturale di vita, senza più distinzione tra ospedale e territorio con abolizione degli steccati e della visione a silos a favore di una visione orizzontale sinergica.
 - Ridefinizione delle competenze, sia specifiche di singolo operatore, ma anche trasversali possedute da tutti i professionisti del team ed anche dai cittadini (consapevolezza, empowerment,...) che tengano conto del fabbisogno territoriale (aggiornato periodicamente) e loro certificazione regionale pubblica.
 - Dotazioni “strutturali” di personale e di strutture (medicina generale, cure intermedie, Ospedale).
 - Mantenimento delle “semplificazioni/dematerializzazioni” informatiche (ricette, prenotazioni, accessi, etc.). Piattaforme informatiche dedicate alle specifiche tipologie di organizzazione (telemonitoraggio, televisita, teleconsulto) ma con interoperabilità tra le varie piattaforme che garantisca una unica “storia” per ogni cittadino su cui tutto il team può “scrivere” (implementazione del fascicolo sanitario elettronico – FSE).
 - “Scudo” civile e penale per i professionisti e per le Aziende Sanitarie (revisione della Legge 24/2017, cosiddetta “Legge Gelli-Bianco”?; abolizione della colpa professionale come fatto penale?).
 - Revisione dell'interesse/diritto della comunità rispetto all'interesse/diritto del singolo cittadino.
 - Maggiore attenzione alle problematiche riabilitative e psicologiche con implementazione delle adeguate competenze di sostegno.

Per l'Ospedale

- Revisione dell'organizzazione per intensità di cura verso un'organizzazione per percorsi e processi.
- Interdisciplinarietà, anche attraverso Teams snelli (“lean”) interdisciplinari e multiprofessionali.
- Ospedale “senza muri” – disponibilità a partecipare al team multiprofessionale anche nella gestione extraospedaliera nella continuità socio-assistenziale con il cittadino/paziente al centro.

Per la Medicina Generale/Territorio:

- Disponibilità di “strumenti” adeguati (DPI, tamponi, farmaci diagnostica di primo livello sul territorio, devices personali ai pazienti, etc.)

- Team territoriale Medicina generale (MMG, PLS, C.A., USCA).
- Modalità flessibili di integrazione con altri professionisti (Specialisti “ospedalieri”, etc.).
- Ridefinizione competenze medico singolo e team/AFT.
- Soluzioni informatiche e piattaforma dedicata interoperabile con le altre.
- Struttura sedi Medicina generale e dotazione adeguata di strumenti di diagnostica.
- Organizzazione Cure Intermedie.
- Modalità di accesso agli ambulatori (differenziato per i tre scenari).
- Modalità di accesso ai domicili.
- Gestione delle patologie croniche/fragilità, ad iniziare dalle problematiche causate dalla fase epidemica (possibile “epidemia per le cronicità trascurate”).
- Gestione dell'acuto e delle riacutizzazioni delle cronicità.
- Gestione pazienti COVID.
- Gestione in continuum nelle strutture intermedie.
- Gestione in continuum nelle fasi di ricovero in funzione della intensità di cura.

Per le “strane” analogie fra quello che successe in Inghilterra dopo la Seconda guerra mondiale e quello che potrebbe succedere in Italia (e non solo) dopo lo tsunami Covid-19, consigliamo la visione del film/documentario “THE SPIRIT OF '45”, regia di Ken Loach. <https://vimeo.com/180890958>

Dalla presentazione: “Il 1945 è stato un anno cruciale della storia britannica. L'Inghilterra, che Churchill aveva condotto stremata ma vincitrice fuori dalla Seconda guerra mondiale, contro ogni previsione, volta le spalle ai conservatori e si dà un governo laburista. Un popolo intero, memore delle privazioni degli anni Trenta, acclama quei valori di solidarietà e giustizia sociale che porteranno alla costruzione di un “wellfare state” destinato a diventare un modello per tutto il mondo...”

***“E quindi uscimmo a riveder le stelle”
ultimo verso de “L'Inferno” - Dante Alighieri***