

# medical network

LA RIVISTA  
DEL MEDICO  
SPECIALISTA  
AMBULATORIALE  
ANNO XX  
NUMERO 4 | 2020  
TRIMESTRALE



# degli RINNOVO ORDINI

# 2021-2024

La mappa  
dei "Sumaisti"  
negli Omceo  
provinciali



network

medical

LA RIVISTA  
DEL MEDICO  
SPECIALISTA  
AMBULATORIALE

**Direttore responsabile**

Antonio Magi

**Consulenza redazionale**

Edizioni Health Communication  
Via Vittore Carpaccio 18, 00147 Roma  
Telefono 06.594461 Fax 06.59446228

**Coordinatore editoriale**

Stefano Simoni

**Hanno collaborato**

Giuseppe Nielfi,  
Stefano Simoni,  
Luigi Sodano

**Progetto grafico e impaginazione**

Edizioni Health Communication, Roma

**Editore**

Sumai - Viale di Villa Massimo, 47 - Roma  
Tel. 06.232912 E-mail [sumai@sumaiweb.it](mailto:sumai@sumaiweb.it)



**Pubblicità**

Edizioni Health Communication, Roma  
Telefono 0331.074259

**Edizioni Health Communication**

Edizioni e servizi di interesse sanitario



Registrazione al Tribunale di Roma  
n.446 del 22.10.2001 Roma

Diritto alla riservatezza: "Medical Network"  
garantisce la massima riservatezza dei dati  
forniti dagli abbonati nel rispetto della  
legge 675/96

Chiuso in redazione  
nel mese di gennaio 2020

# Il governo, il PNRR e la riqualificazione della medicina territoriale

## Care colleghe e cari colleghi

stiamo vivendo la seconda crisi politica di questa legislatura in appena tre anni. A breve avremo un nuovo esecutivo con tutto ciò che ne consegue a partire dal cambio delle strutture all'interno dei vari dicasteri. Mentre scrivo sono in corso le consultazioni e non si sa ancora chi sarà il ministro della salute: se verrà riconfermato Roberto Speranza o se prevarrà una scelta di carattere tecnico che esclude figure politiche.

Il mio auspicio è che la Salute, a prescindere da chi occuperà questa casella, non subisca troppi stravolgimenti poiché con la pandemia da gestire e il piano vaccinale da realizzare è preferibile che chi finora ha preso decisioni e conosce piani e dossier resti al posto di comando per evitare ulteriori perdite di tempo.

Il Covid ha evidenziato le crepe del nostro Servizio sanitario nazionale che oggi più che mai ha bisogno di riforme di sistema. Riforme che potrebbero essere attuate grazie ai 19,7 miliardi di euro previsti da Mission 6, il capitolo destinato alla Salute all'interno del Piano nazionale di ripresa e resilienza.

Ad oggi l'ultima bozza del PNRR stanZIA 7,9 miliardi "all'assistenza di prossimità e telemedicina" i cui obiettivi, tra gli altri, prevedono il potenziamento dell'assistenza territoriale, migliorando la capacità di integrare servizi ospedalieri, servizi sanitari locali e servizi sociali. C'è poi il secondo capitolo, la fetta maggiore che vale 11,8 miliardi, destinato a "innovazione dell'assistenza sanitaria", che mira all'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del SSN.

Vedremo cosa succederà, il governo Draghi confermerà il piano e dunque i finanziamenti destinati alle varie voci oppure ne scriverà uno nuovo?

La nostra visione del territorio è riportata nella relazione che ho presentato in Senato in occasione dell'audizione informale sul potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca post Covid e che potete leggere su questo numero.

Noi del SUMAI Assoprof abbiamo un'idea dell'assistenza territoriale che, nei fatti, raramente coincide con le decisioni prese dai vari policy maker con cui ci confrontiamo da anni. Questo però non ci ha mai impedito di raggiungere risultati importanti, anzi. Spesso avere una visione diversa, un pensiero laterale ha fatto sì che riuscissimo a trovare soluzioni alternative ma funzionali sia sotto l'aspetto dell'organizzazione sanitaria che di tutela professionale e contrattuale.

**Antonio Magi**  
Segretario Generale  
Sumai Assoprof

# LE PROPOSTE SUMAI IN SENATO



Dalla redazione

## Team multispecialistici e multidisciplinari Per superare il paradigma prestazionale

**A metà gennaio** il segretario generale del SUMAI Assoprof è stato audito dalla XII Commissione Igiene e Sanità del Senato sul tema del potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca post Covid. Nel corso dell'audizione Magi si è soffermato su due temi principali: il primo, il ruolo dello specialista ambulatoriale interno che ha nel territorio il suo "perimetro professionale quotidiano" nel quale soddisfa la domanda di salute che viene dai pazienti, per lo più cronici; il secondo, la necessità di costituire team multispecialistici e multidisciplinari (Equipe Specialistiche Territoriali) al fine di implementare un modello di assistenza specialistica territoriale che possa superare il paradigma strettamente prestazionale.

"Team – ha spiegato nel corso dell'audizione il segretario del SUMAI Assoprof – legati quindi alla tipologia e alle peculiarità del territorio, e dedicati sia all'assistenza specialistica dei pazienti cronici ed anziani nell'ambito delle cure primarie ed intermedie, compresi i contesti domiciliari e residenziali sia all'intervento specialistico in situazione di acuzie di bassa

**Questa in sintesi** la proposta che il segretario generale del SUMAI Assoprof ha portato ai senatori della XII Commissione spiegando che solo una risposta "integrata da un punto di vista organizzativo può rispondere al crescente bisogno di salute della popolazione nel nostro Paese"



Antonio Magi

e media intensità assistenziale. La disponibilità di un tale livello assistenziale, integrato con le forme organizzative delle altre professionalità territoriali, (microteam dei MMG/PLS, infermieri di famiglia, fisioterapisti, ecc.) consentirebbe per questa tipologia di pazienti ad esempio, la riduzione del tasso di ospedalizzazione e degli accessi in DEA, nonché il contenimento dell'"inappropriatezza delle prestazioni".

“ La proposta elaborata risponde alla necessità di un modello organizzativo che riconosca l'ineludibile bisogno di assistenza specialistica nei diversi contesti dell'assistenza territoriale



Antonio Magi ha quindi concluso auspicando una “sanità territoriale *‘nuova’* ispirata ad una *vision* in grado di rispondere alla domanda di salute presente e futura del Paese, che possa essere realmente integrata da un punto di vista organizzativo per valorizzare le specificità di tutti i suoi attori, pur nelle diverse peculiarità, al fine di rispondere al crescente bisogno di salute della popolazione nel nostro Paese”.

## Di seguito il testo completo presentato in Commissione

*Illustre presidente,  
illustri componenti  
della XII Commissione Igiene e Sanità*

il tema dell'audizione è da tempo oggetto di riflessione da parte del SUMAI Assoprof essendo la medicina territoriale il nostro perimetro professionale quotidiano, per questo dunque vi ringrazio dell'invito.

Entrando nel merito dell'esame in oggetto faccio presente che ancor prima dell'emergenza COVID-19 le diverse professioni operanti nell'ambito dell'assistenza territoriale hanno iniziato a ragionare su ipotesi di riqualificazione e potenziamento dimostrando apertura nei confronti di nuovi modelli organizzativi basati su una logica di collaborazione e corresponsabilità. Nella **Medicina Generale** ad esempio si è fatta largo l'idea di sviluppare dei “**microteam**” medico-infermiere (più Specialista Ambulatoriale Interno ove necessario) per una migliore gestione delle attività di assistenza, specialmente nelle aree geografiche meno servite, mentre i rappresentanti degli infermieri hanno promosso l'istituzione della figura dell'*infermiere di famiglia*. È interessante notare poi come in alcune **Regioni** esistono già esperienze di buona pratica collaborativa ispirate ai *Community Health Center* come ad esempio le “**Case della Salute**” e i Presidi Socio-Sanitari Integrati, sedi funzionali di forme organizzative monoprofessionali e multiprofessionali che, oltre ad erogare specifiche prestazioni, implementano progetti personalizzati che seguono l'assistito nei luoghi in cui risiede e nella comunità in cui opera, promuovendone la centralità.

Infine, come detto all'inizio, anche gli

**Specialisti Ambulatoriali Interni** hanno da tempo proposto, ed in alcune regioni già realizzato attraverso le **Aggregazioni Funzionali Territoriali**, quei **team specialistici multidisciplinari** che facilitino l'integrazione dei servizi sul paziente e la sua presa in carico specialistica nei *setting* territoriali.

Nello specifico la proposta elaborata dagli Specialisti Ambulatoriali Interni (*in sigla SAI*) che vi presento risponde alla necessità di un **modello organizzativo che riconosca l'ineludibile bisogno di assistenza specialistica nei diversi contesti dell'assistenza territoriale**, contesti che esulano ormai dal semplice *setting* ambulatoriale, ma si allargano alle strutture residenziali sanitarie, alle cure domiciliari, agli *hospice*, alle Case della salute, alle strutture di cure intermedie ed a tutti i “luoghi di cura” extraospedalieri che ad oggi connotano un moderno sistema sanitario aperto ai bisogni della cronicità.

La realizzazione di un reale cambiamento organizzativo in ambito territoriale nazionale sarà tuttavia consentita solo dalla presenza di alcuni elementi discriminanti:

- la disponibilità di dati statistico-epidemiologici che consentano parallelamente l'elaborazione di un efficace sistema di modellizzazione della cronicità con la stratificazione dei relativi bisogni;
- una profonda revisione dell'approccio “prestazionale” dei nomenclatori sanitari attualmente in uso allargato a “piani di cura” per la cronicità;
- l'interconnessione delle banche dati e delle reti informatiche territoriali ed ospedaliere



nel nostro Paese, criticità che ancor oggi non permettono di realizzare su larga scala interventi di rilevante impatto socio-sanitario come ad esempio il monitoraggio di parametri, la promozione del *self-management*, la realizzazione di teleconsulti ecc. Nell'ambito delle misure sin qui adottate per il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale, non ultimo l'aspro confronto su Recovery Fund, si possono certamente ipotizzare risorse destinate a rappresentare terreno fertile su cui strutturare una proposta di riorganizzazione dell'assistenza territoriale che possa promuovere l'integrazione multiprofessionale, con chiara rappresentazione di ruoli e responsabilità, per gestire al meglio la sfida imposta dal quadro demografico ed epidemiologico nazionale.

possibili *setting* assistenziali, in particolare territoriali, essendo l'unico specialista a possedere contrattualmente la specificità e l'elettività ad operare ad esempio al domicilio o nelle strutture extradegenziali. In tali contesti lo specialista esegue infatti, attività di diagnosi e cura, prevenzione e riabilitazione, di supporto e consulenziali; opera nello specifico non solo in sede ambulatoriale ed in sede ospedaliera, ma anche presso i consultori e gli istituti penitenziari, in assistenza domiciliare, in assistenza programmata a soggetti nel domicilio personale, in assistenza nelle residenze protette, in assistenza domiciliare integrata, negli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, ecc. Nella sua qualità di medico e professionista pubblico, *interno* al SSN e parte integrante dello stesso, il SAI per contratto:

- la promozione di modelli assistenziali che favoriscano il lavoro di squadra e l'azione proattiva coordinata di tutti gli operatori dell'assistenza sanitaria e della sanità pubblica nonché degli stakeholder istituzionali e della comunità;
- l'adozione di comuni modelli organizzativi e gestionali in ambito nazionale in grado di superare le disuguaglianze della regionalizzazione.

La reale "presa in carico" dei pazienti non potrà inoltre prescindere dal riconoscimento, all'interno del tempo di cura, del valore intrinseco delle attività *out of office* nonché del tempo dedicato alla "comunicazione", ossia di tutte quelle attività dedicate non direttamente alla stretta erogazione di "prestazioni" sanitarie, ma al consolidamento di dinamiche di coinvolgimento e partecipazione degli assistiti e della comunità al processo di cura ed alla attuazione di logiche di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. L'attuale quadro emergenziale COVID-19 ha parallelamente fatto emergere il ruolo che gli strumenti offerti dall'attuale tecnologia digitale sono potenzialmente in grado di giocare, evidenziando parimenti le importanti criticità tecnologiche ed infrastrutturali della digitalizzazione

## Lo Specialista Ambulatoriale Interno (SAI)



**Lo Specialista Ambulatoriale Interno concorre, per contratto, ad assicurare l'assistenza primaria unitamente agli altri operatori sanitari**

Il Servizio Sanitario Italiano è probabilmente l'unico al mondo dotato di una capillare rete di circa 20.000 specialisti, medici e professionisti operanti nell'ambito di tutte le discipline, dedicati specificamente e contrattualmente a tutta la componente assistenziale "extradegenziale", ma spesso confinati ad un setting ambulatoriale caratterizzato da una logica meramente prestazionale e con importanti carenze di modelli organizzativi di riferimento e di concreti strumenti di coordinamento con gli altri "pezzi" del sistema sanitario. Nel corso dei decenni questa specificità italiana, nonostante l'impellenza dei bisogni assistenziali della cronicità, non ha ancora avuto modo di essere adeguatamente valorizzata in tutte le varie articolazioni che una moderna assistenza territoriale potrebbe essere in grado di attivare, con particolare riferimento alle cure domiciliari ed alle cure intermedie. È bene rammentare che lo Specialista Ambulatoriale Interno concorre, per contratto, ad assicurare l'assistenza primaria unitamente agli altri operatori sanitari e svolge le attività specialistiche di competenza in tutti i

- **assicura** l'assistenza specialistica in favore dei cittadini, utilizzando anche i referti degli accertamenti diagnostici già effettuati ed evitando inutili duplicazioni di prestazioni sanitarie, redige le certificazioni richieste;
- **collabora** al contenimento della spesa sanitaria secondo i principi dell'appropriatezza prescrittiva e alle attività di farmacovigilanza pubblica;
- **partecipa** alle disposizioni in materia di preospedalizzazione e di dimissioni protette ed alle altre iniziative in tema di assistenza sanitaria, anche con compiti di organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale;
- **realizza** le attività specialistiche di supporto e di consulenza, compreso il teleconsulto e la telemedicina, richieste;
- **assicura** il consulto con il medico di famiglia e il pediatra di libera scelta, nonché il consulto specialistico interdisciplinare;
- **adotta** le disposizioni regionali in merito alle modalità di prescrizione ed erogazione delle specialità medicinali, ivi compresi i piani terapeutici, riguardanti particolari patologie in analogia a quanto previsto per i medici dipendenti;



## Le Equipe Specialistiche Territoriali



**L'operatività di un'equipe specialistica territoriale permetterebbe la gestione dei pazienti differenziata secondo specifiche aree di intensità assistenziale, dalle "acuzie semplici" alla terminalità**

Da questi elementi emerge l'ineludibile necessità di implementare un modello di assistenza specialistica territoriale che possa superare il paradigma strettamente prestazionale, garantire il lavoro in *equipe* e rispondere alle crescenti necessità specialistiche di presa in carico del paziente nell'ambito delle cure primarie ed intermedie, senza ricorrere alle risorse ospedaliere e porre le basi per futuri modelli di gestione territoriale del paziente anziano e cronico. La complessità assistenziale di questi pazienti non può più infatti essere oggi affidata al singolo professionista, ma deve essere affidata ad una rete assistenziale territoriale di operatori, funzionalmente articolabile e modulabile sulla base dei diversi livelli ed intensità dei bisogni assistenziali.

La componente specialistica di tale modello potrà essere garantito dalla costituzione di team multispecialistici e multidisciplinari ("Equipe Specialistiche Territoriali") di riferimento per uno specifico bacino di popolazione distrettuale (il cui numero può variare a seconda delle caratteristiche orografiche) legati quin-

di alla tipologia e alle peculiarità del territorio, e dedicati sia all'assistenza specialistica dei pazienti cronici ed anziani nell'ambito delle cure primarie ed intermedie, compresi i contesti domiciliari e residenziali sia all'intervento specialistico in situazione di acuzie di bassa e media intensità assistenziale.

**La disponibilità di un tale livello assistenziale, integrato con le forme organizzative delle altre professionalità territoriali, (microteam dei MMG/PLS, infermieri di famiglia, fisioterapisti, ecc.) consentirebbe per questa tipologia di pazienti ad esempio, la riduzione del tasso di ospedalizzazione e degli accessi in DEA, nonché il contenimento dell'inappropriatezza delle prestazioni.**

L'operatività di un'equipe specialistica territoriale permetterebbe, infatti, la gestione dei pazienti differenziata secondo specifiche aree di intensità assistenziale, dalle "acuzie semplici" alla terminalità, attraverso la collaborazione con tutte le altre professionalità, ognuna secondo le proprie competenze, promuovendo il criterio della prossimità, in un lavoro condiviso in grado di tutelare realmente la salute dei cittadini vicino al luogo dove vivono e lavorano.

In armonia con quanto previsto dal *Chronic Care Model*, l'organizzazione proposta prevede in particolare la presa in carico ed il supporto specialistico, sulla base di un definito sistema di stratificazione statistico-epidemiologica dei pazienti cronici del bacino di riferimento, secondo le seguenti articolazioni:

- un'area per la gestione di uno strato della popolazione "sana o apparentemente sana" con un'attività di prevenzione, educazione e promozione della salute, a carico principalmente del *micro-team* della MMG/PLS, con la gestione delle cosiddette "acuzie semplici" attraverso una attività consulenziale da parte dello Specialista Ambulatoriale Interno, presso lo studio MMG, ambulatori o il domicilio
- un'area di presa in carico delle cro-

nicità "semplici" sulla base di PDTA di tipo specialistico territoriale attuabile sempre presso lo studio MMG/PLS, ambulatori o il domicilio

- un'area della gestione della cronicità "complessa" di tipo prettamente specialistico territoriale per la gestione di pazienti complessi (cardiopatici, pneumopatici, neurologici, diabetici, ecc) sul territorio che non richiedano di ricovero e gestibile nell'ambito dei percorsi strutturati di Cure Domiciliari, in RSA, ambulatori, presso Centri/Nuclei di Cure Intermedie ed infine
- un'area avanzata per casi gravi, terminali di cure palliative presso il domicilio (ADI/UOCP) Hospice, RSA o Nuclei dedicati (SLA, Alzheimer, ecc)

Lo strumento elettivo per la realizzazione della presa in carico secondo tale modello è costituito dal **Piano Assistenziale Individuale (PAI) elaborato e concordato tra i vari professionisti, monitorato individualmente e rimodulato secondo le necessità e le modalità evolutive del paziente**, con il supporto degli adeguati mezzi tecnologico-digitali (electronic health records e telemedicina) particolarmente per le aree disagiate del Paese.

Alla luce di quanto sin qui esposto appare dunque necessario pensare ad una sanità territoriale "nuova" ispirata ad una *vision* in grado di rispondere alla domanda di salute presente e futura del Paese che possa essere realmente integrata da un punto di vista organizzativo per valorizzare le specificità di tutti i suoi attori, pur nelle diverse peculiarità, al fine di rispondere al crescente bisogno di salute della popolazione nel nostro Paese. *Grazie per la vostra attenzione*

**Antonio Magi,**  
Segretario generale SUMAI Assoprof

# RINNOVO ORDINI 2021-2024

Prima parte

## Dove sono i “Sumaisti” all’interno degli Omceo provinciali

**Terminate**, quasi ovunque, le tornate elettorali per i rinnovi ordinistici, quadriennio 2021-2024, facciamo un primo punto per vedere quanti (e dove) rappresentanti del SUMAI Assoprof sono stati eletti

Dalla redazione

**Nel mese di dicembre** si sono concluse le elezioni per i rinnovi dei consigli direttivi degli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, CAO e dei Consigli dei Revisori conti quadriennio, 2021-2024. Questa tornata elettorale, va da sé, ha dovuto fare i conti con la pandemia da Covid – 19. Ciò ha comportato non pochi problemi di carattere organizzativo essendosi il voto svolto in presenza poiché non sono state trovate piattaforme telematiche, validate dalla Fnomceo, per il suffragio *on-line* in grado di gestire volumi elettorali decisamente importanti, anche di decine di migliaia di voti. E così a Milano (secondo Omceo in Italia per numero d’iscritti), si è votato nel mese di ottobre, quando ancora non era esplosa la nuova ondata pandemica, altri Or-

dini invece come Napoli (terzo per numero d’iscritti), ma non solo, ancora non hanno svolto le procedure di voto e attualmente sono in regime di prorogatio, in attesa di svolgere le elezioni prorogate entro ma non oltre marzo 2021.

Alla luce di queste considerazioni pubblichiamo dunque un resoconto (diviso in due parti) che illustra in che misura i rappresentanti del SUMAI Assoprof sono entrati a far parte dei nuovi consigli direttivi degli Omceo, CAO e dei Consigli dei Revisori conti.

Le provincie assenti all’interno delle Regioni evidentemente non hanno espresso “sumaisti”, quindi non interessanti da un punto di vista numerico-statistico.

### VALLE D'AOSTA

**Omceo Aosta**  
**Massimo Ferrero**  
Tesoriere  
**Eraldo Rivero**  
Consigliere

### PIEMONTE

**Omceo Cuneo**  
**Andrea Sciolla**  
consigliere.

**Omceo Torino**  
**Fernando Muià**  
Consigliere  
**Giorgio Visca**  
Revisore dei conti

### LIGURIA

**Omceo Imperia**  
**Terenzia Simari**  
Componente collegio Revisore conti

**Omceo Savona**  
**Luca Lione**  
Consigliere

### LOMBARDIA

**Omceo Bergamo**  
**Piero Attilio Bergamo**  
Consigliere

**Omceo Como**  
**Radice Rossella**  
Consigliere  
(**Gianfranco Prada**, tesoriere e componente Cao specialista ambulatoriale non iscritto SUMAI);  
(**Locatelli Amelia**, revisore dei conti specialista ambulatoriale non iscritto SUMAI).

**Omceo Lecco**  
**Mario Vecchio**  
componente Cao

**Omceo Mantova**  
**Arnaldo Sabbioni**  
Componente Cao  
**Mario Zanca**  
Consigliere

**Omceo Milano**  
**Cinzia Massafra**  
Consigliere

**Omceo Monza e Brianza**  
**Giancarlo Barbon**  
Tesoriere

**Omceo Pavia**  
**Domenico Camassa**  
Presidente Cao

*L'Ordine di Brescia ha rimandato le elezioni a data da destinarsi.*



**PROVINCIA DI BOLZANO**

**Omceo Bolzano**  
**Salvatore Rampulla**  
Presidente Cao

**VENETO**

**Omceo Padova**  
**Giovanni Santostasi**  
Consigliere

**Omceo Treviso**  
**Giuseppe Tarantello**  
Consigliere  
**Gianfranco Dotto**  
Consigliere Presidente Cao  
**Alberta Marsoni**  
Consigliere

**Omceo Venezia**  
**Mauro Poggi**  
Consigliere  
**Verona Vania Braga**  
Revisore dei conti  
**Vicenza Francesco D'Onghia**  
Revisore dei conti supplente

**Omceo Verona**  
**Vania Braga**  
Revisore dei conti

**Omceo Vicenza**  
**Francesco D'Onghia**  
Revisore dei conti supplente

**LAZIO**

**Omceo Frosinone**  
**Valeria Morgia**  
Revisore dei conti supplente  
**Antonio Manieri**  
Revisore dei conti ✓

**Omceo Latina**  
non ha ancora votato

**Omceo Rieti**  
in attesa di risposta

**Omceo Roma**  
**Antonio Magi**  
Presidente  
**Musa Awad**  
Consigliere  
**Maria Grazia Tarsitano**  
Consigliere

**EMILIA ROMAGNA**

**Omceo Bologna**  
**Stefano Giordani**  
Coordinatore commissione oncologia e Telemedicina  
**Oscar Fini**  
Componente commissione sanità territoriale e Bollettino dell'Ordine  
**Marina Di Biase**  
Componente commissione sanità odontoiatria

**Omceo Ferrara**  
**Iliara Farina**  
Consigliere  
**Salvo Alongi**  
Tesoriere

**Omceo Modena**  
**Laura Casari**  
Consigliere  
**Giovanna Calzolari**  
Revisore dei conti supplente

**Omceo Parma**  
**Patrizia Sottotetti**  
Consigliere  
**Angelo Di Mola**  
Consigliere

**Omceo Ravenna**  
**GianLuigi Sella**  
Presidente revisori dei conti

**Omceo Reggio Emilia**  
**Gian Luca Davoli**  
Consigliere-presidente CAO  
**Pier Luca Rossi**  
Consigliere  
**Maria Beatrice Bassi**  
componente commissione medicine non convenzionali  
**Giuliano Bagnoli**  
Componente commissione bioetica

**Omceo Rimini**  
**Roberto Piastra**  
Consigliere

**FRIULI VENEZIA GIULIA**

**Omceo Pordenone**  
**Luciano Terrinoni**  
Consigliere

**Omceo Trieste**  
**Erika Briscik**  
Revisore dei conti supplente

**Omceo Udine**  
**Maria Balsamo**  
Revisore dei conti  
**Ignazio Stella**  
Componente commissione odontoiatri

**UMBRIA**

**Omceo Perugia**  
**Massimo Sorbo**  
Consigliere

**CAMPANIA**

**Omceo Avellino**  
**Rizziero Ronconi**  
Consigliere segretario

**Omceo Benevento**  
**Maurizio Iazeolla**  
Consigliere segretario

**Omceo Salerno**  
**Giovanni Pentangelo**  
Consigliere  
**Claudio Plantulli**  
Consigliere

**Omceo Napoli**  
*Causa Covid non si sono tenute le elezioni e l'attuale Direttivo è in regime di prorogatio con tutte le funzioni e sono presenti:*  
**Luigi Sodano**, Consigliere segretario  
**Andrea Montella**, Consigliere  
**Clara Imperatore**, Revisore dei conti supplente



**Come comportarsi** quando ci si trova di fronte a cani e gatti, o altri piccoli mammiferi, di proprietà di pazienti positivi al Covid-19. La necessità di una corretta informazione per evitare reazioni zoofobiche che possano minacciare il benessere degli animali d'affezione

## Noi (gli uomini) e Loro (gli animali domestici)

In attesa del “vaccino contro l'infodemia” cerchiamo di fare attenzione alla corretta informazione, soprattutto per impedire che le false notizie ingenerino danni agli incolpevoli pets e scatenino reazioni zoofobiche che possano minacciare il benessere dei nostri animali. Il Sars-Cov2 responsabile del Covid-19, si trasmette per contatto in-

terumano e, ad oggi, nulla di diverso è stato riscontrato dal punto di vista della trasmissione all'uomo; ossia il cane, il gatto e i piccoli mammiferi non sono responsabili del contagio in nessun caso di Covid umano. Tuttavia resta ferma l'attenzione verso gli animali che deve essere mantenuta, nonché intensificata, per meglio conoscere le varie sfaccettature di questa pandemia.

I Coronavirus sono una famiglia di virus molto conosciuta tra gli animali, talvolta essi riguardano anche l'uomo; diversi sono infatti i casi che hanno visto il passaggio di tali virus dagli animali all'uomo. Ad esempio il SARS-CoV è stato associato agli zibetti e il MERS-CoV viene trasmesso dai dromedari. Non a caso, la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità Veterinaria (OIE) ha decretato che anche per il Covid-19, risulta necessaria una valutazione accurata del rischio, pure se, fino ad oggi, i nostri pets sono stati soltanto “vittime” di questo virus e, per fortuna, raramente.

Evitando gli allarmismi inutili e deleteri propri dell'infodemia, che l'attuale pandemia si sta portando dietro, non possiamo non considerare che, secondo una recente ricerca del CENSIS (1), in Italia ci sono 53,1 animali domestici ogni 100 abitanti e che è stimata una presenza di 7 milioni di cani e 7,5 milioni di gatti, più 18 milioni di piccoli mammiferi quali furetto, criceti e conigli. Risulta chiaro perché particolare attenzione va posta all'aspetto zoonotico del Covid-19.

### Il Covid-19 si trasmette dall'uomo al cane, al gatto o al furetto, ma non viceversa

Ad oggi gli studi effettuati al riguardo(2), ci informano che il Covid-19 può essere trasmesso direttamente dall'uomo al cane, al gatto ed al furetto, ma non viceversa. D'altro canto queste specie risultarono recettive per via sperimentale già nei confronti del SARS-Cov.

I risultati degli studi condotti indicano inoltre che SARS-CoV-2 può replicarsi nel tratto respiratorio superiore dei furetto, ma la sua replicazione in altri organi non è rilevabile, anche se l'RNA virale è stato individuato in misura minore anche in alcuni tamponi rettali dei furetto infettati.

Nei gatti infettati SARS-Cov2 ha capacità di replicare e più facilmente nei soggetti giovani, ma anche di dare sintomi respiratori e gastroenterici; presentando inoltre la trasmissione intraspecifica tramite dropletts.

Invece, nei cani si è riscontrata una bassa suscettibilità al SARS-CoV-2, essi però possono comunque contrarre l'infezione, risultando per lo più asintomatici o paucisintomatici.

Studi condotti su altre specie domestiche ci indicano che i maiali, i polli e le anatre non sono sensibili al SARS-CoV-2, mentre i criceti sembrano ad oggi essere particolarmente sensibili al virus.

### Come comportarsi in caso di positività del padrone

Ora più che mai risulta essere di notevole importanza dare la corretta informazione e fornire indicazioni chia-





re quando ci si trova di fronte a cani e gatti, o altri piccoli mammiferi, di proprietà di pazienti affetti da COVID. Cosa accade ai nostri amici quando in famiglia anche uno solo dei componenti risulta affetto da Covid-19? I cani, i gatti e talvolta anche animali meno domestici, sono ormai per molti aspetti parte integrante della famiglia e così, come per i vari membri che la compongono, si dovrà evitare il più possibile l'esposizione al contagio anche dei pets.

NO, quindi, alle effusioni, SI al mantenimento delle misure igieniche di base, lavaggio e disinfezione delle mani prima e dopo essere stati a contatto con gli animali, con la lettiera o la ciotola del cibo e SI anche al distanziamento nel limite del possibile ovviamente, tutto ciò se nella famiglia si siano riscontrati casi di positività al SARSCov2.

Però se consideriamo che, sempre secondo la ricerca CENSIS del 29 Marzo 2019, il 68 % dei separati o divorziati sceglie la compagnia di un pet e così anche il 54 % dei single, diversi sono gli scenari che dovranno essere presi in considerazione.

### Chi si prenderà cura dell'animale domestico?

Se il proprietario dell'animale è affetto da Covid e vive da solo o deve essere ricoverato in ospedale, dove verrà collocato il suo cane o gatto?

Se il proprietario risulta positivo, ancorché asintomatico, e viene posto in quarantena, con limitazioni quindi del movimento, come potrà il suo cane espletare le sue necessità? Che ne sarà di lui?

In casi più estremi e tristi ma comunque reali, a seguito del decesso del proprietario per SARS-Cov2, l'animale rimarrà solo, chi se ne prenderà cura? In tali circostanze, nella scheda epidemiologica compilata e predisposta dai Servizi della ASL (Dipartimenti di Prevenzione) sarà compreso anche il censimento degli animali da compagnia e sarà cura dei Servizi Veterinari sorvegliare anche sullo stato di salute dei pets, oltre che, ovviamente, su quello dei proprietari nei giorni suc-

**Ad oggi gli studi effettuati al riguardo ci informano che il Covid-19 può essere trasmesso direttamente dall'uomo al cane, al gatto ed al furetto, ma non viceversa**

”

“

**I cani ed i gatti non rappresentano un pericolo per la trasmissione all'uomo, ma anzi, continuano a rendere meno dure queste giornate in cui la socialità risulta fortemente penalizzata**

cessivi alla diagnosi di COVID-19.

I cani o i gatti di proprietari affetti da SARSCov2 possono essere in prima istanza affidati ai familiari anche conviventi, lì dove risulta possibile l'isolamento all'interno della stessa abitazione, che ovviamente, se ne prenderanno cura con le dovute cautele. Esattamente le stesse cautele che si utilizzano nei rapporti interumani in queste circostanze, poiché si tratta di soggetti “potenzialmente infetti”.

Talvolta possono essere le Associazioni di volontariato animalista ad offrirsi per accudire temporaneamente questi animali, sia se il proprietario si trova in quarantena, sia se è già stato ospedalizzato. Il tutto deve avvenire sempre nel rispetto delle norme di precauzione da adottare in queste situazioni e con l'uso dei DPI soprattutto se si accede all'abitazione del malato. Il cane dovrà essere portato a passeggio munito di guinzaglio e in luoghi appartati rispettando le norme di distanziamento anche tra conspecifici. Il conduttore dovrà munirsi di guanti e mascherina, ovviamente, ma anche di doppio sacchetto per lo smaltimento dei bisogni dell'animale. Il gatto potrà uscire all'esterno ma in luoghi debitamente recintati per evitare che entri a contatto con persone o animali.

Se non è possibile mantenere il cane o il gatto all'interno della famiglia e nessuno può occuparsene, esso verrà condotto nel Canile Sanitario dove sarà tenuto in osservazione, quindi isolato dagli altri animali ivi ricoverati e gestito secondo le indicazioni sanitarie dettate al riguardo.

In base alle Linee guida elaborate dal Ministero della Salute (3) in tutti i casi in cui ci siano cani e gatti conviventi

con soggetti che abbiano contratto il Covid-19 viene indicata un'indagine su di essi e, se del caso, attraverso esami mirati, quindi: tamponi faringei, nasali e rettali (se l'animale non è docile solo quest'ultimo o esame sulle feci) e prelievi di sangue con esame sierologico per la ricerca delle IgG ed IgM.

D'altro canto, i coronavirus endemici nella specie umana hanno avuto origine da serbatoi animali, anche se, in base alle conoscenze attuali, si può affermare che la diffusione epidemica del virus avviene per contatto interumano o tramite il contatto con oggetti contaminati. Quindi, senza il coinvolgimento attivo di animali.

Stando alle attuali conoscenze sul Covid-19, gli animali domestici non svolgono un ruolo di *reservoir*.

Però in taluni casi, come detto, l'infezione sembra aver dato luogo a malattia negli animali ed è verosimile che essi possano eliminare il virus vivo attraverso secreti ed escreti, così come avviene nell'uomo e in linea con quanto suggerito dagli studi delle infezioni sperimentali. Ciononostante, allo stato attuale, non esistono evidenze che gli animali da compagnia svolgano un ruolo epidemiologico nella diffusione all'uomo di SARS-CoV-2. Pertanto è bene sottolineare che i cani ed i gatti non rappresentano un pericolo per la trasmissione all'uomo, ma anzi, continuano a rendere meno dure queste giornate in cui la socialità risulta fortemente penalizzata. Non si possono però non considerare le indicazioni che giungono dalla comunità scientifica essendo questa una pandemia e non dimenticando che il “salto di specie” è all'origine di tutto ciò che stiamo vivendo in questi giorni.



(1) “Il valore sociale del medico veterinario” realizzata dal Censis <https://www.censis.it/sites/default/files/downloads/Rapporto.pdf>

(2) <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.03.30.015347v1.full.pdf>

(3) <https://www.izsvenezie.it/wp-content/uploads/2020/04/ministero-salute-linee-guida-pets-covid19.pdf>

## Salutemia dal 2021 protezione anche a rate



**I medici e gli odontoiatri possono sottoscrivere un piano per assicurare a se e ai propri familiari prestazioni integrative rispetto a quelle del Ssn**

Giuseppe Cordasco

**Da Gennaio 2021**, per medici e dentisti, sarà più facile garantirsi una copertura sanitaria aggiuntiva e detraibile dalle tasse. Grazie ad un accordo con la Banca Popolare di Sondrio (Bps) infatti, da quest'anno sarà possibile pagare a rate le quote dei diversi piani sanitari di SaluteMia. L'intesa prevede che gli utilizzatori della carta di credito Enpam, che tutti i camici bianchi possono richiedere gratuitamente attraverso l'area riservata del sito della Fondazione, possono saldare in un'unica soluzione la quota annuale, e poi stabilire un piano rate con Bps, anche fino a 36 mesi.

### Le altre novità

Quella della carta di credito e del pagamento rateale, è l'ultima di una se-

rie di novità che stanno arricchendo in maniera sempre più efficace i piani sanitari di SaluteMia. In questo senso già nel 2020 si è registrata prima l'introduzione di 'Critical Illness', una nuova prestazione in caso del manifestarsi di patologie gravi. E poi, soprattutto, in seguito al diffondersi della pandemia da Covid-19 che ha colpito pesantemente proprio tanti camici bianchi, l'introduzione di un indennizzo da 5mila euro in caso di ricovero in reparti di terapia sub-intensiva o intensiva. Ma vediamo nel dettaglio quali sono tutte le caratteristiche salienti dei vari piani sanitari con tutte le possibili integrazioni.

### Piano base e piani integrativi

Il piano base copre gli iscritti dai rischi

che derivano da gravi eventi morbosi e include rimborsi per i grandi interventi chirurgici, anche per i neonati nei primi due anni di vita nel caso di correzione di malformazioni congenite. Ci sono poi le prestazioni di alta diagnostica, e l'assistenza alla maternità con ecografie compresa la morfologica, le visite ostetrico ginecologiche e la visita successiva al parto. Per chi ha più di 34 anni sono inoltre incluse l'amniocentesi e la villo centesi. Già da un paio di anni, nel piano base sono state inserite le coperture per l'amniocentesi e le iniezioni intravitreali negli interventi ambulatoriali e la Long term care (Ltc) in caso di infortunio professionale (con l'erogazione una tantum di 50mila euro). È stato mantenuto anche il passaggio automatico delle coperture di prestazioni in caso di variazioni all'interno dei Raggruppamenti omogenei di diagnosi (Drg) e l'aumento del massimale per parto gemellare da 42.500 a 46.500 euro. A contemplare le garanzie c'è la prevenzione: cardiovascolare, oncologica, pediatrica (riservata a chi aderisce con il nucleo familiare), odontoiatrica e oculistica. Al piano base, si possono aggiungere uno o più piani integrativi, in base alle esigenze specifiche proprie dei familiari.

### Indennizzo Covid-19

A seguito dell'emergenza Covid-19 SaluteMia ha, come già ricordato, istituito una copertura che prevede un'indennità di convalescenza post-ricovero a seguito di ricovero in terapia intensiva o sub intensiva in conseguenza della positività al virus Covid-19 (coronavirus), pari a 5mila euro per nucleo familiare.

### Critical illness

Dallo scorso anno, come accennato, SaluteMia offre a tutti i soci nella quota di iscrizione, che rimane invariata, la copertura Critical illness, una nuova prestazione che garantisce un sostegno economico "una tantum" per nucleo familiare di 4mila euro (per anno e per nucleo familiare) al manifestarsi di eventi morbosi gravi. Que-

## Piano Sanitario Optima Plus\*

0-29	30-40	41-55	56-65	66 e oltre
Senza nucleo € 235	Senza nucleo € 235	Senza nucleo € 475-550	Senza nucleo € 795	Senza nucleo € 910-1.295
Con nucleo € 300	Con nucleo € 750-780	Con nucleo € 890-930	Con nucleo € 1.150	Con nucleo € 1685-2.500

Si può sottoscrivere da solo o in aggiunta al piano base

### Piano Base

0-29	30-40	41-55	56-65	66 e oltre
€ 300	€ 360-390	€ 565-650	€ 795	€ 1.095-1.485

### Di seguito le opzioni aggiuntive facoltative

#### Piano integrativo 1 – Ricoveri

€ 255	€ 310	€ 390-405	€ 480	€ 640-930
-------	-------	-----------	-------	-----------

#### Piano integrativo 2 – Specialistica

€ 280	€ 320-330	€ 530-545	€ 595	€ 740-865
-------	-----------	-----------	-------	-----------

#### Piano integrativo 3 – Specialistica plus!

€ 235	€ 495	€ 360	€ 415	€ 515-590
-------	-------	-------	-------	-----------

#### Piano integrativo 4 – Odontoiatria

€ 160	€ 250	€ 330	€ 335	€ 420-610
-------	-------	-------	-------	-----------

sto sostegno potrà anche essere aumentato con un eventuale ulteriore contributo volontario, sostenuto direttamente dall'iscritto.

### Detrazione fiscale

Il costo della copertura sanitaria, fino a circa 1300 euro, si potrà detrarre dalle tasse al 19 per cento. Il costo, infatti, grazie alla gestione attraverso una società di mutuo soccorso è assimilato ai contributi associativi che per legge possono essere sottratti alle imposte da pagare (articolo 15, lettera i-bis del Testo Unico delle Imposte sui Redditi).

### Per iscriversi

Per rientrare sotto la copertura del piano base o di quelli integrativi di SaluteMia è possibile iscriversi compilando il modulo di adesione che si trova sul sito [www.salutemia.net](http://www.salutemia.net) in tutte le sue parti. Sarà poi necessario pagare la quota associativa e quella relativa ai piani scelti facendo un bonifico all'iban IT 73 C 03127 03207 00000004000. Nella causale occorre inserire il proprio nome, cognome, codice fiscale e la dicitura "Quota ass.va 2021 + contributi piani sanitari 2021 a SaluteMia s.m.s.". Chi invece deve soltanto rinnovare i propri piani di copertura sanitaria, potrà utilizzare il bollettino Mav recapitato direttamente da SaluteMia.

### SaluteMia

#### Società di Mutuo Soccorso dei Medici e degli Odontoiatri

Per adesioni, documenti e tutti i dettagli sulle prestazioni offerte dai vari piani è possibile visitare il sito [www.salutemia.net](http://www.salutemia.net). In alternativa si può scrivere a [info@salutemia.net](mailto:info@salutemia.net), o recarsi di persona nella sede di via Torino 38 a Roma previo appuntamento telefonico al numero 0621011350 (attivo dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 13 e dalle 14 alle 16,30). Se le linee sono occupate è possibile essere richiamati: basta inviare il proprio numero via email a: [adesioni@salutemia.net](mailto:adesioni@salutemia.net).



### SaluteMia

Società di Mutuo Soccorso dei Medici e degli Odontoiatri

## 1 Piano integrativo 1

### RICOVERI

Copertura delle spese di ricovero o intervento chirurgico, anche in day hospital, vitto e pernottamento per un accompagnatore: sono alcune delle garanzie offerte dal piano sanitario integrativo Ricoveri. Tra le altre prestazioni assicurate ci sono l'assistenza infermieristica privata individuale, il trasporto in ambulanza (o con aereo sanitario) e gli esami seguenti al ricovero. Sono inoltre coperte le spese sostenute per gli esami, gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche antecedenti al ricovero.

## 2 PIANO INTEGRATIVO 2

### SPECIALISTICA

Alta diagnostica integrata, accertamenti e terapie, visite specialistiche, analisi di laboratorio, prestazioni fisioterapiche: sono alcune delle voci coperte dal piano sanitario integrativo Specialistica. Tra le tante prestazioni di alta diagnostica integrata assicurate si sono, ad esempio, l'angiografia, l'urografia, la Pet, la Tac, la chemioterapia, l'ecocardiogramma, ecografie, broncoscopia, biopsia e biopsia eco guidata.

## 3 Piano integrativo 3

### SPECIALISTICA PLUS!

Chi sottoscrive il piano Specialistica Plus! Avrà diritto a prestazioni di alta diagnostica integrata, al pacchetto di

assistenza "Maternità Plus!" con ecografie, visite ostetrico ginecologiche, terapie fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico e sedute di psicoterapia, alla copertura per le spese e il latte artificiale. E ancora: piani annuali di prevenzione oncologica per uomini over 45 e donne sopra i 35 anni, il rimborso al 60 per cento delle spese per protesi e ortesi ortopediche. Queste sono solo alcune delle voci coperte dal piano integrativo Specialistica Plus! per il quale si sono appena aperte le iscrizioni. Tra le tante prestazioni di alta diagnostica integrata assicurate si sono, ad esempio, la colonscopia, l'eco trans rettale, l'eco trans vaginale, la gastroscopia tradizionale o transnasale e la mineralometria ossea computerizzata (Moc).

## 4 Piano integrativo 4

### ODONTOIATRIA

Sottoscrivendo il piano sanitario integrativo Odontoiatria ci si garantisce la copertura per attività di igiene e prevenzione, per interventi in caso di emergenza, cure di primo e secondo livello e protesi. Tra le prestazioni assicurate ci sono, ad esempio, la visita, l'ablazione del tartaro, la riparazione di protesi mobili, estrazioni, radiografia endorale, otturazioni, terapie endodontiche, l'ortopantomografia, la rizectomia, l'apicectomia, molaggio e interventi di piccola chirurgia orale.



La vicenda che ha condotto alla firma dell'ipotesi di accordo tra ministero e rappresentanze sindacali è durata tre anni. Ora dovremo vigilare affinché l'Acn venga presto pubblicato in GU "rendendolo così esecutivo"

## Firmata l'ipotesi di Acn con il Ministero della Salute

Dopo più di tre anni, dopo aver avviato il tavolo delle trattative per il rinnovo dell'ACN con il Direttore Guerra, aver proseguito con il Direttore D'Amario, finalmente, dopo varie vicissitudini, abbiamo chiuso il tavolo, con il Direttore Rezza.

Mercoledì 16 dicembre alle 10:30 si è tenuta la videoconferenza tra il ministero della Salute e le rappresentanze sindacali per apporre, virtualmente, la firma sull'ipotesi di Accordo Collettivo Nazionale tra il Ministero della Salute e i Medici ambulatoriali, Specialisti e Generici e le altre professionalità sanitarie operanti nel S.A.S.N. per il triennio 2016-2018. Tutto sommato il ritardo accumulato per la firma dell'ACN ci ha consentito di inserire nell'accordo tutti gli incrementi economici, le quote arretrate, comprese quelle del 2018 ed alcune novità normative, concordati dal SUMAI Assoprof, a livello Nazionale con la SISAC e che, in quanto compatibili, sono stati recepiti dal Ministero della Salute.

Riteniamo che l'accordo siglato contenga importanti novità per tutta la categoria.

**Stefano Alioto**  
Segretario organizzativo nazionale settore Sasn



**“Il ritardo accumulato per la firma dell'ACN ci ha consentito di inserire nell'accordo tutti gli incrementi economici, le quote arretrate, comprese quelle del 2018 ed alcune novità normative”**

### I punti salienti dell'Accordo

Confermato nell'articolo 1 il recepimento, per le parti compatibili, dei contenuti economici e normativi dell'ACN del 31/03/2020 del S.S.N.

**Art. 6:** È stato recepito il principio di potere usufruire dei permessi personali e dei permessi annuali (ferie) ad ore;

**Art. 14:** È stato recepito il riconoscimento di potere usufruire fino a 100 ore di aggiornamento professionale, nella eventualità che il Ministero non ottemperi all'obbligo formativo di sua competenza ed è stato riconosciuto, ai medici AME di partecipare ai corsi di aggiornamento, sottolineando che le ore di corso che superano l'impegno orario giornaliero sono retribuite come plus-orario;

**Art. 20:** È stata recepita l'indennità di disponibilità di cui all'articolo 45 dell'ACN 31/03/2020, con le medesime modalità;

**Art. 26:** Abbiamo ottenuto, dal 01/01/2018 il riconoscimento di una indennità forfettaria mensile per i medici AME, certificati dall'ENAC; Infine abbiamo ottenuto di inserire una norma finale in cui il Ministero

della Salute si impegna a convocare le OOSS prima di adottare provvedimenti di riduzione oraria, mobilità o revoca dell'incarico.

Queste, per linee generali, sono le principali novità del nuovo accordo, si avvia adesso l'iter che porterà alla pubblicazione dell'ACN in gazzetta ufficiale, rendendolo esecutivo.

Il primo passo sarà quello più difficile, ovvero il nulla osta del Ministero delle finanze per la copertura economica, successivamente l'accordo tornerà al Ministero per la firma del Ministro della Salute, dopodiché verrà inviato al Consiglio di Stato e dopo passerà alla Corte dei Conti.

Solamente dopo questi passaggi con le relative sottoscrizioni, il decreto ministeriale contenente l'accordo, approderà agli uffici della Gazzetta Ufficiale per la pubblicazione e solo allora l'ACN diventerà esecutivo.

Ci auguriamo che tutti questi passaggi avvengano nel più breve tempo possibile e comunque vigileremo affinché ogni trasferimento avvenga in maniera celere e senza intoppi.

## I vaccini: dal vaiolo a SARS-CoV-2. Breve resoconto della vaccinazione

**Mauro Ferrara**  
specialista ambulatoriale interno –  
Audiologo – Asl Città di Torino e ASL To 5

**Dai primi tentativi** esperiti più di due secoli fa sul vaiolo, alle più moderne e avanzate strategie attualmente utilizzate per contrastare il Sars Cov-2. La vaccinazione ha importanti ricadute sanitarie e sociali sia per il singolo che per la collettività poiché riduce la proliferazione del patogeno responsabile della malattia

**La storia della vaccinazione** in occidente nasce più di 200 anni fa, in Inghilterra, ad opera dell'agricoltore Benjamin Jesty e del medico Edward Jenner. Quest'ultimo, dall'osservazione che le mungitrici risultano immuni alla forma umana del vaiolo, inferisce che l'esposizione al vaiolo bovino determini un'immunità che protegga da tutti gli orthopoxviridae. Dall'inoculazione del virus – vivo – al giovane James Phipps e alla famiglia di Jesty si è giunti all'eradicazione della malattia, primo esempio nella storia della medicina. Prima di Jenner venivano utilizzate – non nell'ambito di campagne di massa, ma come



Edward Jenner  
mentre vaccina suo  
figlio tra le braccia  
di Mrs Jenn  
Wellcome

esperimenti isolati – le tecniche cosiddette di variolizzazione che prevedevano l'impiego del “germe” del vaiolo per immunizzare i bambini, ma che non hanno mai avuto grande diffusione perché estremamente pericolose.

Il secondo passo nell'evoluzione dei vaccini avviene 80 anni dopo, ad opera del medico tedesco Robert Koch e del chimico e biologo francese Louis Pasteur, considerato il padre della microbiologia. Quest'ultimo, forse in maniera non del tutto consapevole, riesce ad attenuare la virulenza di diversi ceppi batterici e virali esponendoli a condizioni avverse, ottenendo

risultati epocali nella prevenzione di rabbia e carbonchio. Pasteur, in onore della scoperta Jenner, chiama queste sostanze *vaccini* (da *vacca*).

Nell'ultima decade dell'ottocento lo sviluppo dei vaccini comincia ad avere un razionale, in virtù dei lavori di scienziati britannici, tedeschi, francesi e statunitensi. Punti cruciali di questo processo sono i metodi di inattivazione dei microorganismi che possono poi essere utilizzati come vaccini, la scoperta delle tossine batteriche, la produzione di antitossine e la scoperta che il siero immune contiene sostanze (anticorpi) che neutralizzano le tossine o inibiscono la



replicazione batterica. Daniel Salmon e Theobald Smith sono i pionieri della ricerca sui batteri inattivati e il loro lavoro porta allo sviluppo di vaccini contro tifo, colera e peste.

Emil von Behring, Shibasaburo Kitasato, Émile Roux, Alexandre Yersin, Almroth Wright e Paul Ehrlich portano avanti ricerche e sviluppano il concetto di anticorpi sierici dimostrando che il bacillo della difterite produce una esotossina e scoprendo che nel siero degli animali che erano stati esposti ad una dose subletale di tossina si ritrova un anticorpo neutralizzante la tossina stessa. Questi stessi studi portano allo sviluppo del concetto di anticorpo come elemento complementare all'antigene.

Agli inizi del novecento diventa chiaro che il passaggio di un microorganismo in un ospite non naturale porta ad una selezione genetica per ceppi non virulenti, di conseguenza, il *Mycobacterium bovis* viene coltivato nell'arco di 14 anni, attraverso 230 passaggi seriali, in un terreno di coltura contenente bile da Albert Calmette e da Camille Guérin. Ciò porta allo sviluppo di un mutante che protegge

dall'infezione del *Mycobacterium tuberculosis*.

Nello stesso periodo passaggi seriali del virus della febbre gialla in uova di gallina portano a sviluppare un virus efficace da parte di Max Theiler, l'utilizzo di cellule batteriche inattivate di Bordetella pertussis consente di sviluppare il primo vaccino contro tale patologia (poi sostituito da un vaccino acellulare contenente solo alcune proteine) e uno degli scopritori del virus dell'influenza, Wilson Smith, riesce ad ottenere un vaccino in grado di conferire immunità. In seguito, si scoprirà che esistono diversi ceppi virali in grado di causare influenza e che frequentemente vi sono variazioni antigeniche che rendono inefficaci i vaccini. Ricerche eseguite in Unione Sovietica hanno consentito di utilizzare un vaccino, formato da virus influenzali attenuati, somministrati per via nasale, che risulta efficace perché induce la secrezione di immunoglobuline A nel nasofaringe e nel siero ed elicitava la risposta di linfociti T citotossici contro il virus.

La terza fase della storia vaccinale - l'età dell'oro nello sviluppo vaccinale,

Demetrio Cosola,  
La vaccinazione  
nella campagna  
italiana (1894)



**L'età dell'oro nello sviluppo vaccinale comincia verso la metà del ventesimo secolo, grazie ad una rivoluzione tecnica procedurale: l'utilizzo di colture cellulari per la crescita di virus**

perlomeno di quello tradizionalmente inteso - comincia verso la metà del ventesimo secolo, grazie ad una rivoluzione tecnico procedurale: l'utilizzo di colture cellulari per la crescita di virus. I pionieri di questa tecnica sono John Enders, Frederick Robbins e Thomas Weller ed il loro metodo è stato immediatamente utilizzato per lo sviluppo dei vaccini.

Negli anni '50 vengono sviluppati due vaccini contro la poliomielite: il vaccino inattivo sviluppato nel 1952 da Jonas Salk presso l'Università di Pittsburgh ed il vaccino orale, un vaccino vivo attenuato, prodotto dal passaggio del virus attraverso cellule non umane con una temperatura sub-fisiologica, che produce mutazioni spontanee nel genoma virale, sviluppato da Albert Bruce Sabin. Risale a questo periodo quello che viene definito il *cutter incident*: uno dei peggiori disastri farmaceutici nella storia degli Stati Uniti. Per errore vengono distribuite 120000 dosi di vaccino contenenti virus vivo, 40000 bambini sviluppano una forma blanda di poliomielite, 56 sviluppano poliomielite paralitica e, tra questi, 5 vanno incontro a morte.

Negli anni '60 vengono sviluppati tre vaccini mediante virus vivi attenuati, ottenuti attraverso il passaggio in uova o colture cellulari: morbillo, parotite e rosolia.

Nel decennio successivo gli stessi principi vengono applicati ai virus della varicella zoster, al virus dell'encefalite giapponese e ad un ceppo autotrofo del bacillo tifoide.

Negli anni '80 vedono la luce altre due strategie rivoluzionarie per lo sviluppo di terapie vaccinali: la coniugazione di polisaccaridi capsulari batterici alle proteine (*Haemophilus influenzae* tipo B, meningococchi e pneumococchi) e l'ingegneria genetica per la produzione di proteine immunogeniche (epatite B, papillomavirus).

Ed arriviamo ai giorni nostri ed alle diverse strategie vaccinali contro il



I moderni vaccini anti Sars-CoV-2

SARS-CoV-2: l'eccezionale portata e i danni spaventosi – in termini di danni economici e, soprattutto, di salute pubblica – hanno giustificato una mobilitazione mondiale senza precedenti con ingenti risorse, pubbliche e private impiegate per realizzare un vaccino sicuro ed efficace in tempi straordinariamente ridotti. A meno di un anno dal primo caso confermato di COVID, sono molti i candidati vaccini in fase avanzata di validazione o, addirittura, validati dagli organismi di controllo nazionali ed internazionali e pronti per essere inoculati.

Un primo approccio, il più semplice ed antico, sfrutta il virus attenuato o inattivato (Cina ed India). Il vantaggio di questo sistema consiste nel presentare al nostro sistema immunitario tutte le diverse componenti antigeniche del virus. Di contro, è necessario un controllo di qualità rigorosissimo al fine di evitare incidenti quali il *cutter incident* e per evitare, nel caso del virus attenuato, il riacquisto di patogenicità.

Per queste ragioni si cerca di sfruttare tecnologie più innovative al fine di selezionare delle proteine specifiche del virus e di addestrare il nostro sistema immunitario a riconoscerle e combatterle. In particolare, nel caso di Sars-CoV-2, bersaglio elettivo è la proteina spike, sia perché è molto specifica del virus, sia perché bloccarla con anticorpi porta all'impossibilità del virus di invadere cellule umane (anticorpi neutralizzanti), dato che questa proteina è quella che riconosce il recettore umano ACE2 per consentire al virus di entrare nelle cellule umane.

Per ottenere tale risultato, si utilizzano virus differenti, gli adenovirus, blandamente patogeni per l'uomo (raffreddore). Il Dna di questi virus viene modificato, con tecniche di ingegneria genetica, e viene inserito il gene che codifica la proteina spike. Questi virus geneticamente modificati infettano le cellule dell'uomo e – senza che il DNA si integri con quello



dell'ospite infettato – producono la proteina spike. Sono le stesse cellule, a questo punto, a produrre la porzione di virus che il sistema immunitario riconosce come estranea; ed in questo modo si monta la risposta protettiva contro Sars-CoV-2 (alcuni vaccini cinesi utilizzano questa tecnica).

Questo tipo di vaccini è molto sicuro e la tecnologia ben validata (gli adenovirus vengono utilizzati per altre scopi, es. terapia genica per la SMA) ma vi è un importante problema: siccome gli adenovirus circolano comunemente fra gli esseri umani, molti potrebbero avere un sistema immune in grado di riconoscere il vettore, e quindi bloccare il vaccino.

Diversi approcci vengono tentati per superare tale ostacolo: il vaccino russo Sputnik V utilizza due diversi adenovirus come vettore affinché almeno uno sia efficace, mentre il vaccino di Astra Zeneca sfrutta un adenovirus di scimpanzé. Tra i vantaggi di questi vaccini vi sono la conservabilità e la semplicità nel trasporto, anche in forma liofilizzata.

E veniamo alle strategie più moderne ed avanzate attualmente utilizzate (Pfizer e Moderna): viene prodotto un Rna messaggero, avvolto in un liposoma che ne facilita l'ingresso nelle cellule e lo protegge dalla degradazione, che non ha bisogno di raggiungere il nucleo delle cellule per funzionare; appena entra in una cellula, viene immediatamente trasformato

Oggi le strategie vaccinali sono contro il Sars-CoV-2. La situazione è talmente grave che si è sviluppata una mobilitazione mondiale senza precedenti con ingenti risorse, pubbliche e private impiegate per realizzare un vaccino sicuro ed efficace in tempi straordinariamente ridotti

nella proteina spike che serve ad addestrare il nostro sistema Immunitario. Principale svantaggio è che l'Rna è molto delicato, per cui il vaccino va conservato a basse temperature e protetto opportunamente, e ciò complica notevolmente la logistica. Inoltre, forse proprio a causa del liposoma in cui è incapsulato l'Rna messaggero, questo tipo di vaccini può produrre una forte reazione all'iniezione (si dice che il vaccino è fortemente reattogenico) causando febbre alta, dolori muscolari ed altri sintomi. Generalmente tali effetti sono reversibili e di breve durata, ma in un quadro attuale precario – sotto vari punti di vista – quale è quello attuale, possono spaventare e scoraggiare molti potenziali *vaccinandi*.

Purtroppo siamo in una situazione – mutuando un termine scacchistico – *Zugzwang* in cui qualunque mossa presenta incognite e rischi: l'unica certezza è che non si può restare fermi. Per tale ragione la Centre of Diseases Control (Cdc) americana caldeggia la vaccinazione anche per soggetti che soffrono di gravi forme allergiche, sconsigliandola esclusivamente per coloro i quali risultino allergici a qualunque eccipiente del vaccino ed ha sviluppato – nel tentativo di monitorare in tempo reale eventuali effetti avversi – *V-safe*, una *app* per *smartphone* liberamente scaricabile ed utilizzabile.

In conclusione, la vaccinazione ha avuto e continua ad avere importanti ricadute sanitarie e sociali: in particolare, la copertura vaccinale contro le malattie infettive è utile per il singolo poiché evita o attenua i danni provocati dalla malattia e dalle sue complicanze (morbosità, mortalità, ricorso a cure mediche, ospedalizzazioni) e per la collettività poiché permette di ridurre la proliferazione del patogeno responsabile della malattia. Ma oltre agli effetti sulla salute, vi sono importanti ricadute economiche per la diminuzione della spesa sia diretta che indiretta.

## Genitori, figli ed emergenza pandemica

**Overo come gli adulti**, spesso a loro volta disorientati, possono aiutare i bambini a superare questo periodo e a capire cosa sta succedendo e come affrontarlo. L'importanza di una sana routine e dei momenti insieme, opportunità più uniche che rare in una normalità pre-Covid



**Gli innumerevoli** ed inevitabili cambiamenti che stiamo vivendo nell'ultimo periodo, le pesanti condizioni dettate dall'emergenza Covid, richiedono una continua ed abbondante capacità di adattamento: le nostre abitudini sono state completamente stravolte, rivissute, rivoltate e il tempo trascorso da soli ci ha permesso di riflettere a lungo su noi stessi e su cosa è davvero importante, così come sui nostri desideri di fronte a questo "reale". Tali attraversamenti, seppur complessi, sono ormai pane quotidiano per gli adulti, assumendo loro come soggetti responsabili che riescono a spiegarsi quanto stia capitando, cosa è necessario fare e come, ma per i bambini non è la stessa cosa. Agli adulti va il difficile compito di aiutarli a capire cosa sta succedendo e come affrontarlo.

È necessario innanzitutto che i genitori siano supportati nella comunicazione con i propri figli, affinché ritrovino le più giuste modalità e i canali più opportuni: è meglio ricevere certe informazioni dai propri genitori che da altre fonti, magari estranee e difficili da capire. Innanzitutto sarebbe utile verificare cosa i bambini già sanno rispetto al Coronavirus e ascoltare le loro domande, senza aver paura di non saper rispondere, anzi, potrebbe essere un'opportunità per andare a "scavare" ed imparare insieme cose nuove. È importante incoraggiare i bambini a fare domande e a esprimere timori e preoccupazioni: i genitori dovrebbero accogliere le emozioni dei propri figli, rassicurandoli rispetto ad esse.

Per i bambini troppo piccoli, che non sanno e hanno difficoltà a capire cos'è una pandemia, non è necessario scendere nei dettagli, ma semplicemente aiutare loro a mettere in pratica norme igieniche adeguate come lavarsi e disinfettarsi spesso le mani, tossire nella piega del gomito, indossare la mascherina, anche se fastidiosa. La routine quotidiana è attual-

**La scuola insegna molto più della didattica. La dimensione sociale della vita scolastica sta mancando, costringendo i bambini a stare in casa, o a stare in classe ma separati, senza poter parlare, abbracciarsi, confrontarsi con i propri compagni**



mente stravolta: un grande aiuto potrebbe essere scandire i tempi della giornata, organizzando attività che siano piacevoli e che tengano i bambini impegnati.

Appare sintetico quanto immediato alla lettura il contributo della professoressa Ann Buchanan, direttrice dell'Università di Oxford del *Centre for Research into Parenting and Children*, la quale afferma che una routine sana per i bambini, debba contenere quattro "B".

1. **Busy** (occupato): creare delle attività che tengano i bambini impegnati attivamente.
2. **Brain** (cervello): grazie alla collaborazione con la scuola, è possibile impegnare i bambini in attività cognitive.
3. **Boby** (corpo): il movimento è un bisogno innato e indispensabile, pertanto sarebbe utile svolgere attività fisica seppur all'interno delle mura domestiche, ad esempio creando dei percorsi, riproducendo attività mostrate in video, giocando a nascondino.
4. **Buddies** (amici): è importante mantenere i contatti con la scuola e, soprattutto, con maestre e compagni: la scuola è il primo ambiente di vita esterno con cui ogni individuo entra in contatto, ed è in questo ambiente che i bambini imparano a confrontarsi con l'altro e a mettersi in gioco.

La scuola insegna molto più della didattica: la cooperazione, lo spirito di squadra, la negoziazione, l'affrontare situazioni stressanti e difficili, il mettersi alla prova sono solo alcuni degli insegnamenti che l'esperienza scolastica fornisce alla persona. Questa dimensione prettamente sociale della vita scolastica viene meno in questo periodo, costringendo i bambini a stare in casa, o a stare in classe ma separati, senza poter parlare, abbracciarsi, confrontarsi con i propri compagni. Mantenere i contatti, seppur telefonici, permette però di creare

alle proprie paure, e al genitore di ascoltare il proprio figlio, nonché di osservare il suo comportamento, al di là delle parole. Ogni persona reagisce allo stress in modo diverso: i bambini potrebbero isolarsi, diventare scontrosi o aggressivi, avere difficoltà di concentrazione, insonnia, ansia, perdita di motivazione nel fare le cose. Non c'è da meravigliarsi inoltre in caso di comportamenti che sono generalmente messi in atto da bambini di età inferiore, come bagnare il letto, ricercare più frequentemente il contatto fisico, o richiedere di dormire con i propri genitori. Osservare il proprio figlio permette al genitore di conoscere meglio il suo stato emotivo e di capire di cosa abbia bisogno: è importante non minimizzare, ma accogliere e sostenere, ricordando che è normale in questa situazione sentirsi preoccupati, arrabbiati o tristi.

In ogni caso, un punto fondamentale e imprescindibile resta che per potersi prendere cura dei propri figli, i genitori debbano essere in grado di prendersi cura di sé stessi, organizzando per loro stessi giornate che siano strutturate, che prevedano movimento fisico, attività cognitive e contatti sociali. Per i genitori questo momento epocale provoca preoccupazioni, in molti casi fino all'incubo, perché temono tanto di doversi confrontare con difficoltà importanti dei propri figli, di misurarsi costantemente con le trasformazioni oggettivamente presenti, quanto con l'assumersi la responsabilità dei contenuti educativo-protettivi, della condivisione e della socialità. I costrutti della genitorialità vivono sicuramente una fase di enorme criticità, di smarrimento ed incertezza che la Psicologia porrà inevitabilmente al centro del suo interesse scientifico nei prossimi anni, per la ricerca e l'interpretazione degli effetti visibilmente rappresentati nel contesto pandemico.

uno spazio di condivisione in cui poter parlare delle proprie giornate, delle proprie preoccupazioni e dei propri interessi. Fare delle videocchiamate, inviare messaggi o audio messaggi potrebbe essere non solo divertente, ma anche rassicurante rispetto allo stato di salute o di assenza delle altre persone che generalmente passano del tempo con il bambino, che altrimenti rischierebbe di colmare questo vuoto con fantasie angosciose del tipo "non sta bene", "non mi pensa", "non mi vuole più bene". Ovviamente, è necessario alternare queste attività con le altre. Creare nuove abitudini, nuovi rituali, nuove tradizioni potrebbe quindi aiutare i bambini a cogliere l'importanza dei momenti insieme, opportunità più uniche che rare in una normalità pre-Covid. Cruciale diventa anche ciò che lo psicoanalista Christopher Bollas (British Psychoanalytic Society), in termini di fattori di rischio, sottolinea rispetto all'importanza attribuita alla connettività istantanea che questo "clima culturale" avrebbe sulla riflessività e sull'introspezione.

Trascorrere tanto tempo insieme permette al bambino di imparare cose nuove e a sentirsi rassicurato rispetto

“

**È importante che i genitori siano supportati nella comunicazione con i propri figli, affinché ritrovino le modalità più giuste e i canali più opportuni: è meglio ricevere certe informazioni dai propri genitori che da altre fonti**

## Covid-19: educazione alla prevenzione e alla cura

L'informazione è tanto più efficace quanto più chiara e coerente. E purtroppo in questi mesi di pandemia non sempre i governi hanno diffuso messaggi privi di contraddizioni e facili da recepire

**Tutti i Paesi** stanno oggi facendo fronte ad una grave crisi sanitaria legata alla pandemia da Coronavirus 19 e i governi si trovano a doverne gestire l'importante impatto in termini di morbilità e mortalità e arginarne le ricadute sul piano sociale, economico e politico.

La gestione quotidiana rende necessaria la selezione tra pazienti da ospedalizzare, l'isolamento dei positivi al test molecolare: chi è stato in contatto con persone positive e gli asintomatici (per evitare diffondersi del virus anche nelle famiglie) e coloro che presentano sintomi lievi (per evitare l'aggravamento delle loro condizioni di salute).

Anche quando la positività non è presente si consiglia, ed in certi periodi si richiede, la permanenza a casa per via del rischio che si corre di contrarre la malattia in assenza di vaccini e cure specifiche di accertata totale efficacia.

L'isolamento che la gestione della pandemia esige fa emergere la necessità di mettere in atto strategie di gestione dell'ansia e dello stress e richiede anche alla popolazione l'acquisizione di competenze di prevenzione della malattia.

a cura di:

**Maria Grazia Albano**

Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, Università degli Studi di Bari;

**Jean François d'Ivernois**

prof. emerito, LEPS, Université Sorbonne-Paris Nord

Sollecita, inoltre, l'esercizio di capacità di autocura da parte di tutti quei pazienti che sono già stati colpiti dal Covid e dimessi dall'Ospedale e da parte di tutti coloro che sono affetti da malattie croniche e che, a causa della pandemia, hanno difficoltà di accesso alle strutture sanitarie del territorio ed agli ospedali, sovraffollati di pazienti Covid.

Appare oggi più che mai evidente, considerata la situazione di grave crisi in cui le strutture sanitarie versano, l'urgenza e l'importanza di educare la popolazione sana e quella malata. Dal grado di educazione della popolazione in materia di salute dipendono, infatti, l'andamento della pandemia e l'evoluzione delle malattie croniche a medio e lungo termine.

Abbiamo voluto, per questo, volgere un rapido sguardo verso le attività educative che si svolgono in questo periodo.

**Alle attività di educazione sanitaria (a)**, condotte per prevenire il contagio nelle persone sane, va riconosciuta una rilevanza estrema nel contesto attuale. Appare evidente che i media, internet, i quotidiani, i luoghi pubblici e persino gli esercizi commerciali divulgano le regole essenziali



da rispettare. Quindi: distanziamento, obbligo di portare la mascherina, nei luoghi chiusi e all'aperto, evitando il più possibile il contatto con gli altri, lavarsi con regolarità le mani con soluzione idroalcolica o sapone, non toccarsi la bocca e il naso, arieggiare spesso gli ambienti, starnutire e tossire nel gomito, disinfettare le superfici con cui si viene più spesso a contatto. Questi messaggi, anche se inizialmente relativamente confusi



“ L'isolamento che la gestione della pandemia esige fa emergere la necessità di mettere in atto strategie di gestione dell'ansia e dello stress e richiede anche alla popolazione l'acquisizione di competenze di prevenzione della malattia

## Classificazione delle forme di prevenzione:

- a) nella prevenzione **primaria rientrano le attività di educazione alla salute, indirizzate alla popolazione sana e negativa al Covid test;**
- b) la prevenzione **secondaria si rivolge a quanti sono positivi al Covid test con o senza sintomi;**
- c) la prevenzione **terziaria riguarda i pazienti cronici e coloro che vengono dimessi dall'Ospedale e devono continuare a gestire il loro follow up e, spesso, i postumi della malattia.**

sigliato di: informarsi sui sintomi di Covid più frequenti, rimanere in una stanza senza contatti con gli altri, aprire spesso la finestra per cambiare aria, indossare una mascherina chirurgica negli ambienti condivisi, lavarsi spesso le mani, usare un bagno separato o pulirlo, se condiviso, dopo ogni utilizzo, usare sempre asciugamani, piatti e posate personali, non invitare nessuno a casa. È inoltre necessario controllare la temperatura due volte al giorno e, in occasione della comparsa o dell'aggravamento di sintomi come febbre, tosse o difficoltà a respirare, consultare telefonicamente il proprio Medico e seguire le indicazioni ricevute. In caso di sintomi gravi come febbre alta e difficoltà respiratorie si consiglia di chiamare il 112 ma non recarsi al Pronto Soccorso.

perché ancora le vie di propagazione del virus erano poco note, sono stati poi diffusi in maniera chiara e sono stati per lo più ben recepiti dalla popolazione, anche se certamente ignorati dai negazionisti e a volte dai più giovani perché in principio non ritenuti contagiosi.

**A chi è positivo al Covid test (b)** e può, quindi, non manifestare alcun disturbo o avvertire sintomi più o meno importanti, viene solitamente con-

**Una attenzione particolare meritano i pazienti cronici (c)**, spesso pluripatologici e la loro educazione.

Per loro è stato difficile avere accesso alle cure nel contesto della medicina ospedaliera e del territorio a causa dell'indisponibilità di parte del personale medico, che ha dovuto e deve ancora sopportare un sovraccarico di lavoro e per la mancanza di posti letto in reparti no-Covid. La paura di contrarre il Covid ha poi giocato un ruolo essenziale ed ha determinato un allontanamento dal curante ed una gestione autonoma della malattia e delle crisi.

Nel corso di questa epidemia l'importanza di educare il paziente all'auto-cura si è resa così del tutto palese.

Il timore da più parti espresso è, infatti, di riscontrare, una volta terminata la pandemia, complicanze importanti dovute ad una cattiva gestione della malattia cronica soprattutto da parte di pazienti in età avanzata. Il lungo "periodo Covid" ha reso necessario un adattamento dei programmi di Educazione Terapeutica del Paziente (ETP) già esistenti ed ha portato alla realizzazione d'interventi a distanza pertinenti con le problematiche di gestione della malattia in epoca di pandemia.

La SETE (Società Europea di Educazione Terapeutica) sta effettuando uno studio sul modo in cui i curanti-educatori hanno adattato le loro pratiche di educazione terapeutica del paziente (TPE) durante la crisi del Covid-19.



I primi risultati dell'indagine condotta durante il periodo di confinamento tra 410 coordinatori dei programmi educazione terapeutica in Francia e nei suoi dipartimenti d'oltremare (714 programmi) allo scopo di descrivere gli adattamenti apportati ai programmi e illustrare l'offerta educativa relativa al Covid-19, hanno evidenziato che il 70% dei programmi è stato interrotto, il 29% ha visto le proprie attività continuare con alcune modifiche e l'11% ha incluso attività di prevenzione Covid-19.

Si è constatata, inoltre, la chiusura di alcune UTEP (Unité Transversale d'Education du Patient, che coordina l'educazione terapeutica tra gli operatori sanitari ospedalieri e territoriali e fornisce assistenza allo sviluppo di nuovi programmi) e la maggior parte delle attività in gruppo è stata sostituita con sessioni individuali anche attraverso strumenti digitali.

In alcuni programmi anche via web

(es: "Vivere meglio la malattia cronica in isolamento" UTEP dell'Ospedale di Montpellier, Francia) è stato incluso un incontro sulle misure di contenimento dell'epidemia (misure protettive, rilevamento dei segni di gravità...) ed incontri sull'esercizio fisico, sull'alimentazione, sulla gestione dello stress con la meditazione e lo yoga.

Il programma "Covid-19: informarsi, proteggersi, identificare i segni di aggravamento, vivere con la mia malattia cronica" dell'UTEP dell'Ospedale di Montpellier (che svolge 58 programmi di ETP) è destinato a 5-10 persone con una o più patologie croniche. Si è proposto di far comprendere meglio l'infezione da Covid-19 e far mettere in atto misure di sicurezza.

Più specificatamente gli obiettivi del programma sono:

- comprendere i dati epidemiologici della pandemia, le modalità di tra-

missione del virus, i sintomi, i trattamenti

- descrivere i metodi di prevenzione e metterli in pratica;
- descrivere i segni di peggioramento in caso di infezione;
- perseguire una buona gestione della malattia cronica (*follow-up*, trattamenti) nel periodo epidemico;
- selezionare le informazioni attendibili.

La durata dell'incontro sul web è di 2h45.

Dopo un primo momento dedicato all'accoglienza e alla presentazione delle modalità di svolgimento dell'incontro, ciascun partecipante ha indicato le sue aspettative e bisogni. È poi previsto un momento d'informazione generale sul Covid durante il quale i partecipanti discutono sulle difficoltà riscontrate e commentano un diorama. I temi della successiva discussione sono: "come proteggermi" (i gesti barriera) e "farsi testare". Si affrontano quindi tematiche più specifiche: i segni di aggravamento (quali sono, quando telefonare al Medico, come andare in Ospedale) e le problematiche ingenerate dalle patologie di cui soffrono i partecipanti (le difficoltà di accesso al Medico, al trattamento; come adattarsi e come essere sostenuti). Nella fase finale dell'incontro vengono inviati documenti sulla prevenzione e viene compilato un questionario di soddisfazione.

L'UTEP dell'Ospedale di Montpellier ha anche organizzato un *atelier* sul web della durata di 2h30 con l'obiettivo di mettere i pazienti cronici in grado di comprendere l'importanza dell'esercizio fisico per la loro salute, conoscere vari tipi di esercizio fisico da praticare in casa, stabilire un piano personalizzato di pratica regolare dell'attività fisica. Dopo un tempo di presentazione dei partecipanti e delle regole dell'*atelier*, 15 minuti sono dedicati ad una discussione sulla percezione dell'attività fisica e 20 sui suoi effetti sulla salute (fisica, psicologica, sociale). I successivi 40 minuti sono dedicati al tema del "riscalda-



**Senza educazione le persone si ritroveranno in condizioni gravemente compromesse o forse, ancor prima, saranno vittime delle loro stesse lacune**





“ I messaggi di educazione alla salute sono oggi al centro della nostra attenzione, così come oggi ci sembra estremamente importante che il paziente sappia cosa fare se riscontra una positività al test



## Conclusione

**Un'educazione è efficace se è coerente e chiara.**

Non sempre si è riusciti in questi mesi a diffondere messaggi privi di contraddizioni e facili da recepire e spesso si è evidenziato il contrasto delle rappresentazioni, delle credenze e delle conoscenze delle persone con quanto è stato divulgato e deciso. Sarà certamente anche a breve oggetto di resistenze diffuse la raccomandazione di vaccinarsi, che verrà presto diramata e alla quale si opporranno quanti hanno timori relativi agli eventuali gravi effetti indesiderati dei vaccini. L'importanza di un'informazione chiara, esaustiva ed unanimemente condivisa da parte della comunità scientifica appare sempre più evidente anche alla luce delle reazioni di una parte delle popolazioni che non hanno compreso, né per questo condiviso, quanto raccomandato dai governi adottando comportamenti rischiosi per sé e per gli altri.

I messaggi di educazione alla salute sono oggi al centro della nostra attenzione, così come oggi ci sembra estremamente importante che il paziente sappia cosa fare se riscontra una positività al test.

Ma abbiamo realmente considerato quali potrebbero essere i danni di una mancata educazione ai pazienti cronici in questo periodo di tempo? Dopo aver per anni prestato attenzione principalmente alle malattie croniche per numerose ragioni, questa epidemia ha ridato la priorità a quelle acute caratterizzate da un improvviso apparire di crisi e complicanze.

Questo improvviso e necessario spostamento dell'attenzione ci porta a comprendere quanto sia indispensabile nella prossima fase, quando la pandemia sarà finita, chiederci cosa abbiamo imparato. Dovremmo aver imparato che l'educazione è vitale per le persone che devono gestire una condizione del tutto nuova (dopo l'ospedalizzazione per Covid) o le malattie che da anni accompagnano la loro vita quotidiana. Senza educazione queste persone si ritroveranno in condizioni gravemente compromesse o forse, ancor prima, saranno vittime delle loro stesse lacune. Dovremmo anche riflettere su come e quando fare appello alla telemedicina che in questo momento ci è stata di grande aiuto per mantenere quelle relazioni che il virus avrebbe altrimenti troncato e come utilizzare al meglio l'educazione a distanza, che potrebbe in futuro rendere raggiungibili pazienti confinati nella loro solitudine.

mento”, ad esercizi di rafforzamento muscolare, di coordinamento, di equilibrio e flessibilità e di stretching. Infine, si svolge una discussione sulle sensazioni, sulle difficoltà e sulla possibilità di eseguire regolarmente gli esercizi. La parte finale è dedicata alla valutazione e ai commenti.

Non abbiamo, invece, molte informazioni su come vengono educati i pazienti alla gestione del post-covid. Alcuni Ospedali (es: il San Gerardo di Monza) hanno messo a punto un programma di sorveglianza attiva grazie al quale si effettua il monitoraggio del paziente per due settimane attraverso uno *smartphone* collegato a strumenti che misurano diversi parametri (la saturazione, la temperatura, la PA, la frequenza respiratoria).

Se il paziente dimesso è guarito dovrebbe mettere in atto le indicazioni valide per la popolazione in generale; se clinicamente guarito ma ancora

positivo al test, deve isolarsi in casa fino al momento del recupero completo e al responso negativo al test. Questa educazione dovrebbe essere effettuata prima della dimissione anche al fine di prevenire il contagio di persone sane dell'entourage.

Non tutti i pazienti tornano, però, nelle loro abitazioni; anche se alcuni vengono indirizzati presso strutture residenziali, tutti hanno comunque bisogno di un supporto educativo. Insieme ai familiari dovrebbero ricevere istruzioni dettagliate per il *follow-up* ed averle comprese. Al momento della dimissione dovrebbero ricevere un piano terapeutico per l'utilizzo di tutti i farmaci da assumere e il programma di tutti gli appuntamenti per il *follow up*. Dovrebbero anche sapere che con il proprio medico di base va fissato subito un appuntamento per una visita di controllo (3-10 giorni dopo le dimissioni).

Lo studio che presentiamo dimostra l'efficacia del gel piastrinico nell'accelerare il processo di guarigione delle ulcere riducendo sia i costi per il Ssn che i disagi dei pazienti



## Platelet rich-plasma: dal laboratorio alla pratica clinica

A cura di  
**Angelo Di Feo**  
U.O.S. Raccolta  
Sangue, P.O.  
dell'Immacolata  
di Sapri  
ASL Salerno

**Il Presidio Ospedaliero di Sapri** è un piccolo ospedale della provincia di Salerno situato nel basso Cilento e conta una decina di reparti capaci di accogliere e curare la popolazione del posto. L'Unità Operativa Semplice Raccolta Sangue è un servizio dell'ospedale che oltre ad essere un centro di raccolta di sangue effettua i co-

muni esami immunoematologici ed eroga emocomponenti richiesti dai diversi reparti. L'equipe è formata da un responsabile medico Angelo Dodato, un dirigente medico Lorenzo Cafaro, un biologo specialista ambulatoriale Angelo Di Feo, un coordinatore tecnico Maria del Carmen Cafiero, due tecnici di laboratorio biome-

dico Maristella Boccia e Rachele Giudice, quattro infermieri Fausto Carelli, Patrizia Vecchio, Marialuisa Crivella e Teresa Cetrola, un assistente amministrativo Luigi Conticelli. Tra i diversi servizi erogati dall'U.O.S. vi è la preparazione e l'utilizzo del Platelet Rich Plasma (PRP) un emocomponente ad uso non trasfusionale che



negli ultimi vent'anni ha avuto un grande sviluppo ed è stato applicato a numerose situazioni cliniche.

### Negli anni 90 i primi utilizzi di emocomponenti

L'utilizzo di emocomponenti per uso non trasfusionale inizia nel 1998 con la prima pubblicazione del Professor. R. E. Marx e Collaboratori relativa all'utilizzo di concentrati piastrinici in ambito odontoiatrico, secondo una tecnica di laboratorio messa a punto negli anni '80 da David Knighton che riuscì ad ottenere in vitro la stimolazione delle piastrine con quote di trombina. Sulla scia dei primi successi clinici, l'interesse si è ampliato a vari campi della medicina e della chirurgia; sono state proposte molteplici metodiche di produzione e diverse indicazioni d'uso e la pratica si è diffusa in diversi ambiti specialistici. Tra gli emocomponenti ad uso non trasfusionale un ruolo centrale ha assunto il concentrato piastrinico per uso non trasfusionale o plasma ricco



**Il PRP è alla base di metodiche per incrementare la concentrazione dei fattori di crescita contenuti all'interno delle piastrine nelle sedi chirurgiche dove occorre accelerare i meccanismi di rigenerazione tissutale**

di piastrine.

Il PRP è alla base di metodiche per incrementare la concentrazione dei fattori di crescita contenuti all'interno delle piastrine nelle sedi chirurgiche dove occorre accelerare i meccanismi di rigenerazione tissutale [1]. Nel corso del processo di formazione del coagulo, le piastrine rilasciano numerosi fattori di crescita capaci di stimolare la replicazione di fibroblasti, osteoblasti, e cellule endoteliali rendendosi efficaci come adiuvanti/potenziamenti dei naturali processi adesivi e riparativi, favorendo ed accelerando la riparazione tissutale sia cutanea sia ossea.

Le piastrine sono presenti nel sangue circolante alla concentrazione di 150-400 x 10<sup>3</sup>/µl ed hanno una vita media di 7 giorni. Normalmente le piastrine circolano nel sangue in forma non attivata. Appena un tessuto viene danneggiato, con il sangue arrivano le piastrine che entro pochi minuti cambiano forma. Esse sviluppano pseudopodi per favorire l'aggrega-

zione e rilasciano il contenuto dei granuli attraverso un sistema di canalicoli.

Il fattore tissutale sintetizzato dall'endotelio ed i fattori secreti dalle piastrine innescano la cascata della coagulazione intrinseca, che culmina nell'attivazione della trombina. La trombina converte il fibrinogeno solubile in fibrina insolubile che con gli aggregati piastrinici concorrono alla formazione del tappo emostatico che riduce l'emorragia. Il ruolo principale delle piastrine continua nel processo di rigenerazione tissutale. Il PDGF (Platelet Derived Growth Factor) rilasciato nella sede della ferita stimola la sintesi di un nuovo tessuto connettivo e la rivascularizzazione coordinando in contemporanea l'attività di altri fattori di crescita che permettono di stabilizzare i tessuti danneggiati nelle fasi iniziali della riparazione tissutale fino alla riparazione del tessuto danneggiato [2].

### L'efficacia del concentrato piastrinico gel

Dati riportati in letteratura diversi anni fa, hanno dimostrato come l'uso del concentrato piastrinico in forma di gel sia efficace nel trattamento di diverse patologie quali le ulcere cutanee con attenuazione del dolore, riduzione della flogosi, aumento dell'angiogenesi, stimolazione del tessuto di granulazione.

Inoltre, l'azione dello stimolo rigenerativo sul tessuto osseo e sui tessuti molli ha portato questi emocomponenti ad essere utilizzati in altri ambiti clinici ed in particolare in chirurgia maxillo-facciale, in odontostomatologia (implantologia, rialzo del seno mascellare, palatoschisi), in ortopedia e traumatologia (lesioni dei tessuti molli, pseudoartrosi, perdite di sostanza ossea a seguito di traumi o ad asportazioni di cisti) ed in altre discipline specialistiche a seguito di molteplici segnalazioni che sono suggestive per efficacia, facilità d'uso ed assenza di reazioni o eventi avversi.

Tuttavia il razionale dell'impiego PRP è legato alla presenza negli alfa-granuli delle piastrine di diversi fattori di crescita tissutali [3], di cui i più importanti risultano essere:

- 1. PDGF (Platelet Derived Growth Factor):** dotato di un'azione mitogena ed angiogenetica con up-regulation di altri fattori di crescita, determina una stimolazione dei fibroblasti ed osteoblasti, induce la differenziazione cellulare, e rappresenta un catalizzatore degli effetti dei fattori di crescita su altre cellule come i macrofagi.
- 2. EGF (Epidermal Growth Factor):** dotato di capacità di indurre la proliferazione e la differenziazione di cellule mesenchimali ed epiteliali promuovendo inoltre l'angiogenesi.
- 3. TGF (Transforming Growth Factor):** stimola i fibroblasti e pre-osteoblasti, inibisce le cellule epiteliali ed endoteliali ed è un importante mediatore della formazione della matrice extracellulare.
- 4. VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor):** stimola la migrazione dei monociti attraverso gli strati endoteliali ed è uno dei fattori angiogenetici più importanti. Induce un'aumentata permeabilità delle cellule endoteliali a proteine ed altre molecole, tale permeabilità porta alla extravasazione del fibrinogeno ed alla formazione di fibrina che induce a sua volta la migrazione dei fibroblasti.
- 5. FGF (Fibroblasts Growth Factor):** sono potente regolatore della proliferazione cellulare e della differenziazione dei fibroblasti.

Possiamo in ogni caso distinguere due diverse modalità di applicazione:

- 1) uso in forma di gel** per ulcere, deficit ossei ed in odontostomatologia;
- 2) uso in forma liquida** nei deficit di ossificazione, nelle lesioni tendinee, nelle infiltrazioni articolari, in chirurgia ricostruttiva/rigene-



**Figura 1**  
Plasma arricchito di piastrine (PRP) allo stato di gel

rativa. Il Gel piastrinico deriva dall'attivazione, al momento dell'uso, del PRP mediante aggiunta di calcio gluconato e trombina, secondo proporzioni prestabilite.

## Materiali e metodi

Il donatore di sangue viene accolto inizialmente nella sala ricevimento dove un operatore amministrativo si dedica alla registrazione dei dati anagrafici. Successivamente viene fatto entrare in un'altra camera dove incontrerà un medico che provvederà: 1. ad eseguire degli esami preliminari come la misurazione della pressione sanguigna e la determinazione della concentrazione di emoglobina attraverso il sangue raccolto dalla puntura di un polpastrello, 2. a sottoporlo ad un colloquio per escludere diversi fat-

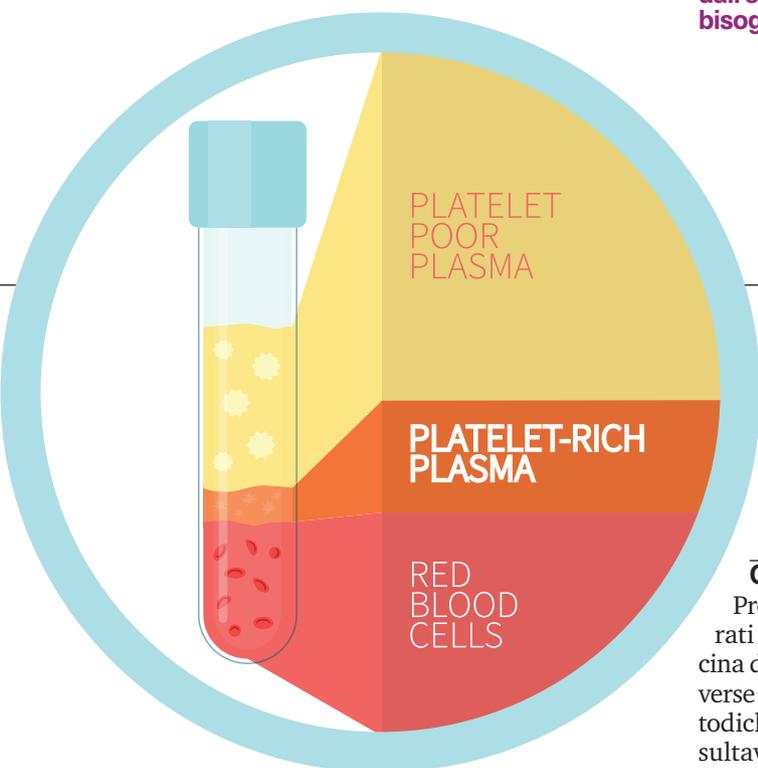
tori che potrebbero estrometterlo dalla donazione del sangue come viaggi all'estero, rapporti sessuali recenti, malessere generale, interventi chirurgici, utilizzo di farmaci. Il donatore viene fatto accomodare nella sala donazioni dove qui avverrà la raccolta del sangue.

Il sangue viene raccolto in una sacca di materiale plastico e miscelato con anticoagulante CPD (Citrato - Fosfato - Destrosio) fino al raggiungimento della quantità definita per legge (450 ml +/- 10%). A questa sacca sono legate altre 3 sacche satelliti e una piccola sacca che sarà riempita di sangue e sarà utilizzata per gli esami di laboratorio che stabiliranno lo stato di salute del donatore e quindi l'idoneità del sangue. La sacca con il sangue intero sarà centrifugata per ottenere 3 emocomponenti: emazie concentrate filtrate, plasma fresco congelato, concentrato piastrinico. È proprio quest'ultimo ad essere utilizzato come PRP. La produzione del PRP è eseguita tutto in modo sterile sotto una cappa a flusso laminare. Una quantità di concentrato piastrinico è aspirata dalla sacca e posto in un contenitore sterile quale un barattolo per urinocoltura o in una capsula di petri sterile. La misura del contenitore utilizzato dipende dall'estensione del trauma cui bisogna applicare il gel di piastrine.

Al concentrato piastrinico è aggiunto calcio gluconato e trombina nel rapporto 10:1:1 e miscelato. Dopo una decina di minuti si formerà un gel costituito da fibrina e piastrine attivate (figura 1).

La lesione da trattare con il PRP viene per prima cosa lavata con soluzione fisiologica riscaldata a 37°C e per fare ciò si utilizza una siringa da 50 ml con ago non metallico. Un altro accorgimento da tener presente è l'asportazione dell'eventuale tessuto necrotico presente sulla ferita. Questa procedura è eseguita al fine di ridurre i rischi cui la lesione può andare incontro per la presenza di mate-

**“ La quantità di concentrato piastrinico aspirata dipende dall'estensione del trauma cui bisogna applicare il gel di piastrine**



riale devitalizzato. Inoltre una pulizia accurata dell'ambiente di guarigione fa diminuire il rischio di infezioni di natura batterica o fungina. A questo punto si applica il PRP e viene effettuata una medicazione.

### Caso clinico

Presso la nostra U.O. sono stati curati con la tecnica del PRP una decina di pazienti che presentavano diverse ferite profonde e che con le metodiche tradizionali la guarigione risultava essere complicata. Di questi pazienti mostreremo il seguente caso avendo a disposizione materiale fotografico.

Una signora di 80 anni è stata mandata dal medico di medicina generale presso il nostro reparto. Era affetta da paraplegia bilaterale e dormendo sul fianco destro senza materasso antidecubito aveva contratto un'ulcera trocanterica (figura 2). Questa ulcera è stata curata con la tecnica del PRP. Prima dell'applicazione del gel piastrinico, la lesione veniva per prima cosa sottoposta a sbrigliamento chirurgico in modo da rimuovere quel tessuto morto, danneggiato o infetto. Questa procedura aveva lo scopo di migliorare lo stato di salute del tessuto residuo. In seguito l'ulcera era detersa con soluzione fisiologica, asciugata con garza sterile e poi adagiato il PRP. Sulla ferita era posta una doppia medicazione a scopo protettivo.

La medicazione era lasciata per 7 giorni e si ripeteva il tutto con cadenza settimanale.

Nella figura 3 vediamo l'ulcera dopo una sola applicazione di PRP. Dopo 4 applicazioni di PRP e quindi dopo un mese circa di trattamento la ferita risultava asciutta e rimarginata per più del 50% (figura 4).

### Bibliografia

- [1] Everts PMA, Knape JT, Weibrich G et al. A. Platelet-rich plasma and platelet gel: a review. *J Extra Corpor Technol* 2006, 38:174
- [2] Werner S, Grose R. Regulation of wound healing by growth factors and cytokines. *Physiol Rev* 2003, 83:835
- [3] Pietrzak WS, Eppley BL. Platelet rich plasma: biology and new technology. *J Craniofac Surg*. 2005; 16: 1043 - 54.



**Figura 2**  
Lesione allo stato iniziale, dopo sbrigliamento chirurgico, detersione con soluzione fisiologica e pulizia



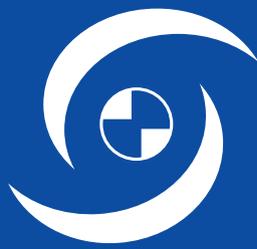
**Figura 3**  
Lesione dopo un'applicazione (7 giorni) di PRP



**Figura 4**  
Lesione dopo 4 applicazioni (28 giorni) di gel piastrinico

## Conclusioni

**I nostri risultati su osservazioni controllate, sebbene ottenuti su un piccolo gruppo di pazienti, supportano la sicurezza e l'efficacia del PRP o gel piastrinico nell'accelerare il processo di guarigione delle ulcere riducendo i costi e i disagi dei pazienti.** L'utilizzo generalizzato della "innovativa" terapia del gel piastrinico potrebbe dunque non solo incidere positivamente sulla spesa sanitaria del Paese, diminuendo i costi economici relativi alle degenze di questi malati, ma anche modificare l'iter riabilitativo fisico, psicologico, familiare e sociale.



# Sumai

**A S S O P R O F**

Sindacato Unico Medicina  
Ambulatoriale Italiana  
e Professionalità dell'Area Sanitaria



[www.sumaiassoprof.org](http://www.sumaiassoprof.org)





*Quotidiano on line di informazione sanitaria*



*Quotidiano on line*



---

**Il primo quotidiano on line  
interamente dedicato  
al mondo della sanità.**

# quotidiano **sanità.it**

---

**Scienza, medicina, farmaci,  
politica nazionale e regionale,  
economia e legislazione.**

---

**Notizie, interviste, dibattiti,  
documenti, analisi e commenti  
dal mondo della sanità.**



[www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it)

Utenti unici  
**1,2 MLN**  
Pageviews  
**1,4 MLN**  
Dati da  
Google Analytics  
dell'ultimo mese

**QSe**

**Quotidiano  
Sanità**  
*edizioni*

---

**Ogni giorno sul web tutta la sanità che conta.**