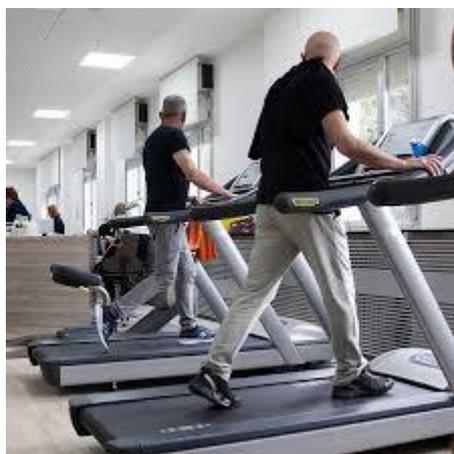


I NOSTRI UTENTI: SONO I NOSTRI CLIENTI E GIUDICI

Nello scorso *Oras News* abbiamo iniziato a vedere – dagli elementi raccolti dall'**URP**, **l'ufficio relazioni con il pubblico**, presidiato dalla dr.ssa Marta Da Dalt, che lavora a fianco del nostro Amministratore Delegato dr. Francesco Rizzardo – **le "voci" dei nostri utenti** che, da un punto di vista aziendalistico, sono i nostri clienti e giudici del nostro operare.

Quello dell'URP è un **osservatorio sulla customer satisfaction** da cui deriva il nostro **livello di attrattività** ed anche una parte della valutazione che ci riguarda in sede di rinnovo degli accreditamenti istituzionali.

Ecco un'altra serie di testi estrapolati dalle note redatte dagli utenti e pervenute all'URP (va detto che segnalazioni di disfunzioni o suggerimenti per migliorare procedure o altro vanno immediatamente rapportate alla direzione / servizio di riferimento).



- *"Medico in più sedute **non risolve il problema di verruche della figlia minore**, l'espianto in due occasioni avviene a vivo con molto dolore della ragazzina che ne esce terrorizzata. Non completa tutte le sedute perché, nonostante i solleciti, non vengono comunicate date. La ragazzina ha ancora le verruche e non ha date ..."*
- *"**A borgo Cavalli** medico professionale e disponibile..."*
- *"**Medico ed assistente molto cordiali**, visita avuta in anticipo di 30 minuti"*
- *"Apprezzamento per medico per **disponibilità, sollecitudine, gentilezza**. Affezione a gamba destra in via di risoluzione"*

- "Gentilezza e professionalità di tutto il personale medico/paramedico/segreteria. **Segnaletica stradale che indica come giungere all'ospedale insufficiente**"
- "Professionalità e pazienza di tutto il personale del reparto vengono lodate, l'utente ringrazia..."
- "In data odierna ho **terminato il progetto di linfodrenaggio** (20 sedute consecutive + gli esercizi) con la fisioterapista... **Ho ottenuto un ottimo risultato e sono stata trattata con impegno e professionalità. Grazie!**"

Proseguiremo nel prossimo ON...

UNA SFIDA PER ORAS: LA DOMICILIARITA' DEL CURARE

- **Da diverso tempo si parla con sempre maggiore insistenza di riduzione dei tempi di degenza** sia in ospedale (per acuti), che nei servizi extraospedalieri sempre di natura sanitaria o sociosanitaria ma ad elevata intensità sanitaria, per giungere ad incrementare le cure domiciliari che – da un punto di vista organizzativo – dipendono e sono organizzate in Veneto dai servizi distrettuali (continuità assistenziale).
- **Alcune Ulss e qualche Ospedale hanno già avviato da tempo produzione di materiali (video prevalentemente, teleassistenza...)** per seguire i pazienti nella loro casa secondo il principio della continuità assistenziale e – anche – dell'appropriatezza dell'intervento. In Veneto anche il Consorzio Arsenal, emanazione delle Ulss e con sede operativa a Treviso, è attestato su questo fronte.
- **In riabilitazione poi** – soprattutto nelle situazioni in cui i tempi di "restitutio" delle funzioni possibili ad un paziente si fanno lunghi (ed il periodo del Covid19 ha reso ancora più evidente questo aspetto) - **la domiciliarità deve diventare essa stessa riabilitante**. Il paziente a casa propria viene stimolato di più alle autonomie della propria vita quotidiana e formare i caregiver a come coinvolgere attivamente la persona senza sostituirsi ad essa è un compito fondamentale, dopo aver dato tutte le istruzioni del caso al paziente stesso.
- **Questo diventa una sfida anche per ORAS.**
- **Quanto ORAS** – esaurita la fase ospedaliera/ambulatoriale e l'uso delle attrezzature più strutturate - **è pronto a seguire a distanza** monitorandoli i pazienti rendendo loro la riabilitazione una positiva esperienza casalinga?

Tentiamo qui un approfondimento, sapendo che non mancano esperienze che si possono approfondire e adattare, migliorandole, alla realtà ORAS.

1. - TELERIABILITAZIONE. QUANDO LA DISTANZA NON È UN LIMITE

L'Area di Riabilitazione e Recupero Funzionale in alcune aziende sanitarie del Veneto e del Friuli (e anche in varie parti d'Italia) ha sviluppato e implementato un sistema innovativo di Teleriabilitazione che permette di erogare servizi di riabilitazione motoria, cognitiva, logopedica, sostegno psicologico e consulti in telemedicina, per i pazienti ed i caregiver, direttamente a domicilio.

Anche **realtà con riabilitazioni di terzo livello** (alta specialità) hanno premuto – complice anche la pandemia da Covid 19 – l'acceleratore su forme di teleriabilitazione.

Le **modalità di funzionamento** in teleriabilitazione sono due:

- **On-line:** l'operatore del team riabilitativo è in grado di assumere il controllo del sistema da remoto e di interagire in tempo reale con il paziente tramite il sistema integrato di videoconferenza bidirezionale. Studi scientifici hanno evidenziato la parità di efficacia riabilitativa ottenuta con la modalità di riabilitazione con realtà virtuale (VRRS) domiciliare rispetto alla terapia in sede. Tale modalità è anche usata per sedute di sostegno psicologico e consulti in telemedicina.



- **Off-line:** è possibile predisporre un programma di esercizi specifici basato sulle difficoltà cognitive, logopediche e motorie del paziente, che il paziente stesso dovrà eseguire a domicilio. L'operatore del team può collegarsi in ogni momento al dispositivo domiciliare per rivedere le prove eseguite o modificare il programma riabilitativo in funzione della situazione del paziente stesso.

Analizzando più in dettaglio le componenti di un percorso riabilitativo multidisciplinare, si evidenziano in tutte le aree (motoria, logopedica, cognitiva) i vantaggi di tale metodica.

2. - TELERIABILITAZIONE MOTORIA E LOGOPEDICA

Vediamo **lo sviluppo dell'approccio teleriabilitativo** nelle diverse aree che possono caratterizzare la multidisciplinarietà del piano riabilitativo individuale.

Area Motoria

Attualmente le prestazioni di rieducazione motoria si stanno avvalendo di **supporti tecnologici di tipo robotizzato e di realtà virtuale**. Tali metodiche consentono all'operatore di impostare programmi di esercizi adattabili in itinere a seconda dei progressi raggiunti dal paziente, svolti in autonomia e successivamente controllati in diretta.

L'utilizzo di dispositivi quali sensori inerziali e ottici permette di registrare il compenso utilizzato dal paziente durante l'esecuzione dell'esercizio e intervenire tramite segnali di biofeedback per correggere e ottimizzarne lo svolgimento.

L'impostazione del programma riabilitativo potrebbe avvenire o in un breve ricovero o in regime ambulatoriale; la prosecuzione dal domicilio viene concordata con il paziente, che riceverà **un programma settimanale** composto da sedute da svolgere in autonomia e da sedute in cui viene **assistito da remoto in real time** da un operatore sanitario.

Area Logopedica



L'ambito logopedico costituisce l'ambiente ideale per **la sperimentazione e lo sviluppo di percorsi di telemedicina e teleriabilitazione** attraverso l'utilizzo di moduli.

Il modulo logopedico permette di trattare tutte le problematiche del linguaggio legate alla denominazione scritta. Il modulo fonatorio implementa test di valutazione ed esercizi di biofeedback caratterizzati in base ad ampiezza, durata, frequenza.

3. - TELERIABILITAZIONE COGNITIVA ED INTEGRATA

Area cognitiva

Lo sviluppo delle Neuroscienze ha permesso, negli ultimi anni, di conoscere meglio **il funzionamento cerebrale** e di vedere come aree e distretti cerebrali, che un tempo si credevano non comunicanti fra loro, siano invece strettamente connessi, e che **la plasticità cerebrale, quella flessibilità che si pensava si estendesse solo ai primi anni di vita, continui invece nel corso di tutta l'esistenza.**

Tutte queste informazioni, supportate da studi e ricerche resi possibili anche dall'avanzamento tecnologico, stanno consentendo un **approccio completamente diverso allo studio delle funzioni cognitive e dell'intelligenza**, focalizzato alla possibilità di riattivarle attraverso una Riabilitazione Cognitiva in caso di deficit conseguenti ad **un ictus, a traumi cranici o in presenza di patologie neurodegenerative.**

L'utilizzo nella pratica clinica di **moderni dispositivi interattivi** può offrire al team riabilitativo la possibilità di seguire non più a breve e medio termine ma anche a lungo termine, il percorso riabilitativo, cognitivo ed emotivo del paziente.

Peculiarità del lavoro svolto negli ultimi anni proprio per l'attuale sviluppo e la moderna visione della riabilitazione cognitiva, è stato quello di **integrare la riabilitazione neuromotoria e quella metacognitiva** nella piena consapevolezza che non è possibile lavorare sul recupero motorio di una parte del corpo se non si va anche ad agire sulle funzioni cognitive.

Il programma integrato prevede la stimolazione del **canale propriocettivo, sensoriale, visivo ed acustico connesso al movimento e alla postura**, loro rielaborazione cognitiva con ri-apprendimento delle operazioni mentali che guidano la programmazione motoria e la memoria del gesto e del movimento appreso.

Il paziente rielabora cognitivamente tali informazioni con l'intento di far riaffiorare la memoria del gesto e del movimento o di facilitare nuovi e utili feedback del movimento appreso.

Tutti i dati del paziente vengono registrati e memorizzati in modo da avere un quadro completo dell'andamento del trattamento, controllabile in qualunque momento.



Il percorso viene definito e strutturato, in relazione agli obiettivi terapeutici, da parte di un clinico esperto, il quale garantisce il monitoraggio, una costante supervisione del percorso stesso e un progressivo adattamento al miglioramento clinico. Tale iniziativa vede coinvolti tutti i professionisti che operano all'interno dell'équipe multidisciplinare: medici specialisti, psicologi, logopedisti, fisioterapisti, terapisti occupazionali, bioingegneri.

FISIOTERAPISTI, AIFI HA 60 ANNI, UNA PUBBLICAZIONE

Un compleanno speciale festeggiato con una pubblicazione importante: **l'8 giugno del 1959 nasceva l'Associazione (allora AITR poi AIFI)** - che sarebbe divenuta nel tempo l'associazione maggiormente rappresentativa di riferimento per la professione - e così la Fisioterapia festeggia il 62 compleanno dell'associazione scientifica di riferimento con la pubblicazione sulla prestigiosa rivista internazionale "Physical Therapy" dell'articolo **"The Spread of COVID-19 Among 15,000 Physical Therapists in Italy: A Cross-Sectional Study"** in cui si descrive lo studio condotto dal comitato scientifico di AIFI sull'impatto che il **COVID19** ha avuto sui fisioterapisti in Italia nella prima ondata della pandemia.

"Lo studio, possibile grazie alla collaborazione delle Commissioni di Albo e la **Federazione nazionale degli Ordini TSRM PSTRP** che hanno diffuso un apposito questionario, - precisa Silvia Gianola, fisioterapista ricercatore dell'IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano, primo autore dello studio e membro del Consiglio Direttivo Nazionale di AIFI - ha visto **la partecipazione di 15.556 fisioterapisti** e ha richiesto un lungo lavoro di analisi e produzione. Si è evidenziato che **1 fisioterapista su 7 è risultato positivo al COVID19 nella prima ondata** e, grazie a questa indagine, sono stati definiti anche i segni e sintomi prevalenti e quali fattori di rischio sembrerebbero essere stati correlati al manifestarsi della malattia."

Nell'ultimo anno, con la nascita delle Commissioni di Albo dei Fisioterapisti, AIFI ha completato la piena trasformazione in **Associazione Tecnico Scientifica** con un nuovo Statuto, approvato in ottobre 2020, e mutando la propria denominazione in **Associazione Italiana di Fisioterapia (AIFI)**.

"Abbiamo radici solide grazie alla passione e all'impegno dei tanti pionieri che da quel giugno 1959 hanno letteralmente "fatto la storia" della professione. Grazie a loro possiamo vivere il presente e costruire il futuro. Per questo crediamo che questa importante pubblicazione sia un'ottima modalità per festeggiare il compleanno della nuova società scientifica - spiega Simone Cecchetto, presidente nazionale AIFI - che ben rappresenta **la nuova mission di AIFI**: sviluppo della disciplina e della scienza della Fisioterapia

attraverso il miglioramento costante della pratica clinica e la ricerca, nonché diffusione della consapevolezza, nei cittadini e nelle istituzioni, dell'importanza che la Fisioterapia può avere per rispondere ai bisogni di salute della popolazione."

Walter Gatti

TURBE MENTALI ED ASPETTI RIABILITATIVI PSICHIATRICI

Le turbe mentali, i comportamenti psicotici, l'alterazione della psiche, sono in aumento in tutti i paesi più sviluppati. La stima – anche per l'invecchiamento della popolazione – è che la malattia mentale diverrà tra le principali cause di morte tra qualche anno.

La diagnosi e cura della malattia mentale - anche **gli specialisti di ORAS a Motta di Livenza** si sono trovati ad indirizzare utenti e famiglie verso questo ambito - **non può prescindere poi dalla Riabilitazione Psichiatrica** che si concentra sulla principale conseguenza invalidante del disturbo mentale: la compromissione delle abilità nello svolgere ruoli sociali.



La finalità ultima che si propone è quella di **aiutare la persona a controllare i sintomi, a rimuovere le barriere interpersonali ed ambientali causate dalla disabilità**, a recuperare le capacità utili a vivere indipendentemente, a socializzare e a gestire efficacemente la vita quotidiana e ad accettare i propri limiti.

Nel percorso riabilitativo l'individuo viene considerato nella sua interezza come portatore di interessi, di emozioni, di talenti, di speranze e di paure.

Il metodo di lavoro prevede di stabilire degli obiettivi, partendo dalle scelte della persona rispetto all'ambiente dove vorrebbe vivere, lavorare studiare e socializzare entro un determinato periodo di tempo.

Gli **obiettivi riabilitativi** vanno sempre discussi, concordati e condivisi tra operatore ed utente. La capacità di autodeterminazione esercitata nella definizione degli obiettivi è essenziale per riconquistare un **senso di maggiore valore personale** e per mantenere l'alto livello di impegno che la riabilitazione richiede.

La **Riabilitazione Psichiatrica costituisce l'unico approccio** capace di agire sulla disabilità (intesa come limitata performance di ruolo), sulla disfunzione (limitata performance delle singole abilità) e sull'*handicap* (limitate opportunità), essendo un metodo di trattamento che ha lo scopo fondamentale di **attivare processi di cambiamento** finalizzati ad aumentare il potere contrattuale dell'utente, le sue possibilità di scambio

di risorse e di affetti, la sua autonomia, il suo senso di responsabilità verso se stessi e verso gli altri.

Ha l'obiettivo di sviluppare nel soggetto i propri punti di forza, le potenziali risorse, considerate fondamentali per recuperare le capacità di vivere nell'interno della comunità. Proprio per questo sarebbe opportuno iniziarla subito dopo l'esordio psicopatologico con lo scopo non solo di aumentare i livelli di funzionamento, ma anche di prevenire l'instaurarsi del processo cronico e della spirale della desocializzazione.

COVID-19. I DATI DEL VENETO IN ... ZONA BIANCA!

Da lunedì 21 giugno tutta l'Italia – eccetto la Valle d'Aosta- è in **zona bianca**.

Si annuncia un nuovo inizio. Nella settimana dal 21 al 28 giugno, **l'UE approva il progetto italiano relativo al PNRR**, si respira l'aria di nuove scelte strategiche dopo il summit dei paesi più sviluppati in Cornovaglia, **il presidente Veneto Luca Zaia annuncia una crescita economica a due cifre per il Nordest entro fine anno...**

Resta alta la vigilanza sulla pandemia "Finché ci sono morti – dice il ministro Speranza – non si deve abbassare la guardia". E mentre dal **28 giugno** – con tutta Italia, Valle d'Aosta compresa – si arriva alla zona bianca (si può **circolare senza mascherine all'aperto**, salvo metterle negli assembramenti o quando si entra in luoghi chiusi), l'allerta sulle diversificazioni del Covid19 tiene banco per la **forma delta** (dopo l'inglese, l'indiana e le altre). **Il Veneto** diffonde l'aggiornamento delle indicazioni del **Piano di Sanità Pubblica (DGR 737 del 8.6.2021)**.



E come sta andando – negli stessi giorni - in **Veneto**?

Alle 8.00 del **22 giugno** erano **5.052 i casi di positività attuale** Covid-19 in Veneto (**723** nella Marca Trevigiana). **I deceduti** dall'inizio della pandemia erano **11.609** di cui **1.816 nel Trevigiano**.

I ricoverati in area non critica erano **75 (9 nella Marca)** e **13 in terapia intensiva (3 nella Marca)**. Nelle strutture territoriali (ospedali di Comunità, RSA) erano degenti 11 pazienti, nessuno in provincia di Treviso.

Alle 23.59 del **21 giugno** erano state somministrate in **Veneto 3.766.444 dosi di vaccino** (92,9% delle dosi pervenute), con 2.506.018 prime dosi in totale (51,7% della popolazione) e **1.260.426 cicli completati (25,3% della popolazione)**.

L'86,5% della popolazione +80anni **ha completato il ciclo vaccinale** con entrambe le dosi, il 54,2% della popolazione 70-79 anni, il 48,2% della popolazione 60-69 anni, il 19,7% tra i 50-59 anni ed il 12,4% delle persone 40-49 anni ha completato il ciclo.

Analogamente hanno completato il ciclo vaccinale **il 66,1% delle persone disabili ed il 63,3% delle persone fragili**.

RSA IN CRISI PER I VUOTI NEL PERSONALE INFERMIERISTICO E OSS

Nella **fase acuta** della **pandemia**, a **inizio anno**, il problema già si preannunciava: la **riduzione**, fino a diventare vera e propria **carenza**, di **personale infermieristico** nelle **case di riposo**.

Con le terapie intensive prese d'assalto era partita la **caccia agli infermieri** da assumere. Con la stabilizzazione della maggior parte di loro negli ospedali, si sono **sguarnite** di personale infermieristico le **Rsa**.

Analogamente una programmazione - sotto il profilo qualiquantitativo - non attenta alla **formazione degli OSS, Operatorio Socio Sanitari** ha fatto sì che questa figura sia oggi introvabile nel territorio.



Ciò contribuisce all'impoverimento delle strutture del territorio, arrivando al punto che ad oggi ci sono diverse **case di riposo** costrette a lasciare **vuoti i letti** nonostante le richieste, perché non soddisfano più i parametri relativi al **rapporto** fra numero di **infermieri / OSS** e di **ospiti** necessario per garantire adeguata assistenza, standard per altro **già sottostimato** rispetto alle attuali esigenze di assistenza degli anziani sempre più complessi.

Le stesse Cooperative utilizzate sia dal sistema pubblico delle Ulss che dalle RSA e da altri soggetti lamentano di non essere più in grado di garantire servizi espandibili a domanda.

Si tampona l'emergenza ricorrendo a **reclutamenti di personale al Sud Italia** e - per gli infermieri - anche all'est europeo. Emerge anche la **carenza di medici** (oltre 130 anziani ricoverati in RSA senza medico di riferimento nella Marca, si evidenzia il 23 giugno), altro segno di un settore in sofferenza.

Non mancano le proposte di sindacati e politici di **portare il servizio infermieristico delle RSA in capo alle Ulss** così come già avviene per il servizio medico dentro le strutture.

TELEMEDICINA, LA FRONTIERA È LA BANDA ULTRALARGA

Fondamentale per erogare i servizi di **telemedicina**, la banda ultralarga è oggetto di una road map, anzi di una "Strategia", che è stata approvata dal Comitato interministeriale-Cobul. Il documento presentato ripartisce i **6,7 miliardi destinati dal Recovery plan** fra piani strategici che includono anche il 5G.

Alla **sanità sono destinati 501,5 milioni**, alle isole minori 60,5 milioni, alle scuole 261 milioni. Dei 6,7 miliardi, 3,9 vanno a portare 1 giga e 2 miliardi al 5G.

Il programma per portare entro il 2026 "un Giga a tutti" prevede da luglio 2021 la mappatura delle infrastrutture esistenti per 4G e 5G e dei Piani degli operatori, una successiva consultazione pubblica, la notifica alla Commissione Ue nel terzo trimestre dell'anno e al più tardi a **inizio 2022 l'avvio dei bandi di gara** che si concluderanno con le aggiudicazioni.

In sanità sono state censite 12.280 strutture per portarvi la banda ultralarga, futuri "hub" di telemedicina. C'è da lavorare: in almeno 4.700 edifici vanno ammodernate le reti e forniti modem e router adeguati.

I gestori delle telecomunicazioni saranno selezionati "sulla base di un processo competitivo, aperto, trasparente e non discriminatorio, rispettando il principio di neutralità tecnologica".

L'ok del Comitato è importante perché per la banda larga sono previsti sia fondi del Recovery Plan sia stanziamenti da un Fondo di investimenti ad hoc, alimentato da risorse italiane e fondi comunitari (Fesr-Fondo europeo di sviluppo regionale, Fears-Fondo agricolo sviluppo rurale).

POST COVID, IL 14,3% SVILUPPA NUOVE PATOLOGIE

Il 14,3% degli adulti colpiti da **Covid-19** ha sviluppato almeno una nuova patologia che ha richiesto cure mediche **durante la fase post-acuta della malattia**, secondo uno studio pubblicato sul **British Medical Journal**. «Piccoli studi suggeriscono che alcuni sopravvissuti sviluppano patologie a breve e lungo termine. Ma pochi lavori hanno esaminato l'eccesso di rischio di nuove condizioni cliniche a causa dell'infezione da coronavirus dopo il periodo di recupero iniziale» afferma **Sarah Daugherty**, dell'UnitedHealth Group, Minneapolis, autrice principale del lavoro.

Per colmare questa lacuna, i ricercatori hanno identificato **266.586 adulti (18-65 anni) che hanno ricevuto una diagnosi di infezione da Covid-19 dal 1° gennaio al 31 ottobre 2020** ed hanno controllato se a questi individui fosse stata diagnosticata almeno una di 50 patologie fino a sei mesi dopo l'infezione iniziale. Gli individui sono stati abbinati a tre gruppi di confronto senza infezione da Covid-19, uno dei quali con diagnosi di altre infezioni virali delle basse vie respiratorie.

L'analisi dei dati ha mostrato che un adulto su sette con infezione da Covid-19 ha presentato almeno una nuova patologia dopo la fase acuta, una percentuale maggiore del 5% rispetto ai gruppi di confronto senza patologie e dell'1,65% rispetto agli individui con diagnosi di malattia virale del tratto respiratorio inferiore.

Il rischio di sviluppare nei quattro mesi successivi alla fase acuta dell'infezione alcune patologie, tra cui **insufficienza respiratoria, problemi del ritmo cardiaco, amnesia, diabete, ansia e affaticamento**, è stato maggiore nel gruppo Covid-19 rispetto a tutti e tre i gruppi di confronto. Inoltre, nonostante il rischio assoluto complessivo fosse esiguo, è rimasto persistente fino a sei mesi dopo l'infezione iniziale.

Il rischio è aumentato con l'età, le patologie pregresse e il ricovero in ospedale per Covid-19, ma anche i giovani adulti, le persone senza comorbidità e quelli gestiti a casa erano comunque a rischio di nuove patologie diversi mesi dopo l'infezione iniziale. «Anche se il nostro è uno studio osservazionale, e non permette di riscontrare una causalità, è importante tenerne conto, poiché il numero di persone infettate da coronavirus in tutto il mondo continua a crescere, e così farà il numero di sopravvissuti con

potenziali sequele» concludono gli autori. In un editoriale correlato, **Elaine Maxwell** del **National Institute for Health Research** scrive che, anche se è troppo presto per prevedere per quanto tempo le sequele cliniche persisteranno dopo il Covid-19, questi sintomi creano chiaramente un grave peso personale per molte persone, e bisognerà trovare un modo per gestire tali situazioni.

BMJ 2021. Doi: 10.1136/bmj.n1098 <https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1098>

BMJ 2021. Doi: 10.1136/bmj.n1173 <https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1173>

COVID-19, CONTINUITA' ASSISTENZIALE OSPEDALE TERRITORIO

Indicazioni da aggiornare periodicamente, che per la prima volta offrono una visione completa del **percorso diagnostico e terapeutico del paziente Covid-19 tra territorio ed ospedale** e aiutano a definire non solo le terapie ma anche diagnosi e prognosi.

Il documento sulla gestione della malattia da Covid-19 scritto dai **pneumologi ospedalieri di Aipo e da Metis, società scientifica di Fimmg**, e oggetto di una serie di webinar approfondite in queste settimane, ha il chiaro obiettivo di aprire a una **collaborazione tra medico di famiglia e specialista ospedaliero** e di consentire ove possibile una maggiore autonomia a chi gestisce la malattia sul territorio. «Ospedale e territorio finora sono stati vissuti e organizzati come entità separate», spiega **Adriano Vaghi** presidente nazionale Aipo.

«Il nostro intento era **costruire una continuità nell'offerta del servizio sanitario** nell'interesse sia del cittadino, al quale va evitata un'assistenza frammentaria, sia del Ssn stesso che deve dare risposte appropriate. Specie in occasione del primo picco pandemico, una quota di ricoveri impropria si è verificata perché molti pazienti positivi si sono rivolti subito al Ps. Quest'ultimo però è articolazione di un ospedale chiamato ad intervenire in situazioni critiche o dove occorra un continuo monitoraggio strumentale. **L'accesso improprio** ha causato in molti casi intasamenti, ricoveri in più. L'appropriatezza è fare in modo che il paziente sia seguito nei setting corretti».

Le indicazioni "visualizzano" situazioni nevralgiche come la scelta se indirizzare o meno all'ospedale, il momento dell'avvio alla diagnostica strumentale. **Paolo Misericordia** per Fimmg ha evidenziato la possibilità per il medico di famiglia di gestire in autonomia la prescrizione di cortisonici: un salto di qualità rispetto alla terapia dal "paracetamolo e vigile attesa".

«**Il testo offre indicazioni ed algoritmi per monitorare i pazienti a domicilio.** Un soggetto positivo al tampone Covid-19 può ben essere trattato a casa se le condizioni di base sono in equilibrio e se ha familiari che possano accudirlo», sottolinea Vaghi. «La solitudine è il primo problema ove non si riesca ad individuare un caregiver a far da tramite con il medico. Se il caregiver c'è, la malattia stabilizzata è trattabile a domicilio: un eventuale indice di criticità è definito da parametri obiettivi come la **Modified Early Warning Score** che offre un punteggio sulla base di indicatori quali frequenza cardiaca e respiratoria, temperatura, stato di coscienza e saturazione; con MEWS superiore a 3 c'è un obiettivo aggravamento e il paziente va inviato in ospedale per una valutazione più completa che passa per l'ecografia o la Rx torace, in linea con le indicazioni del Ministero della Salute».

Vaghi si sofferma poi sulla **saturimetria**. «La saturazione può essere valutata sia basalmente sia tenendo conto del trend nei 10 giorni dall'esordio dei sintomi. Se rimane

fra 95 e 98% - e la **frequenza cardiaca** non aumenta (o non crolla), quella **respiratoria** resta entro i 16 atti al minuto - la malattia è stabile e trattabile sul territorio, viceversa se i parametri cambiano e in particolare la saturazione scende al 94% o meno, è utile una valutazione in Pronto soccorso. Altro metodo predittivo è il test del cammino: consiste nel far camminare il paziente fra 3 e 6 minuti in casa o farlo alzare e sedere ripetutamente con le mani sui braccioli della sedia, e se a fine esercizio la saturazione è scesa di 2-3 punti si deve sospettare un'alterazione degli scambi respiratori, meritevole di un trattamento in setting ospedaliero».

Il documento abbraccia anche **la situazione vaccinale e le strategie di contenimento** da avviare sul territorio, specie in popolazioni di pazienti con co-morbidità. Ed è un work in progress. «Gli indicatori danno in calo l'incidenza del Covid-19, ma è ipotizzabile che con le variabili possa diventare endemico - spiega Vaghi - nel qual caso la medicina territoriale deve poterlo affrontare con protocolli precisi. Tra i temi da approfondire, l'utilizzo degli anticorpi monoclonali, nuova speranza sui pazienti over 65 e sui fragili».

FRAGILITA' ASSISTENZA PRIMARIA, RECUPERARE RITARDI

La **legge istitutiva del SSN, nel lontano 1978** aveva dato rilievo certo sia alla assistenza primaria che alle cure domiciliari.

La storia ci dice che lo sviluppo nel tempo del servizio ha **centralizzato la funzione nell'attività ospedaliera** e solo in anni recenti si è tornati a parlare del territorio.

Lo ha fatto il Ministro della Salute nel **1998** con le **"Linee guida sulla riabilitazione"** sul versante della continuità ospedale territorio, ma sulle cure primarie è stata la pandemia da Covid-19 ad aprire un dibattito sui ritardi del sistema.

Eppure, negli anni, innumerevoli richiami o sollecitazioni o censure da parte di enti o soggetti nazionali e internazionali terzi e cioè non suscettibili di interessi di parte, non erano mancate.

Ultimo, in ordine di tempo, il **rapporto 2019 di The European House Ambrosetti** dedicato alla sanità in cui erano state individuate, a partire ancora una volta dai dati dell'Oms, le principali sfide alla salute sia a livello globale che per l'Italia e il suo Servizio sanitario nazionale.

Tra le minacce globali figuravano: una possibile **pandemia influenzale e la fragilità dei sistemi di assistenza sanitaria primaria**; tra le minacce che invece caratterizzavano il panorama italiano, spiccavano le patologie croniche non trasmissibili, l'invecchiamento della popolazione, le disegualianze regionali, la mancanza di medici i ritardi nella digitalizzazione delle cure.

Proprio il nodo dell'invecchiamento della popolazione italiana, e più in generale dei Paesi con economie avanzate, è un fatto acclarato. Se nel 1861, alla nascita dello Stato unitario, gli over 75 costituivano l'1,1% della popolazione complessiva, nel 2018 gli italiani che avevano più di settantacinque anni erano invece l'11,5% del totale.

Tutto ciò a fronte di una contrazione delle nascite che ha condotto alla deformazione della piramide demografica, con l'oramai sostanziale parità tra le fasce giovani della popolazione e quelle più anziane.

Sul piano epidemiologico, questo inesorabile fenomeno demografico ha comportato **un progressivo incremento della diffusione delle patologie cronicodegenerative**

tipiche della vecchiaia, con cui il Ssn si è trovato a dover fare ora i conti, sebbene esso sia storicamente strutturato per rispondere alle acuzie e non alle cronicità.

CAREGIVER, UN ESERCITO SENZA TUTELE

Quanti sono i caregiver in oncologia? Solo in questo ambito sono (tra familiari ed assistenti di vario genere) circa 4 milioni in Italia. A causa del **continuo aumento delle diagnosi annuali di tumori maligni** (legata all'invecchiamento della popolazione italiana) e dell'aumento della **sopravvivenza dei pazienti oncologici** (dovuta alle diagnosi precoce e ai trattamenti disponibili) si registra infatti un aumento costante (3% annuo) delle persone che convivono con un tumore.

Al loro fianco c'è sempre un familiare, un congiunto, un amico che lo sostiene, lo accompagna, lo assiste: è il caregiver.

Di questi un'altra quota importante assiste pazienti affetti da altre patologie. Già nel 2015 (ultimi dati ISTAT) **si contavano 8,5 milioni di caregiver**: 7 milioni rappresentati dai famigliari del malato, più spesso **donne (80%)** e solo 1,5 milioni da professionisti (compresi badanti e/o assistenti sociali).

Numeri globali in crescita e sottostimati: oggi si parla di oltre 4 milioni di persone in totale. Per tutte loro sono assenti o insufficienti le garanzie di supporto da parte del tessuto sociale e previdenziale. Un problema enorme che deve essere risolto in modo assolutamente urgente.

Con l'intento di sottolineare che riconosca il ruolo e l'apporto fondamentale del caregiver nella gestione di un paziente, ma anche di formarlo al delicato compito assistenziale, Fondazione AIOM e ROPI (Rete Oncologica Pazienti Italia) hanno presentato due volumi dedicati: uno alle Istituzioni ("Caregiver in Oncologia") e uno agli operatori ("Aspetti pratici dell'assistenza al paziente oncologico").

Forte anche l'appello alla politica delle Associazioni Pazienti, tra cui "Onconauti", "Mai più sole", "EuropaDonna", "Fra Parentesi", a istituzionalizzare 'a norma di legge' la figura del caregiver oncologico entro il 2021. I quaderni sono scaricabili sui siti www.fondazioneaiom.it e www.reteoncologicaropi.it.

